



Buone pratiche per la promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani, anche per contrastare possibili violenze e aggressioni

PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025



PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025

DGR 2144/2021

Programma Predefinito (PP) 08 – Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

Buone pratiche per la promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani, anche per contrastare possibili violenze e aggressioni

Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale cura della persona, salute e welfare

Giuseppe Diegoli Responsabile Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Mara Bernardini Responsabile Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro

Marco Broccoli Area Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro, Responsabile PP08

Gruppo di lavoro

Antonio Argentino SPSAL Ausl della Romagna - Ravenna

Walter Catellani SPSAL Ausl Parma

Maria Teresa Cella SPSAL Ausl Piacenza

Patrizia Cichella SPSAL Ausl Bologna

Valentina Croci SPSAL Ausl della Romagna - Cesena

Cinzia Di Maggio SPSAL Ausl Parma

Ilaria Lacava SPSAL Ausl Imola

Francesco Mariani SPSAL Ausl della Romagna - Rimini

Donatella Nini SPSAL Ausl Imola

Monica Paltrinieri SPSAL Ausl Modena

Riccardo Perduri SPSAL Ausl Reggio Emilia

Annalisa Piva SPSAL Ausl Piacenza

Simonetta Puglioli Area Integrazione sociosanitaria - Non autosufficienza - Regione Emilia-Romagna

Federico Ricci Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Francesco Pio Ruggieri SPSAL Ausl della Romagna - Forlì

Chiara Tanzi SPSAL Ausl Parma

Francesca Zanardi SPSAL Ausl Ferrara

In collaborazione con

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia UNIMORE

Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze

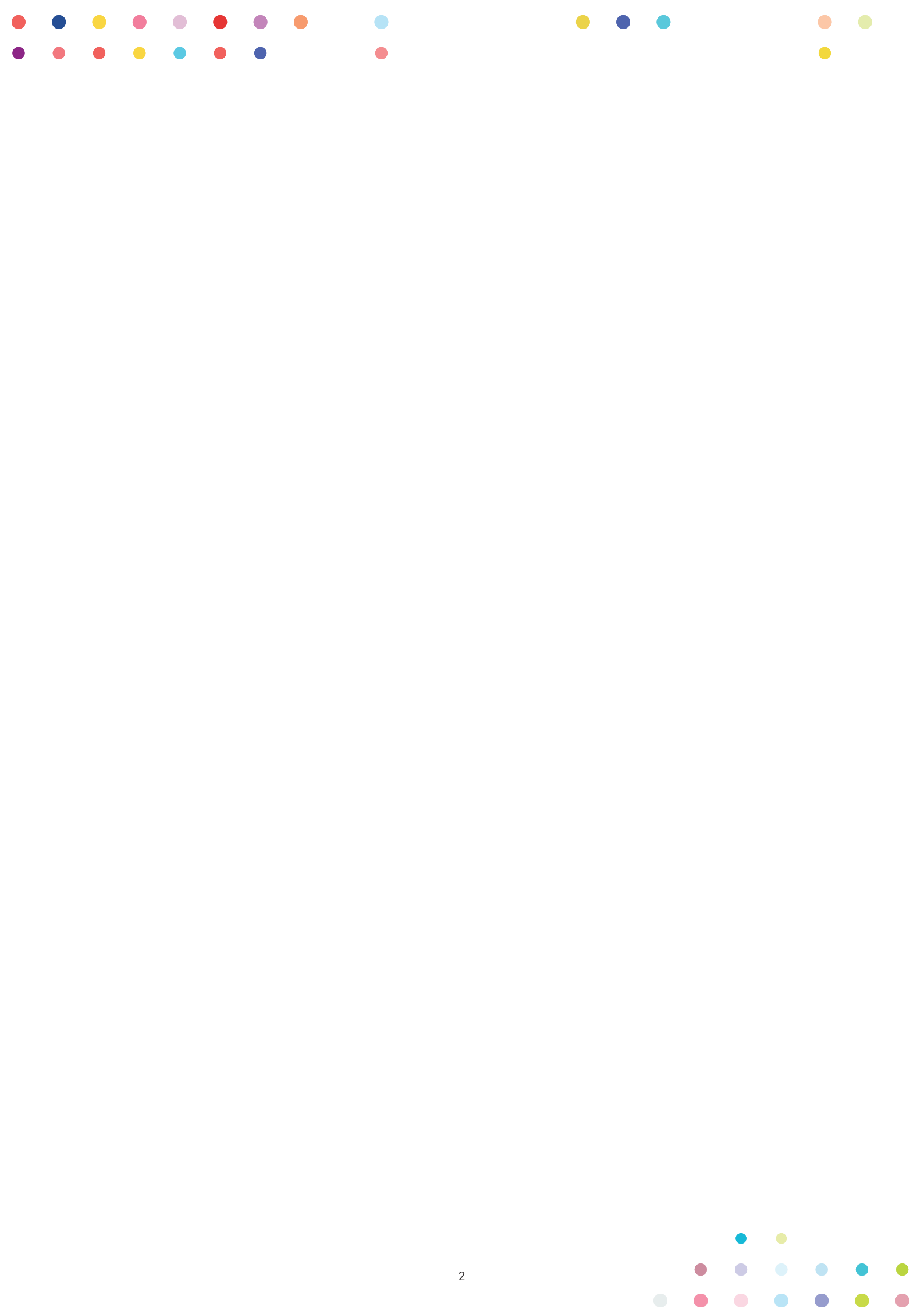
Prima edizione

Stampa: Regione Emilia-Romagna, maggio 2023

Grafica e impaginazione: tracce.com

Sommario

Finalità del piano mirato	3
Attività	3
Premessa	6
Risultati attesi dagli utenti	6
La prevenzione degli abusi	7
L'attenzione al benessere del personale	7
L'idoneità del personale	7
Sicurezza e lavoro	7
Il documento di valutazione dei rischi e lo SLC	7
Problematica (pericolo/rischio/danno)	8
La violenza nei luoghi di lavoro	8
Stress e violenza	8
Infortuni sul lavoro da aggressioni	9
Una ricerca in Regione Emilia-Romagna	10
Analisi tematica dei risultati della ricerca	10
Disomogeneità dello strumento di segnalazione degli episodi di violenza	10
Eccessivo carico di lavoro	11
Fattori relativi agli ospiti o familiari e l'instabilità fisica e psichica degli stessi	11
Aspettative degli utenti/familiari non soddisfatte	11
Turni di lavoro / Scarsa compatibilità tra operatori con esperienza e neoassunti / alto turn over	11
Atteggiamenti aggressivi nei confronti degli ospiti da parte degli operatori	12
Problemi comunicativi	12
Sovraccarico biomeccanico	12
Soluzione (prevenzione del rischio)	12
Norma ISO 45003	12
Resilienza organizzativa	13
Il percorso metodologico per la valutazione del rischio	14
Definizione di stress e stress lavoro correlato	14
Indicazione per l'efficacia della valutazione del rischio	14
Le fasi della valutazione	14
Un ruolo per il medico competente	15
Caratteristiche ed efficacia di un sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza	16
Criteri di efficacia degli interventi	17
Scheda di autovalutazione	17
Efficacia	18
Costi / benefici	18
Allegato 1. Autovalutazione del processo di valutazione del rischio stress lavoro correlato	19
Allegato 2. Autovalutazione del sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali	23
Allegato 3. Autovalutazione da parte dell'operatore del proprio vissuto in episodi di violenza	31



Finalità del piano mirato

Il Piano della Prevenzione 2021-2025 della Regione Emilia-Romagna nell'ambito programma PP8, include il progetto: **“Prevenzione del rischio stress lavoro correlato, promozione del benessere organizzativo nelle strutture residenziali di assistenza per anziani anche per contrastare possibili violenze ed aggressioni”**.

Il progetto potrà contribuire a sensibilizzare e richiamare l'attenzione su aspetti determinanti per il benessere di ospiti e operatori, anche mettendo a disposizione strumenti operativi specifici per garantire il monitoraggio della situazione interna e facilitare l'individuazione delle soluzioni più opportune ad ogni specifico contesto.

Attività

Le strutture residenziali per anziani (DGR 564/2000, DGR 1423/2015, DGR 664/2017) nel territorio dell'Emilia-Romagna, sono complessivamente 1.222 così ripartite:

- CRA accreditate (n. 343);
- strutture non accreditate ovvero case di riposo, comunità alloggio, CRA non accreditate, ex case protette e RSA (n. 444);
- casefamiglia, gruppi appartamento, alloggi con servizi, strutture che non necessitano di autorizzazione bensì solo di segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) (n. 435).

CASA RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CRA

La Casa residenza per anziani non autosufficienti CRA è una struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. La Casa residenza per anziani non autosufficienti CRA fornisce ospitalità ed assistenza; offre occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane; offre stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione. Fornisce altresì assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere dell'anziano ospitato. Di norma la CRA ospita anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari correlati ad elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate). La CRA può ospitare anche anziani non autosufficienti con elevati bisogni assistenziali, riabilitativi e sanitari, preferibilmente in nuclei appositamente individuati. In ogni caso garantisce una adeguata organizzazione del servizio e adegua la presenza del personale. La capacità ricettiva della CRA è pari - di norma - ad un massimo di 75 posti residenziali con un'organizzazione degli spazi e delle prestazioni per nuclei di ospiti di circa 20-30 persone ciascuno. Le strutture con capacità ricettiva superiore, devono anch'esse organizzare gli spazi e le prestazioni per nuclei di circa 20-30 persone ciascuno.

CASA DI RIPOSO, CASA ALBERGO, ALBERGO PER ANZIANI

Con la denominazione di Casa di riposo, casa albergo, albergo per anziani, si indica la medesima tipologia di struttura; di seguito si indicherà, per ragioni di sintesi, la sola Casa di riposo, con la precisazione più sopra indicata. La Casa di riposo è una struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve. La Casa di riposo fornisce ospitalità ed assistenza; offre occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane; offre stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione. La capacità ricettiva della Casa di riposo non può superare i 120 posti residenziali.

COMUNITÀ ALLOGGIO

La Comunità alloggio è una struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà. La Comunità alloggio fornisce ospitalità ed assistenza creando le condizioni per una vita comunitaria, parzialmente autogestita, stimolando atteggiamenti solidaristici e di auto-aiuto, con l'appoggio dei servizi territoriali. La Comunità alloggio può ospitare, di norma, fino a un massimo di 16 ospiti. Di seguito si riportano alcune tabelle utili alla descrizione della distribuzione delle strutture nel territorio. (Fonte: sistema informativo regionale: “Anagrafe delle strutture”)

TABELLA 1

Numero di strutture, posti letto complessivi e posti letto accreditati per tipologia di struttura in Emilia-Romagna

Gruppo	Tipo di struttura	N.strutture	Posti letto accreditati	Posti letto	% posti letto accreditati
A	Casa-Residenza per anziani non autosuff. (CRA)	366	16.810	21.280	78,99
B	Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	194	-	6.368	0,00
B	Casa Protetta per anziani	52	-	1.474	0,00
B	Comunita Alloggio per anziani	160	-	2.121	0,00
B	Residenza Protetta per anziani	13	-	231	0,00
B	RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	2	-	40	0,00
C	Alloggi con servizi	46	-	449	0,00
C	Casa Famiglia - DGR 564/00 e succ. integrazioni-anziani	341	-	1.932	0,00
C	Gruppo appartamento per anziani	48	-	253	0,00
Totale		1.222	16.810	34.148	49,23

TABELLA 2

Numero di strutture e loro dimensione (posti letto complessivi) per tipologia di struttura in Emilia-Romagna

Gruppo	Tipo di struttura	Strutture	Posti letto	Min	Media	DS	Max
A	Casa-Residenza per anziani non autosuff. (CRA)	366	21.280	10,0	58,3	31,53	211
B	Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per anziani	194	6.368	3,0	33,0	22,25	191
B	Casa Protetta per anziani	52	1.474	4,0	28,3	16,69	80
B	Comunita Alloggio per anziani	160	2.121	4,0	13,3	5,06	47
B	Residenza Protetta per anziani	13	231	2,0	17,8	13,75	52
B	Rsa - Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	2	40	10,0	20,0	14,14	30
C	Alloggi con servizi	46	449	1,0	9,8	17,89	106
C	Casa Famiglia - DGR 564/00 e succ. integrazioni-anziani	341	1.932	2,0	5,8	0,75	11
C	Gruppo appartamento per anziani	48	253	2,0	5,3	1,48	10
Totale		1.222	34.148	1	28,17	29,76	211

TABELLA 3

Numero di strutture suddivise per gruppi di tipologie per Ausl e Provincia

Strutture Ausl-Provincia	A	B	C	A-B-C
101 - PC	26	40	38	104
102 - PR	48	45	45	138
103 - RE	51	28	6	85
104 - MO	54	24	17	95
105 - BO	60	114	65	239
106 - BO	10	19	9	38
109 - FE	29	40	82	151
114 - FC	31	33	40	104
114 - RA	33	53	118	204
114 - RN	24	25	15	64
Totale	366	421	435	1.222

TABELLA 4**Numero di strutture e posti letto per Ausl e Provincia**

Ausl - Provincia	N.strutture	Posti letto accreditati	Posti letto	% posti letto accreditati
101 - PC	104	1.258	2.809	44,78
102 - PR	138	1.822	3.855	47,26
103 - RE	85	2.003	3.410	58,74
104 - MO	95	2.551	3.857	66,14
105 - BO	239	3.049	7.288	41,84
106 - BO	38	513	1.085	47,28
109 - FE	151	1.494	3.302	45,25
114 - FC	204	1.506	3.500	43,03
114 - RA	104	1.624	2.987	54,37
114 - RN	64	990	2.055	48,18
Totale	1.222	16.810	34.148	49,23

TABELLA 5**Numero di gestori suddivisi per gruppi di tipologie per Ausl e Provincia**

Gestori Ausl-Provincia	A	B	C
101 - PC	20	35	13
102 - PR	20	33	29
103 - RE	24	28	4
104 - MO	33	21	12
105 - BO	38	105	49
106 - BO	5	18	6
109 - FE	21	29	57
114 - FC	26	26	24
114 - RA	18	45	67
114 - RN	17	22	8

TABELLA 6**Numero strutture suddivise per gruppi di tipologie e per Ausl e Provincia**

Gruppo	Tipo di struttura	PC	PR	RE	MO	BO	IMO	FE	RA	FC	RN	Totale
A	Casa-Residenza per anziani non autosuff_ (CRA)	26	48	51	54	60	10	29	34	31	24	367
B	Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per anziani	15	16	14	11	71	9	17	14	11	16	194
B	Casa Protetta per anziani	7	2	7		15	7	5	3	0	6	52
B	Comunita Alloggio per anziani	16	25	5	13	24	3	15	35	22	2	160
B	Residenza Protetta per anziani	2	2	1		3		3	1		1	13
B	Rsa - Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani			1		1						2
C	Alloggi Con Servizi	28	10	1	2	1	1			2	1	46
C	Casa Famiglia - DGR 564/00 e succ_ integrazioni-anziani	9	34	5	14	58	8	81	121	14	2	346
C	Gruppo appartamento per anziani	1	1		1	6		1	1	25	12	48
Totale		104	138	85	95	239	38	151	209	105	64	1.228

TABELLA 7**Numero strutture suddivise per natura giuridica**

Gruppo	Tipo di struttura	Persona fisica	Persona giuridica privata	Persona giuridica privata no profit	Persona giuridica pubblica	Totale
A	Casa-Residenza per anziani non autosuff. (CRA)		55	226	85	366
B	Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani		85	95	14	194
B	Casa Protetta Per Anziani		34	17	1	52
B	Comunita Alloggio Per Anziani		79	57	24	160
B	Residenza Protetta Per Anziani		1	7	5	13
B	Rsa - Residenza Sanitaria Assistenziale Per Anziani			1	1	2
C	Alloggi Con Servizi		2	24	20	46
C	Casa Famiglia - DGR 564/00 e succ. integrazioni-anziani	2	300	37	2	341
C	Gruppo appartamento per anziani		26	21	1	48
Totale		2	582	485	153	1.222

Il benessere degli ospiti e il benessere dei lavoratori sono il risultato di una interazione all'interno di una medesima organizzazione. Aspetti di qualità del servizio e di tutela della salute dei lavoratori sono interconnessi e sinergici e sono considerati fin dal momento dell'accreditamento delle strutture socio sanitarie.

Premessa

La DGR 514/2009 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari" e s.m.i., definisce i requisiti di accreditamento che si applicano attualmente a 5 tipologie di servizi: il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD), il centro diurno anziani (CD), la casa residenza per anziani non autosufficienti (CRA), il centro socio-riabilitativo diurno (CSR) e residenziale (CSRR) per disabili. Al seguente link è disponibile la normativa regionale: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/autorizzazione-e-accreditamento/servizi-socio-sanitari-e-sociali>.

I requisiti per l'accreditamento sono organizzati in "Requisiti generali" (RG), che si riferiscono a tutte le tipologie di servizio, e in "Requisiti specifici" (SP) relativi a singole tipologie di servizio e sono articolati in 10 aree: 1.Politica e pianificazione strategica, 2.Pianificazione operativa del servizio, 3.Comunicazione trasparenza e partecipazione, 4.Struttura, 5.Attrezzature, 6.Formazione e sviluppo risorse umane, 7.Sistema informativo, 8.Processi e procedure generali, 9.Verifica dei risultati e 10.Miglioramento.

Al fine di rendere evidente i risultati ed i benefici per gli utenti dei servizi, all'interno di ogni area sono stati richiamati alcuni "risultati attesi dal punto di vista degli utenti" con l'intento di orientare nella sostanza il rispetto e l'assolvimento dei requisiti. Si riporta di seguito un estratto di alcuni elementi che sostanziano l'accreditamento e che coinvolgono anche le azioni previste dalla normativa di tutela della salute dei lavoratori e la promozione del benessere lavorativo.

Risultati attesi dagli utenti

Politica e pianificazione strategica - "Il servizio è organizzato/la casa è condotta in modo responsabile verso la comunità e nel miglior interesse degli ospiti. Gli ospiti beneficiano dell'approccio etico e di leadership del servizio/della casa".

Comunicazione, trasparenza, partecipazione - "Si assicura comunicazione, trasparenza e partecipazione nelle relazioni interne ed esterne al servizio e al soggetto che lo gestisce, per garantire l'integrazione nella comunità locale, la libertà di scelta e la tutela dei diritti degli utenti, dei loro familiari e degli operatori".

La prevenzione degli abusi

Processi e procedure generali – “Il soggetto gestore deve assicurare che gli utenti siano protetti da ogni forma di abuso. (RG 8.7). A questo fine, definisce procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, privacy, protezione dello sfruttamento di qualsiasi tipo, da negligenza, discriminazioni, da trattamenti non rispettosi della dignità personale)”.

L'attenzione al benessere del personale

Formazione e sviluppo risorse umane – “Devono essere utilizzati strumenti che permettano di monitorare e migliorare il livello di motivazione e il clima organizzativo (anche attraverso strumenti per misurare la soddisfazione degli operatori, l'adesione ai cambiamenti organizzativi, la flessibilità) e di prevenire il burn out del personale”. (RG 6.16)

Verifica dei risultati – È prevista una valutazione documentata dell'attività annuale inerente il clima organizzativo. (RG 9.2)

Pianificazione operativa del servizio di CRA – “È documentata la consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale di utenti e familiari, in relazione a quanto previsto dai PAI, nonché per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori, secondo quanto previsto da specifico programma di struttura”. (RG 2.1.9)

L'idoneità del personale

Pianificazione operativa del servizio – “Devono essere definite, sulla base della disciplina di cui agli accordi collettivi in vigore, regole e strategie per eventuali necessità di ricollocazione del personale in caso di inidoneità alle mansioni”. (RG 2.7)

Formazione e sviluppo risorse umane – “Sono esplicitate le modalità attraverso le quali il servizio seleziona il personale, in particolare: - definizione di caratteristiche personali e professionali per l'accesso; definizione di regole per l'accesso; [...] (RG 6.1). In particolare, i criteri di selezione del personale devono basarsi sulla verifica del possesso di caratteristiche idonee alla tipologia di utenza del servizio nel rispetto dei requisiti di accesso prescritti”. (RG 6.2)

Sicurezza e lavoro

Decadenza e revoca - L'accreditamento definitivo può essere temporaneamente sospeso o definitivamente revocato con motivato provvedimento in caso di mancato rispetto e degli obblighi in materia di sicurezza e lavoro. (anche l'accreditamento provvisorio) (Par.5.3.5 DGR 514/09)

Pianificazione operativa del servizio – “Deve essere data attuazione al Dlgs. 81/2008, garantendo l'attuazione degli specifici adempimenti”. (RG 2.16)

Per tutte le strutture autorizzate al funzionamento, anche non accreditate, sono previsti requisiti minimi funzionali e strutturali di carattere generale – “Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia [...] igiene e sicurezza, previsti per le singole tipologie indicate nella II parte della presente direttiva, in relazione alle loro caratteristiche.” (DGR 564/00 e s.m.i.)

Indirizzi regionali per i regolamenti locali inerenti le case famiglia per anziani e disabili - Fra gli aspetti organizzativi e gestionali è prevista la realizzazione di un documento relativo della avvenuta valutazione dei rischi e adozione delle misure necessarie ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii.

Negli “Elementi qualitativi ulteriori” è previsto: “Il gestore promuove periodicamente la valutazione dello stress psico-fisico del personale e adotta strategie per la prevenzione del burnout”.

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/case-famiglia-anziani-e-disabili>

Il documento di valutazione dei rischi e lo SLC

Il rischio per SLC riguarda tutti i contesti in cui ci sono operatori, seppure con caratteristiche e modalità di rilevazione e gestione differenti, e richiede la massima attenzione sia da parte delle grandi strutture per anziani che da parte delle piccole realtà di tipo familiare ed è comunque necessario che tale tema sia presente nel Documento di valutazione dei rischi.

Problematica (pericolo/rischio/danno)

La violenza nei luoghi di lavoro

La violenza nei luoghi di lavoro è definita come "qualsiasi atto o minaccia di violenza fisica, molestie, intimidazioni o altre minacce, comportamenti dirompenti che si verificano sul luogo di lavoro (OSHA, 2018). L'International Council of Nurses include la violenza fisica e psicologica, i maltrattamenti, il mobbing o il bullismo, le molestie razziali e sessuali e può comprendere le interazioni tra colleghi, supervisori, pazienti, familiari, accompagnatori. Il Bureau of Labor Statistics, Census of Fatal Occupational Injuries afferma che gli operatori sanitari sono 16 volte più a rischio di violenza degli altri lavoratori. Tra gli operatori sanitari, gli infermieri hanno il più alto rischio di violenza a causa della natura dell'assistenza infermieristica e dello stretto contatto con i pazienti (Cannavò M., Fusaro N., et al., 2017). È importante chiarire che le aggressioni sul luogo di lavoro possono avere sia origine endogena, ovvero maturare ed essere veicolate da persone interne all'azienda nei confronti di colleghi, oppure essere messe in atto da soggetti esterni all'organizzazione.

Pertanto, è stata proposta una classificazione della violenza sul luogo di lavoro in 4 tipi:

- Tipo I: Chi perpetra la violenza non ha legami con il luogo di lavoro, lavoratori, pazienti, ospiti;
- Tipo II: Chi perpetra la violenza è un paziente o un visitatore o un fornitore;
- Tipo III: Chi perpetra la violenza è un lavoratore o ex-lavoratore di quella struttura;
- Tipo IV: Chi perpetra la violenza ha una relazione personale con il lavoratore ma nessun legame con il luogo di lavoro.

I tipi di violenza II e III hanno una maggiore prevalenza, in particolare quelli di tipo III (Nowrouzi-Kia B., Isidro R., et al, 2019). La violenza nei luoghi di lavoro è un problema riconosciuto a livello mondiale e rappresenta una minaccia per il benessere dei lavoratori e dell'organizzazione. Il Ministero della Salute italiano, con la "Raccomandazione n.8" del 2007, definisce gli episodi di violenza contro operatori sanitari "eventi sentinella" (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 una revisione della letteratura è emerso che in Italia la prevalenza annuale di violenza sul lavoro varia dal 48,6% al 65,9%. La maggior parte degli studi riporta la violenza psicologica o abuso verbale come il tipo di aggressione più frequente in tutti gli ambienti di cura. Le aggressioni più frequenti contro gli infermieri e i medici sono commessi dai pazienti, seguiti dai familiari dei pazienti e colleghi di lavoro. Secondo Ferri et al. la violenza verbale è più frequentemente esposta da persone in un normale stato di coscienza, mentre la violenza fisica è il più delle volte perpetrata da aggressori con demenza o disturbi mentali o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (Ferri P., Silvestri M., Artoni C., Di Lorenzo R., 2016). Se invece analizziamo la relazione inversa, la popolazione geriatrica risulta quella più a rischio di subire abusi verbali e fisici da parte degli operatori sanitari, in particolare coloro i quali risiedono in strutture assistenziali. Tuttavia, sono pochi gli studi in letteratura che indagano gli antecedenti e le modalità di prevenzione di questo fenomeno.

Stress e violenza

Dall'analisi della letteratura emerge che lo stress viene indicato tra i principali mediatori di violenza. Lo stress da lavoro viene definito come una discrepanza tra le esigenze percepite e la capacità dell'individuo di far fronte a queste esigenze (El-Hneiti M., Shaheen A. M., Salameh A. B., et Al., 2019). Calando il concetto generale nel contesto lavorativo si può definire lo Stress da Lavoro Correlato come la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, eccedono le capacità individuali per fronteggiare tali richieste. Esiste uno stress, a dosi accettabili, che ha effetti positivi sul nostro organismo, consentendoci di reagire in modo efficace ed efficiente agli stimoli esterni e di innescare un'adeguata soglia di attenzione verso le esigenze dell'ambiente; un'esposizione prolungata a fattori stressogeni invece, può essere fonte di rischio per la salute dell'individuo, sia di tipo psicologico che fisico, riducendo l'efficienza sul lavoro (assenteismo, malattia, richieste di trasferimenti...). Lo stress professionale è una seria minaccia per l'assistenza sanitaria e può causare ostilità, aggressività, assenteismo, aumento del turnover e influenza negativamente la produttività (Nowrouzi B., Lightfoot N., Larivière M., et Al., 2015).

Infortuni sul lavoro da aggressioni

La violenza sul lavoro è un caso particolare di aggressione sul lavoro, o una sua sottocategoria, che implica l'uso della forza fisica al fine di danneggiare persone o proprietà, o di limitare i diritti o le libertà personali. Tutte le condotte violente sono anche aggressive, ma non tutte le aggressioni sono violente. Gli infortuni da aggressione possono essere considerati come indicatore di violenza (fisica) sul lavoro. L'aggressore fisico è più frequentemente una persona esterna all'organizzazione (ad esempio, cliente, paziente, ecc.) e meno spesso interno all'organizzazione (un collega, o, più raramente, un superiore); ci sono forti differenze di esposizione per settore e attività lavorative. Rispetto a quest'ultimo punto, gli ambiti più a rischio di aggressioni sul lavoro sembrano essere quello della sanità (in particolare per infermieri, medici, operatori della salute mentale, operatori dell'emergenza), il settore educativo, le guardie carcerarie, il settore della Giustizia, il settore militare, i servizi sociali e gli autisti di mezzi pubblici (Piquero et al., 2013; Fourth European Working Condition Surveys di Eurofound-2007). Utilizzando i dati disponibili nell'ambito del progetto "Flussi informativi INAIL-Regioni", uno studio ha analizzato questo evento nel contesto italiano e soprattutto in Regione Emilia-Romagna. Sanità e servizi sociali e Trasporti sono i due settori con il maggior numero e indice di infortuni da aggressione sia in Italia che in Emilia-Romagna e per quanto riguarda l'Emilia-Romagna le aggressioni coinvolgono in particolare i servizi rivolti agli anziani.

TABELLA 8

Infortuni da aggressione da esterni nel periodo 2010-2016 in Regione Emilia-Romagna, per tipo di attività (gruppo tariffa) e genere

N37d_GruppiTariffa	Addetti	Inf. da esterni	F	M	Inf./100.000
03. Sanità e servizi sociali	799.350	1.227	940	287	153,50
07. Uffici e altre attività	3.531.608	833	211	622	23,59
91. Trasporti	300.481	410	59	351	136,45
01. Attività commerciali	806.156	143	70	73	17,74
02. Turismo e ristorazione	525.918	138	51	87	26,24
06. Istruzione e ricerca	137.878	40	31	9	29,01
04. Pulizie e nettezza urbana	165.806	26	11	15	15,68
05. Cinema e spettacoli	55.751	22	4	18	39,46
Altro		275	162	113	
Totale	10.320.698	3.114	1.539	1.575	30,17

TABELLA 9

Infortuni da aggressione da esterni nel periodo 2010-2016 in Regione Emilia-Romagna, per tipo di attività (tariffa) per "Sanità e servizi sociali"

N37d_Tariffa	Inf. da esterni	Inf./100.000
0311 Ospedali e case di cura; Istituti, cliniche e policlinici universitari; Studi medici generici; Studi medici e poliambulatori	656	102,90
0312 Centri per anziani e pensionati; Orfanotrofi e brefotrofi; Istituti di correzione; Centri di recupero per disabili tossicodipendenti	537	329,03
0313 Servizi di autoambulanza	21	297,67
0314 Attività svolte da disabili e tossicodipendenti	11	120,87
0321 Servizi nei cimiteri	1	37,83
0322 Imprese di pompe funebri	1	20,58

(Zanardi F., Broccoli M., Falasca G., Toderi S., "Workplace physical aggressions in Italy and Emilia Romagna region." *La Medicina del Lavoro*, Vol.112, n.2, 2021, 130-140.)

Una ricerca in Regione Emilia-Romagna

Presso strutture per anziani delle province della regione Emilia-Romagna da ottobre 2019 a gennaio 2020 è stata condotta una ricerca finalizzata a "Fornire indicazioni utili per prevenire efficacemente l'insorgenza dello stress al lavoro, situazioni favorevoli violenze e molestie, sviluppare il benessere lavorativo nei servizi per le persone non autosufficienti della Regione Emilia-Romagna"¹. Sono state coinvolte complessivamente 36 strutture (33 Case di Residenza per Anziani (CRA), 1 Centro Diurno e 2 miste tra CRA e Centro Diurno).

Lo studio rientrava tra le iniziative del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 e sono state indagate le seguenti declinazioni di violenza:

- Violenza interna: tra gli operatori;
- Violenza esterna: dagli utenti/familiari nei confronti degli operatori;
- Violenza diretta verso l'esterno: dagli operatori verso gli utenti.

Lo strumento utilizzato è stato un'intervista costruita sulla base delle evidenze riscontrate in letteratura e che ha trattato le seguenti tematiche:

- esperienza di contatto con morte e sofferenza;
- esperienza di violenza in relazione allo stress, nelle 3 declinazioni già indicate al paragrafo 3;
- stili di vita degli operatori.

Le strutture per anziani (CRA e centri diurni), sono state campionate in modo casuale e ai colloqui sono stati invitati a partecipare tutti i dirigenti e preposti che operano all'interno e/o per conto della struttura e/o all'interno dell'azienda/cooperativa appaltatrice, ovvero: datore di lavoro (o suo delegato), dirigente/coordinatore, preposto/RAA², RSPP³ (interno/esterno), RLS⁴ (territoriale/aziendale/sito), Medico competente. Le strutture sono state quindi contattate preventivamente mediante una lettera che illustrava le finalità del progetto e le modalità di svolgimento dell'incontro ed è stato richiesto alla struttura di inviare la documentazione prodotta inerente alla Valutazione del Rischio dello stress lavoro-correlato ai sensi del D.lgs. 81/08. Le interviste sono state condotte da figure professionali operanti nei Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SPSAL), i quali normalmente svolgono la funzione di vigilanza, controllo e assistenza per conto dell'Ausl della Regione Emilia-Romagna.

Analisi tematica dei risultati della ricerca

Nell'analisi dei risultati della ricerca sono stati individuati alcuni temi principali comuni alla maggior parte delle strutture intervistate:

Disomogeneità dello strumento di segnalazione degli episodi di violenza

Gli strumenti di rendicontazione e analisi risultano fortemente disomogenei tra le diverse province dell'Emilia-Romagna, ma anche tra le strutture presenti all'interno di una stessa provincia. In nessuna delle interviste viene approfondita la modalità di funzionamento della procedura, di conseguenza risulta impossibile confrontare gli strumenti utilizzati con quelli individuati in letteratura. Sarebbe auspicabile, quindi, approfondire la conoscenza di questi strumenti, verificarne la funzionalità relativa al contesto in cui vengono utilizzati e porre le basi per progettare e implementare una procedura comune a tutte le strutture. Dalla letteratura emerge che uno dei principali motivi della sottostima di questo fenomeno è la mancanza di una definizione univoca di violenza e aggressione, fenomeno che è stato riscontrato anche in sede di alcune interviste. Questo aspetto incide inevitabilmente sulla creazione di un sistema di segnalazione unico per tutte le strutture, o per lo meno per quelle affini per tipologia e finalità assistenziale. Segnalare gli episodi di violenza è utile a stimarne la prevalenza, mirare le strategie di intervento e monitorare gli effetti degli interventi. In uno studio di Campbell et al. i risultati suggeriscono che la segnalazione accurata di incidenti è un elemento chiave nella prevenzione della violenza nei confronti dei clienti e degli operatori sanitari (Campbell. C.L., Burg. M.A., 2015).

1. La ricerca è stata realizzata quale progetto attuativo a valenza regionale della Regione Emilia-Romagna finanziato con risorse ex DGR 2007/2018 "Assegnazione e concessione di finanziamenti alle aziende sanitarie in attuazione della delibera di giunta regionale n. 1350/2010 per il potenziamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro per l'anno 2018 in attuazione del d.lgs. N. 81/08 artt. 13 e 14." ed è stata condotta a cura di Ricci Federico, con la collaborazione di Girardino Roberta e la supervisione scientifica di Gobba Fabriziomaria del Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

2. Responsabile delle attività assistenziali.

3. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

4. Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza.

Eccessivo carico di lavoro

Il carico di lavoro, a conferma di quanto riportato in letteratura, rappresenta una criticità in ogni ambiente di lavoro ed è determinato da diverse condizioni lavorative: carenza di personale, aumento della presenza di ospiti problematici, presenza di personale neoassunto da formare, aumento dei ritmi di lavoro a cui non corrisponde un aumento delle risorse, ecc. Uno studio di Hamblin et al. evidenzia due temi principali come antecedenti di violenza orizzontale: comportamento sul lavoro e organizzazione del lavoro. Per quanto riguarda il comportamento, l'atteggiamento aggressivo è stato spesso innescato da comportamenti non professionali, disaccordo sulle responsabilità per compiti lavorativi o metodi di cura del paziente e insoddisfazione riguardo alle prestazioni di un collega. La categoria dell'organizzazione comportava conflitti o aggressioni derivanti dall'incapacità di seguire il protocollo, incarichi sul paziente, risorse limitate e carico di lavoro elevato (Hamblin L. E., Essenmacher L., et al., 2015). Anche dall'analisi delle interviste si evince come l'aumento del carico di lavoro sia una fonte di stress tra i lavoratori, punto di innesco di atteggiamenti aggressivi e violenti sia tra operatori sia tra operatori e ospiti/familiari.

Fattori relativi agli ospiti o familiari e l'instabilità fisica e psichica degli stessi

In tutte le CRA viene dichiarata la presenza di ospiti con deterioramento cognitivo, instabilità psichica e presenza di comorbidità, tutte condizioni che determinano oltretutto una riduzione delle attività di vita quotidiana (ADL - activities of daily living). La violenza perpetrata da parte degli ospiti, quindi, viene sempre ricondotta ad una condizione patologica, sottolineando come le aggressioni siano involontarie. Se da una parte gli operatori si definiscono "rassegnati" nel subire aggressioni fisiche e verbali, dall'altra alcune situazioni comportano un aumento del livello di stress emotivo nell'operatore, che risulta essere un potenziale fattore di innesco di reazioni violente nei confronti degli ospiti. La letteratura in merito a questa tematica conferma quanto l'instabilità psichica dell'ospite abbia un ruolo cruciale nell'aumento di stress fisico e psicologico dell'operatore. Un altro aspetto che è stato considerato riguarda l'instabilità psichica dei familiari degli utenti, un fattore riscontrato in diverse strutture intervistate. Nel rapporto con i familiari problematici, la direzione in quasi tutte le strutture interessate dal fenomeno, cerca di affiancare gli operatori con operazioni di mitigazione, supporto psicologico e supervisione.

Aspettative degli utenti/familiari non soddisfatte

I familiari vengono definiti - in quasi tutte le strutture - critici, pretenziosi riguardo alle cure dei propri cari e diffidenti nei confronti degli operatori. Da quanto dichiarato dagli stessi intervistati questo atteggiamento maschera, il più delle volte, paura e preoccupazione per il benessere del proprio familiare, senso di colpa per averlo "abbandonato" in una struttura e allontanato dalla propria casa. L'allontanamento da casa può provocare sia nell'ospite sia nei loro familiari difficoltà nell'adattarsi a un nuovo contesto, che comporta condivisione delle cure e delle attenzioni con gli altri ospiti. Di conseguenza, gli operatori si scontrano spesso con la pretesa - da parte dei familiari - di attenzioni speciali per il proprio parente, che non possono quasi mai essere assecondate.

Turni di lavoro / Scarsa compatibilità tra operatori con esperienza e neoassunti / alto turn over

Buona parte delle interviste mette in evidenza l'esistenza di problematiche tra i lavoratori relative all'organizzazione del lavoro in termini di attività da svolgere e in termini di turnazione del personale. Sebbene sia una condizione comune alla quasi totalità delle strutture, sono poche quelle in cui vi è stata una descrizione più precisa delle dinamiche. Mettendo a confronto le risposte relative agli item che riguardano "quanto spesso i turni di lavoro, la presenza di neoassunti, l'alto turn over possono portare ad eventi aggressivi" e agli item relativi al racconto di episodi di violenza fisica o verbale tra gli operatori, si può notare una certa incoerenza: nel primo caso in quasi tutte le interviste la frequenza viene indicata da "raramente" a "spesso", mentre nel secondo caso le risposte che raccontano le dinamiche di questi episodi sono in numero esiguo e nella maggior parte delle strutture viene addirittura negata la presenza di episodi di questo tipo. La presenza di personale neoassunto risulta essere motivo di squilibrio all'interno del gruppo, spesso secondario al problema del turn-over elevato. Un turn-over elevato, infatti, implica la continua formazione di nuovo personale da parte degli operatori con più esperienza, che si ritrovano continuamente a ricominciare da capo. Inoltre, formare un operatore neoassunto comporta un aumento del carico di lavoro personale e di responsabilità sia nei confronti dell'ospite sia nei confronti del nuovo collega. In un clima lavorativo già di per sé complesso, difficile e con ritmi frenetici, l'aggiunta di questo "fardello" può aumentare il livello di stress dell'operatore, il quale può diventare aggressivo e poco disponibile nei confronti dei nuovi colleghi.

Atteggiamenti aggressivi nei confronti degli ospiti da parte degli operatori

La quasi totalità delle strutture nega la presenza di episodi di violenza nei confronti dell'ospite. Secondo la letteratura, la rendicontazione di questo tipo di violenza è fortemente sottostimata per diversi motivi: impossibilità degli ospiti con deficit cognitivi di poter denunciare gli abusi, omertà tra gli operatori, mancanza di strumenti di segnalazione o scarsa adesione al loro utilizzo. Dalla letteratura si evince, inoltre, che la formazione ha un ruolo cruciale nel prevenire episodi di violenza sia tra gli operatori che dagli operatori nei confronti degli ospiti. Su quest'ultimo punto, nella maggior parte delle realtà intervistate, risulta essere un argomento su cui si mantiene alta l'attenzione con corsi di formazione interni o promossi dall'Asl rivolti a tutti gli operatori.

Problemi comunicativi

I problemi comunicativi, a differenza delle altre tematiche, vengono menzionati come un problema solamente in poche delle interviste esaminate. Ciononostante, si è scelto di indicarli tra le tematiche principali in quanto la loro presenza può rappresentare motivo di scontro tra gli operatori e in alcuni casi sfociare in veri e propri episodi di violenza. All'interno di un gruppo di lavoro la comunicazione, sia tra pari che tra subordinati, è fondamentale per armonizzare e semplificare le attività lavorative, ma soprattutto rappresenta una misura di sicurezza ulteriore nei confronti dell'assistito. In letteratura è dimostrato, infatti, che la mancanza del passaggio delle informazioni relative all'assistito può comportare conseguenze da innocue a gravi per la sua incolumità.

Sovraccarico biomeccanico

Il problema del sovraccarico biomeccanico risulta molto meno prevalente come causa di infortuni sul lavoro grazie all'introduzione di sollevatori meccanici per la mobilitazione degli assistiti non autosufficienti. Ciononostante, la mancanza di tempo e personale e la mancanza di formazione sull'utilizzo di questi strumenti, può portare l'operatore ad agire "alla vecchia maniera", mettendo a rischio la propria salute e aumentando il proprio livello di stress. È fondamentale non solo introdurre gli strumenti idonei alla prevenzione di problematiche legate al sovraccarico biomeccanico, ma anche una corretta formazione sull'importanza dell'utilizzo di questi strumenti e sulla modalità corretta del loro utilizzo.

Soluzione (prevenzione del rischio)

Norma ISO 45003

La Norma Internazionale ISO 45003 "Gestione della salute e della sicurezza sul lavoro – Salute psicologica e sicurezza sul luogo di lavoro – Orientamenti per la gestione dei rischi psicosociali" Prima edizione 2021-06 definisce il **rischio psicosociale** come "combinazione della probabilità di insorgenza di esposizione a rischi connessi al lavoro di natura psicosociale e della gravità delle lesioni e delle malattie che possono essere causate da tali rischi" e nota come "I rischi di natura psicosociale comprendono aspetti dell'organizzazione del lavoro, fattori sociali sul lavoro, ambiente di lavoro, attrezzature e compiti pericolosi."

La stessa norma definisce "**benessere al lavoro**" come "realizzazione dei bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi e delle aspettative di un lavoratore legate al proprio lavoro" e nota come "Il benessere sul lavoro può anche contribuire alla qualità della vita al di fuori del lavoro" e anche che "Il benessere sul lavoro si riferisce a tutti gli aspetti della vita lavorativa, compresa l'organizzazione del lavoro, i fattori sociali sul lavoro, l'ambiente di lavoro, le attrezzature e i compiti pericolosi."

I rischi psicosociali influiscono sia sulla salute psicologica che sulla sicurezza, nonché sulla salute, la sicurezza e il benessere sul lavoro in senso più ampio. I rischi psicosociali sono anche associati ai costi economici per le organizzazioni e la società.

Gli esiti negativi per i lavoratori possono includere cattive condizioni di salute e condizioni associate (ad esempio malattie cardiovascolari, disturbi muscoloscheletrici, diabete, ansia, depressione, disturbi del sonno) e comportamenti di cattiva salute associati (ad esempio abuso di sostanze, alimentazione malsana), nonché ridotta soddisfazione sul lavoro, impegno e produttività. La gestione dei rischi psicosociali può portare a risultati positivi, tra cui una maggiore soddisfazione sul lavoro e una maggiore produttività.

La norma afferma che “Nella gestione dei rischi psicosociali, è possibile utilizzare una combinazione dei seguenti livelli di intervento:

- primario:** controlli a livello organizzativo per prevenire o ridurre gli effetti nocivi e promuovere il benessere sul lavoro;
- secondario:** aumentare le risorse che aiutano i lavoratori ad affrontare i rischi psicosociali sensibilizzando e comprendendo attraverso una formazione efficace e altre misure appropriate;
- terziario:** ridurre gli effetti nocivi dell’esposizione ai rischi psicosociali attuando programmi di riabilitazione e adottando altre azioni correttive e di sostegno.

La norma sottolinea poi l’importanza della **consultazione e partecipazione dei lavoratori**: “La consultazione e la partecipazione dei lavoratori e, laddove esistono, dei rappresentanti dei lavoratori sono essenziali per lo sviluppo, la pianificazione, l’attuazione, la manutenzione, la valutazione e il miglioramento continuo di luoghi di lavoro sani e sicuri e per il successo del processo o dei processi di gestione del rischio psicosociale.”

Resilienza organizzativa

L’organizzazione resiliente “quella in grado di addestrare i propri membri a prevenire i rischi e anticipare i possibili incidenti”. Per stimolare la resilienza “è necessario che le informazioni circolino liberamente e che si eviti la ricerca del colpevole a tutti i costi, mettendo in pratica una ‘Cultura della Giustizia’” ovvero una “ricerca delle cause sistemiche dei problemi che, promuovendo un circolo virtuoso di segnalazione e risoluzione delle potenziali minacce alla sicurezza, sia in grado di portare ad un apprendimento dell’organizzazione”. In tal senso è necessario che i lavoratori possiedano, oltre a specifiche competenze tecniche, anche competenze non tecniche di tipo cognitivo e relazionale.

Queste abilità non tecniche “raggruppano tutto quell’insieme di competenze che permettono ai professionisti di riconoscere il tipo di situazione che stanno affrontando, di comunicare e lavorare come un gruppo, di essere flessibili e di trovare soluzioni adatte alle diverse situazioni che possono incontrare nello svolgere il loro lavoro. È grazie a queste abilità che le competenze tecniche, imprescindibili per il corretto svolgimento del lavoro, possono essere messe in pratica efficacemente. In virtù di questo legame fra competenze tecniche e non tecniche, è necessario monitorare e rinforzare le abilità cognitive e relazionali degli individui e dei gruppi di lavoro per mantenere alta la produttività e la sicurezza del lavoro”.

In questa prospettiva un manager resiliente “deve possedere ottime competenze tecniche, grazie alle quali saprà costruire una chiara rappresentazione del sistema e delle sue dinamiche, ma deve anche saper notare segnali deboli, gestire situazioni critiche e produrre adattamenti compensatori in caso di perturbazioni alle normali operatività”. (INAIL. Quaderni di ricerca. “Promuovere la sicurezza nelle organizzazioni attraverso manager resilienti” N. 14 – settembre 2017)

Nelle tabelle seguenti si riportano alcune caratteristiche generali delle abilità non tecniche che promuovono un’organizzazione resiliente e alcune caratteristiche che descrivono diverse culture organizzative.

Categoria	Elementi
Consapevolezza Situazionale	Raccolta e interpretazione delle informazioni; anticipazione di stati futuri
Decision Making	Definizione del problema; valutazione delle opzioni; scelta e implementazione delle opzioni; rivisitazione dei risultati
Comunicazione	Invio di comunicazioni chiare e concise; inserimento di riferimenti al contesto e agli intenti nello scambio di informazioni; ascolto attivo; identificazione e superamento delle barriere alla comunicazione
Team working	Supporto degli altri; risoluzione dei conflitti; scambio di informazioni; coordinamento delle attività
Leadership	Utilizzo dell’autorevolezza; mantenimento degli standard; pianificazione e attribuzione delle priorità; gestione del carico di lavoro e delle risorse
Gestione dello stress	Identificazione dei sintomi; riconoscimento degli effetti; implementazione di strategie di fronteggiamento
Affrontare la fatica	Identificazione dei sintomi; riconoscimento degli effetti; implementazione di strategie di fronteggiamento

Cultura patologica	Cultura burocratica	Cultura proattiva
Non si vuol sapere	Si può non venire a sapere	Si cerca attivamente l'informazione
Chi riferisce è sotto tiro	Si ascolta se non si può evitare	Si educa a riferire
La responsabilità è elusa	Responsabilità a compartimenti stagni	La responsabilità è condivisa
Chi sbaglia viene ignorato o punito	Gli sbagli portano a rimedi provvisori	Gli sbagli provocano riforme attive
Le nuove idee vengono attivamente represses	Le nuove idee rappresentano un problema	Le nuove idee sono benvenute

Il percorso metodologico per la valutazione del rischio

Definizione di stress e stress lavoro correlato

Per le finalità del presente documento, si condividono le seguenti definizioni e descrizioni di stress e stress lavoro correlato:

Stress: “una relazione tra persona e ambiente, percepita e valutata dal soggetto come eccedente le sue risorse, e in grado di mettere in pericolo il suo benessere (Lazarus e Folkman)”

Stress lavoro correlato: “una risposta psicofisica che occorre quando le richieste del lavoro superano le risorse o le capacità del lavoratore di farvi fronte o si scontrano eccessivamente con i suoi bisogni (Eurofound 2010; NIOSH 1999)”.

Lo stress è uno stato che comporta disturbi e disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale, e crea effetti sugli individui che si ritengono incapaci di colmare le lacune con i propri requisiti o le aspettative riposte su di loro. L'individuo è in grado di fare fronte ad esposizioni di breve durata a pressioni, che possono essere considerate positive, ma ha grande difficoltà nel fare fronte ad esposizioni di intensa e prolungata pressione. Inoltre, gli individui possono reagire diversamente alle situazioni simili e lo stesso individuo può reagire diversamente alle situazioni simili in tempi (periodi) differenti della sua vita. Lo stress non è una malattia, ma l'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficacia sul lavoro e può causare problemi alla salute. (cfr. Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004)

Indicazione per l'efficacia della valutazione del rischio

Al fine di conseguire l'efficacia del processo di valutazione per esposti a rischi collegati allo stress lavoro-correlato, si ritengono rilevanti i seguenti elementi:

1. valutazione è promossa e gestita dal datore del lavoro e/o dal top management;
2. oggetto della valutazione è il lavoro reale, il suo svolgimento e la sua organizzazione, gli eventuali scostamenti rispetto al lavoro prescritto;
3. obiettivo della valutazione è l'individuazione degli elementi che possono costituire fattori di stress lavoro-correlato e la loro conoscenza e percezione da parte dei lavoratori, in un processo orientato alle soluzioni, soprattutto di tipo collettivo, a forte valenza preventiva;
4. la valutazione si impernia sulla partecipazione effettiva dei lavoratori quali persone informate delle modalità di svolgimento del loro lavoro, attraverso un processo di coinvolgimento diretto e/o dei loro rappresentanti attivamente partecipi nella raccolta di conoscenze e informazioni dai lavoratori;
5. va garantita sempre e comunque la centralità degli attori interni della prevenzione (RSPP, Medico competente, RLS);
6. la valutazione deve integrarsi nel processo complessivo di valutazione dei rischi e nel relativo documento ed inserirsi nel programma generale di prevenzione e protezione aziendale con il relativo piano attuativo.

Le fasi della valutazione

“La metodologia Inail rappresenta un percorso integrato e scientificamente valido, basato su di un approccio partecipativo che prevede il coinvolgimento attivo dei lavoratori e di tutte le figure della prevenzione. Il percorso offerto è in linea con il paradigma di gestione del rischio (risk management) applicato alla salute e sicurezza sul lavoro, ovvero offre un processo dinamico e continuo che, a partire dall'identificazione e misura/stima del rischio, identifica le risorse, le strategie e le azioni essenziali a correggerlo, governarlo e prevenirlo. Il percorso è composto di quattro fasi principali, ognuna fondamentale per giungere ad una corretta identificazione e gestione del rischio SLC:

1. fase propedeutica;
2. fase della valutazione preliminare;
3. fase della valutazione approfondita;
4. fase di pianificazione degli interventi.

Ferme restando le indicazioni della Commissione, che rappresentano i requisiti minimi di gestione del rischio SLC, è fondamentale considerare che il processo di valutazione e gestione del rischio SLC implica gli stessi principi di base adottati per la valutazione di tutti gli altri rischi per la salute e sicurezza sul lavoro. Si tratta, pertanto, di un processo step by step in cui ogni fase della metodologia offerta è considerata fondamentale per giungere ad una corretta identificazione e gestione di tale rischio. Studi recenti hanno infatti evidenziato differenze significative nei risultati delle diverse fasi di valutazione, dovute alla mancata applicazione di attività e aspetti fondamentali del percorso offerto. Al fine di un'applicazione efficace dell'approccio e di una corretta identificazione dei livelli di rischio e di interventi realmente adeguati e opportuni è pertanto auspicabile che le aziende che adottano tale metodologia implementino tutto il percorso metodologico, non limitandosi al solo utilizzo di alcune fasi e/o strumenti." (La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. - INAIL 2017)

In sintesi, la metodologia prevede:

- La fase propedeutica rappresenta un vero e proprio momento di preparazione dell'organizzazione, in cui vengono compiuti passi fondamentali per il corretto sviluppo del percorso metodologico.
- Il primo passo da compiere è la costituzione formale del Gruppo di gestione su iniziativa del DL.
- Il Gruppo di gestione è normalmente costituito da: DL stesso e/o dirigente delegato, RSPP, ASPP, MC (ove nominato/i) e RLS/RLST. A seconda della complessità aziendale e delle specifiche esigenze, si può prevedere la partecipazione di personale afferente a specifici servizi/uffici o figure professionali con particolari competenze, anche in momenti strategici del percorso (ad esempio responsabile Risorse Umane, responsabile della Formazione, responsabile del Comitato Unico di Garanzia ecc.).
- La funzione chiave del Gruppo di gestione è quella di programmare, monitorare e agevolare l'attuazione delle attività di valutazione e gestione del rischio.
- La fase propedeutica si articola in quattro momenti principali: 1. costituzione del Gruppo di gestione della valutazione; 2. individuazione dei Gruppi omogenei di lavoratori su cui verrà condotta la valutazione; 3. sviluppo e stesura del piano di valutazione e gestione del rischio; 4. sviluppo di una strategia comunicativa e di coinvolgimento del personale.
- Prima dell'avvio delle attività è auspicabile una specifica formazione/informazione per i componenti del Gruppo di gestione su aspetti chiave relativi alla gestione del rischio SLC.

Un ruolo per il medico competente

In attività di assistenza residenziale ad anziani non autosufficienti, è abitualmente attivata la sorveglianza sanitaria e il datore di lavoro si avvale della collaborazione di un medico competente.

Si riportano di seguito alcune indicazioni, che si condividono, del documento di indirizzo "Decreto Legislativo 81/2008 s.m.i. Stress lavoro correlato. Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del ministero del lavoro e delle politiche sociali" - Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro - Gennaio 2012". (in breve: FAQ Regioni 2012)

"Ad oggi nell'ambito delle disposizioni normative vigenti non esiste una previsione esplicita di obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti al rischio da stress lavoro-correlato. La sorveglianza sanitaria, infatti, non costituisce una misura d'elezione per tale tipo di rischio, dovendo invece privilegiare gli opportuni interventi sull'organizzazione del lavoro rivolti a ridurre o limitare il rischio. Va comunque ricordato che sono sempre possibili le visite mediche su richiesta del lavoratore, nel caso previsto dall'art. 41 comma 1 lett. b D.Lgs. 81/08." (FAQ Regioni 2012)

"Nelle aziende in cui è presente il medico competente (perché nominato in relazione ad altri rischi che comportano l'obbligo di sorveglianza sanitaria), questi, oltre ad effettuare le visite mediche a richiesta dei lavoratori, deve collaborare con il datore di lavoro alla valutazione anche del rischio da stress lavoro-correlato e alla predisposizione delle misure di tutela, come previsto dall'art. 25 comma 1 lett. a del D.Lgs. 81/08.

Tale collaborazione consiste in: partecipare al team di valutazione per l'identificazione dei gruppi omogenei; fornire i dati di propria competenza relativamente agli eventi sentinella; partecipare al team di valutazione per la compilazione delle check list osservazionali; applicare eventuali strumenti di valutazione approfondita del rischio (es. questionari) se in possesso di adeguata formazione; contribuire all'individuazione delle misure correttive, in particolare per i fattori organizzativi stressogeni che sono maggiormente collegati ad aspetti biologici (es. ritmi e turni di lavoro); **partecipare alla gestione dei casi individuali che dovessero emergere sia come visite a richiesta, sia con altre modalità, secondo le procedure stabilite dall'azienda; partecipare ad iniziative aziendali di promozione della salute rispetto a patologie correlate allo stress,**

con particolare attenzione alle differenze di genere e di età, nell'ottica della responsabilità sociale dell'impresa.

Si sottolinea come sia importante mantenere una netta distinzione tra tre diversi piani di attività: a) raccolta, ai fini della valutazione preliminare del rischio, di alcuni eventi sentinella (richieste di visite, segnalazioni di lamentele...); b) valutazione delle condizioni di ipersuscettibilità individuale, ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità; c) eventuale raccolta e valutazione epidemiologica di disturbi e segni clinici stress-correlati, ai fini della valutazione approfondita del rischio." (FAQ Regioni 2012)

"La sorveglianza sanitaria, ancorché non obbligatoria, può essere legittimamente attuata dal datore di lavoro, come misura di prevenzione secondaria, quando la valutazione dei rischi ne evidenzia la necessità, in relazione all'obbligo di affidare i compiti ai lavoratori tenendo conto delle loro capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e sicurezza (art. 18, comma 1, lett. c D.Lgs. 81/08). Nel caso del rischio da stress lavoro-correlato l'opportunità di attivare la sorveglianza sanitaria si può configurare quando, al termine dell'intero percorso di valutazione del rischio (valutazione preliminare, azioni correttive, valutazione approfondita, ulteriori misure di miglioramento) permane una condizione ineliminabile di stress potenzialmente dannosa." (FAQ Regioni 2012)

"Tutte le richieste da parte dei lavoratori di visita medica straordinaria, anche se apparentemente non correlate allo stress da lavoro, costituiscono eventi sentinella che devono essere presi in considerazione per la valutazione del rischio e a tal fine devono essere registrate.

Il medico competente in relazione alle visite a richiesta del lavoratore per motivi connessi allo stress lavoro-correlato deve valutare l'idoneità lavorativa ed esprimere il conseguente giudizio, al pari di tutte le altre visite, allo scopo di tutelare con misure individuali il lavoratore ipersuscettibile. Al tempo stesso, se emergono elementi che configurano una disfunzione dell'organizzazione del lavoro, il medico competente deve segnalarli al datore di lavoro per la revisione della valutazione del rischio relativa alla specifica situazione lavorativa e l'adozione di idonee misure correttive (art. 29, comma 3, D.Lgs 81/08)." (FAQ Regioni 2012)

Nel contesto del presente documento, il ruolo del medico competente si ritiene pertanto rilevante e integrato con le altre azioni proposte, soprattutto in ordine alla prevenzione primaria ovvero alla rilevazione di informazioni utili alla organizzazione del lavoro per la promozione del benessere organizzativo. Si ritiene rilevante che i lavoratori percepiscano il ruolo del medico competente soprattutto per questa finalità.

Rilevante si ritiene anche il ruolo del medico competente per avviare un lavoratore ad un supporto specialistico (psicologico o psichiatrico) unitamente ad un approfondimento degli elementi di contesto appresi.

Si ritiene infine importante valorizzare e promuovere in modo particolare il ruolo del medico competente per la "promozione della salute rispetto a patologie correlate allo stress, con particolare attenzione alle differenze di genere e di età, nell'ottica della responsabilità sociale dell'impresa" e la "gestione dei casi individuali che dovessero emergere sia come visite a richiesta, sia con altre modalità, secondo le procedure stabilite dall'azienda", con specifico riferimento alle attività oggetto del piano mirato.

Si rinvia ad un documento specifico la descrizione di un percorso per la "**Promozione della salute e gestione di casi individuali di disagio**" da parte del medico competente nel contesto della sorveglianza sanitaria, percorso che non potrà che essere fortemente integrato con le azioni previste nel presente documento e che non potrà che essere promosso dalla direzione delle aziende/strutture.

Caratteristiche ed efficacia di un sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza

Non esiste una ricetta che possa risolvere il problema della violenza, ma quanto si può utilmente fare è di avvicinare il più possibile la propria quotidianità di lavoro a un orizzonte a zero rischio. Di rado un disservizio è responsabilità esclusiva di chi interagisce in posizione di front-office e le soluzioni per rendere i servizi più sicuri non esistono in forma preconfezionata, ma vanno costruite nei diversi contesti di lavoro.

Più che di risposte giuste spesso vi è la necessità di domande giuste. Il valore di una domanda efficace sta nell'attivare un cammino di analisi e rivisitazione di ricordi su fatti ed emozioni che possono contribuire a individuare piste interpretative che in precedenza erano sfuggite. (La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari. A cura di Alessandro Sicora. Carrocci Faber. 2013)

Come rilevato, dalla ricerca condotta in Emilia-Romagna gli strumenti di rendicontazione e analisi risultano fortemente disomogenei tra le diverse province e anche tra strutture presenti all'interno di una stessa provincia. La scarsità delle informazioni fornite rende auspicabile una maggiore attenzione a questo aspetto dell'organizzazione, per approfondire la

conoscenza di questi strumenti, verificarne la funzionalità relativa al contesto in cui vengono utilizzati e porre le basi per progettare e implementare una procedura comune a tutte le strutture. Comunicare gli episodi di violenza è utile a stimarne la prevalenza, mirare le strategie di intervento e monitorare gli effetti degli interventi. L'analisi e la comunicazione accurata di episodi è un elemento chiave nella prevenzione della violenza nei confronti dei clienti e degli operatori socio-sanitari.

Un episodio di violenza o aggressione potenziale o agito coinvolge più persone all'interno di un contesto ambientale e organizzativo. Atteggiamenti o azioni violente sono possibili in tutti gli ambienti di vita e di lavoro, ma assumono caratteristiche diverse nei diversi contesti di lavoro. Alla base di molti atti di violenza non vi è un calcolo razionale ma un'intensa sensazione di rabbia o un sentimento di ambivalenza, la percezione di minaccia alla propria autostima, status o ruolo sociale. Rilevanti sono le interazioni tra 3 elementi: utente/paziente; operatore; organizzazione. Riteniamo rilevante ottenere che l'organizzazione attivi una prassi di comunicazione e riflessione che valorizzi il contributo dei singoli lavoratori, opportunamente informati e formati, nel contesto di una cultura "proattiva" e non patologica o burocratica, che non lasci solo un professionista aggredito ma soprattutto promuova la costruzione di un senso condiviso nella consapevolezza che non esiste una "ricetta" valida per ogni situazione.

Come per il processo di valutazione dello stress lavoro correlato e la promozione del benessere organizzativo, si ritiene anche qui rilevante il coinvolgimento effettivo dei lavoratori e l'analisi del lavoro reale come indicato anche dalla già citata Norma Internazionale ISO 45003, essendo tra l'altro evidente il possibile nesso tra situazione di stress e di violenza.

Per questo si propongono tre strumenti di autovalutazione:

- Autovalutazione del processo di valutazione del rischio stress lavoro correlato
- Autovalutazione del sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali
- Autovalutazione da parte dell'operatore del proprio vissuto in episodi di violenza

Criteri di efficacia degli interventi

Si ritiene che criterio di efficacia degli interventi siano:

1. Valutazione del rischio stress lavoro correlato per ogni struttura, con partecipazione documentata dei lavoratori e dei loro rappresentanti, con un percorso che garantisca la completezza del processo di valutazione.
2. Valutazione del rischio di violenza e aggressione in ogni struttura, testimoniata della attivazione di un sistema strutturato e condiviso di comunicazione e analisi di episodi agiti di violenza.
3. Promozione di una cultura proattiva e non punitiva o burocratica, mediante percorsi di formazione dei preposti e informazione ai lavoratori e promozione della capacità dei lavoratori di autovalutare situazioni di violenza potenziale o agita.
4. Attivazione di un percorso per la "Promozione della salute e gestione di casi individuali di disagio" da parte del medico competente nel contesto della sorveglianza sanitaria, promosso dalla direzione delle aziende/strutture.

Scheda di autovalutazione

Per le finalità del Piano Mirato, si propongono tre strumenti di autovalutazione:

- A1. Autovalutazione del processo di valutazione del rischio stress lavoro correlato
- A2. Autovalutazione del sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali
- A3. Autovalutazione da parte dell'operatore del proprio vissuto in episodi di violenza


Per il punto 4. si rinvia al documento specifico di buone pratiche per la sorveglianza sanitaria.

A1. Autovalutazione del processo di valutazione del rischio stress lavoro correlato

La scheda ha la finalità di valutare la correttezza del processo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato, indipendentemente dagli specifici strumenti adottati. Si considera che un adeguato livello di formazione e coinvolgimento e di analisi del lavoro reale siano gli elementi che garantiscono l'efficacia del processo di valutazione e l'individuazione e adozione di adeguate misure di miglioramento o di correzione. A tal fine la scheda è proposta sia al datore di lavoro ed Rspg, sia ai lavoratori e loro rappresentanti

A2. Autovalutazione del sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali

Un sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali è da attivare per ogni struttura di assistenza residenziale di anziani non autosufficienti. Situazioni di aggressività sono prevedibili ma si manifestano in situazioni



variabili per contesto, assistiti, operatori. Solo un sistema strutturato di comunicazione e analisi, in un contesto non punitivo e non burocratico ma proattivo, consente di promuovere il benessere organizzativo e limitare le situazioni di stress che possono facilitare reazioni di violenza e aggressione. La raccolta sistematica a livello di singola struttura e anche aggregata (tipologia di struttura, gestore, territorio) può fornire informazioni anche per una predisposizione di strumenti specifici di valutazione sia dello stress lavoro correlato che del rischio di violenza e aggressione.

A3. Autovalutazione da parte dell'operatore del proprio vissuto in episodi di violenza

La prevenzione primaria (interventi organizzativi e sul contesto) è la prima e imprescindibile azione da attuare. Una condizione che attivi un vissuto di aggressività risente tuttavia di variabili personali importanti. Per questo può essere utile uno strumento rivolto esclusivamente al lavoratore per aiutarlo nell'analisi di momenti ed episodi che elicitano aggressività in sé e in altri. Questo strumento è proposto ad uso esclusivo del lavoratore e non si ritiene opportuno che sia il datore di lavoro a richiederne la compilazione. Una cultura proattiva e non punitiva o burocratica è il contesto che il datore di lavoro può promuovere affinché il singolo lavoratore sia nella condizione di comunicare in modo competente elementi utili alla prevenzione.

Efficacia

Ai fini della valutazione di efficacia degli interventi, si individuano i seguenti indicatori:

1. Percentuale di strutture che hanno effettuato la valutazione del rischio SLC attuando le fasi proposte del processo di valutazione sul totale delle strutture coinvolte.
2. Percentuale di strutture che hanno attivato un sistema strutturato e partecipato di comunicazione e analisi di episodi di violenza sul totale delle strutture coinvolte.
3. Percentuale di strutture che hanno partecipato / realizzato attività di promozione di una cultura proattiva mediante formazione specifica di preposti e lavoratori sul totale delle strutture coinvolte.
4. Percentuale di strutture che hanno attivato un percorso per la "Promozione della salute e gestione di casi individuali di disagio" da parte del medico competente nel contesto della sorveglianza sanitaria, sul totale delle strutture coinvolte.

Costi / benefici

La valutazione complessiva dei benefici può essere effettuata mediante lo strumento indicatore (valutazione approfondita INAIL), quale indicatore sintetico della qualità di gestione dei fattori psicosociali (prevenzione del rischio stress lavoro correlato / promozione del benessere organizzativo).

Allegato 1. Autovalutazione del processo di valutazione del rischio stress lavoro correlato

PRP 2021-2025 (DGR 2144/2021) - Programma Predefinito 8 (PP8)

“Promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani anche per contrastare possibili violenze e aggressioni.”

(Segnare tutte le risposte appropriate)

GRUPPO DI GESTIONE

Il gruppo di gestione è composto da:

- Datore di lavoro
- Dirigenti
- Preposti
- Rspg interno
- Rspg esterno
- Rls aziendale / territoriale / di sito produttivo
- Medico competente
- _____
- _____

Il gruppo di gestione si è riunito:

- Durante la fase di progettazione del percorso di valutazione
- Durante tutte le fasi di attuazione del percorso
- Si è riunito complessivamente n. _____ volte
- Per ogni incontro del gruppo di gestione è disponibile un verbale

IDENTIFICAZIONE GRUPPO OMOGENEI DI LAVORATORI

Per le finalità della valutazione del rischio Stress lavoro correlato (SLC):

- Sono state adottate le suddivisioni in gruppi identificate per la valutazione degli altri rischi
- Sono stati individuati gruppi omogenei mediante una specifica analisi del lavoro e della sua organizzazione in riferimento al rischio SLC
- I gruppi omogenei sono stati individuati dal gruppo di gestione
- Per l'individuazione dei gruppi omogenei sono stati sentiti i lavoratori o i loro rappresentanti
- Numero di gruppi omogenei individuati: _____

PIANO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO

Il piano di valutazione e gestione del rischio è stato formalizzato e prevede:

- Strategia comunicativa e coinvolgimento del personale
- Valutazione preliminare con analisi di eventi sentinella e fattori di contesto e contenuto
- Valutazione approfondita da condursi indipendentemente dall'esito di quella preliminare, con analisi della percezione dei lavoratori mediante questionario e/o interviste e/o focus group
- Valutazione approfondita se emerge situazione di rischio da quella preliminare, con analisi della percezione dei lavoratori mediante questionario e/o interviste e/o focus group
- Pianificazione interventi: identificazione delle priorità ed eventuali approfondimenti
- Pianificazione interventi: identificazione degli interventi di miglioramento
- Pianificazione interventi: definizione risorse, persone responsabili e relativi ruoli
- Pianificazione interventi: pianificazione temporale di interventi, modalità e valutazione efficacia
- Pianificazione interventi: informativa ai lavoratori

STRATEGIA COMUNICATIVA E COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

I referenti aziendali coinvolti nella valutazione del rischio SLC sono stati formati mediante:

- Corso di formazione organizzato dall'azienda
- Partecipazione a eventi di formazione esterni
- Altro: _____
- Nessuna formazione

Modalità di informazione preventiva sulla valutazione del rischio SLC rivolta a tutti i lavoratori:

- Distribuzione di materiale informativo
- Riunione
- Intranet aziendale
- bacheca
- Altro: _____
- Nessuna informazione

Anno dell'iniziativa più recente: _____

Modalità di consultazione preventiva degli RLS per la valutazione del rischio SLC:

- Incontro specifico
- Riunione ex art.35
- Coinvolgimento attivo nel gruppo di valutazione
- Altro: _____

VALUTAZIONE PRELIMINARE

Figure che hanno partecipato alla valutazione preliminare del rischio SLC:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Datore di lavoro o suo delegato | <input type="checkbox"/> Psicologo interno |
| <input type="checkbox"/> RSPP | <input type="checkbox"/> Altre figure interne: _____ |
| <input type="checkbox"/> RLS | _____ |
| <input type="checkbox"/> Medico competente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dirigenti/preposti | |
| <input type="checkbox"/> Lavoratori (diversi da RLS) | |
| <input type="checkbox"/> Referente risorse umane | <input type="checkbox"/> Psicologo esterno |
| <input type="checkbox"/> Referente altri uffici competenti (qualità, formazione, etc.) | <input type="checkbox"/> Altri consulenti esterni: _____ |
| | _____ |
| | _____ |

VALUTAZIONE APPROFONDATA

La valutazione approfondita:

- È stata effettuata
- È prevista ma non ancora effettuata
- Non è stata effettuata e non è prevista

Per la valutazione approfondita sono state coinvolte professionalità specifiche:

- Psicologo del lavoro e dell'organizzazione
- Altro: _____
- Nessuna

Quali metodologie/strumenti sono stati adottati per effettuare la valutazione approfondita del rischio

SLC:

- Questionario
- Focus Group
- Intervista semi-strutturata
- Riunione (azienda fino a 5 lavoratori)

MISURE ATTE A CONTENERE IL RISCHIO SLC

Esito della valutazione:

- Non è stato individuato nessun aspetto del lavoro che necessiti miglioramento
- Sono stati individuati aspetti del lavoro che possono essere migliorati
- Sono stati individuati aspetti del lavoro per cui si rende necessario un intervento correttivo
- Sono state individuate situazioni di disagio significativo, diffuso e frequente

Le misure individuate sono di tipo:

- Preventivo (organizzative, tecniche, procedurali – es. modifica organizzazione del lavoro, introduzione nuove tecnologie, procedure)
- Attenuante (comunicative, informative, formative – es. riunioni, iniziative informative, corsi di informazione)
- Riparatore (interventi individuali – es. attivazione sportello di ascolto, sostegno individuale)

Le misure atte a contenere il rischio da stress lavoro-correlato sono state individuate:

- Dal gruppo di gestione
- Con la partecipazione della direzione
- Con la partecipazione dei preposti
- Con la partecipazione degli RLS
- Con la partecipazione dei lavoratori

Per l'attuazione delle misure atte a contenere il rischio da stress lavoro-correlato sono state attivate:

- Risorse interne
- Risorse esterne

La verifica dell'efficacia delle misure adottate è stata eseguita:

- Con lo stesso strumento adottato per la valutazione
- Con strumenti specifici in funzione del tipo di intervento
- Con indicatori di esito
- Con indicatori di processo

Allegato 2. Autovalutazione del sistema di comunicazione e analisi di episodi di violenza agiti o potenziali

PRP 2021-2025 (DGR 2144/2021) - Programma Predefinito 8 (PP8)

“Promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani anche per contrastare possibili violenze e aggressioni.”

1. Come vengono aiutati i lavoratori nell'affrontare il contatto con la sofferenza e la morte

- a. Formazione
- b. Supporto psicologico
- c. Supervisione
- d. Altro
- e. Nessun supporto

Note e Osservazioni

2. Quali sono le modalità di comunicazione e analisi degli eventuali episodi di violenza

- a. Nessuna modalità
- b. Episodica
- c. Con procedura

Note e Osservazioni

3. Indicare la frequenza con cui si manifesta **la violenza o l'aggressione** (es. pensate agli **ultimi 24 mesi**)

	Tra operatori	Da ospiti e/o familiari a operatori	Da operatori ad ospiti
Verbale			
Fisica verso oggetti			
Fisica verso di sé			
Fisica verso altri			
Negligenza e omissioni di assistenza			

Note e Osservazioni

4. Situazioni che, in questa struttura, portano con maggiore probabilità ad **atteggiamenti aggressivi** (verso i lavoratori da parte di esterni, verso i lavoratori da parte di colleghi, dai lavoratori verso gli ospiti), analizzando le **cinque seguenti possibili cause**:

a) **aspettative insoddisfatte e critiche espresse da parte di ospiti e/o familiari** (*informazioni inadeguate; percezione di incompetenza del personale; mancanza di supporto economico; rifiuto di richieste non adeguate; ritardi nella cura; mancanza di attenzione percepita o empatia; reazioni inadeguate da parte del personale*)

_	_	_	_	_
Impossibile	Possibile, ma poco probabile	Probabile	Molto probabile	Quasi inevitabile

Note e Osservazioni

b) percezione, da parte dei lavoratori e dirigenti, di **problemi organizzativi** (*disorganizzazione, eccessivo carico di lavoro, affollamento di ospiti, condizioni di lavoro in solitudine*)

_	_	_	_	_
Impossibile	Possibile, ma poco probabile	Probabile	Molto probabile	Quasi inevitabile

Note e Osservazioni

c) percezione, da parte di lavoratori e dirigenti, di **scarsa / inadeguata comunicazione tra professionisti** (*passaggio di consegne, informazioni sugli ospiti e sui familiari, ...*)

_	_	_	_	_
Impossibile	Possibile, ma poco probabile	Probabile	Molto probabile	Quasi inevitabile

Note e Osservazioni

d) fattori derivanti da come **gli ospiti o i parenti** si rapportano agli operatori (*scarso riconoscimento sociale del professionista, percezione di essere capri espiatori*)

_	_	_	_	_
Impossibile	Possibile, ma poco probabile	Probabile	Molto probabile	Quasi inevitabile

Note e Osservazioni

e) **instabilità fisica o psichica** dell'ospite e/o dei parenti dell'ospite

_	_	_	_	_
Impossibile	Possibile, ma poco probabile	Probabile	Molto probabile	Quasi inevitabile

Note e Osservazioni

5. Situazioni che, in questa struttura, portano con maggiore probabilità ad **atteggiamenti aggressivi tra i lavoratori** (*tra pari, da capo a collaboratore e viceversa*)

Note e Osservazioni

6. Situazioni che, in questa struttura, portano con maggiore probabilità ad atteggiamenti **aggressivi da parte dei lavoratori verso gli ospiti**

Note e Osservazioni



7. **Formazione erogata** ai lavoratori sia per fare fronte alla violenza altrui sia per gestirla senza che l'escalation porti ad azioni aggressive da parte dell'operatore nei confronti dell'ospite

- a. Come _____
- b. Chi _____
- c. Quando _____

Note e Osservazioni

8. Specifica **formazione** che viene erogata ai **dirigenti e preposti** relativamente alla prevenzione organizzativa di violenza e aggressione

- a. Come _____
- b. Chi _____
- c. Quando _____

Note e Osservazioni



9. Formazione mirata è stata erogata a chi gestisce l'attività di comunicazioni e analisi di eventuali episodi di violenza

- a. Come _____
- b. Chi _____
- c. Quando _____

Note e Osservazioni

10. Frequenza con cui sono state attivate azioni di mitigazione, in esito all'attività di comunicazione e analisi di episodi di violenza

	Mai	Raramente	Spesso	Quasi sempre
Supporto personale al lavoratore				
Azione disciplinare nei confronti del lavoratore				
Azioni di riorganizzazione e prevenzione primaria				
Azioni verso gli ospiti e/o familiari per individuare le loro difficoltà				

Note e Osservazioni

11. Consumo di alcool sul lavoro

- a. Vi è la percezione di consumo di alcol tra operatori? No Si Non so
- b. Sono svolte iniziative in merito a sostegno dell'operatore? No Si Non so
- c. Sono stati adottati provvedimenti disciplinari? No Si Non so

Note e Osservazioni

12. Sovraccarico biomeccanico

- a. Ritenete che i lavoratori lamentino una non adeguata gestione del rischio da sovraccarico biomeccanico? No Si Non so
- b. Avete rilevato che disfunzioni organizzative / relazionali comportino situazioni di non adeguata gestione delle attività con potenziale sovraccarico biomeccanico? No Si Non so

Note e Osservazioni

Allegato 3. Autovalutazione da parte dell'operatore del proprio vissuto in episodi di violenza

PRP 2021-2025 (DGR 2144/2021) - Programma Predefinito 8 (PP8)

“Promozione del benessere organizzativo e prevenzione del rischio psicosociale nelle strutture residenziali di assistenza per anziani anche per contrastare possibili violenze e aggressioni.”

<p>1. Descrizione (che cosa è successo?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dov'ero? • Chi altri era con me? • Perché ero lì? • Che cosa stavo facendo? • Che cosa stavano facendo le altre persone? • Qual era il contesto dell'evento? • Che cosa è successo? • Che parte ho avuto in ciò che è successo? • Che parte hanno avuto gli altri? • Qual è stato il risultato? 	<p>3. Valutazione (che cosa c'è stato di positivo e di negativo nell'esperienza?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Che cosa c'è stato di positivo nell'esperienza? • Che cosa c'è stato di negativo nell'esperienza?
<p>2. Sensazioni (che cosa ho pensato e sentito?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com'erano le mie sensazioni immediatamente prima che l'evento iniziasse? • Che cosa stavo pensando in quel momento? • Che cosa ho pensato a proposito dell'evento quando è iniziato? • Come mi ha fatto sentire? • A che cosa mi hanno fatto pensare le parole e le azioni degli altri? • Come queste mi hanno fatto sentire? • Come mi sono sentito a proposito dell'esito dell'evento? • Che cosa ne penso ora? • Dopo aver fatto 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? 	<p>4. Analisi (che senso posso dare all'esperienza e alla situazione che si è creata?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Che cosa è andato bene? • Che cosa ho fatto bene? • Che cosa hanno fatto bene gli altri? • Che 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? • Che cosa specificatamente ha favorito il concretizzarsi dell'aggressione? • Che cosa ha impedito che l'aggressione producesse effetti ancora più gravi rispetto a quelli prodotti?
	<p>5. Piano d'azione (se la situazione si presentasse di nuovo che cosa farei di diverso?)</p> <p>Se si presentasse un caso simile, che cosa si potrebbe fare per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendere meglio la natura della violenza? • Riconoscere la violenza potenziale? • Affrontare la violenza quando si verifica? • Ottenere un adeguato supporto dopo l'episodio di violenza?

Tratto da “Ciclo di riflessività (di Gibbs)”





