

# VIOLENZA SUL LAVORO: EPIDEMIOLOGIA ED ESPERIENZE REGIONALI

Agostino Messineo  
Nicola Magnavita.



Sezione Regionale Lazio-Abruzzi & Molise

- Il fenomeno degli episodi di violenza a danno di professionisti della sanità è diffuso
- Vi sono dati difformi dal punto di vista numerico nelle varie regioni ,ma negli ultimi tempi vi è sempre una attenzione molto elevata sul tema
- Il problema era noto in passato e il Ministero della Salute già nel 2007 con la Raccomandazione n.8 - primo documento governativo che riconosceva la gravità della violenza contro gli operatori sanitari – aveva indicato come **prevenire gli atti di violenza inserendo proprio la violenza verso gli operatori nell’elenco degli «eventi sentinella».**



*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI  
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI  
VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

**Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione**

Diversi studi indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza. Nel nostro Paese mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia appare necessario attivare misure di prevenzione per contrastarne l'occorrenza.

Con la presente Raccomandazione si intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Raccomandazione n. 8, novembre 2007

# I ministeri del lavoro e della salute nel 2009 emanano il protocollo per gli eventi sentinella

26-29 NOVEMBRE 2024  
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

La segnalazione doveva riguardare anche eventi che non avessero determinato morte o lesioni di particolare gravità, escludendo aggressioni verbali senza carattere di minaccia

La Commissione nazionale per la formazione continua, il 15 marzo 2018, ha indicato che "la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario" è tematica di interesse nazionale



Nel Luglio 2009 i Ministeri Salute e Lavoro predispongono il protocollo per gli eventi sentinella



- All'epoca dovevano essere adottate in funzione preventiva :
- • Impianti di allarme;
- • Servizi di vigilanza;
- • Impianti video, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio;
- • Installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura sia all'esterno.
- **Tuttavia molte delle misure strutturali e tecnologiche non risultano sempre adottate, a causa delle restrizioni al budget specie nelle Regioni sottoposte a commissariamento che dovevano seguire piani di rientro**



La riduzione dei posti letto e l'aumento della popolazione anziana, hanno comportato una minore disponibilità di posti per acuti negli ospedali con affollamento dei servizi di Pronto Soccorso e lunghe attese per i ricoveri.

I Piani di rientro dal disavanzo sono stati attivati in dieci Regioni a partire dall'anno 2007

Sono stati perseguiti con particolare determinazione due obiettivi :

- **Blocco del turn-over**
- **Riduzione di posti letto**
- **Comparsa di fenomeni di intolleranza, rabbia, doglianze di vario tipo fino alla violenza di parenti e utenti insoddisfatti in attesa anche per i ritardi dovuti alla riduzione del personale**



## Spending Review - «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica»

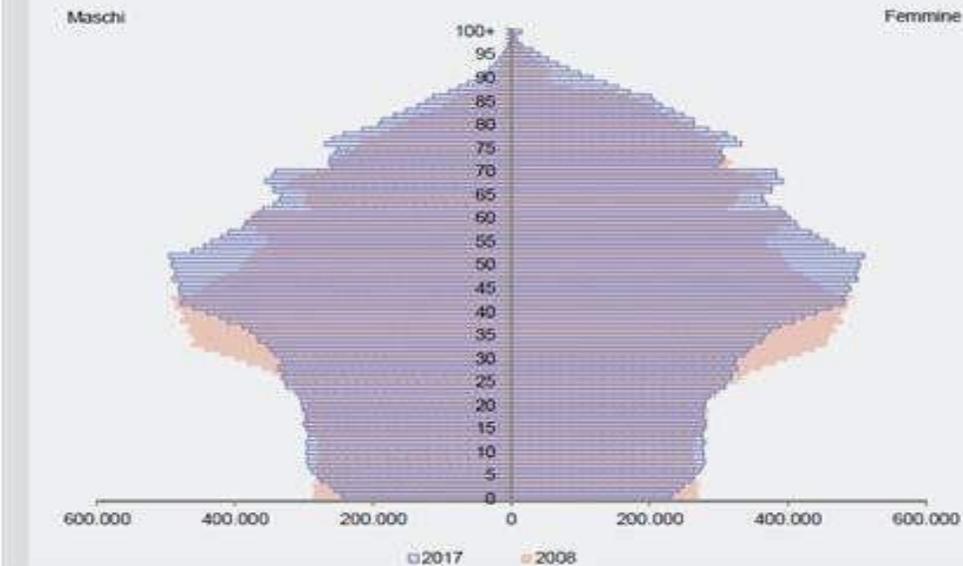
- Oltre il 22% della popolazione nel nostro Paese si trova in una fascia di età superiore a 65 anni, spesso defedati, con maggiori necessita' anche in urgenza
- L'accresciuta necessità di degenze per patologie croniche ed acute ha collassato i settori più fragili (pronto soccorso)

**Il sistema in dieci anni ha registrato la perdita di 65 000 posti letto e di 40.000 operatori**

Nelle Regioni del Centro-Sud la dotazione dei posti letto è inferiore allo standard del 3.7 per mille abitanti

#ForumRisk19

Figura 3.2 Piramide dell'età della popolazione residente al 1° gennaio 2008 e 2017 (a) (valori assoluti)



Fonte: Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente; Indicatori demografici (a) Stima.



## SCENARIO ATTUALE: SOVRAFFOLLAMENTO DEI P.S.

Assistiamo quotidianamente alla preoccupante condizione di sovraffollamento dei servizi di P.S.

Nei grandi e piccoli ospedali non è il numero dei pazienti che accedono al PS ma è aumentata la qualità della richiesta e i codici bianchi e verdi diminuiscono mentre aumentano i gialli ed i rossi che assorbono grandi risorse in termini di presidi personale e tecnologie e per i quali è difficile trovare posti letto





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

19

VALUTARE  
STRESS SEMPRE INESISTENTE?  
INSICUREZZA OPERATORI  
LUNGAGGINI ACCERTAMENTI – PAURA RITORSIONI  
FUGA DA OSPEDALI  
PRECARIETA e COOPERATIVE  
TUTELA ASSICURATIVA  
NESSUN EMPOWERMENT  
NESSUN TRACCIAMENTO PERFORMANCES  
ANZIANITA PERSONALE  
INADEGUATEZZA SUPPORTI E STRUTTURE

## La violenza nell'uomo

Occorre però comprendere alcune premesse : partiamo dalla definizione del problema e di come definirne gravità , necessità e risorse

- L'Homo Sapiens è il più violento tra i primati, uccide il 2% dei membri della propria specie.
- La violenza è un pericolo ineliminabile.
- Poiché turba gravemente le attività produttive, essa può essere un rischio professionale, che deve essere controllato e gestito.

# La violenza è un rischio. Come ogni rischio, va gestito.

**LA VIOLENZA NON TI FARÀ STARE MEGLIO. LEI SÌ.**

Gli operatori sanitari e socio-sanitari lavorano tutti i giorni per la tua salute. **Aggredirli verbalmente e fisicamente è un reato e un atto di inciviltà che va contro il tuo stesso interesse e quello della collettività.**



Ministero della Salute

Campagna contro la violenza verso gli operatori sanitari e socio-sanitari

#laviolenzanoncu  
www.salute.gov



# Come vogliamo gestire la violenza?

Ci sono, come sempre, due opzioni:

Minimizzare

Valutare





## La violenza sul lavoro

- Solo 32 paesi al mondo hanno ratificato la Convenzione ILO sulla violenza e le molestie ma in appena 20 di essi, tra cui l'Italia, essa è in vigore.
- l'Italia è nel piccolo gruppo di paesi prevalentemente europei che impongono ai datori di lavoro di valutare il rischio di violenza, prevenirlo e proteggere i lavoratori dai suoi effetti.
- La violenza sul lavoro fa parte degli standard di accreditamento della Joint Commission per le aziende sanitarie.
- nel Sud Est dell'Asia, una ricerca condotta su 41 studi e 42.222 infermieri di 13 paesi ha evidenziato **WPV, abusi verbali , violenza fisica , mobbing** nel **58%** (CI 51%-64%), **64%** (CI 59%-70%), **23%** (CI 14%-34%), **25%** (17%-33%), dei casi rispettivamente *(Varghese & coll 2021)*



Il rischio di  
violenza dovrebbe  
essere  
evidenziato  
precocemente

- Se si interviene solo in fasi avanzate con lavoratore già danneggiato da costrittività prolungate, **le tutele istituzionali destinate a proteggere i dipendenti, i servizi di sorveglianza sanitaria o le commissioni medico-legali** del SSN potrebbero non essere in grado di ricostruire questa complessa catena di eventi e potrebbero **solo registrare problemi di salute e incapacità lavorativa, facilitando inavvertitamente l'espulsione dal lavoro** (*Magnavita & Bosco 2017*)

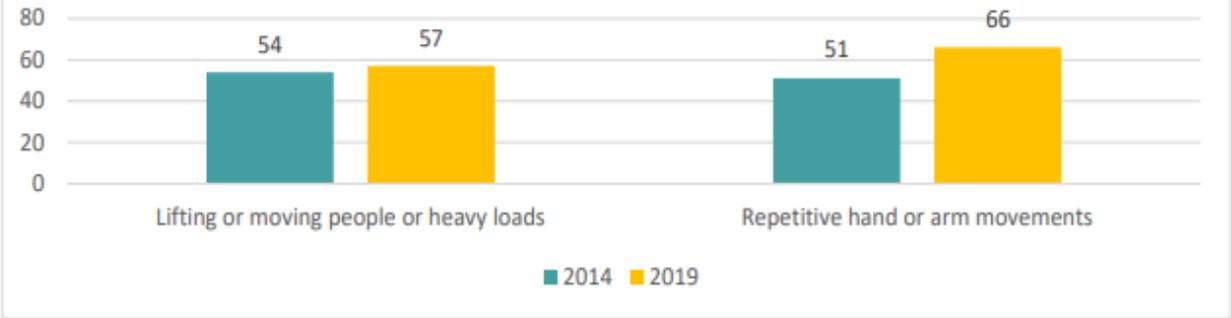


## La gestione del rischio

1. Identificazione del pericolo o fattore di rischio;
2. Valutazione del rischio o probabilità di accadimento;
3. Analisi del **danno** previsto in assenza di interventi;
4. Sviluppo e implementazione di misure di **prevenzione** e protezione;
5. Verifica dell'**efficacia** delle misure in termini di riduzione del danno.

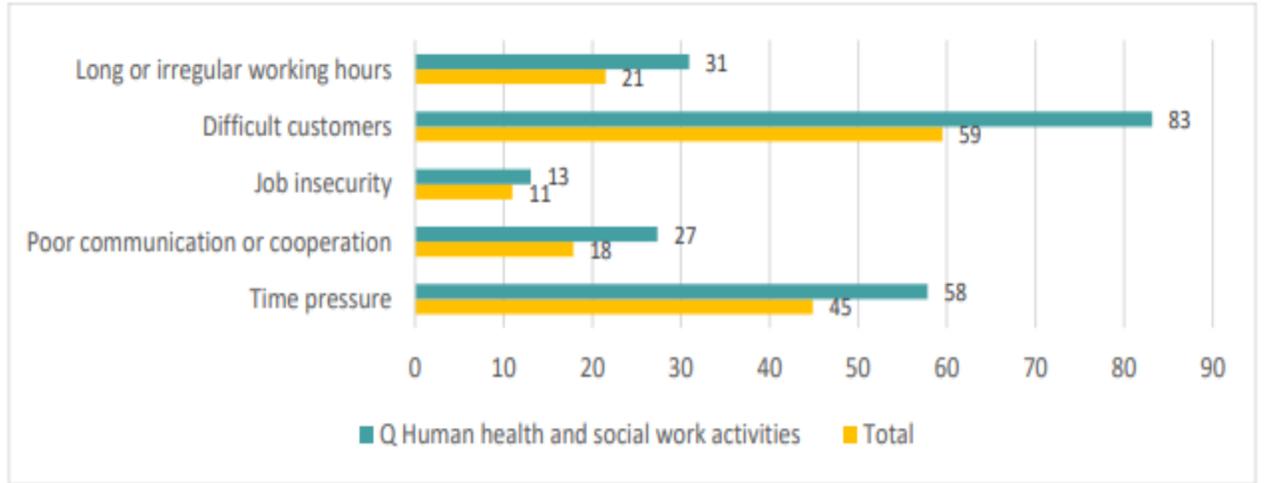
Altri problemi connessi al settore

**Presenza di rischi muscolo scheletrici**



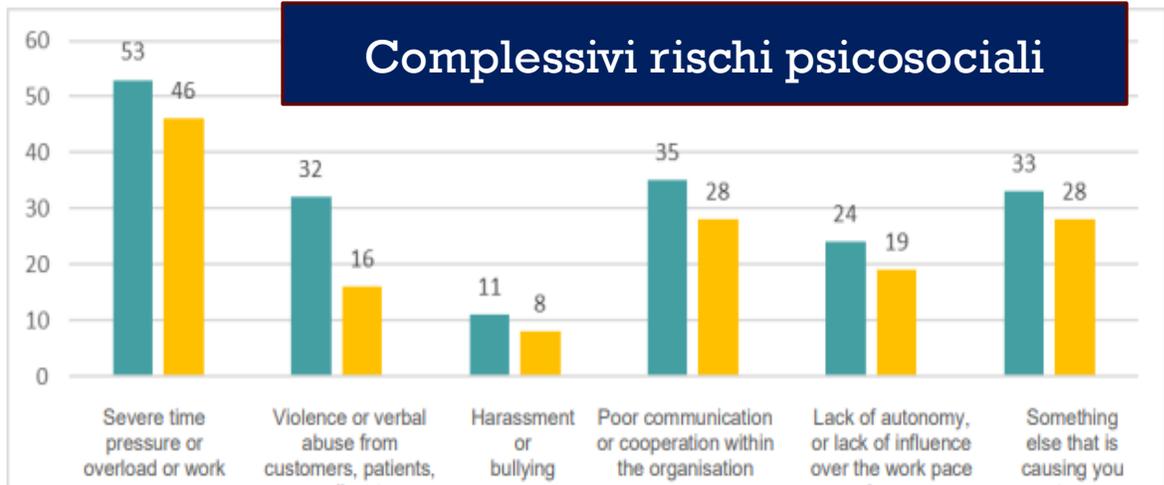
Source: Panteia based on ESENER-2014 and ESENER-2019  
 Base: All HeSCare sector establishments in the EU-27.

**Tipologia di rischi psicosociali in EU nelle aziende sanitarie**



Source: Panteia based on ESENER-2019

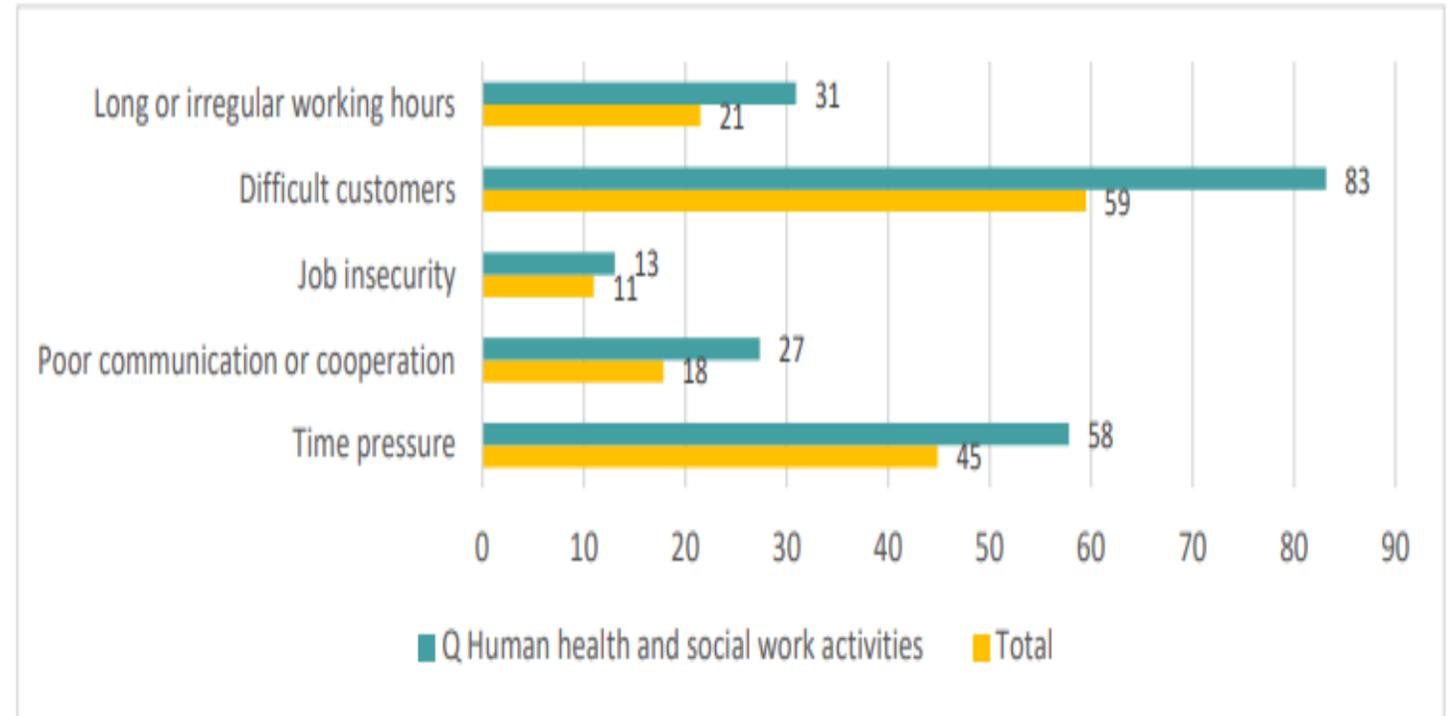
Percentage of workers exposed to a selection of psychosocial risk factors at work, by sector, EU-27, 2022 (%)



**Complessivi rischi psicosociali**

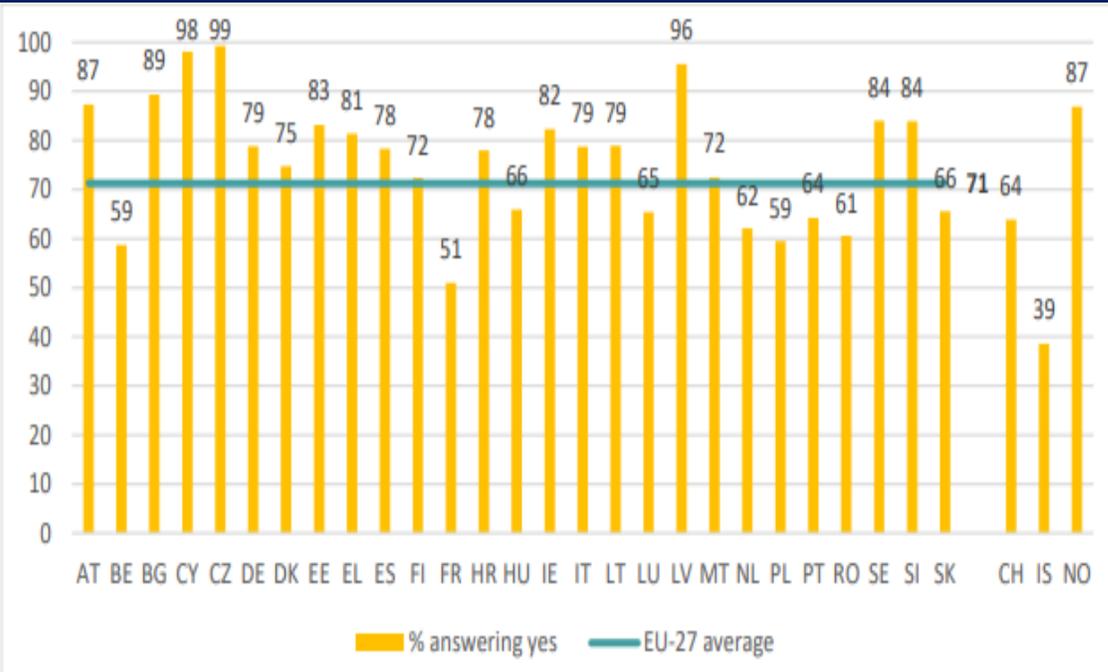
Costrittività denunciate in europa

Percentage of establishments indicating psychosocial risk factors, by sector, EU-27, 2019 (% indicating yes)

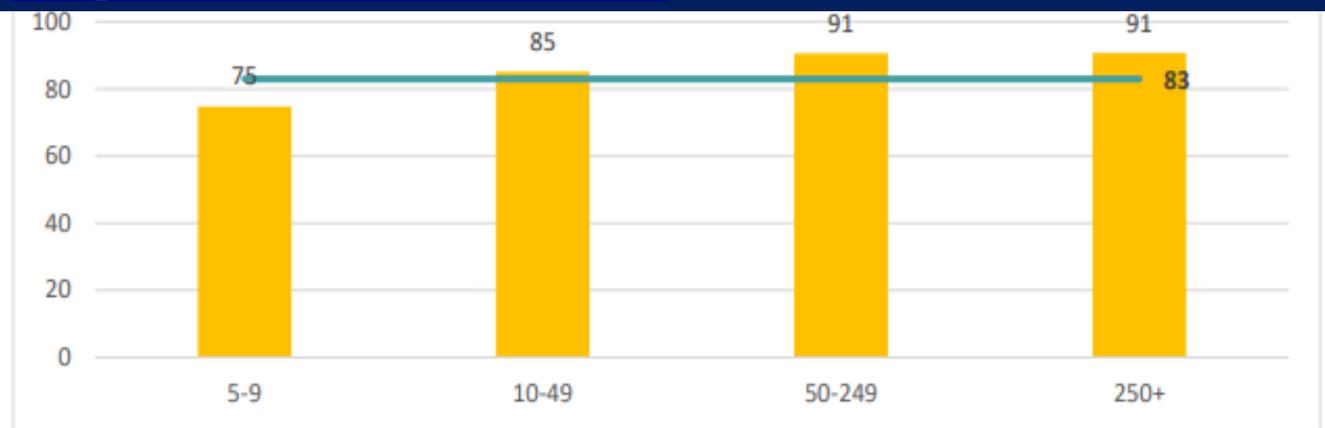


Source: Panteia based on ESENER-2019  
 Base: All HeSCare sector establishments in the EU-27.

**Percentuale di aziende socio sanitarie in cui leader e manager ricevono ogni formazione su salute e sicurezza UE-27 (+ CH, IS e NO), 2019 (%)**

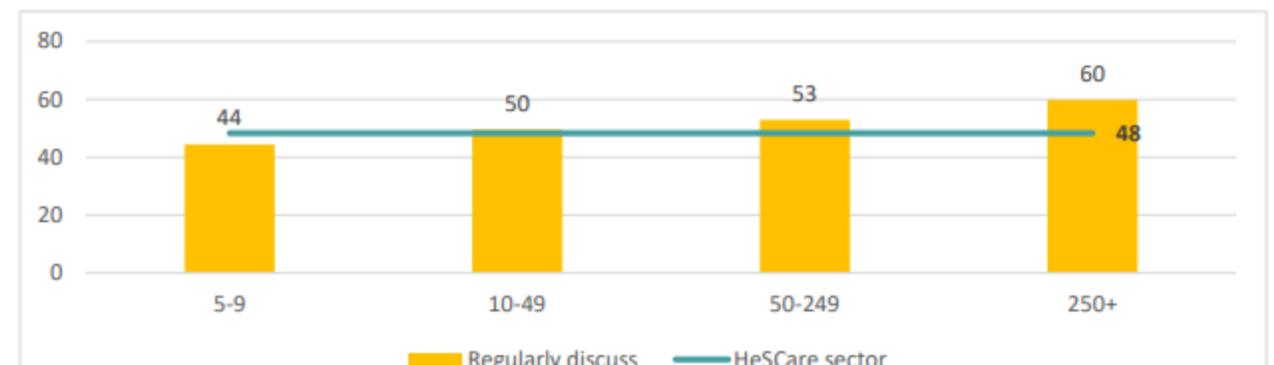


**Percentuale di aziende socio-sanitarie in cui sono stati forniti ai RSL corsi di formazione durante l'orario di lavoro nei paesi UE-27, nel 2019 (%)**



Source: Panteia based on ESENER-19  
 Base: Only HeSCare sector establishments with health and safety representatives in the EU-27.  
 The horizontal line indicates the HeSCare (NACE Q) EU-27 average.

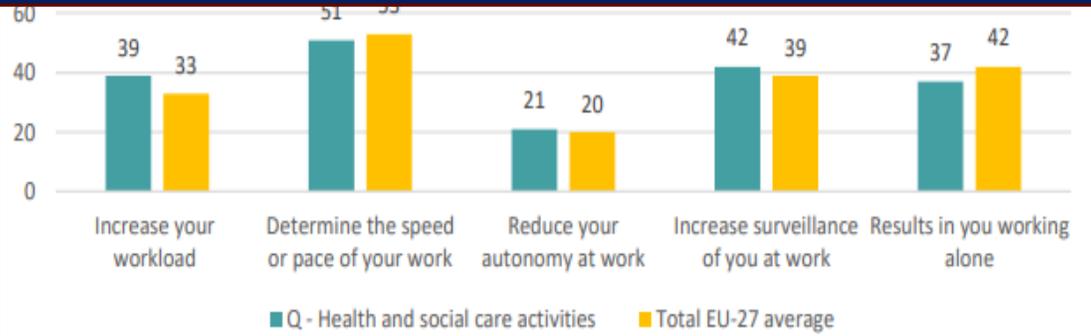
**Figure 141: Percentage of HeSCare sector establishments in which health and safety issues are discussed regularly in staff or team meetings, by size, EU-27, 2019 (%)**



**Osservazione : le politiche di formazione sono perfettibili ed esistono problemi in quasi tutti i paesi europei**

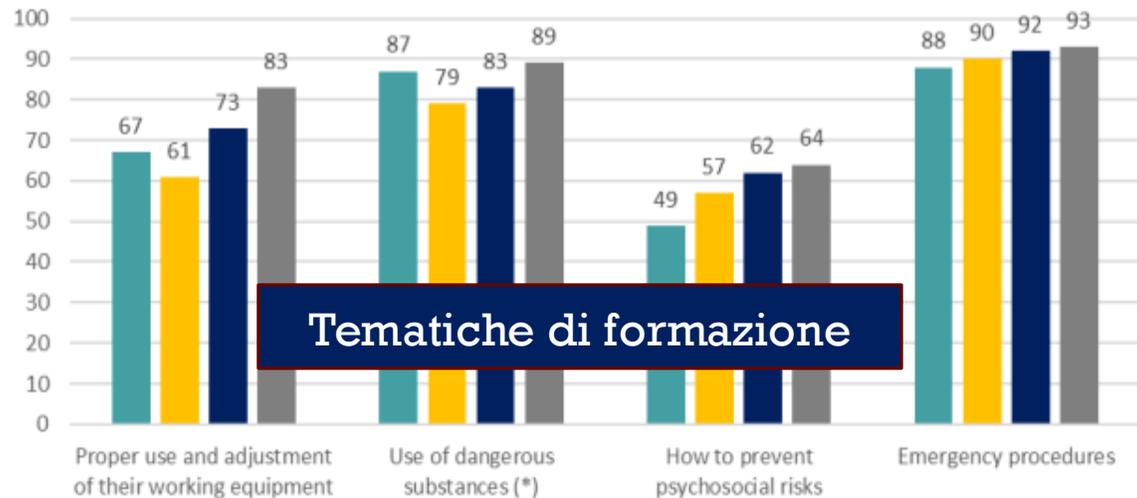
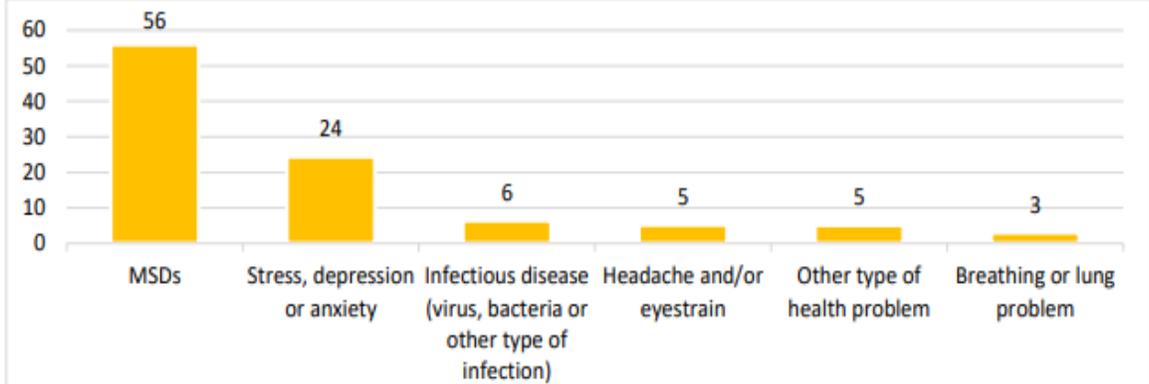
OSH in figures in the health and social care sector

**% dipendenti in sanità con problemi da nuovi lavori**

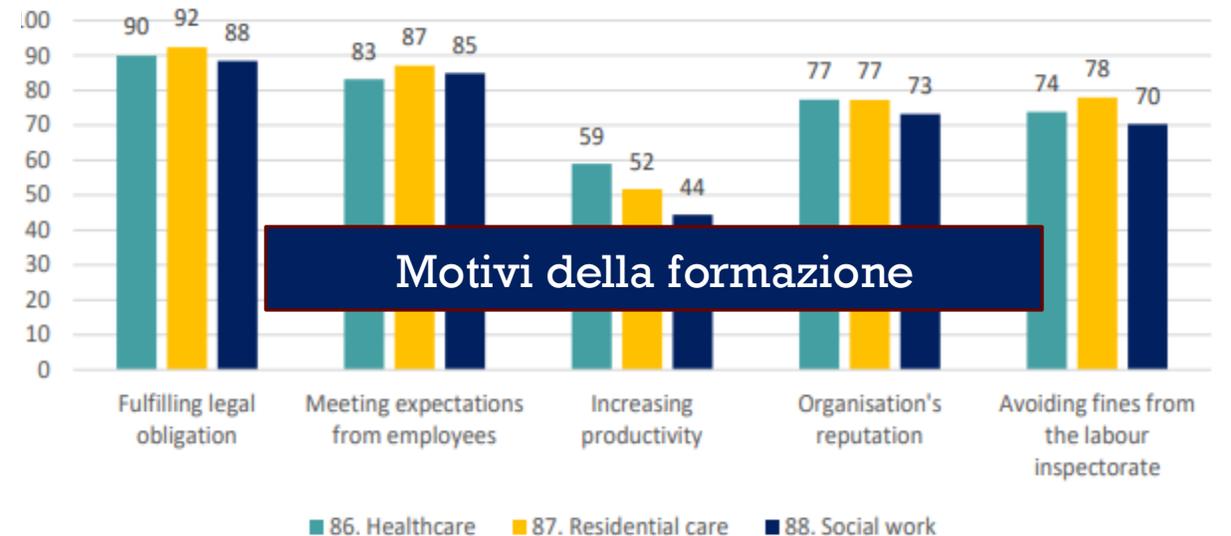


Source: Panteia based on 'OSH Pulse 2022 – Occupational safety and health in post-pandemic workplaces'  
Base: All respondents.

**% Lavoratori con tipi di disturbi in sanità (2020)**



**Tematiche di formazione**



**Motivi della formazione**

# LE «VALUTAZIONI» CITATE IN LETTERATURA

1. Checklist;
2. Focus group;
3. Gruppi di ergonomia partecipativa.

L'Health and Safety Executive (HSE) britannico raccomanda di chiedere ai lavoratori se essi hanno subito atti di violenza o vi hanno assistito, durante le ispezioni in loco, ed esaminare le caratteristiche degli ambienti e le procedure, analizzare i registri infortuni e ascoltare i RLS (Magnavita 2024) Altra metodologia suggerisce di valutare il rischio di violenza sulla base di cinque criteri tratti dagli indicatori del metodo INAIL

Esiste anche il **questionario OMS per la raccolta dati sulla violenza** nelle attività sanitarie (versione italiana) (La Torre 2017). E l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (EU-OSHA) ha sviluppato dal giugno 2023 il sistema Online Interactive Risk Assessment (OiRA) per aiutare le aziende a identificare e gestire i rischi occupazionali.

Metodologia INAIL valuta:

1 Azioni legali per licenziamento declassamento / molestie morali o sessuali;

2 Presenza di un codice etico e comportamentale in azienda;

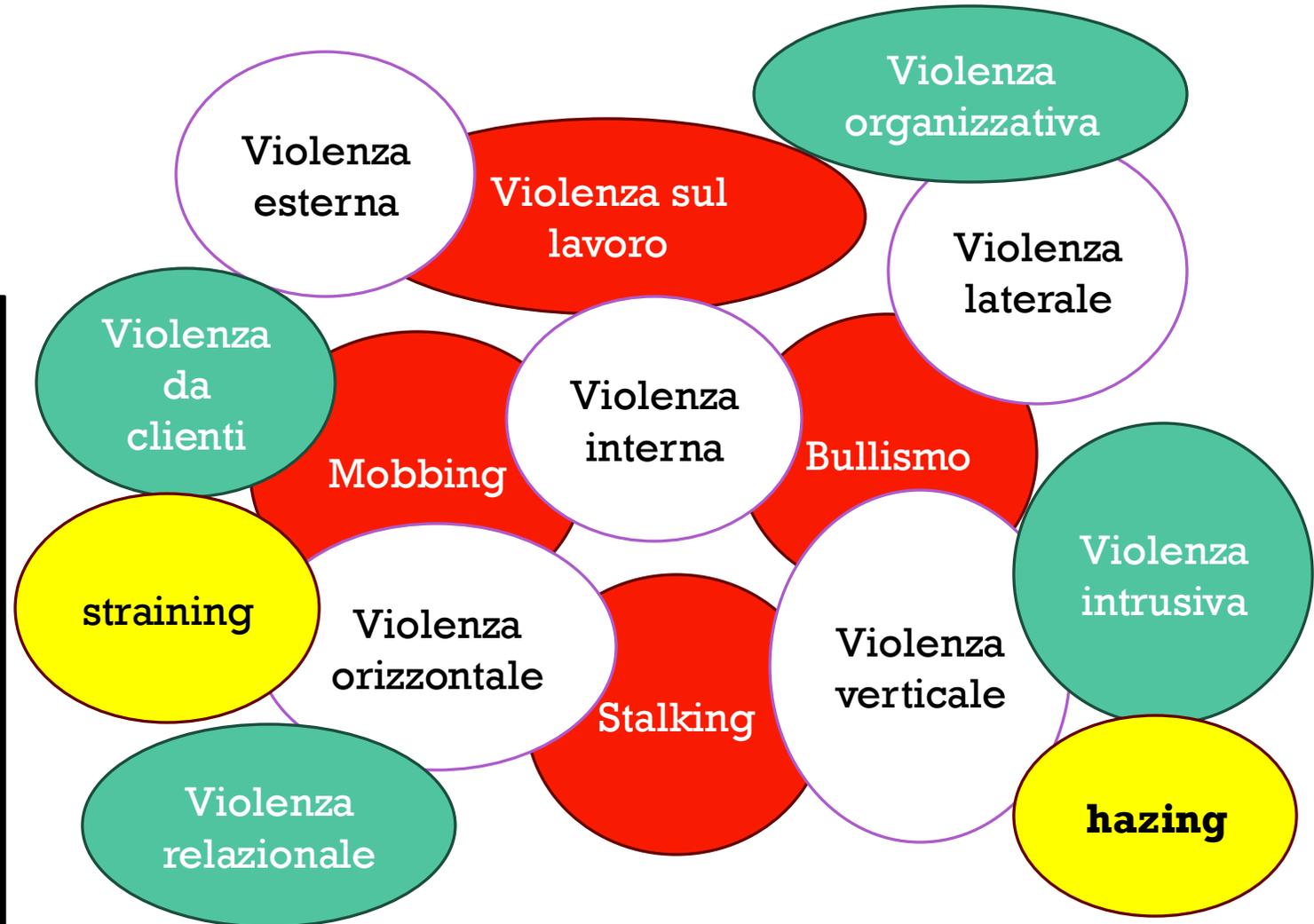
3) Presenza di un referente per l'ascolto e la gestione dei casi di disagio lavorativo;

4) Gestione di eventuali comportamenti mobbing o illeciti;

5) Lavoro notturno o solitario. (Ballottin)

## Cosa vogliamo misurare? (identificazione)

Molti «algoritmi» con cui si tenta di misurare sono utilizzati dai servizi di prevenzione aziendali ma nessuno è stato pubblicato su riviste recensite o sottoposte a revisione. Gli algoritmi che si utilizzano sono accessibili ma mai validati, adottano mezzi matematici errati, non sono confrontabili e risentono della competenza del misuratore





Ci sono molte definizioni di violenza.

Ma quello che ci interessa è sapere *cosa i lavoratori sentono come violenza.*

Molti algoritmi citati per definire la grandezza del rischio sono costruiti da Enti e Istituzioni senza fornire una rappresentazione semi-quantitativa del rischio. Possono, al massimo, essere utilizzati per l'identificazione del rischio, ovvero per la conferma che c'è un problema



Rischio= probabilità  
di accadimento  
Come misuriamo gli  
eventi?

- 1. Elenco dei casi denunciati**
- 2. Indagine ad hoc**
- 3. Censimento dei lavoratori**



Cosa vogliamo  
misurare?

Denunce

Casi  
riportati al  
medico

Indagini ad hoc



## La raccolta delle denunce



- **ASL laziale 2010-14**, 0.24% aggressioni con assenza per malattia (Sacco)
- **Ospedale pediatrico 2019-21**, 0.25% aggressioni fisiche, 0.98% totali (Di Prinzio)
- **AOU Torino, 2015-17**, 1.92% annuo, 3.3% hanno avuto una o più aggressioni nel periodo (Viottini)
- **Insubria, Como e Varese, 2016-2020**, 0.52-1.92% annuo. 2021-2022, 1.67% una aggressione, 0.41% ripetute, totale 2.08% (Veronesi)

I casi denunciati sono solo quelli più gravi



Studi ad hoc in  
Italia...dati  
disomogenei

- A Modena e Reggio Emilia, il 96% delle infermiere del triage ha sofferto un episodio di violenza nell'anno precedente (Ferri 2020).
- Merano, 2022-23, (20mesi), studio prospettico : 91 aggressioni su 38 infermiere e 11 medici del P Soccorso. (Zaboli 2024)
- Eventi avversi nel Lazio (portale SIMES) 4158 nel 2020 di cui 349 aggressioni (8,4%).
- A livello aziendale (Prov RM) prev SPDC: 104 casi annui su 350 addetti 43% aggressioni fisiche 43% verbali 12% miste provenienti da SPDC (74%) e da utenti . Causati 4% solo da parenti (Balzarotti 2024)

# Le aggressioni sul lavoro

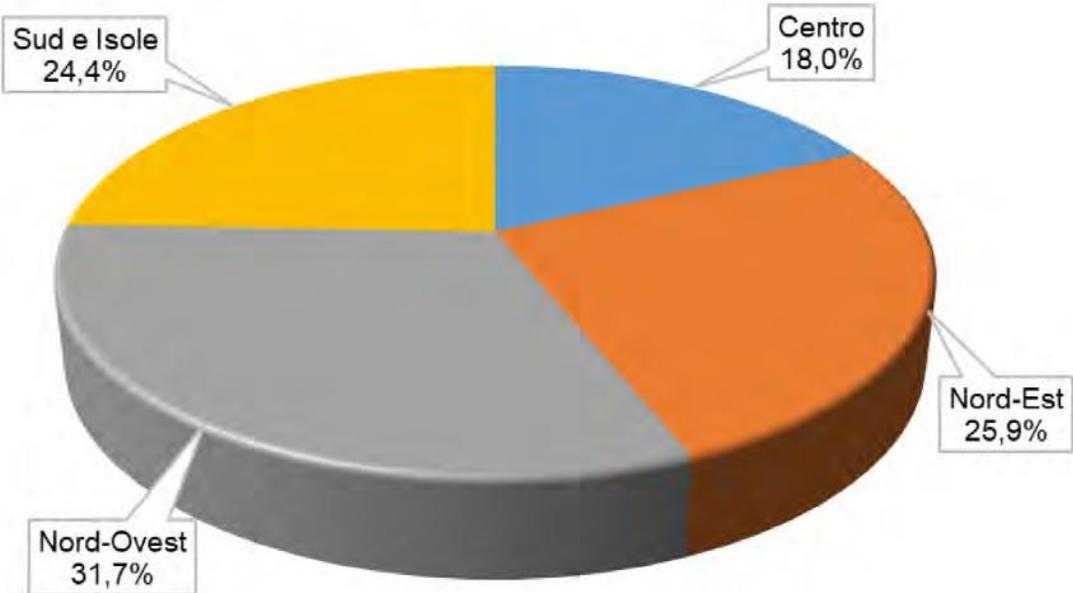
Nel quinquennio 2015-2019, **nella Sanità** sono stati quasi 11 mila i casi di aggressione **una media di oltre 2 mila casi l'anno**: il 41% dei casi nell'Assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, studi medici), il 31% nei Servizi di assistenza sociale residenziale (case di riposo, strutture di assistenza infermieristica, ecc.).

**INFORTUNI IN OCCASIONE DI LAVORO ACCERTATI POSITIVAMENTE NEL SETTORE SANITA' E ASSISTENZA SOCIALE DA SORPRESA-VIOLENZA-AGGRESSIONE-MINACCIA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE CODICE '80') PER COMPARTO E GENERE - QUINQUENNIO CUMULATO 2015-2019**

<b>Settore Sanità e Assistenza Sociale</b>	<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>Totale</b>	<b>Media annua</b>	<b>% Donne</b>
Assistenza sanitaria	2.705	1.720	4.425	885	61,1%
Servizi di assistenza sociale residenziale	2.718	616	3.334	667	81,5%
Assistenza sociale non residenziale	2.435	664	3.099	620	78,6%
<b>Totale</b>	<b>7.858</b>	<b>3.000</b>	<b>10.858</b>	<b>2.172</b>	<b>72,4%</b>

# Le aggressioni sul lavoro

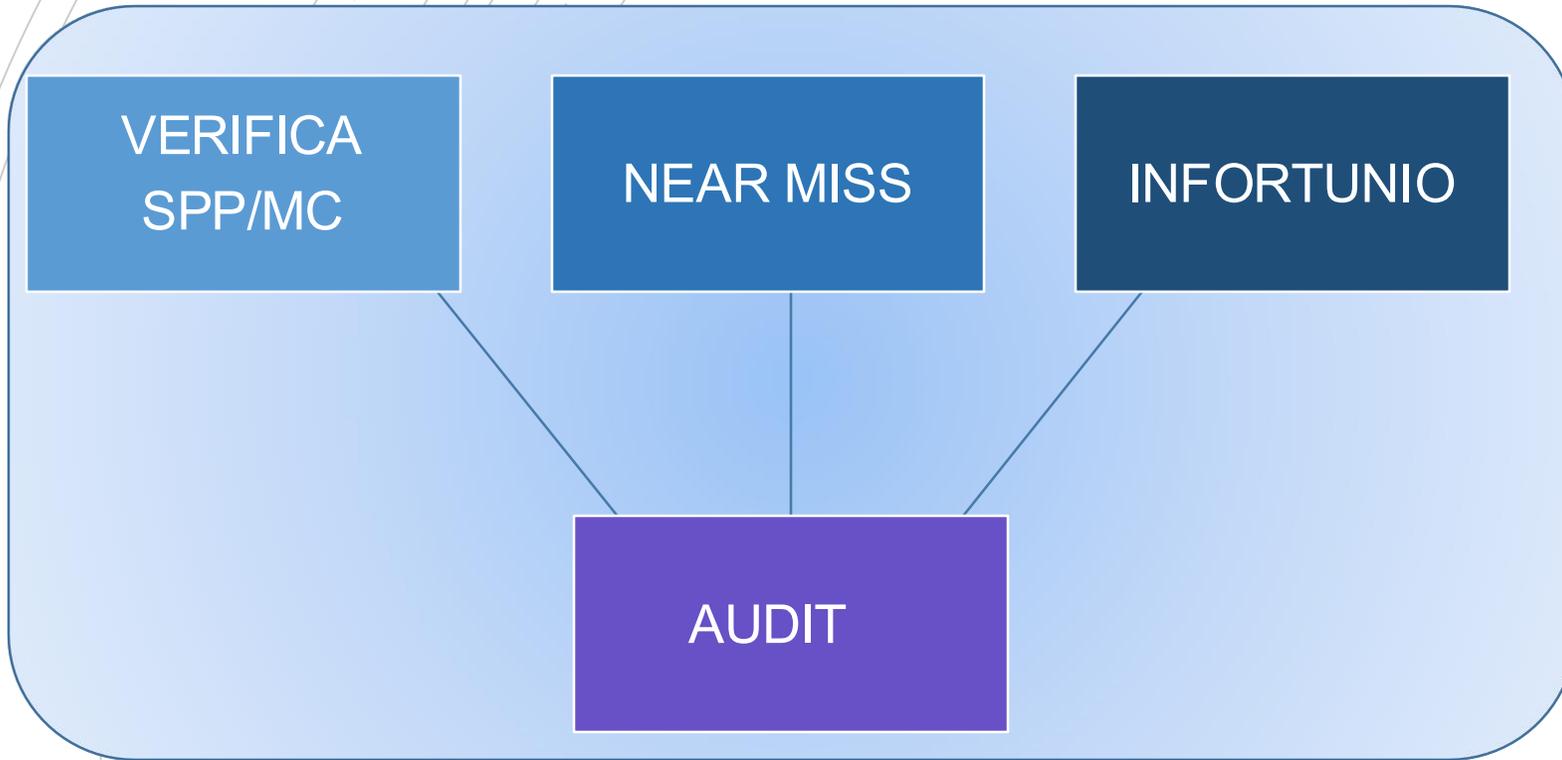
INFORTUNI IN OCCASIONE DI LAVORO ACCERTATI POSITIVAMENTE NEL SETTORE SANITA' E ASSISTENZA SOCIALE  
DA SORPRESA-VIOLENZA-AGGRESSIONE-MINACCIA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE CODICE '80')  
PER RIPARTIZIONE TERRITORIALE - QUINQUENNIO CUMULATO 2015-2019



Nelle aggressioni, **nove casi su dieci provengono da persone esterne** alla struttura di appartenenza e il restante 10% tra dipendenti della stessa.

Qualifica professionale	N	%
Infermieri	367	45,2
Professioni qualificate nei servizi sanitari	132	16,3
Portantini e professioni assimilate	54	6,7
Addetti all'assistenza personale	48	5,9
Specialisti in terapie mediche	42	5,2
Educatori professionali	35	4,3
Autisti di ambulanze e altri veicoli	23	2,8
Medici di medicina generale	14	1,7
Specialisti in terapie chirurgiche	14	1,7
Tecnici riabilitazione psichiatrica	8	1,0
Altre professioni sanitarie	75	9,2
<b>Totale</b>	<b>812</b>	<b>100,0</b>

Da G. Campo 2022



Realizzazione  
piattaforma web  
per le aziende



**Non siamo soli... Il fenomeno violenza interessa anche altri Paesi:  
In Francia sono state registrate oltre mille aggressioni nel 2017 e nel Regno Unito è boom  
con migliaia di episodi analoghi**



Le indagini  
«ad hoc»  
potrebbero  
sovrastimare il  
rischio

Usare se possibile  
interviste non questionari  
postali o email

- Le meta-analisi stimano che il tasso di prevalenza complessivo della violenza fisica contro gli operatori sanitari sia compreso tra **il 14% e il 28%** all'anno, con valori max = 36% in alcuni ambienti di lavoro come i servizi di emergenza.
- Una revisione generale delle meta-analisi ha stimato che il tasso medio di violenza fisica contro gli operatori sanitari è del **20,8%**.
- La violenza verbale presenta tassi ancora più alti.

■ Violenze e aggressioni contro gli operatori sanitari, nel triennio 2019-2021:

□ 4 su 10 fascia 35-49 anni.

□ > 1/3 infermieri ed educatori professionali

□ 3% Medici (la categoria dei medici considerati non includono i liberi professionisti)

■ fonte: INAIL - Comunicato 10 marzo 2023

#ForumRisk19

la percentuale di infermieri che riportano episodi di violenza lavorativa, di qualsiasi natura, va dal 48,6% al 65,9%

☰ la percentuale aumenta al 76% in riferimento all'esperienza di violenza verbale per gli infermieri del Pronto Soccorso (\*).

☰ Anche relativamente agli assistenti sociali si confermano i dati emersi a livello internazionale relativamente alle professioni sanitarie .

(\* ) Magnavita et al., 2020; Cannavò et al., 2017; Ramacciati et al., 2019; Ferri et al., 2016; Ramacciati et al., 2018;



**Studio su 6 ospedali della Provincia di Roma 2019-2022**



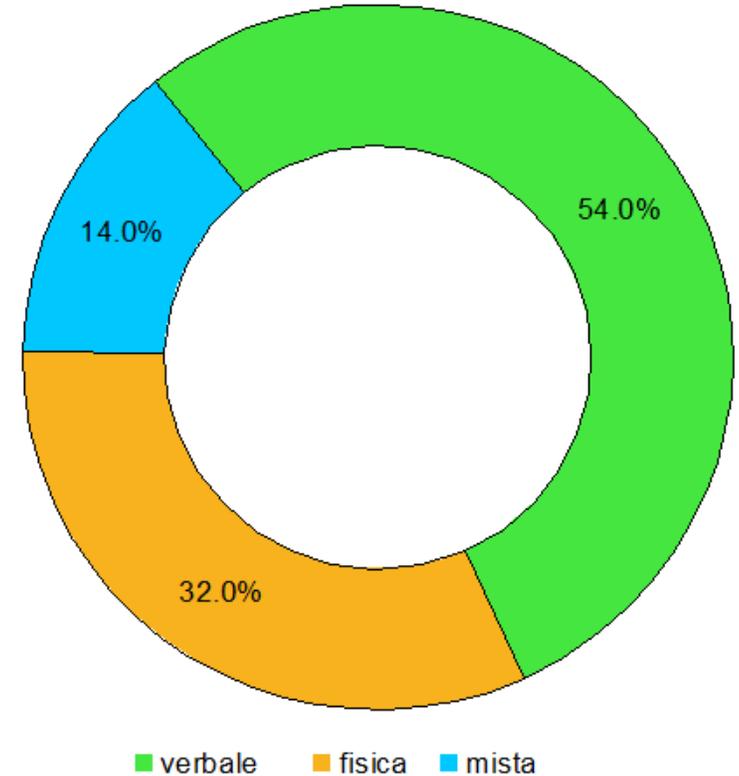
Aggressione verbale

- Diffamazione (Art. 595 Codice Penale)
- Minaccia (Art. 612 Codice Penale)

Aggressione fisica

- Percosse (Art. 581 Codice Penale)
- Lesioni (Art. 582 Codice Penale)
- Morte-Omicidio (Art. 575 Codice Penale)
- Reati sessuali (Art. 609bis Codice Penale)

Tipologia di aggressione





**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

## La sorveglianza sanitaria



In visita:  
aggressioni,  
minacce, molestie

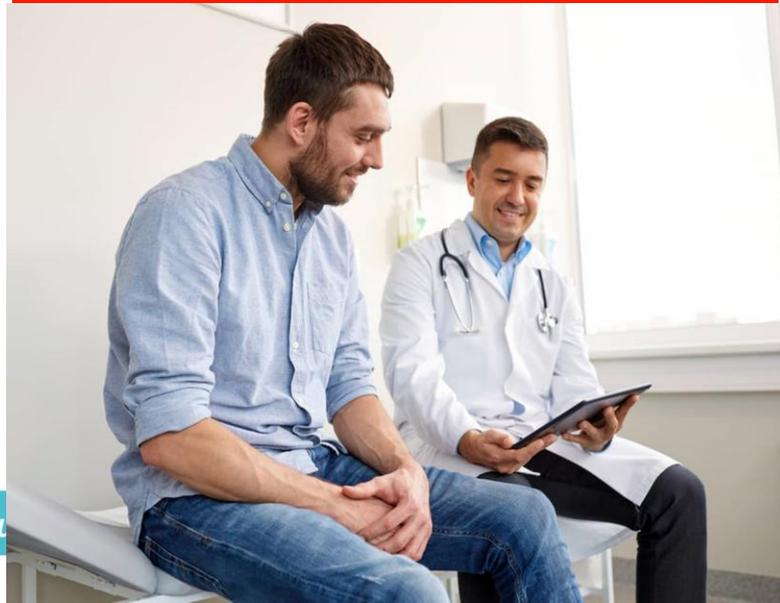


Nei GEP:  
descrizione



Online:  
questionari  
anonimi

## Nel corso delle visite



A1. Negli ultimi 12 mesi, hai subito un'aggressione fisica mentre lavoravi? (Per aggressione, intendiamo un attacco che potrebbe o meno aver causato danni fisici)	NO	SI
A2. Negli ultimi 12 mesi, hai subito una minaccia mentre lavoravi? (Una minaccia è definita come l'intenzione di causare danni fisici)	NO	SI
A3. Negli ultimi 12 mesi, hai subito molestie mentre lavoravi? (Le molestie si riferiscono a qualsiasi atto, parola, atteggiamento o azione che crea un ambiente di lavoro ostile)	NO	SI

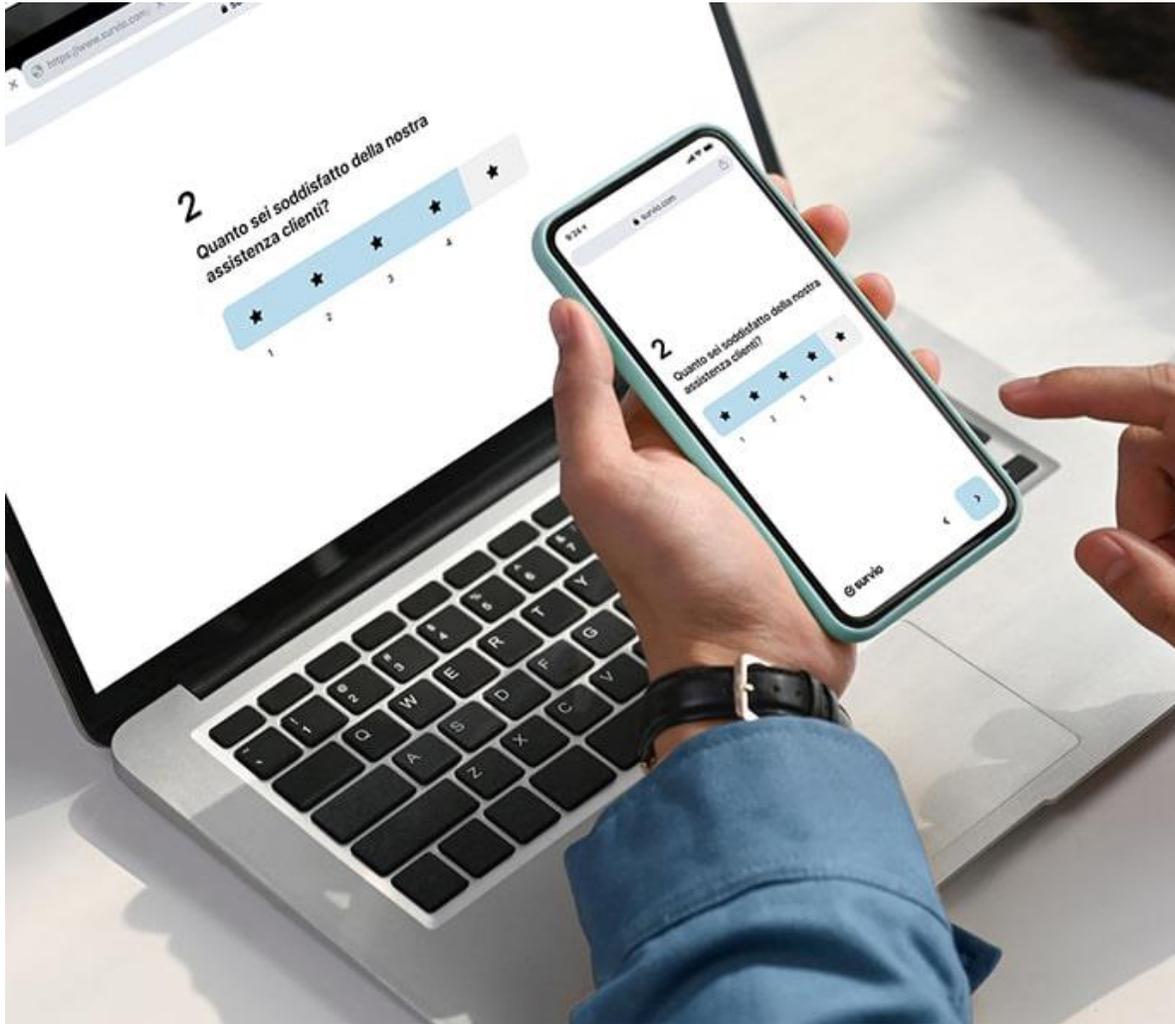


## Nei sopralluoghi (GEP)

- Tutti i lavoratori sono invitati a descrivere il ciclo di lavoro, identificando le eventuali criticità
- La violenza spesso emerge tra le criticità

## Questionari Online

- I lavoratori in servizio sono invitati a rispondere a un questionario anonimo online sulla violenza





**Forum Risk Management**

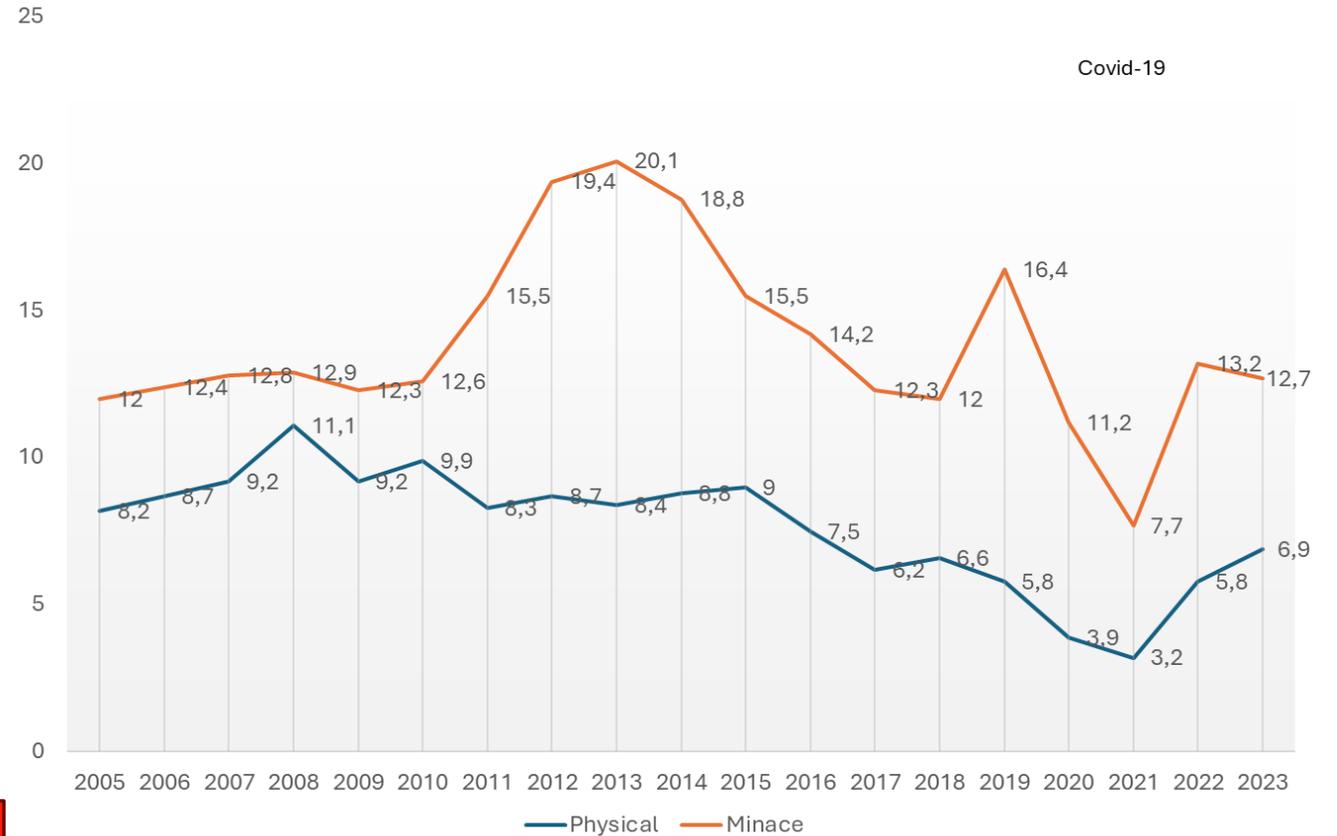
obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

19

20 anni di  
osservazioni

Si raccolgono solo i casi che il lavoratore ritiene così importanti, da segnalarli al medico





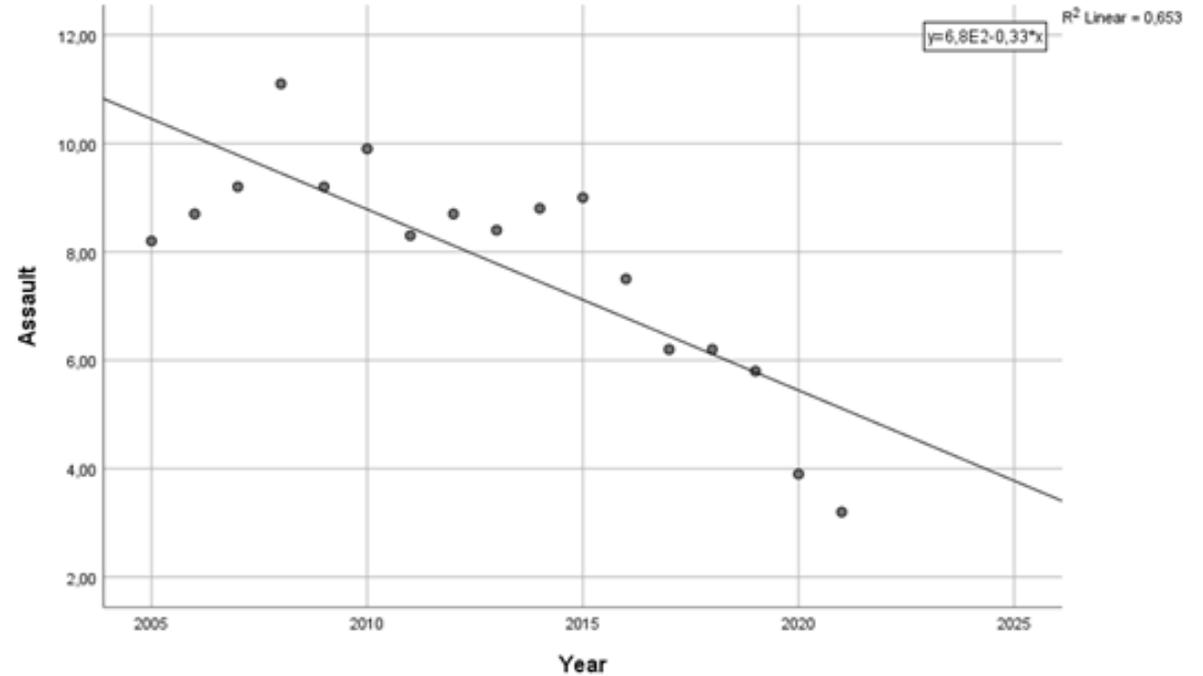
**Forum Risk Management**

obiettivo sanità salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

19

Progressi nella  
prevenzione

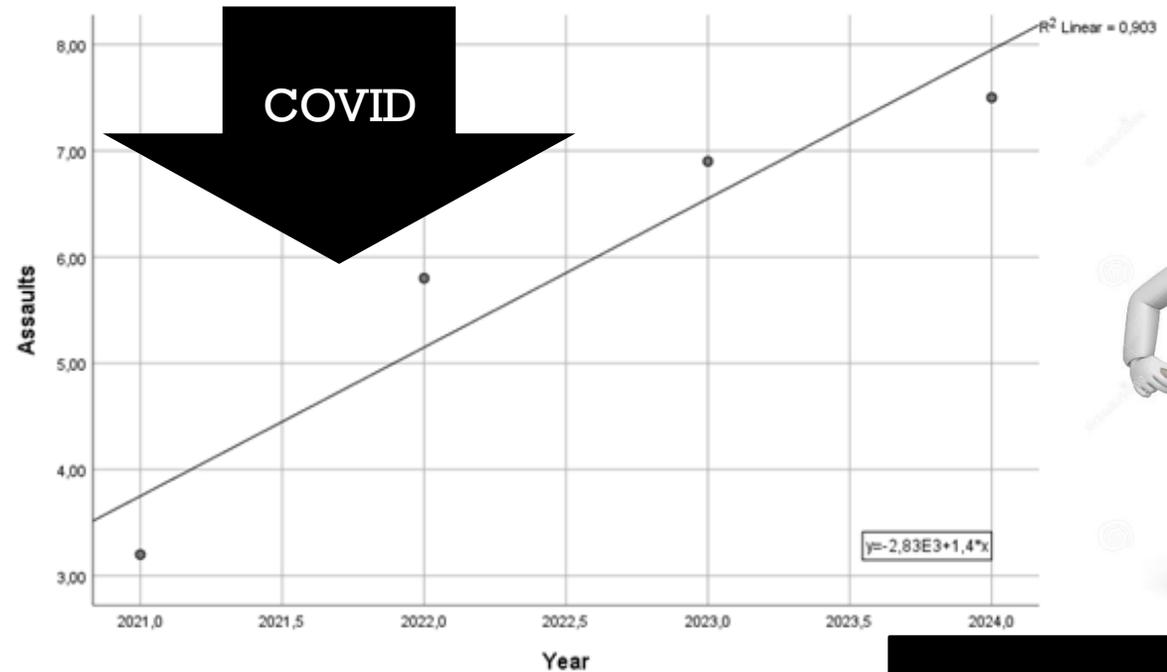


Significativa riduzione delle  
aggressioni fisiche tra 2005 e 2020



...e risorgenza  
dei problemi

Incremento nel 2020-2024



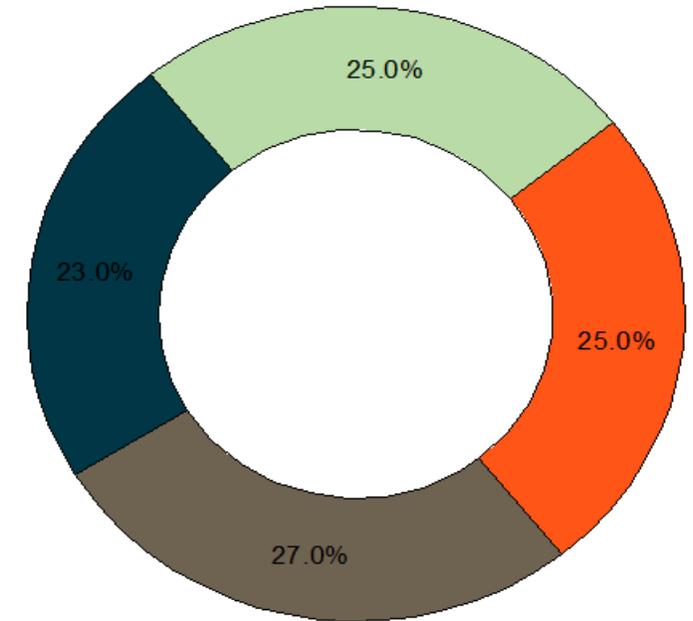
Situazione aggravata  
dalla carenza di  
risorse

**Trienni a confronto**

Unità operativa	Denunce 2014-2017	Denunce 2019-ago. marz. 2022	Segnalazioni Pervenute al Risk Management	
			2019-ago. marz. 2022	2020-marz. 2022
SPDC	30	3	1	3
CSM	3	3	2	3
PS	14	15	10	25
AREA MEDICA	5	10	2	9
CUP	0	2	0	3
<b>TOTALI</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>43</b>

Tabella 1- Confronto dati ASL 6 del Lazio (2014- ago. 2017 vs 2019- marzo 2022)

Distribuzione delle aggressioni negli anni



■ 2019 ■ 2020 ■ 2021 ■ 2022

- Triennio 2014- 2017: **denunce** >rispetto alle segnalazioni : solo gravi violenze
- Triennio 2019- 2022: denunce < rispetto alle **segnalazioni** : **sensibilizzazione**

I costi diretti per  
casi denunciati  
inabilità  
temporanea  
assoluta,  
straordinario,  
sostituzioni

Categorie di lavoratori		Giorni di assenza per aggressione		Ipotesi di costo	
Medici		43		€ 8.000	
Infermieri		125		€ 19.000	
OSS		42		€ 5.000	
Altri operatori (CUP)		5		€ 360	
	Ipotesi di costo iniziale	Retribuzione orario straordinario (30% in più)	Altri costi (es. medicazioni, denunce a DdL, ecc.)	Totale stima dei costi	
Medico	€ 8000	€11180	€ 15.000,00	Circa € 35.000	
Infermiere	€ 19000	€ 12190	€ 13.000,00	Circa € 45.000	
OSS	€ 5000	€ 3280	€ 4.000,00	Circa € 13.000	
Operat. CUP	€ 360	€ 325	€ 700,00	Circa € 2.000	

## Costi indiretti



- ⌚ costi dei danni a materiali, attrezzature, impianti, prodotti, struttura in generale;
- ⌚ spese ospedaliere per assunzioni personale e addestramento;
- ⌚ possibili ritorsioni contro il datore di lavoro nel caso di infortuni particolarmente gravi o situazioni spiacevoli che si sono create in seguito all'evento (sanzioni ed azioni di rivalsa);
- ⌚ perdita di immagine della ASL in seguito ad un elevato numero di segnalazioni e aggressioni nei confronti dei suoi dipendenti
- ⌚ perdita di produttività del lavoratore infortunato dopo il suo ritorno al lavoro.
- ⌚ spese amministrative, per le utenze, per l'affitto;
- ⌚ ammortamento di immobili, impianti e macchinari.



PMP ATS Milano Fase Audit INAIL  
2022

Da maggio 2021, fase di audit (ATS, RLS, MC, RSPP, Datore) evidenzia necessità di investire nella informazione / formazione continua del personale

CRITICITA'

*motivazioni*

- esiste una **sottostima con bassa segnalazione e denuncia di aggressioni**, specie per le aggressioni verbali, (comunque preludio di un'escalation)
- **non sempre è chiara la catena gerarchica** e di supporto a cui fare riferimento in caso di aggressioni
- **non è uniforme la consapevolezza del rischio aggressione** tra gli operatori. Si trascura la problematica di aggressività interna;
- risulta **disomogenea l'analisi del layout delle aree critiche** e dell'accessibilità secondo tipo di utenza

# Per poter valutare e ridurre i rischi

- Occorre partire dalle effettive segnalazioni anche delle denunce verbali
- In assenza di queste, i problemi riguarderanno i casi gravi e quindi solo le fasi finali di un percorso che puo' nascere da disfunzioni organizzative
- Tali disfunzioni spesso non vengono evidenziate (gestione del personale, turni, alte esigenze di cura, trattamenti compensativi, ecc) senza i report sulle «piccole disfunzioni» (base dell'iceberg)



## Il medico competente

- E' un osservatore privilegiato dei fenomeni prodromici attraverso il sistema di sorveglianza sanitaria e delle visite su richiesta e deve quindi collaborare alla valutazione dei reali rischi
- Allo stesso modo deve valutare stati e problemi di disadattamento al Lavoro ad es nelle visite su richiesta o periodiche esprimendosi in fase idoneativa



- Vi e' stato degli ultimi tre anni, un cambiamento enorme nella visione e nella considerazione della sanità e del lavoro degli operatori della sanità .
- Dopo pochi mesi dall'inizio della pandemia da Sars-Cov-2, e' cambiata la visione del lavoro definito "eroico" del personale . Una parte della popolazione, i social media, la stampa stessa sembrano aver scordato il ruolo e l'operato svolto dal personale sanitario in condizioni di stress
- L'attuazione di un regime sanzionatorio penale per le violenze sul personale di assistenza testimonia da una parte il fallimento o l'inadeguatezza delle politiche di formazione, dall'altra parte la drammaticità e l'indebolimento del contesto sanitario e la scarsa cultura di valori di fasce deboli di popolazione



- Nella Legislazione Italiana la rilevazione del rischio da stress lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi.
- RIVALUTARE DVR DOPO OGNI ATTO DI VIOLENZA
- VALORIZZARE OBLIGHI DEI LAVORATORI (segnalare al DL, dirigente o preposto le deficienze dei mezzi e qualsiasi eventuale pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al RLS;
- La mancata partecipazione ai programmi di formazione e di addestramento e ai controlli sanitari previsti è fondamentale e giusta causa di licenziamento (*Cassaz*





# Azioni di miglioramento individuate

modif da 2022 PMP ATS Milano - INAIL

- procedure di segnalazione più agili ed omogenee degli eventi di aggressione (es. affissione mailbox/numero telefonico in bacheca, portale identificazione di una figura di riferimento)
- informazione/formazione per gruppi omogenei mansione/area (es. pronto soccorso, front office, ambulatori ...) de-escalation
- Valorizzare la sorveglianza sanitaria, che tenga conto dei lavoratori "emotivamente esposti" se operano in turni o aree a rischio
- Creare un canale di comunicazione con l'utenza per rafforzare la percezione che i sanitari si stanno prendendo cura del paziente o proprio caro
- Aggiornamento e verifica d'efficacia delle misure individuate
- Miglioramento ed idoneità degli ambienti («livello alberghiero»)
- Seguire e potenziare le specifiche indicazioni regionali ove esistenti (cfr Lazio, Sicilia)



- Implementare la progettazione del posto di lavoro efficace nel ridurre stress nelle sale d'attesa.
- Partecipare, mostrando solidarietà del personale dirigenziale alla vittima (debriefing)
- Informare gli altri lavoratori per evitare che si diffondano voci infondate, riesaminare la VDR compiendo un'indagine completa sull'episodio
- Coordinare le attività per ridurre il sovraffollamento delle strutture emergenziali e programmare l'assistenza, i trasferimenti e le cure ai soggetti fragili
- Ridurre il carico organizzativo dei singoli operatori limitando le doglianze per ritardi dagli utenti
- Garantire una buona comunicazione e fornire al personale aggiornamenti precisi e accurati su ciò che sta accadendo con *feedback* positivi
- **promuovere il lavoro in team** (colleghi coinvolti nell'emergenza lavorano affiancati, divenendo responsabili della sicurezza personale l'uno dell'altro);
- **facilitare l'accesso al supporto psicologico**

- ❑ **La Violenza in tutte le sue forme rappresenta un rischio emergente di tipo «psicosociale» che in modo diverso interessa ogni struttura ma emerge una sottodenuncia interna ed esterna delle violenze**
- ❑ Le conseguenze delle aggressioni gravano trasversalmente su vittima, testimoni, aziende ed organizzazioni : **deve essere migliorato il reporting a livello nazionale e locale**
- ❑ **Le misure da adottare sono interdisciplinari ,la formazione specifica la informazione adeguata all'utenza, procedure di sicurezza per gli operatori,** adozioni di locali idonei, presidi di sorveglianza attiva di reparti critici, video sorveglianza , educazione della popolazione,
- ❑ **Dovrebbe essere valutata in modo attento anche la capacità di dissuasione degli operatori** e la capacità di fronteggiare adeguatamente i rischi
- ❑ **la riduzione delle violenze deve essere obiettivo di programma dei manager sanitari**



L'articolo 37 co 7 del D.Lgs. n. 81/2008 stabilisce che tutta la formazione del preposto è regolata **ESCLUSIVAMENTE** dal futuro accordo Stato-Regioni, che non esiste ancora

### Novità formazione del preposto

Chi oggi riceve un verbale di contravvenzione e prescrizione per omessa formazione o aggiornamento dei preposti e dirigenti può proporre al PM istanza di archiviazione perché il reato contestato non ha alcuna base legale

Sulla base di un nuovo Accordo unico da adottarsi **entro il 30 giugno 2022**

Periodicità **almeno biennale** e comunque ogni qualvolta ciò sia reso necessario in ragione dell'evoluzione dei rischi o all'insorgenza di nuovi rischi

Modalità  
Esclusivamente in presenza