

# 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.

## Bibliografia

A seguito dell'aumento del fenomeno, sono state elaborate linee guida da parte di enti nazionali e internazionali, in particolare rivolte al settore sanitario, di cui si riporta un elenco significativo.

- ✓ *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*

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

Segue un'analisi dei certificati di infortunio inviati telematicamente dai medici di Pronto Soccorso a INAIL.

I certificati di infortunio inviati telematicamente ad INAIL sia dai medici di Pronto Soccorso che dai Medici di Medicina Generale vengono trasferiti a Regione Lombardia, mediante cooperazione applicativa, sul sistema informativo Ma.P.I. (Malattie Professionali e Infortuni) – sistema integrato di Person@, ovvero il sistema informativo regionale per l'analisi dei danni alla persona da esposizioni occupazionali ed ambientali.

Il sistema è operativo dalla fine del 2013, di fatto le analisi condotte riguardano i certificati di infortunio pertinenti il periodo che intercorre dal 1 febbraio 2014 al 31 maggio 2018.

I certificati di infortunio registrati ricomprendono tutte le modalità di accadimento:

- ✓ In itinere con mezzo di trasporto
- ✓ In itinere senza mezzo di trasporto
- ✓ In occasione di lavoro con mezzo di trasporto
- ✓ In occasione di lavoro senza mezzo di trasporto

E tutte le tipologie:

- ✓ Primo
- ✓ Continuativo
- ✓ Definitivo

E' necessario precisare che, se quasi tutti i medici di Pronto Soccorso provvedono all'invio telematico dei certificati di infortunio, pochissimi Medici di Medicina Generale sfruttano il circuito SISS, pertanto i dati che di seguito vengono riportati NON sono rappresentativi del complesso degli eventi di infortunio denunciati a INAIL.

Nel periodo sopra considerato sono registrati in Ma.P.I. 239258 casi di infortunio. Nello specifico, volendo verificare la quota di casi registrati in Ma.P.I. sul totale dei denunciati ad INAIL si è operato un confronto sugli anni 2015, 2016, 2017 (tabella 1).

Tabella 1 - confronto Ma.P.I./INAIL

Fonte Informativa	N.
<b>Ma.P.I. "data rilascio certificato" 2015, 2016, 2017</b>	201261
<b>Banca dati statistica INAIL - infortuni denunciati all Regione Lombardia 2015, 2016, 2017</b>	351966
%	57

E' quindi necessario considerare che le analisi sui certificati di infortunio registrati in Ma.P.I. riguardano poco più della metà dei casi occorsi e denunciati ad INAIL.

Bisogna altresì considerare che le fonti informative INAIL (Flussi informativi INAIL-Regioni/Banca Dati Statistica/Open Data) NON consentono di analizzare le circostanze con cui si sono verificati gli eventi.

Una specifica query su Ma.P.I. per il periodo 1 febbraio 2014 - 31 maggio 2018 ha consentito di estrarre i certificati di infortunio legati ad agiti violenti (figura 1).

Figura 1 – query Ma.P.I. “EV. CIRCOSTANZE”

Personalizza filtro automatico

Mostra percorso righe:  
'EV\_CIRCOSTANZE'

contiene AGGRES

AND  OR

contiene VIOLE

Usare ? per rappresentare un carattere singolo  
Usare \* per rappresentare una serie di caratteri

OK Annulla

Sono stati così estratti 988 casi che rappresentano lo 0,4% del totale degli infortuni registrati nel sistema informativo.

Ai casi così estrapolati è stata applicata un'ulteriore selezione per individuare quale luogo di accadimento unicamente le strutture ospedaliere (tabella 2), applicando specifici filtri al campo “Datore di Lavoro – Ragione Sociale”.

Tabella 2 – query Ma.P.I. “DATORE\_LAVORO\_RAG\_SOCIALE”

'DATORE_LAVORO_RAG_SOCIALE'
A.O. G. SALVINI
A.O. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO - PO BASSINI
A.O. MELLINO MELLINI DI CHIARI
A.O. S.ANNA - COMO
AO BOLOGNINI
AO CARLO POMA MANTOVA
ASL Provinca di Pavia
ASST BERGAMO OVEST
ASST BERGAMO OVEST
ASST BG OVEST
ASST CREMA
ASST DEL GARDA
ASST F.B.F. Sacco
ASST FATEBENEFRAPELLI - SACCO
ASST FRANCIACORTA
ASST LECCO
ASST LECCO-OSPEDALE MERATE
ASST MANTOVA
ASST MELEGNANO E MARTESANA - PRESIDIO DI VIZZOLO PREDABISSI
ASST- MONZA
ASST NIGUARDA
asst nord milano- ospedale sesto
ASST Ovest MILANESE
ASST PAPAN GIOVANNI XXIII
ASST PAVIA
ASST PAVIA - SPDC OSPEDALE VOGHERA
ASST RHODENSE
ASST SANTI PAOLO E CARLO
ASST Santi Paolo e Carlo c/o Ospedale San Carlo Borromeo
ASST SETTELAGHI
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

ASST VALLE OLONA
ASST VIMERCATE
ASST-FRANCIACORTA
ASST-MANTOVA
ASST-RHODENSE
AZIENDA MELLINO MELLINI VIALE MAZZINI N 4
AZIENDA OSPEDALIERA ASST VALLE OLONA
AZIENDA OSPEDALIERA DI CIRCOLO DI MELEGNANO
AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA
AZIENDA OSPEDALIERA PROVINCIA DI PAVIA. PRESIDIO DI VARZI
AZIENDA OSPEDALIERA S.ANNA COMO
AZIENDA OSPEDALIERA TREVIGLIO
FATEBENEFRATELLI ISTITUTO PSICHIATRICO
FBF E SACCO
Fondazione IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO S MATTEO
FONDAZIONE OSPEDALE E. GERMANI
OSPED. DI CIRCOLO SERBELLONI-GORGONZOLA
OSPEDALE SAN PELLEGRINO SRL
OSPEDALE SAN RAFFAELE
POLICLINICO S. PIETRO DI I.O.B. S.R.L

Nel complesso si contano 142 casi che rappresentano il 14% di tutti gli eventi derivanti da agiti violenti in tutti i settori.

Viceversa, in relazione al totale (3522 casi) degli eventi di infortunio registrati nelle medesime strutture ospedaliere, stesso periodo, i casi da agiti violenti rappresentano il 4%.

Il n. di casi da agiti violenti registrati su Ma.P.I. con data evento 2017 rapportato al numero di occupati (4.115.401) in regione Lombardia anno 2017 (adetti INAIL – Banca Dati Statistica INAIL) indica 1 caso ogni 100.000 occupati.

I 142 casi verificatisi in ambito ospedaliero hanno una prognosi media di 6 giorni con l'infortunio a prognosi peggiore di 31 giorni con ESITI DI LESIONE DEL MUSCOLO SOVRASPINATO SX; la maggior parte degli infortuni è a prognosi zero e la lettura del campo "DIAGNOSI", per questi ultimi, mostra che più frequentemente l'operatore ha riportato contusioni o abrasioni alla parte superiore del corpo (volto, torace, arti superiori con particolare riferimento a spalla e mano), in alcuni casi è descritto il trauma di natura "emotiva" per aggressione verbale. La lettura del campo "CIRCOSTANZE EVENTO" mostra che nella quasi totalità dei casi viene riportata la descrizione "aggressione da parte di paziente/degente" in pochi casi è riportata invece l'aggressione verbale.

Il 59% del campione è di sesso femminile, guardando la distribuzione per genere dei casi di agito violento su tutti i settori, invece, emerge che solo il 32% è di sesso femminile (femminilizzazione del settore sanitario). Interessante risulta anche l'analisi dell'età media del campione in relazione sia a tutti gli infortuni per aggressioni che al totale degli infortuni (tabella 3), che risente sicuramente dell'avanzata età dei lavoratori in sanità.

Tabella 3 – query Ma.P.I. ETA' AL MOMENTO DEL RILASCIO CERTIFICATO

	<b>ANNI</b>
<b>ETA' MEDIA ALL</b>	41
<b>ETA' MEDIA AGGRESSIONI ALL</b>	42
<b>ETA' MEDIA AGGRESSIONI SANITA'</b>	47

In ultimo, il 99,9% degli infortuni registrati in Ma.P.I. è di nazionalità italiana, quando l'infortunio è riconducibile ad aggressione il 100% dei casi è di nazionalità italiana.

Il dato nel suo complesso, se rapportato alla raccolta dati ad opera della Struttura regionale Fattori Produttivi della Direzione Generale Welfare, mette in evidenza le seguenti criticità:

- ✓ Una quota esigua di operatori oggetto di agito violento si reca in Pronto soccorso
- ✓ In una quota residuale di casi l'accesso in Pronto Soccorso comporta la denuncia di infortunio sul lavoro

INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI				
INDICATORE	LEGENDA	INTERVENTO DA ADOTTARE	COMPORAMENTI DA ADOTTARE	COMPORAMENTI DA EVITARE
CONFUSIONE	evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo, luogo o spazio.	gestione dell'evento con il personale medico e infermieristico, e se necessario, chiede supporto del pronto soccorso	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Nessuno in particolare
IRRITABILITA'	paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente.	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse	Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza

- ✓ Nel 2017 i certificati di infortunio registrati in Ma.P.I. sono aumentati di circa il doppio rispetto al 2016 (61 vs 36) – aumento del fenomeno vs aumento della sensibilizzazione dei lavoratori sul tema (?)

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



<b>CLAMOROSITA'</b>	<b>comportamento apparentemente chiassoso e rumoroso es: sbattere la porta o alza la voce improvvisamente.</b>	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico ed eventualmente se oggetto di minacce verbali o fisiche allertare le forze dell'ordine.	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Fornire scelte alternative Se possibile accompagnare l'utente in un luogo tranquillo ma non isolato	Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza Interrompere o criticare l'utente che sta parlando Dare spiegazioni tecniche e razionali (non si verrebbe ascoltati), argomentare per provare a far cambiare idea Toccare l'utente
<b>MINACCE VERBALI</b>	<b>esplosione verbale, espressioni di intimidazione o minacce verso un'altra persona, attacchi, abusi verbali o insulti</b>	gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico.	Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi) Mantenere un contatto visivo aperto Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Rispondere alle domande con richieste di informazioni Fare domande aperte Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale)	Sovrastare l'utente Guardarlo fisso negli occhi Usare ironia sarcasmo o totale accondiscendenza Rispondere a domande tendenziose Interrompere o criticare l'utente che sta parlando Ordinare di stare calmo Toccare l'utente Difendere il proprio operato Dare spiegazioni tecniche e razionali
<b>MINACCE FISICHE</b>	<b>chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo verso l'operatore</b>	cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico attivare le forze dell'ordine.	Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi) Mantenere un contatto visivo aperto Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza) Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale) Mantenere una adeguata distanza fisica e una posizione naturale di difesa Avvicinarsi alla via d'uscita	Girare le spalle al paziente Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente Guardarlo fisso negli occhi Ordinare di stare calmo Toccare l'utente Difendere il proprio operato Dare spiegazioni tecniche e razionali
<b>AGGRESSIONE FISICA (CRISI PANTOCLASTICA)</b>	<b>attacco diretto all'operatore o ad altri individui presenti; manifesta volontà di fare del male utilizzando oggetti o lanciandoli</b>	attivare tempestivamente le forze dell'ordine e cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico fino al loro arrivo.	Con il supporto degli altri operatori presenti allontanarsi in attesa delle forze dell'ordine.	Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente Guardarlo fisso negli occhi Ordinare di stare calmo Dare le spalle Toccare l'utente

### Allegato 3 - Approfondimento normativo

Segue un approfondimento normativo utile a contestualizzare gli adempimenti, in capo al Datore di Lavoro, in relazione alla valutazione e gestione di questa tipologia di rischio.

Il “rischio aggressione” è un fenomeno strettamente connesso con lo stress lavoro correlato<sup>6</sup>, sia per la presenza di potenziali cause di tipo organizzativo, sia per quanto riguarda le ricadute sulla salute psichica della vittima e indirettamente anche sullo staff.

In alcuni casi è possibile individuare un filo conduttore che possa aver dato origine ad alcuni eventi. Non è infrequente, inoltre, che carenze a livello comunicativo e relazionale diano adito a malintesi con il conseguente sviluppo di comportamenti aggressivi.

Il D.Lgs.81/08 e s.m.i., all’ art. 28 (Oggetto della valutazione dei rischi) recita: “1. 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.

Da ciò ne deriva che la valutazione del rischio da aggressione non può prescindere dall’analisi delle fonti di pericolo in ambito organizzativo al fine di individuare le possibili misure attuabili, in considerazione della specificità della situazione lavorativa, atte a prevenire e contenere le possibili ricadute fisiche e/o psicologiche conseguenti ad un atto di violenza ai danni del lavoratore.

Occorre, inoltre, a tale riguardo aggiungere anche altri due importanti riferimenti:

- il parere espresso dalla Corte Costituzionale, sentenza n. 179 del 18.2.1988 che considera lo “stress lavorativo”, (potenzialmente derivante anche da aggressione), quale agente lesivo con azione prolungata nel tempo, quindi come causa non solo di infortunio ma anche di “malattia professionale”;
- il D.Lgs. n. 38 del 23.2.2000, art. 13 che introduce il concetto di “danno biologico”, riconoscendo la menomazione dell’integrità psicofisica del lavoratore.

In relazione ai danni in conseguenza ad una aggressione, si è più pronunciata più volte la Cassazione Civile:

- ✓ conseguenti ad una rapina<sup>7</sup> ribadendo che “ è dovere del datore di lavoro apprestare tutte le misure di sicurezza previste dalla normativa di riferimento o comunque esigibili secondo la tecnologia del momento, il che non significa che tali mezzi debbano essere certamente in grado di impedire il verificarsi di episodi criminosi a danno del dipendente, bensì che gli stessi siano idonei, secondo criteri di comune esperienza, a svolgere una funzione almeno dissuasiva e, quindi, preventiva e protettiva;
- ✓ conseguenti ad atti aggressivi in strutture sanitarie<sup>8</sup> (Centro Handicap e pronto Soccorso) ribadendo 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”.

La norma di riferimento in materia è una norma civilistica, l’articolo 2087 c.c., la cui violazione da parte del datore di lavoro “viene in considerazione con riguardo all’omissione di misure di sicurezza cosiddette

---

<sup>6</sup> D.Lgs. n° 81 del 09/04/2008 “Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro” e s.m.i

<sup>7</sup> Cassazione Civile Sez. Lav. n. 7663 del 30 marzo 2010, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 12413 del 21/5/2013, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 34 del 5 gennaio 2016

<sup>8</sup> Cassazione Civile Sez. Lav. n. 17006 del 3/8/2007, Cassazione Civile Sez. Lav. 7.10 n. 23793 del 20/11/2015, Cassazione Civile Sez. Lav. n. 14566 del 12/6/2017

“innominate”, e non in riferimento a misure di sicurezza espressamente e specificamente definite dalla legge o da altra fonte ugualmente vincolante”.

E rispetto a tali misure “innominate”, le regole sulla ripartizione dell’onere della prova prevedono che, anche in materia di misure di prevenzione dalle aggressioni ai lavoratori, gravi sul datore di lavoro “l’onere di provare l’adozione di comportamenti specifici che, ancorché non risultino dettati dalla legge (o altra fonte equiparata), siano suggeriti da conoscenze sperimentali e tecniche, dagli standard di sicurezza normalmente osservati oppure trovino riferimento in altre fonti analoghe” (Cassazione Civile, Sez. Lav., 5 gennaio 2016 n. 34).

Sono oggetto di tutela da parte della struttura sanitaria anche i diversi soggetti che a vario titolo accedono ai reparti/servizi/uffici/magazzini, secondo modalità “contrattuali” di accesso e frequenza diverse, tra cui: Tirocinanti/stagisti, Volontari, Medici frequentatori, etc, in quanto equiparati ai lavoratori ex art.2 del D.lgs.81/08 e i lavoratori alle dipendenze di fornitori di Servizi (es. fleet management, assistenza tecnica e manutenzione, pulizia e sanificazione) e di Lavori pubblici (es. opere strutturali, ammodernamenti tecnologici e impiantistici) per i quali la struttura sanitaria deve farsi carico di dare informazione relativa a procedure interne e Policy adottata sul rischio da atti violenti da parte di terzi nell’ambito del DUVRI (art. 26 del D.Lgs 81/08).

**Siamo qui per prenderci cura di te  
Scegliamo il rispetto, fallo anche tu**



**Diciamo NO alla violenza**