

Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto ¹

***“Vademecum” ad uso di
amministratori, datori di lavoro
responsabili e componenti dei Sistemi di Prevenzione e Protezione,
professionisti e loro rappresentanti***

¹ Il presente documento è stato discusso e approvato dal sottogruppo del Tavolo del Patto della Professione composto da: Patrizia Del Principe e Gianmario Gazzi (CNOAS), Alessandro Sicora (AIDoSS), Graziella Povero (AssNAS), Bruna Pirola (SoStoSS), M. Alessandra Giribaldi (SUNAS). Redatto a cura di M. Alessandra Giribaldi.



Sommario

• Introduzione e breve inquadramento generale	Pag. 2
• Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari -Ministero della Salute	Pag. 9
• Procedure e indicazioni per la sicurezza. Linee Guida per assistenti sociali -NASW	Pag. 20
• Scheda di segnalazione episodio di violenza	Pag. 25
• Tecniche verbali di de-escalation per disinnescare o abbassare il livello di una situazione esplosiva	Pag. 30
• Ciclo della riflessività di G. Gibbs	Pag. 34
• Piccolo glossario della sicurezza	Pag. 36
• Quadro normativo essenziale di riferimento	Pag. 44
• Riferimenti bibliografici	Pag. 44
• Sitografia	Pag. 45



Introduzione e breve inquadramento generale

Questo lavoro nasce dalla consapevolezza che gli episodi di violenza, sempre più gravi e frequenti a danno degli assistenti sociali, ma non solo, non possono in alcun modo essere ricondotti a semplici episodi di acting-out da parte di chi a loro si rivolge oppure a incidenti di percorso, ineluttabili per quanto drammatici.

Altrettanto chiara è la consapevolezza che questo fenomeno debba essere affrontato in modo sistematico, all'interno dei luoghi di esercizio professionale, coinvolgendo amministratori, dirigenti, soggetti preposti alla tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, professionisti e lavoratori.

Questa convinzione è ampiamente supportata dalla letteratura scientifica e professionale che da anni s'interessa all'argomento. Il problema della violenza nei luoghi di lavoro, infatti, ha suscitato negli ultimi anni un interesse crescente, accompagnato soprattutto all'estero da un'ampia produzione di ricerche e pubblicazioni.

E' necessario accostarsi a questa problematica avendo ben chiaro cosa si debba intendere per "violenza". Secondo l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (*Eu-Osha*, "Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", 2011), la violenza esterna sul posto di lavoro comprende:

- insulti-comportamenti incivili;
- minacce;
- forme di aggressione fisica o psicologica tali da mettere a repentaglio la *salute*, la *sicurezza* o il *benessere* dell'individuo;
- la presenza di una componente razziale o sessuale.

E' dunque molto importante che il comportamento violento sia considerato e affrontato senza attenderne l'escalation e l'esplosione "fisica", riconoscendolo fin dai suoi esordi verbali e meno eclatanti, che non devono mai e in nessun caso essere trascurati o sottovalutati.

Sempre secondo l'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul lavoro quello della violenza perpetrata da terzi in ambito lavorativo è un problema reale, che riguarda tra il 5% e il 20% dei lavoratori europei. Secondo le conclusioni dell'Eu-Osha e di numerosi studi internazionali, la violenza e le molestie sul luogo di lavoro sono un problema significativo, che necessita di un approccio "olistico" da parte delle organizzazioni, al fine di contenere e supportare il disagio, attraverso una sensibilizzazione e formazione in fase preventiva, e interventi organizzativi e interventi di sostegno per le vittime di violenza.

A questo proposito, l'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul lavoro propone delle Linee Guida in cui si individuano alcuni elementi che dovrebbero essere inclusi in ogni approccio efficace e preventivo:

- definire in modo chiaro il fenomeno della violenza da parte di terzi e le forme in cui può manifestarsi;



- sensibilizzare e informare i responsabili, i datori di lavoro, gli amministratori, i professionisti ed i lavoratori potenzialmente esposti;
- curare gli aspetti connessi alla sicurezza nel progettare l'ambiente e l'organizzazione del lavoro: ciò significa riconsiderare e ottimizzare non solo i dispositivi di protezione personale forniti a ciascun professionista e lavoratore ma anche, per esempio, gli aspetti logistici e architettonici e i sistemi di sorveglianza, oltre alle modalità con cui avviene l'erogazione del servizio;
- individuare misure preventive anche e soprattutto sul tema della comunicazione, che consentano di gestire correttamente il rapporto con l'utente/cliente: dalle sue aspettative nei confronti del servizio sociale, alla sua informazione in itinere, alla chiara identificazione dei comportamenti sanzionabili e delle conseguenze in cui può incorrere chi li mettesse in atto, all'inoltro di eventuali reclami e risposta agli stessi;
- fornire una formazione specifica ai lavoratori e dirigenti, per consentire loro di riconoscere il rischio e gestirlo al meglio;
- dotarsi di sistemi efficaci di segnalazione e monitoraggio, così da avere una percezione esatta dell'entità del fenomeno e dell'efficacia delle misure adottate;
- offrire forme di supporto a chi è vittima dell'aggressione, che potranno essere di tipo medico, psicologico, economico e legale.

Sempre secondo l'Eu-Osha, i datori di lavoro dovrebbero avere un quadro normativo chiaro per la prevenzione e la gestione di molestie e violenza da parte di terzi, in cui inserire le politiche aziendali di salute e sicurezza. In particolare, si raccomanda che la valutazione del rischio per salute e sicurezza nei luoghi di esercizio professionale e di lavoro includa anche una concreta valutazione dei rischi legati all'azione di terzi.

Tale politica dovrebbe essere elaborata dai datori di lavoro in collaborazione con i professionisti, i lavoratori e i loro rappresentanti, nel rispetto della legge nazionale, degli accordi collettivi e/o delle pratiche comuni².

Passando dal livello generale all'ambito specifico dei servizi di aiuto, si riscontra subito che si tratta di un settore con alti livelli di rischio per quanto riguarda le aggressioni e gli episodi di violenza da parte di terzi. Già nel 1998 l'OMS individuava gli assistenti sociali fra le professioni a maggiore rischio di aggressione e violenza.

Numerosi ricerche e studi successivi hanno confermato che chi lavora nei servizi sociali corre un alto rischio di subire violenza, analogamente a quanto avviene nel settore della Sanità. Per necessità di sintesi e a titolo esemplificativo, si segnala quanto l'EU-OSHA dichiarava nel 2007: "il settore sanitario e sociale

² *Eu-Osha- Indagine europea sui rischi nuovi ed emergenti delle imprese: seconda edizione -Dialogo sociale europeo- Linee guida multisettoriali provvisorie per affrontare la violenza da parte di terzi e le molestie sul lavoro. <http://osha.europa.eu> (Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro; Schede E- Facts n° 18; 24; 26; 46)*



è caratterizzato dalla massima esposizione alla violenza sul luogo di lavoro; nell'Unione Europea a 27 il tasso di incidenza è del 15%".

Il perdurare della crisi, l'allargamento di gravi difficoltà economiche e sociali a fasce di popolazione sempre più ampie, la diffusione di vissuti di rabbia e frustrazione, hanno ulteriormente acuito questo fenomeno negli anni.

La preoccupazione di fronte alla crescente violenza nei confronti di alcune categorie di lavoratori, e in particolare nel settore dei servizi di aiuto alla persona, è aumentata al punto da indurre diverse istituzioni politiche e del lavoro, nazionali e internazionali, a realizzare specifici documenti/raccomandazioni/linee guida: si ricordano, ad esempio, gli studi e le indicazioni realizzati dall'Agenzia per la Salute e la Sicurezza sul lavoro Europea e da quella degli U.S.A.; dall'Associazione nazionale degli Assistenti sociali degli USA; dal Dipartimento per la Salute della Gran Bretagna.

Per quanto riguarda l'Italia, si segnala la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali n.8, emanata dal Ministero della Salute nel 2007.³

A fronte di una ricca documentazione e letteratura italiane relative il rischio e la sicurezza sul lavoro per le professioni sanitarie, non altrettanto si riscontra per quanto riguarda il versante socio-assistenziale e educativo.

Per comprendere la scarsità di ricerche e di letteratura sull'argomento, bisogna innanzitutto ricordare la maggiore frammentazione (istituzionale, logistica, contrattuale...) dei contesti lavorativi in ambito sociale, socio-educativo e socio-assistenziale.

Inoltre, in Italia il fenomeno delle aggressioni fisiche e verbali nella maggior parte dei casi non viene intercettato, dal momento che generalmente non sono previste procedure specifiche e formalizzate di rilevazione e segnalazione.

Tuttavia, anche a livello italiano recenti pubblicazioni scientifiche e professionali hanno iniziato ad approfondire questa tematica nell'ambito dei Servizi Sociali: un ulteriore segnale della attualità di questo problema e della necessità di affrontarlo in modo strutturato e continuativo anche nel nostro Paese.

Nel 2012 il Consiglio regionale dell'Ordine degli Assistenti sociali della Liguria (Croas) insieme alle Organizzazioni Sindacali CGIL, FLP-SUNAS, UIL ed in collaborazione col DiSFor dell'Università di Genova, si è fatto promotore di una ricerca - successivamente ripresa anche dal Croas della regione Puglia - con l'obiettivo di dare una descrizione del fenomeno partendo dai vissuti degli operatori.

Si tratta di dati di sicuro interesse, considerato anche il campione assai rappresentativo dei rispondenti (il 40% sul totale degli assistenti sociali liguri).

A titolo esemplificativo si riportano qui alcuni fra i dati più indicativi; laddove possibile si è proceduto a una aggregazione delle ricerche liguri e pugliesi (tot. 888 rispondenti), i cui esiti sono risultati del tutto analoghi, a riprova della attendibilità delle risposte e della diffusione del fenomeno su tutto il territorio nazionale.

Solo il 20% degli assistenti sociali intervistati non ha mai subito aggressioni/minacce verbali. Il 77% ha

³ Cfr. Documento n. 1, pag. 9



ricevuto nel corso della sua esperienza professionale aggressioni/minacce verbali e fra questi un 11% ne è stato vittima in più occasioni. Il 20% degli intervistati ha subito violenze fisiche.

Il 67% degli intervistati ha assistito a episodi di violenza verbale rivolti ad altri operatori; il 24 % ha assistito a episodi di violenza fisica nei confronti di colleghi.

Il 66% degli assistenti sociali liguri intervistati ha riferito di avere provato in passato o di provare timore per l'incolumità dei propri familiari. Di questi, ben il 5% afferma di provare tale timore *spesso-molto spesso-sempre*.

La quasi totalità degli intervistati svolge visite domiciliari anche in solitudine; nel 37% dei casi le visite domiciliari si svolgono *sempre da soli*.

Molto spesso viene segnalata una carenza di organico nei servizi, situazione che nella ricerca è risultata direttamente correlata a una incidenza maggiore degli episodi di violenza subiti.

Ma come viene affrontata questa situazione di grande criticità?

Solo il 39% dei servizi ha adottato dispositivi di controllo, peraltro giudicati poco efficaci.

Solo il 17% dei servizi di appartenenza ha adottato un protocollo operativo da attivare in caso di pericolo. Anche alla luce di altre ricerche, condotte sul territorio ligure con interviste dirette, emerge una situazione di estrema solitudine dell'assistente sociale, che si trova a fronteggiare da solo l'evento critico e tutte le ricadute che ne possono conseguire: disturbo da stress post traumatico; problematiche legali connesse all'obbligo di denuncia; fenomeni di vero e proprio *stalking*, subito anche in situazioni extra-lavorative e nella propria sfera familiare e privata.

E' certamente opportuno ricordare che queste situazioni, oltre che sulla salute e il benessere del professionista, possono avere ripercussioni molto serie anche sul concreto svolgimento di funzioni e compiti lavorativi e sul buon funzionamento dei servizi: affrontarle in modo adeguato è interesse di chi esercita una professione complessa, ma certamente anche dell'organizzazione di appartenenza, al fine di garantire lo svolgimento nel modo più corretto possibile ed efficace della funzione ricoperta.

Su tutto il territorio italiano negli ultimissimi anni sono stati realizzati momenti di approfondimento e specifiche proposte formative rivolte specificatamente agli assistenti sociali e ad altri professionisti del settore socio-sanitario.

Si tratta certamente di un fatto importante, poiché segnala una presa d'atto e un aumento dell'attenzione al problema, uniti alla volontà di fronteggiarlo adeguatamente.

Le proposte formative hanno riguardato soprattutto l'aggressività (come riconoscerla; come prevenire l'acting-out; gli strumenti per affrontare l'agito aggressivo; comportamenti opportuni e da evitare); le competenze comunicative e di ascolto in senso lato; gli aspetti micro e macro organizzativi che favoriscono l'emergere di agiti aggressivi e violenti.

Simili iniziative formative sono certamente utili e rappresentano un tassello fondamentale all'interno di una strategia complessiva di prevenzione e gestione degli agiti aggressivi e violenti.

Tuttavia, rischia di essere limitativo e poco efficace pensare di affrontare il problema trattandolo in chiave esclusivamente formativa, soprattutto se ciò avviene coinvolgendo i soli lavoratori interessati, in modo frammentato, avulso dalle concrete realtà lavorative e organizzative.

E' necessario agire con la consapevolezza di trovarsi di fronte a una tematica complessa, che coinvolge



numerosi soggetti ed è correlata a diversi fattori quali, ad esempio (l'elenco non è certamente esaustivo):

- tipologie dell'utenza
- tipologia dei servizi erogati
- ubicazione, dimensioni e tipologia della struttura
- fattori organizzativi
- fattore di genere (la maggior parte degli assistenti sociali è donna)
- presenza o mancanza di una formazione specifica
- fattori culturali.

Per affrontare in modo efficace il problema, le Linee Guida dell'Eu-Osha viste in precedenza indicano chiaramente la necessità di considerarlo in modo "globale" e di trattarlo nel quadro della normativa sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro: per l'Italia, dunque, si deve fare riferimento alla normativa di settore (*D.Lgs 81/2008* e sue successive modifiche).

In linea con gli obiettivi del Sistema di Prevenzione e Protezione, non solo è possibile bensì è necessario considerare e trattare questo tipo di rischi per la salute e per la sicurezza dei lavoratori al pari degli altri rischi usualmente e "tradizionalmente" riconosciuti e fronteggiati.

Un primo passo in questa direzione è certamente quello di iniziare a registrare e monitorare gli atti di violenza, fisica e verbale: tali episodi, infatti, sono da considerare eventi sentinella, cioè segnali della presenza di situazioni di rischio e di vulnerabilità, che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e di protezione. In Sanità, ad esempio, il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) prevede esplicitamente l'evento sentinella "Atti di violenza a danno dell'operatore".

La registrazione degli eventi critici mediante procedure di segnalazione standardizzate consente di definire e valutare l'entità e la natura dei rischi specifici cui sono sottoposti i lavoratori dei Servizi Sociali, passaggio necessario per la definizione e implementazione di procedure specifiche di prevenzione e protezione e per la formazione specifica del personale interessato.

A tal proposito, sono emerse come particolarmente interessanti per contenuti e metodologia utilizzata alcune sperimentazioni avviate di recente da Amministrazioni Pubbliche (p. es. Comune di Bologna, Comune di Genova, ASL di Bologna) in cui il Datore di Lavoro/Ente Pubblico:

- ha avviato un percorso permanente e strutturato a livello organizzativo, integrando le attività del Servizio di Prevenzione Protezione, della Sorveglianza Sanitaria e del settore Formazione;
- ha avviato il monitoraggio delle segnalazioni degli episodi di violenza, che consente una conoscenza, valutazione e gestione sempre più puntuali ed efficaci del problema. Il rischio di violenza/aggressione è inserito all'interno del Documento di Valutazione dei Rischi aziendale;
- ha adottato strumenti raccomandati dalle specifiche Linee Guida, quali: checklist; scheda di segnalazione degli eventi; protocolli operativi anche in collaborazione con le Forze dell'Ordine del



territorio; percorsi di sostegno alle vittime; dispositivi di controllo e protezione;

- ha attuato una formazione specifica e obbligatoria rivolta a tutto il personale interessato.

Alla luce delle indicazioni metodologiche fornite dalla letteratura, delle esperienze in atto sul territorio nazionale e degli approfondimenti e delle iniziative promosse dai diversi Consigli regionali dell'Ordine degli Assistenti sociali, dal Consiglio nazionale dell'Ordine e dalle associazioni aderenti al "Tavolo del Patto per la Professione" nasce questo piccolo Vademecum.

Sono qui raccolte alcune indicazioni e strumenti di lavoro per la prevenzione e la gestione della violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto, basati su quanto suggerito in sede internazionale e sulle sperimentazioni in atto in alcune realtà italiane, avendo sempre come riferimento il quadro normativo italiano sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'obiettivo è che ciò possa costituire uno stimolo e uno strumento utile, pratico e in continua evoluzione, a uso di amministratori dei servizi sociali e socio-sanitari, datori di lavoro, di responsabili e componenti dei Sistemi di Prevenzione e Protezione, dei rappresentanti dei lavoratori e soprattutto della comunità professionale e dei diversi operatori dei servizi sociali.

DOCUMENTO N. 1

La raccomandazione n. 8 “Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, emanata dal Ministero della Salute nel 2007, è il primo atto italiano di livello governativo in cui si prende atto della alta frequenza di episodi di violenza, verbale e/o fisica, a danno degli operatori sanitari e in cui si danno indicazioni metodologiche ed operative per affrontare il problema.

Si noti come la Raccomandazione, in premessa, faccia riferimento alla assoluta carenza a livello italiano di statistiche sul fenomeno. Ciò nonostante, sulla base di studi internazionali che “indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza”, il Ministero della Salute ha ritenuto necessario dare chiare indicazioni per attivare misure di prevenzione e di contrasto e di monitoraggio del fenomeno.

La letteratura internazionale indica chiaramente che il livello di rischio per gli operatori nell’ambito dei Servizi Sociali è estremamente alto e, con le dovute differenziazioni e specificità legate ai diversi contesti operativi, del tutto paragonabile a quello in Sanità; in ambito internazionale Sanità e Servizi Sociali sono spesso aggregati e trattati come un unico, omogeneo macro-settore in relazione a questo tipo di rischi.

Perciò, la mancanza di statistiche sul rischio di aggressioni, minacce e violenza nell’ambito dei Servizi Sociali non può e non deve in alcun modo essere un pretesto per sottovalutare o addirittura ignorare un problema che, anzi, appare in drammatica crescita.

La presente Raccomandazione, -che peraltro si rifà ampiamente a quanto elaborato dalla letteratura internazionale- rappresenta un utile e autorevole punto di riferimento, una base su cui elaborare strategie e programmi specificamente adattati al contesto dei Servizi Sociali.

Ministero della Salute

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

Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

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

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

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



Raccomandazione n. 8, novembre 2007

INDICE

1. *Premessa.*
2. *Obiettivo*
3. *Ambiti d'applicazione*
4. *Azioni*
 - 4.1. *Elaborazione di un programma di prevenzione*
 - 4.2. *Analisi delle situazioni lavorative*
 - 4.3. *Definizione e implementazione di misure di prevenzione e controllo*
 - 4.4. *Formazione del personale*
5. *Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale*
 - 5.1. *Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione*
 - 5.2. *Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella*
6. *Aggiornamento della Raccomandazione*
7. *Riferimenti bibliografici*

1. Premessa

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense (1) indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 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 (Ser.T), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

La Joint Commission riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio (2).



Gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici (3).

Episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali 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.

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale.

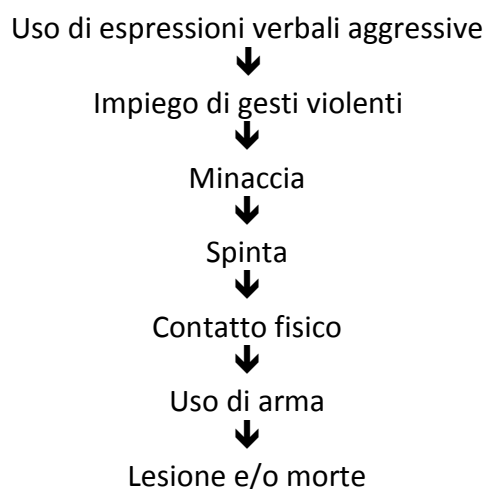
Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli (3) infermieri e gli operatori socio sanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza (4):

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione.

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi figura sottostante) può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi.



2. Obiettivo

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

3. Ambiti di applicazione

DOVE

In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

A CHI

Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza).

QUANDO

Durante l'erogazione di prestazioni e interventi socio-sanitari.



4. Azioni

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune (5,6).

A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate.

4.1. Elaborazione di un programma di prevenzione

Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- 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;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello *frontline*, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma.

Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti:

- un referente della Direzione Sanitaria;
- un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;
- il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;
- un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;
- un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- un rappresentante del Servizio di vigilanza.



Compiti del gruppo di lavoro sono:

- l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

4.2. Analisi delle situazioni lavorative

L'analisi delle situazioni lavorative mira a individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza.

Il gruppo di lavoro, o altro soggetto individuato dalla Direzione, dovrà valutare la vulnerabilità degli ambienti di lavoro e determinare le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare.

L'analisi dovrebbe comprendere i seguenti momenti:

- revisione degli episodi di violenza segnalati: dovrebbero essere esaminati i dati relativi a patologie e lesioni subite dagli operatori sanitari a seguito di episodi di violenza o le segnalazioni relative a comportamenti aggressivi o a minacce verbali subite nel corso dell'attività lavorativa. Fonti di tali dati possono essere: segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale, denuncia di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso e altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza occorso. L'analisi dovrebbe consentire di identificare la frequenza e severità degli episodi, utile per verificare le successive azioni di miglioramento, nonché mettere in evidenza l'esistenza di fattori favorenti che potrebbero essere rimossi mediante modifiche dei luoghi di lavoro, cambiamenti procedurali o addestramento del personale;
- conduzione di indagini ad hoc presso il personale: importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate. La somministrazione di un questionario può, inoltre, essere opportuna ogni qualvolta vengano realizzate importanti modifiche lavorative o dopo la segnalazione di un episodio di violenza; in tali casi può aiutare a identificare nuovi o sconosciuti fattori di rischio o carenze relative a protocolli, procedure o controlli.
- analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio: personale addestrato dovrebbe periodicamente effettuare sopralluoghi negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento a quelli in cui si è verificato un recente episodio di violenza, al fine di identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni che possono favorire atti di violenza.



Il sopralluogo dovrebbe consentire di:

- analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche di aggressore e vittima, la successione di eventi prima e durante l'incidente. In questa fase può essere utile acquisire il rapporto e le indicazioni delle Forze di Polizia;
- identificare attività lavorative, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato;
- rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti (ad esempio, quelli affetti da patologie psichiatriche o sotto effetto di droghe, alcool), alle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, e/o scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro etc.), alle attività lavorative.

4.3. *Definizione e implementazione di misure di prevenzione e controllo*

Dopo che i rischi sono stati identificati attraverso l'analisi delle situazioni, bisogna definire le soluzioni, di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche, necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili.

Misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate:

- valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;
- valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsante antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;
- installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio. In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy;
- assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
- assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni;
- garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
- prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'esterno;



- sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;
- mantenere in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e chiuderle sempre a chiave.

Misure organizzative.

Le misure organizzative riguardano le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative. I cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire a impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza.

Alcune azioni da compiere da parte della Direzione sono:

- esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;
- stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- sensibilizzare il personale affinché siano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);
- regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure; predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto;
- predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;
- assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa;
- definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza;
- assicurare sempre, all'atto di una visita, di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale;
- scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni;
- prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;
- assicurarsi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;



- sviluppare idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
- registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione.

Gestione degli episodi di violenza

Ogni programma di prevenzione dovrebbe assicurare un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito a un episodio di violenza. Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compresa una valutazione psicologica, a prescindere dalla severità del caso. Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari. Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

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 e 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.



5. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale

La Direzione Aziendale è invitata a favorire lo sviluppo e l'implementazione della presente Raccomandazione. Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzare la presente Raccomandazione devono predisporre una propria procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori.

5.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione

Si raccomanda di monitorare attivamente gli interventi attuati rispetto alla procedura adottata per prevenire atti di violenza a danno degli operatori.

5.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

6. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

6.1 Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso "Insieme per migliorare la prevenzione degli eventi sentinella".

7. Riferimenti bibliografici

1. U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2000. Washington, DC: DOL, 2001.
2. The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.



3. Dati INAIL, Andamento degli infortuni sul lavoro. Numero 1, gennaio 2007.
4. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh.
5. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. OSHA 3148-01R. U.S. Department of Labor, 2004. <http://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>.
6. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International - Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector.

Geneva 2002.

La presente Raccomandazione è stata elaborata dal dottor Paolo Cantaro e dal dottor Salvatore Scarlata dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania.

L'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Guerino Carnevale, Susanna Ciampalini, Angela De Feo, Giorgio Leomporra, Carmela Matera, Giuseppe Murolo, Maria Concetta Patisso, Claudio Seraschi) del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ha curato la revisione insieme alla dott.ssa Piera Poletti ed al "Gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti".

La Raccomandazione è stata quindi sottoposta a un processo di consultazione con esperti delle seguenti Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Centri ed Istituzioni che si ringraziano per la collaborazione fornita: ANMDO, Croce Rossa Italiana, FIASO, FISM, FNOMCeO, FNCO, IPASVI, ISPESL, SIAARTI, SIC, SIGO, SIMG, SIMEU, SIQuAS-VRQ, SIP, Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale, Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana Sistemi 118, INAIL, SIMLII, Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Centro di Riferimento per la regione Lazio per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio emarginazione.

DOCUMENTO N. 2

In ambito internazionale diversi organismi si sono occupati di condurre ricerche e approfondimenti sulla problematica delle aggressioni e dei comportamenti violenti contro gli operatori dei Servizi Sociali. Negli U.S.A., ad esempio, l'Associazione Nazionale degli Assistenti Sociali (NASW) ha costituito al suo interno una sezione stabilmente dedicata alla trattazione di queste tematiche.

Si propongono qui, a titolo esemplificativo, le procedure e le indicazioni per la sicurezza per assistenti sociali realizzate dal Comitato per lo Studio e la Prevenzione della violenza contro gli assistenti sociali del NASW.

Si tratta di indicazioni di carattere generale, nate in un contesto operativo e normativo diverso dal nostro; tuttavia offrono spunti di sicuro interesse e sono perfettamente adattabili alla realtà italiana e alla vigente normativa in materia di protezione e prevenzione dei rischi in ambito di lavoro, come si può constatare anche da un confronto con la "Raccomandazione n.8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della Salute".

PROCEDURE E INDICAZIONI PER LA SICUREZZA LINEE GUIDA PER ASSISTENTI SOCIALI

del NASW's Committee for the study and prevention of violence against social workers

National Association of Social Workers (NASW), Agosto 2008

traduzione e adattamento a cura di M. Alessandra Giribaldi

La violenza contro gli assistenti sociali legata all'attività di lavoro è un dato di fatto.

La violenza comprende aggressioni fisiche, aggressioni verbali, intimidazioni, molestie e minacce (verbali o implicite) di una futura aggressione.

Con una buona preparazione, l'impatto di un'aggressione può essere reso meno pesante, alcuni incidenti possono essere del tutto prevenuti, aumenta la possibilità di anticipare una situazione ad alto rischio e, quindi, di essere ben preparati per l'eventualità.

Queste Linee Guida sono state preparate per garantire al massimo la sicurezza dell'assistente sociale e dell'equipe e ridurre al minimo le responsabilità dell'Ente.



Il "Comitato per lo Studio e la Prevenzione della Violenza contro gli Assistenti Sociali" ⁴ della sezione N.A.S.W. del Massachusetts raccomanda a ogni Agenzia e a ogni libero professionista di sviluppare direttive per la sicurezza e procedure finalizzate alla prevenzione, all'intervento durante l'evento critico e alle strategie da adottare in seguito.

Queste sono Linee Guida generali. Ogni Ente o libero professionista può sviluppare Linee Guida specifiche e complete finalizzate ai propri bisogni e alle proprie particolari caratteristiche.

Gli Enti avranno bisogno di piani di azione specifici per ciascun'unità operativa e funzione specialistica.

Il piano d'azione per la sicurezza

Può essere sviluppato un piano per la sicurezza scritto in modo specifico per la funzione e la configurazione logistica di ciascun Ente, Divisione o Servizio.

Nella realizzazione del Piano sono importanti sia i contributi dello staff (ovvero dei lavoratori) che la consulenza di esperti. Ogni Piano per la sicurezza deve essere dettagliato e completo in modo che tutti i membri dello staff (sanitari - tecnici - amministrativi) sappiano esattamente cosa fare in caso di emergenza.

Per essere utile, il Piano deve essere riesaminato e messo in pratica con regolarità. Un Piano per la sicurezza completo deve includere:

1) Come riconoscere i segnali di agitazione

- Una programmazione specifica su cosa fare ai primi segni di agitazione. Ciò include il riconoscere i segnali poco evidenti dell'agitazione, quali ad esempio sbattere le palpebre con frequenza accelerata e muovere il corpo più lentamente.
- Stabilire parole e frasi in codice per richiedere aiuto facendo in modo che il cliente non se ne accorga.
- Uno schema di riferimento per valutare l'andamento del livello di agitazione, rabbia e impulsività del cliente.
- Uno schema di riferimento per valutare la pericolosità della situazione particolare.
- Uno schema di intervento che includa:
 - quando e come tentare una de-escalation verbale;

⁴ Si traduce con "assistente sociale" il termine "social worker", che nel mondo anglosassone ha una connotazione non necessariamente corrispondente alla realtà italiana, potendosi quindi riferire in un'accezione più ampia anche ad altre professioni di aiuto operanti nell'ambito dei servizi sociali.



- quando e come usare l'autodifesa non violenta, lo svincolamento, pratiche di deviazione ed evitamento;
- quando e come chiamare il personale di sicurezza o la polizia;
- quando e come evacuare l'edificio.
- Per la massima sicurezza, tutti e ciascuno nel Servizio (amministrativi, personale clinico e staff di servizio) possono essere addestrati in questi aspetti.

2) Ambiente fisico della struttura

- Sistemare e arredare il Servizio in modo che presenti un aspetto organizzato, calmo e rispettoso per il cliente. Mettere particolare attenzione alle zone di attesa/sale di aspetto.
- Assicurare un'adeguata illuminazione sia all'interno sia all'esterno dell'edificio.
- Prestare attenzione ai movimenti delle persone, con particolare attenzione ai luoghi dove i clienti hanno libero accesso. Se la localizzazione dei servizi igienici e dell'"area caffè" fa sì che gli utenti possano attraversare l'edificio senza essere accompagnati, tenere presente il rischio: notate ogni tipo di attività.
- Individuare una stanza per le situazioni a rischio, dove possono essere ricevuti i clienti potenzialmente violenti o agitati. Questa stanza dovrebbe essere arredata in modo essenziale e neutro, e collocata in un'area centrale con un facile accesso in caso vi sia necessità di prestare aiuto. Prevedere uno staff che tenga d'occhio ciò che accade nella "stanza a rischio".
- Valutare se è opportuno attrezzarsi con dispositivi di sicurezza, fra cui pulsanti di allarme negli uffici.
- Arredare gli uffici in modo da consentire una confortevole distanza fra cliente e operatore, così da permettere a entrambi di uscire dalla stanza con facilità.
- Eliminate oggetti che possano essere lanciati o usati come armi.
- Di prassi, controllare gli esterni e gli interni dell'edificio e tutti i dispositivi di sicurezza per assicurarsi che tutto sia adeguato e funzionante.

3) Ruoli, regolamenti, procedure.

- Stabilire uno schema per raccogliere la storia di violenza come parte della normale procedura di presa in carico.
- Stabilire uno schema sulla cui base comunicare allo staff la precedente storia di violenza qualora esista un pericolo attuale.
- Assicurare un'adeguata compresenza in tutto l'orario di servizio: nessuno dovrebbe lavorare da solo in un edificio.
- Quando opportuno, comunicare al cliente le disposizioni dell'Ente per la sicurezza.
- Indirizzare il personale di nuova assunzione alle procedure e al piano per la sicurezza.



- Formulare ed esporre le direttive e l'orientamento del Servizio circa il fornire servizi e prestazioni a clienti che trasportino o abbiano armi da fuoco o di altro tipo.
- Formulare ed esporre le direttive e l'orientamento del Servizio circa il fornire servizi a coloro che si presentano al momento della prestazione sotto effetto di alcool o droghe.
- Provvedere a una supervisione continua, consulenza e formazione su:
 - dettagli delle procedure di sicurezza e regolari aggiornamenti;
 - valutazione della potenziale espressione violenta del cliente;
 - trattamenti ed interventi clinici-professionali con clienti potenzialmente violenti;
 - adeguato *setting* contenitivo;
 - tecniche di de-escalation;
 - abilità di difesa non violenta, di svincolamento, di sviamento della forza e "sganciamento";
 - segreto professionale e situazioni di grave pericolo per terzi;
 - conseguenze della violenza del cliente;
 - il fare affidamento sul feedback fisico che l'operatore ha dal proprio corpo, al primo segnale di allarme di cui preoccuparsi;
- Consentire di interrompere immediatamente una situazione potenzialmente pericolosa.
- Occuparsi delle prassi istituzionale che involontariamente contribuiscono alla violenza del cliente.
- Sviluppare una guida operativa sulle visite domiciliari che includa:
 - il lasciare presso lo staff in ufficio il proprio itinerario in modo che la localizzazione dell'operatore sia sempre nota;
 - telefonare spesso in ufficio quando si lavora sul campo, preferibilmente a conclusione di ogni appuntamento;
 - provvedere il personale di telefono cellulare e di altri dispositivi di sicurezza;
 - provvedere alla possibilità di una scorta: colleghi o personale di polizia;
 - consentire di non andare quando il rischio di violenza imminente è alto.
- Stabilire relazioni con i servizi di Pubblica Sicurezza. Far conoscere ciò che fate nel vostro lavoro e di che cosa avete bisogno da parte loro.
- Programmare cosa fare dopo che è avvenuto l'episodio violento da parte di un utente.
- Indirizzare, a breve e a lungo termine, i bisogni fisici ed emozionali dell'assistente sociale aggredito, della sua famiglia, dei colleghi e degli utenti che gli sono legati, così come individuare un contesto e una modalità per il *debriefing*⁵ e per comunicare con l'equipe in circostanze di violenza.

⁵ Non esiste un termine analogo in italiano: il *debriefing* è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive generate da questo tipo di esperienze. (cfr. *Critical incident stress debriefing (CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. By Jeffrey T. Mitchell and George S. Everly Jr. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Cooperation, 1993)



- Sviluppare delle indicazioni per occuparsi delle conseguenze di un comportamento violento o minaccioso con un cliente. Includere gli effetti della violenza sul servizio.
- Dare indicazioni su quali basi decidere quando e come verrà intrapresa una azione legale contro il cliente violento.
- Registrare e comunicare allo staff ogni episodio di violenza correlato al lavoro, incluse le minacce.
- Ri-valutare le direttive, le procedure e il bisogno formativo in occasione di un episodio di violenza.
- Sviluppare strumenti per la valutazione del rischio e istruire lo staff a utilizzarli.

DOCUMENTO N. 3

La rilevazione e il monitoraggio degli “eventi sentinella” è fondamentale per poter conoscere e quantificare il fenomeno e per mettere in campo tutti gli accorgimenti utili a prevenire le violenze, a saperle gestire e a sostenere le vittime dopo l’evento. Tale rilevazione rientra a pieno titolo nella procedura di “valutazione dei rischi”, obbligatoria ai sensi del Dlgs n. 81/08. E’ necessario che ogni contesto lavorativo metta a punto una procedura standardizzata di segnalazione e che ogni lavoratore venga correttamente informato sulla procedura nonché incoraggiato e sostenuto nel segnalare l’eventuale evento critico di cui sia stato vittima. Si propone qui un modello di scheda per la segnalazione di episodio di violenza sul lavoro, definito a partire da una ricognizione e da un confronto fra varie schede, proposte in diversi testi e documenti o già adottate da Enti/Servizi italiani.

ESEMPIO DI SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI EPISODIO DI VIOLENZA SUL LAVORO

Questa scheda deve essere compilata ogni volta che viene agito un comportamento aggressivo nell’ambito -o riconducibile- alle attività lavorative del settore Servizi Sociali -Socio assistenziali dell’Ente.

DATI DELLA SEGNALAZIONE

NOME e COGNOME Operatore segnalatore	
QUALIFICA	
AREA/DIPARTIMENTO	
MUNICIPIO/SETTORE	
SERVIZIO/U.O.	
INDIRIZZO sede di lavoro	
DATA SEGNALAZIONE	

DATI DELL’EVENTO AGGRESSIVO

LUOGO in cui si è verificato l’evento (es. sala d’attesa, stanza colloqui, parcheggio, domicilio etc)	
NOME e COGNOME di chi ha subito l’aggressione se diverso dal segnalante	
NOME e COGNOME dell’aggressore	
DATA dell’evento	
GIORNO DELLA SETTIMANA	
ORA dell’evento	



L'evento lesivo/aggressivo è stato agito da:

☐ Utente ☐ Familiare ☐ Operatore ☐ Altra persona

L'evento lesivo/aggressivo è stato rivolto a:

☐ Operatore ☐ Utente ☐ Familiare ☐ Altra persona

Tipo di aggressione subita:

☐ Verbale ☐ Fisica ☐ Minaccia ☐ Sessuale

E' stato utilizzato un oggetto/arma per la violenza?

☐ NO ☐ SI Se sì, quale.....

L'azione aggressiva è stata agita:

☐ Verso oggetti ☐ Verso altri utenti ☐ Verso altre persone/familiari
☐ Verso operatori ☐ Verso sé stessi

Si è ricorso a cure mediche? ☐ SI ☐ NO

E' stato attivato un infortunio INAIL? ☐ SI ☐ NO

E' stato richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine? ☐ SI ☐ NO

E' stata fatta segnalazione alla Autorità Giudiziaria? ☐ SI ☐ NO





FATTORI PREDISPONENTI L'AGGRESSIONE

- a. ☐ Tipologia dell'utente (es. disturbi psichici; uso alcol/droghe; senza dimora; correlato a fenomeni di criminalità etc)
- b. ☐ Precedenti episodi di violenza a carico dello stesso utente
- c. ☐ Tipologia dell'intervento attuato (p. es. allontanamento minori; richiesta assistenziale; intervento domiciliare etc)
- d. ☐ Presenza di corpi contundenti (p. es. forbici, portapenne, ombrelli etc.)
- e. ☐ Barriere linguistiche/culturali
- f. ☐ Mancata o inadeguata comunicazione
- g. ☐ Insoddisfazione per le prestazioni/ tempi di attesa
- h. ☐ Luoghi di attesa poco confortevoli, non favorevoli l'accoglienza degli utenti
- i. ☐ Orari di ingresso/orari visitatori non regolamentati
- j. ☐ Presenza di un solo operatore in servizio
- k. ☐ Assenza di procedura/non adesione alla procedura
- l. ☐ Insufficiente formazione degli operatori
- m. ☐ Inadeguata/mancata formazione su tecniche di gestione della aggressività
- n. ☐ Locali angusti, con vie di fuga difficoltose
- o. ☐ Assenza di impianto video a circuito chiuso
- p. ☐ Assenza sistema di allarme
- q. ☐ Assenza dispositivo di sicurezza (pulsanti antipanico, telefoni; cellulari etc.)
- r. ☐ Illuminazione interna insufficiente
- s. ☐ Illuminazione esterna insufficiente
- t. ☐ Fatica/stress/sovraccarico
- u. ☐ Tipo di turno/orario
- v. ☐ Insufficiente coordinamento con le Forze dell'Ordine
- w. ☐ Tempi di arrivo delle Forze dell'Ordine.....
- x. ☐ Precedenti episodi di violenza verificatisi all'interno dello stesso servizio
- y. ☐ Fattori che hanno distolto l'attenzione (specificare)

.....

.....

- z. ☐ Altro.....(specificare)

.....

.....



DOCUMENTO N. 4

Le capacità relazionali e di comunicazione verbale e non verbale rivestono certamente una particolare importanza nel bagaglio di competenze degli operatori dei Servizi Sociali

La formazione di base, tuttavia, spesso trascura l'approfondimento di tecniche di comunicazione specificamente adatte a situazioni di alta conflittualità.

Per questo, all'interno delle proposte formative da rivolgere agli operatori sociali per la prevenzione e il fronteggiamento di eventuali comportamenti aggressivi o violenti da parte di utenti, è necessario prevedere l'approfondimento di specifiche competenze e tecniche relazionali- comunicative.

Qui si riporta, a titolo di esempio, un approfondimento sulle tecniche di de-escalation verbale realizzato dal Comitato per lo Studio e la Prevenzione della Violenza contro gli Assistenti Sociali, operante presso la sezione del Massachusetts della Associazione Nazionale degli Assistenti Sociali.

TECNICHE VERBALI DI DE-ESCALATION PER DISINNESCARE O ABBASSARE IL LIVELLO DI UNA SITUAZIONE ESPLOSIVA

Di Eva Skolnik-Acker, LICSW, Committee for the Study and Prevention of Violence against Social Workers, NASWMA, agosto 2008

Traduzione e adattamento a cura di M. Alessandra Giribaldi

Quando una situazione potenzialmente violenta rischia di scoppiare, e non ci si trova sotto la minaccia di armi, è appropriato tentare una de-escalation verbale.

Ci sono due concetti importanti da tenere sempre presenti:

1. Ragionare con una persona rabbiosa non è possibile. Il primo e unico obiettivo nella de-escalation è ridurre il livello della tensione in modo che il dialogo diventi possibile.
2. Le modalità di comunicazione nella de-escalation non sono "tradizionali".

Quando si è spaventati si è portati a lottare, fuggire o restare bloccati. Tuttavia, nella de-escalation questi comportamenti non possono essere adottati. Serve apparire concentrati e calmi anche quando la paura sembra prendere il sopravvento.

Serve quindi un addestramento preventivo in modo che queste tecniche possano essere praticate in modo spontaneo e naturale quando se ne presenti la necessità.



Nella de-escalation sono tre gli aspetti che bisogna padroneggiare:

1) L'operatore deve essere in grado di avere il controllo di se stesso.

Serve che il professionista:

- appaia calmo, centrato e sicuro di se, anche se non sente di esserlo;
- cerchi di rilassare muscoli del volto mostrandosi fiducioso perché la sua ansia può – a sua volta - far sentire il cliente ansioso ed insicuro, il che può scatenare l'aggressione;
- usi un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume);
- se ne ha il tempo, si tolga la cravatta, la sciarpa, collane, eventuali simboli religiosi o politici prima di incontrare il cliente (mai farlo in sua presenza);
- non stia sulla difensiva: anche se i commenti o gli insulti sono diretti al professionista essi non lo riguardano *personalmente*;
- non difenda mai se stesso o qualcun altro dagli insulti, accuse o idee sbagliate sul vostro ruolo;
- abbia sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo;
- sia, pertanto, consapevole che ha sempre la possibilità di andarsene, chiedere al cliente di andarsene o chiamare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace;
- sia molto rispettoso, anche quando mette con fermezza dei limiti o chiama aiuto;
- sia consapevole che un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto: l'obiettivo è che il cliente sappia che non è necessario mostrarsi aggressivo per essere rispettato.

2) La posizione fisica

Alcune regole da seguire:

- non dare le spalle per nessun motivo;
- mantenere con il cliente lo stesso livello di sguardo;
- incoraggiare il cliente a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi anche il professionista è opportuno stia in piedi;
- mantenere tra professionista e cliente una distanza maggiore del solito, circa 4 volte la distanza usuale ricordando che la rabbia e l'agitazione “riempiono” lo spazio extra fra due persone;
- non stare faccia a faccia di fronte al cliente;
- mantenere una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario;
- non mantenere un continuo contatto visivo perché è opportuno permettere al cliente di interrompere questo tipo di contatto e guardare altrove;
- non puntare né scuotere il dito gesticolando;



- non sorridere: farlo può sembrare che ci si prenda gioco del cliente ovvero sia una dimostrazione di ansia;
- non toccare il cliente, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico sia culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso;
- non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi;
- non argomentare per provare a far cambiare idea al cliente, piuttosto è opportuno consentirgli possibilità diverse;
- non stare sulla difensiva e non avere un atteggiamento giudicante.

3) La de-escalation verbale

Serve, inoltre:

- ricordare che l'unico contenuto della de-escalation verbale è il riportare con calma l'eccitazione ad un livello di maggiore sicurezza;
- non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando;
- aspettare che il cliente riprenda fiato e solo allora parlare;
- parlare con calma e con un tono di voce medio;
- rispondere alle domande in modo selettivo rispondendo a tutte le domande con un contenuto di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste. Ad esempio: "Perché devo compilare questi moduli di m....?" Questa è una domanda in cui vengono effettivamente richieste informazioni;
- non rispondere mai a domande tendenziose. Ad esempio: "Perché tutti gli assistenti sociali sono dei(insulto)?" . E' molto importante ricordare che a questo tipo di domanda non si deve mai rispondere;
- spiegare i limiti e i ruoli in modo autorevole, fermo, ma sempre con un tono rispettoso;
- prospettare, quando possibile, scelte alternative che consentano ad entrambi di uscire dalla situazione in modo sicuro. Ad esempio: "Che ne pensa di continuare il nostro incontro in modo più tranquillo? Oppure preferisce che ora ci fermiamo e ritornare domani quando le cose saranno più calme?";
- essere empatico con i sentimenti ma non con il comportamento. Ad esempio: "Capisco che lei abbia tutti i motivi per essere arrabbiato, ma non va bene che lei minacci me o il mio staff");
- non chiedere al cliente quali siano i suoi sentimenti, e non interpretarli in modo analitico;
- non argomentare o provare a convincere il cliente;
- entrare in contatto, quando possibile - col livello cognitivo del cliente;



- non chiedere, ad esempio, "Mi dica come si sente" ma piuttosto "Mi aiuti a capire quello che lei vuole dirmi"; normalmente le persone non aggrediscono mentre stanno spiegando ciò che vogliono si sappia;
- suggerire comportamenti alternativi. Ad esempio: "Le va di fare una pausa, prendersi un caffè (tiepido e in bicchiere di carta...) o un bicchiere d'acqua? ";
- esporre le conseguenze dei comportamenti inadeguati senza minacce o rabbia;
- illustrare i controlli esterni come istituzionali piuttosto che personali;
- fidarsi del proprio istinto e della propria esperienza.
- un suggerimento importante, infine: se il professionista valuta o sente – e ciò avverrà nel giro di due-tre minuti - che la de-escalation non sta funzionando deve assolutamente fermarsi.
- se la de-escalation non funziona il professionista deve:
- chiedere alla persona di andarsene, accompagnarla alla porta, chiedere aiuto o allontanarsi e chiamare le Forze dell'Ordine;
- soprattutto, evitare qualsiasi comportamento "eroico" e nemmeno iniziare a provare la de-escalation se il cliente ha un'arma: in questo caso, semplicemente assecondarlo.

DOCUMENTO N. 5

Tutte le raccomandazioni e Linee Guida sottolineano la necessità di fornire al soggetto vittima di aggressioni, minacce o violenza un adeguato sostegno psicologico, suggerendo in particolare di ricorrere ad una attività di debriefing. (vedasi la definizione al Glossario).

E' un intervento che tende alla prevenzione della sindrome da stress post traumatico e che tiene opportunamente conto dell'impatto dell'evento traumatico su tutto il gruppo di lavoro.

Non bisogna dimenticare, infatti, che l'evento traumatico coinvolge certamente il singolo, ma anche il gruppo dei colleghi e il servizio in senso lato: eventuali ricadute negative sulla salute (es. sindrome da stress post traumatico) possono riguardare in modo altrettanto -se non ancor più- severo- chi ha assistito alla violenza che chi l'ha subita in prima persona.

L'eventuale difficoltà a garantire un adeguato supporto psicologico qualificato non deve comunque essere il pretesto per sottovalutare o trascurare l'elaborazione di quanto avvenuto.

Quale strumento utile per riflettere sull'evento critico e rielaborare quanto accaduto si propone qui il Ciclo della riflessività di Gibbs nella versione riportata in "La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari" di A. Sicora.

Questa traccia può essere utilizzata sia dal singolo operatore coinvolto negli eventi sia da più operatori/gruppo di lavoro, inserendo la riflessione su quanto accaduto in un tempo e in un contesto appositamente dedicati. In questo secondo caso l'attività avrà potenzialmente alcune caratteristiche del debriefing, sebbene condotta anche senza l'ausilio di uno psicologo.

CICLO DELLA RIFLESSIVITÀ DI G. GIBBS

1. Descrizione degli eventi

Dov'ero?

Chi altri era con me?

Perché ero lì?

Cosa stavo facendo?

Cosa stavano facendo le altre persone? Qual era il contesto dell'evento?

Cos'è successo?

Che parte ho avuto in ciò che è successo?

Che parte hanno avuto gli altri?

Qual è stato il risultato?



2. Sensazioni

Come erano le mie sensazioni immediatamente prima che l'evento iniziasse?

Cosa stavo pensando in quel momento?

Cosa ho pensato dell'evento quando è iniziato?

Come mi ha fatto sentire?

Cosa mi hanno fatto pensare le parole/azioni degli altri? Come queste mi hanno fatto sentire?

Come mi sono sentito a proposito dell'esito dell'evento? Cosa ne penso ora?

Fare una lista di tutte le emozioni provate in relazione all'evento dal suo inizio alla fine. Quale di queste emozioni ha per me maggior significato?

3. Valutazione

Cosa c'è stato di positivo nell'esperienza? Cosa c'è stato di negativo nell'esperienza?

4. Analisi

Cosa è andato bene?

Cosa ho fatto bene?

Cosa hanno fatto bene gli altri?

Cosa è "andato storto" o non bene come avevo pensato? In che modo ho contribuito a questo?

In che modo gli altri hanno contribuito a questo? Perché sarebbero successe tutte queste cose?

5. Conclusioni

Consapevolezza e comprensione su come il mio comportamento e quello degli altri hanno contribuito agli esiti dell'evento

Cos'altro avrei potuto fare?

6. Piano d'azione

Cosa farei di diverso se la situazione si ripresentasse?



PICCOLO GLOSSARIO DELLA SICUREZZA

Attesa (locali di)

Diverse Linee Guida e raccomandazioni suggeriscono di dedicare particolare attenzione a questi luoghi, per prevenire l'insorgenza e l'escalation di manifestazioni di aggressività da parte di utenti. I luoghi di attesa sono fra quelli in cui più frequentemente si verificano eventi di violenza: i lunghi tempi di attesa, la carenza di informazioni, ambienti spesso squallidi e inospitali, il contatto con altre persone anch'esse sotto stress, sono elementi che contribuiscono ad aumentare il rischio di escalation violenta da parte di utenti/pazienti.

Burn-out

La sindrome da burn-out si riscontra quando le persone sono sfinite a livello emozionale, fisico e spirituale in relazione allo stress correlato alla vita lavorativa.

L'origine del burn out è multifattoriale; fra le cause possiamo individuare: sovraccarico di lavoro; mancanza di controllo sul proprio lavoro; gratificazione e/o compenso insufficienti; perdita del senso di appartenenza all'ambiente di lavoro; assenza di equità, percezione di ingiustizia; valori contrastanti fra mission/strategie organizzative e valori professionali/personali.

Allo stadio conclamato, tale sindrome si manifesta attraverso una complessa sintomatologia che comprende:

- comportamenti che testimoniano un forte disinvestimento sul lavoro;
- eventi autodistruttivi (disturbi di carattere psicosomatico o del comportamento, diminuzione delle difese immunitarie, aumento della propensione agli incidenti, ecc.)
- comportamenti etero distruttivi diretti all'utente (indifferenza, violenza, spersonalizzazione, crudeltà, ecc.).

Nel caso del burn-out, così come per gli altri rischi di tipo psico-sociale, la dimensione organizzativa è elemento fondamentale nel determinare le condizioni di rischio per il lavoratore.

Essere oggetto di comportamenti aggressivi o violenti sul lavoro costituisce un fattore di rischio importante rispetto alla sindrome da burn-out, soprattutto se non sono messi in atto interventi successivi a supporto della vittima e del gruppo di lavoro.

Le professioni dell'aiuto sono fra quello più esposte al rischio di burn-out.

Comitato Unico di Garanzia

Il Comitato Unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) è un organismo presente in ogni pubblica amministrazione. Si tratta di un organismo paritetico, in quanto è formato da componenti designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello dell'amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione stessa.

Il CUG si occupa nello specifico anche delle problematiche concernenti il mobbing, poiché ha accorpato le funzioni e le finalità del Comitato paritetico per le pari opportunità e quelle del Comitato anti mobbing.

Datore di lavoro

Si definisce così il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, colui che ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita poteri decisionali e di spesa. Nelle Pubbliche Amministrazioni si intende come datore di lavoro il dirigente cui spettano i poteri di gestione, dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. E' colui il quale ha obbligo di prevenzione nei confronti dei lavoratori, sia egli delegato a tale ruolo (P.A.), che titolare giuridico della attività.

Rispetto alla gestione della sicurezza sul lavoro, il datore di lavoro ha la responsabilità della gestione, della organizzazione, del controllo, della vigilanza e della attuazione (art. 18 Dlgs 81/08).

Debriefing

Non esiste un termine analogo in italiano: il *debriefing* è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive generate da questo tipo di esperienze. E' un intervento che tende alla prevenzione della sindrome da stress post traumatico e che tiene opportunamente conto dell'impatto dell'evento traumatico su tutto il gruppo di lavoro.

De-escalation verbale

E' una strategia comunicativa finalizzata a ridurre il livello di tensione e a fermare la possibile escalation violenta nella relazione con un utente che manifesti aggressività.

Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)

E' la mappatura -obbligatoria per legge- dei rischi per la salute e la sicurezza presenti in una azienda.

Al suo interno devono essere definite le procedure, i tempi e le modalità necessari per attuare le misure di prevenzione e di protezione da realizzare, e i ruoli di chi deve realizzarle. (art. 17 e 28 del D.lgs 81/08).

Il DVR è un documento dinamico in continua fase di verifica ed aggiornamento che affronta, analizzandole, la probabilità e la gravità degli eventi che nel futuro possono manifestarsi nel corso della attività. La sua stesura e continua verifica è un obbligo non delegabile a carico del Datore di Lavoro, che la svolge con la collaborazione del RSPP e del Medico Competente, sentito e in collaborazione con il RLS.

Evento sentinella

Si tratta di eventi negativi considerati particolarmente significativi, il cui realizzarsi all'interno di un processo lavorativo costituisce un vero e proprio « campanello di allarme » che segnala una seria criticità all'interno del contesto lavorativo (procedimentale, organizzativa etc). Il monitoraggio degli eventi sentinella consente di verificare e valutare le cause di tali eventi e di porre in atto le azioni necessarie a superarle. In sanità è in atto da anni il monitoraggio degli eventi sentinella, codificati dal Ministero della Salute: gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari sono uno degli eventi sentinella per cui è sempre prevista la segnalazione e il monitoraggio.



Formazione (art. 37 del D.Lgs 81/2008;)

Nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro la formazione è intesa come il processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori e agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti.

Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente e adeguata in materia di salute e sicurezza con particolare riferimento a:

- a) concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza;
- b) rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell'azienda.

La durata, i contenuti minimi e le modalità della formazione sono definiti mediante l'*Accordo Stato-Regioni del 21 dicembre 2011, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (G.U.) n. 8 del 11 gennaio 2012.*

La formazione e, ove previsto, l'addestramento specifico devono avvenire in occasione:

- a) della costituzione del rapporto di lavoro o dell'inizio dell'utilizzazione qualora si tratti di somministrazione di lavoro;
- b) del trasferimento o cambiamento di mansioni;
- c) della introduzione di nuove attrezzature di lavoro o di nuove tecnologie, di nuove sostanze e preparati pericolosi. La formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti deve essere periodicamente ripetuta in relazione all'evoluzione dei rischi o all'insorgenza di nuovi rischi.

I dirigenti e i preposti ricevono a cura del datore di lavoro, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro. I contenuti di questa formazione comprendono:

- a) principali soggetti coinvolti e i relativi obblighi;
- b) definizione e individuazione dei fattori di rischio;
- c) valutazione dei rischi;
- d) individuazione delle misure tecniche, organizzative e procedurali di prevenzione e protezione.

Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ha diritto ad una formazione particolare in materia di salute e sicurezza concernente i rischi specifici esistenti negli ambiti in cui esercita la propria rappresentanza, tale da assicurargli adeguate competenze sulle principali tecniche di controllo e prevenzione dei rischi stessi.



Formazione (obbligo di)

Nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro tutti i lavoratori di tutti i settori devono essere formati. I percorsi formativi sono suddivisi in 2 livelli consecutivi: formazione generale di 4 ore uguale per tutti + formazione specifica in base al lavoro svolto e al livello di rischio dell'azienda individuato in base alla classificazione delle attività economiche **ATECO** (**AT**tività **ECON**omiche).

I settori della Pubblica Amministrazione e dei Servizi Sociali non residenziali sono considerati "a rischio medio" e dunque prevedono ulteriori 8 ore di formazione obbligatoria.

Sanità e Servizi Sociali residenziali sono considerati settori "a rischio alto", per cui sono previste ulteriori 12 ore di formazione.

Gruppo omogeneo di lavoratori

Si intende un raggruppamento di lavoratori che risulti esposto o che si ritiene possa essere esposto al medesimo livello di rischio, a prescindere dall'entità di tale rischio.

Nella valutazione dei rischi presenti in un determinato contesto lavorativo, infatti, ciò che conta è l'effettiva esposizione a determinate condizioni di rischio da parte dei lavoratori. Perciò, non interessa la "qualifica professionale in sé" ricoperta dal lavoratore, bensì si considerano - concretamente e in modo puntuale- quali fattori di rischio comporti l'operare in un contesto di lavoro specifico e caratterizzato per gli aspetti logistici, di utenza, di organizzazione. Ad esempio, non vi sarà un generico rischio per gli assistenti sociali (che possono operare all'interno della stessa amministrazione con compiti e in contesti diversi); il gruppo omogeneo di lavoratori potrà invece essere costituito da assistenti sociali, educatori e psicologi, e altre figure professionali, se le concrete condizioni di rischio sul lavoro sono « omogenee ».

Nella definizione dei gruppi omogenei di lavoratori si deve tener conto delle specifiche variabili soggettive nelle quali possono essere suddivisi, come differenza di genere, età, competenza, formazione, ecc.

Informazione (art. 36 D. Lgs 81/2008)

Nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro l'informazione è intesa come il complesso delle attività dirette a fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro. Il datore di lavoro provvede affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- a) sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alla attività della impresa in generale;
- b) sulle procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro;
- c) sui nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di cui agli articoli 45 e 46
- d) sui nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione, e del medico competente.

Il datore di lavoro provvede altresì affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione:

- a) sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;
- b) sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi sulla base delle schede dei dati



- di sicurezza previste dalla normativa vigente e dalle norme di buona tecnica;
c) sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate.

Infortunio sul lavoro

Si definisce così un evento lesivo, dovuto a causa violenta, in occasione di lavoro. Una aggressione subita in occasione di lavoro si configura come un infortunio sul lavoro.

Anche in assenza di lesioni fisiche è sempre opportuna una visita medica con relativa certificazione a seguito di aggressione: le conseguenze psichiche dell'evento possono insorgere anche a distanza di tempo (vedi *stress post traumatico*) e in assenza di tale certificazione potrebbe essere difficile dimostrarne la relazione causale ai fini delle tutele INAIL.

Lavoratore

E' la persona che svolge, a prescindere dalla tipologia contrattuale, un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione (sono esclusi gli addetti ai servizi domestici ed i familiari). Sono equiparati al lavoratore : il socio lavoratore di cooperativa o società ; l'associato in partecipazione ; il soggetto che svolge tirocinio ; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari ed il partecipante a corsi di formazione professionale; i volontari del Corpo Nazionale Vigili del Fuoco e della Protezione Civile ; i lavoratori socialmente utili.

Ogni lavoratore, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro, ha l'obbligo di prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, sulle quali ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni (*cfr art. 20 Dlgs 81/2008*)

Malattia professionale

E' quella patologia dovuta alla esposizione, di norma prolungata, ad agenti nocivi presenti nell'ambiente di lavoro. Inizialmente, agli albori della normativa su lavoro-salute-sicurezza, l'agente nocivo veniva identificato sostanzialmente con elementi dell'ambiente fisico (sostanze tossiche, rumore, temperatura dell'ambiente..). Oggi tale visione è superata in favore di una concezione assai più ampia, che comprende anche tutti gli elementi di tipo organizzativo e psicosociale, che maggiormente interessano i lavoratori dei servizi sociali.

Medico competente

E' il medico, in possesso di titoli e requisiti formativi specifici (*art 38 Dlgs 81/2008*), che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare sorveglianza sanitaria e per tutti i compiti specifici indicati dalla normativa.



Mobbing

Il mobbing consiste in un maltrattamento psicologico nei confronti del lavoratore, che deve essere deliberato, protratto nel tempo e avere come obiettivo dimostrato quello di far fuoriuscire il lavoratore dalla attività/azienda. Implica la presenza di un aggressore (*mobber*), una vittima e possibili spettatori (colleghi). In materia di tutela dal mobbing nelle pubbliche amministrazioni è competente il Comitato Unico di Garanzia.

Organizzazione

Il modello culturale alla base della attuale normativa italiana sulla salute e sicurezza in ambito lavorativo pone al centro della gestione della sicurezza non più solo l'ambiente fisico di lavoro ed il singolo individuo, ma anche l'organizzazione: è in base a come il lavoro è organizzato, alle scelte e alle decisioni organizzative adottate, che possono realizzarsi le condizioni di pericolo o di rischio per il benessere sia fisico sia psichico dei lavoratori.

Preposto al Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi

E' una figura intermedia all'interno del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi, in possesso di specifiche capacità e requisiti professionali, normalmente più vicina al concreto contesto lavorativo e più facilmente «accessibile» da parte dei lavoratori. Ha compiti di controllo, vigilanza ed attuazione. Sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa

Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

Si tratta di un lavoratore, eletto o designato a rappresentare i lavoratori per quanto riguarda tutti gli aspetti della salute e della sicurezza sul lavoro. (D.lgs 81/2008 art. 47-50).

Ha il fondamentale compito di controllo del rispetto delle regole da parte dell'impianto prevenzionistico aziendale; a tal proposito, fra le altre sue prerogative, riceve tutta la documentazione aziendale inerente e viene, di norma, sentito durante tutte le fasi del processo di riduzione dei rischi.

Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione (RSPP)

E' la persona, in possesso di specifiche capacità e requisiti professionali, designata dal Datore di lavoro -a cui risponde – per coordinare il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi.

Rischio

Il rischio di cui ci si deve occupare trattando di prevenzione e protezione in ambiente di lavoro non può essere un'opinione: si tratta infatti di un concetto statistico (è la combinazione della probabilità che si verifichi un evento dalle conseguenze negative ed il “valore” di gravità dell'infortunio che può manifestarsi), che presuppone una quantificazione e un calcolo matematico circa l'incidenza di eventi critici relativi alla salute a causa del lavoro. Per questo motivo è fondamentale e assolutamente necessario



monitorare gli «eventi sentinella», trattando questi elementi con riferimento a gruppi omogenei di lavoratori.

E' possibile ovviamente attingere a banche dati e letteratura per prevedere quanto, con ragionevole probabilità, possa essere definito come "rischio atteso" nella attività analizzata.

Rischi psicosociali sul lavoro

Si tratta di quegli aspetti relativi alla progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, nonché ai rispettivi contesti ambientali e sociali, che dispongono del potenziale per dar luogo a danni di tipo fisico, sociale e psicologico (da *Cox e Griffiths, 1995*). Stress, mobbing, burn out, rischio di violenza e aggressioni rientrano fra i rischi psicosociali, e sono fra le principali cause di alterazione della salute sul posto di lavoro. Importante è il passaggio dalla superata concezione «individuale» del rischio psicosociale, cioè legata a presunte debolezze o predisposizioni imputate al lavoratore, all'attuale concezione che, invece, pone al centro del problema l'organizzazione, la gestione e le interazioni all'interno dell'ambiente di lavoro.

Servizio di Prevenzione e Protezione (S.P.P.) art. 33 Dlgs 81/2008

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi è costituito dalle persone, dai sistemi e dai mezzi interni o esterni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori. Diversi sono gli attori della sicurezza sui posti di lavoro: datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, responsabile del servizio di prevenzione e protezione, medico competente, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, addetti all'antincendio e al primo soccorso.

Il S.P.P. ha fra i suoi compiti: individuare i fattori di rischio; valutare i rischi; individuare ed elaborare misure preventive e protettive; elaborare procedure di sicurezza; consultare e incontrare periodicamente i lavoratori; proporre programmi di informazione e formazione; informare i lavoratori su rischi, misure e procedure.

Sindrome da stress post-traumatico

E' così definito l'insieme dei sintomi che conseguono ad un evento traumatico, violento o catastrofico quali ad esempio terremoto, aggressione etc. Anche i testimoni all'evento traumatico, sebbene non colpiti in prima persona, possono soffrire di questo disturbo (cosiddetti pazienti secondari).

La sintomatologia consiste in flashback (l'evento si ripropone alla memoria, lo si «rivive»); tendenza ad evitare tutto ciò che, direttamente o indirettamente, è riconducibile all'esperienza traumatica; incubi e disturbi del sonno; stato ansioso. I disturbi possono comparire già da poche ore dopo l'evento, ma anche settimane o mesi dopo, e perdurare per molto tempo.

Stress

Di per sé non è una malattia, bensì un fattore di rischio. Lo stress non «fa parte» dell'individuo, o dell'ambiente, ma è il risultato di un processo che coinvolge l'individuo nella sua interazione con l'ambiente. Lo stress è inteso come la sofferenza dell'operatore nel fare fronte a richieste dell'ambiente di lavoro e dell'utenza che egli percepisce come soverchianti e che non riesce ad affrontare o controllare.



E' accertato che uno stress eccessivo (*distress*) è causa di problemi di salute sia fisica sia mentale per il lavoratore. La circolare n. 15 del 18/11/2010 del Ministero del Lavoro stabilisce che la Valutazione dei rischi debba tenere conto anche dei rischi da stress lavoro-correlato.

Le variabili, cioè gli indicatori stressogeni che devono essere analizzati nella valutazione devono tener conto di un approccio multidisciplinare all'ambiente di lavoro, comprensivo anche dei rischi fisici presenti, della sua salubrità, della organizzazione del lavoro e del rapporto con il management.

Stalking

In Italia dal 2009 esiste una normativa specifica in riferimento al fenomeno dello stalking (L. n. 38/2009 da art. 7 ad art.9). Lo stalking si verifica quando «*chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita*». Le professioni di aiuto sono fra le categorie vittimologiche più a rischio di subire stalking.

Testo Unico per la Sicurezza sui luoghi di lavoro

Il Dlgs.81/2008 costituisce la principale fonte normativa italiana in materia di tutela della salute in ambiente di lavoro, ed è una legge in continua evoluzione ed aggiornamento. Il principio fondante di tale normativa è che la gestione della sicurezza sul lavoro si realizza per mezzo di un processo partecipato, che prevede diversi attori (*cfr. voce Servizio di Prevenzione e Protezione*) e che deve coinvolgere tutto il personale.

Valutazione del rischio

E' alla base dell'approccio europeo e italiano per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. La valutazione del rischio si basa su diversi aspetti e procedure quali: questionari; liste di controllo; analisi statistica degli infortuni, degli eventi sentinella o di variabili precedentemente individuate, dei tassi di malattia ed assenza dal lavoro, carichi di lavoro etc. Si tiene anche conto di quanto già indicato nella letteratura scientifica sull'argomento, mettendolo in relazione con il concreto ambiente lavorativo a cui ci si riferisce.



QUADRO NORMATIVO ESSENZIALE DI RIFERIMENTO

- D. Lgs 81/2008 Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro.
- L. n. 38/2009 da art. 7 a art.9 sullo Stalking
- Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, “Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni”, novembre 2010.
- Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8 “Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, novembre 2007.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Fenoglio R., L. Nardi, A. Sumini, A. Tassinari , «L'aggressività nei servizi sociali: analisi del fenomeno e strategie di fronteggiamento», ed. Maggioli, 2012
- Gentile L., RSPP Asl 15 Cuneo, “Valutazione del rischio aggressione » (<http://ebookbrowse.com/valutazione-del-rischio-aggressione-doc-d10288593>)
- Gioncada M., “Diritto dei servizi sociali per assistenti sociali, psicologi, educatori, avvocati”, Maggioli Editore –2009
- Giribaldi M. A., «Servizio Sociale e sicurezza sul lavoro. Il rischio di violenza e aggressione», Notiziario Sunas n. 188/2011
- ISPESL, «La valutazione dello stress lavoro-correlato. Proposta metodologica» 2010 (<http://www.ispesl.it>)
- Magnavita N. et al., «Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni», Giornale italiano di medicina del Lavoro, 2011; 33:3, Suppl. 274-27
- Maslach e M. P. Leiter, «Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro», Erickson, 2000
- National Task Force on violence against Social Care Staff, Report and national actionplan, 2000 (<http://www.dh.gov.uk>)
- Pizzi D., “ Quando precario è l’operatore sociale”, Animazione Sociale, XLI (256) ottobre 2011
- Sicora A., «La violenza contro i professionisti dell'aiuto», Prospettive sociali e sanitarie n. 3, 2011
- Sicora A., a cura di, “La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari”, Carocci, 2013
- Skolnik-Acker E., «Verbal-de-escalation techniques for defusing or talking down an explosive situation», NASW Press, Massachussets Chapter, 2008



SITOGRAFIA

- <http://www.lavoro.gov.it>
- <http://www.salute.gov.it>
- <http://www.ispesl.it> (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, confluito nell'INAIL)
- <http://osha.europa.eu> (Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro; Schede E- Facts n° 18; 24; 26; 46)
- <http://www.osha.gov> (U.S. Departement of Labor)
- <http://www.dh.gov.uk>
- <http://www.nasw.org> (NASW- *National Association of Social Workers* -U.S.A.)
- <http://www.naswma.org> (NASW sezione del Massachusetts)
- <http://www.hse.UK.gov/stress> (Ente indipendente inglese per la prevenzione dei rischi, degli infortuni e delle morti sul lavoro).
- <http://careers.socialworkers.org/explore/workforce.asp> (NASW Center for Workforce Studies at the University at Albany)
- www.ilo.org