

Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema

Carlo Mamo^a, Marina Penasso^b, Denis Quarta^a

^a Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3

^b Dors - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Regione Piemonte, Grugliasco (TO)

SUMMARY

Work-related assault injuries among healthcare workers: dimension and trend in Italy

Introduction

Healthcare and social services workers are at high risk for violence. Violence against care providers is mainly perpetrated by patients and visitors (type II violence). Although the majority of aggressions are verbal, many others constitute assault, battery, stalking, or sexual harassment. Aim of the study was to describe dimension and trend of the problem in Italy.

Materials and methods

Data source was the Italian National Institute of Insurance Against Accidents at Work. Injuries occurring among healthcare workers in 2010-2017 were selected. Descriptive analysis were stratified by age class, gender, geographic area, work set, job title.

Results

The trend of injuries from assault remains broadly stable in Italy, showing a greater occurrence in the northwestern area. 73% of assaulted workers are women, because of the high percentage of women among nursing aides. Until 2013, the majority of assaults occurred in hospitals, with progressive shift toward local healthcare services. 17% of assaults resulted in 40 days off work or some degree of permanent incapacity to work.

Conclusions

Healthcare workplace violence remains an underreported, ubiquitous, and persistent problem that has been tolerated and largely ignored. Workplace violence in outpatient practices is a complex and arising problem particularly worthy of attention.

Key words: work injuries; assault; healthcare workers

carlo.mamo@epi.piemonte.it

Introduzione

Per violenze sul luogo di lavoro si intendono gli eventi in cui i lavoratori sono minacciati, aggrediti o abusati in situazioni correlate al lavoro, e che comportano un rischio per la loro sicurezza, benessere o salute. Il settore dei servizi sanitari e sociali risulta tra quelli a maggior rischio (1). Nei setting sanitari, la violenza verso operatori è compiuta prevalentemente da pazienti o loro familiari (violenza di tipo II) (1). I fattori di rischio sono classificabili in: organizzativi, caratteristiche dell'operatore (capacità comunicativa, esperienza) e caratteristiche di paziente e familiari (livello socioeconomico, storie pregresse di violenza) (2). La reale dimensione del problema non è ben conosciuta, poiché molti episodi di violenza, soprattutto verbale e psicologica, ma anche fisica, non vengono denunciati dagli operatori (3). Il livello di tale sottotifica viene stimata fino al 70%. Le stime presenti in letteratura si basano su survey rivolte a medici, infermieri, operatori, in cui gli intervistati riferiscono la frequenza e la tipologia di violenze subite in un periodo, di durata variabile, precedente l'intervista (4). Tuttavia, tali rilevazioni non consentono una stima del *burden of disease* associato agli eventi.

La crescente attenzione delle organizzazioni di categoria richiede una attenta disamina epidemiologica del problema. Obiettivo del presente lavoro è stato stimare indicatori affidabili di natura sanitaria del problema, utili a valutarne la dimensione, i trend temporali e i danni alla salute procurati.

Materiali e metodi

Disegno dello studio e fonti

In Italia, l'ente assicurativo che gestisce la denuncia e il riconoscimento degli infortuni occorsi a tutti i lavoratori del settore pubblico (e di gran parte dei lavoratori del settore privato) è l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro).

Si è pertanto utilizzata la fonte INAIL degli infortuni sul lavoro denunciati e riconosciuti per provare a costruire degli indicatori di occorrenza e di impatto sulla salute.

Attraverso un disegno di studio di tipo descrittivo e retrospettivo, si sono analizzati i dati del flusso corrente INAIL a disposizione degli utenti abilitati dei servizi di prevenzione (flusso regolamentato dal protocollo di intesa INAIL-Ispesl-Regioni del 25 luglio 2002) (5).

Eventi in studio e criteri di selezione

Sono stati analizzati gli infortuni sul lavoro denunciati e riconosciuti da causa lavorativa, occorsi nel periodo 2010-2017. Tale periodo è stato scelto in quanto il 2010 è l'anno in cui è stata introdotta nel flusso la nuova classificazione di attività economiche Ateco 2007 (6) e il 2017 è l'ultimo anno disponibile.

Criteri per la selezione dei comparti in studio: codici di classificazione delle attività economiche Istat Ateco 2007

- Q86: assistenza sanitaria
- Q87: servizi di assistenza sociale residenziale
- Q88: assistenza sociale non residenziale.

Criteri per la selezione degli eventi di violenza: codifica delle modalità di accadimento degli infortuni sul lavoro ESAW (European Statistics on Accidents at Work), variabile "Deviazione"

- 80 - Sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia, presenza - non precisato
- 81 - Sorpresa, spavento
- 82 - Violenza, aggressione, minaccia - tra dipendenti dell'impresa
- 83 - Violenza, aggressione, minaccia - proveniente da persone esterne all'impresa verso le vittime nel quadro della loro funzione
- 84 - Aggressione, calca, violenza da parte di animali
- 85 - Presenza della vittima o di un terzo che crea di per sé stesso un pericolo per la vittima/ per sé stesso e se del caso per altri.

Nelle analisi descrittive sono state considerate le seguenti variabili: localizzazione geografica, età in classi, genere ed esito dell'infortunio collegato alla prognosi (esiti temporanei con i giorni di assenza dal lavoro, esiti permanenti con i gradi di inabilità, esiti mortali).

Inoltre, solo per la Regione Piemonte, è stato possibile utilizzare la variabile "professione", così da individuare i profili maggiormente coinvolti nel fenomeno in studio.

Analisi

Ai fini delle analisi sono state prese in considerazione: frequenze e percentuali relative, con confronti interni, stratificazioni per anno di accadimento, genere, fascia di età, setting lavorativo, ripartizione geografica (macroarea), qualifica professionale (indagabile solo sui dataset regionali: in questo studio il Piemonte).

I confronti sono stati testati con il test χ^2 per le proporzioni.

Risultati

La frequenza di casi riconosciuti dall'INAIL risulta in riduzione: da 2.576 eventi occorsi nel 2010 si passa a 2.082 nel 2017 (-19,2%) (Tabella 1A). Va tenuto presente che in questo lasso di tempo si è progressivamente ridotto il personale operante nelle ASL e negli istituti di cura pubblici, passato da 724.245 unità del 2010 a 603.375 unità nel 2017 (7). Il tasso grezzo di eventi passerebbe quindi da 35,6*10.000 addetti nel 2010 a 34,5 nel 2017, indicando una sostanziale stabilità del problema. Trend analogo si ha per gli infortuni su personale sanitario e sociale nel loro complesso (Tabella 1B).

La percentuale di infortuni da violenze sul totale degli infortuni non mostra differenze significative nel tempo, per nessuna area geografica ($p = 0,95$ per Nord-Ovest; $p = 1,0$ per Nord-Est; $p = 0,99$ per Centro; $p = 0,98$ per Sud e Isole) (Figura). Permane una maggiore occorrenza di eventi nella macroarea del Nord-Ovest, dove le violenze rappresentano l'8,8% del totale degli infortuni in sanità nel periodo.

Tabella 1A - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per anno e fascia di età. Italia, 2010-2017

Fascia di età	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	n.	%														
<= 20	9	0,4	6	0,2	8	0,3	4	0,1	3	0,1	4	0,1	6	0,2	4	0,2
21-30	381	14,8	451	15,4	353	12,5	329	12,3	304	11,1	308	11,4	300	12,0	311	14,9
31-40	730	28,3	857	29,2	750	26,5	701	26,1	686	25,1	606	22,4	571	22,9	436	20,9
41-50	873	33,9	950	32,3	1.000	35,3	918	34,2	937	34,3	944	34,9	801	32,1	676	32,5
51-60	544	21,1	638	21,7	676	23,9	676	25,2	724	26,5	730	27,0	705	28,2	547	26,3
> 60	39	1,5	35	1,2	47	1,7	56	2,1	81	3,0	116	4,3	113	4,5	108	5,2
Totale	2.576	100,0	2.937	100,0	2.834	100,0	2.684	100,0	2.735	100,0	2.708	100,0	2.496	100,0	2.082	100,0

Tabella 1B - Infortuni sul lavoro in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per anno e fascia di età. Italia, 2010-2017

Fascia di età	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	n.	%														
<= 20	157	0,4	117	0,3	122	0,3	105	0,3	96	0,3	105	0,3	108	0,4	98	0,3
21-30	4.667	11,1	4.292	10,7	3.736	10,0	3.226	9,2	2.988	8,4	2.749	8,3	2.759	9,2	2.679	9,0
31-40	11.025	26,2	9.915	24,7	8.714	23,3	7.664	21,8	7.274	20,5	6.084	18,3	5.481	18,3	5.136	17,3
41-50	14.728	35,0	14.202	35,4	13.234	35,3	12.267	34,8	12.372	34,9	11.463	34,5	9.912	33,1	9.566	32,2
51-60	10.720	25,5	10.731	26,8	10.815	28,9	10.846	30,8	11.199	31,6	11.005	33,1	9.868	32,9	9.919	33,4
>60	765	1,8	837	2,1	844	2,3	1.099	3,1	1.486	4,2	1.793	5,4	1.855	6,2	2.318	7,8
Totale	42.062	100,0	40.094	100,0	37.465	100,0	35.207	100,0	35.415	100,0	33.199	100,0	29.983	100,0	29.716	100,0

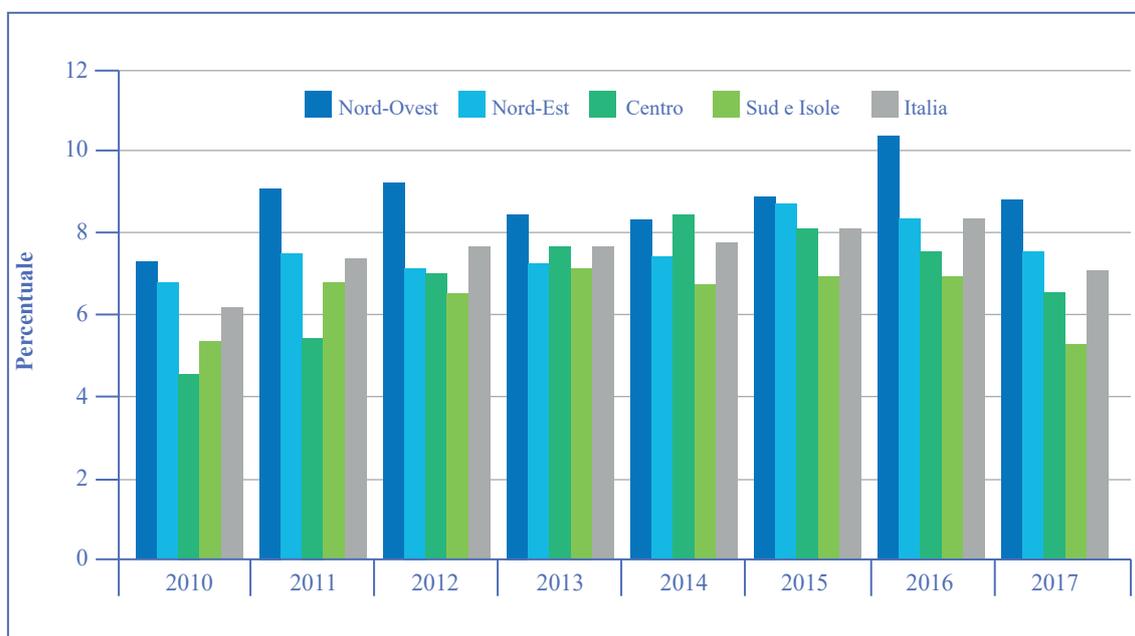


Figura - Infortuni sul lavoro in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Percentuali di infortuni da violenze sul totale, per macroarea. Italia, 2010-2017

Le frequenze per classe di età evidenziano come gli operatori della sanità soggetti ad aggressioni non presentino differenze significative della distribuzione per età rispetto agli operatori sanitari vittime di infortuni nel loro complesso ($p = 0,3$) (Tabelle 1A-1B).

Le aggressioni fisiche sono più frequenti verso le donne, coinvolte in quasi il 73% dei casi, percentuale costante nel periodo indagato (72,6% nel 2010; 72,7% nel 2017).

Il maggior numero di eventi si registrava fino al 2013 negli ospedali, ma il progressivo shift verso l'assistenza territoriale ha comportato un costante aumento di eventi sul territorio: nel 2017 quasi il 60% degli eventi è occorso

sul territorio (30% in strutture residenziali e il 30% in altri setting, incluso il domicilio) (Tabella 2A). Queste differenze non sono quindi conseguenza di un aumento del rischio nei setting territoriali, ma della riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e del maggiore peso assistenziale sul territorio, come si può notare osservando il totale degli infortuni in sanità per setting e anno (Tabella 2B).

Riguardo la qualifica professionale, indagata per il Piemonte, la categoria maggiormente colpita risulta quella degli ausiliari sanitari: 57,9% delle vittime di violenze nel 2016. Si riduce la quota di infermieri (23,5% nel 2010; 14,5% nel 2016); rimane costante la quota di medici (2,4%

Tabella 2A - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per luogo dell'evento. Italia, 2010-2017

Luogo evento	2010		2011		2012		2013	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ospedali, case di cura e studi medici	1.331	51,7	1.511	51,4	1.412	49,8	1.373	51,2
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	630	24,5	722	24,6	681	24,0	679	25,3
Assistenza sociale non residenziale	615	23,9	704	24,0	741	26,1	632	23,5
Totale	2.576	100,0	2.937	100,0	2.834	100,0	2.684	100,0
Luogo evento	2014		2015		2016		2017	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ospedali, case di cura e studi medici	1359	49,7	1286	47,5	1014	40,6	847	40,7
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	711	26,0	766	28,3	787	31,5	620	29,8
Assistenza sociale non residenziale	665	24,3	656	24,2	695	27,8	615	29,5
Totale	2.735	100,0	2.708	100,0	2.496	100,0	2.082	100,0

Tabella 2B - Infortuni sul lavoro riconosciuti in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per luogo dell'evento. Italia, 2010-2017

Luogo evento	2010		2011		2012		2013	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ospedali, case di cura e studi medici	938.609	79,2	918.566	78,7	887.862	78,0	856.772	76,9
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	117.632	9,9	118.436	10,1	118.412	10,4	122.672	11,0
Assistenza sociale non residenziale	129.230	10,9	130.036	11,1	132.686	11,6	134.469	12,1
Totale	1.185.472	100,0	1.167.038	100,0	1.138.960	100,0	1.113.913	100,0
Luogo evento	2014		2015		2016		2017	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ospedali, case di cura e studi medici	847.351	76,6	859.207	75,8	720.360	71,7	731.219	71,4
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	123.967	11,2	131.143	11,6	136.841	13,6	139.344	13,6
Assistenza sociale non residenziale	134.939	12,2	142.615	12,6	147.111	14,6	153.500	15,0
Totale	1.106.257	100,0	1.132.965	100,0	1.004.312	100,0	1.024.063	100,0

nel 2010; 2,6% nel 2016); aumenta la percentuale di personale tecnico (4,8% nel 2010; 20,6% nel 2016) (**Tabella 3**).

Riguardo il setting, le aggressioni verso il personale medico e infermieristico occorrono principalmente in ospedale, mentre le aggressioni sul personale ausiliario accadono prevalentemente in strutture residenziali e di assistenza sociale (**Tabella 4**).

Circa il 9% degli infortuni comporta più di 40 giorni di prognosi (senza inabilità permanente), mentre l'8% subisce una inabilità permanente al

lavoro (la maggioranza dei quali nella categoria di postumi permanenti tra il 16 e il 33%). Non si evidenziano variazioni temporali nei gradi di gravità prognostica riconosciuta. Sono stati riconosciuti 8 eventi mortali (**Tabella 5**).

La modalità di violenza più frequentemente codificata è "violenza, aggressione, minaccia - proveniente da persone esterne all'impresa verso le vittime nel quadro della loro funzione" (circa il 50% degli eventi), seguita da "presenza della vittima o di un terzo che crea di per sé stesso un pericolo per la vittima/per sé stesso e se del caso

Tabella 3 - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per qualifica professionale. Piemonte, 2010-2016

Qualifica professionale	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n.	%												
Medici	7	2,4	6	1,7	14	4,0	12	4,3	5	2,3	8	3,1	6	2,6
Infermieri	68	23,5	62	17,2	51	14,7	43	15,5	26	11,9	33	12,9	33	14,5
Personale tecnico sanitario	14	4,8	24	6,7	27	7,8	41	14,8	38	17,4	43	16,9	47	20,6
Ausiliari sanitari e inservienti	170	58,8	233	64,7	215	61,8	165	59,6	138	63,0	159	62,4	132	57,9
Amministrativi	19	6,6	24	6,7	23	6,6	7	2,5	7	3,2	5	2,0	5	2,2
Altro	11	3,8	11	3,1	18	5,2	9	3,2	5	2,3	7	2,7	5	2,2
Totale	289	100,0	360	100,0	348	100,0	277	100,0	219	100,0	255	100,0	228	100,0

Tabella 4 - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per qualifica professionale e luogo dell'evento. Piemonte, 2010-2016

Qualifica professionale	Ospedali, case di cura e studi medici	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili		Assistenza sociale non residenziale	Totale	%
Medici	52		4	2	58	2,9
Infermieri	263		32	21	316	16,0
Personale tecnico sanitario	35		107	92	234	11,8
Ausiliari sanitari e inservienti	182		491	539	1.212	61,3
Amministrativi	32		31	27	90	4,6
Altro	19		20	27	66	3,3
Totale	583		685	708	1.976	100,0

Tabella 5 - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per prognosi. Italia, 2010-2017

Prognosi	2010		2011		2012		2013	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Senza inabilità temporanea	134		173		181		162	
Inabilità temporanea da 4 a 7 giorni	722		760		806		751	
Inabilità temporanea da 8 a 20 giorni	874	83,3	1.004	83,0	962	83,5	928	84,0
Inabilità temporanea da 21 a 30 giorni	277		326		281		270	
Inabilità temporanea da 31 a 40 giorni	139		175		136		144	
Inabilità temporanea > 40 gg	219		252		239		220	
Inabilità permanente fino a 5%	144		167		145		151	
Inabilità permanente da 6% a 15%	54		65		78		52	
Inabilità permanente da 16% a 33%	12	16,7	10	17,1	4	16,5	5	16,0
Inabilità permanente da 34% a 59%			3		1			
Inabilità permanente da 60% a 79%								
Inabilità permanente > 80%								
Mortale	1		2		1		1	
Totale	2.576	100,0	2.937	100,0	2.834	100,0	2.684	100,0

segue

continua

Tabella 5 - Infortuni sul lavoro riconosciuti da violenze in operatori della sanità e assistenza sociale (codici Ateco 2007: Q86, Q87, Q88). Frequenze e percentuali per prognosi. Italia, 2010-2017

Prognosi	2014		2015		2016		2017	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Senza inabilità temporanea	169		148		115		110	
Inabilità temporanea da 4 a 7 giorni	736		736		660		595	
Inabilità temporanea da 8 a 20 giorni	914	83,0	905	82,3	896	81,4	748	84,3
Inabilità temporanea da 21 a 30 giorni	283		298		222		202	
Inabilità temporanea da 31 a 40 giorni	167		142		138		101	
Inabilità temporanea > 40 gg	234		233		244		186	
Inabilità permanente fino a 5%	166		164		155		111	
Inabilità permanente da 6% a 15%	52		69		55		26	
Inabilità permanente da 16% a 33%	13	17,0	9	17,7	10	18,6	2	15,7
Inabilità permanente da 34% a 59%			1		1			
Inabilità permanente da 60% a 79%	1							
Inabilità permanente > 80%			1					
Mortale			2				1	
Totale	2.735	100,0	2.708	100,0	2.496	100,0	2.082	100,0

per altri (circa il 20%); "sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia, presenza - non precisato" (circa il 15%), "violenza, aggressione, minaccia - tra dipendenti dell'impresa" (circa il 15%).

Conclusioni

Non si rilevano evidenti variazioni temporali, né gradienti geografici nell'occorrenza di eventi, confermando la sostanziale stabilità del problema (8). Va sottolineato come, da dati di letteratura, tra i lavoratori del settore pubblico gli operatori sanitari siano quelli col più alto tasso di assenze dal lavoro da violenze (3).

L'occorrenza del problema si sta spostando in misura crescente dall'ospedale al territorio, dato che riflette la tendenza organizzativa alla deospedalizzazione e all'incremento dell'assistenza territoriale.

Alcuni dati di fonte INAIL non sembrano in linea con quanto atteso: ci si aspetterebbe una maggiore occorrenza di aggressioni fisiche verso il personale maschile, laddove, da letteratura, risultano più frequenti le violenze verbali e psicologiche verso il personale femminile (9). I nostri dati indicano maggiori occorrenze nelle donne, ma va ricordato che i dati presentati si riferiscono a frequenze e non a tassi, non avendo disponibili i dati degli occupati suddivisi per genere. Sappiamo che le donne rappresentano

la maggioranza del personale sanitario (7) e di quello ausiliario e questo potrebbe spiegare la maggiore percentuale di donne tra le vittime di aggressioni.

Nell'interpretazione delle frequenze, va sempre tenuto conto dell'alto grado di sottotificata di questi eventi, stimata in circa il 70%, sia tra i medici che tra gli infermieri (4). Le vittime temono conseguenze professionali negative, come essere considerate incapaci di adattarsi alle situazioni o di stabilire buone relazioni con il paziente (3). Sebbene tale sottotificata riguardi verosimilmente episodi con danni lievi, è indicatore delle difficoltà organizzative a far emergere tali episodi e rappresenta una zona d'ombra conoscitiva determinante problemi di burnout oggi ancora non quantificabili.

L'occorrenza del problema rappresenta un indicatore del rapporto di fiducia tra operatori sanitari e pazienti, oltre che un termometro sensibile dei fattori di rischio psicosociali e del burnout a cui la riorganizzazione dei servizi ha sottoposto negli ultimi anni medici e infermieri. Una percentuale minore di violenze su operatori sanitari, ma comunque allarmante, è compiuta da altri operatori.

I dati epidemiologici sottolineano la necessità di intervenire sui fattori organizzativi, nonché di garantire il necessario supporto alle vittime da

parte delle direzioni aziendali, spesso carente e concausa dell'alto livello di sottotifica. Alla luce dell'evoluzione dell'offerta assistenziale verso il territorio, una particolare attenzione va rivolta ai setting extraospedalieri e agli operatori dedicati.

Citare come segue:

Mamo C, Penasso M, Quarta D. Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(2):15-21.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Centers for Disease Control and Prevention. Workplace violence prevention strategies and research needs. DHHS (NIOSH) Publication No. 2006-144.
2. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. OSHA 3148-06R 2016.
3. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *N Engl J Med* 2016;374(17):1661-9. doi: 10.1056/NEJMr1501998
4. Valetto MR, Cappabianca A. (Ed). *Violenza nei confronti degli operatori sanitari*. Corso FAD FNOMCeO. Zadig Milano. Settembre 2018.
5. Bena A, Pasqualini O, Agnesi R, Baldasseroni A. Come valutare in Italia i risultati degli interventi di prevenzione relativi agli infortuni in ambiente di lavoro? Considerazioni sugli indicatori INAIL-ISPEL-Regioni. *Epidemiol Prev* 2008;32(3):168-75.
6. www.codiceateco.it/sezioni; ultimo accesso 20/11/2020.
7. Ministero della Salute. Personale delle A.S.L e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2017. www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2870; ultimo accesso 20/11/2020.
8. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open* 2017;7:e017757. doi:10.1136/bmjopen-2017-017757
9. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C, et al. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *J Safety Res* 2013;44:57-64. doi: 10.1016/j.jsr.2012.09.004