

**LAVORARE IN SICUREZZA IN CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE:
COME PREVENIRE, RICONOSCERE, GESTIRE IL
RISCHIO DI AGGRESSIONE**

DR. ANDREA DE STALES

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

SPECIALIZZANDO IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (UNIVERSITA' DI PADOVA)

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ULSS3 SERENISSIMA

Le peculiarità del setting rispetto al tema della sicurezza

Aspetti del servizio di CA che possono rappresentare un fattore di rischio aggiuntivo di conflitto e di aggressione

Aspetti ORGANIZZATIVI

Aspetti CONTRATTUALI

Aspetti PROFESSIONALI

Aspetti SOCIALI

Il lavoro NOTTURNO

- Lavoro prevalentemente notturno: fascia oraria 20-8 rappresenta il 77,7% delle fasce orarie di copertura del servizio di Continuità Assistenziale
- Le ore della notte sono quelle in cui avviene il maggior numero di aggressioni

Il lavoro SOLITARIO

Per garantire la capillarità del servizio soprattutto nelle sedi suburbane e rurali è frequente che il medico in turno sia solo

Solo sia rispetto alla presenza di altri medici sia rispetto alla presenza di altri servizi nell'ambito della sede

Le aggressioni che hanno dato gli esiti più drammatici sono sempre state subite da un medico in turno da solo

La non CONOSCENZA reciproca medico-paziente

Il medico di Continuità Assistenziale non ha, nella maggior parte dei casi, una pregressa conoscenza del paziente che accede al Servizio

Non ha quasi mai a disposizione una cartella clinica informatizzata o un patient summary per un raccordo anamnestico completo

Il paziente non conosce, nella maggior parte dei casi, il Medico che trova in servizio

Non è previsto filtro

L'accesso ambulatoriale è generalmente libero, quantomeno in alcune fasce orarie, per assenza di triage da parte di altro sanitario sia telefonico sia all'ingresso.

Il paziente che accede all'ambulatorio non viene preventivamente identificato

Recentemente sono stati identificati e attuati in alcune realtà strumenti di triage telefonico da parte di centrale operativa.

Aspetti legati al Medico

La femminilizzazione della professione determina un maggior numero di medici donna nel servizio di Continuità Assistenziale. Il sesso femminile è identificato come maggiormente a rischio di aggressione.

Il servizio di Continuità Assistenziale è svolto mediamente da Medici più giovani rispetto alla media dei Medici di Medicina Generale, il che può determinare minore esperienza dal punto di vista della gestione della relazione e del conflitto e minore autorevolezza.

Aspetti legati alle aspettative del Paziente

La Continuità Assistenziale viene spesso percepita come un servizio diverso dalla Medicina Generale e le aspettative del paziente possono non essere soddisfatte, per esempio in caso di:

- Richiesta di prescrizioni che il medico non ritiene appropriate
- Richiesta di prestazioni non erogabili (es. impegnative per esami e visite)
- Richiesta di prestazioni infermieristiche
- Richiesta di certificazioni incongrue
- Richiesta di prestazioni strumentali eseguibili in PS o in regime di ricovero (servizio erroneamente ritenuto deputato alla gestione dell'Emergenza)
- Richiesta di distribuzione di farmaci

Aspetti legati alla tipologia di Paziente

La Continuità Assistenziale viene spesso considerata un luogo di rifugio sociale in situazioni di disagio. I pazienti che accedono appartengono spesso a quelle categorie che sono identificabili come a maggior rischio di aggressione:

- Paziente psichiatrico
- Paziente alcolista
- Paziente che fa uso di stupefacenti
- Paziente con basso livello culturale, sociale ed economico

Aspetti legati alla tipologia di Paziente

La Continuità Assistenziale viene spesso coinvolta in situazioni conflittuali o di disagio psico-sociale.

Per esempio:

- Coinvolgimento in crisi psichiatriche da gestire farmacologicamente o tramite TSO
- Coinvolgimento in litigi tra persone per dirimere aspetti non sempre di carattere sanitario (figli di persona non autosufficiente, liti tra coniugi, etc)
- Coinvolgimento in situazioni legati all'abuso di alcol o stupefacenti
- Coinvolgimento in esiti di aggressioni per ottenere referto
- Coinvolgimento in aggressioni in atto

La visita DOMICILIARE

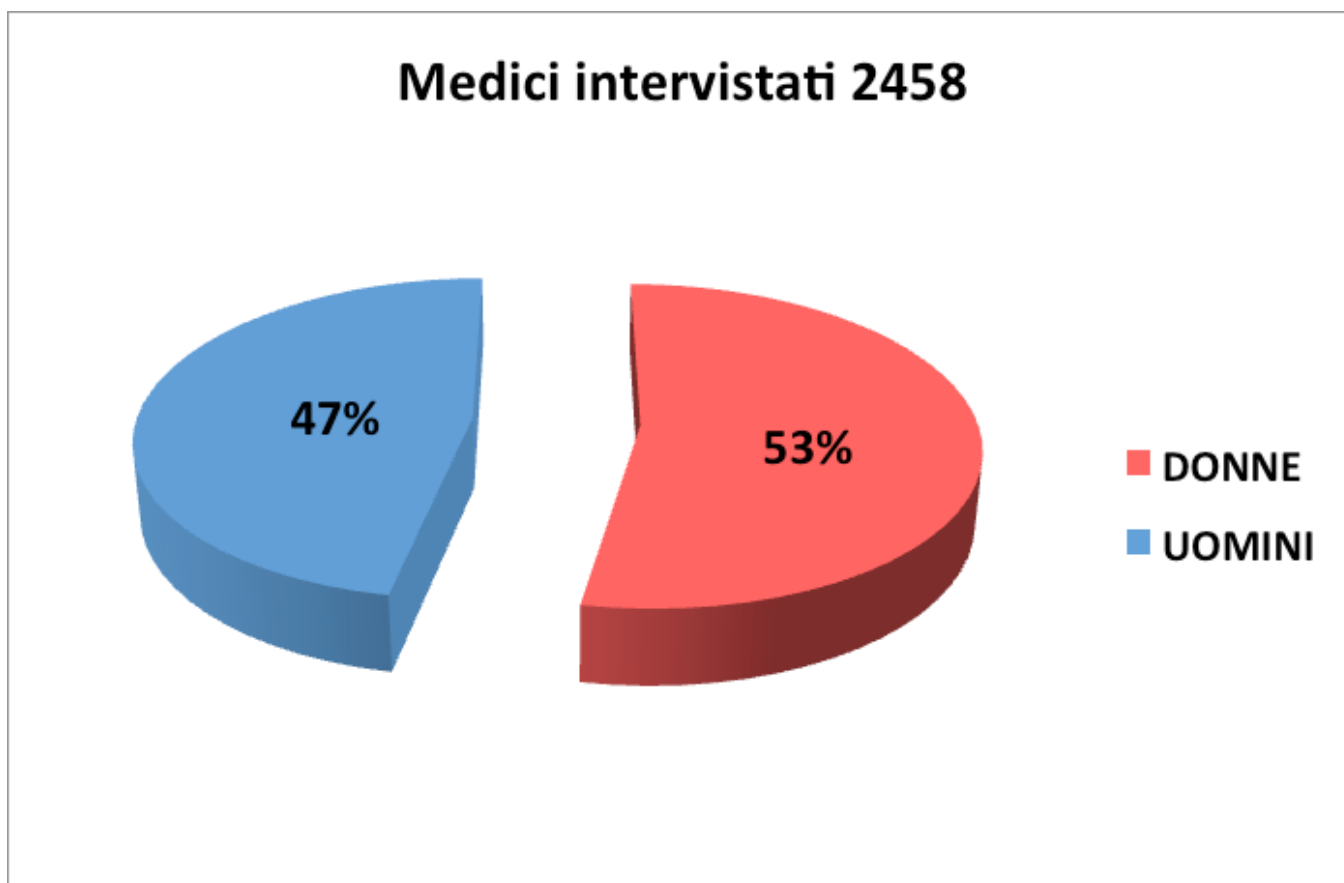
La visita domiciliare concentra tutti questi aspetti in un setting ancora più rischioso:

- 1) Il medico va da solo a casa del paziente
- 2) Il medico non conosce il paziente da cui si reca
- 3) La visita domiciliare può essere notturna
- 4) Non sono attivi sistemi di tracciabilità del percorso del medico

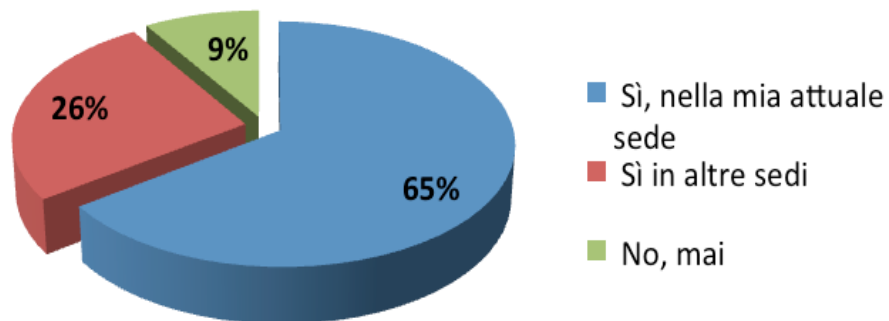
Interventi possibili o già in atto:

- Sporadici regolamenti prevedono la domiciliare in coppia in caso di «sospetto»
- Presenza dell'autista (ma non dentro l'abitazione per motivi di privacy) nei casi in cui previsto
- Presenza del sistema di localizzazione «uomo a terra»

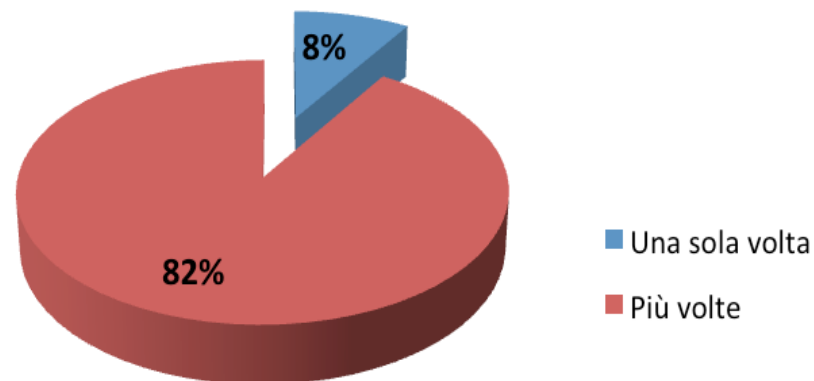
Indagine sugli atti di violenza compiuti verso medici di continuità assistenziale



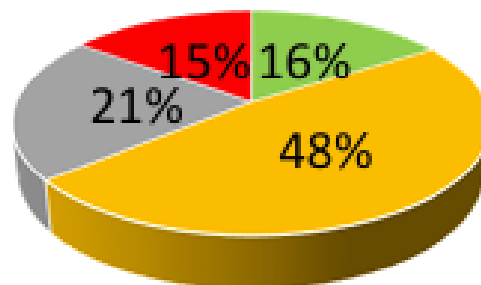
Hai mai subito episodi di violenza fisica e/o atti di intimidazione (sono possibili risposte multiple)?



Quante volte hai subito episodi di violenza fisica e/o atti di intimidazione?

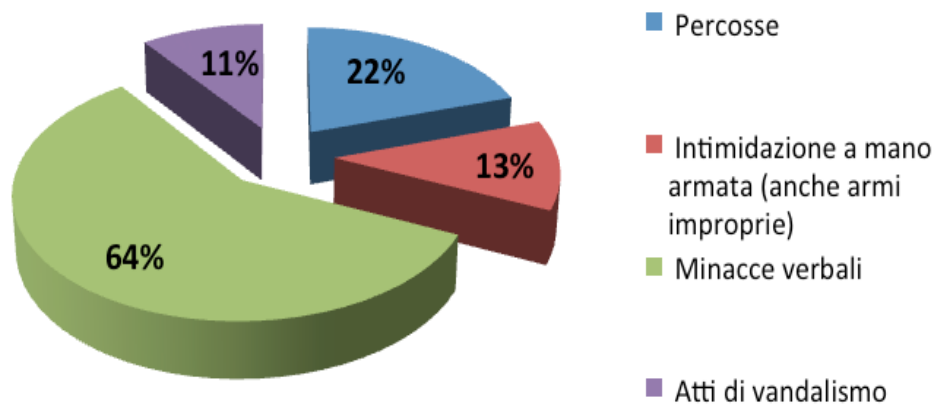


Come giudichi l'ambito territoriale in cui lavori?

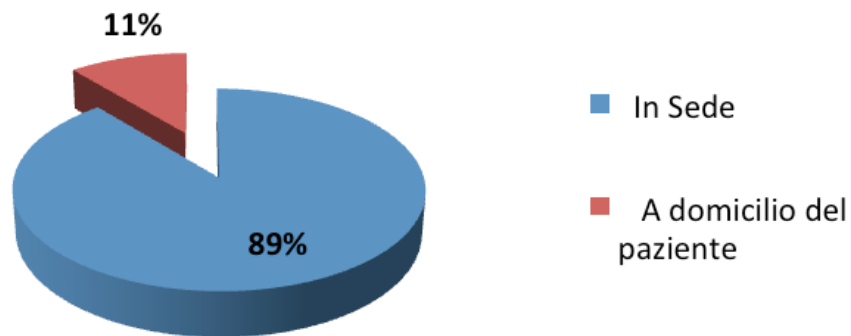


■ Assolutamente tranquillo

**Di che tipo di atti di violenza si è trattato
(sono possibili risposte multiple)?**



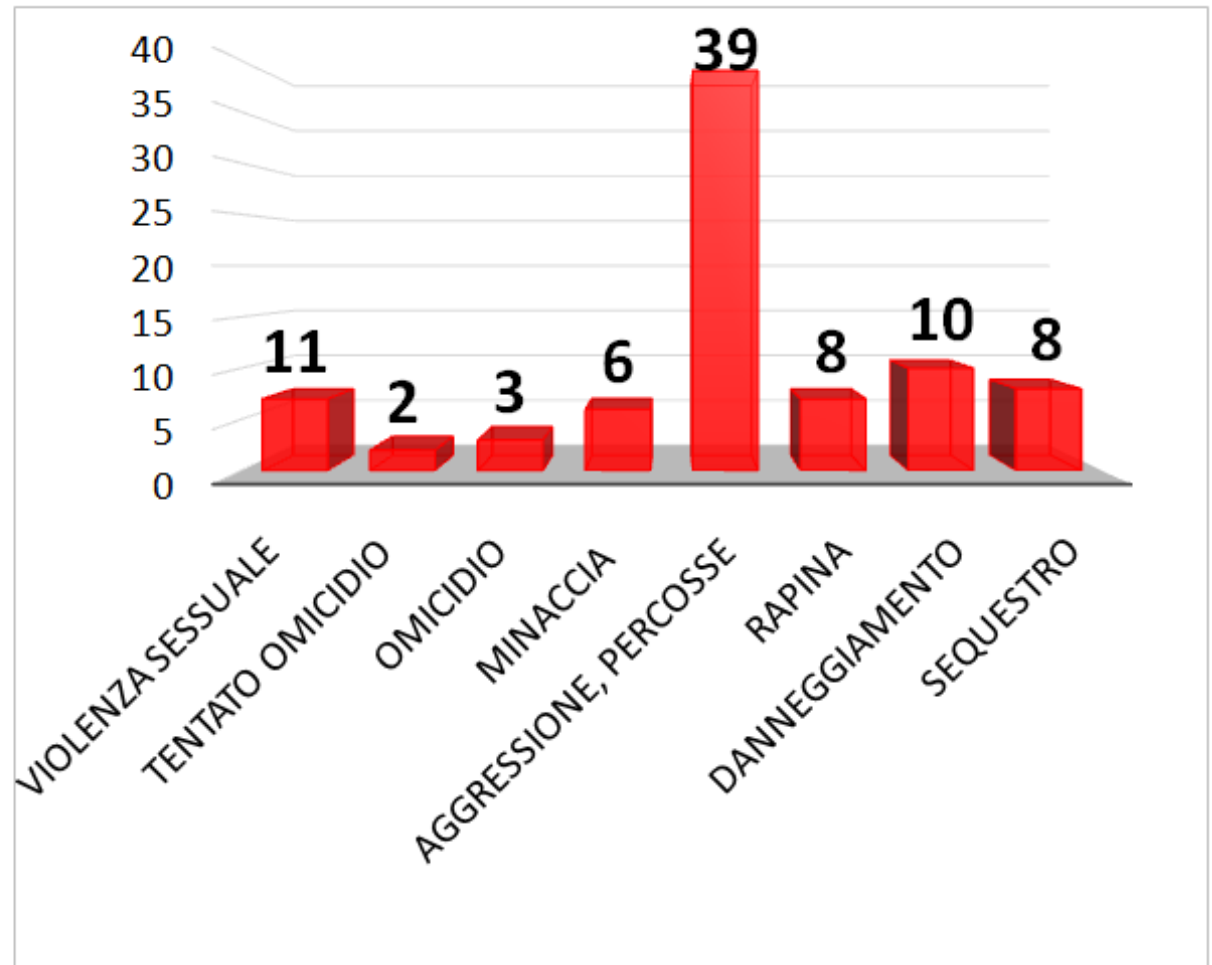
Dove sono avvenuti gli atti violenti?



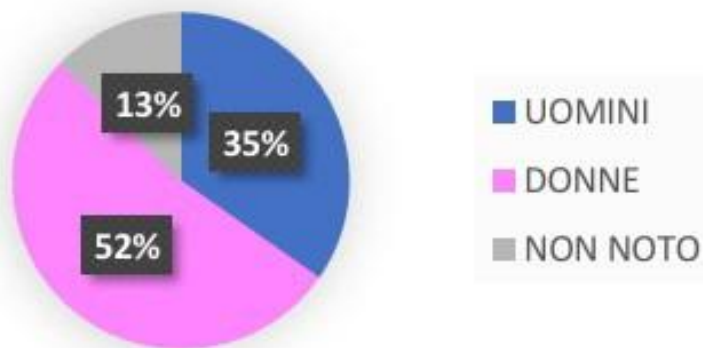
Qual è stata la tua reazione?

- ha sporto denuncia alle pubbliche autorità e gli episodi sono cessati 3 %
- ho sporto denuncia alle pubbliche autorità ma gli episodi non sono cessati 10%
- non ho sporto denuncia 30%
- ho cambiato sede 29%
- mi faccio accompagnare da amici/familiari 35%
- altro 6%

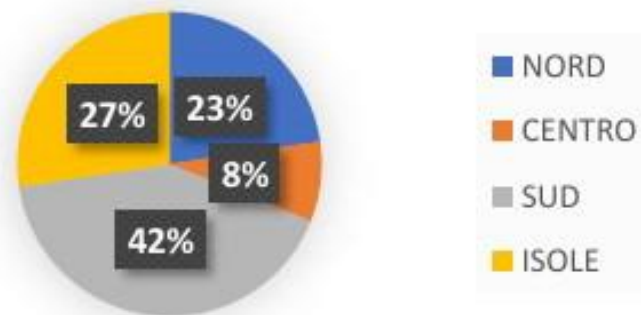
Storie ordinaria follia: tipologia reato subito



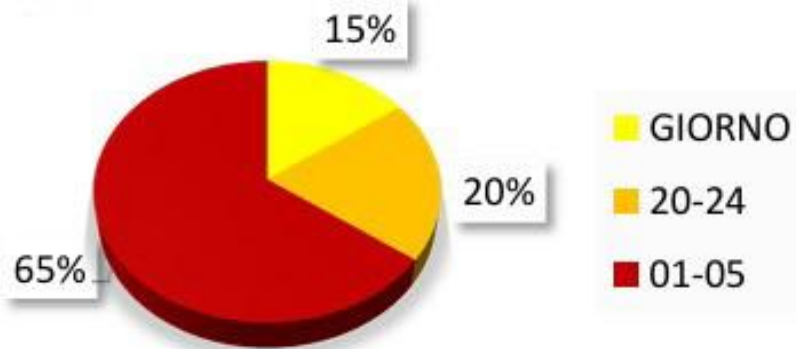
Sesso del medico aggredito



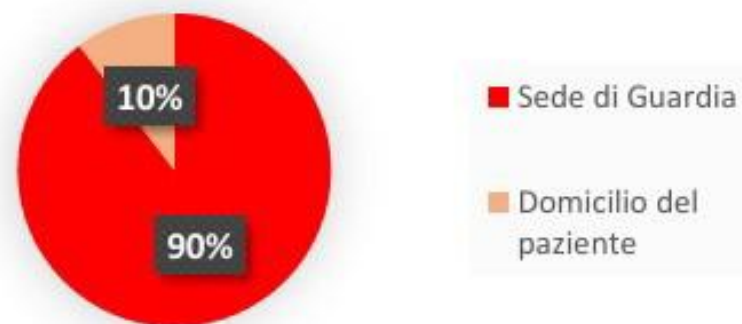
Eventi per macroarea



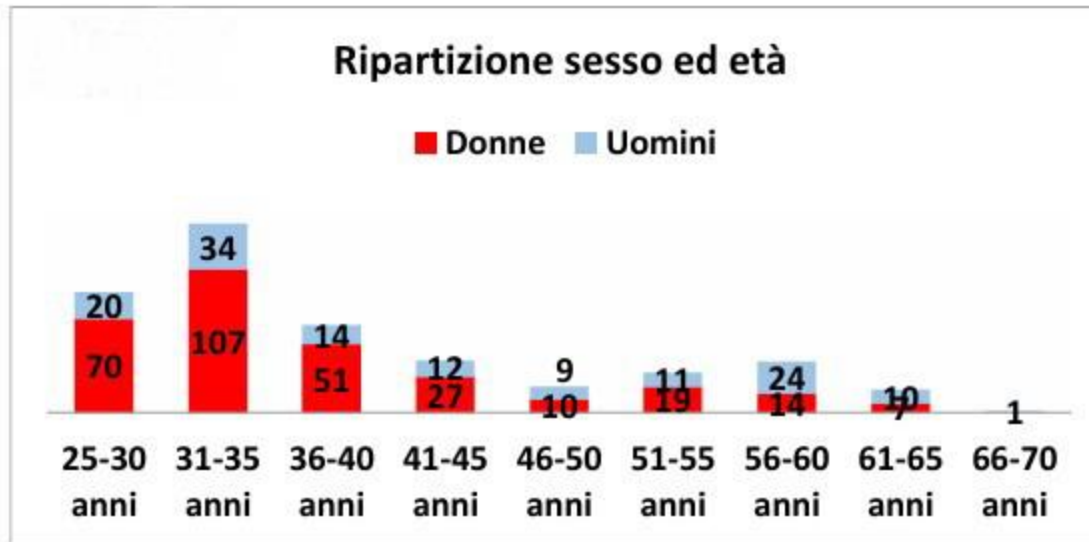
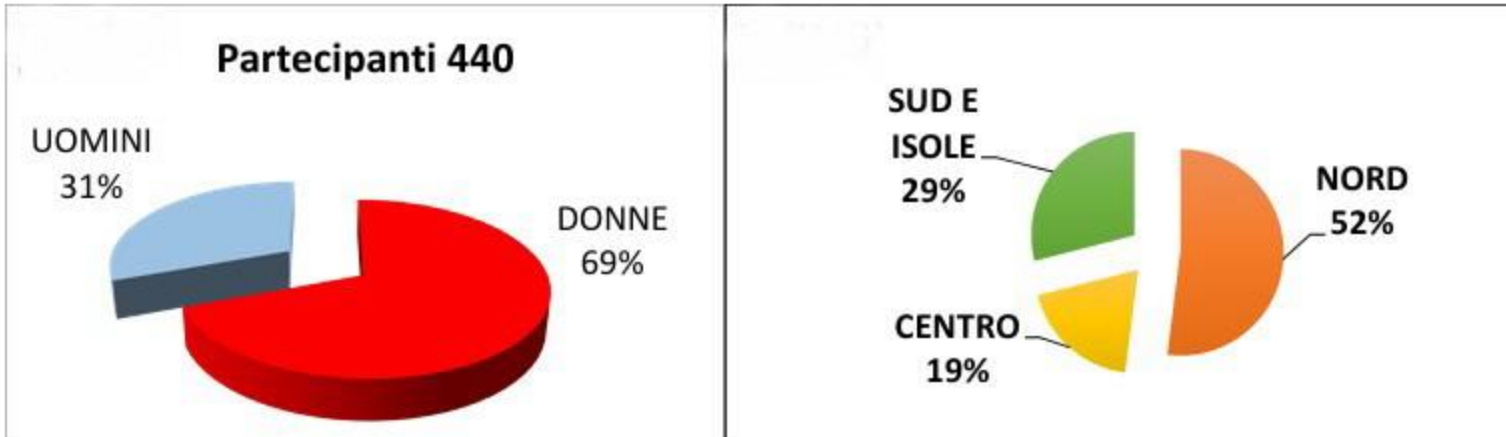
Fascia oraria aggressioni



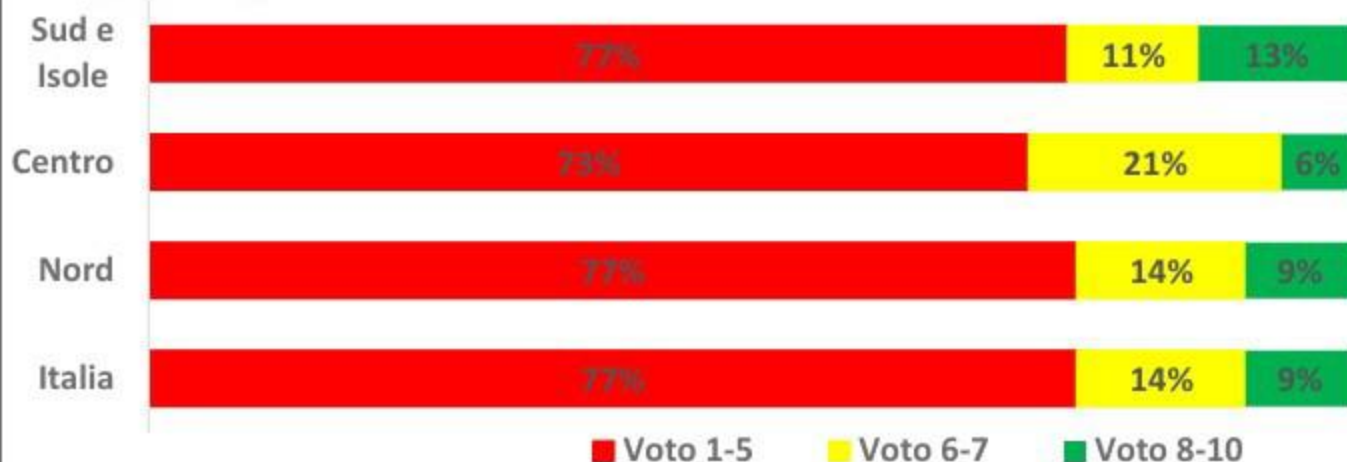
Luogo dell'evento



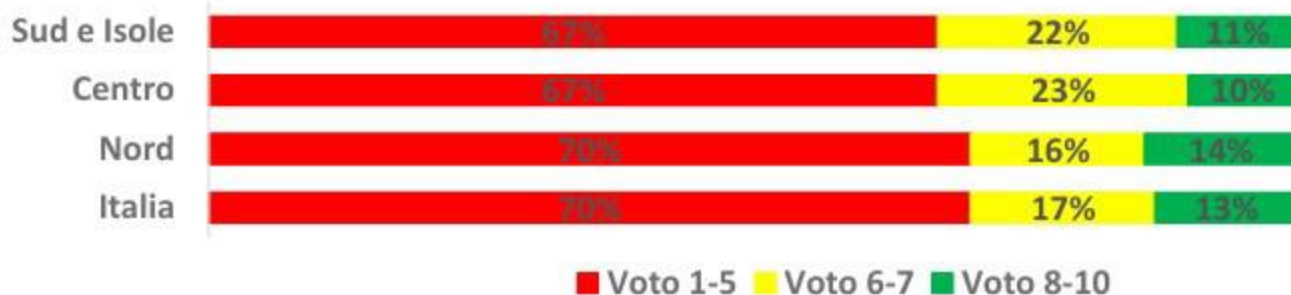
Ispezione da dentro



Su una scala da 1 a 10 (dove 1=Per nulla sicuro e 10=Molto sicuro) come giudichi la sicurezza della sede riguardo il rischio di aggressioni?

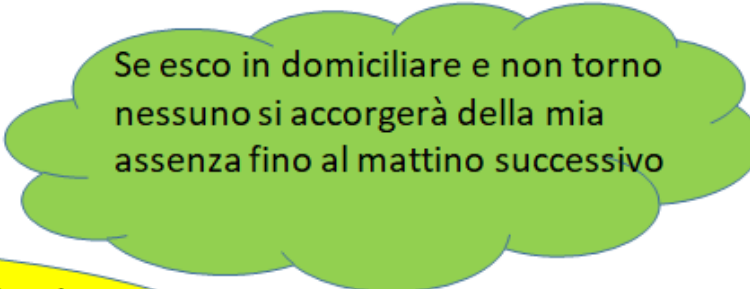


Su una scala da 1 a 10 (dove 1=Per nulla sicuro e 10=Molto sicuro) come giudichi la sicurezza della sede dal punto di vista strutturale?

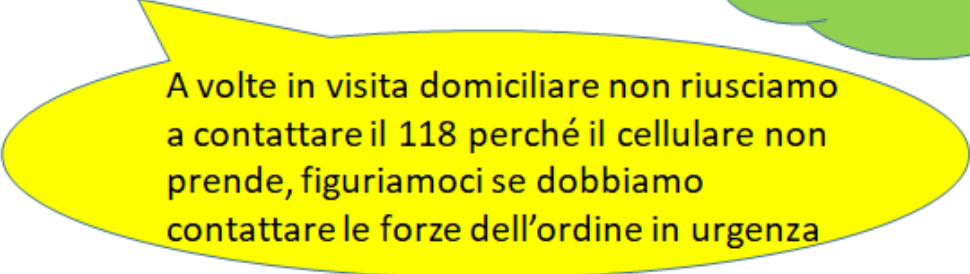


Localizzazione delle sedi

- Postazioni isolate
- Assenza di altro personale (soprattutto nei turni notturni)
- Postazione all'interno di grandi strutture (ex ospedali, ex case per anziani, ecc) in cui la CA è l'unico servizio presente, soprattutto nei turni notturni
- Postazioni con varie vie di accesso non controllabili dal MCA
- Postazioni all'interno di strutture con altri servizi, ma l'ingresso del servizio di CA è isolato e la sede non comunicante col resto dei servizi
- Un solo medico in servizio
- Zone di territorio senza copertura telefonica



Se esco in domiciliare e non torno nessuno si accorgerà della mia assenza fino al mattino successivo



A volte in visita domiciliare non riusciamo a contattare il 118 perché il cellulare non prende, figuriamoci se dobbiamo contattare le forze dell'ordine in urgenza

Sicurezza passiva delle sedi

ASSENZA DI:

- Citofono
- Videocitofono
- Inferriate alle finestre
- Porta blindata
- Sistema di allarme esterno
- Cancelli esterni azionabili elettricamente
- Vie di fuga (in caso di aggressione)

I pazienti mi bussano direttamente alla porta, io apro e spero di non trovarmi di fronte un malintenzionato

Mi devo affacciare alla finestra per vedere chi ha suonato

Le finestre non hanno sistemi di protezione e la porta di ingresso è una porta a vetri

Esiste un sistema di allarme per tutta la struttura, ad esclusione della sede di CA

Sicurezza attiva delle sedi

ASSENZA DI:

- Servizio di vigilanza
- Autista
- Collegamento diretto con altri servizi (112, 113, 118)
- Sistema di videosorveglianza

Abbiamo il Salvalavita Beghelli ma non è mai stato collegato a nessun altro servizio...

Ci sono le telecamere ma non sono collegate a nessun sistema di registrazione

C'è un sistema di videosorveglianza, ma non è collegato a nessun servizio di pronto intervento (Forze dell'ordine o vigilanze private)

Conclusioni

Cosa si può fare per migliorare la sicurezza in Continuità assistenziale?

1. Sanare le carenze strutturali ed organizzative delle Sedi di Continuità Assistenziale;
2. Incentivare un'offerta formativa rivolta ai professionisti sui temi della sicurezza, sul riconoscimento delle situazioni a rischio di escalation, sulle tecniche di de-escalation, sulle abilità relazionali;
3. Possibilità di accesso da parte del medico di Continuità Assistenziale ai dati clinici del paziente preso in carico, nel rispetto della normativa sulla Privacy, per una migliore gestione dello stesso
4. Educazione sanitaria della popolazione al fine di una fruizione corretta e appropriata dei servizi sanitari presenti