

# Sub Allegato C “Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio”

## Guida operativa

1. Premessa
2. Definizione e classificazione della violenza
3. Metodologia di Valutazione e Gestione del Rischio
  - 3.1 Analisi del fenomeno e fattori di rischio
  - 3.2 Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione
  - 3.3 Azioni preventive/correttive
4. La tutela della salute
5. Attività congiunte tra Area Risk Management e UO Prevenzione

## Bibliografia

### Allegati

**Allegato 1** - *Analisi atti di violenza a danno degli operatori in ambito ospedaliero – certificati di infortunio Regione Lombardia*

**Allegato 2** - *Schema INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI*

**Allegato 3** - *Approfondimento normativo*

**Allegato 4** – *Poster per la prevenzione degli atti di violenza in ambito sanitario - Regione Lombardia*

## 1.Premessa

Il fenomeno della “violenza sul lavoro derivante da terzi” è in costante aumento e il comparto sanitario è uno dei settori maggiormente coinvolto (Allegato 1 - *Analisi atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero – certificati di infortunio Regione Lombardia*).

Come riportato dalla raccomandazione del Ministero della Salute n. 8/2007, una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense<sup>1</sup> indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3/10.000 contro un valore di 2/10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato. Molti di questi episodi avvengono all’interno di ospedali, strutture territoriali, in primo luogo servizi per la tossicodipendenza (SerD), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

Nel 2013 l’INAIL<sup>2</sup> ha indennizzato 4000 infortuni causati da “aggressione o violenza da parte di estranei”, di questi quasi un terzo del totale (1200) sono avvenuti nella Sanità e di questi il 71% (851 casi) ha interessato la componente femminile.

Nel 5° rapporto sul monitoraggio degli eventi sentinella a cura del Ministero della Salute<sup>3</sup>, l’evento “atti di violenza a danno di operatore” rileva un totale di 165 episodi, pari all’ 8.6% di tutti gli eventi segnalati<sup>4</sup>.

Precisato che per “atti di violenza” si debbano intendere TUTTE le seguenti forme:

1. *violenza fisica, intesa a danneggiare o ferire*
2. *violenza verbale, intesa a offendere o denigrare*
3. *molestie, anche di tipo sessuale*
4. *danni a cose*

ii fenomeni di aggressività sul lavoro risaltano solo quando si concretizzano in azioni di particolare gravità, mentre passano in secondo piano comportamenti dall’impatto immediato più contenuto, ma importanti per gli effetti di medio lungo periodo sia per l’individuo che per l’organizzazione, che si sostanziano nel tono della voce, nella gestualità, nelle minacce implicite o nel sarcasmo e che possono rappresentare l’anticamera di fenomeni più gravi.

Tra le cause del fenomeno vi sono fattori di tipo esogeno, non controllabili direttamente dal datore di lavoro (ad esempio caratteristiche soggettive dell’utente, abuso di alcol e droghe), ma anche fattori organizzativi che possono stimolare fenomeni aggressivi e sui quali è possibile intervenire secondo una logica preventiva, agendo su pratiche mirate al coinvolgimento dei lavoratori e attraverso comportamenti manageriali che facilitino un clima collaborativo e di trasparenza.

Proprio la logica preventiva guida il presente atto di indirizzo il cui obiettivo è quello di fornire alle strutture sanitarie un metodo di analisi per la gestione di tale rischio, che, per sua peculiare natura, deve prevedere un approccio multidisciplinare.

<sup>1</sup> U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. Washington, 2. DC: DOL, 2001.

<sup>2</sup> La rilevazione si riferisce esclusivamente ad infortuni che hanno comportato un danno di natura psico-fisica per il lavoratore con esiti di inabilità temporanea di almeno 3 giorni di assenza dal lavoro o di invalidità permanente pari almeno al 6%. (D’Amico F., Giovannone M. e Della Porta D. - Prendersi cura di chi cura La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell’assistenza sanitaria. Studio realizzato per ANMIL (Associazione Nazionale fra Lavoratori e Mutilati e Invalidi del Lavoro 2015:3-139

<sup>3</sup> 5° Rapporto sul Monitoraggio degli eventi sentinella- Ministero della Salute 2015 (un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse)

<sup>4</sup> Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)- gli “atti di violenza a danno di operatori sanitari” sono considerati eventi sentinella (la cui soglia di allarme è 1) in quanto signaler della presenza nell’ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l’adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori

Oggetto del presente documento è l'analisi e la gestione del rischio da agito violento, determinato da terzi a danno di operatori sanitari che operano in ambito ospedaliero, fermo restando che le medesime indicazioni possono trovare applicazione anche negli altri ambiti del settore sanitario a carattere non ospedaliero. Ai fini di una facile fruizione sono proposte in forma tabellare liste guida, indicative e non esaustive, che possono orientare nella gestione del rischio di cui trattasi.

Le migliori esperienze di gestione del rischio praticate sul territorio regionale hanno messo in evidenza la necessità di ricondurre l'intero percorso di prevenzione alla costituzione di un *gruppo di coordinamento aziendale multidisciplinare*, avendo verificato sul campo che nessuna professionalità singolarmente è in grado di affrontare e gestire un fenomeno di particolare complessità.

Inoltre il documento intende fornire indicazioni operative in riferimento alla più recente sollecitazione del Ministero della Salute in merito all'applicazione della Raccomandazione n. 8 del Novembre 2007 - nota "*Misure per garantire la sicurezza degli operatori sanitari nelle strutture sanitarie*" del Ministero della Salute dell'8 maggio 2018, al fine di favorire l'auspicata integrazione di tutte le azioni tese al presidio di questo specifico rischio lavorativo.

Si offre in chiusura un'immagine scelta da Regione Lombardia tra quelle che tante Aziende hanno dedicato al tema riconoscendo in essa l'adeguatezza e la chiarezza di messaggio che devono accompagnare ogni campagna informativa di prevenzione sul rischio di violenza ed aggressione sui luoghi di lavoro.

## 2. Definizione e classificazione della violenza

L'OMS definisce violenza "*l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione*".

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: "*Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro*".

Si riporta in tabella 1 la classificazione delle diverse forme di violenza secondo il Work Safe Victoria<sup>5</sup>, ovvero del Victorian WorkCover Authority, autorità del governo dello stato di Victoria (Australia), leader globale nel settore OHS.

Tabella 1: Work Safe Victoria

Tipologia di agito	Dettaglio
<b>Aggressione estrema</b>	Attacco con uso di arma, attacco con risultante la morte
<b>Aggressione severa</b>	Attacco con risultante lesioni severe. Ripetuti calci e pugni
<b>Aggressione fisica</b>	Specifiche azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, stratonare, pungere
<b>Aggressione fisica minore</b>	Attacchi fisici con risultante lievi lesioni
<b>Minacce, intimidazioni</b>	Specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media
<b>Aggressioni verbali</b>	Insulti, minacce non specifiche dirette allo staff
<b>Aggressioni verbali minori</b>	Disaccordo, voce alterata

<sup>5</sup> Work Safe Victoria "Prevention and management of aggression in health service – 2008"

Il presente atto di indirizzo considera tutti gli atti di violenza a danno degli operatori che si verificano in occasione di lavoro, indipendentemente dalla volontarietà dell'aggressore e dalla tipologia/gravità delle lesioni conseguenti.

E' utile precisare in questa sede che secondo il Glossario del Ministero della Salute (2006) è considerato evento sentinella "l'evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"; sono pertanto definiti eventi sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio mal funzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente.

Nell'ambito delle 16 categorie di *eventi sentinella* definite dal Ministero della Salute per il monitoraggio dell'errore umano in sanità, trovano spazio gli **Atti di violenza a danno di operatore (evento sentinella n. 12)**, per i quali vale la definizione di cui al *Glossario* ministeriale sopra richiamato con trasferimento dell'effetto da paziente ad operatore. Per questa categoria di eventi il Ministero ha previsto un flusso informativo dedicato –SIMES, la cui sperimentazione è stata avviata nel 2005 per approdare, mediante decreto nazionale, all'obbligo per tutte le organizzazioni sanitarie (strutture pubbliche e private a carattere di ricovero e cura) di segnalazione degli eventi sentinella nel 2009. Attraverso il SIMES il Ministero elabora i *Rapporti di monitoraggio degli eventi sentinella*.

Ogni struttura sanitaria, inoltre, registra gli eventi da agito violento nell'ambito dell'*Incident Reporting*, che contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori indipendentemente dall'effetto procurato.

In ultimo, quando l'agito violento si verifica in occasione di lavoro, deve essere attivata la denuncia di infortunio sul lavoro ai sensi del D.P.R. 1124/65 con compilazione del *primo certificato di infortunio*.

In tabella 2 viene riportata una sintesi dei sistemi informativi già citati anche in Premessa, che raccolgono le segnalazioni di violenza di cui gli operatori possono essere vittima, con i relativi limiti e vantaggi. Resta che un buon monitoraggio interno degli eventi deve attingere a tutti i sistemi disponibili.

Tabella 2 – I sistemi informativi

SISTEMA INFORMATIVO	SOGGETTO SEGNALATORE	LIMITI	VANTAGGI
<b>SIMES</b>	Operatore sanitario (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale)	Segnalazione solo se danno grave o morte	Dato corredato delle misure correttive attuate o previste dalla organizzazione sanitaria – flusso nazionale
<b>INCIDENT REPORTING</b>	Operatore in sanità (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale e dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo)	Risente del livello di sensibilizzazione attuato dalla struttura sanitaria	Dato potenzialmente completo di dettagli
<b>INAIL</b>	Lavoratore in sanità (indipendentemente dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo MA riconducibile a definizione di lavoratore ai sensi dell'art. 2 D. Lgs 81/08)	Segnalazione solo se danno	Flusso informativo nazionale e strutturato su tutti i settori di impiego

### 3. Metodologia di Valutazione e Gestione del Rischio

Il modello di valutazione e gestione del rischio da violenza sul luogo di lavoro per essere efficace deve prevedere un approccio a “ciclo di controllo” analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. **Azione preliminare alla valutazione del rischio:** istituzione del gruppo aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione, inclusivo di: direzione sanitaria, affari legali, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione ovvero RSPP e ASPP, RLS e Medico competente e di altre fondamentali competenze quali quelle rinvenibili nella Psicologia Clinica, CUG, URP; ed eventualmente ufficio gestione risorse umane. Al team di lavoro inoltre partecipano, come previsto dalla raccomandazione ministeriale 8/2007, anche lavoratori rappresentanti delle c.d. aree di *front line*, maggiormente interessate da questa categoria di rischio, quali: 1 rappresentante delle figure infermieristiche, 1 rappresentante delle figure mediche e 1 rappresentante del personale di vigilanza.
2. **Sensibilizzazione dell'organizzazione:** favorire la formazione e l'informazione del top management aziendale affinché dal top management derivi l'*attestazione* della volontà di presidiare il rischio mediante l'elaborazione di un documento di Policy che contenga, tra gli altri, utili riferimenti per mantenere adeguato nel tempo il livello di sensibilizzazione degli operatori.
3. **Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio:** analisi degli eventi violenti, individuazione dei fattori di maggiore complessità e specifiche criticità organizzative.
4. **Analisi dei risultati:** validazione dei risultati con la direzione aziendale e condivisione con il management per una restituzione ai lavoratori.
5. **Definizione delle azioni preventive/correttive:** individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione.
6. **Attuazione del programma di intervento:** attuazione delle misure, compreso l'iter formativo e di addestramento, prevedendo di assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.
7. **Monitoraggio:** verifica dell'efficacia delle misure adottate.
8. **Riesame:** aggiornamento e rivalutazione del rischio in funzione di:
  - ✓ andamento complessivo degli eventi (compresi i *near miss*);
  - ✓ rivalutazione in caso di eventi significativi;
  - ✓ verifica di risultato derivante dall'attuazione delle misure preventive/correttive attuate;
  - ✓ individuazione di ulteriori misure.

### 3.1 Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio

A partire dalla lista non esaustiva delle fonti informative (tabella 3) a cui attingere per l'*analisi degli eventi violenti*, si fornisce una elencazione, parimenti indicativa e non esaustiva, di “domande guida” utili alla individuazione di gruppi omogenei di operatori esposti alla presente tipologia di rischio (tabella 4).

#### **Fonti informative**

*Raccolta dati relativi ai casi segnalati dai lavoratori Incident reporting*

*Casistica relativa agli Infortuni da violenza/aggressione*

*Casistica eventi sentinella in SIMES*

*Esiti della sorveglianza sanitaria applicata dal medico competente*

*Risultati della Valutazione del rischio Stress Lavoro-correlato*

*Somministrazione di “questionario individuale” ai lavoratori relativo agli eventi subiti o osservati e loro percezione*

La rassegna (tabelle 5, 5.1, 6) di liste di controllo (non esaustive) è funzionale all'individuazione dei fattori di maggiore complessità e criticità organizzative per ogni singolo gruppo omogeneo, e segnatamente all'esame de:

- ✓ fattori connessi *all'organizzazione del lavoro*;
- ✓ *dotazioni tecnologiche* e dei *requisiti strutturali* del luogo di lavoro;
- ✓ attività di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione.

Tabella 4 – gruppi omogenei

**Gli operatori di Unità Operativa/Servizio/Reparto/Ufficio:**

*Hanno contatto con il pubblico*

*Eseguono lavori che li possano mettere in conflitto con gli altri (es. gestione delle prenotazioni o delle visite mediche, interfaccia frequente o sistematica con utenti e parenti di quest'ultimi, scambio di denaro)*

*Lavorano da soli*

*Lavorano da soli durante la notte o durante le prime ore del mattino*

*Lavorano in luogo ubicato in area geografica con un alto tasso di criminalità*

*Utilizzano frequentemente o sistematicamente mezzi di trasporto*

*Trasportano passeggeri o merci*

*Svolgono compiti che potrebbero sconvolgere le persone (es. comunicare condizioni cliniche critiche ai pazienti o parenti, ecc)*

*Hanno a che fare con persone conosciute o sospettate di avere una storia di violenza*

*Hanno a che fare con persone conosciute o sospettate di avere una patologia psichiatrica*

*Hanno a che fare con persone che possono avere assunto alcool o sostanze stupefacenti*

*Altri fattori di rischio non sopra descritti*

Tabella 5 – fattori connessi all'organizzazione del lavoro

**Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro**

*Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es: pasti, orari di visita)*

*Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)*

*Alto turn-over*

*Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)*

*Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)*

*La struttura dispone di personale con funzione di addetto alla sicurezza*

*Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessarie per garantire la sicurezza dei lavoratori*

*Lunghe attese di pazienti/accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di*

---

*ottenere subito le prestazioni richieste*

*Altro*

---

**Tabella 5.1 - Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza**

**Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza**

*Pazienti affetti da patologie psichiatriche*

*Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool*

*Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza*

*Altro*

---

**Tabella 6 – dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali**

**Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali**

*Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti*

*Gli ambulatori particolarmente dei reparti a maggior rischio sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)*

*La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale delle aree*

*Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto*

*Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, limitazione dell'affollamento) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori*

*Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza*

*Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)*

*Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)*

*Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)*

*Altro*

---

**3.2 Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione**

La lista di controllo in tabella 7, indicativa, è strumento per l'esame dell'attività di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione degli operatori.

Tabella 7 – Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione degli operatori

### **Formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione**

*La struttura ha definito programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato*

*La struttura ha previsto e definito per i reparti a maggior rischio appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di de-escalation, tecniche di divincolo e di contenimento)*

*Sono state attuate azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica*

*Sono state intraprese azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno*

*Sono state adottate misure atte migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)*

*La struttura ha messo a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza*

*La struttura ha messo a punto adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)*

*Sono previste modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno*

*Altre misure adottate o previste non sopra descritte*

Si ritiene utile precisare che le esperienze condotte nelle strutture ospedaliere in Regione Lombardia hanno evidenziato che lo strumento della formazione genera maggior consapevolezza tra gli operatori e diventa strumento utile a mitigare il rischio stesso quando inclusivo delle seguenti classi di contenuto:

- ✓ conoscenza degli aspetti generali e specifici del fenomeno;
- ✓ riconoscimento della progressione della violenza;
- ✓ acquisizione delle tecniche di contenimento della violenza;
- ✓ conoscenza degli attuabili interventi di gestione post-evento.

Per la progettazione della formazione tenendo conto dei fattori sopra elencati, si raccomanda di accostare l'analisi dello specifico fabbisogno formativo e il coinvolgimento, nelle attività di docenza, di componenti del gruppo di lavoro aziendale e di professionisti con competenza in psicologia e tecniche di comunicazione.

Si riporta a puro titolo indicativo uno schema tipo di progetto formativo (tabella 8).

Tabella 8 – Schema tipo progetto formativo

#### **Obiettivi generali**

*Acquisire conoscenze sul fenomeno degli agiti aggressivi in generale e nella propria realtà aziendale*

*Contribuire a ridurre gli incidenti/infortuni*

*Contribuire a prevenire la violenza sul posto di lavoro*

*Contribuire a promuovere la cura, il benessere, la sicurezza sul lavoro*

#### **Obiettivi specifici**

*Contribuire all'emersione del fenomeno e individuare le misure appropriate per fronteggiarlo*



*Acquisire competenze in tema di analisi del fenomeno utilizzando gli strumenti a disposizione (es. incident reporting, registro degli infortuni e dei near miss, flussi eventi sentinella)*

*Acquisire competenze in tema di gestione del fenomeno impiegando tecniche di contenimento degli eventi violenti (es. tecniche di de-escalation, comunicazione assertiva)*

*Acquisire competenze di gestione post-evento (es. de-briefing/de-fusing e counseling)*

In ultimo, si sottolinea l'opportunità offerta dai momenti di formazione per la verifica delle misure adottate e l'eventuale indicazione di aggiornamenti del rischio.

Si ritiene utile in questo contesto richiamare quanto precisato dalla Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 in ordine alla precisa tematica.

#### **4.4. Formazione del personale**

*La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.*

*I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore.*

##### **Formazione rivolta a tutti gli operatori**

*Ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio dovrebbero poter ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti.*

##### **Formazione per il management**

*I dirigenti e i coordinatori dovrebbero essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.*

##### **Formazione per il personale di sicurezza**

*Il personale di sicurezza richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.*

### **3.3 Definizione delle azioni preventive/correttive**

Considerato che le misure preventive attuate hanno l'obiettivo di agire sui fattori di rischio ma che la loro attuazione non esclude in via assoluta la possibilità che l'evento accada, la definizione delle azioni preventive/correttive deve prevedere anche la strutturazione di interventi a valle dell'agito violento (tabella 9).

#### **Interventi a valle agito violento**

*La struttura dispone di un protocollo/procedura che, in caso di aggressione, dia luogo all'analisi dell'evento: ruolo dell'operatore coinvolto, attività che si stava svolgendo nell'UO/Servizio, momento della giornata in cui è avvenuto l'evento, tipologia di utente aggressivo (paziente noto, paziente non noto, parente), etc.*

*La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sul "gruppo" (es. de briefing?)*

*La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sull'individuo quali:*

- ✓ *applicazione delle procedure di soccorso in caso di infortunio e relative cure*
- ✓ *Sostegno psicologico per prevenire effetti di demotivazione, svilimento del lavoro, stress e sintomi post-traumatici (paure, fobie, disturbi del sonno)*

#### 4. La tutela della salute

Nell'ambito della prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità, la figura del Medico Competente risulta strategica per le funzioni che la norma le conferisce.

Il ruolo del Medico Competente, con riguardo a questa tipologia di rischio, è riconducibile a quanto previsto dall' art. 25, c.1, lett. a) del D.Lgs. 81/2008, in termini di collaborazione con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, valorizzando gli esiti della sorveglianza sanitaria anche ai fini della predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori e dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza.

In questa sede si ritiene inoltre opportuno fare rimando all'interpello n. 5/2014 del MLPS che richiama la partecipazione *attiva* del Medico Competente al processo di valutazione dei rischi.

Con particolare riferimento alla tipologia di rischio trattato dai presenti atti di indirizzo, si sottolinea la possibile connessione del medesimo con i rischi connessi all'organizzazione del lavoro, ricompresi nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato.

Lo stress è una forma di allarme interno che scatta nella persona quando le richieste dell'ambiente sono percepite come superiori alle proprie forze. Hans Seyle descrive lo stress (1936) Sindrome di Adattamento Generale, ovvero una reazione fisiologica, cognitiva e comportamentale dell'individuo di fronte agli stimoli e alle difficoltà dell'esistenza. Lo stress è pertanto da considerarsi un fenomeno fisiologico che fa scattare meccanismi neurochimici che rendono i sensi più pronti ad affrontare gli eventi. La risposta adattiva può però divenire disfunzionale a seconda dell'intensità e della durata degli stimoli e delle caratteristiche del soggetto. Non è infatti lo stimolo in sé e per sé, ma è l'organismo nel suo complesso l'arbitro degli effetti che lo stress produrrà su sé stesso, attraverso le proprie modalità di interpretazione delle situazioni vissute, reattività emotiva e meccanismi funzionali.

Nello specifico dello stress lavorativo il NIOSH (National Institute of Occupational and Safety Health) lo definisce come l'insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso col lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare perfino infortuni. La Commissione Europea definisce lo Stress: "Insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente del lavoro".

Il medico competente svolge un ruolo fondamentale in termini di:

- ✓ prevenzione primaria, collaborando sia nella fase di valutazione, sia nella successiva gestione del rischio, promuovendo presso il datore di lavoro le migliori pratiche valutative e gestionali;
- ✓ prevenzione secondaria nell'applicazione dell'attività di sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. b, D.Lgs. 81/2008) in termini di rilevamento del disagio lavorativo e di diagnosi precoce dei disturbi e delle patologie stress lavoro-correlato.

I sintomi e i segni che precedono la strutturazione di quadri morbosi stabili, (per es. "disturbo dell'adattamento", "disturbo post traumatico da stress", "burn-out") sono numerosi, aspecifici e possono coinvolgere diversi apparati e funzioni: cardiovascolare (es. tachicardia, ipertensione arteriosa), gastroenterico (es. irregolarità dell'alvo, inappetenza, ecc.), muscolo-scheletrico (es. accentuazione di sintomatologia algica soprattutto dorso-lombare), sfera sessuale e apparato genitale, disturbi del sonno, ecc..

Tali sintomi debbono essere attentamente ricercati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica svolta dal Medico Competente, inoltre il lavoratore vittima sia di infortunio da atto violento sia di condizioni traumatiche acute e/o croniche conseguenti ad atti violenti, deve essere informato della possibilità di richiedere la visita medica al Medico Competente prevista dall'art. 41, comma 1, lettera c), oltreché a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore a 60 giorni continuativi (ex art.41, comma 1,lett.e.ter del

D.lgs.81/08) allo scopo di attivare, se del caso, opportuni percorsi di approfondimento specialistico e/o di supporto.

La comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e le indicazioni sul loro significato concludono da una parte il processo di valutazione e gestione del rischio, adempiendo all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori e dall'altra, rappresenta una opportunità per promuovere il benessere dei lavoratori nell'ambito dei più ampi progetti di *Total Worker Health*.

In relazione all'attuazione delle misure di tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori, il Medico Competente fornirà utili elementi di collaborazione per l'individuazione delle migliori tecniche di contenimento del danno da attuare, insieme ai servizi aziendali coinvolti (es. Risk Management, UO Psichiatria e Psicologia) in un'ottica di approccio multidisciplinare.

## **5. Attività congiunte tra Area Risk Management e UO Prevenzione – Ambienti di vita e di lavoro**

Nel contesto dei presenti atti di indirizzo viene data evidenza al poster selezionato (Allegato 4), tra tutti quelli elaborati dalle ASST e ATS di Regione Lombardia, dall'Area Risk Manager e dalla UO Prevenzione – Ambienti di vita e di lavoro della Direzione Generale Welfare quale strumento di comunicazione univoco a livello regionale capace di esprimere in modo sintetico ed efficace la volontà di tutelare i propri operatori dagli atti di violenza.