

Analisi degli episodi di violenza in un grande ospedale italiano

DIMITRI SOSSAI¹, FRANCESCO STEFANO MOLINA¹, MARIO AMORE⁴, GIOVANNA FERRANDES³, ELENA SARCLETTI³, GABRIELLA BIFFA³, SIMONE ACCORSI¹, MARTINO BELVEDERI MURRI⁴, MARZIA JOLE TOMELLINI⁵, FRANCESCO COPELLO²

¹U.O. Servizio Prevenzione e Protezione, Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Genova

²U.O. Medicina del Lavoro, Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Genova

³U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia, Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Genova

⁴U.O. Clinica Psichiatrica, Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Genova

⁵U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP, Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Genova

KEY WORDS: Violence; healthcare workers; hospital; Overt Aggression Scale

PAROLE CHIAVE: Violenza; operatori sanitari; ospedale; scala valutazione OAS

SUMMARY

«*Analysis of incidents of violence in a large italian hospital*». **Introduction:** *An increase in the rate of non-fatal violence events, from 20.65/10,000 in 2012 to 22.81/10,000 in 2014, was observed at the IRCCS Ospedale Policlinico San Martino in Genoa.* **Objectives:** *To analyze the incidence and outcome of the phenomenon of violence, by identifying the type of aggressive event and the ward in which it occurred, assuming that the occurrence is evenly distributed and not only limited to the psychiatric or to the emergency department. The age and sex of both attackers and victims of aggression were also analyzed.* **Methods:** *Retrospective analysis: study of injury trends related to episodes of violence between 2012 and 2015, incidence compared to other injuries and evaluation of the direct costs. Observational staff surveys with a questionnaire based on the Overt Aggression Scale and statistical data analysis.* **Results:** *Following the aggressions, 36 injuries were identified over the study period (2012-2015), resulting in 431 days of absence from work. The direct estimated costs were € 64,170. The observational surveys of each ward showed a high concentration of events. Reports were received from 34 out of the 76 evaluated wards. Seventy-five percent of the reports concerned only four operative units: emergency room, intermediate care, psychiatry and geriatrics. Sixty-one percent of the questionnaires were filled out by nurses, 23% by support staff and the remaining 16% was provided by physicians and coordinators.* **Conclusions:** *Violence against healthcare workers is a well-known problem; action is required on the scheduling of activities, improvement of communication paths with users and the training of operators.*

RIASSUNTO

Introduzione: *Gli episodi di aggressività nel contesto sanitario sono molto frequenti ma sottostimati, e non riguardano soltanto i reparti di psichiatria o di emergenza. Permane tuttavia incertezza sulla dimensione e sulla natura di tale fenomeno.* **Obiettivo:** *Analizzare gli episodi di violenza in ospedale, includendo sia gli infortuni conclamati che gli episodi di aggressività e le aggressioni fisiche e verbali.. Esaminare nel dettaglio modalità, luogo e caratteristiche dell'agredito e dell'aggressore.* **Metodi:** *È stata condotta un'analisi retrospettiva degli infortuni avvenuti fra il*

Pervenuto il 2.12.2016 - Revisione pervenuta il 14.9.2017 - Accettato il 5.10.2017

Corrispondenza: Dimitri Sossai, Direttore Servizio Prevenzione e Protezione Ospedale Policlinico San Martino (HSM), Largo Benzi 10, 16132 Genova -E-mail: dimitri.sossai@hsanmartino.it

2012 e il 2015 e legati ad episodi di violenza presso l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino (HSM) di Genova, con la stima dei costi associati. Le caratteristiche degli episodi di aggressività subite dagli operatori sanitari sono state valutate tramite un questionario ad hoc, in parte basato sulla scala Overt Aggression Scale e sono state analizzate tramite Analisi delle Componenti Principali ed Analisi delle Corrispondenze per valutarne i profili più significativi. **Risultati:** Nel periodo (2012-2015) sono stati registrati 36 infortuni a seguito di aggressioni (18.6/10.000 operatori anno), determinando 431 giorni di assenza dal lavoro e costi stimati in 64.170€. L'analisi degli episodi di aggressività mostrava che il 75% riguardava le unità operative di Pronto Soccorso, Cure Intermedie, Psichiatria e Geriatria con diversi profili di aggressività in termini di vittima, autore e modalità. **Conclusioni:** I dati suggeriscono che in ambito sanitario gli infortuni legati a violenza siano correlati agli episodi di aggressività ai danni di operatori sanitari. Questi episodi presentano profili ben individuabili e potrebbero essere oggetto di programmi di prevenzione mirati.

INTRODUZIONE

La violenza verso gli operatori della salute è un fenomeno piuttosto diffuso nelle strutture sanitarie e ben descritto in letteratura. Per violenza in ambiente di lavoro si intendono tutte le situazioni in cui il personale viene abusato, minacciato o aggredito per circostanze legate al proprio lavoro (compreso il tragitto dalla propria abitazione verso il luogo di lavoro e viceversa) che possono determinare conseguenze sulla sicurezza, il benessere e la salute del lavoratore (4).

Il contatto diretto o assistito con la violenza in ambito lavorativo espone l'operatore a vissuti dissonanti e fortemente contraddittori. Da un lato l'operatore si trova investito del ruolo di "soccorritore" e portatore di cura, dall'altro vive la condizione di minaccia e aggressione, identificato spesso come rappresentante della "malasanità" e primo depositario di aspettative a loro volta contrastanti: cura, sollecitudine, accoglienza, comprensione contrapposte a difesa, minaccia, rabbia, allontanamento. Le conseguenze sul piano emotivo, comportamentale e relazionale sono complesse: in un clima relazionale "minaccioso", le caratteristiche personologiche dell'operatore vengono ad intrecciarsi con meccanismi di difesa, reazioni comportamentali e scarsa attenzione verso quelle che vengono definite competenze comportamentali (*non technical skills*).

Appare evidente che il concetto di sicurezza del lavoratore e sicurezza del paziente, in un'ottica globale dell'intervento, siano interconnessi ed integrati,

entrambi appartenenti allo stesso scenario che deve saper considerare gli aspetti clinici e quelli organizzativi in egual misura come fondanti il rapporto di cura.

Si ragiona spesso sui costi che le misure di implementazione di processi sicuri comportano, minore attenzione è spesso dedicata ai costi derivati dagli infortuni, oltre che le conseguenze importanti per la salute degli operatori.

La numerosità assoluta degli eventi segnalati confrontata con i dati di letteratura evidenzia come la violenza degli utenti nei confronti degli operatori sanitari sia un problema significativo, ampiamente sottostimato dalle casistiche infortunistiche e che necessita di interventi mirati (6).

Tali interventi debbono partire da una approfondita conoscenza del fenomeno "in loco" il che risponde, oltre che alla buona pratica clinico-epidemiologica, anche ai precisi obblighi di legge sulla valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro ed in particolare all'articolo 28 del D.Lgs 81/2008 oltre che alla raccomandazione del Ministero della Salute dell'8/11/2007 che sollecita interventi di prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari ed alla lettera circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18/11/10 che individua implicitamente gli atti di violenza come uno degli indicatori per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, indicatore prontamente recepito da tutti i metodi attualmente a disposizione. Tuttavia gli approcci per la riduzione del rischio riportati in letteratura (es. educazione del

personale, interventi ambientali, protocolli ad hoc) non sembrano ad oggi avere uno specifico effetto di riduzione degli eventi (10).

Le situazioni di violenza determinano situazioni di pesante sofferenza psicologica tra gli operatori della salute (10). Le reazioni emotive all'evento di violenza vengono generalmente distinte in una fase "acuta" ed una fase post- evento. Nella fase acuta, nel momento stesso dell'evento, prevalgono soprattutto le capacità di vigilanza e controllo delle proprie reazioni, nonché il sistema relazionale di condivisione tra colleghi. In questi momenti i fattori protettivi per l'operatore sono l'autorevolezza e la professionalità con le quali affronta la paura, la rabbia, l'impotenza. Nella fase post- evento un'attenzione particolare meritano le conseguenze sul piano psicologico: l'operatore vittima di aggressione – intendendo per vittima anche chi da testimone assiste all'episodio di aggressione – può sperimentare vissuti di ansia, insicurezza, paura per il futuro, somatizzazioni, nonché irritabilità, umore depresso, disturbi del sonno, affaticabilità (3). In letteratura vengono descritte correlazioni tra disturbo da stress post-traumatico e livelli di burnout, con ricadute sul benessere della persona, sulla salute e sulla vita lavorativa (7).

La violenza può inoltre avere ripercussioni sull'insieme dell'organizzazione: i lavoratori aggrediti percepiscono negativamente l'ambiente di lavoro. Pertanto difficilmente esprimeranno il meglio delle loro attitudini lavorative in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento. Gli effetti negativi sull'organizzazione possono tradursi in maggiore assenteismo, perdita di motivazione, riduzione della produttività, deterioramento dei rapporti di lavoro, rapido avvicendamento del personale e avviamento delle pratiche per il pensionamento anticipato.

Ad incrementare gli atti di violenza concorrono diversi fattori: la diffusione dell'abuso di alcol e droga, carenza di restrizioni per l'accesso di visitatori alle strutture, la maggiore dimensione degli ospedali, il ridotto numero di personale, la scarsa illuminazione, la presenza di luoghi isolati e talvolta le difficoltà di comunicazione tra operatori della salute, organizzazione dei servizi e pazienti. (2)

Nel 2015 l'Ufficio Statunitense di Statistica del lavoro (BLS, *Bureau of Labor Statistics*) evidenziava un tasso allarmante di assenza dal lavoro a causa di

episodi di violenza subiti dagli operatori della salute nel contesto ospedaliero. La stima del tasso di incidenza si collocava intorno a 14.0 infortuni ogni 10000 operatori anno, ben superiore, ad esempio, a quella rilevata nel settore industriale privato (stimata in soli 4.0 infortuni ogni 10000 lavoratori anno) (1). Presso l'Ospedale Policlinico San Martino di Genova si è analizzato il tasso infortuni/10000 lavoratori anno ottenendo un dato decisamente superiore a quello già ritenuto allarmante degli Stati Uniti: 20.7 casi nel 2012 e 22.8 nel 2014 (tabella 1). Questi dati appaiono ancora più preoccupanti se si considera che il personale sanitario tende a riportare tali episodi molto raramente, prevalendo un atteggiamento culturale di accettazione del rischio violenza come parte inevitabile della professione (11).

Con il termine infortunio abbiamo considerato quanto è definito nell'articolo 2 DPR n. 1124 del 30 giugno 1965, ovvero un evento "avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di 3 giorni".

Il dato riscontrato ci ha indotto ad approfondire ulteriormente l'argomento cercando di fare emergere anche quelle situazioni di aggressioni, di violenze sia fisiche che verbali, minacce, aggressioni verso oggetti di proprietà della vittima o del suo contesto lavorativo che non necessariamente portano ad infortunio e conseguente assenza dal lavoro ma che rientrano pienamente nella definizione di violenza come definito da OSHA Europa (4).

Tabella 1 - Numero delle aggressioni, degli infortuni e tasso infortuni da aggressione ogni 10000 lavoratori

Table 1 - Number of aggressions, injuries and rate of injuries due to aggression per 10,000 workers

Anno	Aggressioni con infortunio	Infortuni totali	% infortuni da aggressione	Tasso infortuni da aggressione/10000 lavoratori
2012	10	372	2.69	20.65
2013	7	326	2.15	14.57
2014	11	307	3.58	22.81
2015	8	279	2.87	16.55

METODI

Lo studio prevedeva una analisi retrospettiva degli infortuni causati da episodi di violenza nei quattro anni in esame (2012-15).

E' stata inoltre affrontata una stima dei costi infortuni a seguito di violenza basata su:

- 1) gestione amministrativa dell'infortunio interna all'HSM a seguito di evento aggressivo;
- 2) valutazione dello stipendio base e contribuzioni accessorie dell'operatore infortunato rapportato al numero di giornate di assenza;
- 3) valutazione dei costi sostenuti dal personale coinvolto nell'assistenza. Questi ultimi includevano tutte le attività aggiuntive derivanti dagli impegni del personale interno dell'HSM volti a gestire, catalogare e chiarire l'infortunio: Pronto Soccorso, Gestione Risorse Umane, Servizio Prevenzione e Protezione, Gestione Amministrativa, Gestione Professioni Sanitarie e, nei casi ove vi sia stata necessità, del servizio di Psicologia e della Medicina del lavoro. Si è anche considerato l'insieme delle attività necessarie per gestire la sostituzione della persona assente nell'Unità Operativa cui afferiva.

L'analisi è stata quindi focalizzata sulla comprensione delle dinamiche e delle modalità con cui avviene il fenomeno violento, e di quali reparti e operatori sono maggiormente coinvolti, includendo nella valutazione anche l'età e il sesso sia dell'aggressore che dell'agredito.

Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da U.O. Servizio Prevenzione e Protezione, U.O. Medicina del Lavoro, U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia, U.O. Clinica Psichiatrica, U.O. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP e U.O. Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie.

Sono stati organizzati percorsi formativi finalizzati al coinvolgimento di un cospicuo numero di dipendenti con la finalità di portare all'attenzione degli operatori il fenomeno violenza ed aggressioni e di rendere evidente l'impegno dell'organizzazione a svolgere funzioni di monitoraggio e di tutela. Ulteriori obiettivi di tale approccio sono stati quelli di facilitare la partecipazione del personale e di agevolare il reporting degli eventi, nonché garantire

omogeneità e corretta compilazione dello strumento di valutazione.

Si è quindi deciso di accertare la frequenza degli episodi di aggressività agli operatori sanitari presso alcuni reparti considerati a maggior rischio sia per la tipologia di prestazioni e per alto livello di stress di pazienti e familiari, sia per la tipologia di pazienti ricoverati (disturbi psichiatrici, disturbi comportamentali in demenza e in malattie mediche generali). I reparti considerati ad alto rischio, e quindi selezionati per la rilevazione, sono stati:

- Psichiatria, Geriatria, Medicina, Neurologia, Malattie infettive per la tipologia di pazienti;
- Pronto Soccorso, Rianimazione, Oncologia, Ematologia: per la tipologia di prestazioni (e per l'alto livello di stress emotivo di pazienti e familiari).

Dopo i primi tre mesi di studio (dal 1 aprile al 30 giugno 2014) in cui sono state esaminate le realtà a maggiore rischio si è deciso, anche a seguito del confronto con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, di estendere il processo di osservazione a tutte le Unità Operative dell'azienda per ulteriori 15 mesi.

L'analisi ha pertanto interessato tutti i 76 Reparti dell'Ospedale Policlinico partendo al presupposto che il fenomeno sia omogeneamente diffuso e non soltanto limitato alle Unità Operative ad alto rischio.

L'importanza di focalizzare l'attenzione anche verso eventi che non necessariamente hanno determinato un infortunio non è solo legata alla completezza su come avvengono gli episodi di violenza e chi sono gli artefici ma anche per mettere in rilievo quei segnali sensibili e ripetuti che statisticamente nel tempo possono determinare un infortunio.

In ambito infortunistico questo viene schematizzato dalla c.d. Piramide di Heinrich: per ogni incidente grave (vertice della piramide) si ipotizza la presenza di un numero molto maggiore di incidenti sfiorati (*near miss*) ed un numero ancora maggiore di comportamenti a rischio (base della piramide) (8).

Per riuscire ad individuare le aggressioni non rilevate o rilevabili (in quanto non associati ad un infortunio) si è chiesto ai lavoratori di compilare un questionario costruito sulla base della Overt Aggression Scale (OAS). (12) ;

Il questionario, su base anonima, prevedeva la rilevazione dei seguenti dati (adattati dal questionario originale OAS):

- luogo nel quale era avvenuto il comportamento aggressivo (es. stanza del paziente, sala d'attesa, ambulatorio, corridoio, ecc.);
- orari e durata dell'episodio di aggressività;
- tipo di aggressività osservata/subita;
- autore/autori del comportamento aggressivo (paziente/familiari/altri) con sesso e età approssimativa; e il ruolo o motivo della presenza (es. amico, accompagnatore di altro paziente ecc.);
- vittima/vittime del comportamento aggressivo (paziente stesso, familiare, operatore nella sua qualifica specifica) con qualifica, il sesso e l'età approssimativa;
- compilatore del Questionario con relativa qualifica, età, sesso.

Analisi statistica

E' stata dapprima effettuata una analisi dei tassi di incidenza degli eventi infortunistici legati ad episodi di violenza, espressi come numero di episodi per operatore anno e come percentuale rispetto al numero totale di infortuni. I dati relativi a ciascun episodio sono stati inseriti in un database Microsoft Access ed elaborati mediante il software SAS rel.9.2. Sono state utilizzate le procedure FREQ (FREQUENZA) per la distribuzione in classi di frequenza, con test Chi quadrato, MEANS (MEDIE) per il calcolo degli indici di posizione e delle misure di dispersione, PRINCOMP per l'Analisi delle Componenti Principali e CORRESP per l'Analisi delle Corrispondenze. L'analisi permette di stabilire con immediatezza quali siano le associazioni reciproche più importanti

tra le diverse caratteristiche dell'episodio di aggressività, tramite una visualizzazione in uno spazio a due o più dimensioni.

RISULTATI

Il tasso di incidenza degli infortuni per episodi di aggressività è riportato in tabella 1. Si evince un trend di relativa stabilità negli anni 2012-2015 sia come valore assoluto (16-22/10000 operatori anno) che come percentuale rispetto al numero di infortuni totali (2-5%).

La tabella 2 riporta invece i dati relativi alla durata delle assenze dal lavoro causate dall'infortunio, espresse come durata complessiva, durata media e range dei giorni di assenza.

Con "costo dell'assenza" si intende la quota di stipendio che l'infortunato continua ovviamente a percepire durante l'assenza. Una valutazione media precisa non è risultata possibile essendo le retribuzioni in funzione del ruolo e della qualifica ricoperta e quindi è stato calcolato il valore esatto per ogni singolo dipendente infortunato.

Con "costo accessorio" si intende invece il costo per l'Azienda di tutto il percorso amministrativo, medico-sanitario e di successivo controllo gestionale conseguente l'episodio infortunistico ed è stato stimato nel valore medio di 550 € per infortunio (con un range compreso fra 490€ e 610€) e il costo medio totale nel periodo in esame è stato di circa 16.000 €/anno.

I valori per l'anno 2015 mostrano una variabilità notevole rispetto agli anni precedenti: la durata media dell'assenza risulta assai inferiore (4,9 gg nel 2015 rispetto a 13,3-16 gg degli anni precedenti. Si può osservare come la formazione dei gruppi di la-

Tabella 2 - Giorni di assenza e costi dovuti agli infortuni per aggressione

Table 2 - Days lost and costs due to injuries caused by aggression

Anno	N. infortuni per aggressioni	Durata complessiva assenza (giorni)	Durata media assenza (giorni)	Range assenza (giorni)	Costo assenza (€)	Costi accessori (€)	Totale costi (€)
2012	10	133	13.3	0-39	13,863	5500	19,363
2013	7	112	16.0	0-67	11,416	3850	15,266
2014	11	147	13.4	0-33	14,773	6050	20,823
2015	8	39	4.9	0-14	4,150	4400	8,550

voro iniziata nel 2014 con gli operatori dei reparti a rischio maggiore, cercando di focalizzare l'attenzione sulle dinamiche che hanno scatenato l'infortunio ha determinato l'anno successivo, 2015, una riduzione del fenomeno infortunistico soprattutto per quanto riguarda la "durata complessiva dell'assenza dal lavoro" passata da 147 giorni nel 2014 a soli 39 nel 2015). È ovvio che questo notevole decremento del 73% si ripercuote sul costo legato allo salario accessorio per l'assenza dell'infortunato (da un totale di 14.773 € nel 2014 a 4.150 € nel 2015). A seguito dell'opera di sensibilizzazione fatta sul tema della violenza, l'adozione del questionario ha determinato 356 segnalazioni di episodi di aggressività che, confrontato con i 39 infortuni avvenuti nel periodo di osservazione, risulta un valore coerente con le proporzioni ricavabili dalla piramide di Heinrich (8). I dati relativi alle caratteristiche degli operatori sono mostrati in figura 1. La distribuzione anagrafica per sesso ed età dei compilatori mostrava una assoluta preponderanza del sesso femminile (84%), con un'età media inferiore di oltre 10 anni rispetto alla media del personale in servizio (pari a circa 49 anni).

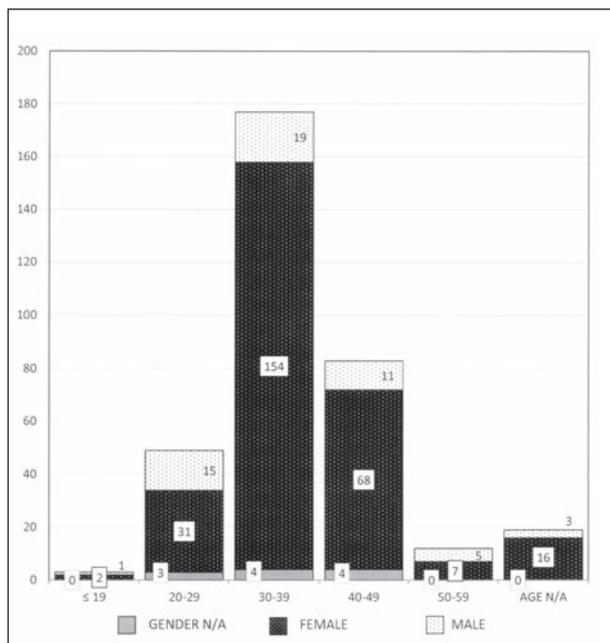


Figura 1 - Distribuzione dei compilatori dei questionari per sesso ed età

Figure 1 - Distribution of the questionnaire compilers by gender and age

La figura 2 mostra invece la distribuzione per tipologia, genere e fascia di età dei soggetti che mettevano in atto il comportamento violento. Essi erano prevalentemente rappresentati da pazienti (270 casi su 356 segnalazioni, 74%), talvolta associati ad un'altra persona non familiare (14%). Nei restanti casi (12%) la violenza era effettuata da un familiare o da un'altra persona presente. L'età avanzata è prevalente nel caso dei pazienti; le età e i due sessi sono normalmente distribuiti nel caso dei familiari; il sesso femminile giovane è più frequente nel caso di altri aggressori.

Focalizzando l'attenzione sulla tipologia di aggressore rispetto al genere e l'età dell'aggressore stesso, si evidenziava che quando l'aggressore era un paziente i due sessi numericamente si equivalevano e prevaleva nettamente l'età più avanzata, oltre i 70 anni. Anche nel caso in cui l'aggressore era un familiare i due sessi si equivalevano, tuttavia l'età risultava inferiore, tra i 40 e i 60 anni. Infine quando l'aggressore era un altro soggetto prevaleva il sesso femminile e la fascia di età si spostava nettamente verso il basso, tra i 30 ed i 60 anni.

I dati ottenuti dall'esame delle schede OAS mostravano che in 300 casi l'aggressione era di tipo verbale (84%), in 142 casi era di tipo fisico verso terzi; più rara la violenza fisica contro oggetti (69 casi) o contro se stessi (25 casi).

È emerso che le aggressioni fisiche verso terzi erano l'evoluzione di iniziali comportamenti violenti di tipo verbale mentre nei casi di violenza verso oggetti o verso se stessi tale correlazione risultava molto meno evidente.

È evidente dal totale di questi numeri che tali comportamenti sono spesso associati evolvendo da una violenza inizialmente verbale verso aggressioni fisiche.

La distribuzione per durata degli eventi vedeva il 25% degli episodi esaurirsi in meno di 5 minuti; il 50mo percentile era situato a 10 minuti, il 75mo a 30 minuti ed il 90mo a 60 minuti. Il restante 10% degli episodi risultava di durata superiore ai 5 minuti e si trattava, nella maggioranza dei casi, di situazioni ad elevata complessità con pazienti psichiatriche o affetti da deficit cognitivi.

Le vittime sono risultate in prevalenza persone che hanno maggiori contatti con i pazienti. L'esposizione risulta quindi così articolata: gli infermieri

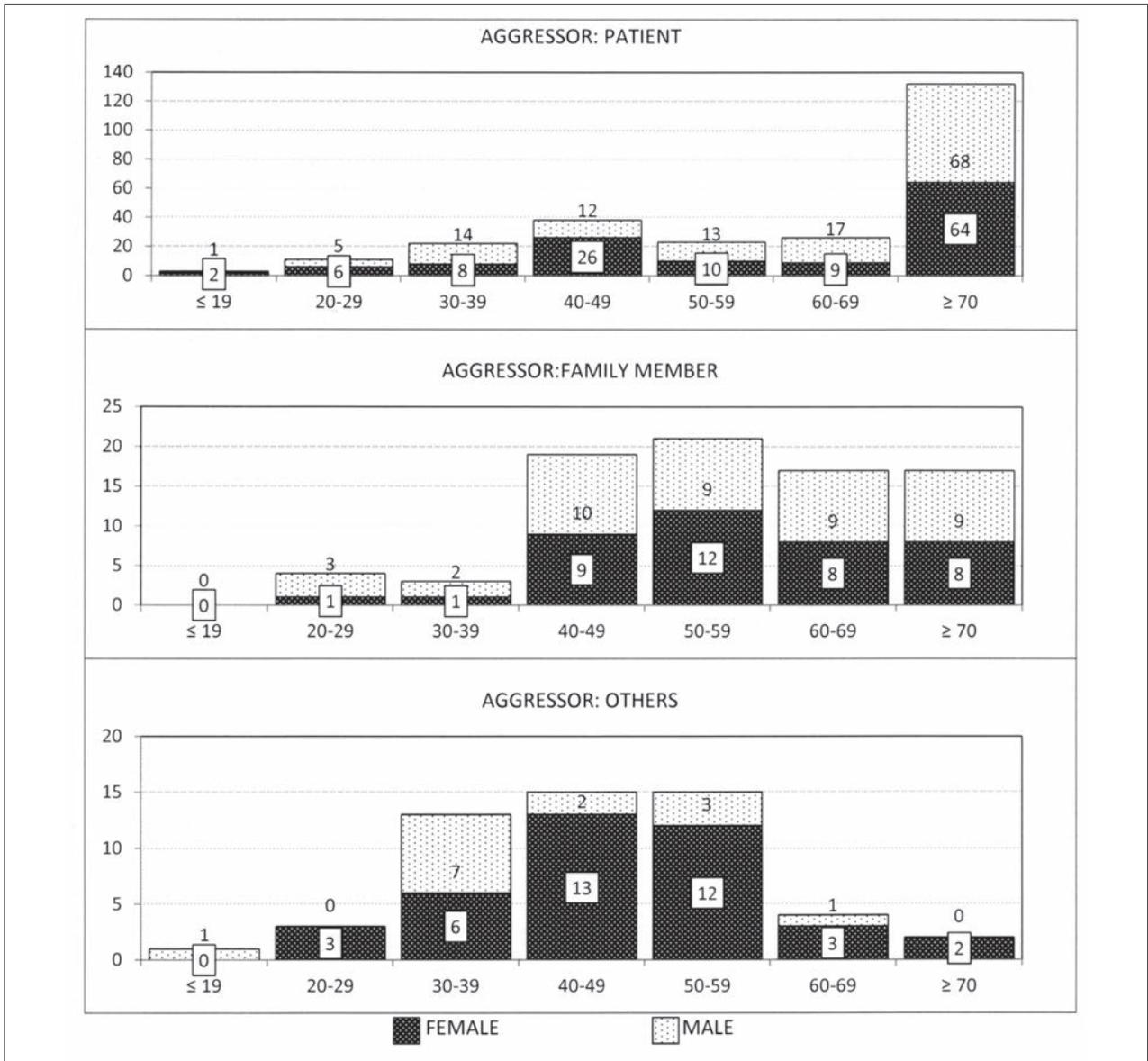


Figura 2 - Distribuzione degli aggressori per sesso ed età degli aggressori suddivisi per tipologia (paziente, familiare, altri)
Figure 2 - Distribution of aggressors by gender and age stratified by type (patient, family, others)

86,79% (309 casi), gli Operatori Socio Sanitari 33,14 % (118 casi) mentre il personale medico 15,76% (56 casi) risulta esposto in modo significativamente minore.

Su 539 vittime di violenza 438 erano donne (81,3%), con un rischio relativo rispetto agli uomini pari a circa 2.2, tenendo nel dovuto conto la diversa composizione per genere del personale (circa due terzi femminile). La distribuzione per età delle vittime,

a differenza di quella di chi ha segnalato il fatto, rispecchia quella della popolazione in servizio.

È stata condotta una Analisi delle Componenti Principali delle caratteristiche relative al comportamento aggressivo

I risultati sono riportati in figura 3 dove alcune variabili analizzate (aggressore paziente o familiare, aggressione verbale, violenza fisica verso se stessi, verso oggetti e verso altro) sono state distribuite sul-

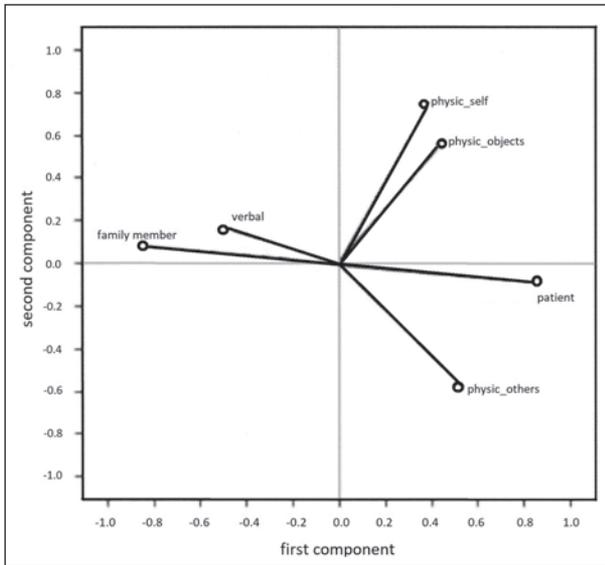


Figura 3 - Analisi delle componenti principali sulle caratteristiche della violenza

Figure 3 - Analysis of the main components of violence characteristics

le due dimensioni principali dello spazio statistico. Un angolo prossimo a 0° tra due variabili indica correlazione positiva; un angolo prossimo a 180° indica correlazione negativa; un angolo prossimo a 90° indica nessuna correlazione:

- una forte correlazione tra la violenza fisica verso se stessi e verso gli oggetti ($R^2=0,93$);
- una forte correlazione tra la violenza verbale ed il familiare come persona che pone in atto la violenza ($R^2=0,96$);
- una correlazione tra la violenza verso se stessi e la violenza verso gli oggetti con il paziente in qualità di aggressore;
- una correlazione inversa tra paziente e familiare in qualità di aggressore (uno tende ad escludere l'altro);
- una assenza di correlazione tra la violenza fisica verso terzi e quella verso oggetti o verso se stessi.

L'Analisi delle Corrispondenze dimostra una tendenza alla distribuzione delle caratteristiche del-

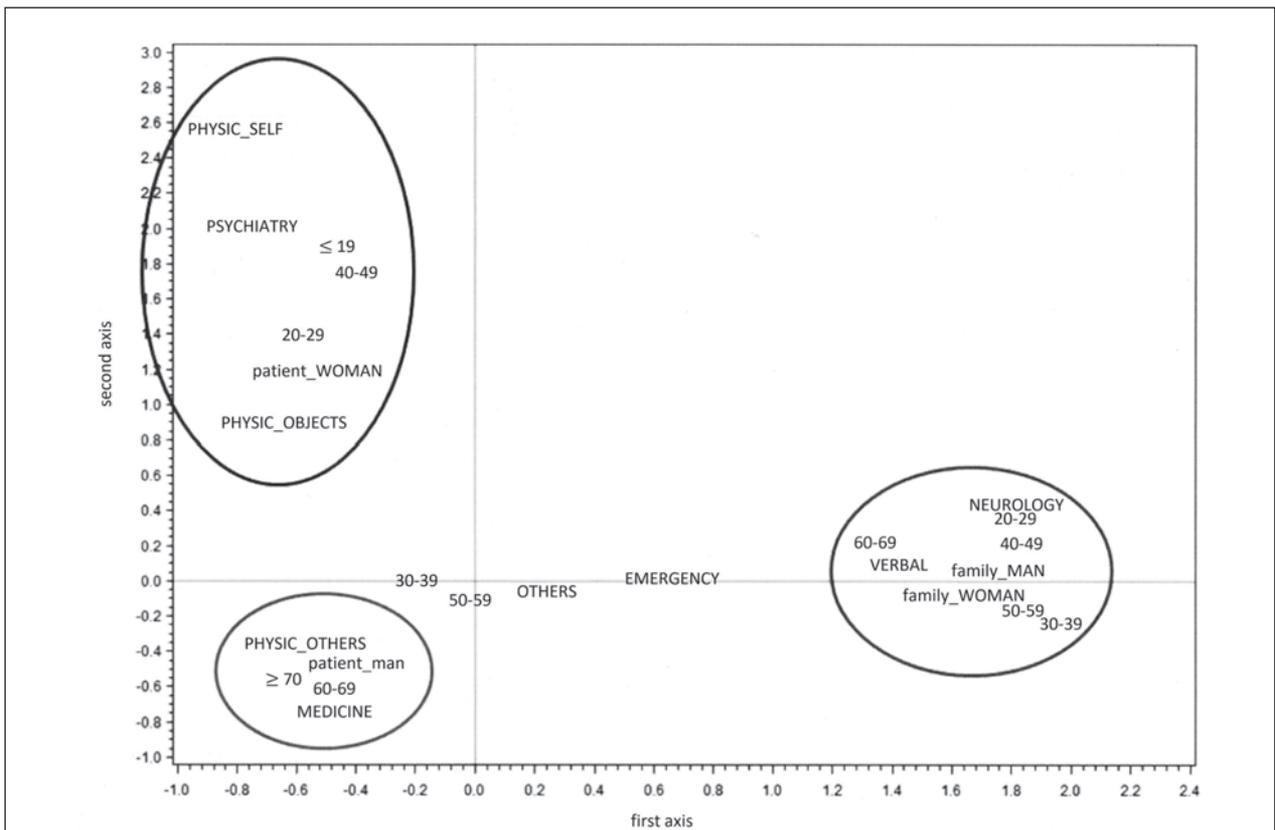


Figura 4 - Analisi delle corrispondenze sulle caratteristiche della violenza stratificata per reparto

Figure 4 - Correspondence analysis on violence characteristics stratified by ward

l'episodio secondo quattro gruppi principali (riportata in figura 4):

- nei reparti di neurologia l'aggressore era prevalentemente adulto (<60 anni), l'autore era il familiare del paziente e l'aggressività era prevalentemente di tipo verbale;
- nei reparti di medicina l'aggressore era prevalentemente un paziente, maschio, anziano (>70 anni) e la violenza era di tipo fisico, rivolta verso gli operatori sanitari;
- nei reparti di psichiatria l'aggressore era prevalentemente una paziente donna, di età giovane (20-50 anni) che metteva in atto violenza fisica contro gli oggetti o contro se stessa;
- nei reparti di emergenza erano presenti tutte le tipologie di aggressione; è importante considerare che in questi reparti è stata riscontrata la maggiore numerosità di eventi.

La figura 5 riporta la distribuzione oraria degli episodi di aggressività.

Le incidenze degli eventi di violenza sugli operatori nel corso della giornata sono state suddivise per area clinica. Sono evidenti trend complessivi e picchi orari correlabili alle diverse attività e specificità delle singole aree.

Se analizzata complessivamente non risultano particolari differenze nel corso della giornata ma se si esamina per tipologia di reparto si evidenziano alcune tendenze a picchi in alcune fasce orarie:

- nei reparti di emergenza era evidente un trend in crescita nel corso della giornata con due picchi alle ore 14 ed alle ore 20, in concomitanza con i cambi turno;
- nei reparti di medicina non si dimostra un trend particolare ma sono evidenti tre picchi: a metà mattina, a metà pomeriggio e tra le 21 e le 22

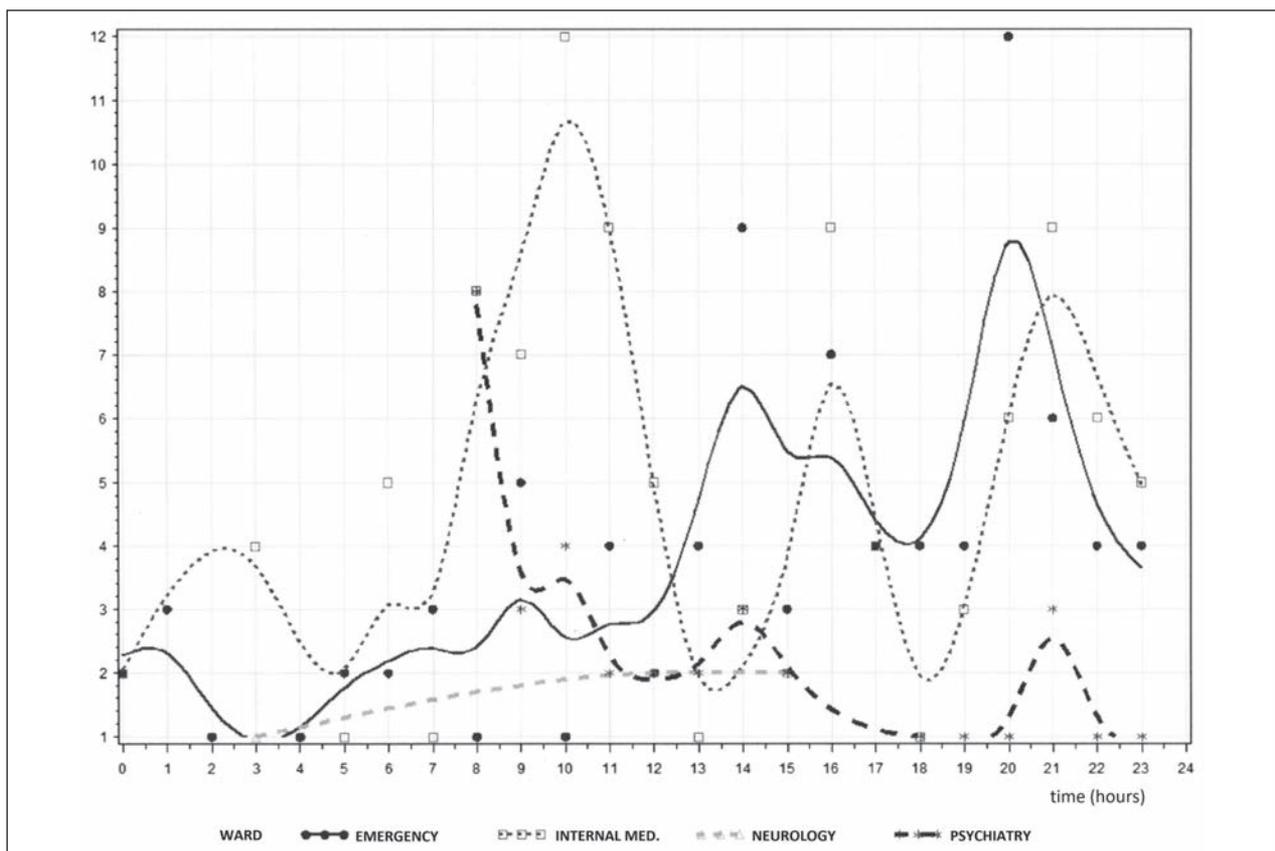


Figura 5 - Trend temporale orario stratificato per reparto

Figure 5 - Hourly time series stratified by ward

probabilmente in relazione alla filiera dei processi assistenziali;

- nei reparti di psichiatria il trend era nettamente in discesa con il picco più evidente alle ore 8 del mattino;
- nei reparti di neurologia non erano evidenti tendenze significative.

DISCUSSIONE

L'indagine sugli episodi di violenza non fisica ha confermato che i dati relativi a tali evenienze erano largamente conformi a quelli relativi agli infortuni, sia in termini di distribuzione anagrafica che di genere delle persone aggredite.

Un'aggressione che porta come esito finale all'infortunio di un soggetto può essere considerata un evento raro, ma spiegabile con la nota piramide di Heinrich (8). Secondo questo modello, per ogni infortunio grave vi sono decine di infortuni minori e centinaia di incidenti senza infortuni, spesso non riportati dagli operatori. Recentemente Hollnagel (9) ha reinterpretato questa teoria definendo gli infortuni più gravi come la "coda" di una curva gaussiana di eventi "facili da vedere" ma con bassa probabilità di verificarsi, posizionata accanto alla rimanente parte della gaussiana in cui sono presenti gli eventi "difficili da vedere" ma con alta probabilità di verificarsi, ossia gli incidenti meno gravi generalmente ignorati e sconosciuti.

Uno dei punti di forza del presente studio risiede nella rappresentatività del campione esaminato e nell'utilizzo di una valutazione standardizzata e riproducibile degli episodi di aggressività.

La scala di valutazione OAS, sviluppata nel contesto dei Reparti di Salute Mentale, si è dimostrata ben adattabile anche al contesto di altri reparti, pur necessitando di alcune integrazioni importanti (es. tipo di aggressore).

Le figure professionali maggiormente esposte risultano essere quelle del personale a diretto contatto con i pazienti, ossia gli infermieri e gli operatori socio assistenziali. Abbiamo osservato che il fenomeno violenza seppure presente in modo preponderante nelle Unità Operative di Psichiatria e Pronto Soccorso risulta di fatto ubiquitario in tutte le U.O. Cliniche. Le azioni preventive devono essere quindi

progettate per essere rivolte al complesso delle attività assistenziali dell'Ospedale e non focalizzate solo in alcune aree.

Interessanti sono anche i dati relativi gli orari in cui avvengono prevalentemente gli episodi violenti.

Il periodo notturno spesso indicato come il momento più a rischio per l'U.O. Pronto Soccorso in realtà non sembra avere molta significatività; per questo reparto sono le prime ore serali quelle di maggiore incidenza (gran parte degli episodi sono avvenuti intorno alle h 20).

Nell'U.O. Psichiatria risultano maggiormente significative le primissime ore del mattino, mentre nel resto della giornata il numero di episodi sembra tendere a diminuire.

Nelle U.O. Cliniche e di Medicina Generale gli orari appaiono maggiormente correlati con i periodi dedicati all'igiene dei pazienti e alla somministrazione delle terapie. In tutti i casi si vede comunque una diminuzione significativa nei periodi di tempo associati agli orari di visita dei parenti.

L'andamento degli episodi di violenza che hanno determinato infortuni è fortemente condizionato dalle azioni di sensibilizzazione rivolte al personale sul tema. Comprendere come avviene l'escalation dell'azione violenta, dove avvengono gli episodi maggiormente significativi potrà aiutare l'azienda a mettere in atto misure correttive specifiche già nell'azione informativa e formativa del personale. Si possono costruire programmi finalizzati alle capacità di individuazione/prevenzione delle situazioni a rischio nonché le modalità per la loro gestione (empowerment degli operatori); anche questo risponde ai criteri della lettera circolare del Ministero del Lavoro sopra citata. Altrettanto importante è l'informazione degli utenti e la comunicazione in ogni fase del percorso di diagnosi e cura (empowerment degli utenti) nonché l'adozione di tutti quei provvedimenti organizzativi idonei ad eliminare i «*trigger point*» evidenziati anche dai picchi orari di incidenza.

Occorre pertanto pensare a momenti formativi capaci di creare un clima di reale condivisione, una "base sicura" di fiducia (secondo Bowlby), dalla quale ciascun operatore possa far emergere i propri vissuti, i limiti, le reazioni e le difese personali. Una formazione così intesa è principalmente mirata all'acquisizione di consapevolezza, e non solo di compe-

tenze, ed è da realizzare per piccoli gruppi. Per una maggiore efficacia formativa, l'esperienza acquisita in HSM in questo ambito ci orienta verso una composizione dei gruppi "mista" ossia multidisciplinare e multiprofessionale.

Il presente studio ha esaminato l'incidenza degli infortuni dovuti a violenza contro operatori sanitari nel contesto di un grande ospedale italiano. Lo studio degli infortuni è stato posto in continuità con la descrizione delle caratteristiche degli episodi di aggressività, eventi meno gravi ma decisamente più frequenti.

Seppure in una prima valutazione il numero di infortuni a seguito di episodi di violenza potesse sembrare non molto rilevante per una azienda con oltre 4500 dipendenti (36 nei quattro anni considerati) è stato importante approfondire l'argomento con la finalità di fare emergere anche quelle azioni violente verso gli operatori che non hanno determinato assenza dal lavoro ma che possono avere un impatto importante per la salute del lavoratore e la qualità delle prestazioni assistenziali e di cura.

L'auspicio per il futuro riguarda l'implementazione delle azioni nell'ampia cornice del benessere organizzativo e del rischio clinico, dimensioni diverse ma entrambe imprescindibili in un attento lavoro sulla salute. Ai cambiamenti organizzativi in tema di sicurezza e di benessere dei lavoratori, alle forme di supporto individuale alle vittime di aggressioni, devono accompagnarsi ulteriori interventi formativi rivolti ai gruppi di lavoro: in particolare esperienze basate sul supporto psicologico, sulla crescita della conoscenza di se stessi come individui e dei gruppi in particolare, nonché dei meccanismi psicologici e comportamentali attivati dall'impatto con l'aggressività.

GLI AUTORI NON HANNO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO

RINGRAZIAMENTI: *Si ringraziano tutti i membri del Gruppo di lavoro aziendale sulla Violenza: K. Lappas, V. Carraro, E. Iannuzzi - Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, A. Morando, G. Tiberio - Direzione Sanitaria e Direzione Medica di Presidio; B. Cavaliere, C. De Leo - Direzione delle Professioni Sanitarie; G. Orenge - Dir. Gestione del Rischio Clinico, Qualità, Accreditamento e URP; C. Storace, M.M. Sottomano - U.O. Risorse Umane; M.G. Mavillia - U.O. Medicina del Lavoro; E. Rovini, D. Quenti - U.O.S. Formazione e Comunicazione; e per la preziosa collaborazione nella revisione dell'articolo Jennifer McDermott.*

BIBLIOGRAFIA

1. BLS, Bureau of Labor Statistics (2016): Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2015. Disponibile on line all'indirizzo: <http://www.bls.gov/news.release/pdf/osh2.pdf> (ultimo accesso 26-05-2017)
2. Eller NH: Violence against health personnel. *Ugeskr Laeger* 2014; 176: 131-134 [Article in Danish]
3. Eurofound (2013), Physical and psychological violence at the workplace, Publications Office of the European Union, Luxembourg
4. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) 2007: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Disponibile on line all'indirizzo: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118/view> (ultimo accesso 24-06-2017)
5. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM et al: Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999; 161: 1245-1248
6. Gates D, Gillespie G, Smith C et al: Using Action Research to Plan a Violence Prevention Program for Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37: 32-39
7. Guglielmetti C, Gilardi S, Accorsi L, Converso D: La relazione con i pazienti in sanità: quali risorse lavorative per attenuare l'impatto degli stressor sociali? *Psicologia della salute* 2014; 2: 121-137
8. Heinrich HW: Industrial accident prevention: A scientific approach. New York: McGraw-Hill, 1931
9. Hollnagel E: Safety-I and safety-II: the past and future of safety management. Ashgate (UK): CRC Press Publisher, 2014
10. Mantzouranis G, Faffiora E, Bampalis VG, Christopoulos I: Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital. *Arch Environ Occup Health* 2015; 70: 256-264
11. Phillips JP: Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med* 2016; 374: 1661-1669
12. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W et al: The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 35-39