

Documento congiunto sulla Sicurezza

In data 20/02/2018 le sottofirmatarie sigle sindacali FIMMG, SNAMI e SMI, riunitesi per esaminare la "Questione Sicurezza" delle sedi di Continuità Assistenziale e dei Medici addetti al medesimo servizio, hanno concordato quanto segue:

La Continuità Assistenziale, di cui al Capo III dell'ACN della Medicina Generale, garantisce le Cure Primarie alla popolazione senza soluzione di continuità nell'arco delle 24 ore giornaliere. La capillarità delle sedi di servizio assicura una risposta tempestiva alle richieste di intervento domiciliare e territoriale.

L'attuale A.C.N. della medicina generale prevede:

- **Art. 13 - campo di applicazione**

Il presente ACN regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D. L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive ... e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali, tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie locali, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN e le sue articolazioni, dei compiti e delle attività relativi ai settori di:

1. Assistenza Primaria;
2. Continuità Assistenziale;
3. Medicina dei servizi;
4. Emergenza territoriale.

- **ART. 62 – criteri generali**

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

- **ART. 67 – compiti del medico**

1. Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio.....
3. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente o dalla centrale operativa, il medico effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati, riconosciuti tali sulla base di apposite linee guida nazionali o regionali.

Secondo le indicazioni aziendali, in particolari situazioni di necessità e ove le condizioni strutturali lo consentano, il medico può eseguire prestazioni ambulatoriali definite nell'ambito degli Accordi regionali.

- **ART. 68 – competenze delle aziende**

1. L'Azienda è tenuta a fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale, necessari all'effettuazione degli interventi propri del servizio, sulla base del relativo protocollo definito nell'ambito degli Accordi regionali.

2. L'Azienda garantisce altresì che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

L'attuale A.I.R. della medicina generale prevede:

- **Art. 37 - compiti del medico**

3. Fermo restando quanto previsto all'art. 67, comma 3, dell'ACN e la continuità dei compiti dei medici di continuità Assistenziale nell'orario di servizio, l'attività ambulatoriale nelle sedi di Continuità Assistenziale ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, viene garantita nelle seguenti fasce orarie:
 - a) dalle ore 20,00 alle ore 22,30;
 - b) nei giorni prefestivi dalle ore 10,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 20,00;
 - c) nei giorni festivi dalle ore 8,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 20,00.

Il DM 15 maggio 1992 prevede quanto segue:

Il codice è costituito da un carattere che può assumere uno solo dei seguenti valori: • "B": bianco, non critico. Si definisce non critico un servizio che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi; • "V": verde, poco critico. Si definisce poco critico un intervento differibile; • "G": giallo, mediamente critico. Si definisce mediamente critico un intervento indifferibile; • "R": rosso, molto critico. Si definisce molto critico un intervento di emergenza.

Le Sigle sindacali, avendo verificato che non sono state mai completamente applicate le norme che regolamentano l'idoneità delle sedi e la sicurezza degli Operatori e, tra queste, quelle che comprese negli Accordi Nazionali e Regionali le quali stabiliscono quanto segue:

1. l'idoneità degli ambulatori deve rispettare le norme vigenti dell'A.C.N. e A.I.R., nonché le norme nazionali e regionali a tutela degli operatori;
2. Nel rispetto delle summenzionate norme, deve essere adottata ogni procedura volta all'identificazione dell'utente-paziente e delle sue necessità prima dell'accesso al servizio ambulatoriale e/o territoriale;
3. Laddove siano allocati ambulatori per l'attività di Continuità Assistenziale, essi devono rispettare gli orari di apertura definiti dall'art. 37 comma 3 dell'A.I.R. Puglia;
4. Gli ambulatori di Continuità Assistenziale devono attenersi alle raccomandazioni del Ministero della Salute n.8/2007 che indicano la necessità che ogni struttura sanitaria abbia un protocollo di gestione del rischio di violenza contro gli operatori che deve essere incluso nel documento unico di valutazione dei rischi previsto dal D.Lgs. n.81/2008. Il documento di valutazione del rischio deve essere condiviso e disponibile;
5. Tutte le sedi devono essere dotate di sistema di video-sorveglianza e dei presidi necessari a tutelare gli operatori sanitari (all'uopo si acclude il documento "Guardia Medica e Sicurezza sul Lavoro" di Giulia Marin, Mauro Marin – Medico e Direttore di

Distretto - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - Pordenone con Bibliografia e riferimenti);

6. Deve essere data opportuna comunicazione alla popolazione relativa agli orari di apertura e chiusura dell'attività ambulatoriale. Tale comunicazione deve avvenire con tutti i sistemi di informazione;
7. Al termine dell'attività ambulatoriale i medici devono essere tutelati ubicandoli in sedi non accessibili al pubblico nello stesso ambito territoriale, ovvero non identificabili dalla popolazione;
8. E' necessario apposito finanziamento per la messa a norma di tutte le sedi di lavoro al fine di garantire l'incolumità dei cittadini e dei medici.

E' condizione pregiudiziale in tema di sicurezza, pertanto, l'adeguamento alle norme di legge di tutte le sedi di Continuità Assistenziale nonché l'assunzione di ogni provvedimento utile a garantire l'incolumità dei medici, la sicurezza del loro trasferimento al domicilio del paziente ovvero di ogni intervento territoriale. Il raggiungimento di questi obiettivi indirettamente assicura la qualità e la tempestività del servizio di Assistenza medica offerto alla popolazione.

Guardia Medica e Sicurezza sul Lavoro

I sanitari a rischio più elevato di violenza sono quelli a diretto contatto con gli assistiti nei servizi di emergenza e di continuità assistenziale ex-guardia medica in particolare quando operano soli e isolati. Le linee guida 2015 NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) sulla gestione del paziente aggressivo (1) e le linee guida 2015 OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) per la prevenzione degli episodi di violenza sul lavoro forniscono raccomandazioni per orientare le condotte individuali e organizzative (2).

La raccomandazione del Ministero della Salute n.8/2007 indica la necessità che ogni struttura sanitaria abbia un protocollo di gestione del rischio di violenza contro gli operatori che deve essere incluso nel documento unico di valutazione dei rischi previsto dal D.Lgs. n.81/2008 (3, 4).

Ai sensi del D.Lgs n.81/2008 la procedura richiede che il direttore generale, nella sua qualità, identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie di prevenzione più appropriate al contesto con la collaborazione dei responsabili della sicurezza e dei dirigenti delle strutture operative.

Le fonti comuni per la valutazione del fenomeno sono: sistema di *incident reporting*, segnalazioni di eventi sentinella, sistema di gestione dei reclami, denunce di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso o altra documentazione sanitaria comprovante episodi di violenza, segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, a Carabinieri o Polizia di Stato, all'URP o alla Direzione Aziendale.

L'analisi si attua con indagini specifiche mediante strumenti quali interviste o questionari al personale, sopralluoghi per la valutazione della sicurezza ambientale (mappatura delle sedi e dei luoghi di lavoro in particolare se isolati, poco illuminati, con accessi poco sicuri, mezzi di comunicazione carenti, ecc), dell'organizzazione e delle condizioni operative (operatori che lavorano soli e isolati), dei fattori di rischio relativi a comportamenti e atti di violenza accaduti contro operatori.

A seguito dell'analisi del contesto e Identificazione dei rischi, si identificano le soluzioni praticabili di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche in grado di prevenire o ridurre le situazioni di rischio rilevate. Quindi si informa e si forma il personale alla loro applicazione.

Le misure di prevenzione e controllo dovranno includere almeno le seguenti azioni:

Misure strutturali e tecnologiche

- Valutare l'idoneità della struttura ai fini della sicurezza e l'eventuale condizione di rischio elevato rappresentata da operatori che operano in solitudine ed isolamento; in tal caso valutare la possibilità di un accorpamento in modo da ottenere che in ogni sede siano presenti almeno due medici o, in alternativa, valutare il dislocamento del presidio di guardia medica presso residenze protette per anziani o altri servizi pubblici attivi nelle 24ore come stazioni dei carabinieri, vigili del fuoco, ecc.).
- Valutare che i locali di attesa siano confortevoli e garantiscano agli utenti l'accoglienza e l'informazione trasparente esposta sulle regole d'accesso.
- Valutare la disponibilità di sistemi di identificazione dell'utente-paziente prima del suo ingresso nella sede di servizio.
- Valutare la presenza di idonei sistemi di illuminazione interni ed esterni e garantire la presenza

di vie di fuga.

- Rimuovere dai locali oggetti in vista utilizzabili come arma impropria.
- Valutare la presenza e necessità di dispositivi di video-sorveglianza a circuito chiuso con registrazione 24ore e di allarme (telecamere, pulsanti di allarme, telesoccorso portatili, telefoni cellulari con sistema di localizzazione durante le visite domiciliari).
- Valutare l'esistenza e l'efficacia di un sistema di pronto intervento delle Forze dell'Ordine in caso di pericolo per l'operatore.

Misure organizzative

- Promuovere una cultura della sicurezza e la produzione, divulgazione e applicazione di un protocollo sulla prevenzione del rischio di violenza contro operatori sul modello della procedura n.1/2014 dell'ASL Napoli1 (5) e sulla gestione relazionale individuale da parte degli operatori dell'utente aggressivo (4). Infatti gli atti di violenza possono verificarsi nonostante le misure preventive messe in atto.
- Stabilire un'interfaccia operativa con l'eventuale vigilanza interna alla struttura o con le forze dell'ordine e la centrale operativa del 112 ai fini delle attività previste nelle procedure.
- Formare gli operatori alla gestione del rischio specifico e assicurare la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza. Informazione e formazione del personale favoriscono il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva ed hanno l'obiettivo di rendere consapevoli gli operatori dei rischi potenziali e delle procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.
- Prevedere e applicare procedure per garantire la sicurezza in caso di utenti con comportamenti violenti o sottoposti a misure di sicurezza in ambito di procedimenti giudiziari.
- Fornire agli utenti informazioni esaurienti e chiare sull'uso appropriato dei servizi e sui tempi di erogazione delle prestazioni.
- Garantire dove possibile la contemporanea presenza di almeno due operatori all'atto di erogazione di una prestazione o almeno la vicinanza fisica di un secondo operatore nella stessa struttura erogante o il collegamento di rapido intervento con personale o forze dell'ordine. Ove possibile, ad esempio, si potrebbero accorpate in una sede unica due postazioni di guardia medica limitrofe per avere almeno due operatori in ogni servizio.
- Garantire secondo protocollo la segnalazione e registrazione degli episodi di violenza e il trattamento in acuto e a lungo termine degli operatori vittime di violenza. La violenza contro operatori è definita un evento sentinella che rende necessaria un'indagine di *incident reporting* per accertare quali fattori eliminabili o riducibili abbiano concausato l'evento e quali misure sono adottabili per ridurre il rischio di eventi simili (6).

Giulia Marin, Mauro Marin – Medico e Direttore di Distretto - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - Pordenone

Bibliografia e riferimenti

1. National Institute for Health and Care Excellence Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings NICE guideline [NG10] Published date: May 2015
2. Occupational Safety and Health Administration Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers OSHA 3148-06R 2016

3. Marin G, Marin M Gestione della sicurezza nelle strutture sanitarie GIN 2017;34:94-100
4. Marin G, Marin M La gestione del paziente aggressivo. MD 2017;7:34-7
5. UOC Prevenzione e Protezione Prevenzione degli atti di violenza nei luoghi di lavoro ASL Napoli 1 Centro Proc. n.1 2014
6. Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) Gov Clin Sicurezza dei Pazienti 2015