

Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha emanato, nell'ambito dei programmi nazionali correlati alla gestione del rischio, una raccomandazione (Racc. n°8/2007) per prevenire i comportamenti aggressivi e la violenza a danno degli operatori sanitari. La Regione Emilia-Romagna ha fatto propri i contenuti del Ministero con l'emanazione, nel Maggio 2010, di una raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari.

In questi anni il tema ha assunto una grande rilevanza, anche mediatica, e soprattutto vi è una maggiore percezione del rischio da parte degli operatori dei servizi sanitari collegato alla propria attività professionale. La revisione dei contenuti della Raccomandazione Regionale si pone l'obiettivo di renderla più coerente con l'evoluzione dei contesti di erogazione dei servizi sanitari, la loro evoluzione nelle modalità con cui vengono effettuati, il contesto normativo di riferimento e le conoscenze che si sono sviluppate in questi anni sul fenomeno della violenza sugli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Un gruppo di lavoro multidisciplinare ha provveduto ad effettuare una lettura critica del documento ministeriale e regionale per produrre alcune indicazioni più aderenti al cambiamento del contesto operativo regionale.

Si invitano le Aziende a portare a conoscenza di tutti gli operatori sanitari interessati il presente documento, con le modalità di diffusione ritenute più opportune, e a favorire l'adozione delle indicazioni in esso contenute.

Indice

1. Premessa.....	3
2. Obiettivi.....	5
3. Ambiti di applicazione	6
4. Glossario	6
5. Azioni	7
5.1. Esplicitazione dell'impegno programmatico della Direzione	7
5.2. Analisi del contesto lavorativo	9
5.3. Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo	10
Misure strutturali e tecnologiche.....	10
Misure organizzative	11
Formazione del personale.....	12
6. La segnalazione degli episodi di violenza e i relativi flussi informativi	13
7. Il sostegno all'operatore che ha subito violenza	26
8. La comunicazione.....	15
<i>Riferimenti bibliografici</i>	16



1. Premessa

Gli operatori dei servizi sanitari durante la loro attività sono esposti al rischio di subire atti di violenza, sia da parte dei pazienti sia da parte degli utenti dei servizi. Tale rischio, in base ai pochi e non omogenei dati disponibili in letteratura, sembra in crescita negli ultimi anni e rappresenta uno degli aspetti a cui gli operatori sono maggiormente sensibili relativamente alle criticità inerenti la sicurezza della propria attività.

Nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione e ha inserito la “morte o grave danno in seguito a violenza su operatore” fra gli *eventi sentinella* che devono essere segnalati, tramite appropriate procedure, alle Regioni e al Ministero della Salute. In una prospettiva più ampia, questa tipologia di eventi deve essere considerata sia come un problema di sicurezza delle cure e di gestione del rischio clinico che di sicurezza degli operatori, in una visione integrata del rischio nelle attività clinico assistenziali e nelle strutture sanitarie. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano infatti anche un problema di sicurezza del lavoro che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i, “Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”. In questo contesto la valutazione del rischio deve individuare gli elementi relativi all’ambiente e alle tecnologie con cui si svolge l’attività sanitaria, con gli aspetti più strettamente psicosociali collegati alle professioni sanitarie.

Da questo punto di vista, una classica definizione psicosociale dell’*aggression* ha individuato gli aspetti di intenzionalità di un comportamento orientato a determinare un danno a qualcuno e le strategie di evitamento messe in atto da parte del target per ridurre gli effetti. La letteratura enfatizza anche come è possibile utilizzare il comportamento aggressivo in modo strumentale, ovvero come mezzo per raggiungere un determinato scopo e includere in questo anche l’uso di minacce.

Una ulteriore definizione che si pone come una sintesi di differenti approcci metodologici è quella del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) che definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni *aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro*” indipendentemente dallo scopo e obiettivo.

Nel contesto lavorativo gli atti di violenza, nella maggior parte dei casi, sono rappresentati da eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, realizzata spesso con uso di un linguaggio offensivo.

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense, anche se datata, indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 7.6 casi per 100 lavoratori full-time nel 2008, contro un valore di 3.9 casi per 100 lavoratori full-time nelle industrie del settore privato. La Joint Commission riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio.

Il quinto rapporto sul “Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella” riporta che nel periodo che va dal 2005 al 2012 sono stati segnalati 165 “atti di violenza a danno di operatore” su tutto il territorio nazionale, pari all’8,6 % del totale delle segnalazioni.

A livello regionale i dati provenienti dal sistema di segnalazione presente nelle aziende sanitarie indicano un numero di aggressioni fisiche pari a 240 eventi nel 2018 (nel 2017 erano 232), con le



aree psichiatriche e delle dipendenze patologiche che presentano il maggior numero di eventi. Rispetto alla gravità delle conseguenze delle aggressioni, nel 2018 solo 4 eventi hanno presentato esiti da significativo a severo, mentre la stragrande maggioranza ha avuto esiti trascurabili o di lieve entità. Le aggressioni verbali sono numericamente molto maggiori, essendo state 612 nel 2018 in netta crescita rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda invece le aggressioni denunciate come infortuni sul lavoro del personale delle aziende sanitarie regionali, risultano 55 eventi nel 2017 e 52 nel 2016, ovviamente in numero molto minore delle aggressioni segnalate, in quanto solo in alcuni casi le aggressioni fisiche sono esitate in un infortunio sul lavoro. Dai dati rilevati dall'Osservatorio Regionale sugli Infortuni sul lavoro, le aggressioni rappresentano meno del 2% del totale degli infortuni denunciati nelle aziende sanitarie della Regione.

Le figure professionali maggiormente esposte alle aggressioni fisiche sono il personale infermieristico e, a seguire, gli OSS/Ausiliari e in misura minore il personale medico. Per le aggressioni verbali il personale maggiormente esposto è quello infermieristico, seguito dal personale amministrativo dei front office/CUP, dagli OSS/Ausiliari e dal personale medico.

Tra le cause scatenanti degli episodi di violenza fisica i dati di letteratura e provenienti dalle segnalazioni degli operatori pongono al primo posto l'uso di alcool, droghe e l'assistenza a pazienti psichiatrici, mentre il sovraffollamento e il prolungamento di tempi di attesa incidono quasi elusivamente per gli episodi di violenza verbale.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento delle aggressioni non solo da parte di utenti verso gli operatori sanitari, ma anche tra operatori sanitari. A livello regionale i dati relativi alle segnalazioni caratterizzano le aggressioni tra operatori della stessa azienda in circa il 10% del totale degli episodi di violenza segnalati.

In generale, in base ai dati di letteratura e alle esperienze consolidate in questi anni, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche;
- servizi di Pronto Soccorso e di emergenza-urgenza;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale (guardia medica, assistenza domiciliare, ecc.);
- area integrazione socio-sanitaria;
- front office e prenotazioni prestazioni sanitarie.

Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, come sopra riportato, sono gli infermieri, i medici e gli operatori sociosanitari ad essere a rischio più alto, in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività, sia da parte del paziente stesso che dei familiari che in quel momento si trovano in uno stato di vulnerabilità e frustrazione che, in alcuni casi, può arrivare alla perdita di controllo.

Numerosi sono i fattori che concorrono al manifestarsi degli atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi quali in ultima istanza l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al

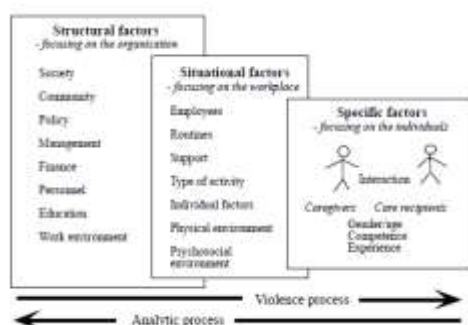
personale di comprendere quanto accade e interrompere la progressiva escalation del comportamento aggressivo.

Come si è visto il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori varia da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, di servizi erogati, ubicazione, dimensione. A questo proposito Viitasara e Menckel propongono un framework teorico per l'identificazione dei fattori di rischio per i comportamenti violenti nei servizi sanitari, riferendosi nello specifico a:

1. Fattori specifici (caratteristiche individuali):
 - ✓ Genere
 - ✓ Età
 - ✓ Livello di educazione/scolarità
 - ✓ Esperienze precedenti
 - ✓ Interazione tra le due parti (paziente vs. operatore)

2. Fattori di contesto (caratteristiche dell'ambiente lavorativo):
 - ✓ Lavoratori
 - ✓ Attività svolte
 - ✓ Ambiente fisico
 - ✓ Ambiente psicosociale (e supporto psicosociale ricevuto)

3. Fattori strutturali (caratteristiche dell'organizzazione):
 - ✓ Sistema di appartenenza dell'organizzazione (pubblico/privato, locale/nazionale)
 - ✓ Management dell'organizzazione (direzione e controllo)
 - ✓ Policy di riferimento
 - ✓ Ambiente fisico e psicosociale
 - ✓ Personale
 - ✓ Educazione e training degli operatori



La contestualizzazione delle strategie di gestione deve tener conto degli specifici ambiti operativi, che si caratterizzano a seconda del grado di esposizione a dinamiche relazionali potenzialmente connotate da aspetti di aggressività da parte di utenti portatori di disagio psicosociale.

2. Obiettivi

Gli obiettivi del documento sono:

- Promuovere una politica di prevenzione del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari nelle aziende sanitarie regionali
- Aumentare la conoscenza del fenomeno e dei suoi determinanti

- Programmare e implementare misure (strutturali, tecnologiche, organizzative e formative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari
- Promuovere la diffusione di competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi
- Promuovere l'offerta di supporto psicologico e/o sanitario al lavoratore che subisce l'atto di violenza, qualora necessario.
- Promuovere la tutela legale dei lavoratori, prevedendo la possibilità, in caso di denuncia dell'aggressione, di domiciliamento presso l'Azienda, nonché l'impegno da parte dell'Azienda ad un'azione efficace di supporto, anche costituendosi essa stessa in giudizio.

3. Ambiti di applicazione

DOVE: In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio potenziale (servizi psichiatrici, SerT, aree dell'emergenza in particolare PS, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

A CHI: Tutti gli operatori coinvolti in processi collegati alla cura e all'assistenza della persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, tecnici sanitari, personale di PS e del servizio 118, personale di front-office...).

QUANDO: Durante l'erogazione di prestazioni all'utente.

4. Glossario

RM	Risk Manager - Referente per la sicurezza delle cure e gestione del rischio
CeGeRiS	Centro Regionale Gestione per la gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente – Osservatorio Regionale per la Sicurezza della Cure
CSM	Centro Salute Mentale.
De-escalation	Letteralmente: riduzione progressiva, attenuazione. Si tratta di un insieme di interventi, basati sulla comunicazione verbale e non verbale, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto. La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e di aggressività presenti non solo nelle persone con disturbi psichiatrici.
DG- RER	Direzione Generale – Cura della Persona Salute e Welfare – Regione Emilia-Romagna
DVR	Documento di Valutazione del Rischio.
EVENTO	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.



EA – EVENTO AVVERSO	Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente/operatore sanitario, non intenzionale e indesiderabile.
EA – EVENTO SENZA DANNO	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.
ES – EVENTO SENTINELLA	Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.
MC	Medico Competente
NM – NEAR MISS	Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento alla persona, che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
PPA - GR	Piano-Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio
PREVIOS	Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari
PS	Pronto Soccorso
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SERT	Servizio per le Dipendenze Patologiche
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità. È un sistema informativo ministeriale che raccoglie su tutto il territorio nazionale le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri.
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione.
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

5. Azioni

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto interventi di prevenzione della violenza che, a livello generale, sono ricompresi nell'elenco di seguito illustrato e che dovranno essere applicati in relazione al contesto e alle valutazioni di rischio effettuate.

5.1. Esplicitazione dell'impegno programmatico della Direzione

Ciascuna Azienda sanitaria deve formalizzare l'impegno della Direzione per la prevenzione degli episodi di violenza sugli operatori e adoperarsi per effettuare interventi di riduzione/controllo del rischio, individuati in base ai sistemi di segnalazione attivi ed esplicitati nel DVR e nel Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS); tale impegno dovrà essere

esplicito e comunicato con gli opportuni strumenti, sia all'interno dell'organizzazione che ai cittadini/utenti che frequentano le strutture di riferimento.

Dovranno essere individuati i soggetti responsabili della stesura del PREVIOS e, a tal fine, dovrà essere istituito un gruppo di coordinamento aziendale specifico e permanente (deve esservi evidenza del contributo formale almeno del Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Management, Direzione Sanitaria, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Tecnico e rappresentanze dei servizi maggiormente interessati al fenomeno delle aggressioni, oltre ad una rappresentanza degli RLS, insieme ad altre eventuali unità organizzativa che la Direzione ritenga opportuno coinvolgere) e assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione.

Attraverso il PREVIOS, coerentemente con le raccomandazioni di cui alla nota PG/2018/0564542 del 05/09/2018 della Regione Emilia-Romagna, la Direzione deve esplicitare il proprio impegno programmatico orientato a:

- Promuovere la Implementazione e verifica della funzionalità del flusso informativo sugli eventi di violenza con l'adozione della scheda unica regionale di segnalazione;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- Individuare le aree a maggior rischio e le scelte organizzative strutturali e tecnologiche per la riduzione del fenomeno;
- dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative effettuate dalla Direzione per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati;
- delineare modalità di supporto legale per gli operatori vittime di aggressioni;
- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti;
- definire un piano di comunicazione mirato alla prevenzione delle aggressioni per gli utenti e visitatori;
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili.

La stesura del PREVIOS sarà compito del gruppo di lavoro aziendale che, per la natura dei rischi affrontati, dovrà essere coordinato dal RSPP. Il contenuto dovrà essere coerente con il Documento di Valutazione dei rischi Aziendale o parte specifica di questo. Ovviamente per le misure di prevenzione e controllo individuate andrà implementato un opportuno piano di monitoraggio sullo stato di attuazione nel tempo.

Il PREVIOS costituirà anche parte integrante del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio. Si allega (allegato 1) la guida per la stesura PREVIOS, inviata alle aziende sanitarie regionali con nota PG/2018/0564542 del 05/09/2018.

5.2. Analisi del contesto lavorativo

L'analisi del contesto lavorativo mira ad individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza.

La violenza sul luogo di lavoro rappresenta un rischio per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, e pertanto ricade nella valutazione dei rischi prevista dal D. Lgs. 81/08, che deve interessare tutti i rischi "presenti nell'organizzazione ed è finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza. L'art. 28 c. 1 del D. Lgs.81/08 specifica che la valutazione "deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro- correlato" e che "il datore di lavoro effettua la valutazione" ed elabora il Documento di Valutazione dei Rischi tramite il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale, in quanto la normativa gli attribuisce compiti specifici nella valutazione dei rischi e nella pianificazione e programmazione degli interventi di prevenzione e protezione, con la collaborazione del Medico Competente.

La valutazione dei rischi deve quindi avere un connotato più estensivo, andando ad analizzare anche aspetti relativi al contesto lavorativo con la collaborazione di altri soggetti aziendali. A tale proposito il RSPP e il gruppo di lavoro individuato per la redazione e gestione del piano programma, dovrà valutare gli ambienti di lavoro, il contesto organizzativo, la tipologia di utenza, le attività e le prestazioni erogate al fine di individuare le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare.

L'analisi potrà avvalersi anche di una serie di strumenti:

– **revisione degli episodi di violenza segnalati:** esaminando i dati relativi a episodi di violenza (accaduti o *near miss*) segnalati dagli operatori nel corso dell'attività lavorativa attraverso l'apposita scheda per la segnalazione dell'episodio di violenza a danno dell'operatore sanitario (allegato 2) già resa disponibile alle aziende sanitarie con nota PG/2018/0564542 del 05/09/2018. Fonti di tali dati possono essere, oltre al sistema dedicato di segnalazione degli eventi di aggressione agli operatori sanitari, il sistema di gestione dei reclami, le denunce di infortunio all'INAIL, i referti di Pronto Soccorso o altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza occorso, le segnalazioni eventualmente inviate all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale. L'analisi consente la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi, per identificare le successive azioni di miglioramento, nonché verificarne l'efficacia.

– **conduzione di indagini ad hoc presso il personale:** importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate.

– **analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione:** nell'ambito dei sopralluoghi per la valutazione della sicurezza nei contesti lavorativi è necessario valutare anche i fattori di rischio

relativi ai comportamenti e agli atti di violenza nei confronti degli operatori, i fattori contribuenti e dinamiche anche organizzative. Tali informazioni saranno utilizzate per:

- analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche dei soggetti coinvolti (tipologia di pazienti e operatori) e delle strutture (luoghi isolati e/o scarsamente illuminati, presenza vs. assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro, ecc.), i meccanismi generatori degli eventi e gli esiti;
- identificare i contesti e le attività lavorative a rischio più elevato.

A tale scopo può essere un utile supporto, soprattutto nella fase preliminare alla valutazione del rischio, l'utilizzo della check list allegata al presente documento (allegato 3). Tale check list dovrebbe essere compilata per ogni realtà dove si presumono o si evidenzino criticità in relazione al fenomeno con la fattiva collaborazione dei Direttori/Coordinatori di riferimento. Potranno altresì essere utilizzati strumenti proattivi per la gestione del rischio come FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) e FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis).

5.3. Definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo

Successivamente all'analisi e all'identificazione dei rischi, occorre definire le misure necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili. Le misure di prevenzione e controllo indifferentemente indicate si possono dividere in tre grandi categorie: tecnologico- strutturali, organizzative e formative.

Misure strutturali e tecnologiche

- Valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi ad atti e comportamenti violenti, in particolare sul layout per prevedere vie di fuga alternative;
- valutare la necessità di dotarsi e mantenere regolarmente in funzione sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio;
- assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento o della presenza prossimale di un operatore nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- valutare il potenziamento e /o l'installazione di impianti di videoregistrazione a circuito chiuso nelle aree ad elevato rischio;
- migliorare l'accoglienza ed il confort dei luoghi di attesa, facilitando l'accesso e la richiesta di informazioni da parte dell'utenza;
- gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole e sistemi tecnologici selettivi (es. accessi con sistemi a badge o elettronici);



- controllare e vincolare i sistemi di accesso esterni alle strutture rendendoli coerenti con le necessità di gestione delle situazioni di emergenza (es. allarmando le porte antipanico);
- prevedere nelle aree a rischio la presenza di arredi idonei a ridurre gli elementi potenzialmente pericolosi, eliminando quelli non strettamente necessari e fissandoli stabilmente quando opportuno;
- valutare, in relazione al rischio, nei front office e più in generale ove vi è un rapporto con il pubblico, eventuali arredi che per conformazione e struttura rendano difficile avvicinarsi agli operatori;
- assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- mantenere in buono stato le strutture e le attrezzature (finestre, serrature, vetture...).

Misure organizzative

- Promuovere un clima organizzativo positivo orientato alla riduzione degli episodi di violenza;
- definire un'interfaccia operativa con le Forze dell'Ordine ai fini delle attività previste nel contesto delle procedure operative di erogazione del servizio anche con l'obiettivo di definire protocolli condivisi;
- valutare il potenziamento e/o la rivisitazione dei servizi di vigilanza interna a seguito di opportuna valutazione;
- prevedere e applicare procedure atte a garantire la sicurezza nel caso di gestione di pazienti con comportamenti violenti potenzialmente aggressivi, come nelle strutture della Salute Mentale, o sottoposti a misure di sicurezza nell'ambito di procedimenti giudiziari;
- promuovere la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza;
- fornire ai pazienti informazioni chiare sulle modalità e sui tempi di erogazione delle prestazioni (es.: tempi di attesa);
- garantire la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di utenti stranieri, prevedere se necessaria la presenza di un mediatore culturale o modalità organizzative che permettano di avvalersi di tali competenze;
- effettuare un piano di comunicazione mirato agli utenti, eventualmente con la collaborazione delle associazioni di volontariato;
- assicurare – ove possibile e considerato opportuno – la presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria (sia ospedaliera che territoriale);
- ridurre ove possibile le situazioni in cui gli operatori sanitari sono soli durante la erogazione di prestazioni sanitarie, sia a domicilio del paziente che nelle strutture aziendali, e dove questo non è possibile adottare idonee misure comportamentali e tecnologiche per controllare il rischio;
- sensibilizzare il personale al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e della divisa;

- scoraggiare il personale dall'indossare monili che rappresentino un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (es.: collane, orecchini...);
- prevedere, per il personale valutato come potenzialmente a rischio, la dotazione di strumenti di identificazione che ne garantiscano comunque la sicurezza;
- realizzare e applicare adeguate procedure relative all'offerta di supporto (psicologico, sanitario, legale e medico-legale e amministrativo) per gli operatori che subiscono episodi di violenza;
- istituire un riferimento telefonico o fisico, uno "sportello", all'interno dell'Azienda che possa fornire agli operatori vittima di aggressioni le indicazioni su come procedere per la segnalazione e le attività conseguenti, anche relativamente all'attivazione delle specifiche tutele aziendali.

Formazione del personale

La formazione deve mirare a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire in caso di episodi di violenza. I contenuti formativi vanno diversificati in base ai diversi contesti lavorativi e profili professionali; inoltre, la formazione deve essere coerente con la valutazione del contesto lavorativo e con le azioni previste dal piano programma per la gestione del rischio.

Come già esplicitato negli Indirizzi sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure, elaborate dal Nucleo Operativo del Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente, la formazione del personale ha l'obiettivo anche di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva e diffondere a tutto il personale la conoscenza dei rischi potenziali e delle tecniche da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi dovranno affrontare almeno i seguenti aspetti:

- a. Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- b. I rischi connessi alla propria attività lavorativa e al posto di lavoro;
- c. Apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione di comportamenti aggressivi e violenti (focus in allegato 4) da parte di pazienti, parenti e visitatori, privilegiando tecniche di prevenzione di *de-escalation*, di tranquillizzazione rapida;
- d. Procedure per la segnalazione.

Le iniziative formative potranno essere inserite nel normale percorso di formazione sulla sicurezza previsto dal D. Lgs. 81/08 per i lavoratori o attuati in modo specifico in determinati contesti a rischio.

Le iniziative formative, come le altre misure di prevenzione e controllo, andranno esplicitate anche nel PREVIOS e integrate nel documento di valutazione dei rischi specifici e nel suo piano di miglioramento, individuando anche le scadenze temporali per la loro attuazione, così come previsto dal D. Lgs. 81/08, e implementando un opportuno monitoraggio. Relativamente alle attività formative si raccomanda un confronto con OO.SS, Organismo paritetico ed eventualmente CUG, al fine di condividere l'impostazione del piano.

6. La segnalazione degli episodi di violenza e i relativi flussi informativi

Un elemento rilevante, come è già stato sottolineato, è la qualità del dato relativamente agli eventi segnalati, fattore determinante per fare una corretta indagine preliminare sui fattori di rischio e sui determinanti concorrenti. La Regione Emilia-Romagna ha fornito specifiche istruzioni operative per la segnalazione degli accadimenti relativi alla violenza a danno degli operatori sanitari (nota RER PG/2016/0383059 del 24/05/2016).

A prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di violenza (oppure il Responsabile o il Coordinatore della Struttura/Servizio) deve tempestivamente segnalare l'evento al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e al Risk Manager aziendali tramite la compilazione dell'apposita scheda di segnalazione (Allegato 2).

Nello specifico :

- **Tutti gli atti di violenza (verbale o fisica) vanno segnalati utilizzando la scheda**, anche quelli per i quali vi sia il dubbio che l'evento sia legato a particolari caratteristiche del paziente che ne compromettano la capacità di intendere, questo per avere comunque una dimensione del fenomeno. Sarà poi in fase di analisi degli eventi che verranno distinte le caratteristiche di contesto e, di conseguenza, le misure specifiche di riduzione delle conseguenze dell'evento e/o di prevenzione.
- Nel caso in cui gli esiti di un atto di violenza possano essere riconducibili ad un evento infortunistico, **oltre** alla segnalazione con la scheda specifica, questo va denunciato all'INAIL tramite le modalità previste.
- Se l'atto di violenza si configura come reato, **oltre** alla segnalazione con la specifica scheda occorre valutare se intraprendere un'azione legale pertinente.

Le Strutture di Rischio Clinico e il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale analizzano congiuntamente la scheda di segnalazione dell'episodio di violenza a danno dell'operatore ed esprimono un giudizio sulla completezza e congruità degli elementi indicati; effettuano quindi una valutazione riguardo alla presenza dei criteri per considerare l'episodio un "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES verso la Regione e il Ministero della Salute.

Si elencano di seguito i criteri, stabiliti dalla Regione Emilia-Romagna e confermati dagli orientamenti del Coordinamento delle Regioni per il Rischio Clinico della Commissione Salute, per la segnalazione dell'episodio di violenza alla Regione come "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES verso il Ministero della Salute:

- 1) uso di corpi contundenti e/o armi come mezzi utilizzati per l'aggressione;
- 2) esito dell'aggressione/entità del danno:
 - ferita profonda
 - trauma maggiore
 - necessità di intervento chirurgico

- ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
- disabilità permanente
- coma
- morte
- le lesioni che hanno determinato una prognosi superiore ai 40 giorni
- indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che:
 - hanno messo in pericolo di vita il soggetto leso;
 - hanno provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - hanno provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo;
 - hanno causato uno sfregio (cicatrice visibile che altera i movimenti mimici) od una deformazione (menomazione che provoca ribrezzo in chi guarda) del volto.

Qualora l'episodio di violenza a danno dell'operatore sia rispondente ai criteri sopra elencati il RM lo comunica alla Direzione Sanitaria Aziendale e provvede a compilare la scheda A del flusso SIMES e a inviarla alla DG- RER - Servizio Assistenza Ospedaliera - CeGeRiS.

Il CeGeRiS, ricevuta la scheda A SIMES, preliminarmente alla trasmissione al Ministero della Salute, informa il referente del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica della DG-RER.

Per l'evento sentinella si rende necessaria un'analisi da parte della Funzione/Struttura di Risk Management RM e del SPP e, a loro discrezione, di componenti del gruppo di coordinamento aziendale PREVIOS; in accordo con la struttura\servizio in cui è avvenuto l'accadimento, effettuano l'analisi dell'episodio di violenza con l'obiettivo di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito a determinarlo e di gestire la comunicazione con operatori ed utenti coinvolti.

La segnalazione dell'episodio di violenza su operatore come "evento sentinella" impone una analisi tramite gli strumenti previsti (SEA o RCA). L'analisi ha l'obiettivo di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento e di definire le relative azioni per il miglioramento. Il RM ed il RSPP effettuano il monitoraggio delle azioni di miglioramento previste a seguito dell'analisi e formalizzate nel progetto di intervento.

Le risultanze dell'analisi e le eventuali azioni di miglioramento individuate saranno riportate nella scheda B (SIMES) che sarà trasmessa alla DG-RER - Servizio Assistenza Ospedaliera - CeGeRiS.

Il CeGeRiS, ricevuta la scheda B SIMES, preliminarmente all'invio al Ministero della Salute, effettua insieme al referente del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica della DG-RER una valutazione congiunta dell'accadimento.

Se l'evento non risponde ai criteri per la classificazione come evento sentinella, indipendentemente dal tipo\modalità di accadimento e dalla gravità del danno occorso, la segnalazione deve comunque essere registrata nel sistema informativo aziendale dedicato alla raccolta degli episodi di violenza.

Le informazioni disponibili attraverso i data base aziendali sugli episodi di violenza a danno degli operatori saranno inoltre utilizzabili come elemento di conoscenza preliminare alla predisposizione del DVR e del PREVIOS. Il gruppo di coordinamento aziendale costituito per l'elaborazione del PREVIOS dovrà analizzare i dati relativi agli episodi di violenza, utilizzando le relative fonti informative del sistema locale di raccolta delle segnalazioni, eventi sentinella SIMES, le denunce o le comunicazioni di infortunio e qualunque altra documentazione relativa all'episodio. L'elaborazione dei dati aggregati da sottoporre al gruppo di lavoro va condotta in

maniera coordinata dal RSPP e dal RM. Il dato aggregato andrebbe analizzato anche al fine di valutare l'efficacia del PREVIOS e, se del caso, intervenire con modifiche e miglioramenti.

La Direzione Aziendale invierà alla Regione Emilia-Romagna i dati relativi al fenomeno della violenza a danno degli operatori, secondo quanto sarà stabilito rispetto a debito informativo, modalità e tempistiche. Tali dati saranno resi disponibili al Nucleo Operativo del – CeGeRiS e successivamente conferiti all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, per il tramite dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'AGENAS. Tale percorso verrà verificato a seguito di intervenute disposizioni normative in materia.

7. Il sostegno all'operatore che ha subito violenza

Ai lavoratori che hanno subito un'aggressione deve essere tempestivamente fornito supporto e, se necessario, trattamento medico.

Ogni organizzazione dovrà dotarsi di una **procedura che espliciti le modalità di assistenza** (legale, amministrativa, medico legale, sanitarie e psicologica) al soggetto che ha subito l'episodio di violenza.

Un'area di intervento da promuovere all'interno dell'Azienda riguarda la tutela legale dei lavoratori, prevedendo la possibilità, in caso di denuncia dell'aggressione, di domiciliazione presso l'Azienda, nonché l'impegno da parte dell'Azienda ad un'azione efficace di supporto, anche costituendosi essa stessa in giudizio.

Andrà inoltre assicurato un appropriato supporto per superare il trauma, anche attivando un sostegno psicologico agli operatori che, a seguito di violenza, potrebbero manifestare vari disagi, come il disturbo post traumatico da stress, il timore di rientro al lavoro, un cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari etc.

8. La comunicazione

Ogni Azienda dovrebbe elaborare un piano di comunicazione specifico per gli utenti delle strutture sanitarie, in primo luogo per quelle maggiormente a rischio, in modo da mettere a disposizione delle persone strumenti cognitivi di elaborazione dell'eventuale disagio in maniera che questo non sfoci in atti o comportamenti, in particolare rivolti contro operatori sanitari.

La campagna di comunicazione dovrebbe essere contestualizzata nei luoghi interessati e intervenire con più strumenti allo scopo di massimizzare il target raggiungibile.

A solo scopo indicativo la campagna potrebbe essere articolata in :

- Cartellonistica e leaflet
- Produzione di palinsesto video da veicolare attraverso monitor
- Accordo con emittenti televisive allo scopo di utilizzare programmi video

Per la cartellonistica ed i leaflets andrebbero utilizzati modelli di comunicazione positiva e tesa a sdrammatizzare per focalizzare l'attenzione dell'utente sull'attività che il personale sta svolgendo,

anche quando, ad esempio, il tempo di attesa si protrae è perché vi sono persone che hanno più necessità.

L'utilizzo di sistemi video potrebbe essere un ottimo strumento che consente di alternare le informazioni sui tempi di attesa con contenuti di attualità o di richiamare campagne sulla salute regionali o nazionali. In questo caso sarebbe possibile utilizzare materiale già esistente. Va sottolineato che è importante che il materiale utilizzato possa generare un messaggio comprensibile senza l'audio che disturberebbe l'attesa.

In questo contesto potrebbe essere utile poter utilizzare collegamenti diretti con emittenti nazionali o regionali su news e attualità.

Oltre ad una comunicazione generica è opportuno migliorare la comunicazione al paziente durante l'attesa, soprattutto se questa si prolunga per tempi lunghi. Questa attività è molto difficile che possa essere svolta dal personale sanitario, soprattutto nei luoghi di attesa affollati, perché impegnato in attività di cura ed assistenza. Utile al riguardo potrebbe essere il coinvolgimento del volontariato per intervenire con messaggi e azioni di attenzione e supporto all'utenza in attesa, sulla base anche di esperienze di eccellenza effettuate in Regione.

Riferimenti bibliografici

1. Baron, R.A., & Richardson, D.R. (1994). *Human Aggression*. New York: Plenum Press.
2. Brunetti, Lorenzo., Bambi, Stefano. 2013. *Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza : revisione della letteratura internazionale*. Professioni infermieristiche, vol.66, n.2, pag. 109-16.
3. Chang H. E., Cho S. H. *Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2016;10(4):271-276.
4. Chapman R. et al.: *Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation*. Int J Ment Health Nurs 2010;19(3):186-194.
5. D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*.
6. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA): *Workplace Violence and Harassment: a European Picture* (2011).
7. La Torre G. et al.: *Il fenomeno violenza subita sul luogo di lavoro nel settore sanitario: validazione della versione italiana del questionario WHO*. Clin Ter 2017;168(3):e199-202.
8. Magnavita N. et al.: *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni*. G Ital Med Lav 2011;33:3 Suppl.:274-277.
9. Magnavita N., Heponiemi T.: *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. BMC Health Service Research 2012;12:108.
10. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – 5° Rapporto (Settembre 2005- Dicembre 2012)*. Aprile 2015.
11. Raccomandazione Ministero della Salute n. 8: *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*, novembre 2007;
12. *Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari*, Regione Emilia-Romagna, 2010
13. D.M. 11 dicembre 2009 *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli*

- errori in sanita "SIMES";
14. "Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, novembre 2010;
 15. Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007 DGR n.1639/2016 "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
 16. "Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", Eu-Osha - 2011 2
 17. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002.
 18. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers* (2015).
 19. U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2008. Washington, DC: DOL, 2009.
 20. Tedeschi, J.T., & Felson, R.B. (1994). *Violence, Aggression and Coercive Actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
 21. The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
 22. Viitasara, E., & Menckel, E. (2002). Developing a framework for identifying individual and organizational risk factors for the prevention of violence in the health-care sector. *Work*, 19, 117–123.
 23. Glossario della sicurezza delle cure dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità
 24. Nota della Regione Emilia-Romagna PG/2016/0383059 del 24/05/2016 "Istruzione operativa per la segnalazione degli accadimenti relativi alla violenza a danno degli operatori"
 25. Nota della Regione Emilia-Romagna PG/2018/0564542 del 05/09/2018 "Scheda di segnalazione degli episodi di violenza e indicazioni per la stesura del Piano Prevenzione della Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)
 26. Indirizzi sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure elaborate dal Nucleo Operativo del Centro regionale per la Gestione del Rischio sanitario e la Sicurezza del paziente – Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure - Maggio 2019
 27. Orientamenti sui criteri di Segnalazione di alcuni eventi sentinella per il flusso SIMES – Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e della PA – 12.03.2019
 28. Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico - Documento d'indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (16 ottobre 2018)
 29. Regione Umbria, Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario (25 Febbraio 2019)

Guida per la stesura del Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)

Ambiti da sviluppare

1. Finalità e obiettivi generali del Piano Aziendale Prevenzione, ad esempio:
 - a) programmazione e implementazione di misure (strutturali e organizzative) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari.
 - b) acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi.
2. Indicazione dei soggetti responsabili della stesura del Piano (deve esservi evidenza del contributo formale almeno di: Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Management, Direzione Sanitaria, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Tecnico)
3. Definizione del gruppo operativo multidisciplinare aziendale (con la presenza dei soggetti coinvolti nella stesura del Piano ed eventualmente di altri interessati alla tematica ed individuati dalla Direzione aziendale)
4. Presenza e funzionalità del flusso informativo sugli eventi di violenza a danno degli operatori: dati e report storici (quali dati vengono raccolti, la modalità, la reportistica e il feedback alle unità operative)
5. Individuazione dei contesti a maggior rischio in relazione alle variabili strutturali/ambientali, alle caratteristiche dell'utente e ai dati relativi al fenomeno.
6. Attività ed interventi specifici:
 - strutturali e logistici;
 - organizzativi;
 - tecnologici e di security;
 - procedurali (compresi quelli a supporto degli operatori che subiscono episodi di violenza);
 - formativi;
 - informativi e comunicativi.

Per ogni area specificare:
Intervento - Responsabile intervento - Tempi attuazione - Indicatori per il monitoraggio

Allegato 2 - Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori

Struttura/Stabilimento _____ Dipartimento _____

Unità Operativa _____

Nome cognome operatore aggredito _____ M F età _____

Nome cognome operatore segnalante (se diverso dall'aggredito): _____

Data della Segnalazione _____ Data e ora dell'accadimento _____

Luogo dell'evento: Comparto operatorio Sala parto/travaglio Degenza Ambulatorio Pronto Soccorso
 Soccorso 118 Diagnostica per Immagini Punto Prelievi Sala d'attesa Spazi comuni Abitazione privata
 Strutture territoriali Altro:.....

Dati anagrafici dell'aggressore (ove disponibili) _____ M F età _____

L'aggressore è un paziente/familiare di paziente/visitatore/altro (specificare) _____

Testimoni dell'episodio: [] NO [] SI (specificare) _____

Compilare obbligatoriamente tutti i tre riquadri sottostanti indipendentemente da quale sia stata la tipologia di aggressione, spuntando la condizione apposita

[si] [no] AGGRESSIONE VERBALE intesa come ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica

[si] [no] AGGRESSIONE FISICA intesa come azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte

[si] [no] AGGRESSIONE CONTRO LA PROPRIETÀ intesa come distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui. **SE si che cosa è stato danneggiato:** _____

Descrizione dell'episodio Che cosa, dove e come è successo; se sono stati utilizzati eventuali mezzi per l'aggressione (specificare quali); come sono state limitate le conseguenze dell'aggressione (ad es. allontanamento operatore/aggressore, mediazione/comunicazione, trattamento farmacologico, ecc.)

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al paziente	Fattori legati al personale
<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/fragilità/infermità	<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata informazione/comunicazione al paziente
<input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato	<input type="checkbox"/> Inadeg. conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Inadeg. supervisione/tutoraggio
<input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Difficoltà nel lavoro di equipe
<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali	<input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Fatica/stress
<input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico	<input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta
	<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecch./dispositivo

Fattori legati al sistema

- Staff inadeguato/insufficiente Insufficiente addestramento/inserimento Gruppo nuovo/inesperto/elevato turnover
- Mancata/inadeg. Comunicazione Scarsa continuità assistenziale Inadeg. organizzazione cambio turno
- Ambiente inadeg. Locali angusti con vie di fuga pericolose Presenza di corpi contundenti Interferenze ambientali
- Assenza di sistemi di sorveglianza Assenza di dispositivi di sicurezza Illuminazione insufficiente
- Luoghi di attesa poco confortevoli Lunghi tempi di attesa per le prestazioni
- Ingresso ed orari dei visitatori non regolamentati Inadeg./mancata formazione su tecniche gestione aggressività
- Protocollo/procedura inesistente/ambigua Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedura Mancato/inadeg. apparecch./dispositivo Mancata/inadeg. manutenzione apparecch./dispositivo Mancato/inadeg. materiale di consumo

Altri fattori (specificare es. abuso di sostanze alcool/droghe, condizione psichiatrica)

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire indagini/prestazioni sanitarie? SI NO



<input type="checkbox"/> Accesso al Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Indagine di laboratorio	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Indagine radiologica	<input type="checkbox"/> Medicazione
<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Altre indagini
<input type="checkbox"/> Altro:		

Da questo punto in poi la compilazione è a cura del responsabile/coordinatore UO/Dipartimento/referente incident reporting

ESITO DELL'EVENTO (indicare solo una risposta)

Quasi Evento	SITUAZIONE PERICOLOSA – Condizione rischiosa	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	EVENTO INTERCETTATO – Evento occorso, ma intercettato (prima del coinvolgimento dell'operatore)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO – Evento occorso che non richiede visita medica/osservazioni/monitoraggi extra	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – Evento occorso che ha richiesto visita medica/osservazioni/monitoraggi extra (es. rilevazione parametri vitali)	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/strumentali (esecuzione di esame del sangue/urine/ecografia/Rx, ...) e/o trattamenti semplici (bendaggi, analgesici, ...)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – Evento occorso che ha richiesto approfondimenti clinici/strumentali complessi (TAC/RM/Angio, ...) o trattamenti complessi (ammine vasoattive, cortisonici, antagonisti, suture, ecc.) e/o ammissione in ospedale	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – evento occorso che ha richiesto ammissione in ospedale (ricovero) con condizioni che permangono alla dimissione e/o trasferimento in terapia semi-intensiva/intensiva e/o intervento chirurgico	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO – Disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE DEL RISCHIO FUTURO

Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Raro (> 5 anni)	<input type="checkbox"/> Basso (ogni 1-5 anni)	<input type="checkbox"/> Medio (annuale)
	<input type="checkbox"/> Alto (mensile)	<input type="checkbox"/> Altissimo (settimanale)	
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Nessuno (livelli 1-2-3)	<input type="checkbox"/> Minore (livello 4)	<input type="checkbox"/> Moderato (livello 5)
	<input type="checkbox"/> Medio (livello 6)	<input type="checkbox"/> Severo (livelli 7-8)	

Descrizioni delle azioni attuate subito dopo l'evento:

Richiesta intervento delle Forze dell'Ordine Intervenuti: NO SI

Apertura "infortunio sul lavoro" con prognosi di gg. _____

Attivato intervento presa in carico

È stata effettuata segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Segnalazione di Evento Sentinella

Soggetti (interni/esterni) informati dell'accadimento:

Collega/i Coordinatore Direttore di U.O. Direttore di Dipartimento Forze dell'ordine

Direzioni Aziendali (specificare: es. SPP, Risk Management, ecc.) _____

Altro (specificare) _____

CAUSE DELL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)

Errori Umani		Ambiente e tecnologia
<input type="checkbox"/> Knowledge (fallimenti conoscenza)	<input type="checkbox"/> Skill (distrazione/lapsus)	<input type="checkbox"/> Progettazione/pianificazione
<input type="checkbox"/> Qualificazione	<input type="checkbox"/> Coordinamento	<input type="checkbox"/> Costruzione/installazione di struttura/apparecchiature/materiale
<input type="checkbox"/> Vigilanza	<input type="checkbox"/> Azioni	
Errori organizzativi		Altri fattori
<input type="checkbox"/> Protocolli/procedure	<input type="checkbox"/> Passaggio conoscenze/informazioni	<input type="checkbox"/> Fattori paziente
<input type="checkbox"/> Priorità gestione	<input type="checkbox"/> Cultura	<input type="checkbox"/> Fattori inclassificabili

Le AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono identificabili al momento della segnalazione:

SI NO In corso di definizione

Se SI <input type="checkbox"/> Stesura/revisione protocollo/procedura/documentazione	<input type="checkbox"/> Acquisizione/sostituzione/riparazione presidi/attrezzatura/tecnologie
--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO EMR)
allegato al PG/2020/0138477 del 17/02/2020 18:53:00

<input type="checkbox"/> Riorganizzazione personale/processo	<input type="checkbox"/> Cambiamenti strutturali/logistici	
<input type="checkbox"/> Formazione/addestramento personale	<input type="checkbox"/> Altro Specificare.....	
Specificare gli strumenti utilizzati o che si programma di utilizzare (raccolta ulteriori informazioni, audit, SEA, discussione con equipe, root cause analysis, ecc.)		
Le AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO sono implementabili a livello (indicare solo una risposta):		
<input type="checkbox"/> <i>Unità operativa</i>	<input type="checkbox"/> <i>Dipartimentale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Aziendale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Inter Unità operativa</i>	<input type="checkbox"/> <i>Interdipartimentale</i>	<input type="checkbox"/> <i>Interaziendale</i>

Allegato 3 - Check list per la valutazione del rischio

Data, _____

Ausl/Ospedale :

UO/AMBULATORIO : _____

TEAM (SPP, rls, coord.,) _____

N. di segnalazioni		
n. di infortuni		
n. di eventi sentinella		

Modello di check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari

A) Ambiente di lavoro	B) Contesto organizzativo	C) Visite a domicilio	D) Ispezione esterna struttura	E) Ispezione aree parcheggio	F) Tipologia di utenza
-----------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------

A) AMBIENTE DI LAVORO	SI	NO	Note /azioni correttive
Il reparto/ambulatorio è strutturato in modo da consentire eventuali vie di fuga per gli operatori?			
Esistono sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza?			
Sono presenti impianti video a circuito chiuso?			
Vi sono sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto?			
Le attrezzature (finestre, serrature, vetture...) sono mantenute in buono stato?			
Gli arredi sono idonei, sono stati ridotti gli elementi potenzialmente pericolosi?			
Gli operatori lavorano da soli?			
Lavorano durante le ore serali/notturne/mattino presto			
Altro (specificare)			
totale			

B) CONTESTO ORGANIZZATIVO	SI	NO	Note /azioni correttive
Gli operatori esibiscono un tesserino di identificazione privo di informazioni personali come il cognome?)			
Viene promosso un clima organizzativo orientato a ridurre gli episodi di violenza?			
È definita un interfaccia operativa con le forze dell'ordine? O con agenzie di sicurezza esterne?			
Esistono procedure atte a garantire la sicurezza nel caso di pazienti con			



comportamenti violenti o sottoposti a procedimenti giudiziari?			
E' assicurata la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza?			
Il sistema organizzativo favorisce l'accoglienza degli utenti?			
Gli utenti sono informati sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni?			
È assicurata la presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria?			
E' garantita la chiarezza della comunicazione con gli utenti? Se necessario è previsto un mediatore culturale?			
Il personale è stato sensibilizzato al corretto utilizzo dei dispositivi di barriera e della divisa?			
Il personale è stato informato di non indossare monili che possono rappresentare un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (piercing, collane, orecchini...)			
L'accesso ai locali di lavoro è gestito mediante regole chiare e/o sistemi controllati di accesso?			
Gli operatori possono osservare i pazienti e gli utenti nelle aree di attesa?			
Le zone del personale di ogni unità operativa hanno almeno 2 accessi ed offrono un buon campo visivo			
Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma			
Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo confort ed il minimo stress			
I pazienti e utenti che stazionano nelle aree di attesa sono correttamente informati sulle modalità di funzionamento della struttura?			
Altro (specificare)			
totale			

C) VISITE A DOMICILIO (compilare solo dove applicabile)	SI	NO	
Un operatore sanitario può essere accompagnato da un altro collega in visite a domicilio se note situazioni di potenziale rischio			
Si sollecita la cooperazione in modo da avere la destinazione di lavoro illuminata nel punto di accesso			
E garantito un equipaggiamento per dare allarme in caso di emergenza			
L'operatore ha punti di riferimento o mappa del territorio e buona conoscenza dello stesso			
L'operatore sanitario conosce le modalità per ricevere aiuto in caso di violenza (sede PM,...)			
Prima di effettuare una visita l'operatore sanitario chiama il cliente o il medico di medicina generale e mette in atto misure di sicurezza se necessario			
totale			

D) ISPEZIONE ESTERNA DELLA STRUTTURA	SI	NO	
Gli operatori si sentono sicuri quando camminano da e verso il luogo di lavoro			
L'illuminazione è sufficiente e funzionante nelle aree esterne			
E' previsto un sistema di videosorveglianza nelle aree esterne alla struttura			
Altro (descrivere)			
totale			

E) ISPEZIONE DELLE AREE DI PARCHEGGIO	SI	NO	
Esiste un parcheggio dedicato per i dipendenti			
E' un parcheggio custodito o vigilato in qualche modo			
E' presente un sistema di illuminazione sufficiente			
Altro (descrivere)			
totale			

F) TIPOLOGIA DI UTENZA			
Quale tipologia di utenza prevalente viene accolta nella UO?	SI	NO	
• Psichiatrica?			
• Demente?			
• Sotto l'effetto di alcol o droga?			
• Sottoposta a procedimento giudiziario?			
• Confusa/Agitata?			
totale			

Modello di calcolo check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Ambiente di Lavoro:

il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

Contesto Organizzativo:

il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

Viaggi e visite a domicilio:

il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

Ispezione esterna struttura:

il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

Ispezione aree parcheggio:

il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

Tipologia di Utenza:

il risultato finale è pari a 2 se vi sono almeno 2 SI

Livello 0 rischio assente

Livello 1 **rischio basso**

Livello 2 **rischio medio basso**

Livello 3 **rischio medio**

Livello 4 **rischio alto**

NB: altri elementi da considerare: infortuni, schede di segnalazione IR, Eventi sentinella

Allegato 4. RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

I comportamenti aggressivi esprimono sovente uno stato di esasperazione ed una richiesta di aiuto, forte e distorta.

Valutare le situazioni di potenziale aggressività, quando si entra in contatto con un paziente/utente è fondamentale per la gestione dell'evento e ridurre le conseguenze.

L'episodio di violenza è frutto di una progressione di fasi la cui conoscenza può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il peggioramento della situazione o il suo rientro nella normalità

La progressione avviene in genere in quattro fasi:

Fase del fattore scatenante - Comportamenti verbali, mimici o comportamentali, rendono percepibile l'avvio del processo.

Fase dell'aumento progressivo di intensità - In questa fase, le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto.

Fase critica - Punto culminante di eccitamento. L'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze.

Fase del recupero - Fase delicata, perché interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione della crisi

Nella fase dell'aumento progressivo di intensità e molto meno nella fase critica è possibile utilizzare delle tecniche di deescalating che con un approccio verbale mirato al contenimento progressivo dell'aggressore tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale

Le tecniche di deescalating prevedono una serie di azioni da attuare in relazione al contesto con cui ci si confronta, come ad esempio:

- a. Ascoltare il paziente o l'accompagnatore difficile, in luogo dedicato, al fine di evitare l'effetto pubblico che, oltre ad innescare meccanismi di teatralità, spesso produce la diffusione del malcontento
- b. Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (potrebbe essere recepito come una sfida!) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi
- c. È sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale
- d. Posizionarsi a fianco del paziente con asse di circa 30 gradi: la superficie esposta a colpi è minore e inoltre si comunica più disponibilità al dialogo
- e. Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza di sicurezza minima 1,5 m, che può essere eventualmente raddoppiata
- f. Disponibilità di una via di fuga: l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo (ad esempio tra una scrivania e il muro)
- g. Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe
- h. Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio
- i. Non accogliere atteggiamenti di provocazione o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi,

sarcasmo, squalifiche

- j. Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole
- k. Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi
- l. Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative
- m. Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, alimentare, ecc.)
- n. Non indossare monili, scarpe aperte, cinture; avere sempre disponibili i Dispositivi di Protezione Individuale
- o. Evitare di rimanere da soli con il paziente. Qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire
- p. Se non si ristabilisce una situazione di normalità, attivare la vigilanza interna, con funzione prevalentemente "dissuasiva" nei confronti dell'aggressore
- q. Se la situazione è a grave rischio evolutivo, allertare le Forze dell'Ordine