

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 1 di 47

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 8/2007

Data	Revisione	Tipo-natura della modifica
22/03/2018	0	
23/10/2024	1	Revisione della Procedura e dei relativi allegati alla luce della L. 14/8/2020, n.113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio- sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" e dei successivi aggiornamenti legislativi in materia
La presente versione, aggiornata e condivisa con tutte le UU.OO. sostituisce la precedente		

REDAZIONE	Dott.ssa Edvige Cascone, Direttore UOC Clinical Risk Management Dott.ssa Eliana Raiola, Dirigente Medico UOSD Valutazione dell'Impatto Clinico-Assistenziale delle Tecnologie Sanitarie Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico UOC Clinical Risk Management
VERIFICA	Dott.ssa Carmela Cannella, Direttore UOC Relazioni con il Pubblico Dott.ssa Edvige Cascone, Direttore UOC Clinical Risk Management Dott. Alfredo Irollo, Direttore UOC Prevenzione e Protezione Dott. Maurizio Saliva, UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa Dott.ssa Loredana Ferrara, Responsabile UOSD Formazione ed Aggiornamento professionale
CONDIVISIONE	Direttori Dipartimento Direttori di Macrostruttura Direttori di Presidio/Distretto Direttori UU.OO.CC. Area Farmaceutica Direttori UU.OO.CC. Area Sanitaria
ADOZIONE	Dott. Giuseppe Russo, Direttore Generale Dott. Ferdinando Primiano, Direttore Sanitario Aziendale Dott. Michelangelo Chiacchio, Direttore Amministrativo Aziendale

Si ringrazia la Dott.ssa Veneranda Imbimbo per il contributo fornito alla redazione della procedura.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	<i>23 Ottobre 2024</i>	<i>Rev. 1</i>	<i>Pagina 2 di 47</i>

Sommario

TERMINOLOGIA / ABBREVIAZIONI	3
PREMESSA.....	4
OBIETTIVI	6
DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	7
METODOLOGIA.....	7
FASE 1 STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO VIOLENZA	8
A. MAPPATURA DEL RISCHIO VIOLENZA.....	9
1. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: ANALISI DEL CONTESTO LAVORATIVO	9
2. IDENTIFICAZIONE DELLE AREE A RISCHIO AGGRESSIONI	11
3. REVISIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA SEGNALATI/RILEVATI	11
4. INDAGINI SUGLI EPISODI DI VIOLENZA.....	11
5. ISTITUZIONE DELL'OSSERVATORIO AZIENDALE SULLA SICUREZZA DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI e GRUPPI DI LAVORO	12
B. INFORMAZIONE-FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	12
C. DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO	13
1. MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE.....	14
2. MISURE ORGANIZZATIVE.....	14
FASE 2 RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI	20
A. STRATEGIE COMPORTAMENTALI PER TUTTI GLI OPERATORI	20
1. IN PRESENZA DI PAZIENTE AGITATO	20
2. IN CASO DI IMMINENTE AGGRESSIONE DA PARTE DI UN PAZIENTE AGITATO	21
3. IN CASO DI AGGRESSIONE FISICA	21
FASE 3 SUPPORTO ALLA VITTIMA, SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO	23
A. SUPPORTO ALLA VITTIMA.....	23
1. DEFUSING	23
2. DEBRIEFING	24
B. GESTIONE PSICOLOGICA DELLE AGGRESSIONI IN AMBITO SANITARIO	24
C. SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO	24
ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI: approfondimento	27
A. ASPETTI INFORTUNISTICI	27
B. ASPETTI LEGALI	28
1. Aggressione verbale	29
2. Aggressione fisica	30
3. Interruzione di pubblico servizio	32
4. Costituzione di parte civile da parte della struttura.....	32
RESPONSABILITÀ /MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	34
REVISIONE E AGGIORNAMENTO	34
ARCHIVIAZIONE	35
INDICATORI DI MONITORAGGIO	35
BIBLIOGRAFIA	35
Allegato 1 - Modello di checklist per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari (modificata da OSHA)	36
Allegato 2 - Modello di checklist per l'autovalutazione del rischio di atti di violenza (modificata da OSHA).	39
Allegato 3 - Scheda per la segnalazione di aggressione ad operatore sanitario	43
Allegato 4 - Scheda rilevazione eventi riguardanti atti di violenza contro operatori.....	44

 Regione Campania asl Napoli 3 Sud <i>Direttore Generale</i> <i>Dott. Giuseppe Russo</i>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Ferdinando Primiano</i> UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure <i>Direttore Dott.ssa Edvige Cascone</i>		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 3 di 47

TERMINOLOGIA / ABBREVIAZIONI

Aggressione	Azione violenta di una o più persone che può racchiudere gli elementi costitutivi di diversi tipi 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).
Contenzione meccanica	Insieme di mezzi fisici e ambientali che, in una qualche maniera, limita la capacità di movimento di un individuo. È realizzata attraverso dispositivi meccanici applicati al corpo e nello spazio circostante la persona, secondo specifiche procedure ed utilizzando definiti sistemi di monitoraggio dell'evento, a tutela del paziente e dell'operatore.
CRM	Clinical Risk Manager
Debriefing (rapporto, resoconto)	Intervento strutturato e di gruppo, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze.
De-escalation	Insieme di interventi, basati sulla comunicazione verbale e non verbale, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto. La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e di aggressività presenti non solo nelle persone con disturbi psichiatrici.
Defusing	Colloquio di gruppo per elaborare brevemente e in forma collettiva il significato dell'evento.
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
Evento avverso (EA)	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
Evento sentinella (ES)	Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito, con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.
Evento senza danno	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
Minacce	Espressione del proposito di arrecare danno, incluse le minacce verbali, gli atteggiamenti corporali minacciosi e le minacce scritte.
Near miss (NM)	Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento, che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
OIL	Organizzazione Internazionale del Lavoro
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RSPP	Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione
SSA	Scheda Segnalazione Aggressioni
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
TUSSL	D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008: Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
Utenza	Persone assistite dall'ASL Napoli 3 Sud in contatto con gli operatori, sia mediante l'accesso diretto alle strutture sia mediante prestazioni effettuate al proprio domicilio.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 4 di 47

PREMESSA

La violenza sul luogo di lavoro è oggi universalmente riconosciuta come un rilevante problema di salute pubblica nel mondo e viene definita dal NIOSH come *“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”*, specificando dunque che consiste prevalentemente in eventi con esito non mortale, ovvero aggressioni o tentativi di aggressione fisica o verbale, realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

I medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari rappresentano categorie professionali particolarmente a rischio, in quanto a contatto diretto con il paziente e deputati a gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia del paziente che dei suoi familiari.

Le stime dell'OMS e dell'OIL indicano che gli episodi di violenza sul luogo di lavoro possono riguardare fino al 50% degli operatori sanitari. Si ritiene che gli **infermieri** siano più esposti al rischio, poiché la probabilità di aggressione si correla con il tempo trascorso a contatto con il paziente, anche se è diffusa la sensazione che lo scenario stia cambiando. La modalità più comune di aggressione è **l'abuso verbale** (agito non solo direttamente ma anche per telefono) che assume forma di insulti, imprecazioni, intimidazioni, molestia sessuale e diffamazione, critiche, rimproveri, che viene riportato con una frequenza variabile dal 17% al 94%. Per quanto riguarda la violenza fisica, oltre alle modalità più consuete (**spintoni, graffi, calci, pugni, morsi, schiaffi**) sono caratteristiche del contesto sanitario **aggressioni con strumenti come aghi o bisturi**. Emerge che, in media, circa un terzo di questi operatori sanitari subisce violenza fisica e circa due terzi violenza psicologica o verbale. Nessun contesto è esente da episodi di violenza, anche se esistono setting a rischio più alto. Anche in Italia il fenomeno è sempre più diffuso: da un'indagine condotta da ANAOO/Assomed nel 2018 su un campione di 1.280 medici, risulta che il 65% è stato vittima di aggressioni (di questi, aggressioni verbali per il 66,2% e aggressioni fisiche per il 33,8%); inoltre, la percentuale di aggressioni fisiche e verbali è particolarmente elevata al Sud e nelle Isole (72,1%) e decisamente allarmante per il personale medico che lavora in Pronto Soccorso e 118 (80,2%).

Sebbene gli atti di violenza compiuti a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari rappresentino un'importante causa di infortunio sul lavoro, la letteratura internazionale, attualmente disponibile in materia, evidenzia che la reale dimensione del fenomeno è preoccupante, poiché tendenzialmente sottostimato per la scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza. Ad ogni modo, si tratta di un fenomeno così rilevante che già nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione in merito, inserendo gli “atti di violenza a danno di operatore” fra gli ES da segnalare attraverso il flusso informativo SIMES. Il 6° Rapporto di Monitoraggio degli Eventi Sentinella relativo agli anni 2005-2020 mostra come questo ES abbia scalato la graduatoria degli ES più frequenti, passando dall'8,6% al 13,9% di prevalenza.

Va detto che negli ultimi anni è stata posta maggiore attenzione a tale fenomeno, grazie anche ad interventi legislativi a tutela degli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria, tendenti alla maggiore sensibilizzazione degli operatori attraverso l'utilizzo di strumenti specifici atti alla riduzione e/o contenimento del rischio di accadimento di atti di violenza. L'evento connotato da “violenza”, infatti, mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo di violenza all'interno delle proprie strutture; in particolare, tale 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 anche per procedere alla definizione di interventi sotto

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 5 di 47

il profilo organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione del personale.

L'OMS, in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro del 2022 (1ª giornata il 22 marzo 2022), ha invitato tutti i governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale tutta, ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari, ponendo particolare attenzione sul problema della violenza verso di loro, sottolineando che dall'8% al 38% di questi subiranno violenze fisiche nell'arco della propria carriera.

L'attuale quadro normativo di riferimento è caratterizzato da una serie di norme finalizzate a prevenire la commissione di reati, assicurando i colpevoli alla giustizia e garantendo la serenità psico-fisica degli operatori sanitari e socio-sanitari nei luoghi di lavoro. Tra queste si annoverano:

- **Raccomandazione n.8 del ministero della Salute** per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (novembre 2007);
- **Documento di inquadramento tecnico** "Strumenti a fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza e danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari.", Febbraio 2020, Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.;
- **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 introduce specifiche disposizioni all'interno del Codice Penale (art. 583-quater e art. 61 n.11-octies);
- Ministero della Salute, **Decreto 13 gennaio 2022** recante "Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie";
- **Decreto Legge 30 marzo 2023, n. 34**, convertito con modificazione dalla **Legge 26 maggio 2023, n. 56**, con cui, oltre a prevedere l'inasprimento delle pene, ha fornito la possibilità di garantire la tutela della sicurezza degli operatori e le esigenze di prevenzione generale e di repressione dei reati attraverso l'istituzione di posti fissi di Polizia presso le Aziende Sanitarie;
- **Decreto Legislativo 19 marzo 2024, n.31** recante "Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 10 ottobre 2022, n. 150, di attuazione della legge 27 settembre 2021, n. 134, recante delega al Governo per l'efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari";
- **Decreto Legge 1° ottobre 2024, n. 137** recante "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria", che ha introdotto l'arresto in flagranza differita e l'inasprimento delle pene per chi compie atti di violenza o minaccia all'interno di strutture sanitarie.

Alla luce di quanto finora esposto, si è resa necessaria la revisione della procedura adottata con deliberazione DG n.272 del 22/3/2018, con l'intento di **rafforzare la strategia aziendale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori** sanitari e socio-sanitari, nonché **indicare agli stessi come riconoscere e gestire comportamenti violenti** e, soprattutto **aumentare la sensibilità alla denuncia di episodi di qualsivoglia forma di violenza**.

La procedura tiene conto delle nuove leggi che permettono l'**avvio automatico di procedimenti legali** per reati come lesioni lievi, gravi o gravissime, quando questi riguardano il personale sanitario in servizio, **la possibilità di procedere d'ufficio per i reati legati alle aggressioni contro il personale sanitario** e **la possibilità che chiunque, incluso l'ospedale, possa denunciare questi reati in totale**

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 6 di 47

segretezza e anonimato delle segnalazioni. Questo sistema fornisce strumenti concreti che consentono la perseguibilità dei reati, finalizzati anche alla riduzione del rischio che gli aggressori intimidiscano le vittime per evitare denunce, garantendo la massima tutela dei diritti delle vittime.

OBIETTIVI

L'impegno programmatico dell'ASL Napoli 3 Sud ha la finalità di:

- diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione verso gli utenti;
- promuovere forme di collaborazione con soggetti che possono fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre il rischio;
- prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati (referente per la gestione del rischio, medicina legale, ecc.);
- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;
- promuovere la realizzazione e applicazione di adeguate procedure relative al supporto per gli operatori che subiscono episodi di violenza (supporto legale, amministrativo, medico-legale, psicologico).

In particolare, lo scopo della presente procedura consiste nel:

- garantire la corretta applicazione di tutte le norme in materia nonché della raccomandazione ministeriale n.8/2007;
- tutelare il personale che a vario titolo presta servizio nell'azienda, stigmatizzando gli episodi di violenza attraverso una procedura che incentivi e semplifichi la segnalazione di tutti gli atti di violenza e miri all'analisi e alla riduzione del rischio;
- programmare ed implementare le misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno delle strutture dell'ASL Napoli 3 Sud;
- diffondere una politica di **tolleranza zero** verso atti di violenza, fisica o verbale, all'interno delle strutture aziendali, assicurandosi che operatori, pazienti e visitatori ne siano a conoscenza;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subita e a suggerire le misure eventuali da adottare per ridurre il rischio;
- acquisire conoscenze e competenze per valutare, prevenire e gestire tali eventi;
- aumentare le competenze e la sensibilità degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi;
- supportare le vittime di tali episodi con adeguata assistenza legale e psicologica.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 7 di 47

DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari e in tutte le strutture dell'ASL Napoli 3 Sud, ospedaliere e territoriali, con particolare riguardo alle aree identificate come maggiormente rischiose per gli operatori, poiché più frequentemente luoghi in cui si verificano eventi di violenza contro di loro, quali*:

- servizi di emergenza-urgenza e sistema emergenza 118;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- servizi pubblici per le dipendenze patologiche (servizi per le dipendenze);
- sale di attesa;
- servizi di geriatria.

A CHI	Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del Sistema Emergenza 118, servizi di vigilanza)
DOVE	In tutte le strutture ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio*
QUANDO	Durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari

DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene mediante la trasmissione attraverso il sistema aziendale elettronico di gestione della corrispondenza e la posta elettronica aziendale (e-mail istituzionale) a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e mediante la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.aslnapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure.

I Responsabili delle Macrostrutture/UU.OO., dopo opportuna contestualizzazione della procedura, devono garantirne la diffusione capillare a tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, attraverso riunioni finalizzate non solo alla presa visione, ma anche alla lettura critica e alla discussione della stessa, onde consentirne la comprensione necessaria alla corretta applicazione.

Il presente documento deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

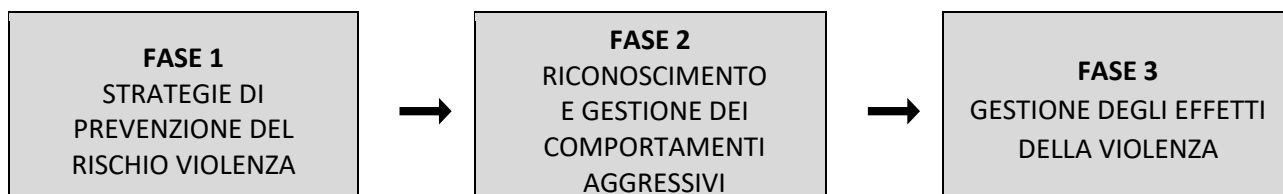
Lista di distribuzione
Direttori Macrostrutture
Direttori UU.OO.
Coordinatori Infermieristici UU.OO.

METODOLOGIA

Per la stesura del documento sono state definite tre fasi principali, corredate delle relative specifiche attività e degli strumenti di supporto utili alla loro implementazione.

Le tre fasi individuate si pongono in relazione cronologica con l'evento aggressivo e sono di seguito rappresentate in sequenza.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 8 di 47



FASE 1

STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO VIOLENZA

Il pericolo di atti di violenza nei confronti degli operatori varia da struttura a struttura e dipende da diversi fattori, quali:

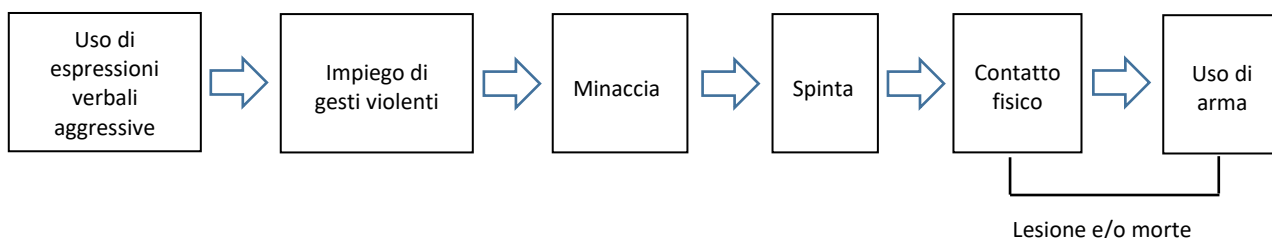
- le caratteristiche individuali dell'utenza e degli operatori;
- le caratteristiche dell'ambiente lavorativo e dell'organizzazione.

La contestualizzazione delle strategie di gestione deve, quindi, tener conto degli specifici ambiti operativi in relazione al grado di esposizione a dinamiche relazionali potenzialmente connotate da aspetti di aggressività da parte di utenti portatori di disagio psicosociale.

Le strategie di prevenzione e contenimento delle aggressioni includono diverse misure, tra cui quelle strutturali ed organizzative. Pertanto, lo studio del fenomeno e la modifica dell'ambiente sono elementi principali su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti dove vengono erogate le prestazioni di ascolto, cura ed assistenza, siano il più possibile idonei sia per gli utenti che per gli operatori a garanzia della loro sicurezza.

*Il primo passo per una gestione efficace del problema degli atti di violenza a danno degli operatori consiste nel **riconoscere che la violenza sul luogo di lavoro rappresenta un rischio per la sicurezza e per la salute dei lavoratori**. In quanto tale rientra nella valutazione dei rischi prevista dal Testo unico sulla Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro (TUSSL), relativo a tutti i rischi presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, con l'obiettivo di individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza. L'art. 28 c. 1 del TUSSL specifica che la valutazione deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato e che il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il DVR in collaborazione con il RSPP e con il medico competente nei casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria dei lavoratori. È opportuno ricordare come l'elaborazione del DVR rientri fra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro.*

Secondo quanto riportato nella specifica raccomandazione ministeriale n.8, il comportamento violento avviene spesso secondo un'escalation che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio.



 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 9 di 47

La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

Gli episodi di violenza sono considerati “*eventi alert*” 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. Possono essere in:

- **Lesioni lievissime o lievi:** da 0 a 40 giorni;
- **Lesioni gravi o gravissime:** superiori a 40 giorni o malattia insanabile;

In caso di esito grave sono, inoltre, **oggetto di segnalazione obbligatoria**, poiché vanno a connotarsi come ES nell’ambito del SIMES.

Va sottolineato, però, che gli episodi di violenza verbale o di minaccia (accaduti o **near miss**), occorsi agli operatori durante l’attività lavorativa e che non esitano in danno grave, vanno comunque sempre resi noti e comunicati.

A. MAPPATURA DEL RISCHIO VIOLENZA

1. IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO: ANALISI DEL CONTESTO LAVORATIVO

I fattori di rischio sono numerosi e variano da struttura a struttura e dipendono dalla tipologia di utenza, dai servizi erogati, dall’ubicazione e dalla dimensione della struttura.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l’organizzazione identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto interventi di prevenzione degli atti di violenza che prevedano in primis l’analisi del contesto organizzativo per identificare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che potrebbero incrementare il verificarsi degli episodi. Tali fattori di rischio vanno inseriti nel DVR di ciascuna macrostruttura.

A mero titolo esemplificativo si riportano nelle tabelle successive i principali fattori di rischio.

L’analisi deve essere attuata mediante:

- a) **Studio delle condizioni operative e dell’organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio.** Tale attività sarà svolta dall’operatore individuato nella procedura locale in fase di contestualizzazione con il supporto del RSPP della macrostruttura: nell’ambito dei sopralluoghi per la valutazione della sicurezza nei contesti lavorativi, è necessario valutare anche i fattori di rischio relativi ai comportamenti e agli atti di violenza nei confronti dei lavoratori, prioritariamente laddove tali atti si sono verificati.
- b) **Condizione di indagini presso il personale:** la frequenza degli episodi di violenza può essere desunta da rilevazioni, con l’uso di strumenti quali questionari e/o interviste;
- c) **Safety walkaround (giri per la sicurezza),** in particolare negli ambienti di lavoro dove si è verificato un recente episodio di violenza.

In particolare, nei Servizi per le Dipendenze, i motivi di aggressione più frequenti sono: le richieste d’accesso dopo orario di chiusura, le modifiche alla terapia, i problemi connessi alle tematiche medico-legali (diagnosi di tossico-dipendenza, procedure per ingresso in Comunità Terapeutica).

Per la valutazione del rischio di aggressione nell’ambiente di lavoro si suggerisce di utilizzare una specifica checklist, da compilare a cura dell’operatore individuato nella procedura locale in fase di contestualizzazione, sul modello di quella proposta nell’allegato 1 (**Modello di checklist per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari**), eventualmente modificandola sulla base delle specifiche esigenze. Accanto alla checklist proposta possono essere utilizzati anche strumenti di autovalutazione del rischio da parte del personale (**allegato 2 - Modello di checklist per l’autovalutazione del rischio di atti di violenza**), eventualmente adattandoli al contesto.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 10 di 47

Fattori di rischio: macroaree

FATTORI SPECIFICI caratteristiche individuali	FATTORI DI CONTESTO caratteristiche dell'ambiente lavorativo	FATTORI STRUTTURALI caratteristiche dell'organizzazione
GENERE	LAVORATORI	MANAGEMENT DELL'ORGANIZZAZIONE (DIREZIONE E CONTROLLO)
ETÀ	ATTIVITÀ SVOLTE	POLICY DI RIFERIMENTO
SCOLARITÀ	AMBIENTE FISICO	AMBIENTE FISICO E PSICOSOCIALE
INTERAZIONE TRA LE PARTI (PAZIENTE-OPERATORE)	AMBIENTE PSICO-SOCIALE (E SUPPORTO PSICOSOCIALE RICEVUTO)	EDUCAZIONE E TRAINING DEGLI OPERATORI
ESPERIENZE PRECEDENTI		PERSONALE
		FONTI DI FINANZIAMENTO

Fattori di rischio: dettagli esemplificativi

CARATTERISTICHE DELL'UTENZA/PAZIENTI
PRECEDENTI ESPERIENZE NEGATIVE PATOLOGIE CON DISTURBI PSICHIATRICI DOLORE PROLUNGATO E NON ADEGUATAMENTE TRATTATO ABUSO DI ALCOL E DROGHE ANSIA, ASPETTATIVE INAPPROPRIATE INOSSERVANZA DEGLI ORARI DI VISITA DEI PARENTI MANCATO RISPETTO DEL LAVORO DEGLI OPERATORI DESIDERIO DI VENDETTA STRESS PER L'EVENTO NEGATIVO
IMMAGINE SOCIALE DELLA STRUTTURA NON COERENTE CON LE PRESTAZIONI OFFERTE
SERVIZI/AREE DI ACCESSO DELL'UTENZA ALLA STRUTTURE E SETTING PARTICOLARI (SERVIZI PSICHIATRICI, DI EMERGENZA...)
ACCESSI SENZA RESTRIZIONI DI VISITATORI LUNGHE ATTESE NELLE ZONE DI EMERGENZA
GESTIONE DI PARTICOLARI FARMACI/DISPOSITIVI
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI
LUNGHE ATTESE AFFOLLAMENTO MANCANZA DI INFORMAZIONI DIFFICOLTÀ NELLA COMUNICAZIONE ORARI CON CONSONI
FATTORI RELATIVI AGLI OPERATORI
RIDOTTO NUMERO DI PERSONALE DURANTE ALCUNI MOMENTI DI MAGGIORE ATTIVITÀ PRESENZA DI UN SOLO OPERATORE A CONTATTO CON IL PAZIENTE DURANTE VISITE, ESAMI, TRATTAMENTI MANCANZA DI FORMAZIONE DEL PERSONALE NEL RICONOSCIMENTO E CONTROLLO DEI COMPORTAMENTI OSTILI E AGGRESSIVI ERRORI DI COMUNICAZIONE ERRORI NELL'ATTEGGIAMENTO O NEL MODO DI RELAZIONARSI CON L'AGGRESSORE INESPERIENZA NELLA GESTIONE DELLA "CRISI" MANCATA FORMAZIONE
FATTORI STRUTTURALI
SCARSA ILLUMINAZIONE DELLE AREE DI PARCHEGGIO E DELLE STRUTTURE COLLOCAZIONE DELLA STRUTTURA IN AREE GEOGRAFICHE DISAGIATE GESTIONE DELL'ASSISTENZA IN LUOGHI DISLOCATI SUL TERRITORIO ED ISOLATI, QUALI I PRESIDII TERRITORIALI DI EMERGENZA O CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, IN ASSENZA DI TELEFONO O DI ALTRI MEZZI DI SEGNALEZIONE E ALLARME

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 11 di 47

2. IDENTIFICAZIONE DELLE AREE A RISCHIO AGGRESSIONI

In generale, gli eventi di violenza/comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- Servizi di emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, Sistema Emergenza 118);
- Strutture dei dipartimenti e dei servizi di salute mentale
- Servizi Pubblici per le Dipendenze Patologiche (Servizi per le Dipendenze.);
- Luoghi/sale di attesa;
- CUP;
- Servizi di Continuità assistenziale;
- Servizi distrettuali;

In queste aree tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, OSS) sono a rischio di aggressione in quanto a contatto diretto con il paziente, e spesso devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività del paziente e dei suoi familiari che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, confusione, stress.

3. REVISIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA SEGNALATI/RILEVATI

Una corretta valutazione del rischio non può, infine, prescindere dai dati aziendali sul numero di denunce, comunicazioni, segnalazioni, infortuni, referti medici relativi ad episodi di violenza.

Al fine di individuare le aree in cui si verificano con particolare frequenza situazioni di conflittualità fra utenti e operatori, per la mappatura del rischio si può ricorrere all'utilizzo dei dati provenienti dalle seguenti fonti: il sistema di "incident reporting", le segnalazioni di eventi sentinella, il sistema di gestione delle segnalazioni e dei reclami della UOC relazioni con il Pubblico, le denunce di infortunio all'INAIL, i referti di Pronto Soccorso ed ogni documentazione sanitaria ulteriore, segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale.

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

4. INDAGINI SUGLI EPISODI DI VIOLENZA

a. Analisi del singolo episodio

È necessario analizzare sia il singolo episodio di violenza nei suoi dettagli, prendendo in considerazione le caratteristiche dei soggetti coinvolti (tipologia dei pazienti e operatori) e delle strutture (luoghi isolati e/o scarsamente illuminati, presenza vs. assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro, ecc.), la dinamica e i meccanismi generatori degli eventi e gli esiti per identificare i contesti e le attività lavorative a rischio più elevato.

A tal fine, come previsto dal documento aziendale "**Procedura per la Gestione e Prevenzione degli Eventi Avversi**" (Del n. 2/2022) per gli eventi significativi devono essere promossi degli audit mirati all'analisi dell'evento e all'individuazione delle aree su cui orientare i programmi di miglioramento. Tali audit, per la specificità dell'evento "Aggressione/Atto di violenza contro operatore sanitario" devono coinvolgere il servizio di Prevenzione e Protezione aziendale ed il Clinical Risk Manager anche al fine di contenere il rischio di ri-accadimento.

b. Revisione periodica degli episodi di violenza segnalati e/o documentati

I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per rivalutare gli effetti delle misure adottate.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 12 di 47

5. ISTITUZIONE DELL'OSSERVATORIO AZIENDALE SULLA SICUREZZA DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI e GRUPPI DI LAVORO

È stata programmata la costituzione di un gruppo di lavoro centrale (Osservatorio) e di gruppi di lavoro periferici nelle strutture aziendali a maggior rischio per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale più esposto, quale quello frontline, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma, monitorando continuamente il fenomeno.

In particolare, l'**Osservatorio** prevederà la presenza dei seguenti componenti:

- il Direttore UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure;
- il Direttore UOC Prevenzione e Protezione;
- il Direttore UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa;
- il Direttore UOC Affari Legali;
- un Direttore Medico di Presidio Ospedaliero;
- un Referente UOC Gestione Risorse Umane;
- il Direttore del Dipartimento Assistenza Territoriale;
- il Direttore di Dipartimento delle Dipendenze
- il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale;
- uno psicologo;
- un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;
- un rappresentante della professione medica, individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;
- un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- un rappresentante del Servizio di vigilanza.

I **gruppi di lavoro periferici**, costituiti da personale addestrato e qualificato, saranno permanenti ed attivati in tutte le strutture aziendali classificate a maggior rischio (Presidi Ospedalieri, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenza) per la conduzione dei programmi di prevenzione aziendali, con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti.

B. INFORMAZIONE-FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Le strategie di prevenzione non possono prescindere da una adeguata formazione degli operatori attraverso corsi specifici sul fenomeno e sulle tecniche di comunicazione, favorendo la partecipazione, in primo luogo, degli operatori impegnati in aree a più alto rischio di aggressione.

La formazione deve essere garantita, con percorsi specifici, affinché tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di violenza, anche con l'obiettivo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva. I contenuti formativi previsti sono:

- la politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- la prevenzione delle aggressioni, l'atteggiamento congruo, il linguaggio non verbale, il tono di voce, la gestione della rabbia e dell'aggressività
- gli strumenti per l'identificazione dei rischi sul posto di lavoro;
- apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione di comportamenti aggressivi e violenti da parte di pazienti, parenti e visitatori, comprese le tecniche di de-escalation, di tranquillizzazione rapida e di autodifesa;

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 13 di 47

- procedure per la segnalazione degli eventi;
- procedure per attivare il supporto medico, psicologico e legale dopo un episodio di violenza.

Le iniziative formative dovranno privilegiare metodologie didattiche interattive con prove pratiche e simulazioni. Al termine della formazione ciascun professionista dovrà essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio e di adottare le iniziative di sicurezza più opportune.

Questi programmi andrebbero estesi anche ai lavoratori di ditte esterne e al management. Una particolare attenzione andrebbe rivolta al personale di vigilanza che dovrebbe essere addestrato a fronteggiare e gestire comportamenti aggressivi da parte degli utenti. La formazione andrebbe ripetuta con cadenza annuale, eventualmente con maggiore frequenza nelle aree più a rischio. I contenuti formativi potranno diversificarsi in base alla tipologia di operatore.

La formazione, in particolare, deve avvenire attraverso corsi conoscitivi specifici sul fenomeno e sulle tecniche di comunicazione efficaci per migliorare l'approccio relazionale, affinché tutto il personale sia reso edotto sui rischi potenziali per la sicurezza e sulle procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

I contenuti formativi devono essere diversificati per il management e per le linee operative:

- a) Formazione per il management**, volta a:
 - 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;
- b) Formazione rivolta a tutti gli operatori**, compresi gli addetti della sicurezza, focalizzata su:
 - rischi specifici connessi con l'attività svolta;
 - metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza;
 - metodologie per la prevenzione e gestione degli stessi (tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri utenti/operatori).

C. DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO

Successivamente all'analisi del contesto con l'identificazione dei rischi, **occorre definire le soluzioni, di tipo logistico - organizzativo e/o tecnologiche, necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate**, anche in relazione alle risorse disponibili, e gli ambiti su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti, dove vengono erogate le prestazioni di ascolto, cura ed assistenza, siano il più possibile idonei sia per gli utenti.

La contestualizzazione delle strategie di gestione, a cura dei Responsabili delle Macrostrutture, 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.

In analogia alla tassonomia dei fattori causali e contribuenti degli eventi avversi, anche gli **interventi preventivi e protettivi** possono essere classificati in:

- 1. strutturali e tecnologici;**
- 2. organizzativi;**
- 3. legati alla formazione e all'addestramento degli operatori.**

Gli interventi presentano complessità e costi assai variabili e andrebbero implementati in tutte le articolazioni organizzative interessate dal fenomeno, dando priorità a quelle strutture e attività per le quali il rischio è maggiore sulla base delle evidenze di letteratura ovvero della valutazione del rischio.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 14 di 47

Di seguito si riportano le misure strutturali, tecnologiche, organizzative a cui fare riferimento, da implementare sia nella progettazione di nuove strutture, che nella modifica di quelle esistenti.

1. MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

Grazie alla collaborazione fra tutte le strutture deputate al governo delle attività di gestione e manutenzione delle strutture e delle apparecchiature (UOC Area Tecnica, UOC Ingegneria Clinica, ecc.) è necessario:

- **valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture** esistenti in funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi ad atti e comportamenti violenti;
- **valutare la necessità di dotarsi e mantenere regolarmente in funzione sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza** (pulsanti antipánico, allarmi portatili, telefoni cellulari,) e **vigilanza** nei luoghi e nelle situazioni identificate 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 impianti video a circuito chiuso**, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio;
- **assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli** e che il sistema organizzativo favorisca l'accoglienza degli utenti;
- **gestire l'accesso ai locali di lavoro** mediante regole e sistemi;
- **prevedere, nelle aree a rischio, la presenza di arredi idonei** a ridurre gli eventi potenzialmente pericolosi;
- **mantenere in buono stato le strutture e le attrezzature** (finestre, serrature, vetture);
- **assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei** e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- **garantire la presenza e il funzionamento di idonee serrature** per le stanze di visita, 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;
- **maggiore controllo e filtro da tutti i varchi di accesso al Pronto Soccorso**;
- assicurare 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.

2. MISURE ORGANIZZATIVE

Gli interventi devono essere specifici per ogni ambiente e basati sui risultati della valutazione dei rischi.

Va sottolineato che per i servizi territoriali, specie se erogati in abitazioni private, molti di questi interventi sono difficilmente attuabili.

Si riportano di seguito i principali interventi organizzativi :

1. **Fornire agli utenti informazioni chiare ed esaurienti** sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni e ridurre quanto più possibile i tempi di attesa;
2. **Prevedere la presenza di un operatore dedicato e opportunamente formato da adibire all'accoglienza e alle relazioni** con l'utenza in sala di attesa. Ove possibile è opportuno promuovere forme di collaborazione con soggetti che possano fornire un valido supporto, quali i volontari, al fine di assicurare informazioni tempestive rispetto alle modalità, al tempo e al luogo del trattamento anche a familiari e accompagnatori, ovviamente nel rispetto della privacy e della volontà del paziente;

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 15 di 47

3. Occorre inoltre **garantire che gli sportelli informativi vengano costantemente presidiati** da un operatore durante l'orario di apertura al pubblico;
4. **Adottare strategie organizzative** per garantire una comunicazione efficace con gli utenti che tenga conto della variabilità legata agli aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici anche attraverso un servizio di mediazione culturale;
5. **Organizzare gli appuntamenti ad orari prefissati per le prestazioni programmate.** Per quelle non programmabili (ad esempio, PS, centri prelievi, ambulatori di prime cure, ecc.), organizzare le attività in modo da assicurare la presenza di un numero adeguato di operatori, specie nelle fasce orarie in cui sia prevedibile il maggior affollamento da parte degli utenti;
6. In casi particolari (come ad esempio: soggetti con patologie psichiatriche, lavoro nei consultori, nei SERD, ecc.), definire procedure di lavoro che prevedano la presenza di altri operatori a contatto visivo, uditivo o, se necessario, fisico, nell'ambiente dove e nel momento in cui viene erogata la prestazione;
7. **Sensibilizzare il personale al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e della divisa aziendale**;
8. **Sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce** (anche con il ricorso ad interviste confidenziali);
9. **Scoraggiare il personale dall'indossare monili che rappresentino un potenziale pericolo di lesioni** per l'operatore stesso (piercing, collane, orecchini);
10. **Prevedere per il personale, potenzialmente a rischio, la dotazione di strumenti di identificazione** che ne garantiscano comunque la sicurezza (ad es. cartellino di identificazione);
11. **Stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia** (come previsto anche dalla Legge 14 agosto 2020, n.113) e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
12. **Regolamentare l'ingresso alle diverse aree della struttura sanitaria**, con particolare attenzione a quelle a maggior rischio come la neonatologia, la pediatria e la ginecologia, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure;
13. **Predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia** o agli armadi farmaceutici di reparto;
14. **Assicurarsi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate** e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;
15. **Sviluppare idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare** da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscere la localizzazione;
16. **Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita** e sulle forme di assistenza disponibili;
17. **Registrare tutti gli episodi di violenza occorsi** ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 16 di 47

MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE (modificata da OSHA)					
	PRESIDI OSPEDALIERI	STRUTTURE RESIDENZIALI	STRUTTURE/ SERVIZI NON RESIDENZIALI	STRUTTURE PER LA CURA DI COMUNITÀ	SERVIZI DOMICILIARI
SISTEMI DI ALLARME	PULSANTI DI ALLARME O DI CHIAMATA DISPONIBILI NELLE POSTAZIONI DI LAVORO OPPURE SISTEMI DI ALLARME INDOSSABILI DAGLI OPERATORI			SISTEMI DI COMUNICAZIONE SISTEMI DI TRACCIAMENTO GPS TELEFONI CELLULARI DEDICATI	
	I sistemi di allarme devono essere sottoposti a regolare manutenzione e gli operatori devono essere addestrati al loro corretto utilizzo nonché informati sulle eventuali limitazioni d'uso dei dispositivi				
VIE DI FUGA USCITE	QUANDO POSSIBILE, LE STANZE DOVREBBERO AVERE DUE USCITE RENDERE DISPONIBILE UNA STANZA SICURA IN CASO DI EMERGENZA DISPORRE ADEGUATA SEGNALETICA PER LE VIE DI FUGA/USCITE			QUANDO POSSIBILE, GLI OPERATORI DOVREBBERO VALUTARE NUMERO E POSIZIONE DELLE VIE DI FUGA/USCITE	
	Gli operatori devono avere dimestichezza con il luogo di lavoro e conoscere dove sono le vie di fuga/uscite				
SISTEMI DI MONITORAGGIO E SORVEGLIANZA	SISTEMI DI VIDEOSORVEGLIANZA A CIRCUITO CHIUSO INTERNI ED ESTERNI; SPECCHI CONVESSI DI SICUREZZA; SALE INFERMIERI POSIZIONATE IN MODO DA CONSENTIRE LA VISIBILITÀ DELL'AREA DI LAVORO; PORTE/MURI CON PANNELLI DI VETRO PER CONSENTIRE AGLI OPERATORI LA VISIBILITÀ DELL'AREA DI LAVORO	SISTEMI DI VIDEOSORVEGLIANZA A CIRCUITO CHIUSO INTERNI ED ESTERNI; SPECCHI CONVESSI DI SICUREZZA; PORTE/MURI CON PANNELLI DI VETRO PER CONSENTIRE AGLI OPERATORI LA VISIBILITÀ DELL'AREA DI LAVORO			
	È necessario valutare il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare. Lo staff deve sapere se la videosorveglianza è in uso oppure no e se i monitor sono presidiati da qualcuno oppure no.				
BARRIERE DI PROTEZIONE	DOTARE I BANCONI DEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA DI VETRI ANTISFONDAMENTO; ASSICURARSI CHE I BANCONI SIANO SUFFICIENTEMENTE ALTI E PROFONDI DA IMPEDIRE IL LORO SCAVALCAMENTO; SERVIZI IGIENICI SEPARATI PER OPERATORI E UTENTI; CHIUDERE A CHIAVE LE STANZE NON UTILIZZATE PER IMPEDIRE ACCESSI NON AUTORIZZATI*	ASSICURARSI CHE I BANCONI SIANO SUFFICIENTEMENTE ALTI E PROFONDI DA IMPEDIRE IL LORO SCAVALCAMENTO; SERVIZI IGIENICI SEPARATI PER GLI OPERATORI E PER I PAZIENTI/VISITATORI; TENERE CHIUSE A CHIAVE LE STANZE NON UTILIZZATE PER IMPEDIRE ACCESSI NON AUTORIZZATI*	ASSICURARSI CHE I BANCONI SIANO SUFFICIENTEMENTE ALTI E PROFONDI DA IMPEDIRE IL LORO SCAVALCAMENTO; SERVIZI IGIENICI SEPARATI PER GLI OPERATORI E PER I PAZIENTI/VISITATORI		

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 17 di 47

	È necessario valutare il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare. *compatibilmente con la normativa antincendio e i piani di evacuazione.				
AREE RISERVATE A PAZIENTI E UTENTI	PREVEDERE AREE DEDICATE PER LA DE-ESCALATION DEI PAZIENTI/UTENTI; GARANTIRE SALE DI ATTESA CONFORTEVOLI; DIVIDERE IN SETTORI LE SALE DI ATTESA IN MODO A LIMITARE IL RISCHIO DI EMULAZIONE DI COMPORTAMENTI INAPPROPRIATI DA PARTE DI PAZIENTI/UTENTI	PREVEDERE AREE DEDICATE PER LA DE-ESCALATION DEI PAZIENTI/UTENTI; GARANTIRE SALE DI ATTESA CONFORTEVOLI; VALUTARE LA RIDUZIONE DELLA ROTAZIONE DELLO STAFF DEGLI OPERATORI IN QUEI SERVIZI I CUI UTENTI VENGONO MESSI IN AGITAZIONE DALLA PRESENZA DI OPERATORI NON CONOSCIUTI	PREVEDERE AREE DEDICATE ALLA DE-ESCALATION DI PAZIENTI/UTENTI; GARANTIRE SALE DI ATTESA CONFORTEVOLI	PREVEDERE AREE DEDICATE ALLA DE-ESCALATION DI PAZIENTI/UTENTI	
	È necessario valutare il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare.				
ARREDI E MANUTENZIONE	UTILIZZARE ARREDI E COMPLEMENTI CHE NON POSSANO ESSERE UTILIZZATI COME ARMA ASSICURARSI CHE ARMADIETTI E CASSETTI CONTENENTI SIRINGHE E TAGLIENTI SIANO CHIUSI E CHE I SISTEMI DI CHIUSURA SIANO FUNZIONANTI SMUSSARE O COPRIRE GLI SPIGOLI VALUTARE INTERVENTI PER LA RIDUZIONE DEL RUMORE IN AREE SPECIFICHE INCASSARE CORRIMANI, FONTANELLE E OGNI ALTRO ARREDO SPORGENTE DAL MURO			UTILIZZARE ARREDI E COMPLEMENTI CHE NON UTILIZZABILI COME ARMA; ASSICURARSI CHE ARMADIETTI E CASSETTI CONTENENTI SIRINGHE E TAGLIENTI SIANO CHIUSI E CHE I SISTEMI DI CHIUSURA SIANO FUNZIONANTI; SMUSSARE/COPRIRE GLI SPIGOLI; ASSICURARSI CHE LE ATTREZZATURE PER IL TRASPORTO DI MATERIALE MEDICO, FARMACI E OGGETTI DI VALORE SIANO PROTETTE DA SISTEMI DI CHIUSURA FUNZIONANTI	ASSICURARSI CHE LE ATTREZZATURE PER IL TRASPORTO DI MATERIALE MEDICO, FARMACI E OGGETTI DI VALORE SIANO PROTETTE DA SISTEMI DI CHIUSURA FUNZIONANTI
	È necessario valutare il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare.				

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 18 di 47

INTERVENTI ORGANIZZATIVI (modificata da OSHA)					
	PRESIDI OSPEDALIERI	STRUTTURE RESIDENZIALI	STRUTTURE/ SERVIZI NON RESIDENZIALI	STRUTTURE PER LA CURA DI COMUNITÀ	SERVIZI DOMICILIARI
POLITICHE AZIENDALI	INFORMARE IN MODO CHIARO PAZIENTI, UTENTI, VISITATORI E LAVORATORI CHE LA VIOLENZA NON È CONSENTITA E NON È ACCETTABILE NÉ TOLLERATO NESSUN EPISODIO CHIARIRE AI LAVORATORI CHE LE AGGRESSIONI NON SONO CONSIDERATE UNA PARTE DEL LAVORO O UN COMPORTAMENTO				
OPERATORI ITINERANTI		RISPETTARE SPECIFICHE PROCEDURE DI LOGIN E LOGOUT; CONTATTARE LA STRUTTURA DOPO CIASCUNA VISITA E, IN ASSENZA DI COMUNICAZIONE, ATTIVARE SPECIFICHE PROCEDURE		RISPETTARE SPECIFICHE PROCEDURE DI LOGIN E LOGOUT; CONTATTARE LA STRUTTURA DOPO CIASCUNA VISITA E, IN ASSENZA DI COMUNICAZIONE, ATTIVARE SPECIFICHE PROCEDURE; AVERE LA POSSIBILITÀ DI RIFIUTARE/INTERROMPERE UNA PRESTAZIONE NEL CASO IN CUI SI SENTANO MINACCIATI O INSICURI	
	Le procedure di login e logout dovrebbero comprendere: nome e indirizzo dell'utente visitato; ora dell'appuntamento e tempo previsto per la prestazione; un recapito telefonico di contatto; una parola in codice per informare qualcuno di un incidente o di una minaccia; la descrizione del veicolo e del numero di targa; il dettaglio delle attività pianificate; un contatto per comunicare qualsiasi variazione del programma.				
LAVORARE DA SOLI O IN AREE CHIUSE	TRATTARE E INTERVISTARE PAZIENTI AGGRESSIVI O AGITATI IN AREE RELATIVAMENTE APERTE PUR NEL RISPETTO DELLA PRIVACY E DELLA CONFIDENZIALITÀ; ASSICURARE LA PRESENZA DI UN SECONDO OPERATORE NEL CASO SIANO NECESSARI ESAMI INTIMI DEI PAZIENTI; ESERCITARE PARTICOLARI CAUTELE IN ASCENSORE O NELLA TROMBA DELLE SCALE		ESERCITARE PARTICOLARI CAUTELE IN ASCENSORE O NELLA TROMBA DELLE SCALE	DOTARE GLI OPERATORI DI UN MEZZO DI COMUNICAZIONE DEDICATO (CELLULARE O PULSANTI DI ALLARME); DEFINIRE IN QUALI CASI AFFIANCARE UN SECONDO OPERATORE CON FUNZIONI DI SUPPORTO	ADDESTRARE GLI OPERATORI A ESERCITARE CAUTELE ULTERIORI IN AMBIENTI NON FAMILIARI; POSSIBILITÀ PER GLI OPERATORI DI RICHIEDERE L'ASSISTENZA DI UN SECONDO OPERATORE O DELLE FORZE DI POLIZIA; POSSIBILITÀ DI RIFIUTARE/INTERROMPERE UNA PRESTAZIONE NEL CASO IN CUI SI SENTANO MINACCIATI O INSICURI; DOTARE GLI OPERATORI DI UN MEZZO DI COMUNICAZIONE DEDICATO (CELLULARE O PULSANTI DI ALLARME)
	Limitare la presenza di operatori isolati nelle aree di emergenza e nelle strutture ad accesso libero, specie di notte o quando non sia disponibile un supporto in caso di necessità.				
SEGNALAZIONE	CHIEDERE AGLI OPERATORI DI SEGNALARE TUTTI GLI EPISODI DI AGGRESSIONE O MINACCIA AL FINE DI QUANTIFICARE CORRETTAMENTE IL FENOMENO E ADOTTARE LE OPPORTUNE AZIONI PREVENTIVE E PROTETTIVE; DEFINIRE UN PROTOCOLLO CON LE FORZE DELL'ORDINE ED EVENTUALMENTE SUPPORTARLE NELLE INDAGINI				

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 19 di 47

PROCEDURE DI INGRESSO	FORNIRE INFORMAZIONI A CHI È IN ATTESA E ADOTTARE MISURE PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA; ISTITUIRE PROCEDURE PER LA REGISTRAZIONE E L'INGRESSO DEI VISITATORI; DEFINIRE UN ORARIO DI VISITA E PROCEDURE DI ACCESSO; DEFINIRE UNA LISTA RISTRETTA DI VISITATORI PER I PAZIENTI CON STORIA DI VIOLENZA E DARNE COPIA AL PERSONALE DI VIGILANZA E SANITARIO	ISTITUIRE PROCEDURE PER LA REGISTRAZIONE E L'INGRESSO DEI VISITATORI; DEFINIRE UN ORARIO DI VISITA E PROCEDURE PER L'ACCESSO IN OSPEDALE; DEFINIRE UNA LISTA RISTRETTA DI VISITATORI PER I PAZIENTI CON STORIA DI VIOLENZA E DARNE COPIA AL PERSONALE DI VIGILANZA, AGLI INFERMIERI E AL PERSONALE DI ACCOGLIENZA	FORNIRE TEMPESTIVAMENTE INFORMAZIONI A CHI È IN ATTESA E ADOTTARE MISURE PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA	
RISPOSTA ALLE AGGRESSIONI E ATTIVITÀ AD ALTO RISCHIO	GARANTIRE LA PRESENZA DI PERSONALE DI VIGILANZA ADDESTRATO A RISPONDERE A COMPORTAMENTI AGGRESSIVI; ASSICURARE IN OGNI MOMENTO LA PRESENZA DI UN NUMERO ADEGUATO DI OPERATORI, SPECIE DURANTE LE ATTIVITÀ A PIÙ ALTO RISCHIO; ASSICURARE IN OGNI MOMENTO LA PRESENZA DI UN NUMERO ADEGUATO DI OPERATORI ADDESTRATO AD UTILIZZARE TECNICHE DI DE-ESCALATION		GARANTIRE LA PRESENZA DI PERSONALE DI VIGILANZA ADDESTRATO A RISPONDERE A COMPORTAMENTI AGGRESSIVI	ASSICURARE LA NECESSARIA ASSISTENZA NEL CASO DI ATTIVITÀ SOCIO SANITARIE PARTICOLARMENTE A RISCHIO
	Informare i lavoratori su procedure per la richiesta di intervento delle forze dell'ordine, denuncia di infortunio, querela in caso di aggressione e garantire il necessario supporto medico e legale.			
ABBIGLIAMENTO OPERATORI	FORNIRE GLI OPERATORI DI BADGE DI RICONOSCIMENTO PRIVI DI COGNOME SCORAGGIARE GLI OPERATORI DALL'INDOSSARE MONILI E TRASPORTARE GROSSE SOMME DI DENARO, CHIAVI O ALTRI OGGETTI CHE POTREBBERO ESSERE UTILIZZATI COME ARMA; INCORAGGIARE L'UTILIZZO DI RETINE O CUFFIE PER CAPELLI PER EVITARE IL RISCHIO DI PRESA			
ARREDI E PROCEDURE DI LAVORO	ISPEZIONE PERIODICA DEI LOCALI PER RIMUOVERE OGGETTI UTILIZZABILI IN MANIERA IMPROPRIA DAI PAZIENTI E ASSICURARSI DELLA CHIUSURA DEI LOCALI AD ACCESSO CONTROLLATO; TENERE SCRIVANIE, BANCONI E AREE DI LAVORO LIBERE DA OGGETTI SUPERFLUI (PENNE E MATITE IN ECCESSO, CORNICI CON VETRO, ECC.)		ISPEZIONE PERIODICA DEI LOCALI; RIMUOVERE OGGETTI UTILIZZABILI IN MANIERA IMPROPRIA DAI PAZIENTI; GARANTIRE UN OPERATORE DI CONTATTO INFORMATO SULL'ATTIVITÀ DEGLI ITINERANTI CHE INTERVENGA IN CASO DI NECESSITÀ	DEFINIRE E COMUNICARE LE MODALITÀ PER SVOLGERE GLI INTERVENTI DOMICILIARI; POSSIBILITÀ DI RIFIUTARE/ INTERROMPERE LA PRESTAZIONE NEL CASO IN CUI SI SENTANO MINACCIATI O INSICURI; GARANTIRE UN OPERATORE DI CONTATTO INFORMATO SULL'ATTIVITÀ DEGLI ITINERANTI CHE INTERVENGA IN CASO DI NECESSITÀ
PROCEDURE DI TRASPORTO	SVILUPPARE PROCEDURE DI SICUREZZA SPECIFICHE PER IL TRASPORTO DEI PAZIENTI/UTENTI; ASSICURARE AGLI OPERATORI ADDETTI AL TRASPORTO LA DISPONIBILITÀ DI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE CON LA PROPRIA CENTRALE OPERATIVA EFFICACI ED AFFIDABILI			

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 20 di 47

FASE 2

RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

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.

I soggetti che esprimono comportamenti aggressivi possono essere distinti in due principali categorie:

1. Pazienti con aggressività ascrivibile ad un quadro clinico;
2. Pazienti o accompagnatori con comportamento aggressivo generico, generalmente determinato da un atteggiamento di insofferenza per le modalità operative degli operatori

Nel caso in cui l'aggressività del paziente sia ascrivibile al quadro clinico (ad esempio un soggetto trasportato al Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico), la gestione dell'aggressione avviene in tre fasi:

1. Intercettazione, valutazione dell'aggressore e applicazione di tecniche di de-escalation. In questa fase l'operatore deve cercare di utilizzare le tecniche di gestione della comunicazione difficile;
2. Rafforzamento delle misure di de-escalation ed eventuale contenzione fisica;
3. Contenzione farmacologica.

La scelta fra le azioni da adottare viene stabilita rispetto alla progressione del comportamento violento.

Nel caso si tratti invece di un comportamento aggressivo generico messo in atto da un paziente o da un accompagnatore e determinato, ad esempio, da un atteggiamento di insofferenza per le modalità operative degli operatori, si applicano solo i punti 1) e 2) precedentemente descritti.

Se l'atteggiamento aggressivo non si attenua si procede a richiedere l'intervento del servizio di vigilanza e, se non sufficiente, delle forze dell'ordine.

A. STRATEGIE COMPORTAMENTALI PER TUTTI GLI OPERATORI

1. IN PRESENZA DI PAZIENTE AGITATO

- 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;
- è 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 di prossemica: distanza di sicurezza a 1,5 m;
- evitare di posizionarsi con le spalle al muro e/o in un angolo (ad es. tra la scrivania e 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 ben aperte e visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe;

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 21 di 47

- non raccogliere atteggiamenti di provocazioni o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi e sarcasmo;
- mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del 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, etc.);
- 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 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.

PER IL MEDICO:

- ribadire con fermezza l'importanza e la necessità di sottoporsi alle cure, valutando la possibilità di negoziare alcuni aspetti della terapia;
- prescrivere la terapia e/o la contenzione meccanica, qualora ritenuto necessario.

2. 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 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.

3. IN CASO DI AGGRESSIONE FISICA

Il personale sanitario non può e non deve svolgere interventi di Pubblica Sicurezza; pertanto, **in caso di pericolo per l'incolumità dei cittadini e degli operatori, verrà allertata la Vigilanza interna e la Forza Pubblica.**

- Se la situazione non può essere risolta rapidamente, è richiesto al personale di allontanarsi, rifugiarsi in luogo sicuro, chiamare in aiuto gli agenti della Vigilanza presenti sul posto, chiedere l'intervento delle forze dell'Ordine, riferire qualsiasi violenza ai Direttori di UOC e/o Direttori di Dipartimento e/o coordinatori.
- Se si viene afferrati per un polso, al fine di indurlo a lasciare la presa, piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell'aggressore;
- Se si viene afferrati per i capelli, stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato, per limitarne i danni, ed abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di un sufficiente equilibrio;
- Se si viene afferrati per il collo nel tentativo di strangolamento, abbassare il mento verso lo sterno per proteggere la zona critica. Riuscire a proteggere la gola, consente di non perdere conoscenza e di guadagnare tempo, tentando di liberarsi;

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 22 di 47

- In caso di morso, spingere a fondo la parte morsa, verso la bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il corpo. Se si riesce a chiudere le narici dell'aggressore, avendo difficoltà a respirare, lascerà la presa.

TECNICHE DI GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE DIFFICILE

Da: "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" rev. 2021, Regione Lazio

1. Ascoltare il paziente o l'accompagnatore difficile, in luogo dedicato, al fine di evitare l'effetto pubblico che, oltre ad innescare meccanismi di teatralità, spesso produce la diffusione del malcontento
2. Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (potrebbe essere recepito come una sfida!) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi
3. È sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale
4. Posizionarsi a fianco del paziente con asse di circa 30 gradi: la superficie esposta a colpi è minore e inoltre si comunica più disponibilità al dialogo
5. Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza di sicurezza minima 1,5 m, che può essere eventualmente raddoppiata
6. Disponibilità di una via di fuga: l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo (ad esempio tra una scrivania e il muro)
7. Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe
8. Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio
9. Non accogliere atteggiamenti di provocazione o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche
10. Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole
11. Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi
12. Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative
13. Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, alimentare, ecc.)
14. Non indossare monili, scarpe aperte, cinture; avere sempre disponibili i Dispositivi di Protezione Individuale
15. Evitare di rimanere da soli con il paziente. Qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire
16. Se non si ristabilisce una situazione di normalità, attivare la vigilanza interna, con funzione prevalentemente
17. "dissuasiva" nei confronti dell'aggressore
18. Se la situazione è a grave rischio evolutivo, allertare le Forze dell'Ordine

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 23 di 47

FASE 3

SUPPORTO ALLA VITTIMA, SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO

A. SUPPORTO ALLA VITTIMA

Dopo un'aggressione i primi passi consistono, ovviamente, nel fornire supporto e trattamento medico agli operatori aggrediti e nel prendere le misure necessarie per evitare che altri soggetti siano coinvolti.

L'ASL Napoli 3 Sud prevede l'attivazione di piani di trattamento per gli operatori vittime dirette di aggressione e anche per i testimoni, offrendo la possibilità di essere valutati psicologicamente indipendentemente dalla gravità dell'episodio.

Le conseguenze psicologiche di un episodio di violenza, infatti, possono essere varie e interferire con la normale attività lavorativa e lo stile di vita per mesi o anni dopo l'evento. Sono descritti in letteratura i seguenti effetti:

- a. Trauma psicologico a breve e lungo termine;
- b. Paura di rientrare al lavoro;
- c. Cambiamenti nelle relazioni con colleghi e familiari;
- d. Sensazione di incompetenza, colpevolezza, impotenza;
- e. Paura del giudizio negativo da parte della dirigenza.

Se a livello della vittima questi effetti possono aumentare la suscettibilità a rimanere oggetto di ulteriori episodi di violenza, ridurre le performance lavorative, comportare la necessità di trasferimento del lavoratore in un altro servizio/reparto, a livello organizzativo le ricadute negative possono riflettersi nella riduzione della produttività o nell'aumento dell'assenteismo.

1. DEFUSING

Successivamente al verificarsi di un evento violento, gli operatori coinvolti dovrebbero procedere al cosiddetto defusing, un intervento della durata di 20-40-minuti, che deve essere gestito da un operatore adeguatamente formato e che non abbia assistito all'evento. Si tratta di una tecnica di decompressione emotiva fra pari che va utilizzata "a caldo" (prima del rientro al proprio domicilio degli operatori coinvolti) e consente una migliore gestione dello stress da evento critico. Il defusing si articola in tre fasi:

1. **Introduzione:** il conduttore si presenta, spiega il motivo dell'incontro, evidenzia il suo ruolo di aiuto e di supporto al gruppo e concorda con questo delle regole di base relativamente al rispetto reciproco, alla riservatezza, ecc.;
2. **Esplorazione:** si chiede ad ogni operatore di parlare dell'esperienza e di condividere le reazioni e le emozioni vissute;
3. **Informazione:** questa fase tende a normalizzare le reazioni ed i vissuti, rassicurare in ordine alle angosce causate dall'evento e agli "sfoghi" più intensi che alcuni hanno manifestato, valorizzare gli atteggiamenti positivi manifestati durante l'evento, fare commenti utili alla ripresa della buona funzionalità dei singoli e del gruppo.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 24 di 47

2. DEBRIEFING

È un intervento sistematico e strutturato per aiutare gli operatori a dare un senso alle loro esperienze e prevenire che il vissuto sfoci in disturbo da stress post traumatico e/o in burn-out. Richiede la conduzione da parte di uno specialista opportunamente preparato. È una tecnica di pronto soccorso emotivo “a freddo”, in quanto viene effettuato 24-76 ore dopo l’evento, ed è articolata in una successione di fasi più articolata e rigida rispetto al defusing.

Consente di verbalizzare l’accaduto, spostandolo a livello cognitivo, descrivendo i fatti ed i sentimenti; di informare sulla normalità dei disagi vissuti, facendoli rientrare nella realtà quotidiana per permettere all’operatore di rimanere operativo e di evitare un esaurimento personale e professionale. Contribuisce a creare legami interpersonali attraverso i quali superare il senso di isolamento e di impotenza. Agevola lo specialista nell’individuazione dei soggetti più vulnerabili che potrebbero aver bisogno di colloqui individuali e interventi personalizzati. Tale percorso sarà attivato secondo scelte effettuate volta per volta sulla base delle caratteristiche dell’episodio di “violenza”.

B. GESTIONE PSICOLOGICA DELLE AGGRESSIONI IN AMBITO SANITARIO

Alcuni ricercatori hanno mostrato che **“il 15% degli uomini e il 36% delle donne sviluppa disturbi psicosomatici dopo un evento critico, con un aumento: degli stati d’ansia, dei sensi di colpa, dei sentimenti di rabbia e di frustrazione, dei pensieri intrusivi, della sensazione di pericolo, dei disturbi del sonno oltre ad una riduzione della motivazione all’attività lavorativa”**.

È dunque necessario **farsi carico di questo problema** e applicare “precise **strategie psicologiche di supporto**” per poter gestire “le conseguenze emotive negative di questi episodi, evitando che questi disagi possano evolvere verso condizioni di sofferenza cronica, di disturbi post-traumatici da stress o di demotivazione lavorativa (burn out) con le relative assenze prolungate per malattie, bassa qualità lavorativa e richieste di trasferimenti”.

È prevista l’adozione di uno specifico protocollo psicologico.

C. SEGNALEZIONE E ANALISI DELL’EVENTO

La segnalazione dell’evento violento è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi e, se del caso, di alimentazione del flusso SIMES; va fatta sempre, indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso. La segnalazione andrebbe effettuata appena possibile dall’operatore direttamente coinvolto dall’evento o, in caso di sua impossibilità, da un operatore diretto testimone.

- Nel caso in cui si verifichi un atto di violenza **l'operatore deve informare** immediatamente il Responsabile del Servizio di appartenenza che comunicherà, inizialmente, l'accaduto per vie brevi (telefono, mail) al Direttore Medico del P.O./Direttore di Distretto/Direttore altra Macrostruttura, e successivamente, mediante la compilazione e la trasmissione della scheda per la segnalazione di aggressione (allegato 3) entro le 24 ore.

Al fine di evitare duplicazione di flussi informativi, nei casi di atti di violenza a danno degli operatori, la scheda dovrebbe sostituire la normale scheda di *incident reporting*. È importante sottolineare che la scheda di segnalazione aggressione non sostituisce né la denuncia di infortunio, né la denuncia/querela all’Autorità Giudiziaria, ove ricorrano i presupposti.

- La scheda compilata dovrà essere inviata al Direttore Medico del P.O./Direttore di Macrostruttura e alla UOC Servizio Prevenzione e Protezione nonché alla UOC Clinical Risk Management.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 25 di 47

- Se l'aggressione determina esiti, l'operatore dovrà recarsi immediatamente al Pronto Soccorso per l'accertamento sanitario e l'apertura delle procedure previste in caso di infortunio sul lavoro, descrivendo minuziosamente al medico di turno le modalità dell'accaduto, e presentare una relazione dell'accaduto al Direttore della struttura di appartenenza.
- Alla luce della nuova normativa, che ha stabilito la procedibilità di ufficio, per qualsiasi tipologia di evento lesivo ai danni di operatore sanitario, i curanti dovranno trasmettere apposito rapporto/denuncia all'Autorità Giudiziaria.
- Il **Direttore della Macrostruttura, contestualmente alla segnalazione dell'evento con le modalità di seguito riportate**, avvia un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se ci sono stati fattori contribuenti, eliminabili o comunque riducibili.
- La **UOC Prevenzione e Protezione** verificherà che sia stato avviato l'iter assistenziale anche attraverso il coinvolgimento di psicologi se necessario, e provvederà ad attivare l'Osservatorio ed il gruppo di lavoro locale, dove presente.
- La UOC Prevenzione e Protezione, previa delega del Direttore Generale, provvederà alla trasmissione del rapporto/denuncia all'Autorità Giudiziaria.
- La **UOC Clinical Risk Management**, se l'episodio di violenza si configura come un **evento sentinella¹ "Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore"**, procederà all'inserimento dell'evento nel SIMES secondo le procedure previste (Deliberazione DG n. 2/2022).
- La **UOC Clinical Risk Management**, con il supporto di un gruppo di analisi, prevedendo la partecipazione del Direttore della macrostruttura coinvolta, del Team aziendale per la gestione del Rischio clinico e della UOC Prevenzione e Protezione, procede all'analisi delle cause e dei fattori contribuenti dell'evento ed all'adozione di un piano di azione. Qualora l'evento si configuri quale ES compila la scheda ministeriale B e la trasmette al competente settore regionale, avviando il monitoraggio delle azioni previste.
- La **Direzione della Macrostruttura** provvede, inoltre, a inserire l'evento in apposito registro (allegato 4) contenente le seguenti voci:
 - data, ora e luogo dell'accadimento;
 - dati anagrafici di chi ha subito violenza (soggetto segnalante);
 - dati anagrafici dell'aggressore (ove disponibili);
 - tipo di aggressione (verbale, fisica, altro);
 - eventuali mezzi utilizzati dall'aggressione;
 - descrizione dell'episodio di violenza;
 - fattori contribuenti all'accadimento;
 - conseguenze dell'aggressione/entità dell'evento lesivo;
 - descrizione delle azioni attuate subito dopo l'evento;
 - soggetti (interni/esterni) informati dell'accadimento.

¹ Il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) prevede l'evento sentinella **"Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore"**, definizione modificata nell'aggiornamento del luglio 2024 in sostituzione di "Atti di violenza a danno di operatore", pertanto, va considerato evento sentinella solo l'aggressione che determina morte o grave danno.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	<i>23 Ottobre 2024</i>	<i>Rev. 1</i>	<i>Pagina 26 di 47</i>

GESTIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA

a) Raccolta dati e registrazione evento

Il monitoraggio avviene tramite:

- Incident Reporting;
- Denuncia del lavoratore;
- Referto per infortunio sul lavoro;
- Verbale di segnalazione del Servizio di Vigilanza;

b) Trattamento lesioni fisiche se presenti

c) Trattamento e sostegno per il trauma psicologico a breve e lungo termine

d) Valutazione delle ricadute psicologiche in relazione al lavoro e alle relazioni, per poterli maggiormente supportare cercando di ridurre il loro livello di rischio.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 27 di 47

ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI: approfondimento

Tratto da: "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" rev. 2021, Regione Lazio

A. ASPETTI INFORTUNISTICI

Per infortunio sul lavoro s'intende ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro dal quale derivi la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea di almeno un giorno, escluso quello dell'evento. L'Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), cui ogni datore di lavoro deve trasferire obbligatoriamente il rischio, indennizza gli infortuni sul lavoro da cui derivino la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni, escluso quello dell'evento, in quanto i primi tre giorni di assenza dal lavoro sono a carico del datore di lavoro. L'infortunio sul lavoro si differenzia dalla malattia professionale in quanto la causa che lo determina è improvvisa e violenta anziché diluita nel tempo.

La causa violenta è un fattore che opera dall'esterno nell'ambiente di lavoro, con azione intensa e concentrata nel tempo, e presenta le seguenti caratteristiche: efficienza, rapidità ed esteriorità. L'occasione di lavoro è un concetto ampio, non unicamente riferito alle comuni categorie di spazio/luogo e di tempo. Pertanto, per poter classificare l'evento come "infortunio sul lavoro" non è sufficiente che esso occorra durante il lavoro e sul luogo di lavoro, ma è necessario che esso si determini per finalità di lavoro. Deve esistere, in sostanza, un rapporto causale, anche indiretto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che causa l'infortunio. Sono pertanto esclusi dalla tutela gli eventi che conseguono a un comportamento agito non per finalità di lavoro, quelli simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso. Vengono invece tutelati gli infortuni occorsi per "colpa" del lavoratore.

Obblighi dell'infortunato

L'assicurato è obbligato a dare immediata notizia al proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio che gli accada, anche di lieve entità. In caso contrario, se il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non procede con la denuncia all'INAIL, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio.

Obblighi del datore di lavoro

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni, escluso quello dell'evento, il datore di lavoro ha l'obbligo, a fini assicurativi, di inoltrare la denuncia di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, indipendentemente da ogni valutazione rispetto alla ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia nei termini e con le modalità di legge.

Qualora l'inabilità per un infortunio prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi al quarto, il datore di lavoro deve inoltrare la denuncia entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del nuovo certificato medico.

Per gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno (escluso quello dell'evento) tutti i datori di lavoro (compresi i datori di lavoro privati di lavoratori assicurati presso altri enti o con polizze private e i loro intermediari), a fini statistici e informativi, hanno comunque l'obbligo di inoltrare per via telematica all'INAIL la "comunicazione di infortunio", contenente i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 28 di 47

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di mancata oppure inesatta indicazione, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa. In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa.

B. ASPETTI LEGALI

La legge n. 113 del 14 agosto del 2020 (recante: "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"), ha modificato l'art. 61 del codice penale, introducendo al comma 11-octies una specifica aggravante che prevede un incremento della pena nei "delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività".

Non è pertanto più necessario ai fini del presente documento, definire se l'esercente la professione sanitaria o socio-sanitaria ricopra la qualifica di incaricato di pubblico servizio o di pubblico ufficiale. La legge sopracitata, inoltre, ha introdotto importanti novità relativamente alla procedibilità d'ufficio in caso di aggressioni ai danni di esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Sono procedibili d'ufficio e quindi comportano l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria² anche contro la volontà della persona offesa:

1. Delitti contro la vita: omicidio volontario, preterintenzionale e colposo;
2. Delitti contro l'incolumità individuale: lesioni personali dolose gravissime (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, permanenti gravi difficoltà della favella; deformazione o sfregio permanente del viso, aborto della persona offesa, mutilazioni di organi genitali femminili, come la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione); lesioni personali dolose, da cui sia derivata una malattia di durata superiore a 20 gg; lesioni personali dolose aggravate (pericolo per la vita, malattia superiore ai 40 giorni, permanente di un senso di un organo, su donna incinta e se dal fatto deriva l'acceleramento del parto); lesioni personali colpose aggravate. A seguito dell'entrata in vigore della L.113/2020 sia le percosse che le lesioni di lieve e lievissima entità, ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività, sono reati procedibili d'ufficio.
3. Delitti contro la libertà personale: il sequestro di persona; la violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata; l'incapacità procurata mediante violenza.

In conclusione tutti gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano all'interno dell'organizzazione, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale, sono obbligati a notificare tempestivamente l'Autorità Giudiziaria dell'episodio di aggressione verificatosi durante l'attività lavorativa, in quanto reato procedibile d'ufficio.

La tabella successiva riporta le principali caratteristiche delle differenti modalità di segnalazione all'Autorità Giudiziaria in caso di reati perseguibili d'ufficio e non.

² Per Autorità Giudiziaria si intende il Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica o qualsiasi Ufficiale di Polizia giudiziaria (presso i commissariati di polizia, presidi dei carabinieri, della guardia di finanza o della polizia penitenziaria) ed in mancanza il Sindaco.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 29 di 47

Denuncia, querela, esposto.

da: "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" rev. 2021, Regione Lazio

DENUNCIA	La denuncia è l'atto con il quale chiunque abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio ne informa il pubblico ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria. Se si tratta di un atto facoltativo per il comune cittadino (tranne in alcuni casi espressamente previsti dalla legge), è sempre obbligatorio per i pubblici ufficiali, per gli incaricati di pubblico servizio (artt. 361 e 362) nonché per gli esercenti professioni sanitarie libero-professionisti (art. 365). Quando la denuncia è facoltativa non è previsto alcun termine per la sua presentazione, mentre nei casi di denuncia obbligatoria apposite disposizioni stabiliscono il termine entro il quale essa deve essere fatta (48 ore per il referto o immediatamente nel caso in cui vi sia rischio di fuga o di reiterazione del reato). La denuncia può essere presentata in forma orale o scritta, deve contenere l'esposizione dei fatti ed essere sottoscritta dal denunciante o dal suo avvocato. La persona che presenta una denuncia ha diritto di ottenere attestazione della ricezione.
QUERELA	La querela è la dichiarazione con la quale la persona che ha subito un reato (o il suo legale rappresentante) esprime la volontà che si proceda per punire il colpevole. È prevista dagli artt. 336 e 340 del codice di procedura penale e riguarda i reati non perseguibili d'ufficio. Non ci sono particolari regole per il contenuto dell'atto di querela, ma è necessario che, oltre ad essere descritto il fatto-reato, risulti chiara la volontà del querelante che si proceda in ordine al fatto e se ne punisca il colpevole. La querela deve essere presentata: (a) entro 3 mesi dal giorno in cui si ha notizia del fatto che costituisce il reato; (b) entro 6 mesi per reati contro la libertà sessuale (violenza sessuale o atti sessuali con minorenne). È possibile ritirare la querela (remissione) precedentemente proposta tranne nel caso di violenza sessuale o atti sessuali con minorenni. Affinché la querela sia archiviata, è necessario che la remissione sia accettata dal querelato che, se innocente, potrebbe avere invece interesse a dimostrare attraverso il processo la sua completa estraneità al reato.
ESPOSTO	L'esposto è l'atto con cui, in caso di dissidi tra privati, una o entrambe le parti sottopongono all'attenzione dell'Autorità giudiziaria fatti di cui ha notizia affinché valuti se ricorre un'ipotesi di reato. L'esposto si presenta all'Autorità di Pubblica Sicurezza. A seguito della richiesta d'intervento l'ufficiale di Pubblica Sicurezza invita le parti in ufficio per tentare la conciliazione e redigere un verbale. Se dai fatti si configura un reato, l'Ufficiale di P.S. deve informare l'Autorità giudiziaria, se il fatto è perseguibile d'ufficio. Se invece si tratta di delitto perseguibile a querela può, a richiesta, esperire un preventivo componimento della vertenza, senza che ciò pregiudichi il successivo esercizio del diritto di querela.

1. Aggressione verbale

Sono differenti gli articoli del codice penale a cui si fa riferimento nel caso dell'aggressione verbale:

Diffamazione

Art. 595 c.p. Diffamazione Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente³, comunicando con più persone, offende l'altrui reputazione, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a milletrentadue euro. Se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato, la pena è della reclusione fino a due anni, ovvero della multa fino a duemilasessantacinque euro. Se l'offesa è recata col mezzo della stampa o con qualsiasi altro mezzo di pubblicità, ovvero in atto pubblico, la pena è della reclusione da sei mesi a tre anni o della multa non inferiore a cinquecentosedici euro. Se l'offesa è recata a un Corpo politico, amministrativo o giudiziario, o ad una sua rappresentanza, o ad una Autorità costituita in collegio, le pene sono aumentate.

³ Art. 594 c.p. Ingiuria: questo articolo è stato abrogato e dunque l'ingiuria depenalizzata, comunque per completezza si riporta il testo di legge, "Chiunque offende l'onore o il decoro di una persona presente è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a cinquecentosedici euro. Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto mediante comunicazione telegrafica o telefonica, o con scritti o disegni, diretti alla persona offesa. La pena è della reclusione fino a un anno o della multa fino a milletrentadue euro, se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato. Le pene sono aumentate qualora l'offesa sia commessa in presenza di più persone."

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 30 di 47

La diffamazione è perseguibile a querela della persona offesa ed il bene giuridico tutelato è l'onore. In questo caso oltre all'azione penale il personale sanitario diffamato qualora lo ritenga può intraprendere un'azione civile al fine di vedersi risarcito per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti.

L'art. 9 della L.113/2020 ha introdotto una sanzione amministrativa, da 500 a 5.000 €, nei casi in cui vengano messe in atto condotte violente, ingiuriose, offensive o molestie nei confronti di personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di dette professioni presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private

Minaccia

Art. 612 c.p. Minaccia Chiunque minaccia ad altri un ingiusto danno è punito, a querela della persona offesa, con la multa fino a 1.032 euro. Se la minaccia è grave o è fatta in uno dei modi indicati nell'articolo 339, la pena è della reclusione fino a un anno. Si procede d'ufficio se la minaccia è fatta in uno dei modi indicati nell'articolo 339.
--

Come si evince dal dettato normativo, il reato di minaccia non è procedibile d'ufficio ma lo diventa qualora commesso in forma aggravata, ossia: con armi, o da persona travisata (cioè che abbia alterato il suo aspetto al fine di rendersi non riconoscibile), o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o avvalendosi della forza intimidatrice derivante da segrete associazioni, esistenti o supposte. Vale sempre la buona regola di documentare il più possibile l'evento cercando di identificare eventuali testimoni o, secondo recente giurisprudenza, mediante registrazione.

2. Aggressione fisica

Percosse

Art. 581 c.p. Reato di percosse Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a trecentonove euro.
--

Il reato di percosse commesso ai danni di esercenti le professioni sanitarie o socio-sanitarie, nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività, è un delitto procedibile d'ufficio. Tale reato si differenzia da quello di lesioni perché non produce né un periodo di malattia né esiti, ma solamente una sensazione dolorosa e/o un arrossamento della zona del corpo raggiunta dal traumatismo diretto attivo, di durata transitoria e fugace. In tal caso poiché non vi sono esiti sarebbe buona norma raccogliere se possibile i nominativi di eventuali testimoni al fine di agevolare le indagini. Può inoltre essere utile documentare fotograficamente eventuali "segni" conseguenti delle percosse.

Lesioni

Art. 582 c.p. Reato di lesioni personali Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.
--

Presupposto fondamentale per la sussistenza del reato, e che lo differenzia da quello di percosse, è l'insorgenza di una lesione che generi una malattia nel corpo e nella mente, intesa come una modificazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto a carattere dinamico, estrinsecatesi in un disordine funzionale apprezzabile, con una limitazione della vita organica e di relazione e che richiede un intervento terapeutico per quanto modesto. Per la sussistenza del reato di lesione non

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 31 di 47

deve necessariamente venirsi a generare una menomazione o un esito permanente ma è sufficiente anche la sola temporanea limitazione della vita organica e di relazione anche minima, purché apprezzabile.

Con l'entrata in vigore della L.113 del 14 agosto 2020 e la conseguente modifica degli articoli 581 e 582 C.P., le lesioni di qualsiasi entità ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività, sono perseguibili d'ufficio. Il codice penale, inoltre, stabilisce all'art. 583, all'art. 583-quater e all'art. 585 delle aggravanti specifiche per il reato di lesioni. Le aggravanti dell'art. 585, non riportate, riguardano essenzialmente le ipotesi di utilizzo di armi, sostanze corrosive ed altri mezzi atti ad offendere. In particolare il comma 2 dell'art.583-quater, per come modificato dalla L. 113/2020, prevede inoltre un notevole aumento di pena in caso di lesioni gravi o gravissime commesse ai danni del personale sanitario durante lo svolgimento dell'attività professionale. Nel referto o nella denuncia da inviare tempestivamente all'Autorità giudiziaria oltre alle generalità delle persone coinvolte, vanno descritti il luogo dove si trovano attualmente e quanto altro valga a identificarle nonché il luogo, il tempo, le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Qualora si sia vittima di lesioni è importantissimo, oltre a raccogliere le generalità di eventuali testimoni, documentare immediatamente le lesioni riportate, magari fotograficamente, e recarsi presso il Pronto Soccorso più vicino. Infine qualora dalla denuncia tragga origine un procedimento penale la vittima del reato potrà, costituendosi parte civile, richiedere il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale derivato dalle lesioni riportate.

Morte

Ovviamente l'omicidio è uno dei reati più gravi previsti dal codice penale. Esistono vari articoli che legiferano in proposito e si distinguono essenzialmente per la condotta (*animus necandi*) con cui il reo ha causato la morte della vittima. Tutte le fattispecie di omicidio sono chiaramente procedibili d'ufficio. Fondamentale per gli esercenti le professioni sanitarie, testimoni di tale fattispecie di reato, è sapere come agire sia durante che dopo l'evento. L'operatore coinvolto, sempre con primario riguardo alla sua personale sicurezza, e dopo aver chiesto aiuto, deve, ove necessario, prestare soccorso. Qualora invece non vi fosse la necessità di prestare soccorso deve evitare di alterare il luogo in cui si è verificato l'evento al fine di agevolare l'operato dell'Autorità Giudiziaria. Dovrà quindi evitare l'accesso al luogo dell'evento sia da parte sua sia da parte di altre persone fino all'arrivo delle forze dell'ordine.

Qui di seguito riportiamo le due articoli principali relativi alla fattispecie in discussione:

Art. 575 c.p. Omicidio Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.
Art. 584 c.p. Omicidio preterintenzionale Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni.

Reati sessuali

Art. 609bis c.p. Violenza sessuale Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 32 di 47

Al fine di comprendere al meglio quest'articolo giova anzitutto chiarire che la giurisprudenza definisce gli atti sessuali: "atti espressione di un appetito o di un desiderio sessuale, che quindi riguardano zone erogene differenti, idonei al contempo ad invadere la sfera sessuale del soggetto passivo mediante costringimento". Altro importante elemento è, quindi, quello della costrizione, che può anche non essere fisica purché avvenga con minaccia o abuso di autorità. Cosa estremamente importante per questa fattispecie di reato è che non è procedibile d'ufficio (non va denunciato dal sanitario), ma lo diventa in caso di particolari aggravanti sancite dall'articolo 609septies⁴. In conclusione va ricordato che i casi di violenza sessuale sono sempre caratterizzati dall'estrema vulnerabilità emotiva della vittima ed occorre quindi una particolare accortezza nell'approcciarsi a queste situazioni. Può essere utile, se possibile, coinvolgere personale qualificato nel fornire questo tipo di assistenza (in alcune strutture ospedaliere sono presenti protocolli aziendali specifici per le violenze sessuali). Ancora una volta importantissima è la documentazione della vicenda e l'esecuzione di un esame medico mirato alla descrizione delle lesioni e alla raccolta di ogni elemento che possa avere un valore probatorio. Nel caso specifico della violenza sessuale questo esame dovrebbe essere effettuato il prima possibile, sempre considerando premurosamente lo stato emotivo e la volontà della vittima, che chiaramente non può essere obbligata a sottoporsi ad alcun accertamento contro la sua volontà.

3. Interruzione di pubblico servizio

Art. 340 c.p. Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità
Chiunque, fuori dei casi preveduti da particolari disposizioni di legge, cagiona una interruzione o turba la regolarità di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità, è punito con la reclusione fino a un anno. I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da uno a cinque anni.

Questo reato solitamente si accompagna ad altre fattispecie che possono turbare o interrompere le normali attività della struttura ospedaliera. Va inoltre considerato che qualora l'interruzione provochi un danno economico alla azienda ospedaliera, la ASL potrà costituirsi parte civile nel procedimento penale o muovere un'azione civile ex novo contro il responsabile dell'interruzione del servizio.

4. Costituzione di parte civile da parte della struttura

La costituzione come parte civile della struttura sanitaria, in un processo che riguarda i sanitari operanti all'interno della struttura stessa, è possibile a norma degli articoli 91 e 93 del codice di procedura penale. Tale ipotesi si sostanzia nella partecipazione dell'azienda, quale soggetto comunque danneggiato, all'interno del procedimento penale nella veste di accusatore privato, affiancando la persona offesa dal reato.

È auspicabile, soprattutto quando si tratta di aggressioni agli esercenti le professioni sanitarie, che l'azienda richieda al giudice di partecipare al processo chiedendo anche il risarcimento di tutti i danni subiti per la lesione a interessi collettivi o diffusi.

⁴ "I delitti previsti dagli articoli 609bis, 609ter e 609quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La querela proposta è irrevocabile. Si procede tuttavia d'ufficio: 1) se il fatto di cui all'articolo 609bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto; 2) se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza; 3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; 4) se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio; 5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609quater, ultimo comma."

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 33 di 47

Art. 91 c.p.p. Diritti e facoltà degli enti e delle associazioni rappresentativi di interessi lesi dal reato 1. Gli enti e le associazioni senza scopo di lucro ai quali, anteriormente alla commissione del fatto per cui si procede, sono state riconosciute, in forza di legge, finalità di tutela degli interessi lesi dal reato, possono esercitare, in ogni stato e grado del procedimento, i diritti e le facoltà [505, 511, 572 c.p.p.] attribuiti alla persona offesa dal reato [92 c.p.p.]. Art. 93 c.p.p. Intervento degli enti o delle associazioni 1. Per l'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dall'articolo 91 l'ente o l'associazione presenta all'autorità procedente un atto di intervento che contiene a pena di inammissibilità: a) le indicazioni relative alla denominazione dell'ente o dell'associazione, alla sede, alle disposizioni che riconoscono le finalità di tutela degli interessi lesi, alle generalità del legale rappresentante; b) l'indicazione del procedimento; c) il nome e il cognome del difensore e l'indicazione della procura; d) l'esposizione sommaria delle ragioni che giustificano l'intervento; e) la sottoscrizione del difensore. 2. Unitamente all'atto di intervento sono presentate la dichiarazione di consenso della persona offesa e la procura al difensore se questa è stata conferita nelle forme previste dall'articolo 100 comma 1. 3. Se è presentato fuori udienza, l'atto di intervento deve essere notificato alle parti e produce effetto dal giorno dell'ultima notificazione [78 c.p.p.]. 4. L'intervento produce i suoi effetti in ogni stato e grado del procedimento [76, 84 c.p.p.].
--

In particolare, un ruolo importante può avere la costituzione di parte civile della struttura nei casi di diffamazione, avendo comunque interesse a tutelare oltre che l'immagine degli esercenti le professioni sanitarie anche la propria. La costituzione di parte civile dell'azienda dovrebbe dunque essere la regola in ogni caso di aggressione e diffamazione del proprio personale; essa permetterebbe di tutelare la propria immagine e avrebbe anche l'indiscutibile vantaggio di far percepire la propria presenza all'operatore coinvolto e di esercitare un'azione di deterrenza verso i violenti.

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 34 di 47

RESPONSABILITÀ /MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Fondamentale per la prevenzione e la repressione degli atti di violenza all'interno della ASL Napoli 3 Sud è la collaborazione attiva dei Direttori di Dipartimento, Direttori di UOC e/o Coordinatori e degli operatori tutti.

Questi, oltre al rispetto della procedura, dovranno:

- garantire il primo soccorso al dipendente coinvolto, quando possibile e necessario, nonché far accompagnare l'infortunato al pronto soccorso e/o assicurargli cure immediate;
- attivare i percorsi aziendali a tutela degli operatori vittime di violenza
- proporre agli stessi un percorso psicologico;
- sollecitare l'adozione di misure idonee, al fine di limitare e prevenire il rischio della reiterazione di atti di violenza contro il personale sanitario e sociosanitario.

Matrice delle responsabilità per l'applicazione della procedura

Figure coinvolte Attività	(1)Direttori Macro- struttura	Direttori UOC/Servizi	UOC Prevenzione e Protezione	UU.OO.CC. Area Tecnica	Operatori	UOSD Formazione	UOC Relazioni con il pubblico
Analisi del contesto (struttura e organizzazione) ed implementazione di misure di prevenzione e controllo	R	C	C	C	C		
Informazione	C	C					R
Formazione	C	C	C			R	
Applicazione delle procedure					R		
Vigilanza applicazione procedura		R					
Monitoraggio applicazione procedura	R	C			C		

R = responsabile C = collabora

(1) DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA: Direttore di Presidi Ospedalieri, Distretti, DSM, Servizi per le Dipendenze, Fasce deboli, Responsabile Sistema Emergenza 118.

REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica che dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

riskmanagement@aslnapoli3sud.it
riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 35 di 47

ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione del documento cartaceo viene effettuata dal Direttore/Responsabile della U.O. C. e dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico in luogo accessibile a tutti gli operatori afferenti alla Struttura, presso tutte le UU.OO. coinvolte.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

I Direttori di Macrostruttura avranno il compito di monitorare l'efficacia della procedura inviando un report annuale (allegato 4) sul numero di casi segnalati alla UOC Clinical Risk Management e alla UOC Prevenzione e Protezione Aziendale.

Sarà cura di entrambi fornire all'Osservatorio aziendale i dati ricevuti per monitorare e valutare l'efficacia della procedura tramite l'analisi delle singole schede di segnalazione e dei report accolti e promuovere, in collaborazione con i Direttori delle Macrostrutture, eventuali e specifiche azioni correttive.

La buona applicazione della procedura sarà monitorata mediante misura dei seguenti indicatori:

- **N. eventi segnalati/N. eventi totali**
- **N. eventi/mese**

BIBLIOGRAFIA

- Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'art. 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 101 del 30 aprile 2008 – Supplemento Ordinario n. 108;
- D.M. 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità "SIMES";
- Regione Lazio, [Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari](#) Revisione del 6 settembre 2021
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", novembre 2010;
- Joint Commission: Comprehensive Accreditation Manual for Hospital (2017) https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures
- Ministero della Salute: [Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella](#) - 6° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2020) (2024);
- Ministero della Salute [Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella](#) - Luglio 2024;
- www.salute.gov.it
- www.inail.it
- www.cdc.gov/niosh/ www.osha.gov/
- www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/
- www.bls.gov/

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 36 di 47

Allegato 1 - Modello di checklist per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari (modificata da OSHA)

Tratto da: "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" rev. 2021, Regione Lazio

1. FATTORI DI RISCHIO	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
Gli operatori sono a contatto con il pubblico?				
Gli operatori manipolano denaro?				
Lavorano da soli?				
Lavorano durante le ore serali/notturne o al mattino presto?				
L'unità operativa soffre di carenza di personale?				
La struttura è collocata in un territorio ad elevato tasso di criminalità?				
Gli operatori frequentano per motivi di servizio territori ad elevato tasso di criminalità?				
Utilizzano un veicolo?				
Trasportano beni o passeggeri?				
Gli operatori effettuano attività che potrebbero creare situazioni di conflitto con altri?				
Eseguono attività che potrebbero causare irritazione o reazioni scomposte (negare benefici, confiscare beni, sottrarre minori alla potestà genitoriale, ecc.)?				
Hanno a che fare con soggetti con una storia conosciuta o sospetta di violenza?				
Altro (descrivere):				

2. ISPEZIONE INTERNA DELLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
C'è un responsabile per la sicurezza della struttura?				
Gli operatori ne sono a conoscenza?				
Gli operatori esibiscono un tesserino di identificazione (privo di informazioni personali come il cognome)?				
È disponibile per gli operatori un supporto strutturato per la sicurezza e la consulenza?				
Gli operatori di supporto per la sicurezza hanno autonomia sufficiente per assumere le necessarie decisioni e assicurare la sicurezza degli operatori?				
C'è un protocollo con le forze dell'ordine o con agenzie di sicurezza esterne?				
Nel caso in cui avvengano scambi di denaro con il pubblico sono presenti vetri antisfondamento o altre barriere simili?				
Le aree in cui avviene lo scambio di denaro sono visibili ad altri operatori in caso di emergenza?				
Vi è un limite prefissato di denaro disponibile in cassa?				
Qualcuno riuscirebbe a sentire una richiesta di aiuto?				
Gli operatori possono osservare i pazienti e gli utenti nelle aree di attesa?				
Le sale in cui si chiedono informazioni a pazienti e utenti sono visibili da altri colleghi?				

 <i>Direttore Generale</i> Dott. Giuseppe Russo	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> Dott. Ferdinando Primiano <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 37 di 47

Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma?				
Le sedie e gli arredi sono assicurati al pavimento e alle pareti?				
La struttura è predisposta in modo da evitare l'intrappolamento degli operatori?				
Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo comfort e il minimo stress?				
Pazienti e utenti che stazionano nelle aree di attesa sono correttamente informati sulle modalità di funzionamento della struttura?				
I tempi di attesa sono ridotti al minimo possibile?				
Esistono stanze chiuse a chiave per il riposo degli operatori?				
Esiste un locale sicuro per conservare i beni personali degli operatori?				
Altro (descrivere):				

3. ISPEZIONE ESTERNA DELLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
Gli operatori si sentono sicuri quando camminano da e verso il luogo di lavoro?				
Le entrate della struttura sono visibili dalla strada?				
L'area che circonda la struttura è priva di vegetazione o di altri posti in cui sarebbe possibile nascondersi?				
L'illuminazione è sufficiente e funzionante nelle aree esterne?				
Il personale di sicurezza è presente all'esterno della struttura?				
È previsto un sistema di videosorveglianza all'esterno della struttura?				
Le aree remote sono chiuse durante gli orari di chiusura della struttura?				
È necessario un sistema di scorta a coppie per le aree remote durante gli orari di chiusura?				
Le vie esterne della struttura sono visibili al personale di vigilanza?				
Altro (descrivere):				

4. ISPEZIONE DELLE AREE DI PARCHEGGIO	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
Esiste un parcheggio dedicato per i dipendenti?				
È un parcheggio custodito o vigilato in qualche modo?				
L'area di parcheggio è libera da zone cieche e le aree verdi (se presenti) sono mantenute in modo da impedire nascondigli?				
È presente un sistema di illuminazione sufficiente?				
È disponibile un servizio di scorta da e per la struttura?				
Altro (descrivere):				

 <i>Direttore Generale</i> <i>Dott. Giuseppe Russo</i>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Ferdinando Primiano</i> <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> <i>Direttore Dott.ssa Edvige Cascone</i>		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	<i>23 Ottobre 2024</i>	<i>Rev. 1</i>	<i>Pagina 38 di 47</i>

5. MISURE DI SICUREZZA	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
Il posto di lavoro ha:				
Barriere fisiche (divisioni con plexiglas, vetri antisfondamento, ecc.)?				
Sistemi di videosorveglianza o tv a circuito chiuso nelle aree ad alto rischio?				
Pulsanti antipanico?				
Sistemi di allarme?				
Metal detector?				
Sistemi di screening per la sicurezza?				
Porte chiuse?				
Telefono di emergenza?				
Telefono per la richiesta di intervento delle forze dell'ordine?				
Specchi di sicurezza?				
Entrate allarmate				
Dispositivi di allarme personali?				
Strumenti per limitare il contante in cassa?				
Sostituzione tempestiva delle finestre rotte?				
Sistemi di sicurezza testati periodicamente e riparati con tempestività quando necessario?				
Altro (descrivere):				

 Regione Campania aslnapoli3sud <i>Direttore Generale</i> <i>Dott. Giuseppe Russo</i>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <i>Dott. Ferdinando Primiano</i> <i>UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure</i> <i>Direttore Dott.ssa Edvige Cascone</i>		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 39 di 47

Allegato 2 - Modello di checklist per l'autovalutazione del rischio di atti di violenza (modificata da OSHA)

Tratto da: "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" rev. 2021, Regione Lazio

1. STAFF	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
C'è un responsabile per la sicurezza della struttura?				
Chi è?				
I lavoratori lo conoscono?				
Sono presenti operatori adeguatamente formati ed in numero sufficiente per proteggere gli operatori in situazioni potenzialmente pericolose?				
Il personale di sicurezza addestrato è disponibile in forma strutturata per gli operatori?				
Gli operatori di supporto per la sicurezza hanno autonomia sufficiente per assumere le necessarie decisioni e assicurare la sicurezza degli operatori?				
Il personale di sicurezza è presente all'esterno della struttura?				
Il parcheggio è custodito o vigilato in qualche modo?				
Nel parcheggio è disponibile un servizio di scorta da e per la struttura?				

2. ADDESTRAMENTO	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Gli operatori sono addestrati al piano di emergenza (ad esempio vie di fuga, richiesta di intervento delle autorità competenti, ecc.)?				
Gli operatori sanno di dover segnalare incidenti o minacce?				
Sono addestrati alla gestione di pazienti e utenti difficili?				
Sono addestrati alla prevenzione e gestione delle situazioni potenzialmente violente?				
Sono addestrati alle tecniche di autodifesa?				

3. DESIGN DELLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Ci sono sufficienti uscite di emergenza e vie di fuga?				
Le uscite di emergenza sono apribili solo dall'interno per evitare ingressi non autorizzati?				
L'illuminazione delle aree interne è sufficiente?				
Ci sono aree riservate agli operatori separate da quelle pubbliche?				
L'accesso alle aree di lavoro è regolato da un servizio di accoglienza?				
Il servizio di accoglienza e le aree di lavoro sono progettate in modo da prevenire ingressi non autorizzati?				
Qualcuno potrebbe sentire una richiesta di aiuto?				

Gli operatori possono osservare pazienti e utenti nelle aree di attesa?				
Le sale in cui si chiedono informazioni a pazienti e utenti sono visibili da altri colleghi?				
Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma?				
Le sedie e gli arredi sono assicurati al pavimento e alle pareti?				
La struttura è predisposta in modo da evitare l'intrappolamento degli operatori?				
Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo comfort e il minimo stress?				
Esiste un locale sicuro per conservare i beni personali degli operatori?				
Esistono stanze chiuse a chiave per il riposo degli operatori?				

4. MISURE DI SICUREZZA - La struttura è dotata di:	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Barriere fisiche (divisioni con plexiglas, vetri antisfondamento, ecc.)?				
Sistemi di videosorveglianza o tv a circuito chiuso nelle aree ad alto rischio?				
Pulsanti antipanico?				
Sistemi di allarme?				
Telefono di emergenza?				
Telefono per la richiesta di intervento delle forze dell'ordine?				
Specchi convessi di sicurezza?				
Entrate allarmate?				
Dispositivi di allarme personali?				

5. AREE ESTERNE ALLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Gli operatori si sentono sicuri quando camminano da e verso il luogo di lavoro?				
Le entrate della struttura sono visibili dalla strada?				
L'area che circonda la struttura è priva di vegetazione o di altri posti in cui sarebbe possibile nascondersi?				
È previsto un sistema di videosorveglianza all'esterno della struttura?				
L'illuminazione è sufficiente e funzionante nelle aree esterne?				
Le vie esterne della struttura sono visibili al personale di vigilanza?				
Esiste un parcheggio dedicato per i dipendenti?				
L'area di parcheggio è libera da zone cieche e le aree verdi (se presenti) sono mantenute in modo da impedire nascondigli?				
È presente un sistema di illuminazione sufficiente?				
Strutture vicine sono state oggetto di episodi di violenza o criminali?				

 Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 41 di 47

6. PROCEDURE	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Sono disponibili per gli operatori mappe o segnaletica per il movimento all'interno delle aree di lavoro?				
L'accesso del pubblico alla struttura è controllato?				
Ci sono piante dei diversi piani della struttura che evidenzino le entrate, le uscite e la collocazione del personale di sicurezza?				
Queste piante sono visibili solo agli operatori o a tutti?				
Sono pubbliche altre informazioni di emergenza, come i numeri di telefono?				
Ci sono misure di sicurezza specifiche per gli operatori del turno di notte (scorte, entrate chiuse, ecc.)?				
Pazienti ed utenti sono accompagnati al luogo di appuntamento?				
È richiesto ai visitatori di indossare un tesserino identificativo?				
Gli operatori esibiscono un tesserino di identificazione (privo di informazioni personali come il cognome)?				
Hanno una storia positiva per atti violenti sul luogo di lavoro?				
C'è un protocollo con le forze dell'ordine o con agenzie di sicurezza esterne?				
Pazienti e utenti che stazionano nelle aree di attesa sono correttamente informati sulle modalità di funzionamento della struttura?				
I tempi di attesa sono ridotti al minimo possibile?				
Sostituzione tempestiva delle finestre rotte?				
Sistemi di sicurezza testati periodicamente e riparati con tempestività quando necessario?				

7. ATTIVITÀ TERRITORIALI - Staff	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
È previsto un servizio di scorta o il lavoro in coppia per chi lavora in situazioni potenzialmente pericolose?				
È disponibile se necessario un servizio di assistenza strutturato per gli operatori che lavorano sul territorio?				
Addestramento	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Gli operatori effettuano un briefing sulle aree in cui dovranno lavorare (colori delle gang, cultura della zona, lingua, traffico di droga, ecc.)?				
Gli operatori riescono a comunicare efficacemente con gli utenti della zona di lavoro?				
Gli operatori che operano sul territorio la notte o al mattino presto sono addestrati ad adottare precauzioni particolari?				
Ambiente di lavoro	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
L'illuminazione delle aree dove l'operatore si dovrà recare è sufficiente?				
Ci sono posti sicuri per gli operatori dove mangiare, riposarsi, depositare oggetti di valore?				

 Regione Campania aslnapoli3sud <i>Direttore Generale</i> <i>Dott. Giuseppe Russo</i>	Direttore Sanitario Aziendale <i>Dott. Ferdinando Primiano</i> UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure <i>Direttore Dott.ssa Edvige Cascone</i>			
<i>Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 42 di 47	

Ci sono posti dove andare in caso di emergenza?				
Ci sono parcheggi sicuri nella zona di lavoro?				
Misure di sicurezza	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
I lavoratori hanno in dotazione radio, telefoni cellulari, cercapersone?				
Gli operatori hanno in dotazione sistemi di allarme o pulsanti di panico individuali?				
Le portiere e le superfici vetrate dei veicoli sono controllate dall'autista?				
I veicoli sono dotati di barriere di protezione (come separatori in plexiglas)?				
Procedure	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Sono disponibili per gli operatori mappe delle zone in cui dovranno lavorare?				
Sono disponibili vie alternative in caso di zone ad elevato tasso di criminalità?				
Gli operatori hanno la possibilità di rifiutare il servizio a utenti nel caso di condizioni particolarmente rischiose?				
Vi sono protocolli d'intesa con le forze dell'ordine?				
Gli operatori evitano di trasportare oggetti potenzialmente utilizzabili come armi contro di loro?				
Gli operatori hanno in dotazione veicoli sicuri per il lavoro sul campo?				
I veicoli per il servizio sul campo sono sottoposti a regolare manutenzione?				
C'è qualcuno che sia sempre a conoscenza della localizzazione degli operatori?				
Sono richiesti tesserini di identificazione per i lavoratori sul campo (privi di dati personali, come il cognome)?				
Gli operatori hanno segnalato in passato episodi di violenza da parte di pazienti e utenti?				
Sono prese precauzioni particolari quando gli operatori:	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Devono prelevare qualcuno dal domicilio (ad esempio un minore per interruzione della patria potestà, ecc.)?				
Hanno contatti con soggetti violenti?				
Utilizzano divise o distintivi di un'organizzazione che possono suscitare fastidio nella popolazione?				
Eseguono attività a domicilio?				
Sono a contatto con animali pericolosi?				

 Regione Campania aslnapoli3sud <i>Direttore Generale Dott. Giuseppe Russo</i>	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Ferdinando Primiano UOC Clinical Risk Management Sicurezza e Qualità delle cure Direttore Dott.ssa Edvige Cascone		
Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	23 Ottobre 2024	Rev. 1	Pagina 43 di 47

Allegato 3 - Scheda per la segnalazione di aggressione ad operatore sanitario

REPARTO: _____ DATA ____/____/____ Orario_____

COGNOME E NOME DELL'AGGREDITO/A: _____

SESSO: M ☐ F ☐ DATA NASCITA:____/____/____ Matr._____

Telefono _____ Mail _____

LUOGO FISICO DELL'EVENTO: ☐ AREA DEGENZA ☐ SALA DIAGNOSTICA/DI PRELIEVO/VISITA ☐ AMBULATORIO ☐ SALA D'ASPETTO ☐ UFFICIO AMMINISTRATIVO ☐ PARTI COMUNI (CORRIDOIO, SERV. IGIENICI) ☐ ALTRO (SPECIFICARE)	QUALE PENSI SIA IL MOTIVO DELL'AGGRESSIONE? ☐ TEMPI DI ATTESA ☐ RITARDO NELL'ESPLETAMENTO DELLA PRESTAZIONE ☐ RICHIESTA PRESTAZIONI NON NECESSARIE ☐ DISACCORDO SUL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ☐ DIFFICOLTA NELLA COMUNICAZIONE RECIPROCA ☐ ALTRO
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE: PAZIENTE ☐ PARENTE ☐ AMICO ☐ ESTRANEO ☐	TIPOLOGIA DELL'EVENTO: AGGRESSIONE VERBALE ☐ MINACCE ☐ SPINTA ☐ GESTO VIOLENTO ☐ USO DI ARMA ☐
DESCRIZIONE DELL'EVENTO _____ _____ _____	

Allegato 4 - Scheda rilevazione eventi riguardanti atti di violenza contro operatori

NUMERO DI INFORTUNI PER ATTI
DI VIOLENZA CONTRO OPERATORE

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

NUMERO EVENTI PER ATTI
DI VIOLENZA CONTRO OPERATORI

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

QUALIFICA OPERATORE _____

DESCRIZIONE EVENTO _____

TIPO DI AGGRESSIONE _____

PRESENZA VIGILANZA

- SI ☐ (indicare presenza H24 ☐ ; H12 ☐ ; H6 ☐)
- No ☐

TIPOLOGIA DI ESITI PER ATTI DI VIOLENZA CONTRO OPERATORI:

MORTE

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

INVALIDITA' PERMANENTE

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

INVALIDITA' TEMPORANEA

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

TIPOLOGIA DI OPERATORI COINVOLTI:

MEDICI

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

INFERMIERI

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

ALTRI OPERATORI SANITARI

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

ALTRO PERSONALE

ANNO _____
(Indicare anno corrente)

ANNO _____
(indicare anno precedente)

TIPOLOGIA DI STRUTTURE NELLE QUALI SONO AVVENUTI GLI ATTI DI VIOLENZA:

- PRONTO SOCCORSO O ALTRE STRUTTURE DEDICATE ALL'EMERGENZA/URGENZA N. _____
- REPARTI OSPEDALIERI N. _____
- DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE N. _____
- AMBULATORI N. _____
- SERVIZI PER LE DIPENDENZE N. _____
- SERVIZI ADI/ADO N. _____
- UFFICI/STRUTTURE AMMINISTRATIVE N. _____

TIPOLOGIA DI AGGRESSORI

UTENTI N. _____

VISITATORI N. _____

FAMILIARI/ACCOMPAGNATORI N. _____

TIPOLOGIA DI AGGRESSIONI: Tipologia Aggressione fisica

VERBALE N. _____ Contatto N. _____

FISICA N. _____ Corpo contundente e/o Arma Impropria N. _____

FISICA N. _____ Arma N. _____

12 Marzo

Giornata nazionale contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari

**Per Te
ci siamo
sempre**

**STOP AGGRESSIONI
AGLI OPERATORI SANITARI**



**«SE CI AGGREDISCI,
CHI TI CURA?»
AIUTACI A CURARTI!**



**OPERATORI SICURI,
PAZIENTI SICURI**

La Legge 14 agosto 2020 n.113, in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, prevede che per lesioni "cagionate a 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", la pena è la reclusione da quattro a dieci anni se le lesioni sono gravi e da otto a sedici anni se sono gravissime. L'articolo 9 prevede sanzioni amministrative da 500 a 5.000 euro per "chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste nei confronti del personale".

UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure – Direttore: Dott.ssa Edvige Cascone

Per saperne di più scrivi a: riskmanagement@aslnapoli3sud.it oppure telefona allo 0818729364

12 Marzo

Giornata nazionale contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari

**Per Te
ci siamo
sempre**

**STOP AGGRESSIONI
AGLI OPERATORI SANITARI**



**«SE CI AGGREDISCI,
CHI TI CURA?»
AIUTACI A CURARTI!**



**OPERATORI SICURI,
PAZIENTI SICURI**

**La ASL NAPOLI 3 SUD si impegna per garantire la sicurezza
degli operatori e dei pazienti**

Direzione Sanitaria Aziendale - Direttore: Dott.ssa Elvira Bianco
UOC Clinical Risk Management, Sicurezza e Qualità delle Cure – Direttore: Dott.ssa Edvige Cascone
Per saperne di più scrivi a: riskmanagement@asnapoli3sud.it oppure telefona allo 0818729364