



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 805 del 17/4/2015

n. 449 del 22 SET 2017

OGGETTO

Adozione della procedura operativa aziendale "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e contro i pazienti".

Struttura proponente	UOSD Ingegneria Clinica e SPP
Documenti integranti il provvedimento:	
Descrizione Allegato	n. pag.
Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e contro i pazienti	38
<input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di immediata esecutività	

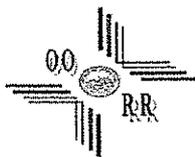
Spese previste	€ 14.518 (IVA inclusa)
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	
Dirigente	

Destinatari dell'atto per conoscenza

<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input type="checkbox"/> Struttura Controllo di Gestione	<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Economico-Finanziaria
<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy	<input checked="" type="checkbox"/> Struttura Politiche del Personale
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) tutte le UO sanitarie ed amministrative	

La presente Deliberazione, tenuto conto delle fonti normative relative alla disciplina della privacy ovvero della tipologia degli atti allegati, è pubblicata con le seguenti modalità:

- solo frontespizio
 integrale
 solo deliberazione



Premesso che:

- Il testo unico sulla sicurezza sul lavoro (D.L.vo 81/08 e ss.mm.ii) all'art. 28 prevede che la valutazione dei rischi debba riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori;
- Il Ministero della Salute ha pubblicato la Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 dove ha fornito le "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"

Considerato che l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia ha l'esigenza di adottare una procedura aziendale con le raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari attraverso le implementazioni di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono;

Dato atto che il documento all'uopo predisposto dal Gruppo di Lavoro costituito da: ing. Pier Paolo Galli (RSPP e coordinatore del Gruppo), Dott. Giulio Mascolo (Direzione Sanitaria), Dott. Umberto d'Orsi (Medico Competente), Dott. Silvio Piancone, Dott. Michele Del Gaudio, dott.ssa Marilena Marchese (Dirigenti infermieristici) e dott. Iginio Cirulli (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza)

Rilevato che la bozza di procedura operativa aziendale "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e contro i pazienti", è stata inviata alla Direzione Sanitaria a mezzo mail il 25 luglio 2017;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di dare atto della operatività alla procedura aziendale di "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e contro i pazienti", e di incaricare la Direzione Sanitaria di tutte le attività conseguenti;
2. di trasmettere il presente provvedimento alla SSD Affari Generali e Tutela della Privacy per la pubblicazione sul sito internet.

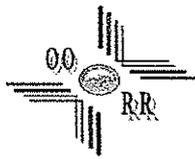
Il presente provvedimento, non essendo soggetto al controllo previsto dalla vigente normativa, è esecutivo ai sensi di legge.

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Laura Liliana Moffa

Il Dirigente Proponente
Ing. Pier Paolo Galli

Il Direttore Generale
dott. Antonio Pedota

Il Direttore Amministrativo
dott. Michele Ametta



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente atto viene posto in pubblicazione in data odierna sull'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia.

Foggia, 25 SET 2017

F.to IL FUNZIONARIO ADDETTO

UOSD INGEGNERIA CLINICA E SPP

Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e contro i pazienti

Emesso dal Gruppo di lavoro

QUALIFICA	NOMINATIVO	FIRMA
Direttore Sanitario Aziendale	Dott.ssa Laura Moffa	
Responsabile della SSD Medicina Preventiva-Medico Competente	Dott. Umberto d'Orsi	
Referente per il rischio clinico della Direzione Sanitaria	Dott. Giulio Mascolo	
RLS	Dott. Iginio Cirulli	
Dirigente Infermieristico	Dott. Michele del Gaudio	
Dirigente Infermieristico	Dott. Silvio Piancone	
Dirigente Infermieristico	Dott.ssa Marilena Marchese	
RSPP	Ing. Pier Paolo Galli	

Versione n. 1 dell'agosto 2017



Indice

1. PREMESSA	3
2. DEFINIZIONI	3
3. AREE E SERVIZI PRINCIPALMENTE COINVOLTI	4
4. FATTORI E SITUAZIONI FAVORENTI E CONCORRENTI.....	4
5. EFFETTI SULLA SALUTE	6
6. DATI EPIDEMIOLOGICI	6
7. SCOPO.....	10
8. AMBITI DI APPLICAZIONE	11
9. STRATEGIE DI PREVENZIONE	11
9.1. AZIONI	11
9.1.1. misure strutturali e tecnologiche:	13
9.1.2. misure organizzative:.....	14
10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	15
11. STEP IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA:	15
12. FORMAZIONE DEL PERSONALE	16
13. STRATEGIE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI PERICOLO E DEGLI EPISODI DI VIOLENZA.....	18
13.1. SISTEMA PREDITTIVO DI UN COMPORTAMENTO VIOLENTO E STRATEGIE COMPORTAMENTALI	18
13.2. STRATEGIE COMPORTAMENTALI DA ATTUARE CON IL PAZIENTE AGITATO.....	20
14. SEGNALAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA	21
15. INDICATORI E MONITORAGGIO	22
15.1. Monitoraggio	22
15.2. 15.2 Indicatori	22
16. DIFFUSIONE E APPLICAZIONE.....	24
17. ARCHIVIAZIONE.....	24
18. CONSULTABILITA'	24
19. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	25
20. ALLEGATO n. 1.....	27
21. ALLEGATO n. 2.....	33
22. ALLEGATO n. 3.....	38



1. PREMESSA

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Non a caso nel *novembre 2007* il Ministero della Salute ha emanato la *Raccomandazione n.8* al fine di prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'implementazione di misure che consentono l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli stessi.

Episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Le probabilità di subire attacchi per gli operatori sanitari, sono più elevate rispetto ad altri lavoratori che operano a stretto contatto con l'utenza. I medici, gli infermieri, gli operatori socio sanitari, gli operatori addetti all'assistenza sono esposti in misura maggiore, in quanto sono in relazione diretta con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga. Il tipo di violenza interessata è quella proveniente dai pazienti e dai loro *caregiver*, attraverso attacchi fisici, verbali o di atteggiamento. La violenza ha un impatto negativo sulla produttività e sul coinvolgimento del lavoratore nell'organizzazione, nonché sulla qualità delle prestazioni erogate.

2. DEFINIZIONI

Il Ministero definisce evento sentinella un *"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"*. Nella lista degli eventi sentinella sono compresi anche:

- *Violenza su paziente*
- *Atti di violenza a danno di operatore*

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come

"ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"



Nella presente procedura, inoltre, si intende per aggressione verbale anche l'uso di linguaggio offensivo e per aggressione fisica un attacco, un comportamento minaccioso, una violenza fisica con o senza oggetti contundenti, che possono causare o non causare un danno fisico.

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Per "aggressione", ai fini della presente procedura, si intende "una azione violenta di una o più persone nei confronti di operatori sanitari che può racchiudere gli elementi costitutivi di diverse figure di reato, a seconda del modo e dei mezzi con cui viene esercitata, dell'evento verificatosi o del fine cui è diretta (omicidio, lesioni personali, percosse, violenza privata, rapina, minacce, ecc.)".

Per "minacce" si intende "l'espressione del proposito di arrecare danno incluse le minacce verbali, gli atteggiamenti corporali minacciosi e le minacce scritte".

3. AREE E SERVIZI PRINCIPALMENTE COINVOLTI

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale;
- servizi di radiologia

4. FATTORI E SITUAZIONI FAVORENTI E CONCORRENTI

Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;

- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza, servizi erogati, ubicazione, dimensione.

A questo proposito Viitasara e Menckel propongono un framework teorico per l'identificazione dei fattori di rischio per i comportamenti violenti nei servizi sanitari, riferendosi nello specifico a:

1. Fattori specifici (caratteristiche individuali):

- Genere
- Età
- Livello di educazione/scolarità
- Esperienze precedenti
- Interazione tra le due parti (paziente vs. operatore)

2. Fattori di contesto (caratteristiche dell'ambiente lavorativo):

- Lavoratori
- Attività svolte
- Ambiente fisico
- Ambiente psicosociale (e supporto psicosociale ricevuto)

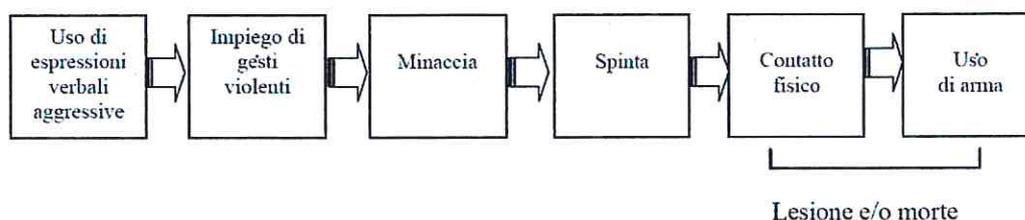
3. Fattori strutturali (caratteristiche dell'organizzazione):

- Sistema di appartenenza dell'organizzazione (pubblico/privato, locale/nazionale)
- Management dell'organizzazione (direzione e controllo)
- Policy di riferimento
- Fonti di finanziamento
- Ambiente fisico e psicosociale
- Personale
- Educazione e training degli operatori

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

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 (vedi figura sottostante) può

consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



5. EFFETTI SULLA SALUTE

La violenza sul luogo di lavoro determina conseguenze che variano notevolmente a seconda del singolo operatore: dalla demotivazione allo svilimento del lavoro svolto, dallo stress (ciò vale anche per chi è indirettamente vittima, chi assiste all'atto o all'episodio di violenza), ai danni alla salute fisica o psicologica.

Nella vittima di aggressione possono svilupparsi anche sintomi post traumatici come paure, fobie e disturbi del sonno.

In generale la vulnerabilità del singolo varia a seconda del contesto in cui si verifica la violenza e delle caratteristiche individuali della vittima. Nei casi di violenza fisica, i fatti sono facili da accertare, mentre è più difficile prevedere come la potenziale vittima reagirà ad atti reiterati di violenza psicologica.

La violenza può inoltre avere ripercussioni sull'insieme dell'organizzazione in quanto è difficile per chi lavora dare il meglio di sé in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento. Gli effetti negativi sull'organizzazione potranno perciò tradursi in maggiore assenteismo, perdita di motivazione e produttività, deterioramento dei rapporti di lavoro.

6. DATI EPIDEMIOLOGICI

Purtroppo definire chi è maggiormente esposto e qual è l'effettiva dimensione del problema è difficile in quanto nel nostro Paese mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno. In ogni caso appare necessario attivare misure di prevenzione per contrastarne l'occorrenza. Diversi studi indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza.

Il "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 5° Rapporto", che è stato recentemente pubblicato, costituisce il documento nel quale il Ministero presenta, in modo cumulato, i dati relativi alle segnalazioni pervenute attraverso il sistema SIMES dal 2005 sino al 31 dicembre 2012. Peraltro, essendo il sistema gravato da un rilevante fenomeno di underreporting, il Ministero ribadisce che le informazioni raccolte non hanno significato epidemiologico e non rappresentano dati di incidenza degli eventi sentinella, ma risultano utili nella valutazione dei fenomeni. Nel rapporto, pur con le limitazioni sopra riportate, si evidenzia come l'evento sentinella "Atti di violenza a danno di operatore sanitario" si pone al



quinto posto (n. 165 segnalazioni pari al 8,6% del totale delle segnalazioni 1950 del periodo).

Una stima del Bureau of Labor Statistics statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato. Molti di questi episodi avvengono all'interno di ospedali, strutture territoriali, in primo luogo servizi per la tossicodipendenza (Ser.T), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali.

La Joint Commission riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio. Gli infortuni accaduti nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nell'anno 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici.

Bureau of Labor Statistics statunitense (Aggressione non mortale)	9,3/10.000 Operatori Ospedalieri 2/10.000 Operatori dell'industria
Joint Commission Gennaio 1995 Dicembre 2006	141 eventi sentinella Aggressione , violenza, omicidio
strutture ospedaliere italiane e denunce INAIL anno 2005	429 episodi di violenza contro gli operatori: - 234 hanno coinvolto Infermieri - 7 hanno riguardato Medici

In una ricerca condotta in Spagna (Journal of Occupational and Environmental Health - Gennaio 2009) su 3 Ospedali, 22 Strutture sanitarie di base Urbane e rurali ed un totale di 1.800 operatori è emerso che:

- il 64% degli Operatori hanno subito minacce, insulti, intimidazioni
- l' 11% degli operatori hanno subito una aggressione fisica

Dai dati disponibili si rileva che a correre un maggiore rischio di aggressione sono gli infermieri, seguiti subito a ruota dai medici, che essendo più a contatto con i pazienti sono i più esposti alla violenza fisica, mentre gli insulti sono per tutti; le minacce sembrano essere invece più facilmente dirette ai responsabili dei servizi, a chi prende le decisioni, probabilmente anche con l'intento di influenzarli.

In particolare, il rischio più elevato lo corrono gli operatori degli ospedali di maggiori dimensioni, mentre il fenomeno della violenza sembra essere meno marcato nei servizi di dimensioni più limitate e di collocazione rurale, probabilmente in conseguenza del diverso tipo di rapporto che si instaura tra gli operatori e gli utenti dei servizi. Non è stata invece trovata nessuna correlazione tra la frequenza di aggressione fisica e il sesso dell'operatore, mentre le minacce sembrano essere invece indirizzate più frequentemente agli operatori di sesso maschile.



Circa l'85 % delle aggressioni è perpetrato dagli stessi pazienti che, nel 25% dei casi, risultano affetti da disturbi psichici e nel 6% dei casi sono sotto l'influsso di droghe/alcol.

Altri fattori scatenanti sono le lunghe attese, il rifiuto di certificazioni di malattia e la discordanza sulle prescrizioni di farmaci.

Come cause concorrenti nell'aggressione si possono individuare:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- la presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi isolati, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

In uno studio condotto presso il Dipartimento di emergenza-urgenza e la Pediatria dell'AOU di Modena (Dott.ssa Paola Ferri, Dott.ssa Marchegiano Patrizia, Dott.ssa Belladelli

Lisa), utilizzando un questionario volto ad indagare la frequenza e le caratteristiche degli episodi di violenza nel contesto lavorativo di appartenenza verificatesi negli ultimi tre anni, il 34,2% degli intervistati (operatori del Pronto Soccorso) ha dichiarato di aver assistito/essere stato vittima di 5 o più episodi di violenza contro gli Operatori.

Nel 37% dei casi l'aggressore risultava essere affetto da malattia psichica o sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti. La gran parte (76,1%) degli episodi si sono verificati durante una normale conversazione e, soprattutto, quando il paziente avanzava richieste e soltanto il 17,9% si è verificato durante la visita o l'espletamento di attività assistenziali. Il luogo dove principalmente si verificano episodi di violenza sono risultati la stanza di degenza dei pazienti (31,2% delle risposte), la sala d'attesa (29,6%), l'ambulatorio (20%), il corridoio (16%), luoghi esterni alla struttura (2,4%). Il 26,5% degli episodi si è verificato al momento del ricovero del paziente, il 18,8% durante la visita ed il 12,8% durante l'attesa prima di una visita.

Le minacce/aggressioni verbali rappresentano la gran parte degli episodi segnalati (50%) e i fattori scatenanti sembrano attribuibili a scarso autocontrollo/eccessi di rabbia

(34%), prolungamento dei tempi di attesa (27,7%) ed all'ambiente inadeguato (9,7%).

Le conseguenze più frequenti sul Personale a seguito di atti di violenza sono risultate essere soprattutto quelle psicologiche (senso di rabbia e frustrazione, irritazione, ansia, disappunto, umiliazione, paura, senso di impotenza) ed in



misura notevolmente inferiore, quelle fisiche (graffi, escoriazioni, ecchimosi etc). Il Personale ha anche fornito suggerimenti in merito alle azioni da realizzare per cercare di limitare il fenomeno. In primo luogo è stato posto l'accento sulla necessità di formazione sia per il personale che per i pazienti, di una maggiore presenza della vigilanza, di ambienti e spazi adeguati e decorosi, di disponibilità e di una modalità di approcciarsi ai pazienti più cortese da parte del Personale, di aumento degli organici, di sistemi che consentano un intervento il più immediato possibile da parte della vigilanza interna / forze dell'ordine.

In uno studio analogo condotto da Vittorio Gugliemi e Marialisa Buono nel 2013 presso l'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA), pubblicato su Tuttosanità del 08/03/2014 si è provato a stabilire se l'aggressività sia stata accettata oppure subita, quali comportamenti aggressivi si sono verificati e come hanno reagito gli operatori colpiti. Anche in questo caso è stato utilizzato un questionario.

L'incidenza delle offese verbali a danno degli operatori sanitari è stata riferita dal 90% del totale dei partecipanti. Gli infermieri vittime di un'aggressione verbale sono stati circa il

78% dei partecipanti. Solo il 10% dei dirigenti medici ha dichiarato di aver subito un attacco verbale.

Il 37% del personale in studio ha affermato di essere stato aggredito fisicamente. I settori a maggiore rischio (in ambito ospedaliero) sono risultati i servizi di emergenza ed urgenza e la geriatria.

La categoria professionale maggiormente esposta alla violenza fisica, è risultata essere quella degli infermieri(33%). Un operatore su due, in servizio presso il Pronto Soccorso, ha dichiarato di aver subito un'aggressione fisica; a seguire il 40% dei lavoratori della unità operativa di Geriatria, il 31% dei dipendenti della Neurologia e il 25% degli Ambulatori.

Le aggressioni fisiche e verbali sono state compiute mediamente dal familiare/accompagnatore nel 59% dei casi e dal paziente nel 37%. Però, questo dato non è riscontrabile nei reparti di Geriatria e Neurologia, dove si denota un'inversione del dato descritto.

In tutti i reparti gli eventi esposti avvengono con maggior frequenza durante l'assistenza ordinaria(52%) e a seguire con una percentuale inferiore(22%) durante l'assistenza in emergenza e/o durante il triage. Soltanto gli operatori sanitari del reparto di Geriatria hanno segnalato episodi di violenza anche durante il trasporto del paziente(3%).

Ritornando all'analisi delle aggressioni fisiche, solo il 16% ha indicato di aver avuto bisogno di cure(da intendersi come supporto fisico e/o psicologico).

I dipendenti che hanno dichiarato di aver assistito ad un attacco nei confronti di un collega rappresentano circa il 90%.

Le cause, a parere degli intervistati, sono da ricercare evidentemente nelle "lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche"(43%) e nel "ridotto numero di personale durante momenti di maggiore attività"(36%).

In uno studio condotto presso la ASS n. 5 "Bassa Friulana" e riportato nella banca dati dell'AGENAS nella sezione dedicata alla Buone Pratiche presentate nell'ambito della Call for good practice 2014 (Claudia Giuliani; Daniela Brotto;

Sonia Bassetto: La violenza a danno degli operatori sanitari: gestione del rischio nella ASS n. 5 "Bassa Friulana") il 34,90% del personale che ha risposto al questionario ha frequentato i corsi di aggiornamento organizzati dall'Azienda relativi alla violenza a danno degli operatori; per l'81,25% di chi ha risposto in modo affermativo la formazione è stata utile. Il personale che nell'arco degli ultimi due anni ha subito "violenza" dichiara nel 22,58% dei casi di non aver avuto nessuna conseguenza, il 45,16% ritiene di aver subito un danno psicologico, il 19,35% ha subito danno fisico e il 9,68% ha avuto danni a oggetti personali. Dall'analisi delle tipologie di aggressori emerge che nella stragrande maggioranza dei casi l'aggressore è il Paziente stesso nella percentuale del 43,09%, seguito dai Familiari con una percentuale pari a 34,96%, a seguire Accompagnatori (15,45%), Colleghi di lavoro per il 5,69% e per lo 0,81% Soggetti non identificati. Volendo identificare la tipologia di aggressore emerge che per il 45,67% si tratta di soggetti sotto l'effetto di sostanze d'abuso (droghe e alcool), per il 29,13% si tratta di soggetti con patologie psichiatriche, nell'11,81% si tratta di soggetti affetti da demenza, nell'11,81% soggetti con nessuna caratteristica particolare, mentre con l'1,57% sono identificati gli stranieri.

7. SCOPO

La presente Procedura Aziendale (P.A.) ha lo scopo di consentire l'applicazione, a livello di tutte le strutture aziendali interessate, della Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8, novembre 2007 ("Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari").

La Raccomandazione è stata elaborata dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dall'UOSD Ingegneria Clinica e SPP, con l'attivazione di uno specifico gruppo di lavoro (Dott.ssa Laura Moffa, Direttore Sanitario, Dott. Umberto d'Orsi, Responsabile della SSD Medicina preventiva-medico Competente, Dott. Giulio Mascolo, referente della Direzione Sanitaria per il Rischio Clinico, dott. Igino Cirulli, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, Dott. Michele del Gaudio, Dott. Silvio Piancone e Dott.ssa Marilina Marchese, dirigenti infermieristici, e ing. Pier Paolo Galli, Responsabile SSD Ingegneria Clinica e SPP) con lo scopo di:

- Implementare le misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno delle strutture.
- Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, all'interno delle strutture, e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica.
- Incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi.

In particolare, la presente procedura, sulla scorta di eventi e dati epidemiologici riportati in letteratura, elenca e suggerisce una serie di misure strutturali, tecnologiche, organizzative e formative la cui implementazione si propone lo scopo di prevenire/ridurre il rischio/ridurre le conseguenze degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e di consentire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare, gestire e segnalare tali eventi quando dovessero accadere.



8. AMBITI DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica

dove:

in tutte le strutture della Azienda Ospedaliera, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, continuità assistenziale, front-office), nonché quelle individuate nel contesto di ogni specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi che sarà effettuata

a chi:

a tutti gli operatori sanitari coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (dirigenti medici, farmacisti, biologi, chimici, sociologi, psicologi, assistenti sociali, professionisti sanitari non medici, operatori sociosanitari).

quando:

durante l'erogazione di prestazioni all'utente e interventi socio-sanitari.

9. STRATEGIE DI PREVENZIONE

9.1. AZIONI

La prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria (con la collaborazione anche del Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e Responsabili delle UU.OO./Servizi) identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e sviluppi le strategie ritenute più opportune.

Fonti per la valutazione del fenomeno

Sistema di incident reporting, segnalazioni di eventi sentinella, sistema di gestione dei reclami, denunce di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso o altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza, segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale.

L'analisi consente la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi, per identificare le azioni di miglioramento, e verificarne l'efficacia.

A tal fine, la Azienda Ospedaliera si propone di mettere in atto un **PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA** che comprende le azioni di seguito riportate.

AZIONE 1 - analisi del contesto lavorativo:

L'analisi del contesto lavorativo mira ad individuare i fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di episodi di violenza. Al fine di individuare le azioni preventive più efficaci da adottare verranno valutate le



condizioni degli ambienti di lavoro, del contesto organizzativo, della tipologia di utenza, delle attività e delle prestazioni erogate.

Si procederà con la revisione degli episodi di violenza segnalati: dovrebbero essere esaminati i dati relativi a patologie e lesioni subite dagli operatori sanitari a seguito di episodi di violenza o le segnalazioni relative a comportamenti aggressivi o a minacce verbali subite nel corso dell'attività lavorativa. Fonti di tali dati possono essere: segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale, denuncia di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso e altra documentazione sanitaria comprovante conduzione di indagini ad hoc presso il personale: importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate. La somministrazione di un questionario può, inoltre, essere opportuna ogni qualvolta vengano realizzate importanti modifiche lavorative o dopo la segnalazione di un episodio di violenza; in tali casi può aiutare a identificare nuovi o sconosciuti fattori di rischio o carenze relative a protocolli, procedure o controlli (**l'analisi iniziale verrà condotta con il questionario riportato nell'allegato n. 1**).

AZIONE 2 - analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio:

I referenti locali per la gestione del rischio clinico, di concerto con i Direttori di UO/Struttura dovranno periodicamente effettuare sopralluoghi negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento a quelli in cui si è verificato un recente episodio di violenza, al fine di identificare rischi, condizioni, operazioni e situazioni che possono favorire atti di violenza. Il sopralluogo dovrebbe consentire di:

- a) analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche di aggressore e vittima, la successione di eventi prima e durante l'incidente. In questa fase può essere utile acquisire il rapporto e le indicazioni delle Forze di Polizia;
- b) identificare attività lavorative,, processi, procedure o ambienti a rischio più elevato;
- c) rilevare i fattori di rischio legati alla tipologia dei pazienti (ad esempio, quelli affetti da patologie psichiatriche o sotto effetto di droghe, alcool), alle caratteristiche strutturali (presenza di luoghi isolati, e/o scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro ecc.), alle attività lavorative.

AZIONE 3 - Assicurare un adeguato protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella (evento sentinella n° 12: atti di violenza a danno di operatore);

AZIONE 4 – Definire ed implementare misure di prevenzione e controllo consistenti in:



9.1.1. misure strutturali e tecnologiche:

- Valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;
- Valutare la dotazione e mantenimento di sistemi di allarme (per es. installazioni in tutte le postazioni di visita delle Strutture più a rischio di un pulsante che aziona un **allarme sonoro e luminoso**, che in caso di aggressione grave rappresenti un avviso di chiamata istantaneo per la Guardia giurata/forze dell'ordine) o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio;
- Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- Valutare la necessità di installare sistemi di videosorveglianza, nei modi previsti dalla normativa vigente in materia di privacy e di tutela dei lavoratori e con idonea cartellonistica (impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio). In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy. Al proposito è stato adottato il **REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELL'ATTIVITA' DI VIDEOSORVEGLIANZA PER FINALITA' DI SICUREZZA**;
- Valutare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
- Garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
- Prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- Assicurare che luoghi di attesa siano confortevoli e che il sistema favorisca l'accoglienza utenti;
- Installazione di **display informativi** ad uso dell'utenza, da collocare negli spazi di attesa, sull'andamento del caso clinico e la relativa tempistica.
- Gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole e sistemi;
- Maggiore controllo e filtro da parte della Vigilanza ai **varchi di accesso** all'Ospedale.
- Giro periodico di perlustrazione delle UUOO e degli spazi comuni del Presidio/Struttura da parte della Vigilanza.
- Assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'esterno;
- Mantenere in buono stato le strutture e le attrezzature (finestre, serrature, vetture...);



9.1.2. misure organizzative:

- Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione degli episodi di violenza;
- Fornire ai pazienti informazioni chiare sulla organizzazione delle attività assistenziali e sulle modalità ed i tempi di erogazione delle prestazioni;
- Individuare un sistema di allerta interno per facilitare il coordinamento con la vigilanza interna ed eventualmente con le forze dell'ordine;
- Garantire la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di utenti stranieri, prevedere se necessaria la presenza di un mediatore culturale;
- Prevedere e applicare procedure per garantire la sicurezza nel caso di pazienti con comportamenti violenti o sottoposti a misure di sicurezza in ambito di procedimenti giudiziari;
- Sensibilizzare il personale al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e della divisa; Scoraggiare il personale dall'indossare monili che rappresentino un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (es.: piercing, collane, orecchini...);
- Prevedere per il personale valutato come potenzialmente a rischio la dotazione di strumenti di identificazione che ne garantiscano comunque la sicurezza personale (ad es. cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome);
- Sensibilizzare il personale a comunicare ogni forma di violenza e minaccia subita;
- Adottare misure idonee a gestire adeguatamente gli episodi di violenza accaduti, assicurando il supporto legale ed amministrativo, nonché psicologico immediato agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza;
- Assicurare la corretta applicazione delle procedure di sostegno per gli operatori che subiscono episodi di violenza attraverso riunioni mensili;
- Assicurare a tutti gli operatori un adeguato programma di formazione di base e ai dirigenti e personale di sicurezza programmi di formazione specifica rapportati a ruoli e funzioni svolte;
- Assicurare un adeguato monitoraggio dell'effettiva applicazione delle indicazioni della Raccomandazione e delle procedure adottate e della loro efficacia sul campo.

10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Descrizione attività	Direzione strategica	Area Tecnica/ Area Patrimonio/ RSPP	Rischio Clinico	Direttori di Dipartimento/ Direttore di Struttura	Personale sanitario
Impegno programmatico e definizione di una strategia articolata di prevenzione e controllo delle aggressioni	R	C	C	C	C
Assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione	R	C	C	C	C
Analisi contesto e individuazione degli interventi di prevenzione tecnologici, organizzativi e strutturali da adottare		C	R	R	C
Redazione e Revisione di procedura specifica in aderenza alla Raccomandazione Ministeriale o ad altre indicazioni normative sulla problematica specifica.		C	R	C	C
Analisi e revisione degli episodi segnalati, al fine della identificazione delle situazioni di maggiore vulnerabilità;		C	R	C	C
Implementazione degli interventi e delle misure di prevenzione e controllo		R	C	C	C
Applicazione e monitoraggio procedura		C	C	R	C
Predisposizione ed effettuazione* di un programma di formazione degli operatori;	C	C	R	R	C

Legenda: R = responsabile C = coinvolto

11. STEP IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA:

- Costituzione del gruppo di Lavoro aziendale e revisione periodica della Procedura
- Revisione e approvazione del questionario



- Somministrazione del questionario secondo programma definito dal GdL
- Analisi dei dati e valutazione dei rischi
- Predisposizione di ulteriori e più mirate misure di sicurezza
- Restituzione informazioni di feedback
- Monitoraggio

12. FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione dovrà essere garantita, con percorsi specifici, affinché 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: Gli operatori devono ricevere informazione e formazione su:

- I rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- I metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza;
- Le metodologie per la prevenzione e gestione degli stessi (es.: tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori).

Formazione per il management: I dirigenti e i preposti devono essere in grado di:

- Riconoscere i contesti a rischio;
- Sensibilizzare gli operatori all'utilizzo degli strumenti di segnalazione;
- Adottare iniziative di sicurezza e assicurare che tutti gli operatori ricevano la necessaria formazione.

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.

Nell'anno 2017, nell'ambito del programma di implementazione delle raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/gestione del rischio clinico, la Direzione Sanitaria in collaborazione con l'U.O. gestione rischio clinico e l'Ufficio Formazione, organizzerà un evento formativo sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rivolto a tutte le professioni sanitarie così articolato:

PROGRAMMA DEL CORSO:

- Il processo comunicativo: elementi, caratteristiche e dinamiche
- La Gestione del conflitto
- Il "rischio" nella pratica quotidiana dell'assistenza ai pazienti
- L'evento sentinella n° 12 "atti di violenza a danno di operatore"
- Confronto dibattito
- verifica apprendimento



RAZIONALE DEL CORSO

La JCHAO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ricorda che gli eventi sentinella sono evenienze che si manifestano in modo assolutamente inatteso, ma che costituiscono momenti rivelatori di gravi criticità del sistema. Si stima che un evento sentinella, nelle organizzazioni sanitarie, si verifichi una volta ogni 1000 eventi indesiderati

(Standard New Zealand). Gli atti di violenza ai danni di operatori all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti o da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno agli operatori sono da considerarsi eventi sentinella per il rischio sicurezza degli operatori. Il ministero della Salute ha incluso nella lista dei 16 eventi sentinella sottoposti a monitoraggio anche gli atti di violenza a danno degli operatori, il verificarsi dell'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può essere dovuto a scarsa vigilanza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche, difficoltà relazionale tra operatori e utenza.

Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione del personale. Indipendentemente da come vengano catalogati, tali eventi costituiscono dunque un indicatore di gap di sistema di notevole portata. Gli eventi sentinella sono relativamente infrequenti, anche se spesso riflettono deficienze del sistema o di alcuni processi; il che giustifica l'assoluta necessità che siano segnalati.

Opportunamente analizzate le cause, è possibile identificarne le motivazioni ed evitare il reiterarsi dell'evento, o abbatterne drasticamente la probabilità di accadimento, o - ancora

- di evitare altri eventi avversi, a volte anche più gravi, casualmente correlati con l'evento sentinella. La prevenzione di una possibile "loss" (perdita), dovuta al realizzarsi di un evento indesiderato, si fonda innanzitutto su un'azione formativa, che deve coinvolgere in primo luogo l'area della dirigenza e, successivamente, tutti coloro che prestano la propria attività nei servizi sanitari.

- obiettivi formativi tecnico professionali

Il corso propone di analizzare la Raccomandazione n. 8 del ministero della salute per meglio comprendere il problema della violenza subita dagli operatori sanitari nell'ambito dell'attività lavorativa e gli strumenti a disposizione per un efficace prevenzione e gestione delle fasi prodromiche dell'aggressione.

- obiettivi formativi di processo:

esaminare il ruolo del professionista sanitario nel processo di miglioramento delle competenze relazionali per la prevenzione degli atti di aggressione, elencare i concetti base e gli interventi più frequentemente messi in atto per la prevenzione degli atti di violenza.

- obiettivi formativi di sistema:

elaborazione di un programma di prevenzione, misure strutturali e tecnologiche che possono essere adottate per il controllo degli atti di violenza parte assistenziale: competenze del professionista sanitario per quanto riguarda la gestione della prevenzione e/o la gestione delle fasi dell'escalation dell'evento aggressivo.



Ulteriori percorsi formativi potranno essere individuati insieme al Gruppo di Lavoro, proposti alla Direzione Aziendale per il successivo inserimento nel Piano Annuale Formativo.

13. STRATEGIE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI PERICOLO E DEGLI EPISODI DI VIOLENZA

La violenza può verificarsi sul luogo di lavoro nonostante le misure preventive messe in atto. Per questo gli operatori devono essere preparati alle possibili conseguenze degli atti di violenza e devono essere cauti e vigili quando si avvicinano ai pazienti ed ai visitatori. Di contro la Struttura deve offrire al Personale un ambiente che favorisca la comunicazione aperta.

13.1. SISTEMA PREDITTIVO DI UN COMPORTAMENTO VIOLENTO E STRATEGIE COMPORTAMENTALI

L'operatore deve:

- a) prestare attenzione a qualsiasi indizio/segnale di allarme che possa essere associato ad un attacco imminente:
- ESPRESSIONI DI RABBIA O FRUSTRAZIONE
 - GESTI MINACCIOSI
 - SEGNI DI INTOSSICAZIONE DA DROGHE O ALCOL
 - PRESENZA DI ARMI
 - SUDORAZIONE PROFUSA
 - ALZARSI IN PIEDI
 - VOLTO PAONAZZO
 - VOCE ALTA
 - RESPIRO RAPIDO
 - CONTATTO VISIVO DIRETTO E PROLUNGATO
 - GESTUALITA' ESAGERATA
 - TENSIONE MUSCOLARE

Tabella:

CATEGORIE DEL DSM-IV TR CHE INCLUDONO VIOLENZA E AGGRESSIONE

1. Disturbi legati all'alcool
2. Intossicazione da anfetamine
3. Intossicazione per inalazione
4. Intossicazione da fenciclidine
5. Disturbo antisociale di personalità
6. Disturbo borderline di personalità
7. Demenza
8. Delirio
9. Disturbo esplosivo intermittente
10. Ritardo mentale
11. Disturbo della condotta



12. Disturbo oppositivo provocatorio
13. Disturbo post-traumatico da stress
14. Cambiamento di personalità dovuto a condizioni mediche generali di tipo aggressivo
15. Sadismo sessuale
16. Schizofrenia di tipo paranoide

b) mantenere una condotta che aiuti ad eliminare l'ira (de-escalation: insieme di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto):

- adottare un atteggiamento tranquillo e fermo;
- non rispondere alle minacce con altre minacce;
- evitare di:
 - DARE ORDINI O AVVERTIMENTI
 - MORALEGGIARE
 - DISCUTERE
 - BIASIMARE, RIMPROVERARE O GIUDICARE
 - DARE SOPRANNOMI
 - ANALIZZARE O ESAMINARE A FONDO
 - IRONIZZARE O FARE DEL SARCASMO
 - ELOGIARE O SMINUIRE
- riconoscere i sentimenti delle persone (ad esempio dire "so che le si sente abbattuto");
- evitare qualsiasi atteggiamento che potrebbe essere interpretato come aggressivo (ad esempio: muoversi rapidamente, avvicinarsi troppo, toccare o parlare ad alta voce);
- Utilizzare la comunicazione verbale TALK DOWN caratterizzata da un approccio verbale volto al progressivo contenimento di una situazione potenzialmente aggressiva basato principalmente, ma non solo, sul contenuto del linguaggio:

- ✓ STABILE UN CONTATTO VERBALE
 - ✓ USARE FRASI BREVI DAL CONTENUTO CHIARO, SE IL PAZIENTE NON HA COMPRESO IL SIGNIFICATO, SEMPLIFICARE SEMPRE PIÙ, ANCHE A SCAPITO DELLA COMPLETEZZA, DELLA COERENZA O LOGICA
 - ✓ SERVIRSI DI UN TONO DI VOCE CALDO E RASSICURANTE
 - ✓ RIVOLGERSI ALL'INTERLOCUTORE USANDO IL COGNOME
 - ✓ RIDURRE LA TENSIONE DICHIARANDOSI D'ACCORDO E DISPONIBILI ALLA RICERCA DI UNA SOLUZIONE COMUNE
 - ✓ NON POLEMIZZARE O CONTRASTARE APERTAMENTE
 - ✓ FORMULARE DOMANDE CHE PREVEDANO UNA RISPOSTA APERTA
- ✓ FORNIRE SCELTE ALTERNATIVE

c) stare in allerta



- quando si entra in una sala o si inizia a trattare con un paziente o un visitatore si valuti sempre la possibilità che possa verificarsi un atto di aggressione
- Stare attenti durante la visita o il colloquio
- Non rimanere solo con una persona che potrebbe essere violenta
- Mantenere sempre una via di fuga
- Non permettere alla persona potenzialmente violenta di bloccare la porta

13.2. STRATEGIE COMPORTAMENTALI DA ATTUARE CON IL PAZIENTE AGITATO

A) per tutti gli operatori

- Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi
- E' sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale.
- Posizionarsi a fianco del paziente con un asse di circa 30° perché la superficie esposta a colpi è minore ed inoltre in questa posizione si comunica più disponibilità al dialogo.
- Modulare la distanza dal paziente secondo i principi della prossemica: distanza di sicurezza a 1,5 m
- Evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo (ad es. tra la scrivania ed il muro) per disporre sempre di una "via di fuga"
- Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio
- Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe
- Non raccogliere atteggiamenti di provocazione o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo e sanzioni
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole
- Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi
- Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative
- Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, sportivo, alimentare ecc.)
- Evitare di indossare monili, scarpe aperte, cinture; avere sempre disponibili i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine) e non portare mai con sé oggetti contundenti, taglienti e potenzialmente pericolosi (penne, matite, oggetti appuntiti o taglienti).
- Evitare di rimanere da solo con il paziente; qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo



in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire.

B) per il Medico

- Ribadire con fermezza l'importanza e la necessità di sottoporsi alle cure, valutando la possibilità di negoziare alcuni aspetti della terapia (show of the force)
- Prescrivere la terapia e/o la contenzione meccanica (CM), qualora ritenuto necessario

c) In caso di imminente aggressione da parte di un paziente agitato l'operatore deve:

- Intimare fermamente e perentoriamente: "Stai lontano" utilizzando anche il gesto della mano, e ripetendolo più volte se necessario
- Controllare e mantenere la distanza di sicurezza, definita dalla massima estensione delle proprie braccia in direzione del paziente
- Non accettare la discussione, meno che mai se non si è a distanza di sicurezza.

d) se la situazione non si può risolvere rapidamente adottare queste misure:

- Allontanarsi dalla situazione
- Chiamare in aiuto il personale della sicurezza

e) Dopo un'aggressione:

- Riferire qualsiasi atto di violenza alla direzione dell'Ospedale.
- Non colpevolizzarsi, ma imparare dall'esperienza.
- Tornare al lavoro prima possibile.
- Dopo ogni episodio di violenza, organizzare incontri per elaborare il vissuto emotivo rilevante, ma anche riflettere su aspetti pratici dell'accaduto.

14. SEGNALAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) prevede l'evento sentinella "*Atti di violenza a danno di operatore*".

Il verificarsi di tale evento deve essere segnalato con il modulo previsto nell'Allegato n. 2.

In particolare, la procedura aziendale prevede le seguenti modalità:

Eventi Sentinella: l'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto ad uno dei due Referenti Locali del Rischio Clinico immediatamente per via telefonica e, contestualmente, compila e gli inoltra, entro 12 ore, la **scheda di segnalazione** (riportata in allegato). Il Referente Locale verificata la congruità dei dati e la completezza dei dati riportati sulla scheda provvede ad effettuare una preliminare analisi e valutazione dell'evento (eventualmente, laddove lo ritenga necessario, provvede a richiedere informazioni/dati aggiuntivi al segnalatore) al fine di stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere



definito evento sentinella. In tal caso predispone una **relazione dettagliata** sull'accaduto e trasmette entro 12 ore la scheda e la relazione dettagliata alla Direzione Sanitaria Aziendale – Unità Operativa

Gestione Rischio Clinico. Quest'ultima, valutata la documentazione ricevuta, in caso siano soddisfatti i criteri di conferma dell'evento sentinella, raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, seguendo le indicazioni del Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella predisposto dal Ministero della Salute nel Luglio 2009. Se dall'indagine interna emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore (attivo o latente) e che può aver provocato un danno così come definito nella nota alla tabella n. 1 a pag. 9, la UGR-Direzione Sanitaria Aziendale segnala l'evento al Ministero compilando la **scheda A** e la **scheda B** con le modalità e nei tempi previsti dal citato Protocollo e procede con l'inserimento sul "sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – **SIMES**" con le modalità previste dal Decreto Ministeriale 11-12-2009 (in G.U. n. 8 del 12-1-2010). Si riporta nell'**allegato n. 2**, la scheda da utilizzare.

15. INDICATORI E MONITORAGGIO

15.1. Monitoraggio

Il verificarsi di un atto di violenza a danno di operatore è un evento sentinella e come tale è sottoposto a monitoraggio da parte del Ministero della Salute attraverso il sistema informatico SIMES. I Direttori e/o Coordinatori delle UU.OO. si faranno carico del monitoraggio dell'efficacia della procedura sui percorsi tecnico professionali in essa contenuti inviando il questionario di monitoraggio (**allegato n. 3**) debitamente compilato dopo un periodo di prima applicazione della procedura di almeno due mesi.

Sarà cura dei referenti locali per la gestione del rischio clinico e delle Direzioni Mediche di

P.O./Distretti/Dipartimento monitorare l'implementazione della presente procedura.

15.2. 15.2 Indicatori

Indicatore 1: Adozione formale della procedura aziendale

Definizione: L'indicatore esprime la presenza o meno della procedura aziendale adottata formalmente dall'azienda

Significato: L'azienda dovrebbe avere una procedura atta a definire le modalità, i tempi e i soggetti coinvolti nella prevenzione/gestione e segnalazione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Formula matematica: Presenza della procedura aziendale per la prevenzione/gestione/segnalazione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari



Note per l'elaborazione: L'indicatore è caratterizzato da una variabile qualitativa SI/NO. Viene valorizzato con un "SI" nel caso di presenza della procedura aziendale formalizzata **Fonti:** Dati ricavabili dall'azienda
Parametro di riferimento: Presenza

Indicatore 2: Partecipazione del personale alla formazione per la prevenzione/gestione/segnalazione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari. **Definizione:** Rapporto di densità della formazione in ambito di segnalazione ed analisi degli eventi avversi/sentinella relativi agli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Significato: La partecipazione alla formazione è un modo per aggiornare e/o acquisire competenze in tema di prevenzione/gestione/segnalazione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari

Formula matematica:

Per ogni singola UOC/Servizio a rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale):

(n. di operatori formati / n. totale di operatori in servizio presso le UOC/Servizi a maggiore rischio) x 100

Fonti: Direzione Risorse Umane e Ufficio Formazione.

Valori di riferimento:

- Indicatore tra 0,90 e 1,0 = adesione totale
- Indicatore tra 0,50 e 0,89 = buona adesione
- Indicatore tra 0,10 e 0,49 = scarsa adesione
- Indicatore tra 0,0 e 0,09 = mancata adesione

Valore atteso > 0,89.

Indicatore 3: Percentuale di Audit e/o altre metodologie di analisi effettuate.

Definizione: Percentuale di Audit/altre metodologie di analisi rispetto al numero totale di atti di violenza contro gli operatori sanitari occorsi.

Significato: L'indicatore esprime il grado di approfondimento degli eventi sentinella occorsi.

Formula matematica: (Numero di Audit o altra metodologia effettuate nell'anno/Numero di atti di violenza contro gli operatori sanitari occorsi nell'anno) x 100.

Fonti: Funzione Gestione del Rischio Clinico.

Valori di riferimento:

- Indicatore tra 90 e 100% = adesione totale
- Indicatore tra 50 e 89% = buona adesione
- Indicatore tra 10 e 49% = scarsa adesione
- Indicatore tra 0 e 9% = mancata adesione

Il Valore atteso è > 89%.

Indicatore 4: n. di Reparti/UOC a rischio con misure strutturali e tecnologiche che sono state adeguate alle previsioni della presente procedura/ n. totale di Reparti/UOC a rischio. **Definizione:** Percentuale di Reparti/Strutture che si sono adeguati alle indicazioni della presente procedura rispetto al totale di Reparti/UOC a rischio.

Significato: L'indicatore esprime il grado di attuazione delle misure di prevenzione/gestione previste nella procedura aziendale.

Formula matematica: n. di Reparti/UOC a rischio adeguati alle misure strutturali e tecnologiche previste dalla procedura/ n. totale di Reparti/UOC a rischio.

Fonti: Direzioni Mediche Presidi Ospedalieri/Direzioni Distretto/Direzioni Dipartimento, Area Tecnica e Area Gestione Patrimonio.

Valori di riferimento:

- Indicatore tra 0,90 e 1,0 = adesione totale
- Indicatore tra 0,50 e 0,89 = buona adesione
- Indicatore tra 0,10 e 0,49 = scarsa adesione
- Indicatore tra 0,0 e 0,09 = mancata adesione

Valore atteso > 0,89.

16. DIFFUSIONE E APPLICAZIONE

Il presente documento, dopo l'adozione con Delibera del Direttore Generale, sarà notificato alle Direzioni di Dipartimento per la diffusione capillare a tutte le UOC/Servizi/Ambulatori interessati. La ricezione della Procedura e la diffusione alle strutture interessate dovrà essere notificata per conoscenza anche alla Direzione Sanitaria Aziendale, anche al fine di creare una specifica Lista di Distribuzione.

La responsabilità della corretta applicazione è demandata ai Direttori ed ai Coordinatori infermieristici/Tecnici delle UUOO interessati.

17. ARCHIVIAZIONE

La procedura sarà archiviata in originale presso l'UO Gestione Rischio Clinico della Direzione Sanitaria Aziendale, con tutte le revisioni e catalogata in apposito elenco corredato della Lista di Distribuzione per consentirne la rintracciabilità.

Le Strutture indicate nel "campo di applicazione" avranno il compito di conservare le copie trasmesse in modo corretto, sostituirle in caso di trasmissione di procedure modificata, restituire la documentazione obsoleta quando richiesto e tenerle a disposizione per la rapida consultazione da parte del Personale, quando si rendesse necessario.

18. CONSULTABILITA'

Una copia della presente procedura, per una più facile consultabilità, deve essere disponibile in Guardiola ed in Medicheria in siti accessibili a tutti.



19. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Baron, R.A., & Richardson, D.R. (1994). Human Aggression. New York: Plenum Press.
2. Geen, R.G. (2001). Human Aggression. Taylor & Francis.
3. Tedeschi, J.T., & Felson, R.B. (1994). Violence, Aggression and Coercive Actions. Washington, DC: American Psychological Association.
4. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh
5. U.S. Department of Labor (DOL), Bureau of Labor Statistics: Survey of Occupational Injuries and Illnesses, 2008. Washington, DC: DOL, 2009.
6. The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
7. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012). Maggio 2015.
8. Viitasara, E., & Menckel, E. (2002). Developing a framework for identifying individual and organizational risk factors for the prevention of violence in the health-care sector. *Work*, 19, 117–123.
9. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. OSHA 3148-01R. U.S. Department of Labor, 2004. <http://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
10. Dati INAIL, Andamento degli infortuni sul lavoro. Numero 1, gennaio 2007.
11. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International - Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva 2002.
12. Vittorio Guglielmi, Marialisa Buono: Atti di violenza a danno degli operatori sanitari: indagine in una realtà ospedaliera pugliese. *Tuttosanita* on line - 8-3-2014.
13. Claudia Giuliani; Daniela Brotto; Sonia Bassetto: La violenza a danno degli operatori sanitari: gestione del rischio nella ASS n. 5 "Bassa Friulana" – Call for good practice 2014 – Banca dati delle Buone Pratiche – sito internet dell'AGENAS.
14. Andrea Fascendini: PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI - Azienda A.S.L. DELLA PROVINCIA DI LECCO - Call for good practice 2013 – Banca dati delle Buone Pratiche – sito internet dell'AGENAS.
15. ASL RIETI - Procedura aziendale n. 8 /2014: "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".



16. "Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari", Regione Emilia-Romagna 2010.

17. Procedura Aziendale: Gestione del Rischio Clinico – "prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori" – Delibera del Direttore Generale della Azienda USL RM F n. 64 del 21-2-2014.



20. ALLEGATO n. 1

Questionario per la rilevazione e l'identificazione dei fattori di rischio per la sicurezza del personale sanitario:

parte anagrafica

cognome nome

data di nascita n. matricola

qualifica
.....

specializzazione
.....

UO/Ambulatorio/Servizio di
.....

descrizione dell'evento

BREVE DESCRIZIONE DI UNO SPECIFICO EVENTO DI VIOLENZA (IL PIU' GRAVE), DI NATURA VERBALE O FISICA, AVVENUTO NEGLI ULTIMI 3 ANNI, DEI QUALI E' STATO VITTIMA OPPURE TESTIMONE:

DATA DELL'EPISODIO

DESCRIZIONE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

specificare la qualifica del Personale aggredito:
.....
.....



.....
1) Chi era l'aggressore?

- a. il Paziente
 - b. un suo familiare
 - c. un accompagnatore
 - d. colleghi di lavoro
 - e. soggetti non identificati
 - f. altro (specificare)
-

2) Tipologia di aggressore

- a. soggetti sotto l'effetto di sostanze d'abuso (droghe e alcool)
 - b. soggetti con patologie psichiatriche
 - c. soggetti affetti da demenza
 - d. soggetti senza alcuna caratteristica particolare
 - e. altro (specificare)
-

3) di che nazionalità era l'aggressore?

- a) italiana
- b) se straniera, specificare
- c) non nota

4) Indicare la situazione nel corso della quale si è sviluppato l'episodio di violenza:

- a. Conversazione
- b. Durante la visita/terapia/assistenza (assistenza ordinaria)



- c. Durante l'assistenza in emergenza
- d. Durante il triage
- e. Durante la movimentazione/sollevamento del paziente
- f. all'improvviso senza nessuna attività in atto
- g. Altro (specificare)

.....
.....
.....

5) Luogo in cui si è verificato l'episodio di violenza:

- a. Stanza del paziente (specificare UO)
- b. Medicheria del Reparto (specificare UO)
- c. Guardiola infermieristica (specificare UO)
- d. Sala d'attesa (specificare UO/Servizio/Ambulatorio)
- e. Ambulatorio (specificare)
- f. Sala diagnostica/di prelievo/visita (specificare)
- g. Direzione/Ufficio amministrativo (specificare)
- h. Parti comuni (corridoio, bagno etc.) (specificare)
- i. All'esterno della Struttura (specificare)
- j. Altro luogo (specificare)

6) Attività sanitaria nel corso della quale si è verificato l'episodio di violenza

- a. Al momento del ricovero
- b. Nel corso della visita
- c. Durante l'attesa
- d. Nell'attività di assistenza
- e. Al momento della somministrazione della terapia



- f. Al termine della visita/terapia
 - g. Nessun momento particolare
 - h. Nell'orario di ingresso dei visitatori
 - i. Al momento della dimissione del paziente
 - j. Durante il trasporto del paziente
 - k. Dopo il decesso del paziente
 - l. Durante un'intervista/comunicazione telefonica (nel caso di aggressione verbale)
 - m. Altro (specificare)
-
.....

7) Tipologia e modalità dell'aggressione fisica o verbale

- a. Minacce/aggressioni verbali
- b. Spinte
- c. Pugni
- d. Sputi
- e. Calci
- f. Morsi
- g. telefonata minatoria/intimidazioni
- h. lancio/utilizzo di corpi contundenti/suppellettili/parte del mobilio
- i. Altro (specificare)
.....

8) Situazioni/condizioni che si ritiene abbiano costituito fattori scatenanti/motivazioni dell'aggressione:

- a. Scarso autocontrollo/rabbia



- b. Ridotto numero di personale durante momenti di maggiore attività
- c. Lunga attesa
- d. Ambiente inadeguato
- e. Malinteso (difficoltà di comunicazione verbale e non verbale)
- f. Disaccordo sul percorso terapeutico proposto
- g. Precedenti conflitti e tensioni irrisolti
- h. Incapacità d'intendere e volere legata alla patologia
- i. Maleducazione
- j. Competizione/gelosia tra colleghi
- k. Disaccordo generico
- l. Altro (specificare)
.....

.....
.....

9) Conseguenze psicologiche derivate dall'aggressione

- a. Rabbia
- b. Irritazione
- c. Ansia
- d. Disappunto
- e. Umiliazione
- f. Paura
- g. Senso di impotenza
- h. Senso di colpa
- i. Nessuna conseguenza psicologica
- j. Demotivazione al lavoro



k. Altro (specificare)

10) Conseguenze fisiche derivate dall'aggressione

- a. Nessun danno fisico
- b. Ecchimosi/ematoma
- c. Graffi/escoriazioni
- d. Contusione
- e. Ferita lacero-contusa
- f. Ferita da taglio
- g. Altro (specificare)

11) Suggerimenti utili per evitare episodi di aggressione/violenza

- a. Formazione, Informazione ed educazione dell'utenza
- b. Maggiore vigilanza
- c. Ambienti adeguati
- d. Aumento degli organici
- e. Disponibilità/approccio cortese nei confronti del Paziente/interlocutore
- f. Maggiore comunicazione con il paziente
- g. Ridurre insoddisfazioni e tempi d'attesa
- h. Intervento tempestivo delle forze dell'ordine
- i. Impossibile ridurre il rischio
- j. Altro (specificare)

Data

Firma



21. ALLEGATO n. 2

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI ATTI DI VIOLENZA

CONTRO OPERATORI O PAZIENTI

Definizioni:

EVENTI AVVERSI: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

QUASI EVENTI/NEAR MISS: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

EVENTI SENTINELLA: Il Ministero definisce evento sentinella un "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".

TIPOLOGIA EVENTO Evento avverso Quasi evento Evento Sentinella

DATI RELATIVI A STRUTTURA ED OPERATORE

STRUTTURA ()

Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio

Operatore che segnala l'evento (facoltativo)

QUALIFICA DEL SEGNALATORE: Medico Infermiere Altro (specificare)

.....

DATI RELATIVI ALL'OPERATORE SANITARIO/PAZIENTE AGGREDITO

Nome e Cognome (facoltativo)

.....

Sesso Maschio Femmina

Anno di nascita/età

.....

n. ricovero (facoltativo)

.....

SETTING ASSISTENZIALE IN CUI SI E' VERIFICATA L'AGGRESSIONE

- RICOVERO ORDINARIO PRESTAZIONE AMBULATORIALE PRESTAZIONE DOMICILIARE
 RICOVERO IN DH/DS INTERVENTO CHIRURGICO ALTRO (specificare)



DESCRIZIONE DELL'EVENTO – svolgimento dei fatti
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perché è accaduto?)

Data

ora.....

Giorno: Festivo Feriale
Turno: Mattino Pomeriggio
Notte

Luogo dell'evento:

- a. Stanza del paziente (specificare UO)
- b. Medicheria del Reparto (specificare UO)
- c. Guardiola infermieristica (specificare UO)
- d. Sala d'attesa (specificare UO/Servizio/Ambulatorio).....
- e. Ambulatorio (specificare)
- f. Sala diagnostica/di prelievo/visita (specificare).....
- g. Direzione/Ufficio amministrativo (specificare).....
- h. Parti comuni (corridoio, bagno etc.) (specificare)
- i. All'esterno della Struttura (specificare)
- j. Altro luogo (specificare)

Descrizione dell'evento:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DESCRIZIONE DELL'EVENTO – svolgimento dei fatti
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perché è accaduto?)

Chi era l'aggressore?

- a. il Paziente
- g. un suo familiare
- h. un amico/accompagnatore
- i. collega di lavoro
- j. estraneo/soggetto non identificato
- k. altro (specificare)

Tipologia di aggressore

- a. soggetti sotto l'effetto di sostanze d'abuso (droghe e alcool)
- b. soggetti con patologie psichiatriche
- c. soggetti affetti da demenza
- d. soggetti senza alcuna caratteristica particolare
- e. altro (specificare)

di che nazionalità era l'aggressore?

- a. italiana
- b. se straniera, specificare
- c. non nota



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

Fattori legati al Paziente	<input type="checkbox"/> condizioni generali fragilità/infermità	Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente
	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo		<input type="checkbox"/> insufficiente addestramento/inserimento
	<input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali		<input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto
	<input type="checkbox"/> utilizzo farmaci		<input type="checkbox"/> elevato turn-over
	<input type="checkbox"/> contenzione		<input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenziale
Fattori legati al Personale	<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'eseguire istruzioni/procedure		<input type="checkbox"/> difetto/assenza Procedura/protocollo
	<input type="checkbox"/> inadeguate conoscenze/inesperienza		<input type="checkbox"/> scarso lavoro di gruppo
	<input type="checkbox"/> fatica/stress		<input type="checkbox"/> inadeguata comunicazione
	<input type="checkbox"/> inosservanza procedura/protocollo		<input type="checkbox"/> mancanza/inadeguatezza attrezzature
	<input type="checkbox"/> inesatta lettura documento		<input type="checkbox"/> mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
	<input type="checkbox"/> mancata supervisione	<input type="checkbox"/> mancanza/inadeguatezza materiale	
	<input type="checkbox"/> altri fattori (specificare)	
		

Fattori che possono aver ridotto l'esito

<input type="checkbox"/> individuazione precoce	<input type="checkbox"/> buona pianificazione/controllo
<input type="checkbox"/> osservanza dei protocolli/procedure	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
<input type="checkbox"/> casualità

A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni

<input type="checkbox"/> indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> medicazione	<input type="checkbox"/> ricovero in T. I.
<input type="checkbox"/> indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> trasferimento
<input type="checkbox"/> altre indagini	<input type="checkbox"/> visita medica	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> altro

L'evento è stato documentato ?

Si **No**

con quale modalità?

- a. annotazione in cartella clinica
- b. comunicazione al Responsabile della UO/Servizio
- c. comunicazione alla Direzione di Dipartimento/Distretto/Presidio Ospedaliero
- d. altro (specificare)

Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento

.....

.....

.....

.....



LIVELLO DI GRAVITA'

<input type="checkbox"/> nessun danno	<input type="checkbox"/> medio danno	<input type="checkbox"/> morte
<input type="checkbox"/> lieve danno	<input type="checkbox"/> grave danno	

DATA COMPILAZIONE

FIRMA DEL SEGNALATORE (**facoltativa**)

.....

ESITO DELL'EVENTO
(compilazione a cura del Referente Locale per la gestione del rischio clinico)

- EVENTO NON OCCORSO (situazione pericolosa, danno potenziale)
- EVENTO NON OCCORSO, MA INTERCETTATO (esempio: prescrizione o preparazione di farmaco sbagliato, ma non somministrato)
- NESSUN ESITO (esempio: somministrazione di farmaco innocuo al paziente sbagliato)
- ESITO MINORE (nessun danno o danni minori che non richiedono un trattamento, ma solo osservazioni e monitoraggi extra)
- ESITO MODERATO (osservazioni e monitoraggi extra / indagini diagnostiche e minori / trattamenti minori)
- ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO (osservazioni e monitoraggi extra / indagini diagnostiche / trattamento farmacologico / intervento chirurgico / trasferimento ad altra unità operativa)
- ESITO SIGNIFICATIVO (ammissione in ospedale o prolungamento della degenza / condizioni che permangono alla dimissione)
- ESITO SEVERO (postumi permanenti o decesso del paziente)

DATA

Firma del Referente Locale UGR

p.p.v. Il DIRETTORE SANITARIO

DATA

.....



22. ALLEGATO n. 3

Questionario per il monitoraggio dell'efficacia della procedura

UOC/Servizio/Ambulatorio data

1. Ritiene che l'obiettivo della procedura sia:
 - a) prioritario per la prevenzione e la sicurezza di pazienti ed operatori sì no
 - b) utile per la prevenzione degli eventi avversi sì no
 - c) raggiungibile sì no

2. La procedura descrive in modo efficace cose che deve essere fatto, da chi, in che modo ed in quale luogo, rendendo trasparente e leggibile il processo tecnico professionale? sì no

3. Chiarisce il ruolo e le responsabilità di tutti gli attori coinvolti? sì no

4. Ha una valenza didattica, ovvero può essere uno strumento di formazione e addestramento per gli operatori che si affiancano o si inseriscono in una nuova attività? sì no

5. E' realmente disponibile per la sua consultazione? sì no

6. Da quando è stata introdotta, il processo assistenziale ha avuto variazioni in termini di
efficienza sì no
sicurezza sì no

7. E' stato necessario riorganizzare il processo assistenziale? sì no

8. Quali fattori, tra quelli che hanno indotto a modificare il processo assistenziale, sono stati individuati?
 - strutturali
 - organizzativi
 - abitudini
 - comunicazione

Il Direttore della U.O./Servizio/Ambulatorio

.....