



Piano Mirato di Prevenzione: la prevenzione delle aggressioni nei luoghi di lavoro del comparto sanitario

Inquadramento del fenomeno

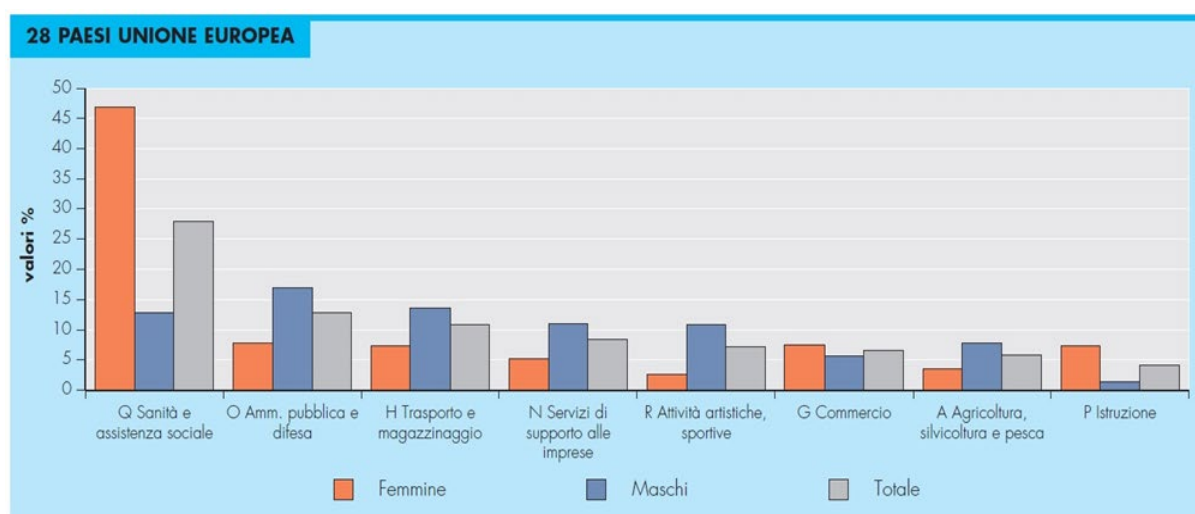
La violenza nei luoghi di lavoro rappresenta una criticità a impatto rilevante per numerosi comparti, sia a livello Nazionale che Internazionale, come testimoniano gli esiti di numerose ricerche sul tema e la frequenza di fatti di cronaca riportati dai media.

I dati europei evidenziano al primo posto fra i settori maggiormente interessati da infortuni dovuti a violenza, la “Sanità e l’Assistenza Sociale”, seguita da “Amministrazione Pubblica e difesa”, “Trasporto e magazzinaggio”, Servizi di Supporto alle Imprese”, “Attività artistiche e sportive”, “Commercio”, “Agricoltura” e “Istruzione”.

I tipi di occupazione più a rischio sono notoriamente quella di medico, infermiere, assistente sociale, ufficiale di polizia e agente di sorveglianza, conducente d’autobus, cassiere nel settore del commercio, personale impiegato in bar e ristoranti, insegnante di scuola secondaria. La violenza si è gradualmente estesa dalle imprese che gestiscono beni di alto valore, come ad esempio le banche e le farmacie, alle organizzazioni che rappresentano “simbolicamente” la società, come i sistemi di trasporto urbano e i servizi sociali e sanitari.

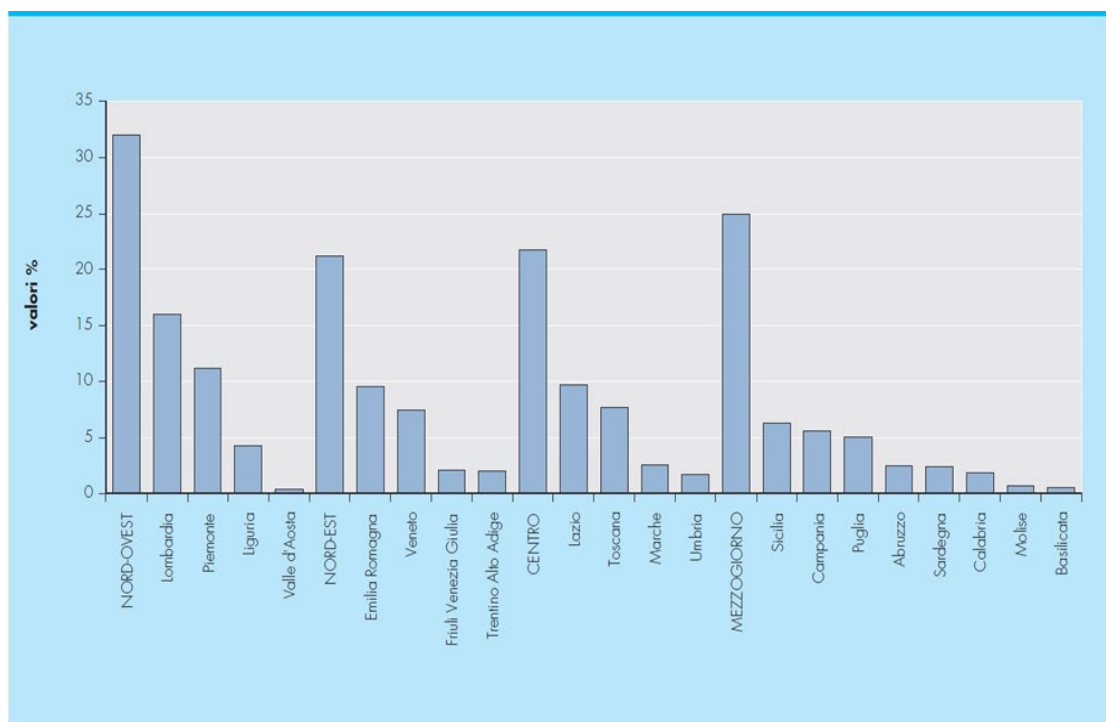
Gli ambienti di lavoro che presentano criticità organizzative risultano più a rischio di altre, in quanto questo fatto può aumentare l’aggressività di clienti e utenti (es. lunghi tempi di attesa, disservizi). Gli atti aggressivi rappresentano la sentinella di un progressivo deteriorarsi dei rapporti tra le persone che sfociano sempre più spesso in atti di violenza, ma anche della difficoltà delle organizzazioni ad affrontare i cambiamenti sociali (si pensi ad esempio a come è mutato il rapporto tra medico e paziente).

Si riportano sotto due grafici presi da: “Dati INAIL novembre 2018: andamento degli infortuni violenza, aggressione e non solo”.



TAV. 1: SORPRESA, SPAVENTO, VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA, PRESENZA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE: GRUPPO 80) - INFORTUNI INDENNIZZATI (ESCLUSI ITINERE) PER GENERE E PRINCIPALI SETTORI ECONOMICI - ANNO 2016

In Italia il maggior numero di eventi risulta essersi verificato nelle regioni del Nord-Ovest e, prima fra tutte, la Lombardia (grafico2).



TAV. 3: VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE: CODICI 82, 83, 84) - INFORTUNI IN OCCASIONE DI LAVORO ACCERTATI POSITIVAMENTE PER TERRITORIO - ANNI 2013/2016

INAIL riferisce che nell'intero quinquennio 2015-2019, nella Sanità e assistenza sociale sono stati quasi 11 mila i casi in occasione di lavoro accertati positivamente dall'Inail e codificati tramite la variabile Esaw "80-sorpresa, violenza, aggressione, minaccia, ecc.", una media di oltre 2 mila casi l'anno e un andamento stabile in particolare nell'ultimo triennio.

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

Settore Sanità e Assistenza Sociale	Donne	Uomini	Totale	Media annua	% Donne
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%
Totale	7.858	3.000	10.858	2.172	72,4%

Fonte: Archivi Statistici Inail - dati rilevati al 30.09.2020

Se in generale nella gestione Industria e servizi, l'incidenza degli infortuni da violenza e aggressione è pari al 3% dei casi in occasione di lavoro accertati positivamente, nella Sanità tale quota si triplica, raggiungendo il 9% dei casi del settore (praticamente un infortunio su dieci). Il 41% dei casi è concentrato nell'Assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, studi medici), il 31% nei Servizi di assistenza sociale residenziale (case di riposo, strutture di assistenza infermieristica, centri di accoglienza, ecc.) e il 28% nell'Assistenza sociale non residenziale.

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 CLASSE PROFESSIONE (CODIFICA CP2011) - QUINQUENNIO CUMULATO 2015-2019



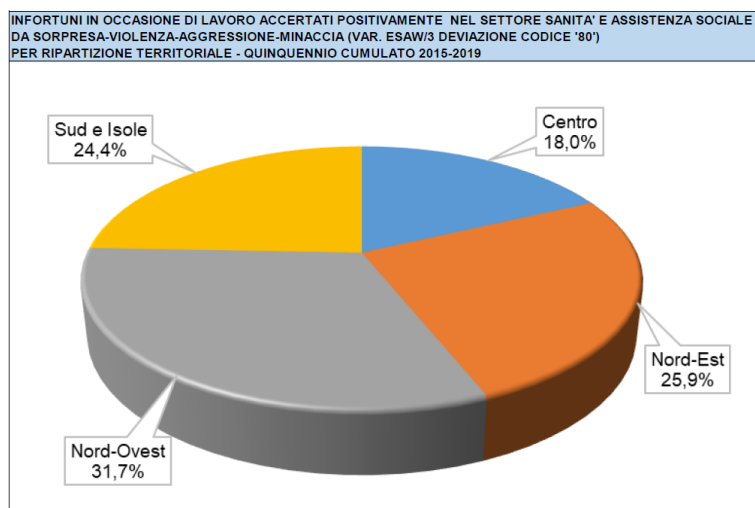
Gli infortunati sono per tre quarti donne, risultato del 60% di personale femminile riscontrato negli ospedali e case di cura e dell'80%, sempre femminile, nelle strutture di assistenza sociale residenziale e non.

Nelle aggressioni tra persone (in alcuni casi residuali possono provenire da animali), in nove casi su dieci provengono da persone esterne all'impresa e il restante 10% tra dipendenti della stessa.

La professionalità (secondo la codifica Istat Cp2011) più colpita in termini assoluti, è quella dei "tecnici della salute" che concentra un terzo del totale dei casi: sono prevalentemente infermieri ma anche educatori professionali, normalmente impegnati nei servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o socio-educativi con minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani. Seguono con il 25% dei casi gli operatori socio-sanitari delle "professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali" e poi col 18% le "professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati" (soprattutto operatori socio-assistenziali e assistenti-accompagnatori per disabili).

Con sensibile distacco e percentuale inferiore al 4% dei casi di aggressione nella Sanità, la categoria dei "medici" (per un terzo psichiatri), per la quale si evidenzia che non rientrano nell'obbligo assicurativo Inail medici generici di base e liberi professionisti.

Più della metà degli infortunati ha riportato contusioni e un altro quarto lussazioni/distorsioni, localizzate soprattutto alla testa (30% dei casi) e agli arti superiori (altro 30%), poi al torace/organi interni (20%), alla colonna vertebrale (11%) e infine agli arti inferiori (9%).



Si precisa inoltre che in sanità, va sempre tenuto conto dell'alto grado di sottotifica di questi eventi, stimata in circa il 70%, sia tra i medici che tra gli infermieri (Valetto MR, Cappabianca A. (Ed). Violenza nei confronti degli operatori sanitari. Corso FAD FNOMCeO. Zadig Milano. Settembre 2018).

Parte della sottotifica è dovuta al fatto che il personale sanitario è spesso disposto a subire violenza se riconosce che il paziente è in grave stato di alterazione psichica o è particolarmente fragile da un punto di vista sociale; parte del fenomeno è anche dovuto al fatto che fare denuncia risulta farraginoso, troppo burocratizzato e senza alcuna certezza che la denuncia possa portare a qualche risultato.

Dati della provincia di Pavia

Analisi dei certificati di infortunio dovuti ad aggressioni ATS Pavia

Si riporta di seguito una analisi eseguita elaborando i dati inseriti nell'applicativo Ma.P.I. (Malattie Professionali e Infortuni), applicativo regionale nel quale i sanitari registrano i certificati di infortunio, tra i quali anche quelli dovuti ad aggressione, a prescindere dal numero di giorni di prognosi.

Si deve sottolineare che i dati forniti da Ma.P.I. risultano tuttavia parziali e certamente sottostimano l'entità del fenomeno. In primo luogo, l'inserimento delle certificazioni di infortunio da parte dei medici all'interno dell'applicativo è iniziato a partire dall'agosto 2014 ed è avvenuto in maniera progressiva e nei primi tempi non sistematica. Ancora oggi non tutte le aziende sanitarie inseriscono i certificati di infortunio in Ma.P.I., oppure vi provvedono in modo non costante. In secondo luogo, è noto che le aggressioni e le violenze spesso non vengono denunciate, neppure come infortunio, per rassegnazione, per vergogna, o anche per paura delle eventuali minacce dell'aggressore che intima il silenzio.

Si deve osservare inoltre che i certificati sono risultati spesso compilati in maniera incompleta o inesatta, tanto da rendere difficile, e per alcune variabili impossibile, l'elaborazione statistica dei dati. Rispetto a questa criticità, sarà opportuna una sensibilizzazione nei confronti dei medici certificatori ad una maggiore accuratezza e precisione nella compilazione di Ma.P.I.

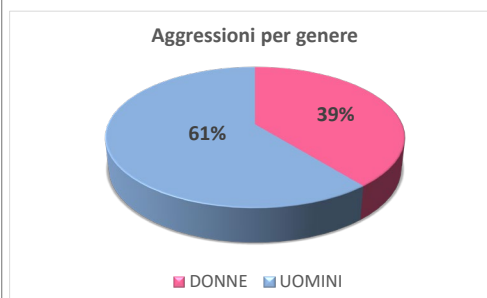
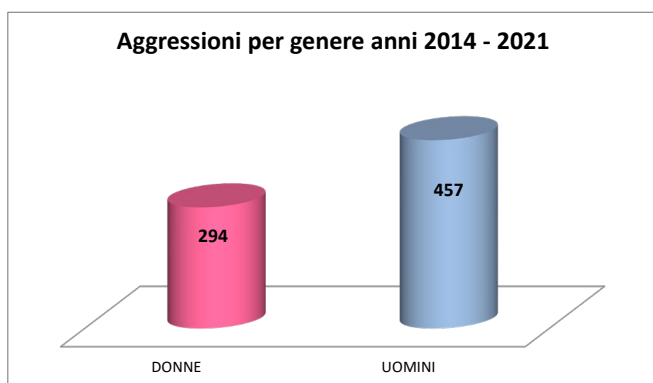
In provincia di Pavia, nel periodo 2014 - 2021 sono stati inseriti in Ma.P.I. n. 784 infortuni dovuti a violenze ed aggressioni.

Il trend di inserimento negli anni 2014 – 2018 è stato in crescita con un picco nell'anno 2017 dove ne sono stati registrati 155 per poi avere un'andamento altalenante anche se, vista la pandemia da Sars-cov2, probabilmente gli anni 2020 e 2021 sono da valutarsi con riserva.

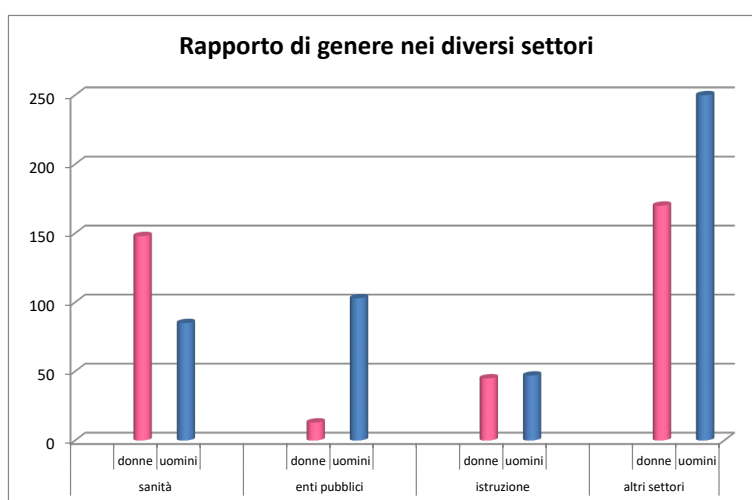
Il grafico sotto riporta l'andamento delle segnalazioni di infortunio/aggressione nel periodo 2014 – 2021.



Sono stati elaborati anche i dati in ottica di genere, dove in generale si nota una prevalenza del genere maschile.



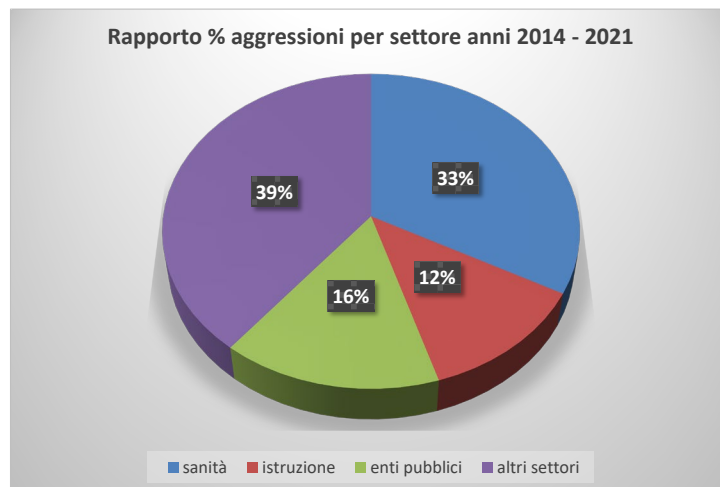
Facendo un'analisi più dettagliata (vedasi grafico sotto), emerge che il fenomeno delle aggressioni sul lavoro non appare legato al genere. Infatti risultano più donne aggredite in sanità ma è ben noto che il settore Sanità e Assistenza Sociale ha un maggior numero di lavoratrici donne.



Differente risulta il settore Enti Pubblici (polizia municipale, polizia penitenziaria, comuni, etc.) dove sono impiegati più uomini.

Per quanto riguarda il settore istruzione, occorre precisare che gli aggrediti maschi risultano in numero lievemente maggiore ma tra questi la maggior parte sono studenti che si aggrediscono fra di loro (31 studenti).

In numero maggiore risultano le insegnanti donne interessate rispetto agli insegnanti maschi. Fondamentale l'analisi differenziata per settore, Sanità e Assistenza Sociale si conferma al primo posto con il maggior numero di casi (vedi grafico sotto).



La situazione allarmante relativa alle aggressioni in questo settore non è nuova, se già nel novembre del 2007 il Ministero della Salute ha emesso la Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari.

Il rischio più elevato nell'ambiente socio-sanitario è determinato dal contatto diretto con il paziente e dalla necessità di gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari. I sanitari si trovano frequentemente a gestire situazioni di conflittualità che oltre a causare situazioni di forte disagio e stress lavoro-correlato, espongono al rischio di subire violenza.

Esiti indagine effettuata su operatori della UOC PSAL di Pavia

Nel 2019 è stata condotta un'indagine su tutto il personale appartenente alla UOC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'ATS di Pavia (27% dirigenza medica e tecnica, 66% tecnici della prevenzione, 7% personale amministrativo per un totale di 41 persone).

Il 93% di tale personale è deputato all'attività di vigilanza.

L'indagine è stata condotta attraverso un questionario volontario ma non anonimo in modo da poter approfondire alcuni aspetti che, con l'anonimato, sarebbe stato più complicato analizzare.

Nonostante il questionario fosse nominativo, nessun operatore ha rifiutato di compilarlo e i questionari sono stati tutti compilati abbondantemente prima dei tempi di chiusura di accesso allo stesso. Tutti segnali di forte interesse per l'argomento.

Si riportano in breve alcuni dati elaborati dai questionari compilati.

Il primo dato interessante è che l'85% degli operatori ritiene che il proprio lavoro possa esporlo a violenze ed aggressioni a fronte di un 60% di operatori che dichiara di averle subite.

Per quanto riguarda le tipologie di aggressioni subite, il 61% sono state di tipo verbale, il 35% di tipo fisico e un 5% danni a beni personali.

Nel 94% dei casi, il collega presente ha preso le difese del molestato.

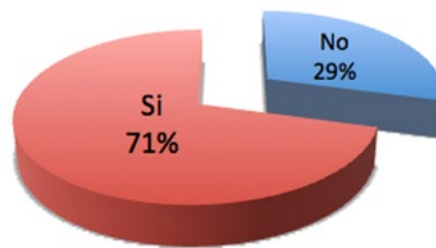
Nel 76% dei casi di violenza non vi è stata conseguente denuncia formale ma solo riferimento dei fatti al dirigente di UOC e condivisione dell'evento con i colleghi. Solo il 12% ha proceduto a sporgere denuncia.

Per quanto riguarda le differenze di genere, le donne del servizio ritengono di essere più a rischio dei colleghi maschi anche se i dati hanno poi evidenziato che le violenze si sono equamente distribuite nei due sessi.

Nonostante il 92% degli intervistati ritenga utile riferire a qualcuno l'accaduto, solo il 29% di chi ha subito aggressioni ritiene utile uno sportello d'ascolto esterno al servizio, ritengono molto più utile la condivisione all'interno del gruppo di lavoro.

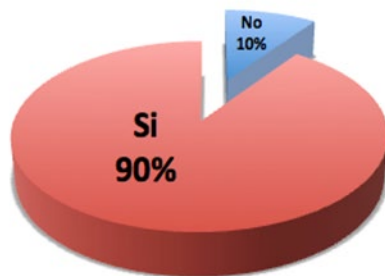
Il 71% degli intervistati ritiene che sia possibile prevenire le aggressioni sul lavoro.

Ritieni possibile prevenire le aggressioni durante la tua attività?

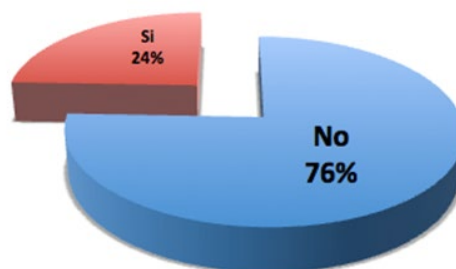


Ben l'82% di chi ha subito violenze ritiene utile un corso di autodifesa ma il 90% di tutti gli intervistati ritiene utile un corso di comunicazione dove di possa imparare il giusto comportamento da tenere con l'utenza.

Ritieni utile un corso di comunicazione dove si approfondisce il comportamento con l'utenza?



Pensi sia utile fornire i lavoratori di strumenti di difesa?



Opposto invece è l'approccio alla dotazioni di strumenti di difesa dove il 76% non li ritiene utili. Per quanto riguarda gli esiti di tali aggressioni, il 56% di chi ha subito violenze le ha ritenute gravi e il 39% poco gravi, l'11% lo ha ritenuto un reato.

Alla domanda in merito a come si è sentito dopo l'evento, il 78% si è sentito lievemente disturbato ma senza conseguenze di rilievo, l'11% non si è sentito per nulla disturbato, un'altro 11% molto disturbato con disagi per lungo tempo e il 6% dichiara di vivere ancora le conseguenze indipendentemente dal tempo trascorso dall'evento.

Alla domanda "se pensi all'evento come ti senti", solo il 44% dichiara indifferenza, il 39% dichiara di provare ancora rabbia, l'11% prova impotenza ed un'altro 11% ansia.

L'indagine condotta, oltre ad allinearsi con i dati di altre indagini condotte anche a livello nazionale ed internazionale, conferma e mette in evidenza l'esistenza e l'importanza del fenomeno.

Gli aspetti più interessanti su cui lavorare sono quelli di tipo preventivo (ben il 71% degli intervistati ritiene che si possano prevenire), molta importanza viene data alla formazione sotto vari punti di vista e pare importante la capacità del gruppo e della dirigenza interna al gruppo di saper affrontare e gestire i singoli episodi.

Tutti gli aspetti analizzati vanno ricondotti ad una accurata analisi del rischio nell'ambito dello stress lavoro correlato e all'individuazione di specifiche misure di prevenzione nell'ambito delle quali è di sostanziale importanza la condivisione con tutti gli operatori.

I costi del fenomeno

Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), stima la perdita di produttività generale in 3 miliardi di dollari l'anno.

Considerando le difficoltà metodologiche, l'assenza di dati e le interrelazioni fra i diversi fenomeni, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro ritiene che la perdita secca sia compresa fra lo 0,5% ed il 3,5% del PIL mondiale.

Nel paper *Workplace bullying and sickness absence in hospital staff* (M. Kivimaki, M. Elovainio, and J. Vahtera - *Occup Environ Med.* 2000 Oct; 57(10): 656–660), gli autori dimostrano come le vittime di violenza psicologica sul lavoro, hanno tassi di assenteismo del 26% superiori agli altri lavoratori.

Lo studio prende in esame il settore ospedaliero, che ha dinamiche particolari, e dimostra la sottostima del fenomeno anche da parte di esperti del mercato del lavoro e dagli stessi lavoratori.

Un fenomeno limite dell'assenteismo è l'abbandono del posto di lavoro; lo dimostra lo studio europeo NEXT (Nurses Early Exit Study) che individua nelle violenze sul lavoro la prima causa di abbandono nel settore infermieristico e tra coloro che non hanno lasciato il posto, il 53,2% ha comunque riflettuto sull'eventualità di cambiare professione.

L'abbandono del posto di lavoro, soprattutto nel settore della sanità pubblica, comporta anche oneri nella sostituzione di tale personale: selezione e formazione del nuovo personale.

Per quanto riguarda i conti italiani, nonostante non sia facile stimare i costi legati al fenomeno soprattutto tenendo conto dell'elevato numero delle mancate notifiche, gli ultimi dati consolidati del 2017, rivelano 3.783 giornate di lavoro perse, in aumento rispetto agli anni precedenti: 1.522 giorni nel 2014, 2.397 nel 2015 e 3.140 nel 2016. Tradotto in euro, nel 2017 i danni economici possono essere quantificati in 30 milioni a carico del Servizio sanitario nazionale (12 milioni del 2014).

Vale pertanto la pena riflettere anche su questo aspetto quando si pensa ad interventi finalizzati a combattere la violenza sul lavoro in particolar modo nel settore della sanità.

Aspetti normativi

L'aggressione sul posto di lavoro è un rischio strettamente connesso allo «stress da lavoro correlato»; questo perchè le conseguenze di tipo psicologico sono evidenti sia nel soggetto interessato che nel gruppo di lavoro di appartenenza ; per quanto invece riguarda le possibili cause, queste spesso toccano aspetti di tipo organizzativo che spesso coinvolgono non solo il gruppo ristretto dei collaboratori ma l'intera struttura organizzativa.

Il D.Lgs 81/08 prevede, all'art. 28: «La valutazione ... deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 ...» e "1-bis. La valutazione dello stress lavoro-correlato di cui al comma 1 è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui ... all'art. 6 comma 8, m-quater ...", ovvero secondo le indicazioni elaborate dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

L'aggressione sul lavoro va considerata infortunio e come tale denunciato ma le conseguenze possono poi sfociare in malattia professionale (Corte Costituzionale, sentenza n. 179 del 18.2.1988).

La Cassazione Civile si è espressa più volte nel merito sottolineando che grava sul datore di lavoro "l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno, ovvero di aver adottato tutte le cautele necessarie per impedire il verificarsi del danno medesimo" (norma di riferimento Codice Civile articolo 2087).

Consapevole del problema, Regione Lombardia, ha elaborato una «Guida operativa» ("Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio") con l'obiettivo 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.

Nel luglio 2020 è stata pubblicata sul BURL la Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15 «Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario» (BURL n. 28 suppl del 10 Luglio 2020) recante disposizioni volte a prevenire e contrastare ogni forma di violenza ai danni di operatori dei settori sanitario e sociosanitario, nel rispetto della normativa statale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

IL PIANO MIRATO DI PREVENZIONE

La metodologia della vigilanza attraverso i Piani Mirati di Prevenzione, è stata pienamente riconosciuta dal Piano Nazionale della Prevenzione di fine 2020.

Peraltro, l'esperienza di vigilanza nei luoghi di lavoro dei servizi PSAL, ha reso evidente che, per conseguire miglioramenti tangibili delle condizioni di lavoro, nonché per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di controllo ed ispezione vanno affiancati altre strategie di prevenzione mirate ed efficaci.

L'utilizzo della metodologia del Piano Mirato di prevenzione:

- consente all'organo di vigilanza di raggiungere un elevato numero di aziende dello stesso comparto,
- rende i controlli più efficaci attraverso la determinazione di criteri di priorità dell'azione di controllo mediante l'utilizzo di appositi metodi e strumenti, tra cui sistemi di autovalutazione,
- individua le singole aziende in cui è opportuno approfondire l'attività di vigilanza sulla base di una graduazione preliminare del campione da sottoporre a controllo, basata su evidenze oggettive e su reali situazioni di criticità,
- individua, attraverso l'analisi dei dati raccolti, eventuali ed ulteriori interventi in termini di prevenzione, promozione e assistenza alle imprese del settore
- aumenta le conoscenze sul tema attraverso giornate di incontro, informazione e formazione in merito al rischio specifico ponendosi l'obiettivo di rendere maggiormente efficaci le misure di prevenzione adottate dopo un'adeguata valutazione del rischio.

Il Piano Mirato di Prevenzione, per la sua connotazione strategica, ne prevede la condivisione con il Comitato provinciale di coordinamento previsto nell'ambito del D.Lgs 81/08.

Si prevede di attivare un rapporto di collaborazione con l'Università di Pavia, (Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Sezione di Psicologia) con tre obiettivi:

- formazione del personale PSAL dedicato al progetto in tema di stress lavoro correlato
- collaborazione nella stesura del questionario di autovalutazione da inviare alle strutture sanitarie
- collaborazione nell'identificazione di eventuali misure preventive da proporre alle strutture sanitarie ai fini preventivi.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PMP

Obiettivo strategico del progetto

Obiettivo strategico è ridurre le aggressioni sul lavoro e le conseguenze a queste correlate in ambito sanitario ospedaliero.

Indicatori relativi all'obiettivo strategico

1. riduzione nel tempo del numero delle aggressioni (valutazione sul triennio)
2. riduzione nel tempo dei giorni di assenza per malattia/infortunio post aggressione (valutazione sul triennio)
3. stima di riduzione dei costi relativi al fenomeno (valutazione sul triennio/quinquennio)

Obiettivi specifici

L'obiettivo strategico potrà essere raggiunto attraverso il raggiungimento di obiettivi specifici da verificarsi in strutture sanitarie stabilite nel progetto:

1. Verifica dell'effettuazione di adeguata Valutazione del rischio specifico
2. Verifica delle misure di prevenzione e protezione attuate nonché il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza
3. Eventuali proposte di nuove misure di prevenzione

Indicatori relativi agli obiettivi specifici

Si definiscono per i singoli obiettivi i corrispondenti indicatori di risultato:

Ob.1	Verifica dell'effettuazione di adeguata Valutazione del rischio specifico	
	Indicatore	Risultati attesi
	Presenza all'interno del DVR di specifica analisi del rischio aggressioni	Al termine del progetto presenza all'interno del DVR di specifica analisi del rischio aggressioni in almeno il 90% delle aziende sanitarie
	Strumenti e Metodi	
	Questionario di autovalutazione Sopralluogo in azienda	
Ob.2	Verifica delle misure di prevenzione e protezione attuate nonchè il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza	
	Indicatore	Risultati attesi
	Presenza all'interno del DVR dell'indicazione di tutte misure di prevenzione e protezione attuate nonchè il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza	Al termine del progetto presenza all'interno del DVR dell'indicazione di tutte misure di prevenzione e protezione attuate nonchè il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza in almeno il 90% delle aziende sanitarie
	Strumenti e Metodi	
	Questionario di autovalutazione Sopralluogo in azienda	
Ob. 3	Eventuali proposte di nuove misure di prevenzione	
	Indicatore	Risultati attesi
	Individuazione di almeno una nuova misura di prevenzione del rischio da proporre alle strutture sanitarie	Al termine del progetto, adozione di nuove misure di prevenzione da parte di almeno il 60% delle aziende sanitarie
	Strumenti e Metodi	
	Individuazione di nuove misure di prevenzione in collaborazione con l'Università di Pavia, (Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Sezione di Psicologia)	

DESTINATARI DEL PMP

I destinatari del progetto sono tutte le strutture sanitarie della provincia di Pavia.

La provincia di Pavia ed in particolare Pavia stessa, è caratterizzata da un buon numero di strutture sanitarie anche di grande rilevanza e il numero di lavoratori di questo settore risulta essere molto importante.

La tabella sotto, riporta la rete dell'offerta delle strutture sanitarie accreditate: (dati desunti dall'applicativo ASAN aggiornati al 31/12/2021)

	Tipologia	Numero	a contratto
Stabilimenti ospedalieri	Stabilimenti ospedalieri	17	17
	Pronto Soccorso DEA, EAS	6	6
	Degenza ordinaria acuti, posti letto	2.178	2.176
	Degenza ordinaria riabilitazione, posti letto	830	750
	Attività di Rianimazione e terapia intensiva, posti letto	81	81
	Unità coronarica, posti letto	19	19
	Degenza diurna acuti, posti letto	138	138
	Degenza diurna riabilitazione, posti letto	26	15
	Chirurgia a bassa complessità assistenziale, posti tecnici	72	72
	Attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale, posti tecnici	177	177
	Attività sub acuti, posti tecnici	71	71
	Attività del nido, posti tecnici	74	74
	Attività di dialisi, posti tecnici	82	82
	Attività di dialisi ad assistenza limitata - CAL, posti tecnici	34	34
	Servizio di medicina di laboratorio intraospedalieri	12	12
Attività poliambulatoriale afferente a struttura di ricovero e cura	18	17	
Strutture psichiatriche e neuropsichiatriche	Strutture residenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici	93	93
	Strutture residenziali psichiatriche private, posti tecnici	90	70
	Strutture residenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici	19	12
	Strutture semiresidenziali neuropsichiatriche private, posti tecnici	20	6
	Strutture semiresidenziali psichiatriche pubbliche, posti tecnici	35	35
	Strutture semiresidenziali psichiatriche private, posti tecnici	100	100
Strutture ambulatoriali extraospedaliere	Strutture ambulatoriali extraospedaliere pubbliche	10	9
	Strutture ambulatoriali extraospedaliere private	23	22
Medicina trasfusionale	Unità di Raccolta sangue extraospedaliere	8	
	Servizi trasfusionali (SIMT)	2	2
	Articolazioni organizzative di raccolta afferenti ai SIMT	5	
Medicina di laboratorio	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere pubblici	4	1
	Servizi di medicina di laboratorio accreditati extraospedaliere privati	5	4
	Punti Prelievo	58	

DESCRIZIONE DEL PMP, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Durata complessiva del progetto

Il PMP ha durata complessiva triennale con un forte avvio nel primo anno e prevalentemente attività di verifiche e controlli di risultato negli altri due.

Descrizione del progetto

Il “rischio aggressione” è un fenomeno strettamente connesso con lo stress lavoro correlato, sia per la presenza di potenziali cause di tipo organizzativo, sia per quanto riguarda le ricadute sulla salute psichica della vittima e indirettamente sullo staff ed in ultima analisi anche sui pazienti.

In alcuni casi è possibile individuare un filo conduttore che possa considerarsi causa del fenomeno come è frequente che carenze a livello comunicativo e relazionale diano adito a malintesi con il conseguente sviluppo di comportamenti aggressivi.

Il PMP, al fine di conseguire l’obiettivo primario di ridurre le aggressioni sul lavoro e le sue conseguenze, dovrà porre particolare attenzione agli aspetti di valutazione di tale rischio da parte delle direzioni delle aziende sanitarie ricordando che trattandosi di rischio psico sociale, sarà imprescindibile un’analisi accurata degli aspetti di organizzazione del lavoro.

La fase assistenziale prevista dal PMP da parte del personale PSAL (la vigilanza tradizionale verrà effettuata ove vengano rilevate carenze normative) costituirà un momento importante nell’evoluzione del progetto perché costituirà guida e supporto nell’individuazione delle criticità sia in fase valutativa che in fase di identificazione delle misure più appropriate.

La fase valutativa verrà supportata attraverso la realizzazione della scheda di autovalutazione redatta dal servizio PSAL, in collaborazione con l’Università di Pavia (Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Sezione di Psicologia) che di fatto costituirà una guida/percorso che aiuterà le aziende ad identificare le eventuali carenze nella valutazione stessa.

La scelta successiva di tutte le misure necessarie da adottare per contenere e ridurre il rischio, dipenderà direttamente da quanto approfondita e dettagliata sarà la valutazione del rischio.

Importante sarà poi la fase di valutazione, da parte del personale PSAL, delle schede di autovalutazione compilata dalle singole aziende in quanto questo costituirà un momento importante per far emergere le criticità del percorso valutativo e decidere il successivo intervento da effettuare presso l’azienda. Verrà effettuato anche un benchmarking tra le aziende in modo da favorire la trasmissione di buone prassi da un’azienda all’altra.

Le azioni del PMP saranno condotte in differenti e successive fasi.

AZIONI

1. Fase progettuale

- 1.1 Definizione degli aspetti generali del PMP
- 1.2 Costituzione di un gruppo di lavoro
- 1.3 Condivisione tra il responsabile del PMP e i componenti del gruppo di lavoro delle metodologie e delle motivazioni rispetto all’intervento progettuale
- 1.4 Pianificazione organizzativa, predisposizione degli strumenti per il percorso
- 1.5 Definizione e predisposizione degli strumenti di valutazione
- 1.6 Condivisione del progetto nell’ambito del Comitato provinciale ex art. 7

2. Fase realizzativa

- 2.1 incontro con le aziende sanitarie
- 2.2 invio questionario di autovalutazione alle aziende sanitarie
- 2.3 valutazione dei questionari di autovalutazione
- 2.4 identificazione del campione di aziende sanitarie da sottoporre a vigilanza tradizionale

- 2.5 vigilanza tradizionale nelle aziende sanitarie selezionate
- 2.6 Individuazione di nuove misure di prevenzione e adozione di un Sistema di verifica di risultato

3. Fase di valutazione

- 3.1 Controllo rispetto delle tempistiche
- 3.2 analisi dei risultati con particolare riferimento agli indici di valutazione dei risultati
- 3.3 condivisione dei risultati nell'ambito del Comitato provinciale ex art. 7
- 3.4 condivisione risultati alle aziende sanitarie ed eventuali proposte di interventi di prevenzione mirati

Strumenti utilizzati

Gli strumenti utilizzati, di fondamentale importanza al fine di identificare le azioni specifiche che le aziende sanitarie devono intraprendere per ridurre il fenomeno delle aggressioni e le conseguenze ad esso correlate sono: il *questionario di autovalutazione* e i *documenti che individuano le nuove misure di prevenzione e adozione di un Sistema di verifica di risultato*.

Il **questionario di autovalutazione** dovrà contenere domande volte a verificare le seguenti azioni eventualmente già intraprese dalla struttura sanitaria in esame:

1. Presenza di un gruppo aziendale che presidia l'intero percorso di valutazione con l'indicazione precisa dei componenti del gruppo, es. direzione sanitaria, affari legali, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione, RLS, Medico competente, Psicologo, CUG, URP, lavoratori rappresentanti di aree particolarmente a rischio, altro.
2. Realizzazione di specifici corsi di formazione e informazione diretti sia al top management aziendale che agli operatori.
3. Presenza di 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 da intraprendere ed in particolare l'individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione.
6. Attuazione del programma di intervento definito: attuazione delle misure, compreso l'iter formativo.
7. Presenza di un sistema di monitoraggio che verifichi l'efficacia delle misure adottate.
8. Previsione di un riesame programmato e continuo con l'obiettivo di: aggiornare la valutazione del rischio in funzione dell'andamento complessivo degli eventi, in particolare in caso di eventi significativi
9. Adozione di un sistema di verifica di risultato derivante dall'attuazione delle misure preventive/correttive attuate con eventuale previsione di individuazione di ulteriori misure

Per quanto riguarda i **documenti che individuano le nuove misure di prevenzione e adozione di un Sistema di verifica di risultato**, questi saranno oggetto di verifica in fase di sopralluogo.

Gli stessi dovranno contenere in forma esplosa quanto dichiarato nel questionario di autovalutazione. In particolare tali documenti dovranno contenere notizie utili anche a definire l'efficacia degli interventi adottati ed in particolare relativamente ai seguenti indicatori:

- riduzione nel tempo del numero delle aggressioni (valutazione sul triennio)
- riduzione nel tempo dei giorni di assenza per malattia/infortunio post aggressione (valutazione sul triennio)
- stima di riduzione dei costi relativi al fenomeno (valutazione sul triennio/quinquennio)

Azioni previste per la riduzione del fenomeno

Premettendo che le azioni previste per il contenimento del fenomeno vanno opportunamente tarate sulle singole realtà sanitarie, si riportano di seguito quelle che sono ritenute le azioni minime previste per una gestione del fenomeno aggressivo da ritenersi efficace.

Tre sono da considerarsi le aree principali di intervento:

1. fattori connessi all'organizzazione del lavoro
2. dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali degli ambienti di lavoro
3. attività di informazione, formazione/addestramento e sensibilizzazione

1. fattori connessi all'organizzazione del lavoro

- Il personale deve essere in numero adeguato in relazione ai momenti di maggiore attività (es: pasti)
- Occorre considerare le condizioni e la tipologia di lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)
- Occorre valutare la presenza in servizio di operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (e considerare i procedimenti disciplinari)
- E' necessaria la presenza del cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)
- È importante che la struttura disponga di personale con funzione di addetto alla sicurezza e che lo stesso abbia autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessarie per garantire la sicurezza dei lavoratori
- E' importante evitare 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
- Considerare i pazienti affetti da patologie psichiatriche
- Considerare i pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool
- Rispettare il più possibile gli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza

2. dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali degli ambienti di lavoro

- Verificare che, nelle aree di attesa, soprattutto in reparti a maggior rischio, non siano presenti arredi e oggetti che potrebbero essere usati come strumenti contundenti
- Verificare che negli ambulatori, soprattutto nei reparti a maggior rischio, non vi siano oggetti che potrebbero essere usati come armi (es. forbici) e che i lavoratori abbiano sempre libera una via di fuga
- La postazione del personale (es. infermieri) deve essere posizionata in modo da consentire sempre un'ampia visuale delle aree
- Verificare che il lavoratore possa essere udito in caso di richiesta di aiuto

- Fare in modo che le aree di attesa risultino confortevoli limitando il più possibile l'affollamento in modo da evitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori
- Verificare che le modalità informative rivolte agli utenti siano adeguate e rapportate alla tipologia di utenza
- Ove possibile siano poste barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio
- Proteggere gli operatori che maneggiano denaro da aggressioni, rapine o altro con mezzi idonei (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)
- Qualora necessario, siano disponibili strumenti (es. pulsanti di allarme) atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine

3. attività di informazione, formazione/addestramento e sensibilizzazione

- Definire programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica indirizzandoli agli operatori in relazione al livello di rischio individuato
- Prevedere, per i reparti a maggior rischio, specifici programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. Tecniche di de-escalation, tecniche di divincolo e di contenimento, autodifesa)
- Attuare azioni di sensibilizzazione sul tema dirette a tutto il personale, compreso quello esternalizzato
- Mettere in atto azioni volte a favorire l'emersione del fenomeno
- Elaborare materiale informativo rivolto a pazienti/utenti che spieghi la politica aziendale per la prevenzione degli atti di violenza
- Definire adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)
- Fornire agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno

TEMPISTICHE

Il PMP ha valenza triennale con avvio nel 2022.

RISULTATI ATTESI

Diversi sono i risultati attesi dal PMP che vanno considerati in un'ottica di raggiungimento differenziato nel tempo pur mantenendo come obiettivo ultimo, nonchè primario, la riduzione delle aggressioni sul lavoro nelle strutture sanitarie e le conseguenze dovute a tali fenomeni.

I risultati possono essere suddivisi in tre fasi temporali: la prima vedrà obiettivi raggiungibili durante l'anno di realizzazione del progetto, la seconda vedrà obiettivi raggiungibili ad un anno dal termine del progetto e la terza al termine del terzo anno.

Al fine di poter valutare il raggiungimento di tali obiettivi a medio e lungo termine, durante la fase progettuale del primo anno, verrà chiesto ad ogni azienda di raccogliere dati specifici (vedi tabella sotto) che, al termine del primo anno di progetto potranno essere considerati dati raccolti al tempo 0. Gli stessi dati verranno poi raccolti al termine del primo anno (tempo 1) e al terzo anno (tempo 2) dalla conclusione della prima fase e potranno essere considerati indicatori di risultato per verificare il raggiungimento degli obiettivi primari del progetto.

Durante lo sviluppo annuale del progetto (prima fase) ci si aspetta che, da ogni struttura sanitaria, venga affrontato e analizzato il fenomeno in maniera puntuale e che venga valutato in maniera efficace il rischio all'interno del Documento di Valutazione del Rischio correlandolo allo stress da lavoro correlato.

Molto importante è anche che ogni struttura sensibilizzi e favorisca tutto il personale a segnalare tutte le forme di violenza subite indipendentemente dall'esito e dalla motivazione di origine.

A seguito di accurata valutazione del rischio, ci si aspetta che vengano adottate misure specifiche di controllo, riduzione e gestione del rischio.

Sarà fondamentale il coinvolgimento di tutti i medici competenti aziendali anche al fine di individuare, il più precocemente possibile, segnali di disagio a seguito di eventi aggressivi in modo che possano essere adottate misure specifiche per il controllo di tale disagio.

La collaborazione con l'Università, consentirà di fornire strumenti efficaci di supporto a tutto il percorso valutativo nonchè all'individuazione di nuove misure di prevenzione da proporre alle singole aziende sanitarie.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici del progetto la tabella sotto riporta le stime per quanto riguarda la percentuale di raggiungimento.

OBIETTIVI	% RAGGIUNGIMENTO
ADESIONE AL PROGETTO	100
PRESENZA ALL'INTERNO DEL DVR DI SPECIFICA ANALISI DEL RISCHIO AGGRESSIONI	100
PRESENZA ALL'INTERNO DEL DVR DELL'INDICAZIONE DI TUTTE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE ATTUATE	90
PROGRAMMA DELLE MISURE RITENUTE OPPORTUNE PER GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO NEL TEMPO DEI LIVELLI DI SICUREZZA	90
ADOZIONE DI NUOVE MISURE DI PREVENZIONE	60

L'elevata stima in percentuale sul raggiungimento degli obiettivi specifici, è dovuta, da una parte al fatto che il progetto viene proposto e realizzato dall'organo di vigilanza e dall'altra dal fatto che il

rischio aggressioni sul lavoro rientra tra i rischi specifici degli operatori sanitari e come tale deve essere valutato e gestito per legge.

Sicuramente più difficile è stimare gli indicatori di risultato legato all'obiettivo generale.

Per quanto riguarda il numero delle segnalazioni, tenendo conto i dati, seppur non del tutto attendibili di MA.PI relativi agli anni 2014-2021, si può ipotizzare un'incremento delle segnalazioni di circa il 20% per il primo anno di progetto, ancora un incremento pari al 10% nel secondo anno con l'ipotesi di raggiungere una fase di picco per poi assestarsi ed iniziare la fase di calo ipotizzabile a partire dalla fine del terzo anno.

A	B	C
Risultati attesi al termine del progetto	Risultati attesi ad un anno dal termine del progetto	Risultati attesi a tre anni dal termine del progetto
tempo 0	tempo 1	tempo 2
numero delle segnalazioni di aggressione in azienda divise per struttura		
numero giorni di assenza dal lavoro dopo aggressione		
numero richieste di trasferimento dopo aggressione		
numero richieste di visita straordinaria al medico competente dopo aggressione		
	dato in aumento	
	dato in lieve diminuzione	
	dato in diminuzione	

Verrà comunque proposto ad ogni azienda, di attivare un monitoraggio nel tempo per la verifica del miglioramento delle situazioni di criticità rilevate all'avvio del progetto.

Valutazione della possibile riduzione dei costi legati al fenomeno

Premettendo che le diverse strutture sanitarie sono da considerarsi ognuna a sé stante per numero e tipologia di personale e attività svolta, valutare la riduzione dei costi legati al fenomeno aggressivo dopo l'applicazione di misure di contenimento considerate adeguate (in quanto hanno visto in primis una riduzione del fenomeno), deve prevedere la collaborazione del management.

Occorre infatti che le singole strutture effettuino valutazioni economiche sui seguenti parametri:

- giornate di lavoro perse (differenziando la tipologia di personale per la definizione precisa dei costi riferiti alle diverse qualifiche)
- abbandoni del posto di lavoro
- richieste di trasferimenti di reparto/area
- numero di visite "a richiesta" da parte dei lavoratori al medico competente
- numero di nuovi assunti a seguito di abbandoni e/o trasferimenti calcolando i costi di formazione ed addestramento di tale personale neoassunto

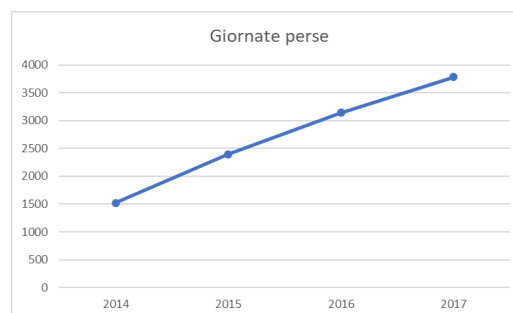
Tali “misurazioni” vanno effettuate partendo da un anno 0 (indicativamente identificato come l’anno antecedente l’inizio dell’adozione di qualsiasi misura contenitiva del fenomeno) e ripetute annualmente per almeno tre anni successivi. Vista la difficoltà di applicazione di alcune misure, probabilmente il periodo più idoneo su cui stimare gli effetti positivi è un quinquennio.

Porre stime numeriche ad oggi è molto difficile in quanto non siamo ancora in possesso di dati al tempo 0 e dati relativi alle misure applicate da ogni struttura sanitaria anche in considerazione della non obbligatorietà rispetto ad alcune di queste.

Si può azzardare una % di calo rispetto alle giornate perse partendo dai dati a livello nazionale (anche se i dati sono troppo pochi per fare stime statistiche). Il grafico sotto mostra l’andamento delle giornate perse dal 2014 al 2017 passando da un’incremento del 57% dal 2014 al 2015 al 20% tra il 2016 e il 2017.

Anno	Giornate perse	% incremento per anno
2014	1522	
2015	2397	57
2016	3140	30
2017	3783	20

Si può pertanto ipotizzare, nel corso di un quinquennio l’andamento contrario della curva partendo quindi da una riduzione delle giornate perse del 20% a partire dal secondo anno di progetto fino a raggiungere un calo del 50% al termine del quinquennio.



Regione Lombardia ha avviato a fine estate 2021 una raccolta di dati attraverso un questionario indirizzato a tutti gli operatori sanitari. In attesa dei risultati, sarà fondamentale, attraverso questo PMP, verificare e raccogliere i dati relativi all’applicazione delle diverse misure (dati quantitativi e qualitativi). Sarà quindi possibile determinare il valore di alcune variabili sulla base delle quali poter ipotizzare stime di riduzione dei diversi indicatori con maggior precisione.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Codice Civile

Decreto Legislativo 81/2008

Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15

D.Lgs. n. 38 del 23.2.2000

BIBLIOGRAFIA

- Cassazione Civile, Sez. Lav., 5 gennaio 2016 n. 34
- Corte Costituzionale, sentenza n. 179 del 18.2.1988
- Valetto MR, Cappabianca A. (Ed). Violenza nei confronti degli operatori sanitari. Corso FAD FNOMCeO. Zadig Milano. Settembre 2018
- Fact Sheet –OSHA n. 24 Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro “la violenza sul lavoro” 2002 ✓ Accordo tra le parti sociali europee del 26 aprile 2007 “Communication from the Commission to the Council and the European Parliament transmitting the European framework agreement on harassment and violence at work”
- Accordo quadro sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro tra Confindustria e CGIL, CISL e UIL 2016
- Raccomandazione n. 8 del 2007- Ministero della Salute Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori sanitari
- Linee di indirizzo per prevenire o ridurre i danni fisici e psichici dei lavoratori bancari correlati alle rapine” - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Coordinamento tecnico interregionale –2010
- Consiglio Nazionale delle Assistenti Sociali Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto – 2012
- Violence – Occupational Hazard in Hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH- April 2002.
- Guideline for preventing workplace violence for Healthcare and Social service workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration - OSHA 3148 2016
- CDC Violence Occupational hazard in hospital; Guide Line for preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers – 2015
- Workplace Violence Prevention Guidelines and Model Program For State of California Administrative Units - 2001
- Victorian WorkCover Authority Prevention and management of aggression in health services- Australia 2008

SITOGRAFIA

<https://osha.europa.eu>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_573_15_fileAllegatoIntervista.pdf

<https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50/SUB.+ALL+C+ATTI+VIOLENZA+DGR+1986.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROO-TWORKSPACE-8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50-nfsdx6X>

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/tutela-e-sicurezza-del-cittadino-lavoratore-e-consumatore/sicurezza-personale-sanitario-sociosanitario/sicurezza-personale-sanitario-sociosanitario>