



# **La prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari in Emilia-Romagna**

**Il ruolo del Medico Competente  
Vittorio Lodi Coordinamento Medici Competenti  
Aziende Sanitarie Regione Emilia-Romagna**



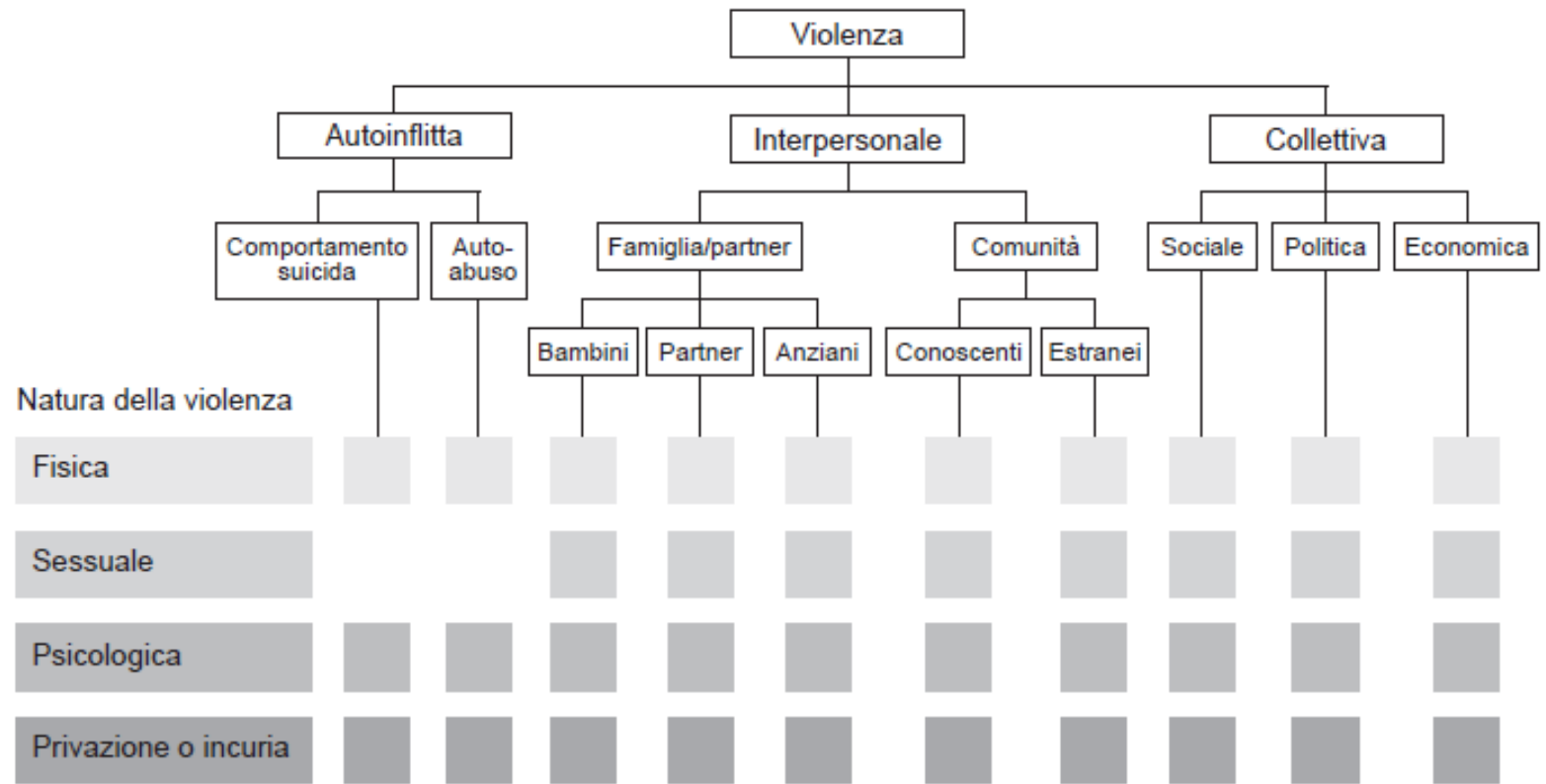
# Violenza sul luogo di lavoro

Con violenza sul luogo di lavoro si intendono “incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute”.

Si distingue tra violenza esterna e violenza interna tra lavoratori.



Figura 1.1 Una tipologia della violenza





# Interventi MC

L'approccio del MC a qualsiasi problema è interdisciplinare e scientifico. Si basa sulle conoscenze specifiche di diverse discipline e sulla collaborazione con vari specialisti – medicina, epidemiologia, sociologia, psicologia, ecc..



## Interventi MC

Caratteristica fondamentale di questi interventi è l'enfasi che viene posta sulla prevenzione.

Più che accettare semplicemente o reagire alla violenza l'intervento di partenza è rappresentato dalla profonda convinzione che un comportamento violento e le sue conseguenze possano essere prevenuti.

La violenza è il risultato di un'interazione complessa di fattori individuali, di relazione, sociali, culturali e ambientali.

Comprendere il modo in cui questi fattori sono collegati alla violenza rappresenta uno dei passi importanti nell'approccio del MC per prevenire la violenza stessa.

# Comunque ...

Art. 583-quater c.p. aggiornato al D.L. 34/2023.

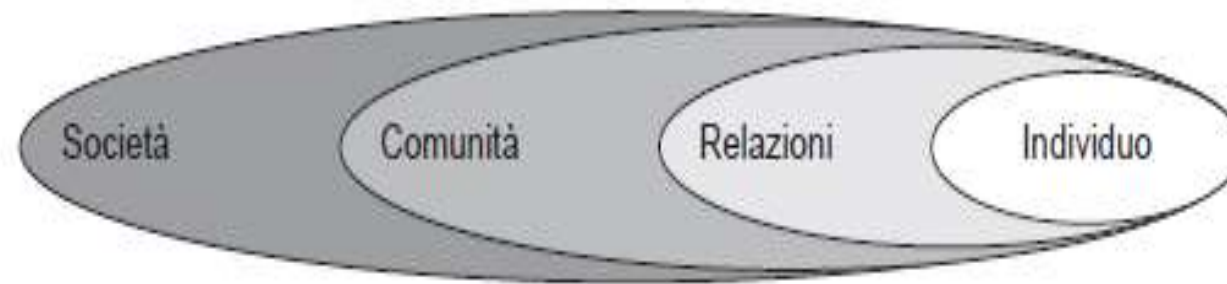
Lesioni personali a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, nonché a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali

Nell'ipotesi di lesioni personali cagionate a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, le lesioni gravi sono punite con la reclusione da quattro a dieci anni; le lesioni gravissime, con la reclusione da otto a sedici anni.

Nell'ipotesi di lesioni cagionate al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, si applica la reclusione da due a cinque anni. In caso di lesioni personali gravi o gravissime si applicano le pene di cui al comma primo.



Figura 1.3 Modello ecologico per comprendere la violenza



“World Report on Violence and Health” World Health Organization 2002



## Interventi MC

I dati di letteratura pur essendo molto diversificati e soggetti spesso a possibili bias indicano come in media, circa un terzo di operatori sanitari subisce violenza fisica e circa due terzi violenza psicologica o verbale.

Nessun contesto è esente da episodi di violenza, anche se esistono setting valutati a maggiore rischio



# I fattori di rischio

## **Fattori di rischio generali**

- strutture con organico e/o risorse insufficienti
- contesto culturale nel quale la violenza è tollerata o accettata anche in virtù di stereotipi (per esempio genere, razza, religione, disabilità, orientamento sessuale)
- attività svolta in assenza di altro personale.

## **Fattori di rischio per la violenza di terza parte**

- collocazione della struttura in aree degradate
- caratteristiche dell'utenza/pazienti e precedenti esperienze negative (malattia, dolore prolungato e non adeguatamente trattato, abuso di alcol e droghe, ansia, aspettative inappropriate)
- immagine sociale della struttura non coerente con le prestazioni offerte
- servizi/aree di accesso dell'utenza alla struttura e particolari *setting* (servizi di emergenza o reparti psichiatrici)
- gestione e dispensazione di materiali particolari (farmaci, siringhe e dispositivi)
- organizzazione dei servizi (lunghe attese, affollamento, mancanza di informazioni, difficoltà nella comunicazione, orari non consoni).

## **Fattori di rischio per la violenza interna**

- organizzazione del lavoro non adeguata (mancata definizione di ruoli e responsabilità, inadeguata allocazione delle risorse e sovraccarico di lavoro, incapacità di gestire situazioni di crisi)
- stile di *leadership* basato sull'intimidazione o sul "*laissez faire*", abuso di potere o mancato esercizio del potere
- clima interno caratterizzato da conflittualità anche non espressa
- mancato coinvolgimento del personale nelle decisioni che lo riguardano e mancata esplicitazione dei criteri di valutazione e incentivazione
- comunicazione carente e relazioni interpersonali difficili
- posizione sociale di particolare visibilità della vittima
- cultura dell'organizzazione che consente o ricompensa comportamenti violenti
- sottovalutazione del lavoro e dei risultati
- competizione e interessi personali e di carriera
- condizioni di particolare vulnerabilità del personale (preariato, lavoro occasionale, appalto, alto *turnover*).



# I fattori di rischio

- lavorare a contatto con persone instabili, specie se sono sotto l'influenza di stupefacenti o alcol o se hanno una storia di violenza o diagnosi di disturbi psicotici
- organico insufficiente, specialmente durante i pasti e gli orari di visita
- trasporto dei pazienti
- lunghe attese e sale di attesa sovraffollate e scomode
- lavorare da soli
- ambienti inadeguati
- sicurezza inadeguata
- mancanza di formazione del personale e di politiche di prevenzione e gestione delle crisi con pazienti potenzialmente instabili
- abuso di droghe e di alcol
- accesso alle armi da fuoco
- libera circolazione del pubblico in corridoi, camere, altri locali.



# I fattori di rischio della vittima

## *Profilo professionale*

- infermieri e personale dei mezzi di soccorso: rischio molto alto
- medici, personale tecnico: rischio alto
- tutti gli altri professionisti: rischio comunque presente

## *Vulnerabilità reale o percepita*

- personale appartenente a minoranze
- personale in formazione o in fase di inserimento
- lavoratori precari
- lavoratori di giovane età
- donne

## *Esperienza e attitudini*

- basso livello di esperienza
- atteggiamento poco disponibile o irritante
- scarsa capacità di accettare i problemi.



# Le cause scatenanti

Il più delle volte alla base del fenomeno c'è, nell'aggressore, un meccanismo di frustrazione per un'aspettativa non soddisfatta.

Il paziente, o un suo familiare, si aspetta un certo tipo di presa in carico dalla «struttura sanitaria» con determinate modalità; se non riceve ciò che ritiene essere un suo diritto, può scattare il meccanismo della frustrazione e del conseguente comportamento aggressivo.

Se l'operatore sanitario sul quale spesso si riversano le «colpe della struttura» tenta una difesa, l'aggressore si sente legittimato nella sua violenza e si genera così un'*escalation*.

Ambienti sovraffollati dove il paziente e il caregiver è costretto a lunghe attese senza ricevere informazioni innescano con maggiore probabilità l'atto violento nei confronti del personale sanitario che, pur non essendo il più delle volte i diretti responsabili, sono comunque, l'interfaccia verso l'utente dell'intera struttura sanitaria e della sua organizzazione.



# Le cause scatenanti

Le attese degli utenti in ambito sanitario sono aumentate, ed è cresciuta l'attenzione verso la qualità percepita del servizio che si riceve.

L'aumento degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari è anche un segnale del cambiamento culturale con un mutato rapporto tra paziente e medico o altro operatore sanitario, tra cittadino e pubblica amministrazione.

Altro meccanismo scatenante è il fallimento della comunicazione tra operatori sanitari e pazienti.

L'efficacia e lo stile della comunicazione dipendono da vari fattori relativi (età, esperienza stato culturale, livello di stress e di stanchezza di entrambe le parti, capacità cognitive del paziente, livello di responsabilità e formazione dell'operatore sanitario).

# I 4 tipi di violenza

**Tabella 1. I quattro tipi di violenza sul luogo di lavoro**

<b>Tipo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Esempio</b>
I	Chi perpetra la violenza non ha legami con il luogo di lavoro o con i lavoratori	Persona con intenti criminali che esegue una rapina a mano armata
II	Chi perpetra la violenza è un paziente o un visitatore o un fornitore o un lavoratore	Un paziente intossicato prende a pugni un'infermiera
III	Chi perpetra la violenza è un lavoratore o un ex lavoratore di quella struttura	Un dipendente licenziato di recente assale il suo capo
IV	Chi perpetra la violenza ha una relazione personale con il lavoratore ma nessun legame con il luogo di lavoro	Un ex marito assale la ex moglie sul suo luogo di lavoro



# Il Rischio

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza.

Tra questi assume particolare rilevanza **il rischio** di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

(Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della salute **Raccomandazione n. 8, novembre 2007**)



# Il Rischio

Art. 28 D.Lgs 81/2008

Oggetto della valutazione dei rischi

La valutazione ..... deve riguardare **tutti i rischi** per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi **compresi** ...**quelli collegati allo stress lavoro correlato.**





# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

variano per intensità e comprendono:

- lesioni fisiche da lievi a gravi
- disabilità temporanee o permanenti
- traumi psichici
- morte



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

Qualunque azione aggressiva verbale o fisica nei confronti di un operatore sanitario può determinare esiti psichici anche importanti

La violenza procura choc, incredulità, paura, umiliazione, sofferenza fino al senso di colpa e di sfiducia che può influire sull'autostima e sulla motivazione e incrementare la disaffezione al lavoro.

Alla violenza subita può conseguire un senso di rabbia che induce al pessimismo e a un atteggiamento negativo cinico.

Tutto ciò predispone a disturbi d'ansia o depressione



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

L'aver subito violenza può modificare in genere in senso peggiorativo le relazioni personali e professionali con i colleghi o con gli assistiti.

Il luogo di lavoro può essere percepito come pericoloso e il contesto incapace di offrire supporto.

Nei casi di violenza tra operatori sanitari si può sviluppare un senso di mancanza di rispetto e di sostegno, associato ad una sensazione di sfiducia e di isolamento.

E' descritta una tendenza all'uso di medicinali da automedicazione e il ricorso a sostanze d'abuso o a un consumo rischioso di alcol



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

Le manifestazioni più comuni ad una violenza subita sono:

ansia, cefalea, sintomi gastrointestinali, sonnolenza o insonnia e un quadro di disturbo post traumatico da stress (dal 25% al 55% dei casi).

Soprattutto chi ha subito bullismo manifesta il timore di prendere servizio, la volontà di dimettersi o l'intenzione di abbandonare la professione



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

- ansia, paura, depressione, rabbia, irritabilità, perdita di fiducia in sé stessi e senso di umiliazione
- disturbi del sonno
- progressiva perdita di soddisfazione lavorativa e motivazione
- burn out
- abbandono della professione
- sviluppo di patologie da stress lavoro correlato
- nei casi di violenza fisica lesioni cutanee, fratture ossee, danno agli organi interni, dolore acuto o cronico
- morte



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

All'atto di violenza spesso consegue un disagio esistenziale degli operatori sanitari che hanno subito violenza e spesso l'operatore sanitario si trova a svolgere la propria attività in condizioni di paura, di stress, di disaffezione al lavoro e svalutazione delle capacità professionali.

Tutto ciò danneggia la performance lavorativa e riduce l'efficienza della struttura sanitaria e la qualità dell'assistenza



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

La propensione dell'operatore vittima di violenza a non fidarsi del "proprio luogo di lavoro«, a volte anche dei colleghi, e la possibile conseguente tendenza ad abbandonare il lavoro ha evidentemente conseguenze sfavorevoli sulla struttura organizzativa in termini di quantità e qualità dell'offerta sanitaria.



# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

Diversi studi segnalano come gli operatori sanitari vittime di violenza tendano a ridurre per intensità e durata la relazione con gli assistiti, comunichino meno, adottino atteggiamenti meno empatici e siano più riluttanti a fornire l'assistenza.

Si sentono inoltre incerti in attività e compiti che prima dell'evento svolgevano con sicurezza.

La ridotta concentrazione sul lavoro può anche essere fonte di errori.





# Conseguenza fisiche e psichiche della violenza

il NIOSH (National Institute of Occupational and Safety Health) definisce lo stress lavorativo come l'insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore.

Lo stress connesso col lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare infortuni.

La Commissione Europea definisce lo Stress: "Insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente del lavoro".

**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	
<b>Totale</b>	<b>2.576</b>	<b>100,0</b>	<b>2.937</b>	<b>100,0</b>	<b>2.834</b>	<b>100,0</b>	<b>2.684</b>	<b>100,0</b>

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	
<b>Totale</b>	<b>2.735</b>	<b>100,0</b>	<b>2.708</b>	<b>100,0</b>	<b>2.496</b>	<b>100,0</b>	<b>2.082</b>	<b>100,0</b>



# Intervento del MC

Nell'ambito della prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità, la figura del Medico Competente risulta essere presa in causa innanzitutto per le funzioni che la norma le conferisce.

Il ruolo del Medico Competente, con riguardo a questa tipologia di rischio, è riconducibile a quanto previsto dall' art. 25, c.1, lett. a) del D.Lgs. 81/2008, in termini di collaborazione con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, *valorizzando gli esiti della sorveglianza sanitaria anche ai fini della predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori e dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza.*

L'interpello n. 5/2014 richiama la partecipazione attiva del Medico Competente al processo di valutazione dei rischi.



# Intervento del MC

Il medico competente risulta, quindi, impegnato in termini di:

- prevenzione primaria, collaborando sia nella fase di valutazione, sia nella successiva gestione del rischio, promuovendo presso il datore di lavoro le migliori pratiche valutative e gestionali;
- prevenzione secondaria nell'applicazione dell'attività di sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. b, D.Lgs. 81/2008 - *programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati*) in termini di rilevamento del disagio lavorativo e di diagnosi precoce dei disturbi e delle patologie stress lavoro-correlato.
- prevenzione terziaria in collaborazione con consulenti psichiatri e psicologi

# Prevenzione primaria

Il MC collabora nella valutazione del rischio stress lavoro correlato, che può essere sia conseguenza che causa di atti di violenza.

Art. 25 comma 1 lettera b) *Il MC collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza*



# Prevenzione primaria

La comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e le indicazioni sul loro significato (Art. 35 D.Lgs 81/08) concludono da una parte il processo di valutazione e gestione del rischio, adempiendo all'obbligo di collaborare con il datore di lavoro alla predisposizione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori e dall'altra, rappresenta una opportunità per promuovere il benessere dei lavoratori nell'ambito dei più ampi progetti di Total Worker Health



# Prevenzione secondaria

Nel corso della sorveglianza sanitaria il MC deve valutare la comparsa di eventuali sintomi e i segni che *precedono* la strutturazione di quadri morbosi stabili, (per es. “disturbo dell’adattamento”, “disturbo post traumatico da stress”, “burn-out”).

Segni e sintomi che possono essere numerosi e aspecifici e possono coinvolgere diversi apparati e funzioni:

- cardiovascolare (es. tachicardia, ipertensione arteriosa)
- gastroenterico (es. irregolarità dell’alvo, inappetenza, ecc.)
- muscolo-scheletrico (es. accentuazione di sintomatologia algica soprattutto dorso-lombare)
- sfera sessuale e apparato genitale
- disturbi del sonno
- disturbo d’ansia, di concentrazione, di memoria
- ...





# Prevenzione secondaria

Tali sintomi debbono essere attentamente ricercati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica svolta dal Medico Competente.

Il lavoratore che abbia subito un atto violento deve essere informato della possibilità di richiedere la visita medica al Medico Competente prevista dall'art. 41, comma 1, lettera c)

Inoltre qualora gli esiti dell'atto di violenza abbiano determinato un'assenza dal lavoro superiore ai 60 giorni (ex art.41, comma 1, lett.e.ter del D.lgs.81/08) deve essere effettuata la visita dal MC, anche allo scopo di attivare, se del caso, opportuni percorsi di approfondimento specialistico e/o di supporto.





# Prevenzione terziaria

Il Medico competente, unica figura che per legge può e deve venire a conoscenza dello stato di salute psicofisica dei lavoratori, deve valutare la necessità di un intervento specialistico, in particolare psichiatrico e/o psicologico e, se del caso, favorirne lo svolgimento e collaborare con gli specialisti per favorire il recupero del lavoratore, anche ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità (art. 41 *controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica*)



# Intervento MC

In relazione all'attuazione delle misure di tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori, il Medico Competente è in grado e deve collaborare per l'individuazione delle migliori modalità di prevenzione e riduzione del danno, da attuare, insieme ai servizi aziendali coinvolti (es. Servizio di prevenzione e Protezione, Risk Management, UO Psichiatria e Psicologia) in un'ottica di approccio multidisciplinare.



## Intervento MC

Il MC è coinvolto nella prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari per ruolo svolto e per normativa in atto

Le conseguenze delle aggressioni agli operatori sanitari si ripercuotono spesso sulla salute psico fisica dell'operatore la cui tutela è affidata al MC

Nell'intervento sul disagio psicologico che può conseguire ad una violenza subita il MC si avvale della collaborazione di specialisti (psicologo e psichiatra)



# Il ruolo del MC

Nell'ambito di questo intervento il MC risulta la figura che deve coordinare gli interventi sul singolo lavoratore, conoscendo ambiente di lavoro e stato di salute dello stesso

Le conseguenze di una violenza subita potrebbero avere una ricaduta in termini di valutazione del giudizio di idoneità

Giudizio di idoneità che è compito e responsabilità esclusiva del MC



# Il ruolo del MC

L'intervento degli specialisti è spesso necessario ed essenziale ma non devono pervenire al MC «giudizi di idoneità preformati» riportanti indicazioni teoricamente ideali ma la cui applicazione potrebbe risultare oggettivamente impossibile

In questo senso è fondamentale la collaborazione tra MC e specialisti (psicologo e psichiatra) con un costante feed back, in particolare è essenziale nel momento in cui lo specialista vuole indicare provvedimenti da applicare sul luogo di lavoro

**GESTIONE DEGLI EPISODI DI  
AGGRESSIONE NEI CONFRONTI  
DELL'OPERATORE SANITARIO NELLE  
AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE  
EMILIA-ROMAGNA**





PIACENZA	<p>SPP: Area funzionale "rischi psicosociali" - violenza aggressioni.</p> <p>-Segnalazione caso aggressione/violenza fisica (indirizzo mail dedicato@ e segnalazione mediante modulistica in Intranet aziendale (seguirà attivazione Segnal.ER)</p> <p>-Presenza in carico infermieristica per primo colloquio e compilazione questionario e interlocuzione con il Medico Competente.</p> <p>-Eventuale visita a richiesta del medico competente e consulenza psicologica (colloqui e supporto Psicologa del SPP). Prescrizione eventuali visite specialistiche. <b>Giudizio d'idoneità</b></p> <p>-RSPP+ tecnici della prevenzione: effettuazione sopralluoghi con Dirigenti e preposti (coinvolgimento Risk Manager). Compilazione e trasmissione report sopralluogo con proposte correttive: Aggiornamento DVR</p> <p>- Formazione e addestramento con specifico corso accreditato ECM /Formazione specifica secondo Acc. Stato Regioni (corso SPP: "La prevenzione degli atti di violenza nell'ambito sanitario. Sede aula formazione SPP. Docenti: medico competente, psicologa, infermiera).</p> <p>-Gruppo aziendale per il contrasto alla violenza nei confronti degli operatori sanitari (attivato da RSPP a cadenza trimestrale con emissione di report).</p> <p>-Riferimenti documentali:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Procedura specifica: gestione rischio violenza</li><li>• Istruzioni operative: segnalazione e gestione dei casi di violenza VS operatori / assistenza dell'operatore che ha subito violenza.</li><li>• DVR: capitolo rischio violenza</li></ul>
PARMA - AUSL	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari. Non è previsto alcun intervento di supporto psicologico per gli operatori sanitari coinvolti in episodi di aggressione.</p>
PARMA - AOSP	<p>Non pervenuta</p>



REGGIO EMILIA	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari (le segnalazioni arrivano esclusivamente al SPP).</p> <p>IO aziendale del 22/12/2022 "Intervento psicologico precoce in contesti di emergenza-urgenza e attività di Psicologia dell'emergenza" in cui vengono esplicitate le modalità di intervento per gli operatori sanitari, per i pazienti e familiari e per la comunità coinvolta in un disastro.</p> <p>L'attivazione dell'intervento sugli operatori sanitari prevede il contatto diretto tra direttore/responsabile del reparto/servizio e lo psicologo coordinatore, il quale predispone l'intervento più idoneo (individuale o di gruppo). A fine intervento è previsto l'invio al medico competente di una scheda descrittiva appositamente predisposta e in formato cartaceo.</p>
MODENA - AUSL	<p>Su richiesta del MC coordinatore, dalla gestione del rischio arrivano le segnalazioni di aggressione fisica su SegnalER. Nel caso in cui l'operatore sanitario coinvolto lo richieda, viene chiamato a visita in sorveglianza sanitaria, ed eventualmente inviato allo psicologo.</p>
MODENA - AOSP	<p>Al MC coordinatore arrivano le segnalazioni di episodi di aggressione sugli operatori sanitari. L'OS viene contattato telefonicamente dalla sorveglianza sanitaria, ed eventualmente viene attivato il supporto psicologico.</p>
SASSUOLO	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari. (le segnalazioni arrivano esclusivamente al rischio clinico e al SPP).</p> <p>Non è previsto alcun intervento di supporto psicologico per gli operatori sanitari coinvolti in episodi di aggressione.</p>
BOLOGNA - AUSL	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari (le segnalazioni arrivano esclusivamente ai servizi di risk management e Medicina Legale).</p> <p>È previsto un intervento di supporto psicologico inviando una mail al Gruppo Benessere (che fa capo al SPP), l'esito viene inviato alla Medicina Legale.</p>





BOLOGNA - AOSP	<p>Ai MC arrivano le segnalazioni degli episodi di aggressioni sugli operatori sanitari.</p> <p>Attraverso una scheda presente sull'intranet il MC decide se attivare la sorveglianza sanitaria e il supporto psicologico.</p> <p>La richiesta di attivazione di supporto psicologico può arrivare al MC anche dal servizio di risk management.</p>
BOLOGNA - IOR	<p>Ai MC arrivano le segnalazioni degli episodi di aggressioni sugli operatori sanitari attraverso i servizi di risk management e Medicina Legale.</p> <p>Sono questi servizi a richiedere all'OS se necessita dell'intervento del MC e di supporto psicologico. In caso affermativo, si attiva la sorveglianza sanitaria e il MC valuta l'attivazione di un supporto psichiatrico e psicologico.</p>
FERRARA - AUSL	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari (le segnalazioni arrivano esclusivamente ai servizi di risk management e SPP).</p> <p>È previsto un intervento di supporto psicologico esclusivamente di gruppo organizzato dal Gruppo Benessere (che fa capo al SPP).</p>
FERRARA - AOSP	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari (le segnalazioni arrivano esclusivamente ai servizi di risk management e SPP).</p> <p>È previsto un intervento di supporto psicologico esclusivamente di gruppo organizzato dal Gruppo Benessere (che fa capo al SPP).</p>
ROMAGNA	<p>Ai MC non arriva alcuna segnalazione degli episodi di aggressione sugli operatori sanitari (le segnalazioni arrivano esclusivamente ai servizi di risk management e SPP).</p> <p>Esistenza di una Procedura PA 95 (prevenzione e gestione della violenza da terzi) che prevede al punto 4.5: "Il Dirigente Psicologo dell'U.O. SPP, nel momento della presa in carico dell'operatore e al termine del percorso psicologico effettuato, <b>informerà il Medico Competente</b> del territorio ove l'operatore afferisce" percorso mai codificato o delineato in maniera formale.</p>

Grazie

