

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

REGIONE LOMBARDIA REGIONE LOMBARDIA - TAVOLO
TECNICO VIOLENZE IN SANITA' AI SENSI DELL' ART. 3,
COMMA 3

SOMMARIO

PREMESSA	2
DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLA VIOLENZA	3
MONITORAGGIO DEGLI EVENTI DA AGITO VIOLENTO	4
METODOLOGIA DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO	5
AZIONI PREVENTIVE E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI	6
<i>Misure strutturali e tecnologiche per prevenire e affrontare la violenza negli ospedali.....</i>	<i>7</i>
<i>Misure organizzative per prevenire e affrontare la violenza negli ospedali.....</i>	<i>8</i>
<i>Azioni preventive specifiche per i pronto soccorso.....</i>	<i>8</i>
<i>Programmi di formazione per il personale sanitario.....</i>	<i>9</i>
INDICAZIONI PER IL RICONOSCIMENTO E LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI	10
RUOLO E COMPITI DELLE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALI: VADEMECUM PER L'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA.....	15
ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	18
BIBLIOGRAFIA	20
ALLEGATI	21

PREMESSA

Il presente documento nasce dall'esigenza di rispondere in modo sistematico al crescente fenomeno degli atti di violenza all'interno del settore Sanità e Servizi Sociali. L'approccio multidisciplinare che sottende la metodologia di analisi e la gestione del rischio di aggressione e/o atti di violenza contro gli operatori sanitari individua amministratori, dirigenti, soggetti preposti alla tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, professionisti e lavoratori quali attori delle azioni di prevenzione all'interno dei luoghi di esercizio professionale.

Le linee guida sono predisposte ai sensi dell'art. 3, comma 2 della Legge Regionale (L.R.) n.15 dell'8 luglio 2020 "Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario", dalla direzione regionale competente in materia di sanità e ricomprende indirizzi tecnici, organizzativi e procedurali.

Regione Lombardia ha nel corso degli anni attuato alcuni dei passaggi chiave che compongono la struttura del processo di definizione delle linee guida e, in particolare:

- la modalità di valutazione e gestione del rischio con delibera XI/1986 del 23/07/2019 (Sub Allegato C "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio");
- azioni preventive e correttive (misure strutturali e tecnologiche e misure organizzative) con delibera XI/6902 del 05/09/2022;
- indicazioni in tema di formazione/informazione/addestramento/sensibilizzazione.

Stesura ed aggiornamento delle linee guida sono, altresì, affidate al tavolo regionale costituito ai sensi della L.R. 15/2020 (art. 3, comma 3) e composto da:

- a) due rappresentanti della direzione regionale competente in materia di sanità, di cui uno con funzioni di coordinatore;
- b) un direttore generale delle Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) o suo delegato, designato dalle stesse ASST;
- c) un direttore generale delle ATS o suo delegato, designato dalle stesse ATS;
- d) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale medico e veterinario;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del restante personale sanitario e sociosanitario;
- f) un rappresentante dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo.

Infine, la redazione del documento ha tenuto conto:

- delle specifiche competenze che l'art. 5 della L.R. 15/2020 affida all'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario (ACSS) lombardo:
 - a) monitorare gli episodi di violenza commessi a danno del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie;
 - b) svolgere attività consultiva, in particolare per l'applicazione delle linee guida;
 - c) monitorare l'attuazione delle linee guida.
- di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 detta Gelli-Bianco "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", che istituisce i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente, che hanno il compito di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi- compresi gli agiti violenti a danno degli operatori.

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLA VIOLENZA

L'OMS definisce violenza "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione".

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: "Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro".

L'International Labour Organization (ILO) nella Convenzione n.190 definisce la violenza e le molestie nel mondo del lavoro "un insieme di pratiche e di comportamenti inaccettabili o la minaccia di porli in essere, sia in un'unica occasione, sia ripetutamente, che si prefiggono, causino o possono comportare un danno fisico, psicologico, sessuale o economico, e include la violenza e le molestie di genere".

Ai fini delle presenti linee guida le diverse forme di violenza sono classificate secondo quanto previsto dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS - istituito con la Legge 113 del 14 agosto 2020 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni") in:

- Fisica
- Verbale
- Contro la proprietà

Tutte le organizzazioni sanitarie (strutture pubbliche e private sanitarie e sociosanitarie accreditate e convenzionate) hanno l'obbligo di segnalare i cosiddetti "*eventi sentinella*"¹ definiti dal Ministero della Salute che alimentano il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), flusso informativo formalizzato a livello nazionale con decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009 ed aggiornato con il nuovo protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella di luglio 2024.

Come previsto dalla Raccomandazione n. 8, gli atti di violenza a danno di operatori costituiscono eventi sentinella. Si elencano di seguito i criteri d'inclusione proposti dal Coordinamento delle Regioni per il Rischio Clinico della Commissione Salute:

1. mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi;
2. esito dell'aggressione/entità del danno:
 - a) ferita profonda
 - b) trauma maggiore
 - c) necessità d'intervento chirurgico
 - d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
 - e) disabilità permanente
 - f) coma
 - g) morte
 - h) diagnosi che ha determinato una prognosi superiore ai 40 giorni
3. indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che hanno:
 - a) messo in pericolo di vita il soggetto leso;
 - b) provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - c) provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo.

¹ Evento sentinella, "*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione*"

Ogni struttura sanitaria, inoltre, registra gli eventi da agito violento nell'ambito dell'”*Incident Reporting*”, che contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori indipendentemente dall'effetto procurato.

In tabella 1 sono sinteticamente rappresentati i principali flussi informativi che raccolgono le segnalazioni di violenza di cui gli operatori possono essere vittima, con i relativi limiti e vantaggi. A questi possono aggiungersi sistemi di ricognizione interna o regionale.

Tabella 1 – I sistemi informativi

SISTEMA INFORMATIVO	SOGGETTO SEGNALATORE	LIMITI	VANTAGGI
SIMES	Operatore sanitario (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale)	Segnalazione solo se danno grave o morte	Dato corredato delle misure correttive attuate o previste dalla organizzazione sanitaria – flusso nazionale
INCIDENT REPORTING	Operatore in sanità (indipendentemente dall'inquadramento contrattuale e dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo)	Risente del livello di sensibilizzazione attuato dalla struttura sanitaria	Dato potenzialmente completo di dettagli
INAIL	Lavoratore in sanità (indipendentemente dal ruolo professionale – sanitario/amministrativo MA riconducibile a definizione di lavoratore ai sensi dell'art. 2 D. Lgs 81/08)	Segnalazione solo se danno	Flusso informativo nazionale e strutturato su tutti i settori di impiego

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI DA AGITO VIOLENTO

L'ACSS ha il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie (art. 5, comma 1, lett. a) L.R. 15/2020) e di predisporre una relazione annuale sugli esiti della suddetta attività (art. 5, comma 2 L.R. 15/2020).

Il monitoraggio comprende le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate e convenzionate, le Agenzie di tutela della salute (ATS), l'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU), i Medici di Medicina Generale (MMG) (in forma singola ed associata) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (in forma singola ed associata).

L'ACSS rileva e monitora il fenomeno di atti di violenza verso gli operatori tramite i sistemi informativi regionali ed eventualmente, attraverso somministrazione di una survey, ai soggetti non abilitati alle piattaforme informatiche regionali.

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente ha il compito di trasmettere annualmente all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche, attraverso un flusso aggregato di dati, il numero degli episodi di violenza a danno degli operatori, raccolti dalle Strutture pubbliche tramite un sistema di incident reporting.

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) anche in considerazione delle disposizioni espresse annualmente nelle Linee Operative di Risk Management emesse dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente; 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.

La Direzione deve esplicitare il proprio impegno programmatico orientato a:

- promuovere l'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 da una figura competente quale il Risk Manager o il 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 considerando anche quanto definito nelle Linee Operative di Risk Management.

Il modello di valutazione e gestione del rischio da violenza sul luogo di lavoro per essere efficace deve prevedere un approccio a "ciclo di controllo" analogo a quello indicato nei modelli di gestione dei rischi convenzionali, includendo le seguenti fasi:

1. Azione preliminare alla valutazione del rischio: istituzione del gruppo aziendale che coordina e presidia l'intero percorso di valutazione, inclusivo di: Direzione strategica aziendale, Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione ovvero RSPP e ASPP, RLS, Medico competente e di altre fondamentali competenze quali quelle rinvenibili in Affari Legali, Gestione risorse umane, Area Tecnica, Psicologia/Psichiatria Clinica, CUG, URP. Al team di lavoro inoltre partecipano, come previsto dalla raccomandazione ministeriale 8/2007, anche lavoratori rappresentanti delle c.d. aree di front line, maggiormente interessate da questa categoria di rischio, quali: rappresentante/i delle figure infermieristiche, rappresentante/i delle figure mediche e rappresentante/i del personale di vigilanza.

2. Sensibilizzazione dell'organizzazione: favorire la formazione e l'informazione del top management aziendale affinché dal top management derivi l'attestazione della volontà di presidiare il rischio mediante

l'elaborazione di un documento di Policy che contenga, tra gli altri, utili riferimenti per mantenere adeguato nel tempo il livello di sensibilizzazione degli operatori.

3. Definizione della procedura di segnalazione e gestione dei singoli episodi di violenza sugli operatori: definizione delle modalità di segnalazione degli eventi tramite il percorso di "Incident reporting" e modalità immediate di intervento che seguono alla richiesta di aiuto dell'operatore che subisce violenza o alla rilevazione di situazioni di violenza, prevedendo l'accesso a servizi di ascolto e di supporto anche di natura giuridica.

4. Analisi del fenomeno e dei fattori di rischio: analisi degli eventi violenti (avvalendosi di tutte le fonti informative, compreso l'incident reporting, considerando anche gli infortuni e i casi che hanno determinato il coinvolgimento dall'autorità giudiziaria) e studio della dinamica degli episodi per l'individuazione dei fattori di maggiore complessità e specifiche criticità organizzative.

5. Analisi dei risultati: validazione dei risultati con la Direzione aziendale e condivisione con il management per una restituzione ai lavoratori.

6. Definizione delle azioni preventive/correttive: per l'individuazione delle misure tecniche, organizzative, procedurali, formative necessarie e definizione del programma di attuazione occorre integrare le criticità emerse dallo studio della dinamica degli eventi con le evidenze emerse nell'ambito dei sopralluoghi. Se ritenuto necessario avvalersi di indagini ad hoc presso il personale con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste (eventualmente da ripetersi in futuro nella fase di monitoraggio).

7. Attuazione del programma di intervento: attuazione delle misure, compreso l'iter formativo e di addestramento, prevedendo di assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.

8. Monitoraggio: verifica dell'efficacia delle misure adottate.

9. Riesame: aggiornamento e rivalutazione del rischio in funzione di:

- ✓ andamento complessivo degli eventi (compresi i near miss);
- ✓ rivalutazione in caso di eventi significativi;
- ✓ verifica di risultato derivante dall'attuazione delle misure preventive/correttive attuate;
- ✓ individuazione di ulteriori misure.

Può essere un utile supporto per la Valutazione del rischio, l'utilizzo della check list allegata al presente documento (Allegato 1). Tale check list deve 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).

AZIONI PREVENTIVE E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

Come per i rischi classici, si distinguono tre diversi livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria (o protezione).

- La **prevenzione primaria** mira ad ostacolare l'insorgenza della violenza, combattendo le cause, i fattori predisponenti e i comportamenti scorretti. Riguarda tutte le attività volte al cambiamento culturale, di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini con lo scopo di istruirli sull'offerta dei servizi territoriali, sulle modalità di accesso e sulla appropriatezza dello stesso e con l'intento di

enfaticamente il rispetto per la professionalità degli operatori sanitari. Comprende anche l'adozione di politiche di tolleranza zero contro la violenza, supportate da normative che riformino la responsabilità professionale e inaspriscano le pene previste per i reati di interruzione di pubblico servizio (tutti gli esercenti una professione sanitaria che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in un'organizzazione sanitaria ricoprono sempre almeno la qualifica di incaricato di pubblico servizio) aggressione e danneggiamento, per colmare lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente (minato da eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari). Ma soprattutto, è in capo alle istituzioni la responsabilità di fronteggiare l'emorragia in atto, di professionisti della sanità pubblica dovuta a carenza di personale, reclutamento e mantenimento insufficienti, migrazione di personale qualificato, condizioni di lavoro poco attraenti. La mancanza di risorse economiche e umane, a sua volta, determina un carico di lavoro insostenibile e condizioni disagiate e ciò non fa che alimentare ulteriormente la fuga del personale medico ed infermieristico.

- La **prevenzione secondaria** riguarda tutti gli interventi indirizzati a coloro che sono a rischio di subire violenze e si concentra sull'emersione e individuazione dei casi di violenza, riconoscendone precocemente i prodromi prima che la violenza si aggravi. Si tratta di interventi per migliorare le risorse individuali o interrompere l'aggravarsi del fenomeno tramite corsi di formazione.
- La **prevenzione terziaria** o protezione, consiste nelle azioni e negli interventi che seguono alla richiesta di aiuto dell'operatore che subisce violenza o alla rilevazione di situazioni di violenza. Prevede l'accesso a servizi di ascolto e in generale di supporto anche di natura giuridica.

Diverse sono le strategie migliorative, distinte per macrocategorie, che si intersecano contribuendo all'attenuazione del rischio di violenza contro gli operatori sanitari esercitata da terzi, tra cui appaiono prioritarie quanto riassunto qui di seguito.

MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE PER PREVENIRE E AFFRONTARE LA VIOLENZA NEGLI OSPEDALI

- *installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari, collegamenti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato, in particolare si consiglia l'uso di sistemi silenziosi per evitare la reazione dell'aggressore;*
- *installare, con adeguata cartellonistica, un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio;*
- *aree di parcheggio del personale devono essere situate nelle immediate vicinanze del posto di lavoro;*
- *istituire servizio di vigilanza con presidio fisso nelle aree critiche;*
- *installare barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili), anche al fine di isolare gli ambienti;*
- *le stanze devono avere due uscite in modo da consentire agevoli vie di uscita;*
- *evitare, particolarmente nei reparti a maggior rischio, arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e/o arredi disposti in modo da intralciare la via di fuga del lavoratore;*
- *prevedere un luogo adeguato al ristoro psico fisico per il personale sanitario;*
- *garantire ai pazienti un ambiente confortevole tramite l'utilizzo, per mura e arredi, di colori rilassanti e attraenti e attraverso l'eliminazione di cattivi odori e, inoltre, predisporre misure atte a fornire un'adeguata temperatura/ umidità/ ventilazione specialmente in aree affollate;*
- *mantenere una buona illuminazione per migliorare la visibilità in tutte le aree, in particolare ingresso, aree di parcheggio e deposito, soprattutto di notte;*
- *servizi igienici, aree ristoro/bar e telefoni pubblici devono essere segnalati e facilmente accessibili e adeguatamente mantenuti.*

MISURE ORGANIZZATIVE PER PREVENIRE E AFFRONTARE LA VIOLENZA NEGLI OSPEDALI

- *stabilire un raccordo con le Forze di Polizia e in caso di evento fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;*
- *sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);*
- *scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni (es. orecchini);*
- *fornire al personale un cartellino di identificazione;*
- *fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;*
- *esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;*
- *ridurre i tempi di attesa al minimo implementando il numero di operatori sanitari e garantendo che il personale sia commisurato ai momenti di maggiore attività;*
- *evitare per gli operatori turni prolungati e il sovraccarico lavorativo;*
- *prevedere un sistema per stimare il tempo di attesa e mantenere informati gli accompagnatori sull'avanzamento del processo di diagnosi e cura del paziente;*
- *stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini. (frase ripetuta)*

Fatte salve queste misure di carattere generale, nonché le azioni preventive specifiche per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso delle strutture di ricovero e cura pubblici contenute nella DGR XI/6902 del 05/09/2022 di seguito riportate, i successivi aggiornamenti delle presenti linee guida terranno conto delle esigenze di ulteriori misure specifiche anche in esito ai monitoraggi effettuati.

AZIONI PREVENTIVE SPECIFICHE PER I PRONTO SOCCORSO

Per fronteggiare gli episodi di aggressione che si verificano nei Pronto Soccorso delle strutture di ricovero e cura pubblici, la DGR XI/6902 del 05/09/2022 prevede l'adozione di misure specifiche, quali:

- *l'installazione di sistemi di videosorveglianza ad uso interno alla struttura sanitaria con adeguata cartellonistica e di sistemi di allerta rapida delle Forze dell'Ordine (pulsanti di chiamata, ecc...);*
- *l'attivazione di un servizio di sicurezza interno che garantisca adeguata presenza in rapporto alle aree individuate e considerate a maggior rischio e dalla tipologia e dalla numerosità di accessi, con una copertura che non potrà essere inferiore alle 12 ore;*
- *il periodico aggiornamento, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, agli accompagnatori dei pazienti circa lo stato di avanzamento del percorso di diagnosi e cura;*
- *la creazione di ambienti accoglienti per utenti e accompagnatori nelle sale di attesa anche attraverso la realizzazione di "colonne di ricarica" per tutte le principali marche di smartphone e tablet, l'installazione di schermi televisivi con collegamento ai principali canali nazionali e la presenza di distributori automatici di bevande e snack curando, in particolare modo e per quanto riguarda l'offerta di vending, la qualità nutrizionale delle bevande e degli alimenti forniti.*
- *con riferimento al primo punto - installazione di sistemi di videosorveglianza ad uso interno alla struttura sanitaria con adeguata cartellonistica e di sistemi di allerta rapida delle Forze dell'Ordine (pulsanti a chiamata, ecc.) - utile garantire il monitoraggio costante della loro efficacia e dell'impatto sulla sicurezza del personale e dei pazienti. Importante e necessario inoltre il potenziamento di tali misure, sia attraverso l'ampliamento della copertura dei pulsanti antiaggressione, sia con l'adozione di tecnologie sempre più diffuse – come un sistema di videosorveglianza collegata ai pulsanti – per il riconoscimento tempestivo di situazioni di rischio e una più rapida attivazione delle Forze dell'Ordine.*

Oltre a quanto sancito formalmente, si evidenzia l'esistenza di misure sperimentali aggiuntive. Partendo dall'evidenza in letteratura che la tensione in PS agisce da innesco per le aggressioni verso il personale sanitario, in alcune realtà lombarde è stata sperimentata la figura del Caring Nurse, ovvero un infermiere specializzato a cui è affidato il compito di occuparsi delle comunicazioni con i pazienti in attesa e con i loro accompagnatori: una sorta di mediatore tra i medici del reparto e l'utente. Fornire un riscontro costante ed

intercettare situazioni di fragilità emotiva tra i familiari in sala d'attesa o nei pazienti rappresentano gli obiettivi da perseguire per il Caring Nurse. Oltre a competenze relazionali specifiche, deve quindi avere anche capacità di problem solving, formazione sul rischio aggressioni e competenze tecniche (sistema di triage, programmi operativi). Negli ospedali italiani spesso il ruolo di intermediario è affidato a volontari o studenti, che devono rivolgersi al personale infermieristico e medico di PS per ricevere le informazioni da riferire, con evidente perdita di efficacia nello sgravio dei colleghi. Il Caring Nurse, invece, è indipendente perché conosce il triage, il percorso di cura che ne segue ed è in grado di consultare i software ospedalieri per rispondere alle richieste di pazienti e accompagnatori. In questo contesto è fondamentale la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di persone straniere, la mediazione culturale. Da una prima analisi, l'introduzione del Caring Nurse, oltre ad essere stata accolta con soddisfazione dal personale, ha comportato una riduzione delle segnalazioni all'URP e delle aggressioni.

In questo contesto si ritiene che debba essere prevista l'introduzione del Caring Nurse a tutti i Pronto Soccorso, con criteri di gradualità che potranno essere confrontati con la DG Welfare.

PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE SANITARIO

La formazione deve essere rivolta a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale, ovviamente con contenuti diversificati. Tutti i lavoratori devono essere edotti in materia di sicurezza e salute, anche in relazione al tema della violenza, possedere gli strumenti necessari per identificare i pericoli e soprattutto gli operatori maggiormente a rischio, devono conoscere le metodologie per gestire i pazienti aggressivi e per disinnescare le situazioni conflittuali. Dall'altra parte il management (dirigenti e coordinatori) deve essere formato a riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti facilitando la comunicazione e il dialogo, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.

In generale, la formazione deve riguardare le politiche e le procedure di una struttura, nonché le tecniche di de-escalation e di autodifesa. Di seguito è riportato un elenco di possibili argomenti:

- informare tutti i lavoratori sui diversi tipi di violenza, fisica e psicologica;
- informare tutti i lavoratori delle modalità di segnalazione degli agiti violenti e sensibilizzarli alla stessa;
- informare tutti i lavoratori delle procedure di gestione degli agiti violenti e dell'ubicazione, il funzionamento e la copertura dei dispositivi di sicurezza come i sistemi di allarme;
- formare tutti i lavoratori ad identificare situazioni potenzialmente violente e riconoscere la progressione della violenza. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. Dunque, la conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi;



- fornire abilità interpersonali e comunicative che potrebbero prevenire e disinnescare una situazione di potenziale violenza sul posto di lavoro;
- organizzare corsi di autodifesa;
- mettere a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza.

Per essere efficace le linee guida OSHA propongono che la formazione venga ripetuta da tutti i lavoratori ogni anno. In ambienti e istituzioni ad alto rischio, è suggerita invece una maggiore frequenza di aggiornamento con cadenza addirittura trimestrale.

La formazione genera maggior consapevolezza tra gli operatori e diventa strumento utile a mitigare il rischio stesso quando inclusivo delle seguenti classi di contenuto:

- ✓ conoscenza degli aspetti generali e specifici del fenomeno;
- ✓ riconoscimento della progressione della violenza;
- ✓ acquisizione delle tecniche di contenimento della violenza;
- ✓ conoscenza degli attuabili interventi di gestione post-evento.

Per la progettazione della formazione, tenendo conto dei fattori sopra elencati, si raccomanda di accostare l'analisi dello specifico fabbisogno formativo e il coinvolgimento, nelle attività di docenza, di componenti del gruppo di lavoro aziendale e di professionisti con competenza in psicologia e tecniche di comunicazione.

Si riporta a puro titolo indicativo uno schema tipo di progetto formativo in Allegato 2.

INDICAZIONI PER IL RICONOSCIMENTO E LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI

Gli episodi di violenza sono ascrivibili a due tipologie prevalenti di agiti:

- aggressività del paziente correlata al quadro clinico specifico
- comportamento aggressivo generico messo in atto da un paziente o da un accompagnatore.

È molto importante che il comportamento violento sia considerato e affrontato senza attenderne l'escalation e l'esplosione "fisica", riconoscendolo fin dai suoi esordi verbali e meno eclatanti, che non devono mai e in nessun caso essere trascurati o sottovalutati. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi. La persona che assume un atteggiamento aggressivo è un soggetto che non si sente compreso e attraverso il suo comportamento violento vuole esprimere questo disagio, ogni operatore deve essere in grado di riconoscere queste particolari esigenze al fine di evitare episodi di rabbia incontrollata e comprendere il suo stato d'animo e le sue emozioni.

La de-escalation consiste in una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale.

Nello schema di seguito sono sintetizzati i principali comportamenti consigliati nei diversi contesti (ATTO VIOLENTO – DESCRIZIONE - GESTIONE - AZIONI CONSIGLIATE/ SCONSIGLIATE):

INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DELL'UTENTE A DANNO DEGLI OPERATORI				
INDICATORE	LEGENDA	INTERVENTO DA ADOTTARE	COMPORTAMENTI DA ADOTTARE	COMPORTAMENTI DA EVITARE
CONFUSIONE	Evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo luogo o spazio	Gestione dell'evento con il personale medico e infermieristico, e se necessario, chiedere supporto del pronto soccorso	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Nessuno in particolare
IRRITABILITA'	Paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse	Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza
	Comportamento apparentemente chiassoso e rumoroso es: sbattere la porta o	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico ed	Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi	Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza

CLAMOROSITA'	alza la voce improvvisamente	eventualmente se oggetto di minacce verbali o fisiche allertare le forze dell'ordine	<p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Fornire scelte alternative</p> <p>Se possibile accompagnare l'utente in un luogo tranquillo ma non isolato</p>	<p>Interrompere o criticare l'utente che sta parlando</p> <p>Dare spiegazioni tecniche razionali (non si verrebbe ascoltati), argomentare per provare a fare cambiare idea</p> <p>Toccare l'utente</p>
MINACCE VERBALI	Esplosione verbale, espressioni di intimidazione o minacce verso un'altra persona, attacchi, abusi verbali e insulti	Gestione dell'evento con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico	<p>Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi)</p> <p>Mantenere un contatto visivo aperto</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Rispondere alle domande con richieste di informazioni</p> <p>Fare domande aperte</p> <p>Approccio empatico con manifestazione di interesse ai suoi problemi</p> <p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere in controllo della postura nonché del linguaggio</p>	<p>Sovrastare l'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Usare ironia, sarcasmo o totale accondiscendenza</p> <p>Rispondere a domande tendenziose</p> <p>Interrompere o criticare l'utente che sta parlando</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Toccare l'utente</p> <p>Difendere il proprio operato</p> <p>Dare spiegazioni tecniche razionali</p>

			(verbale e non verbale)	
MINACCE FISICHE	Chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo verso l'operatore	Cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico attivare le forze dell'ordine	<p>Mettersi alla stessa altezza dell'utente (seduto o in piedi)</p> <p>Mantenere un contatto visivo aperto</p> <p>Rivolgersi all'utente utilizzando il suo cognome (o nome se in confidenza)</p> <p>Usare un tono di voce basso, per indurre l'utente a sintonizzare su tonalità più basse</p> <p>Evitare di entrare in conflitto dando un limite alla contrattazione e avendo cura di assumere il controllo della postura nonché del linguaggio (verbale e non verbale)</p> <p>Mantenere un'adeguata distanza fisica e una posizione naturale di difesa</p> <p>Avvicinarsi alla via d'uscita</p>	<p>Girare le spalle all'utente</p> <p>Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Toccare l'utente</p> <p>Difendere il proprio operato</p> <p>Dare spiegazioni tecniche e razionali</p>
AGGRESSIONE FISICA (CRISI PANTOCLASTICA)	Attacco diretto all'operatore o ad altri individui presenti; manifesta volontà di fare del male utilizzando oggetti o lanciandoli	Attivare tempestivamente le forze dell'ordine e cercare di gestire la crisi con il supporto di altri operatori e del personale medico e infermieristico fino al loro arrivo	Con il supporto degli altri operatori presenti allontanarsi in attesa delle forze dell'ordine	<p>Movimenti improvvisi o di avvicinamento all'utente</p> <p>Guardarlo fisso negli occhi</p> <p>Ordinare di stare calmo</p> <p>Dare le spalle</p> <p>Toccare l'utente</p>

Di seguito si riportano le azioni da intraprendere nelle fasi successive all'evento violento, utili per l'elaborazione della procedura aziendale interna da parte del Gruppo di lavoro aziendale:

1. Gestione dell'aggressore

Il primo controllo/contenzione e/o cura dell'aggressore sarà attuato da parte del personale presente nella struttura con comportamenti di conciliazione e/o successivamente dalle Forze dell'Ordine, qualora siano intervenute, ristabilendo un clima collaborativo.

Qualora l'aggressore sia un paziente, l'episodio dovrà essere registrato nella documentazione sanitaria del paziente/utente coinvolto.

2. Gestione dell'agredito

Qualora l'agredito sia un paziente/utente, il personale della struttura si prenderà cura dello stesso, l'episodio dovrà essere registrato nella documentazione sanitaria del paziente/utente coinvolto.

Qualora l'agredito sia un operatore, il responsabile e/o in sua assenza i colleghi e/o il medico di guardia valuta, in particolare in caso di aggressione fisica, la necessità dell'invio al PS per le cure del caso e per certificare l'infortunio sul lavoro.

La Legge 113/2020 ha introdotto la procedibilità di ufficio per il reato di lesioni, anche lievi, ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, pertanto, oltre alla comunicazione all'INAIL, occorre procedere anche con la tempestiva informazione all'Autorità Giudiziaria della notizia di reato relativa a delitti procedibili d'ufficio, redatta dal medico di PS che certifica l'infortunio INAIL.

3. Danni a beni dell'azienda

In caso di danneggiamento di beni dell'azienda sarà coinvolto il servizio tecnico di riferimento aziendale per il ripristino e/o la messa in sicurezza dei beni danneggiati, oltre ad informare dell'accaduto il proprio responsabile per la segnalazione dell'accaduto agli Affari Generali e Legali secondo le procedure aziendali.

4. Compilazione della scheda di rilevazione degli eventi aggressivi

A prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di violenza (oppure un collega diretto testimone dell'evento) segnala l'accaduto attraverso la scheda di "Incident Reporting" al Risk Management (Allegato 3).

5. Gestione dei seguiti degli episodi di violenza

Dirigenti e preposti si adoperano per creare un clima organizzativo favorente l'emersione degli episodi di violenza e le situazioni relazionali critiche con pazienti e famigliari. Collaborano nella fase di valutazione dei singoli eventi e della gestione delle misure correttive adottabili (vedasi a titolo di esempio la scheda in Allegato 4). In caso di episodi di violenza dirigenti e preposti favoriscono gli incontri di defusing tra gli operatori coinvolti ed eventualmente in collaborazione con il Medico competente, organizzano interventi strutturati di gruppo condotti dal professionista psicologo (debriefing). Si rimanda agli Allegati 6 e 7 per l'approfondimento degli interventi di de-escalation e delle tecniche di pronto soccorso emotivo.

Si ricorda che quando l'agito violento si verifica in occasione di lavoro, deve essere attivata la *denuncia di infortunio sul lavoro* ai sensi del D.P.R. 1124/65 con compilazione del primo certificato di infortunio.

6. Indicazioni relative alla tutela dei lavoratori in conseguenza alle aggressioni

In conformità con le normative vigenti in materia di contrasto e prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e socio sanitari, si richiama l'attenzione sulla Legge Regionale 8 luglio 2020, n. 15 "*Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario*", quale disposizione fondamentale a livello regionale, nonché alla DGR n. XI/6902 del 5 settembre 2022 con oggetto "*Determinazioni in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto soccorso*".

Ai sensi della Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*", che ha introdotto modifiche all'art. 583-quater c.p., e con il D.L. n. 34/2023, c.d. Decreto bollette, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, con l'art. 16 rubricato "*Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario*" è prevista l'applicazione della procedibilità d'ufficio per i reati di violenza o minaccia e l'inasprimento delle pene in caso 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 [...]” (art. 583-quater comma 2 c.p.)”.

Si ricorda, inoltre, che la Legge n. 113 del 14 agosto 2020 inserisce con l'aggiunta del comma 11-octies all'art. 61 c.p., tra le circostanze aggravanti comuni del reato la nuova circostanza aggravante comune dell'“*avere agito, nei delitti commessi con violenza e minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie o socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni ovvero in danno di chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o di soccorso, nell'esercizio o a causa di tali attività*” (art. 5), in presenza della quale, per effetto di quanto previsto dall'art. 582, comma 2 c.p., i reati di lesioni e percosse a danno dei predetti soggetti sono sempre procedibili d'ufficio. La presente normativa prevede, inoltre, che i reati di percosse (art. 581 c.p.) e lesioni (art. 582 c.p.) siano procedibili d'ufficio quando ricorre la nuova aggravante di cui all'art. 61 c.p. comma 11-octies (art. 6).

Si suggerisce altresì di valutare (oltre ai rischi di cui al D.lgs. del 9 aprile 2008, n. 81, e in attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123, nonché ai sensi dell'art. 6 e all'art. 9 della Legge 113 del 14 agosto 2020, nonché dell'art. 16 del Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 convertito in Legge n. 56 del 26 maggio 2023) anche la **tutela dei dipendenti nel periodo successivo alle aggressioni nei confronti del personale sanitario, socio sanitario e di chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o soccorso**, anche redigendo una procedura aziendale avente ad oggetto il sostegno sociosanitario (assistenza psicologica) ed amministrativo (accompagnamento legale) ai lavoratori che hanno subito aggressioni fisiche o verbali.

Alla luce di quanto sopra esposto, si chiede agli Enti in indirizzo di supportare e tutelare il proprio personale sanitario, sociosanitario e chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o soccorso, anche ponendo in essere, di norma, le seguenti azioni:

- a) a seguito delle sopra descritte intervenute modifiche in tema di procedibilità d'ufficio per i reati di percosse e lesione personale nei confronti del personale, **l'Ente dovrà tutelare i professionisti operanti nelle proprie Strutture con la presentazione dell'atto di denuncia presso le Forze dell'Ordine o avanti alla Procura della Repubblica competente per territorio**, degli episodi aggressivi aventi rilevanza penale (tra cui le fattispecie previste dagli artt. 581, 582 e 583-quater c.p.);
- b) **qualora l'episodio di aggressione non risulti riconducibile ad una delle fattispecie penali di cui ai sopra citati articoli, ma sia un reato procedibile a querela della persona offesa, l'Ente provvederà a supportare l'operatore sanitario nella presentazione della querela all'Autorità Giudiziaria competente e nell'eventuale fase riconciliativa pre-processuale anche ai fini di risarcimento del danno ed eventuale ritiro della querela;**
- c) a seguito di notifica di avviso conclusione indagini penali ex art. 415 bis c.p.p., **l'Ente dovrà valutare la costituzione di parte civile;**
- d) qualora siano stati provocati danni a beni aziendali, a seguito di aggressioni nei confronti del personale, **l'Ente dovrà provvedere a inoltrare idonea richiesta di risarcimento danni al danneggiante, qualora non si provveda alla denuncia alla compagnia assicuratrice aziendale dell'avvenuto sinistro, nel caso di stipula di polizza assicurativa “All risks”.**

Resta inteso che nel caso in cui le aggressioni siano state operate da parte di pazienti e/o assistiti dei servizi di salute mentale o dipendenze, le sopra citate azioni devono essere valutate caso per caso congiuntamente con il Responsabile dei Servizi stessi.

7. Risk management

La prevenzione del rischio da atti violenti nei confronti degli operatori in sanità deve essere affrontata con un approccio multidisciplinare secondo i principi del Risk Assessment e del Risk Management, al fine di attivare le migliori misure a vantaggio dei lavoratori, dei pazienti/utenti e delle aziende sociosanitarie stesse. Tale obiettivo condiviso potrà essere raggiunto tramite la partecipazione attiva oltre che delle Direzioni strategiche anche dei lavoratori e della cittadinanza: i lavoratori, infatti, dovranno conoscere ed essere formati al rischio e

segnalare gli eventi secondo le procedure aziendali, mentre i cittadini dovranno essere sensibilizzati sul fenomeno ed edotti sulle possibili conseguenze degli atti violenti nei confronti degli operatori socio-sanitari tramite campagne informative nazionali (quali la giornata del 12 Marzo promossa dall'Osservatorio nazionale), ovvero iniziative promosse localmente.

L'attività di risk management deve essere implementata con la seguente procedura:

- Fase 1: Segnalazione dell'evento:
il lavoratore vittima dell'aggressione o un collega diretto testimone segnala l'evento mediante il sistema di Incident-Reporting;
- Fase 2: Indagine:
Risk Management e SPP, ricevuta la segnalazione, contattano il/i lavoratore/i coinvolto/i, nell'evento per l'indagine di approfondimento tramite l'utilizzo della griglia di indagine (vedasi a titolo di esempio l'Allegato 4).
A seguito dell'approfondimento potranno essere intraprese le seguenti azioni:
 - o implementare possibili azioni di contenimento dell'evento violento accaduto in collaborazione con il responsabile del Servizio interessato;
 - o episodi di violenza particolarmente critici per intensità e/o numerosità e/o per le caratteristiche del luogo di lavoro sono approfonditi tramite apposita scheda: Scheda di Valutazione/Report (Allegato 5) utile all'analisi dell'evento e alla individuazione delle possibili misure correttive da intraprendere;
 - o attivare un supporto psicologico del lavoratore vittima tramite un apposito percorso definito in collaborazione con la Psicologia Clinica.Periodicamente i Report di sintesi dei casi trattati sono trasmessi al "Gruppo di lavoro aziendale".
- Fase 3: Monitoraggio:
il Gruppo di lavoro aziendale periodicamente, sulla base dei Report di sintesi degli eventi accaduti, procede alla:
 - o analisi delle tipologie degli eventi e dei fattori scatenanti;
 - o analisi delle misure correttive adottate dalla singola UO/Servizio e valutazione dell'efficacia;
 - o in caso di eventi reiterati nella stessa UO/servizio o scarsa efficacia delle misure correttive attuate procede alla verifica delle condizioni organizzative, ambientali e delle dotazioni impiantistiche tecnologiche del luogo di lavoro in cui è avvenuto l'evento (Allegato 5);
 - o attivazione di eventuali interventi correttivi collettivi;
 - o attivazione di percorsi di formazione specifici per la prevenzione e gestione delle aggressioni;
 - o redazione di un Report annuale di analisi degli episodi di violenza ed aggressione a danno degli operatori, comprensivo di numero di casi segnalati, numero di casi per i quali è stato effettuato un intervento psicologico (follow-up), numero di persone formate, misure organizzative, interventi strutturali-tecnologici e comportamentali adottati, esito degli eventi trattati;
 - o aggiornamento periodico del DVR e del PREVIOS
 - o comunicazione degli esiti delle attività svolte.

RUOLO E COMPITI DELLE FIGURE DELLA PREVENZIONE AZIENDALI: VADEMECUM PER L'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Si delineano in sintesi le azioni da intraprendere all'interno di ciascuna azienda sociosanitaria per l'applicazione delle presenti linee guida, individuando ruoli e compiti delle diverse figure della prevenzione coinvolte nella prevenzione e gestione degli episodi di violenza:

- I) **Formalizzazione dell'impegno della Direzione dell'Azienda sanitaria** per la prevenzione degli episodi di violenza sugli operatori e per adoperarsi per effettuare interventi di riduzione/controllo

del rischio; tale impegno dovrà essere esplicito e comunicato tramite la definizione di una Policy aziendale, sia all'interno dell'organizzazione che ai cittadini/utenti che frequentano le strutture di riferimento.

- II) **Individuazione del Gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale** composto dai ruoli aziendali e/o da referenti delle Strutture Complesse che sono coinvolti nella gestione del tema in oggetto o che sono maggiormente esposti ad episodi di aggressione, quali: Risk Management, Servizio di Prevenzione e Protezione, RLS, Medico competente, Direzioni Mediche di Presidio, Servizi infermieristici, Affari Legali, Gestione risorse umane, Area Tecnica, Formazione e rappresentante/i delle figure dirigenziali, infermieristiche e amministrative di aree quali psichiatria, pronto soccorso, vigilanza. Il gruppo di lavoro è coordinato da figura competente quale il Risk manager o il RSPP.
- III) **Attuazione e monitoraggio degli obiettivi** delineati nella Policy aziendale a cura del gruppo di lavoro, ovvero:
- a) **elaborazione del Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari: PREVIOS**, il cui contenuto:
 - dovrà essere coerente con il Documento di Valutazione dei Rischi Aziendale o parte specifica di questo, prevedendo anche uno specifico piano di monitoraggio sullo stato di attuazione nel tempo;
 - dovrà riportare le misure di prevenzione di carattere organizzativo, strutturale/tecnologico e formativo attuate/implementate;
 - dovrà riportare le misure di gestione degli eventi violenti con ricadute sull'individuo, la collettività lavorativa e/o l'azienda;
 - Il PREVIOS costituirà anche parte integrante del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.
 - b) elaborazione della procedura aziendale per la segnalazione e gestione degli eventi violenti relativamente al singolo/collettività e degli aspetti medico/legali del caso;
 - c) elaborazione dei report periodici di monitoraggio del fenomeno e dell'efficacia delle misure di prevenzione attuate.

IV) **Attività congiunte tra Area Risk Management e del Servizio di Prevenzione e Protezione**

Le Strutture di Rischio Clinico e il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale analizzano la scheda di segnalazione dell'episodio 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.

Qualora l'episodio di violenza sia rispondente ai criteri di cui sopra il Risk Manager lo comunica alla Direzione Sanitaria Aziendale e provvede a compilare la scheda A del flusso SIMES e a inviarla verso la Regione e il Ministero della Salute. Qualora venisse riconosciuto l'evento sentinella, sarà necessario istituire un AUDIT da parte del Risk Manager congiuntamente al RSPP e agli altri componenti del Gruppo di Lavoro che verrà ritenuto opportuno convocare, ad es. Medico competente, al fine di analizzare nel dettaglio l'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, definire le azioni per il miglioramento, monitorare queste ultime e formalizzarle nel progetto di intervento.

Se l'evento non fosse rispondente ai criteri per la classificazione dell'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 Risk Manager, in collaborazione con il RSPP e Medico competente, 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 e dovranno sottoporre l'analisi dei dati aggregati al Gruppo di Lavoro, al fine di valutare gli interventi effettuati, le misure di prevenzione da implementare e favorire il miglioramento e l'efficacia delle misure proposte.

Il RSPP, inoltre, nelle aree individuate a maggior rischio effettua periodicamente sopralluoghi per verificare l'implementazione e il mantenimento delle misure di prevenzione e sicurezza discusse con il Gruppo di Lavoro.

V) Ruolo del Medico competente

Il Medico Competente collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione alla valutazione del rischio da atti violenti, valorizzando gli esiti della sorveglianza sanitaria anche ai fini della predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute, dell'integrità psico-fisica dei lavoratori e dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori. Con particolare riferimento alla tipologia di rischio, si sottolinea la connessione del medesimo con i rischi connessi all'organizzazione del lavoro, ricompresi nella valutazione del rischio stress lavoro-correlato.

Il medico competente svolge un ruolo fondamentale 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;
- definizione di un percorso di supporto psicologico del lavoratore vittima in collaborazione con le strutture specialistiche di area psicologica/psichiatrica;
- prevenzione secondaria nell'applicazione dell'attività di sorveglianza sanitaria (art. 25 c.1 lett. b, D.Lgs. 81/2008) in termini di rilevamento del disagio lavorativo e di diagnosi precoce dei disturbi e delle patologie stress lavoro-correlato.

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". I sintomi e i segni che precedono la strutturazione di quadri morbosi stabili, (per es. "disturbo dell'adattamento", "disturbo post traumatico da stress", "burn-out") sono numerosi, 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, ecc.. Tali sintomi debbono essere attentamente ricercati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica svolta dal Medico Competente.

Il lavoratore vittima sia di infortunio da atto violento sia di condizioni traumatiche acute e/o croniche conseguenti ad atti violenti, deve essere informato della possibilità di:

- attivare il percorso di supporto psicologico offerto in collaborazione con le strutture specialistiche di area psicologica/psichiatrica;
- richiedere la visita medica al Medico Competente prevista dall'art. 41, comma 1, lettera c) per riferire in particolare del percorso psicologico cui si è sottoposto a seguito dell'evento violento;
- eseguire visita a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore a 60 giorni continuativi (ex art.41, comma 1,lett.e.ter del D.lgs.81/08).

In occasione di tali visite, se del caso, verranno richiesti opportuni percorsi di approfondimento specialistico e/o di supporto.

La comunicazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e le indicazioni sul loro significato 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. In relazione all'attuazione delle misure di tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori, il Medico Competente fornirà utili elementi di collaborazione per l'individuazione delle migliori tecniche di contenimento del danno da attuare, insieme ai servizi aziendali coinvolti (es. Risk Management, Servizio Prevenzione e Protezione, UO Psichiatria e Psicologia) in un'ottica di approccio multidisciplinare.

VI) Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Il ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) è svolto nell'ambito delle proprie funzioni previste all'art. 50 del D.Lgs.81/08 e in considerazione della tipologia di rischio, si riprendono le indicazioni della DGR N.6298 del 04/07/2016 - *Linea di Indirizzo: "La consultazione del RLS nella Valutazione e Gestione del rischio stress in ambiente di lavoro: come e perché – Informazioni e consigli per una buona partecipazione alla valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato"* che descrivono il ruolo del RLS sottolineando i seguenti aspetti:

- possedere conoscenza ed abilità nel campo della prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, quale preconditione peculiare affidata dal Testo Unico 81/08 al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza è importante per operare in stretta connessione e collaborazione con le altre figure dell'assetto organizzativo aziendale preposte alla salute e sicurezza riconoscendo al RLS un ruolo rilevante nel sistema di prevenzione interno aziendale.
- a differenza di altre forme di rappresentanza dei lavoratori, questo ruolo si configura attraverso il suo carattere di collaborazione attiva, responsabile, non negoziale o conflittuale al processo aziendale di progettazione e innovazione dei sistemi di produzione centrati sulle persone, sul lavoro qualificato e di qualità, il tutto orientato alla difesa della salute e sicurezza dei lavoratori ed alla attenzione alla sfera di vita psicosociale; tale compito va distinto dalle altre finalità ed obiettivi di carattere negoziale, estranei al tema della salute e sicurezza dei lavoratori.

Nella fattispecie del rischio da atti violenti, la partecipazione del RLS nel Gruppo multidisciplinare aziendale può costituire un valore aggiunto nelle diverse fasi del processo di valutazione e gestione del rischio in particolare:

- integrando il punto di vista dei lavoratori e delle lavoratrici nella individuazione dei principali fattori determinati specifici per le diverse realtà aziendali;
- promuovendo le azioni di sensibilizzazione e informazione all'utilizzo delle procedure di segnalazione degli eventi;
- collaborando nell'individuazione di misure di prevenzione specifiche per le diverse realtà aziendali e relative tempistiche di monitoraggio e di valutazione dell'efficacia;
- promuovendo azioni di informazione ai lavoratori relativamente alle fasi di supporto successive all'agito aggressivo: certificato di infortunio, supporto psicologico e/o legale.

La figura del RLS svolgerebbe da una parte un ruolo di "facilitatore" delle azioni poste in campo dal Datore di Lavoro a tutela dei lavoratori, e dall'altra di "monitoraggio" dei processi di prevenzione e riduzione del rischio da atti violenti a vantaggio sia del Datore di Lavoro che dei lavoratori.

ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Risulta essenziale che ciascuna Azienda Sanitaria si adoperi per informare i lavoratori delle politiche e delle procedure vigenti in struttura, ovvero:

- informare tutti i lavoratori delle procedure di gestione degli agiti violenti e dell'ubicazione, il funzionamento e la copertura dei dispositivi di sicurezza come i sistemi di allarme;
- informare della possibilità di fruire di corsi di formazione specifica sul tema delle aggressioni, inclusi corsi in tecniche di comunicazione col paziente e de-escalation;
- informare tutti i lavoratori delle modalità di segnalazione degli agiti violenti;
- anche la sorveglianza sanitaria può rivelarsi un momento utile al Medico Competente per verificare che il lavoratore sia adeguatamente informato sulla tematica e per rispondere ad eventuali dubbi del lavoratore;
- contestualmente è utile che l'azienda istruisca i cittadini tramite l'affissione di materiale informativo sulle modalità di assegnazione dei codici colore e il corrispettivo tempo medio di attesa, sugli orari visita e il numero di accompagnatori consentiti per paziente. Al fine di scoraggiare la violenza a danno degli operatori, l'Azienda Sanitaria realizza campagne pubbliche di sensibilizzazione che diffondano un messaggio di "tolleranza zero" e appone adeguata segnaletica nelle aree videosorvegliate.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ *Fact Sheet –OSHA n. 24 Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro “la violenza sul lavoro” 2002;*
- ✓ *Accordo tra le parti sociali europee del 26 aprile 2007;*
- ✓ *Accordo quadro sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro tra Confindustria e CGIL, CISL e UIL 2016;*
- ✓ *Raccomandazione n. 8 del 2007- Ministero della Salute Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori sanitari;*
- ✓ *Linee di indirizzo per prevenire o ridurre i danni fisici e psichici dei lavoratori bancari correlati alle rapine” - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Coordinamento tecnico interregionale – 2010;*
- ✓ *Consiglio Nazionale delle Assistenti Sociali Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto – 2012;*
- ✓ *Violence – Occupational Hazard in Hospitals. National Institute for Occupational Safety and Health NIOSH- April 2002;*
- ✓ *Guideline for preventing workplace violence for Healthcare and Social service workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration - OSHA 3148 2016;*
- ✓ *CDC Violence Occupational hazard in hospital; Guide Line for preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers – 2015;*
- ✓ *Workplace Violence Prevention Guidelines and Model Program For State of California Administrative Units – 2001;*
- ✓ *Victorian WorkCover Authority Prevention and management of aggression in health services- Australia 2008.*
- ✓ *DGR N.6298 del 04/07/2016 Linea di Indirizzo: “La consultazione del RLS nella Valutazione e Gestione del rischio stress in ambiente di lavoro: come e perché – Informazioni e consigli per una buona partecipazione alla valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato”*

ALLEGATI

Di seguito si riportano gli allegati:

ALLEGATO 1 – CHECK LIST VALUTAZIONE DEI RISCHI

ALLEGATO 2 – SCHEMA TIPO PROGETTO FORMATIVO

ALLEGATO 3 – ESEMPIO DI SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI ATTI E/O COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

ALLEGATO 4 – ESEMPIO DI SCHEDA DI VALUTAZIONE/REPORT EVENTI

ALLEGATO 5 – INTERVENTI DI DE-ESCALATION

ALLEGATO 6 – TECNICHE DI PRONTO SOCCORSO EMOTIVO

ALLEGATO 1 – CHECK LIST VALUTAZIONE DEI RISCHI

Si fornisce di seguito una elencazione, indicativa e non esaustiva, di “domande guida” utili alla valutazione del rischio al fine di attivare specifiche misure di contenimento e procedure di gestione del rischio ad integrazione del Documento di Valutazione del Rischio.

Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro

<i>Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es. pasti, orari di visita)</i>
<i>Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)</i>
<i>Alto turn-over</i>
<i>Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)</i>
<i>Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)</i>
<i>Disponibilità di personale con funzione di addetto alla sicurezza</i>
<i>Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessari per garantire la sicurezza dei lavoratori</i>
<i>Lunghe attese di pazienti /accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste</i>
<i>Altro</i>

Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza

<i>Pazienti affetti da patologie psichiatriche</i>
<i>Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool</i>
<i>Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza</i>
<i>Altro</i>

Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali

<i>Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti</i>
<i>Gli ambulatori, particolarmente dei reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, ecc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)</i>
<i>La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale degli ambienti</i>
<i>Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto</i>
<i>Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, limitazione dell'affollamento) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori</i>
<i>Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza</i>
<i>Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)</i>
<i>Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)</i>
<i>Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)</i>
<i>Altro</i>

Dotazioni tecnologiche e requisiti strutturali

<i>La struttura ha definito programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato</i>
<i>La struttura ha previsto e definito per i reparti a maggior rischio appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di de-escalation, tecniche di divincolo e di contenimento)</i>
<i>Sono state attuate azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica</i>
<i>Sono state intraprese azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno</i>
<i>Sono state adottate misure atte a migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)</i>
<i>La struttura ha messo a punto documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza</i>
<i>La struttura ha messo a punto adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)</i>
<i>Sono previste modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno</i>
<i>Altre misure adottate o previste non descritte sopra</i>

Interventi a valle dell'agito violento

<i>La struttura dispone di un protocollo/procedura che, in caso di aggressione, dia luogo all'analisi dell'evento: ruolo dell'operatore coinvolto, attività che stava svolgendo nell'UO/Servizi anche S.C. o, momento della giornata in cui è avvenuto l'evento, tipologia di utente aggressivo (paziente noto, paziente non noto, parente), etc.</i>
<i>La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sul "gruppo" (es. debriefing)</i>
<i>La struttura, in relazione all'evento, ha individuato criteri o modalità per i quali debbano essere previsti interventi sull'individuo, quali:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>applicazione delle procedure di soccorso in caso di infortunio e relative cure</i> ✓ <i>sostegno psicologico per prevenire effetti di demotivazione, svilimento del lavoro, stress e sintomi post-traumatici (paure, fobie, disturbi del sonno)</i>
<i>Altri interventi adottati o previsti non descritti sopra</i>

ALLEGATO 2 - SCHEMA TIPO PROGETTO FORMATIVO

Obiettivi generali

<i>Acquisire conoscenze sul fenomeno degli agiti aggressivi in generale e nella propria azienda</i>
<i>Contribuire a ridurre gli incidenti/infortuni</i>
<i>Contribuire a prevenire la violenza sul posto di lavoro</i>
<i>Contribuire a promuovere la cura, il benessere, la sicurezza sul lavoro</i>

Obiettivi specifici

<i>Contribuire all'emersione del fenomeno e individuare le misure appropriate per fronteggiarlo</i>
<i>Acquisire competenze in tema di analisi del fenomeno utilizzando gli strumenti a disposizione (es. incident reporting, registro degli infortuni e dei near miss, flussi eventi sentinella)</i>
<i>Acquisire competenze in tema di gestione del fenomeno impiegando tecniche di contenimento degli eventi violenti (es. tecniche di de-escalation, comunicazione assertiva)</i>
<i>Acquisire competenze di gestione post-evento (es. de-briefing/de-fusing e counseling)</i>

Si sottolinea inoltre l'opportunità offerta dai momenti di formazione per la verifica delle misure adottate e l'eventuale indicazione di aggiornamenti del rischio.

Si ritiene utile in questo contesto richiamare quanto precisato dalla Raccomandazione ministeriale n. 8/2007 in ordine alla precisa tematica:

La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi vanno diversificati in base alla tipologia di operatore.

Formazione rivolta a tutti gli operatori

Ciascun operatore deve conoscere il concetto di "precauzioni universali della violenza", che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento. Gli operatori a rischio devono ricevere una formazione sui rischi specifici connessi con l'attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti.

E' utile che siano coinvolti nei corsi di formazione i RLS ai fini dell'aggiornamento delle competenze in materia di salute e sicurezza dei rischi in ambito lavorativo.

Formazione per il management

I dirigenti e i coordinatori devono essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento.

Formazione per il personale di sicurezza

Il personale di sicurezza richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.

ALLEGATO 3 – ESEMPIO DI SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEGLI ATTI E/O COMPORTAMENTI AGGRESSIVI - INCIDENT REPORTING

SEDE _____ UO/SERVIZIO _____

DATA EVENTO ____ / ____ / ____ . ORA _____ LUOGO _____

INFORMAZIONI SULL'AGGRESSORE

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età _____

☐ Utente/paziente ☐ Parente/caregiver/accompagnatore/visitatore ☐ Estraneo ☐ Altro operatore

☐ Altro, specificare _____

ELEMENTO SCATENANTE ☐ SI ☐ NO

in caso di risposta affermativa specificare l'elemento scatenante:

☐ patologia di base ☐ abuso droghe/alcool ☐ contestazione codice di triage ☐ tempo di attesa

☐ la comunicazione ☐ altro, specificare _____

BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:

MODALITÀ DELL'AGGRESSIONE

☐ aggressione fisica

☐ aggressione verbale

☐ contro la proprietà

BERSAGLIO DELL'AGGRESSIONE

☐ operatore ☐ paziente ☐ utente ☐ familiari ☐ guardia giurata ☐ oggetti

☐ altro, specificare : _____

INFORMAZIONI SULL'AGGREDITO/I

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

Cognome _____ Nome _____ M/F ____ Età ____ Professione _____

CONSEGUENZE

☐ nessuna ☐ danno a oggetti ☐ trauma emotivo

☐ lesione fisica guaribile in n. _____ giorni – cure prestate _____

☐ lesione fisica con invio in PS guaribile in n. _____ giorni – cure ricevute _____

☐ altro, specificare _____

INTERVENTO EFFETTUATO SULL'AGGRESSORE

☐ nessuno ☐ paziente/utente lasciato tranquillo ☐ colloquio

- ☐ allontanamento dell'aggressore ☐ terapia farmacologica ☐ contenzione
☐ intervento della vigilanza ☐ intervento forze dell'ordine ☐ intervento di più operatori sanitari
☐ altro, specificare:

L'OPERATORE SI È ACCORTO DELLA PROGRESSIONE DELL' AGGRESSIVITÀ? ☐ SI ☐ NO

SE SI QUALI INTERVENTI HA MESSO IN ATTO PER INTERROMPERE LA PROGRESSIONE DELL'AGGRESSIVITÀ?

- ☐ rispettato lo spazio personale ☐ mantenuto la calma e la voce bassa
☐ cercato di stabilire il contatto verbale ☐ fornito alternative
☐ creata distanza di sicurezza ☐ accolto il malessere espresso dall'aggressore
☐ chiesto aiuto ai colleghi ☐ altro _____

QUALI DIFFICOLTÀ HA RISCONTRATO?

E' STATO EFFETTUATO IL DEBRIEFING? ☐ SI ☐ NO

Data ____ / ____ / ____

Cognome e nome di chi segnala _____

Riferimenti/contatti: _____

ALLEGATO 4 – ESEMPIO DI SCHEDA DI VALUTAZIONE/REPORT EVENTI

Data dell'evento: _____

N° pratica "Incidente reporting": _____

UO/Servizio coinvolto: _____

Convocati all'indagine:

- ☐ Lavoratore/i
- ☐ Direttore UO/Servizio
- ☐ Coordinatore UO/Servizio
- ☐ Risk Management
- ☐ Servizio di Prevenzione e Protezione
- ☐ Medico Competente
- ☐ Psicologia clinica
- ☐ Altre figure aziendali: _____

Presenti all'indagine:

(Nome Cognome / Qualifica e servizio)

QUANTIFICAZIONE E CARATTERISTICHE DEGLI EPISODI (descrizione):

A) FATTORI DETERMINANTI

1) Fattori connessi all'organizzazione del lavoro in relazione all'utenza	SI	NO
Pazienti affetti da patologie psichiatriche		
Pazienti affetti da deficit cognitivo		
Pazienti/parenti con storie di violenza, sotto effetto di droghe, alcool		
Barriere linguistiche/culturali		
Vittima di trauma o violenza		
Tipologia dell'utente/cliente particolarmente collerico		
Mancata adesione al progetto terapeutico		
Paziente non soddisfatto dell'assistenza		
Rispetto degli orari di accesso ai servizi/reparti da parte dell'utenza		
Altro:		

2) Fattori di rischio connessi all'organizzazione del lavoro	SI	NO
Personale commisurato ai momenti di maggiore attività (es: pasti, orari di visita)		
Lavoro svolto in orari a maggior rischio (notturno, prime ore del mattino)		
Elevato turn-over		
Operatori con storie di aggressione, abuso verbale, molestie (es. procedimenti disciplinari)		
Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		
Insufficiente addestramento/inserimento		
Gruppo nuovo /inesperto		
Scarsa continuità assistenziale		
Mancata /inadeguata comunicazione		
Mancata supervisione		
Mancato coordinamento		

Scarso lavoro di gruppo		
Cartellino di identificazione del dipendente con omissione di informazioni personali (es. cognome)		
Presenza di un solo operatore in servizio		
La struttura dispone di personale con funzione di addetto alla sicurezza		
Il personale addetto alla sicurezza ha autorità sufficiente per intraprendere le azioni necessarie per garantire la sicurezza dei lavoratori		
Lunghe attese di pazienti/accompagnatori (liste di attesa per prestazioni, tempi di erogazione delle prestazioni) spesso accompagnate da frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste		
Altro:		

3) Requisiti strutturali e dotazioni tecnologiche	SI	NO
Le zone di attesa, particolarmente nelle aree/reparti a maggior rischio, sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come arnesi o corpi contundenti		
Gli ambulatori particolarmente dei reparti a maggior rischio sono liberi da arredi e oggetti che potrebbero essere usati come armi (forbici, ferma carte, etc.) e gli arredi disposti in modo da evitare l'intrappolamento del lavoratore (via di fuga libera)		
La postazione infermieri/operatori è posizionata in modo da consentire un'ampia visuale delle aree		
Vi è la possibilità per il lavoratore di essere udito in caso di richiesta di aiuto		
Le aree di attesa sono confortevoli (microclima, illuminazione, distributori cibo e bevande, postazioni di ricarica per cellulare) e correttamente suddivise al fine di evitare affollamento e limitare la diffusione dell'agitazione tra i visitatori		
Nella struttura in generale e nelle aree di attesa in generale le modalità informative rivolte agli utenti (es. come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione) sono adeguate e rapportate alla tipologia di utenza		
Sono presenti barriere fisiche di protezione nei luoghi a maggior rischio (ove applicabili)		
Nelle aree in cui viene maneggiato denaro le dotazioni presenti garantiscono gli operatori da aggressioni, rapine o altro (es. finestre con vetri antiproiettile, serrature di sicurezza, sistemi di allarme)		

Nelle aree a maggior rischio sono disponibili strumenti atti ad attivare prontamente colleghi, addetti alla sicurezza o forze dell'ordine (es. dispositivi portatili, pulsanti di allarme)		
Altri aspetti strutturali specifici:		

4) Informazione/addestramento/sensibilizzazione	SI	NO
Insufficiente formazione degli operatori		
Inadeguata/mancata formazione su tecniche di gestione della aggressività		
Precedenti episodi di violenza verificatisi all'interno dello stesso servizio Se sì di che tipo: - Verbale, n. episodi nell'ultimo anno (stima): - Fisica, n. episodi nell'ultimo anno (stima):		
Altro:		

B) MISURE DI CONTENIMENTO SUGGERITE

ORGANIZZATIVE - PROCEDURALI	✓	MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito:positivo-negativo
Utilizzare correttamente il cartellino identificativo			
Incoraggiare gli operatori affinché utilizzino la comunicazione assertiva			
Incoraggiare gli operatori a ricorrere all'ascolto attivo			
Predisporre la turnistica degli operatori tenendo in considerazione i maggiori flussi di accesso dell'utenza/pubblico			
Assicurarsi che il pubblico e gli utenti in attesa di un servizio o di una prestazione ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa			
Valutare la presenza di più operatori in contemporanea, per evitare il sovraffollamento dell'utenza/pubblico.			

All'ingresso degli accessi prevedere l'affissione di materiale esplicativo dell'attività svolta assicurandosi che non sia a ridosso delle postazioni			
Migliorare il servizio di accoglienza, offrendo informazioni brevi, concise e complete sul servizio erogato			
Verificare la formazione del personale rispetto alle capacità comunicative			
Prevedere un periodo di affiancamento per il personale neo assunto e neo inserito con personale strutturato			
Esporre chiaramente al pubblico, agli utenti dei servizi e loro accompagnatori, che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati			
Incoraggiare il personale affinché siano sempre segnalate gli eventi aggressivi o le minacce, compresi gli eventi sentinella			
Prevedere momenti di diffusione del protocollo anti-violenza aziendale agli operatori			
Altro:			

STRUTTURALI - TECNOLOGICHE		MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito: positivo-negativo
Rendere i luoghi di attesa confortevoli e dotarli di sistemi per favorire l'accoglienza degli utenti minimizzando i fattori stressogeni			
Predisporre adeguata cartellonistica informativa rispetto ai servizi erogati			
Assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti			
Apportare modifiche alle strutture dei luoghi di lavoro in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi all'aggressività			
Valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, dispositivi di sicurezza			

(allarmi portatili, telefoni cellulari) nei luoghi dove il rischio è elevato, assicurando la disponibilità di un sistema di supporto nel caso in cui l'allarme venga innescato			
Altro:			

FORMATIVE - COMPORTAMENTALI		MONTORAGGIO previsto entro	EFFICACIA Esito: positivo-negativo
Programmare momenti di sensibilizzazione, informazione e formazione specifica degli operatori in relazione al livello di rischio individuato			
Programmare per i reparti a maggior rischio, appositi programmi di formazione/addestramento degli operatori (es. tecniche di divincolo e di contenimento)			
Programmare azioni volte a sensibilizzare tutto il personale, compreso quello esternalizzato, sulla specifica tematica			
Programmare azioni atte a favorire l'emersione del fenomeno			
Programmare misure atte migliorare le competenze degli operatori nella gestione dei casi (es. istruzioni operative, formazione frontale, formazione sul campo)			
Prevedere l'utilizzo di documentazione, poster, video o materiale informativo rivolti a pazienti/utenti che declinano la politica aziendale intrapresa per la prevenzione degli atti di violenza			
Prevedere adeguate modalità informative rivolte agli utenti (orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, personale dedicato all'informazione)			
Prevedere modalità mediante cui vengono fornite agli operatori informazioni in merito all'andamento del fenomeno			
Altro:			

ALLEGATO 5 – INTERVENTI DI DE-ESCALATION

Per intervenire prontamente e disinnescare eventi violenti è importante che l'operatore riconosca il linguaggio del corpo (sia proprio che altrui) associato a un'imminente azione violenta, al fine di affrontare e gestire la situazione (da solo, allertando i colleghi, oppure disimpegnandosi e chiamando le forze dell'ordine).

Elementi da considerare in associazione allo specifico contesto sono:

- lo sguardo del soggetto: appare perso nel vuoto, le palpebre si abbassano come a restringere l'obiettivo, fissa in maniera ostile;
- la postura del soggetto: pugni serrati, braccia incrociate, testa protesa in avanti, mascelle contratte, eccessivo gesticolare;
- altri segnali: sudorazione eccessiva, atteggiamento polemico, tremori e ipervigilanza.

Ci sono due concetti importanti da tenere sempre presenti:

1. Ragionare con una persona furiosa non è possibile; obiettivo della de-escalation è ridurre il livello di eccitazione perché il dialogo diventi possibile.

2. Le modalità di comunicazione nella de-escalation non sono quelle "normali" (istintive) in caso di paura.

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

L'operatore deve essere in grado di avere il controllo emotivo di se stesso:

- Apparire calmo, sicuro di sé (anche se non sente di esserlo) e mostrarsi fiducioso nei confronti dell'altro.
- Cercare di rilassare muscoli del volto mostrandosi tranquillo. La sua ansia, infatti, può di riflesso far sentire l'utente ansioso ed insicuro e scatenare l'aggressione.
- Usare un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume); non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando; aspettare che l'utente riprenda fiato e solo allora parlare.
- Depersonalizzare l'aggressione. Non stare sulla difensiva: i commenti o gli insulti non sono personali.
- Mantenere un atteggiamento non giudicante: un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto; l'obiettivo è che l'utente sappia che non è necessario mostrarsi aggressivo per essere rispettato. Essere quindi molto rispettoso, anche quando si mettono con fermezza dei limiti o si chiama aiuto.
- Avere sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo (essere consapevole che si ha sempre la possibilità di andarsene, chiedere all'utente di andarsene, contare sul supporto degli altri colleghi o allertare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace).

Che cosa fare sul piano verbale:

- Usare frasi brevi dal contenuto chiaro: semplificare anche a scapito della completezza e della coerenza logica.
- Non argomentare per provare a far cambiare idea all'utente; piuttosto è opportuno consentirgli possibilità diverse.
- Non difendere sé stessi o qualcun altro da insulti, accuse o idee sbagliate sul proprio ruolo, non polemizzare o contrastare apertamente.
- Non fare false dichiarazioni o promesse che non si possono mantenere.
- Non dire alla persona di rilassarsi o calmarsi; usare il silenzio come strumento calmante.
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliere le parole dell'interlocutore e riutilizzarle (es. Lei mi vuole dire che...), non sminuire i suoi sentimenti.
- Formulare domande che prevedano una risposta aperta; prospettare, quando possibile, scelte alternative che consentano ad entrambi di uscire dalla situazione in modo sicuro. Ad esempio:

"Che ne pensa di continuare il nostro incontro in modo più tranquillo? Oppure preferisce che chiami un collega, così può rivolgersi a lui/lei?".

- Rivolgersi all'interlocutore usando il suo cognome (o nome se si è abbastanza in confidenza).
- Ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo e disponibile alla ricerca di una soluzione comune, ma rimanere neutrali (es.: mi aiuti a capire perché è arrabbiato?).
- Rispondere a tutte le domande con un contenuto di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste.
- Non rispondere mai a domande tendenziose.
- Scomporre il problema che pone l'utente e offrire soluzioni passo dopo passo in modo che la persona non sia sopraffatta dal problema.
- Conoscere la procedura di reclamo dell'organizzazione.

Cosa fare sul piano non verbale: l'operatore deve essere in grado di avere il controllo sulla propria postura, gestualità ed espressione:

- Non dare le spalle per nessun motivo.
- Accompagnare la comunicazione con lo sguardo, evitando di fissare in modo continuo l'interlocutore (leggibile come minaccioso) ma permettendo di interrompere il contatto visivo e guardare altrove.
- Incoraggiare l'utente a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi anche l'operatore è opportuno stia in piedi.
- Mantenere tra l'operatore e l'utente una distanza maggiore del solito, circa 1.5 mt.
- Non stare faccia a faccia di fronte all'utente, ma mantenere una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario.
- Non puntare con il dito.
- Non sorridere: farlo può sembrare che ci si prenda gioco dell'utente ovvero sia una dimostrazione di ansia.
- Non toccare l'utente, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico sia culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso; spiegare cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio.
- Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi.
- Non stare sulla difensiva.

ALLEGATO 6 – TECNICHE DI PRONTO SOCCORSO EMOTIVO

Il defusing e il debriefing sono due tecniche utilizzate in psicologia dell'emergenza, ovvero una disciplina che si occupa di prevenzione, monitoraggio ed intervento psico-sociale su gruppi di persone che hanno in comune l'aver vissuto una situazione traumatica/emergenziale.

Defusing

Defusing letteralmente significa disinnescare, è un intervento che si svolge subito dopo la situazione di emergenza, è anche chiamato "intervento emotivo a caldo". Si svolge coinvolgendo un piccolo gruppo (10 persone) e ha una durata di circa 20-40 minuti. Non richiede la conduzione di un esperto, in genere viene condotto dal capo-team del gruppo (il medico o l'infermiere). Gli obiettivi di questo tipo di intervento sono quelli di fornire rassicurazione, sostegno e informazione, attraverso il rafforzamento dei legami del gruppo e la normalizzazione del carico emotivo. Infatti, i partecipanti vengono avviati ad un percorso di comprensione delle proprie sensazioni e sentimenti legandoli all'aspetto temporale dell'esperienza in questione.

Il defusing si articola in tre fasi:

1. fase dell'introduzione: in questa fase i conduttori si presentano, spiegano il motivo dell'incontro, evidenziano come possono essere di aiuto e di supporto al gruppo e concordano le regole base dell'incontro, ovvero rispetto reciproco, riservatezza;
2. fase dell'esplorazione: in questa fase viene chiesto alle persone coinvolte nell'evento di parlare dell'esperienza e condividere le reazioni e le emozioni vissute;
3. fase dell'informazione: in questa fase si tende a normalizzare le reazioni e i vissuti, rassicurare in ordine alle angosce causate dall'evento ed agli "sfoghi" più intensi che alcuni hanno manifestato, valorizzare gli atteggiamenti positivi manifestati durante l'evento, orientare alla ripresa della buona funzionalità dei singoli e del gruppo.

Tramite il defusing, possono essere individuate persone destabilizzate che necessitano di ulteriori interventi come il debriefing.

Debriefing

Il debriefing è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo e/o psicoterapeuta, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze psichiche tramite integrazione tra le componenti cognitive, emotiva e spazio-temporale dell'evento. Il debriefing è un "intervento emotivo a freddo", viene organizzato dopo circa 24-76 ore dall'esposizione all'evento, può coinvolgere fino a 15-20 persone, ha una durata di non più di 12 settimane e si articola come segue:

1. Fase introduttiva: i conduttori spiegano le regole basilari del gruppo, c'è un momento di presentazione reciproca e di chiarificazione dello scopo dell'incontro.
2. Fase dei fatti: i partecipanti descrivono l'evento accaduto a livello strettamente fattuale, escludendo gli aspetti emotivi.
3. Fase dei pensieri: i partecipanti rievocano i pensieri, i ragionamenti rispetto a quel che è stato vissuto.
4. Fase delle reazioni: solo a questo punto le persone possono esprimere le sensazioni e i sentimenti provati durante e dopo l'evento. Vengono identificate la parte peggiore dell'evento e le reazioni emotive (rabbia, paura, tristezza ecc ...), ma le emozioni non vengono indagate approfonditamente.
5. Fase dei sintomi: il conduttore chiede di descrivere i sintomi (emotivi, cognitivi e fisici) che i partecipanti hanno sperimentato in vari momenti dell'accaduto: durante il verificarsi dell'evento, alla sua conclusione, quando hanno fatto ritorno a casa, durante i giorni successivi all'evento stesso e nel momento attuale.
6. Fase della formazione: la psicoeducazione nella quale il conduttore illustra le strategie di coping adattive. Ci si confronta e si riflette su modalità alternative di fronteggiamento allo stimolo stressante.
7. Fase del reinserimento: viene fornita una breve conclusione, sottolineando le risorse personali e sociali dei partecipanti.

Se al termine dell'intervento dovessero esserci ancora segni di sofferenza emotiva, potrebbe essere fatto un rinvio a percorsi professionali individuali.