



RISCHI PSICOSOCIALI VIOLENZA IN AMBIENTE DI LAVORO

(Art. 28 D.Lgs. 9 aprile 2008 n° 81 e s.m.i.)

MODIFICHE AL DVR PRECEDENTE

Capitolo/Pagine modificate	Descrizione tipo/natura della modifica
Intestazione	Denominazione Ospedale
Testo Modifica riferimenti a IRCCS	Modifica riferimenti a IRCCS

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali sono sempre potenzialmente esposti a rischio di affrontare un'esperienza di violenza, che può consistere in aggressione verbale e/o fisica, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come **“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”**. Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

L'ospedale Policlinico San Martino effettua l'analisi sugli indicatori di rischio mediante la registrazione degli infortuni e l'applicazione del modello aziendale costruito sulla Overt Aggression Scale finalizzata a monitorare gli episodi di violenza da Familiare/Paziente/altri verso gli operatori Sanitari.

Un articolo fatto negli anni passati sui dati del nostro Ospedale (Analisi degli episodi di violenza in un grande ospedale italiano Dimitri Sossai , Francesco Stefano Molina , Mario Amore , Giovanna Ferrandes , Elena Sarcletti , Gabriella Biffa , Simone Accorsi , Martino Belvederi Murri , Marzia Jole Tomellini , Francesco Copello Med Lav 2017; 108, 5: 377-387 DOI: 10.23749/mdl.v108i5.6005)

Evidenziava quanto segue:

La distribuzione anagrafica per sesso ed età delle segnalazioni mostrava una assoluta preponderanza del sesso femminile (84%), con un'età media inferiore di oltre 10 anni rispetto alla media del personale in servizio (pari a circa 49 anni). Le azioni violente erano prevalentemente rappresentate da pazienti (270 casi su 356 segnalazioni, 74%), talvolta associati ad un'altra persona non familiare (14%). Nei restanti casi (12%) la violenza era effettuata da un familiare o da un'altra persona presente. L'età avanzata è prevalente nel caso dei pazienti; le età e i due sessi sono normalmente distribuiti nel caso dei familiari; il sesso femminile giovane è più frequente nel caso di altri aggressori. Focalizzando l'attenzione sulla tipologia di aggressore rispetto il genere e l'età

dell'aggressore stesso, si evidenziava che quando l'aggressore era un paziente i due sessi numericamente si equivalevano e prevaleva nettamente l'età più avanzata, oltre i 70 anni. Anche nel caso in cui l'aggressore era un familiare i due sessi si equivalevano, tuttavia l'età risultava inferiore, tra i 40 e i 60 anni. Infine quando l'aggressore era un altro soggetto prevaleva il sesso femminile e la fascia di età si spostava nettamente verso il basso, tra i 30 ed i 60 anni. I dati ottenuti dall'esame delle schede OAS mostravano che in 300 casi l'aggressione era di tipo verbale (84%), in 142 casi era di tipo fisico verso terzi; più rara la violenza fisica contro oggetti (69 casi) o contro se stessi (25 casi). È emerso che le aggressioni fisiche verso terzi erano l'evoluzione di iniziali comportamenti violenti di tipo verbale mentre nei casi di violenza verso oggetti o verso se stessi tale correlazione risultava molto meno evidente. È evidente dal totale di questi numeri che tali comportamenti sono spesso associati evolvendo da una violenza inizialmente verbale verso aggressioni fisiche. La distribuzione per durata degli eventi vedeva il 25% degli episodi esaurirsi in meno di 5 minuti; il 50mo percentile era situato a 10 minuti, il 75mo a 30 minuti ed il 90mo a 60 minuti. Il restante 10% degli episodi risultava di durata superiore ai 5 minuti e si trattava, nella maggioranza dei casi, di situazioni ad elevata complessità con pazienti psichiatrici o affetti da deficit cognitivi. Le vittime sono risultate in prevalenza persone che hanno maggiori contatti con i pazienti. L'esposizione risulta quindi così articolata: gli infermieri 83 86,79% (309 casi), gli Operatori Socio Sanitari 33,14 % (118 casi) mentre il personale medico 15,76% (56 casi) risulta esposto in modo significativamente minore. Su 539 vittime di violenza 438 erano donne (81,3%), con un rischio relativo rispetto agli uomini pari a circa 2.2, tenendo nel dovuto conto la diversa composizione per genere del personale (circa due terzi femminile). La distribuzione per età delle vittime, a differenza di quella di chi ha segnalato il fatto, rispecchia quella della popolazione in servizio. È stata condotta una Analisi delle Componenti Principali delle caratteristiche relative al comportamento aggressivo dove alcune variabili analizzate (aggressore paziente o familiare, aggressione verbale, violenza fisica verso se stessi, verso oggetti e verso altro) sono state distribuite

Nei reparti di neurologia l'aggressore era prevalentemente adulto (70 anni) e la violenza era di tipo fisico, rivolta verso gli operatori sanitari;

- nei reparti di psichiatria l'aggressore era prevalentemente una paziente donna, di età giovane (20-50 anni) che metteva in atto violenza fisica contro gli oggetti o contro se stessa;
- nei reparti di emergenza erano presenti tutte le tipologie di aggressione; è importante considerare che in questi reparti è stata riscontrata la maggiore numerosità di eventi.

La distribuzione oraria degli episodi di aggressività. Le incidenze degli eventi di violenza sugli operatori nel corso della giornata sono state suddivise per area clinica. Sono evidenti trend complessivi e picchi orari correlabili alle diverse attività e specificità delle singole aree. Se analizzata complessivamente non risultano particolari differenze nel corso della giornata ma se si esamina per tipologia di reparto si evidenziano alcune tendenze a picchi in alcune fasce orarie:

- nei reparti di emergenza era evidente un trend in crescita nel corso della giornata con due picchi alle ore 14 ed alle ore 20, in concomitanza con i cambi turno;

- nei reparti di medicina non si dimostra un trend particolare ma sono evidenti tre picchi: a metà mattina, a metà pomeriggio e tra le 21 e le 22
- nei reparti di neurologia non erano evidenti tendenze significative. Discussione L'indagine sugli episodi di violenza non fisica ha confermato che i dati relativi a tali evenienze erano largamente conformi a quelli relativi agli infortuni, sia in termini di distribuzione anagrafica che di genere delle persone aggredite. Un'aggressione che porta come esito finale all'infortunio di un soggetto può essere considerata un evento raro, ma spiegabile con la nota piramide di Heinrich . Secondo questo modello, per ogni infortunio grave vi sono decine di infortuni minori e centinaia di incidenti senza infortuni, spesso non riportati dagli operatori. Recentemente Hollnagel ha reinterpretato questa teoria definendo gli infortuni più gravi come la "coda" di una curva gaussiana di eventi "facili da vedere" ma con bassa probabilità di verificarsi, posizionata accanto alla rimanente parte della gaussiana in cui sono presenti gli eventi "difficili da vedere" ma con alta probabilità di verificarsi, ossia gli incidenti meno gravi generalmente ignorati e sconosciuti. Uno dei punti di forza del presente studio risiede nella rappresentatività del campione esaminato e nell'utilizzo di una valutazione standardizzata e riproducibile degli episodi di aggressività. La scala di valutazione OAS, sviluppata nel contesto dei Reparti di Salute Mentale, si è dimostrata ben adattabile anche al contesto di altri reparti, pur necessitando di alcune integrazioni importanti (es. tipo di aggressore). Le figure professionali maggiormente esposte risultano essere quelle del personale a diretto contatto con i pazienti, ossia gli infermieri e gli operatori socio assistenziali. Abbiamo osservato che il fenomeno violenza seppure presente in modo preponderante nelle Unità Operative di Psichiatria e Pronto Soccorso risulta di fatto ubiquitario in tutte le U.O. Cliniche. Le azioni preventive devono essere quindi progettate per essere rivolte al complesso delle attività assistenziali dell'Ospedale e non focalizzate solo in alcune aree. Interessanti sono anche i dati relativi gli orari in cui avvengono prevalentemente gli episodi violenti. Il periodo notturno spesso indicato come il momento più a rischio per l'U.O. Pronto Soccorso in realtà non sembra avere molta significatività; per questo reparto sono le prime ore serali quelle di maggiore incidenza (gran parte degli episodi sono avvenuti intorno alle h 20). Nell'U.O. Psichiatria risultano maggiormente significative le primissime ore del mattino, mentre nel resto della giornata il numero di episodi sembra tendere a diminuire. Nelle U.O. Cliniche e di Medicina Generale gli orari appaiono maggiormente correlati con i periodi dedicati all'igiene dei pazienti e alla somministrazione delle terapie. In tutti i casi si vede comunque una diminuzione significativa nei periodi di tempo associati agli orari di visita dei parenti. L'andamento degli episodi di violenza che hanno determinato infortuni è fortemente condizionato dalle azioni di sensibilizzazione rivolte al personale sul tema. Comprendere come avviene l'escalation dell'azione violenta, dove avvengono gli episodi maggiormente significativi potrà aiutare l'azienda a mettere in atto misure correttive specifiche già nell'azione informativa e formativa del personale.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio si basa su due livelli:

- analisi statistica delle segnalazioni e degli infortuni denunciati dai lavoratori nel periodo di riferimento;
- valutazione del rischio propriamente detta condotta su ogni struttura operativa della Regione Liguria e per ogni figura professionale interessata dal rischio, tenendo conto della tipologia degli ambienti lavorativi e del contatto con l'utenza assistita (check-list allegato 2 alla presente procedura).

I DATI

Negli ultimi 5 anni vi sono stati 50 infortuni legati ad aggressioni che hanno coinvolto 11 lavoratori e 39 lavoratrici

Gli indicatori di incidenza, gravità e frequenza sono sensibilmente diminuiti nel periodo 2020 e 2021 anche a seguito delle restrizioni nelle visite mentre nel 2022 gli indicatori hanno evidenziato un graduale aumento anche se non ancora i livelli del 2019.

Per le segnalazioni mediante la modulistica aziendale

2022	202
2021	174
2020	152
2019	230
2018	61

La gradazione del rischio è attuata seguendo i suddetti criteri e individuando aree di riferimento numerico, in relazione alla tabella 3X3 (D X P):

Rischio Aggressioni (RAGGR) = 1 RISCHIO TRASCURABILE/BASSO

RISCHIO MEDIO

RISCHIO ALTO

Per esemplificazione di seguito sono riportate le strutture ed i relativi livelli di rischio:

- RISCHIO TRASCURABILE/BASSO = strutture e mansioni che non prevedono interazioni con utenti; strutture quali la diagnostica, la degenza ordinaria e le strutture ambulatoriali;
- RISCHIO MEDIO = strutture di front-office, strutture degenziali e ambulatoriali dedicate a pazienti con problematiche psico-patologiche (SM); servizi domiciliari; servizio assistenza sociale; attività di vigilanza e ispezione;
- RISCHIO ALTO = strutture degenziali e ambulatoriali dedicate a pazienti con problematiche psico-patologiche (SPDC/SERT), servizi di continuità assistenziale, contesti nei quali si ha la presenza di pazienti in fase acuta con problematiche psico-patologiche (P.S.), strutture di emergenza (es. 118)

	Rischio Alto	Unità Operative di Psichiatria e Pronto Soccorso
	Rischio Medio	UUOO assistenziali, ambulatori
	Rischio Trascurabile	In generale l'ospedale è comunque ambiente a potenziale rischio. Area ricerca, area amministrativa, area sanitaria : laboratori

Il report dettagliato fa parte degli allegati su specifica presentazione agli atti riunione art. 35 D.Lgs 81 del 08/04/2016.

INTERVENTI

In atto e programmati:

- Nuova utility per la registrazione e il controllo degli eventi in intranet
- Nuova campagna informativa verso l'utenza
- implementazione dei processi formativi
- attività di vigilanza e controllo
- ridefinizione degli spazi operativi

BIBLIOGRAFIA

- 1) Analisi degli episodi di violenza in un grande ospedale italiano Dimitri Sossai , Francesco Stefano Molina , Mario Amore , Giovanna Ferrandes , Elena Sarcletti , Gabriella Biffa , Simone Accorsi , Martino Belvederi Murri , Marzia Jole Tomellini , Francesco Copello Med Lav 2017; 108, 5: 377-387 DOI: 10.23749/mdl.v108i5.6005) AA. VV., Stress e Lavoro nell'Europa in espansione, ISPESL – WHO Collaborating Centre, Roma, 2004
- 2) ACCORDO INTERCONFEDERALE PER IL RECEPIMENTO DELL'ACCORDO QUADRO EUROPEO SULLO STRESS LAVORO-CORRELATO CONCLUSO L'8 OTTOBRE 2004 TRA UNICE/UEAPME, CEEP E CES <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/2E3F3293-7AAB-4B2E-B4CEC439D22BBD8E/0/Accordointerconfederalestress9062008.pdf>
- 3) BUSELLI R., CRISTAUDO A., "Il medico competente e il rischio lavoro correlato: dalla collaborazione alla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria".. G. It. Med. Lav. Erg. 2009, 31:3, 261-264.
- 4) CASSITTO M. G., "Modalità di risposta individuale allo stress". Atti Convegno "Stress e attività lavorativa" Monza, 2009 <http://gimle.fsm.it/31/2/09.pdf>
- 5) CESANA G., e Altri, Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. Documento di consenso SIMLII, PIME Editrice, Pavia, 2006

- 6) CONSULTA INTERASSOCIATIVA ITALIANA PER LA PREVENZIONE, Valutazione del rischio stress lavoro-correlato, Documento interlocutorio, Febbraio 2010
- 7) COORDINAMENTO DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E DEI MEDICI COMPETENTI DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA, COORDINAMENTO DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E COORDINAMENTO DEI MEDICI COMPETENTI DELLA REGIONE LIGURIA, Linea di indirizzo regionale per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato nelle Aziende Sanitarie, Documento di lavoro, 2009
- 8) DIRETTIVA DEL MINISTRO DELLA FUNZIONE PUBBLICA SULLE MISURE FINALIZZATE AL MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI (24.03.2004)
<http://www.innovazionepa.gov.it/media/341974/benessere.pdf>
- 9) EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, Research on Work-related Stress, 2000:<http://osha.europa.eu/en/topics/stress> (ed. it.: Ricerca sullo Stress correlato al Lavoro, ISPESL, Roma, 2002)
- 10) EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, New and emerging risks in occupational safety and health, European Risk Observatory, 2009
http://osha.europa.eu/en/publications/outlook/en_te8108475enc.pdf
- 11) EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, European Risk Observatory Report, OSH in figures: stress at work — facts and figures, 2009:
http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN_C_OSH_in_figures_stress_at_work
- 12) EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITION, Fourth European Working Conditions Survey, Luxembourg, 2007:
<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/thirdpartyresearch2007.htm>
- 13) EUROPEAN SOCIAL DIALOGUE WEBSITE:
http://www.ec.europa.eu/employment_social/social_dialogue/
- 14) FRAMEWORK AGREEMENT ON HARASSMENT AND VIOLENCE AT WORK:
http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf
- 15) FRAMEWORK AGREEMENT ON WORK-RELATED STRESS:
http://ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf
- 16) MILKZAREK M., “What to do we know about work-related stress in EU, (EASHW, 2009)
Relazione Convegno Regionale “Rischi da stress lavoro-correlato” Marina di Massa – Settembre 2009:
http://www.usl1.toscana.it/public/upload/allegati/Milczarek_1537.pdf
- 17) NATIONAL INSTITUT FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH):
<http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>
- 18) NETWORK NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO PSICOSOCIALE NEI LUOGHI DI LAVORO, La valutazione dello stress lavoro-correlato. Una proposta metodologica, ISPESL, Roma, 2010
- 19) PSYCHOSOCIAL RISK MANAGEMENT – European Framework (PRIMA – EF):
<http://prima-ef.ispesl.it/>
- 20) REGIONE LOMBARDIA, Indirizzi per la valutazione e gestione del rischio stress lavorativo alla luce dell’accordo europeo 8.10.2004 (art.28 comma 1 D.lgs. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni), Decreto n. 13559 (Direzione Generale Sanità), Dicembre 2009:
<http://www.sanita.regione.lombardia.it/>
- 21) REGIONE TOSCANA, Valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Prima proposta di linee di indirizzo, Luglio 2009:
http://www.usl1.toscana.it/public/upload/allegati/DOC_STRESS_AVTNO_1531.pdf

- 22) D'Orsi F, Ballottin A, Cancellieri MP, Chicco F, Cocomazzi D, Franco F, Latocca R, Mavilia MG, Pugliese F, Renso M, Sallese D, Sossai D, Valenti E; [The regions' contribution to assessment of work-related stress: an operative guide]. Gruppo di Lavoro del Comitato Tecnico Interregionale della Prevenzione Nei Luoghi di Lavoro composto. *G Ital Med Lav Ergon.* 2010 Oct-Dec;32(4 Suppl):134-7. Italian.
- 23) A.Bruno,F.Bracco,C.Chiorri,F.Pugliese, P.Palombo, D.Sossai "Risk perception in the health care domain, between clinical risk and practitioners safety:a study among operating theatres"prcationers European Academy of Occupational Health Psychology Rome 29-31 march 2010