



REGIONE  
LAZIO

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

## **Autori del documento:**

*Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>; Anna Santa Guzzo<sup>1</sup>; Maurizio Musolino<sup>1</sup>; Antonio Silvestri<sup>1</sup>; Luca Casertano<sup>2</sup>; Alessandro Feola<sup>3</sup>; Luigi Tonino Marsella<sup>3</sup>; Giovanna Parmigiani<sup>4</sup>; Angelo Sacco<sup>5</sup>; Michele Treglia<sup>3</sup>.*

## **Revisione del documento a cura di:**

*Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>; Michele Treglia<sup>3</sup>; Giuseppe Vetrugno<sup>1</sup>.*

*<sup>1</sup>Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management Regione Lazio; <sup>3</sup>Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione - Sezione di Medicina Legale, Sicurezza Sociale e Tossicologia Forense, Università degli studi di Roma "Tor Vergata";*

*<sup>4</sup>Medico Psichiatra; <sup>5</sup>Medico del Lavoro.*

Revisione del 6 settembre 2021



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO

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

## INDICE

Elenco delle modifiche introdotte con la revisione .....	2
<b>1.0 Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>2.0 Definizioni e prevalenza del fenomeno .....</b>	<b>3</b>
<b>3.0 I dati della Regione Lazio .....</b>	<b>6</b>
3.1 Classificazione SIMES delle aggressioni .....	8
3.2 Luogo di accadimento .....	9
3.3 Numero di operatori coinvolti .....	10
3.4 Distribuzione per sesso e qualifica degli operatori coinvolti .....	10
3.5 Tipo di aggressione e tipo di aggressore .....	12
3.6 Esiti dell'aggressione .....	14
<b>4.0 Obiettivi del documento .....</b>	<b>17</b>
<b>5.0 Ambiti di applicazione .....</b>	<b>17</b>
<b>6.0 Glossario .....</b>	<b>18</b>
<b>7.0 Modello teorico di riferimento .....</b>	<b>19</b>

### FASE 1 VALUTAZIONE DEL RISCHIO ELABORAZIONE DEL PPV MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

<b>8.0 Valutazione del rischio ed elaborazione del PPV .....</b>	<b>20</b>
<b>9.0 Misure di prevenzione e protezione .....</b>	<b>21</b>
9.1 Interventi strutturali e/o tecnologici .....	22
9.2 Interventi organizzativi .....	25
9.3 Interventi di formazione e addestramento degli operatori .....	28

### FASE 2 RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

29

### FASE 3 SUPPORTO ALLA VITTIMA SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI

30

<b>10.0 Defusing .....</b>	<b>30</b>
<b>11.0 Debriefing .....</b>	<b>31</b>
<b>12.0 Segnalazione e analisi dell'evento .....</b>	<b>31</b>
12.1 Analisi dell'evento e alimentazione del flusso SIMES .....	33
<b>13.0 Aspetti infortunistici .....</b>	<b>35</b>
13.1 Obblighi dell'infortunato .....	35
13.2 Obblighi del datore di lavoro .....	35
<b>14.0 Aspetti legali .....</b>	<b>36</b>
14.1 Aggressione verbale .....	38
14.1.1 Diffamazione .....	38
14.1.2 Minaccia .....	38
14.2 Aggressione fisica .....	38
14.2.1 Percosse .....	38
14.2.2 Lesioni .....	39
14.2.3 Morte .....	39
14.2.4 Reati sessuali .....	40
14.3 Interruzione di pubblico servizio .....	41
14.4 Costituzione di parte civile da parte della struttura .....	41
<b>15.0 Riferimenti bibliografici e normativi .....</b>	<b>42</b>
<b>Allegati .....</b>	<b>44</b>

### **MODIFICHE INTRODOTTE CON LA REVISIONE DEL DOCUMENTO**

Oltre alla correzione di errori e refusi, le modifiche principali introdotte sono le seguenti:

- Revisione del capitolo 3.0 *I dati della Regione Lazio*;
- Revisione del capitolo 6.0 *Glossario*, sulla base delle definizioni adottate dall' Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità;
- Revisione del capitolo 14.0 *Aspetti Legali* a seguito dell'approvazione della 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");
- Sostituzione dell'Allegato 1 *Modello di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle strutture*;
- Modifica dell'Allegato 4 *Modello di Scheda di Segnalazione Aggressioni (SSA)*

## 1.0 INTRODUZIONE

Gli operatori dei servizi sanitari presentano un rischio significativo di subire atti di violenza durante la propria attività lavorativa. Si tratta di un fenomeno così rilevante che già nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento e ha inserito gli "atti di violenza a danno di operatore" fra gli Eventi Sentinella (ES) che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.

Dato che, nel suo complesso, il sistema delle raccomandazioni ministeriali e il flusso SIMES sono stati pensati nell'ottica del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, l'emanazione di una raccomandazione specifica sul tema e la classificazione degli atti di violenza a danno degli operatori come evento sentinella, potrebbero aver ingenerato l'equivoco che anche in questo caso siamo di fronte ad un problema di sicurezza delle cure e, quindi, di gestione del rischio clinico.

In realtà già l'attenta lettura della raccomandazione consente di definire il problema come legato alla sicurezza degli operatori ed evidenziando, da parte del Ministero, un duplice obiettivo: da un lato focalizzare l'attenzione delle organizzazioni sul tema e invitarle a mettere in atto le "opportune iniziative di protezione e prevenzione" (come recita il sottotitolo della raccomandazione); dall'altro utilizzare un flusso informativo già esistente per quantificare le dimensioni di un fenomeno che, come vedremo, sono piuttosto difficili da definire.

L'attenzione della Regione Lazio relativamente al problema degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari è testimoniata dal fatto che già nel settembre 2018 è stato istituito un Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Operatori Sanitari, in netto anticipo rispetto all'Osservatorio nazionale istituito dalla 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*.

L'elaborazione di questo documento si basa sui seguenti assunti:

1. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano un problema di sicurezza del lavoro che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e ss.mm.ii. recante "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" (di seguito TUSSL): il rischio di subire un'aggressione sul posto di lavoro va valutato e gestito dalle organizzazioni al pari di qualsiasi altro rischio lavorativo;
2. Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;
3. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari presentano un ampio spettro di eventi assai variegati che presentano margini di prevedibilità e prevenibilità molto diversi tra loro e spesso ridotti o difficilmente quantificabili.

**NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.**

## 2.0 DEFINIZIONI E PREVALENZA DEL FENOMENO

Non è facile definire le esatte dimensioni del fenomeno e per diversi motivi. Innanzitutto è opportuno sottolineare che il termine "violenza sul posto di lavoro" è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno dai comportamenti incivili alla mancanza di rispetto nei confronti degli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all'aggressione fisica degli

operatori. Una delle definizioni più accreditate è quella proposta dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) che definisce la violenza sul posto di lavoro come: “atti violenti (compresa l’aggressione fisica o la tentata aggressione) diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio”.

**Per gli scopi del presente documento sono considerati atti di violenza a danno degli operatori sanitari: insulti, minacce e qualsiasi forma di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da parte di soggetti esterni all’organizzazione, compresi i pazienti, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di un individuo.**

**Il documento non analizza gli episodi di violenza fisica e psicologica legati a soggetti interni alle organizzazioni sanitarie (colleghi, supervisori, manager) come il *bullying* o il *mobbing*.**

La mancanza di un accordo sulla definizione del fenomeno si riflette sul fatto che spesso le evidenze disponibili utilizzano modalità di raccolta dei dati molto diverse fra loro, rendendo così difficile la confrontabilità. Abbiamo così tassi annuali di aggressioni che vanno, per quelle fisiche, dal 3.1 al 71% e, per quelle non fisiche, dal 38 al 90%. Dati americani segnalano che, fra il 2011 e il 2013, circa il 70% delle aggressioni sul posto di lavoro si è verificata in servizi sanitari o sociali e che il 10% degli operatori del settore sanitario ha subito aggressioni con conseguenze che hanno comportato assenze dal lavoro, rispetto al 3% di tutti gli altri operatori del settore privato. I dati forniti dal Ministero della Salute nel quinto rapporto sul “Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella” indicano che nel periodo che va dal 2005 al 2012 sono stati segnalati 165 “atti di violenza a danno di operatore” su tutto il territorio nazionale, pari a circa il 9% del totale delle segnalazioni. Purtroppo le caratteristiche del flusso e della elaborazione dei dati non consentono valutazioni più approfondite del fenomeno.

Un altro motivo che rende difficile una corretta quantificazione del fenomeno è poi legato alla scarsa propensione a segnalare e denunciare gli episodi di violenza da parte degli operatori che li subiscono. I motivi di questa difficoltà sono in parte intrinseci a tutti i sistemi di *reporting*, che sono su base volontaria, ma probabilmente riconoscono anche fattori di tipo sociale e culturale che possono condurre, in molti casi, gli operatori a considerare la violenza subita come una componente “normale” del proprio lavoro.

Relativamente alle figure professionali e ai *setting* assistenziali maggiormente interessati dal fenomeno sembra esservi una maggiore uniformità dei dati di letteratura. Qualsiasi operatore sanitario può essere vittima di violenza, tuttavia le figure più a rischio sono rappresentate da infermieri, operatori sociosanitari e medici. Si tratta di figure che, oltre ad essere a contatto diretto con il paziente, sono chiamate a gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività da parte di soggetti che vivono uno stato di vulnerabilità e frustrazione. Il dolore, prognosi infauste, ambienti non familiari, alterazioni mentali e dell’umore legate a farmaci e alla progressione della malattia possono essere all’origine di comportamenti agitati e violenti.

**Per gli scopi del presente documento sono considerati operatori tutti coloro coinvolti in processi clinico-assistenziali rivolti alla persona (come, ad esempio: medici, infermieri, psicologi, farmacisti, operatori sociosanitari, assistenti sociali, tecnici sanitari, personale dei servizi di trasporto d’emergenza, studenti e specializzandi, volontari, ecc.), il personale di *front office* e dei servizi di vigilanza, e qualunque lavoratore di una organizzazione che eroga prestazioni sociosanitarie che subisca un atto di violenza sul posto di lavoro.**

Le evidenze disponibili sembrano indicare che il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sia maggiormente rilevante nei seguenti *setting* lavorativi:

1. Servizi di emergenza-urgenza;
2. Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
3. Luoghi di attesa;
4. Servizi di geriatria;
5. Continuità assistenziale.

**Per gli scopi del presente documento sono stati presi in considerazione, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i *setting* assistenziali di seguito elencati:**

- a. **Presidi ospedalieri**;
- b. **Strutture residenziali** come, ad esempio: Case della salute, REMS, RSA, strutture di lungodegenza e riabilitazione, *hospice*, ecc.;
- c. **Strutture/servizi non residenziali** come, ad esempio: distretti sanitari, servizi ambulatoriali (compresi gli studi professionali di MMG e PLS), CSM, SERD, consultori familiari, ecc.;
- d. **Strutture per la cura di comunità** come, ad esempio, case-famiglia;
- e. **Servizi domiciliari** come, ad esempio, la continuità assistenziale.

### 3.0 I DATI DELLA REGIONE LAZIO

La Regione Lazio dispone dal 2011 di un portale su cui tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) caricano i dati relativi agli eventi avversi. Al fine migliorare la qualità e l'omogeneità dei dati, è stato elaborato uno specifico *Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella* e, per semplificarne l'utilizzo, l'architettura del portale è stata profondamente rivista nel 2017.

Alla fine del 2018, anche a seguito dell'adozione regionale della prima versione del presente documento, inoltre, sono state introdotte ulteriori modifiche del portale per consentire il caricamento separato delle tre principali categorie di eventi rilevabili sulla base dei dati storici: AGGRESSIONI, CADUTE e ALTRO (ad es.: dispositivi medici, sicurezza del farmaco, ecc.). Nel caso delle aggressioni, inoltre, per la definizione degli esiti dell'evento, ai cinque livelli previsti dalla *International Classification for Patient Safety* dell'OMS ne sono stati aggiunti due: il danno psicologico non certificato (DPNC) e il danno psicologico certificato (DPC). Infine, sempre per le aggressioni, è stato introdotto un campo che, nel caso di atti di violenza riguardanti più operatori, consentisse di specificare i dati di tutti gli operatori coinvolti senza duplicare gli eventi.

Queste modifiche rendono conto di alcune differenze nell'analisi dei dati nel periodo 2012-2018 e in quello successivo. Per l'elaborazione di questo documento sono stati analizzati i dati<sup>1</sup> relativi agli eventi caricati dalle strutture regionali nel periodo che va dal 2012 al 2020. I dati del 2011 sono stati esclusi dall'analisi a causa della non soddisfacente qualità. Si è inoltre proceduto alle seguenti operazioni:

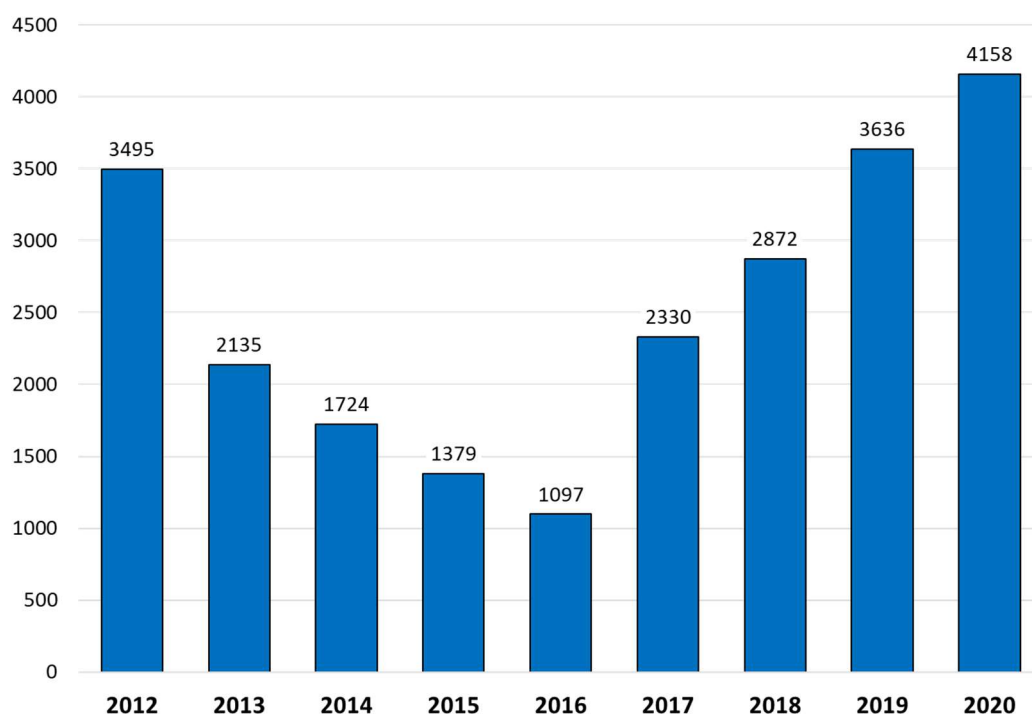
- a. Sono stati eliminati gli eventi relativi alle aggressioni da operatore sanitario ad altro operatore sanitario;
- b. Per alcune analisi del periodo 2012-2018 sono state eliminate le segnalazioni multiple per uno stesso episodio. Per identificarle sono stati analizzati gli eventi che presentavano le seguenti caratteristiche: (a) numero identificativo dell'evento contiguo; (b) stessa struttura. Una volta selezionate le segnalazioni sono state considerate come un unico evento riguardante più operatori, eliminando quelli nei quali la data e l'ora di accadimento coincidevano. Successivamente al 2018, l'introduzione di un campo specifico per gli eventi riguardanti più operatori ha eliminato questo problema;
- c. Sono stati classificati come Near Miss (NM) tutti gli eventi non classificati come Eventi Sentinella (ES) che riportavano come esito "nessun danno".
- d. Sono stati classificati come Evento Avverso (EA) tutti gli eventi non classificati come ES che riportavano come esito un danno di qualunque entità;
- e. Quando possibile, sulla base di quanto contenuto nel campo "Descrizione" dell'evento, sono state riclassificati i campi della segnalazione originariamente non popolati.

**NB:** per le caratteristiche proprie del sistema di reporting (alimentato su base volontaria), non è possibile fare valutazioni di tipo statistico-epidemiologico sui dati di seguito elencati.

Nel periodo dal 2012 al 2020 sono state inserite sul portale regionale 22.286 segnalazioni, con un valore medio annuo che sfiora i duemilacinquecento, pur se con ampie variazioni fra i diversi anni, anche se in crescita costante nell'ultimo quadriennio. (Figura 1).

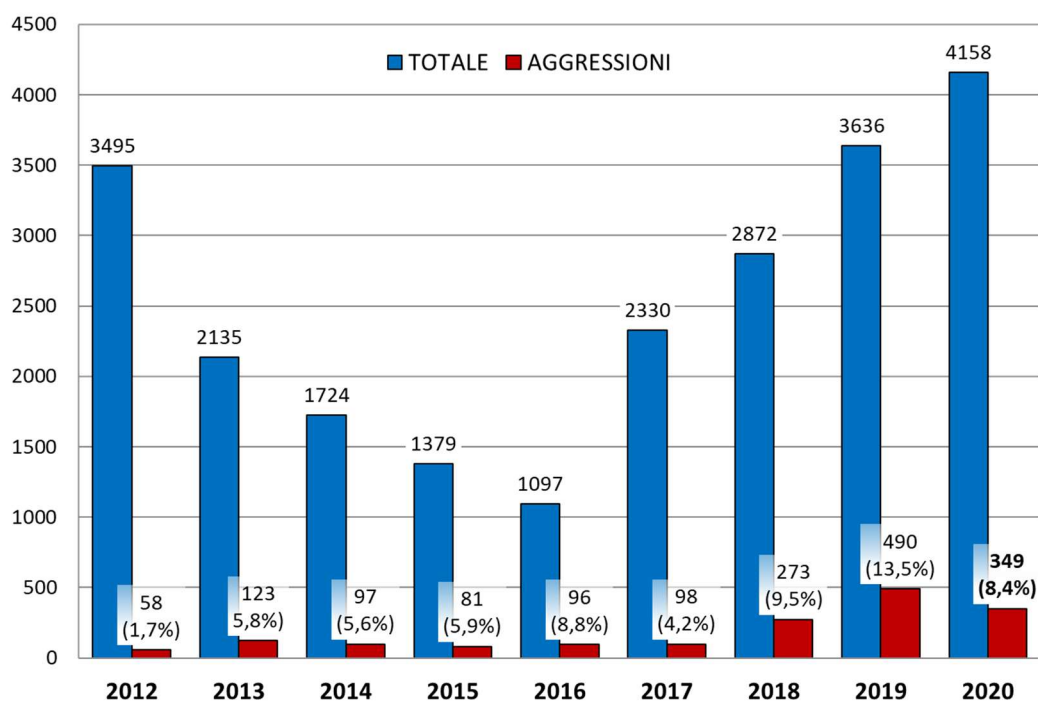
<sup>1</sup> Tutti i dati contenuti nelle tabelle di questo paragrafo sono stati forniti da LazioCrea ed elaborati a cura del Centro Regionale Rischio Clinico.

**Figura 1 – Segnalazioni caricate sul portale regionale nel periodo 2012-2020 (n. 22.286)**



Anche il numero annuo di aggressioni segnalate è molto variabile. Dopo una sostanziale stabilità del dato nel periodo 2013-2017, con un valore medio di segnalazioni per anno pari a novantanove, negli ultimi tre anni il numero di eventi segnalati è molto cresciuto, superando le 370 segnalazioni per anno come valore medio, probabilmente per l'aumentata attenzione sul fenomeno da parte di operatori e organizzazioni.

**Figura 2 – Numero di aggressioni sul totale delle segnalazioni nel periodo 2012-2020 (n. 22.286)**



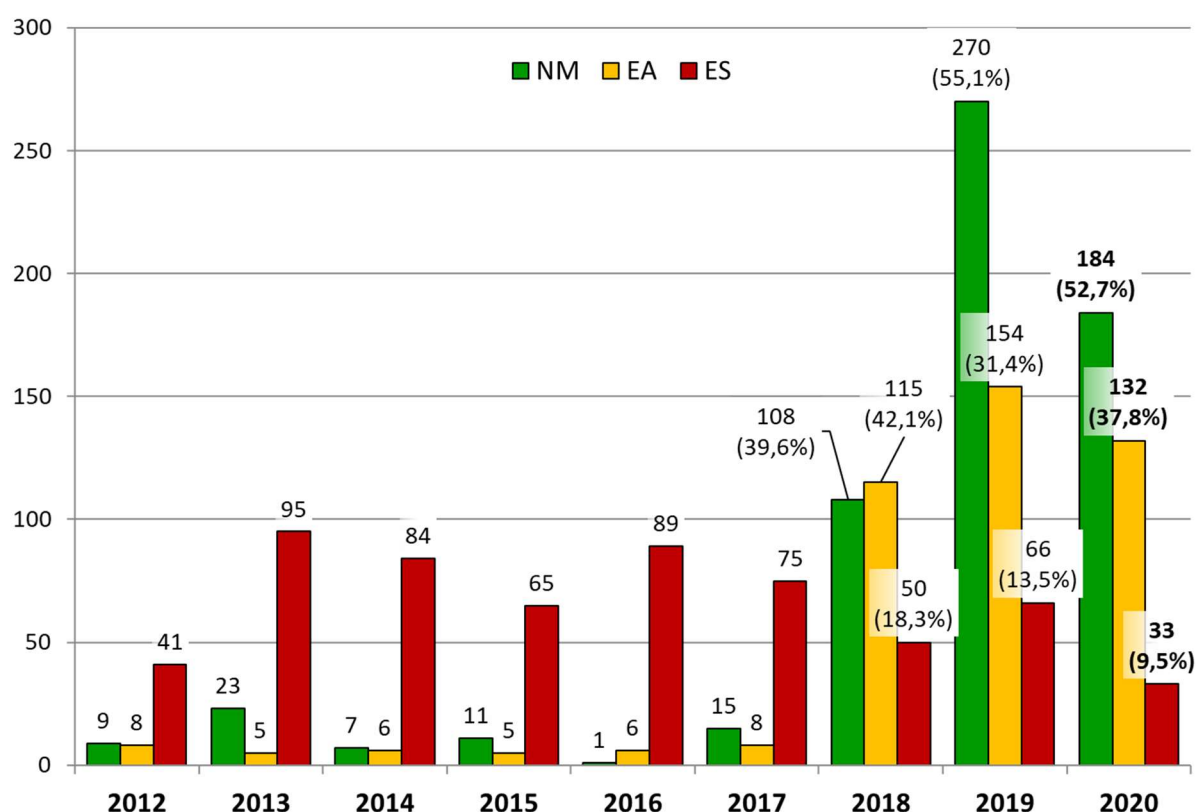


Il dato del 2020 è invece in controtendenza: al netto dei già citati limiti dello strumento di *reporting*, è possibile che questa flessione possa essere legata almeno in parte alla contrazione delle prestazioni non COVID erogate dalle strutture soprattutto durante il periodo di *lockdown* all'inizio del 2020 (Figura 2). La percentuale di aggressioni segnalate sul totale degli eventi caricati sul portale regionale si attesta su un valore medio del 7.5% (da un minimo dell'1.7% nel 2012 a un massimo del 13.5% nel 2019; nel 2020 il dato è pari all'8.4%).

### 3.1 Classificazione SIMES delle aggressioni

Nel periodo 2012-2020 sul totale degli atti di violenza a danno di operatori caricati sul portale regionale (pari a 1.665), gli eventi classificabili come NM e come EA sono rispettivamente il 38% e il 26% (628 e 439 casi rispettivamente), mentre gli eventi classificati come ES sono il 36% (598 casi). Si tratta di dati piuttosto anomali, in quanto in una distribuzione "ideale" degli eventi il numero di NM dovrebbe superare di molto quello degli EA e questi dovrebbero essere molti di più degli ES. Nel periodo 2012-2017 la percentuale degli ES va da un minimo del 70.7% delle aggressioni segnalate nel 2012 a un massimo del 92.7% nel 2016. Solo nell'ultimo triennio la distribuzione degli eventi segnalati fra NM, EA e ES mostra una tendenza a quella che potremmo definire una "normalizzazione" (Figura 3).

**Figura 3 - Classificazione SIMES delle aggressioni nel periodo 2012-2020 (n. 1.665)**



**Legenda:** SIMES: Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità; NM: Near Miss; EA: Evento Avverso; ES: Evento Sentinella

Il peso delle aggressioni classificate come ES emerge anche analizzandole sul totale degli ES caricati sul portale nel periodo 2012-2020, conferma la rilevanza delle aggressioni: su un totale di 1.549 ES

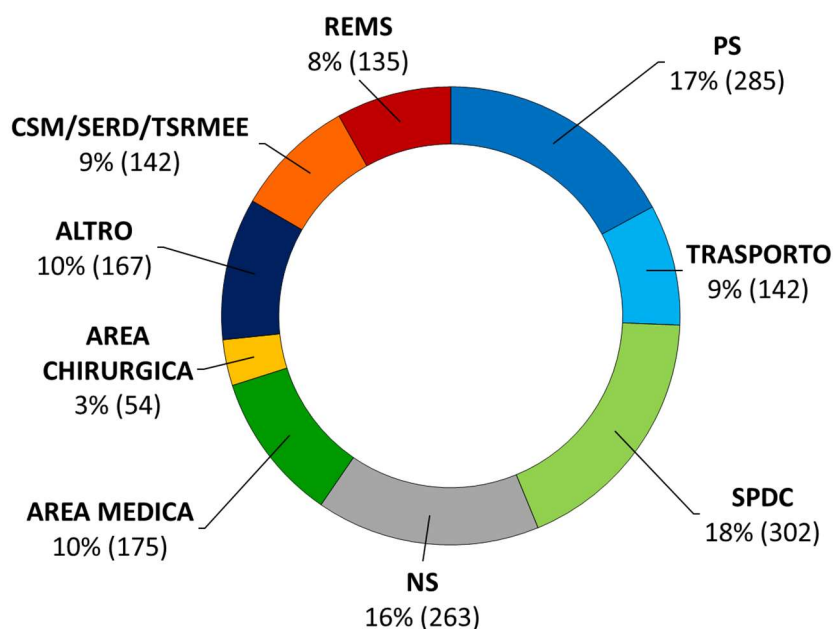
caricati, infatti, le aggressioni vanno dal 25.6% del 2020 al 48.5 del 2016, con valore medio del 38.6%. In sostanza nei nove anni analizzati, più di un ES su tre è rappresentato da una aggressione.

È possibile che uno dei motivi di questa distribuzione in qualche modo anomala, possa essere legato alle indicazioni ministeriali relative alle modalità di classificazione di questi eventi, che richiedono di classificare come ES tutti gli atti di violenza a danno di operatori indipendentemente dall'esito. La segnalazione è obbligatoria anche per le aggressioni subite da parte di pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti. Sono escluse dalla segnalazione soltanto le aggressioni verbali che non abbiano il carattere di minaccia o intimidazione. Questo, oltre a rappresentare un problema nella corretta alimentazione del flusso SIMES eventi soprattutto relativamente alla fase di validazione ministeriale degli ES inviati, potrebbe aver contribuito a un sovra-codifica degli atti di violenza. Per supportare gli operatori e le organizzazioni nella corretta classificazione degli eventi, comprese le aggressioni, è stato recentemente revisionato il già citato *Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella* cui si rimanda per ulteriori dettagli (vedi anche 12.1 *Analisi dell'evento e alimentazione del flusso SIMES*).

### 3.2 Luogo di accadimento

Come si vede nella Figura 4, nel periodo 2012-2020, il 49% delle aggressioni si è verificata all'interno dell'ambito ospedaliero (816 casi). Più nel dettaglio: il 18% degli eventi si è verificato all'interno di SPDC (302 casi); il 17% in PS (285 casi); il 10% in PS (285 casi); il 10% in reparti di Area Medica (175 casi) e il 3% in reparti di Area Chirurgica (54 casi).

**Figura 4 – Luogo di accadimento delle aggressioni nel periodo 2012-2020 (n. 1.665)**



**Legenda:** NS: Non Specificato; REMS: Residenza Esecuzione Misure Sicurezza; PS: Pronto Soccorso; SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura.

Il 9% delle aggressioni si è verificata nell'ambito dell'assistenza psichiatrica e delle dipendenze patologiche (142 casi) e un altro 9% nell'ambito del trasporto di emergenza (142). Il 10% delle aggressioni (pari a 167 casi) si è verificato all'interno di ambiti più disomogenei (ad es.: consultori familiari, ambulatori vaccinali, riabilitazione, RSA, ecc.). Discorso a parte meritano le REMS, in cui si

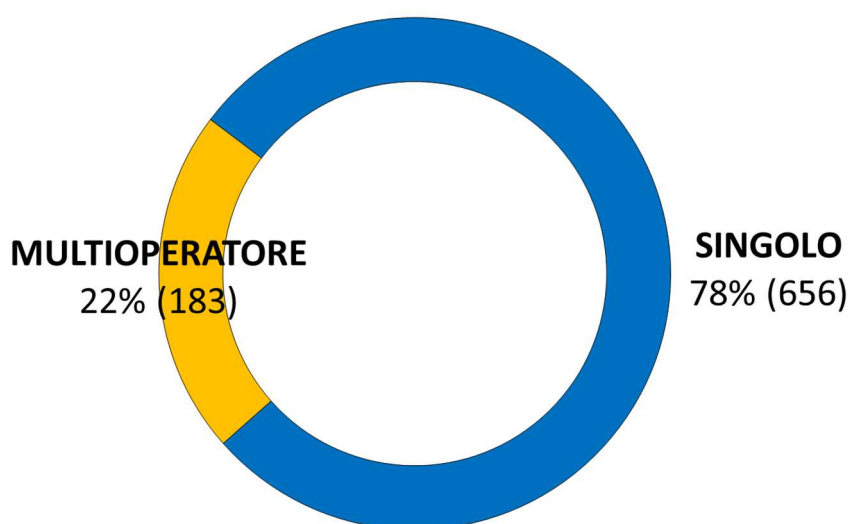
sono verificate 135 aggressioni, pari all'8% del totale. In 263 casi, pari al 16% del totale, non è stato possibile risalire alla struttura in cui si sono verificati gli episodi.

È opportuno sottolineare che le aggressioni verificatesi in strutture che rientrano nell'ambito dell'assistenza psichiatrica (SPDC, strutture di assistenza psichiatrica territoriale e REMS), rappresentano il 34.8% del totale (579 casi su 1.665): questo sottolinea la necessità di una riflessione specifica sul tema.

### 3.3 Numero degli operatori coinvolti

Nel periodo 2012-2020 il numero di operatori coinvolti da atti di violenza a loro danno è di 2.123. Dalla fine del 2018 il portale regionale consente il caricamento di un evento di aggressione a più di un operatore come evento unico permettendo però di inserire i dati di tutti gli operatori coinvolti, in modo da non perdere dati utili per valutare le dimensioni del fenomeno. Per questo motivo l'analisi di questo dato è limitata al periodo 2019-2020. In questo periodo, su 839 eventi, le aggressioni che hanno coinvolto più di un operatore sono state il 22% del totale, pari a 183 casi. Il numero medio di operatori coinvolti è di 3,1 per evento (Figura 5).

**Figura 5 – Aggressioni a operatore singolo o multiplo 2019-2020 (n. 839)**



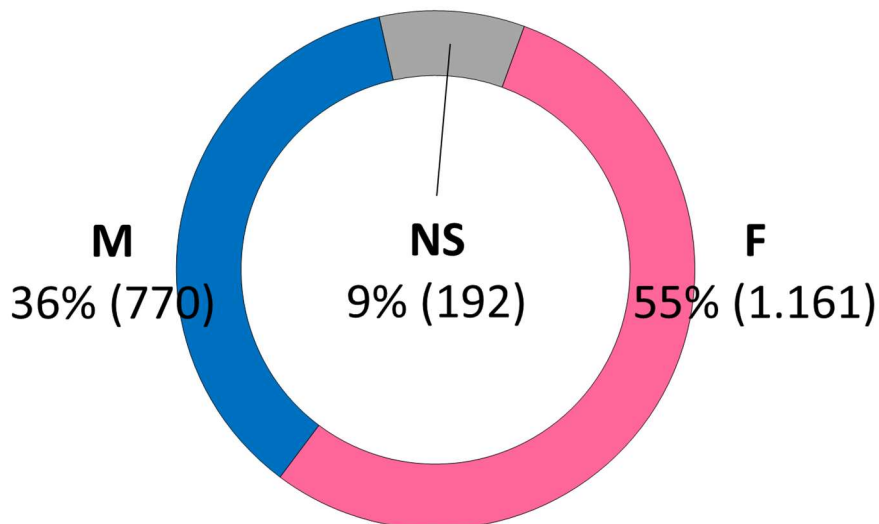
### 3.4 Distribuzione per sesso e qualifica degli operatori coinvolti

Su 2.123 operatori coinvolti da atti di violenza nel periodo 2012-2020, il 55% è di sesso femminile e il 36% di sesso maschile (1.161 e 770 casi, rispettivamente). Nel 9% dei casi, pari a 192, il campo non è stato popolato correttamente in fase di segnalazione (Figura 6). Per poter correttamente interpretare il dato, e verificare l'effettiva prevalenza delle aggressioni negli operatori di sesso femminile, tuttavia, sarebbe necessario confrontare questo dato con la prevalenza di operatori di sesso femminile rispetto al totale degli operatori impiegati nelle organizzazioni sanitarie.

L'analisi della qualifica degli operatori coinvolti è possibile solo dal 2019. Su 1.230 eventi, si rileva una netta prevalenza del personale infermieristico, coinvolto in 568 casi, pari al 46% del totale (Figura 7). In questo caso, tuttavia, i limiti dello strumento di reporting sono ulteriormente

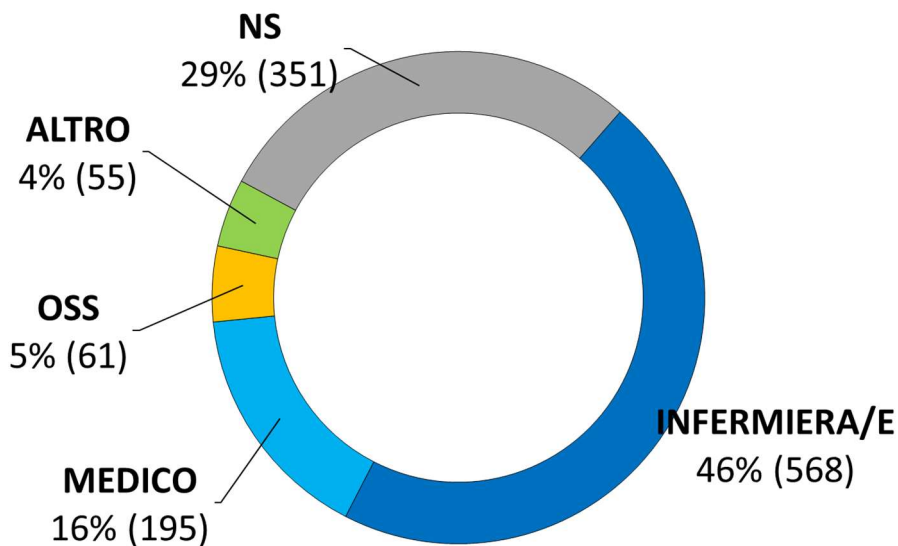
magnificati dalla non trascurabile percentuale di casi in cui non è stato possibile risalire alla qualifica dell'operatore coinvolto: ben il 29% del totale, pari a 351 casi.

**Figura 6 – Distribuzione delle aggressioni per sesso 2012-2020 (n. 2.123)**



**Legenda:** M: Maschio; F: Femmina; NS: Non Specificato.

**Figura 7 – Distribuzione delle aggressioni per qualifica 2019-2020 (n. 1.230)**



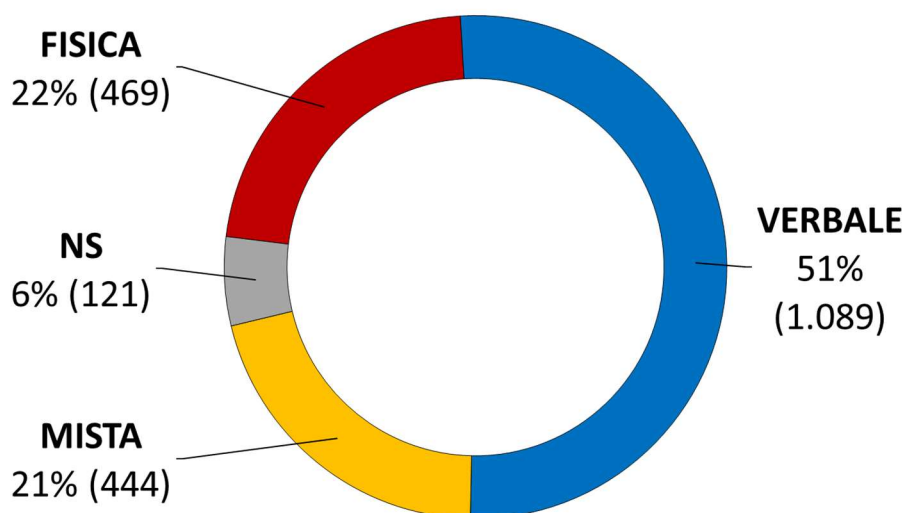
**Legenda:** NS: Non Specificato; OSS: Operatore Socio-Sanitario.

Pur con tutte le cautele del caso, tuttavia, il dato sembrerebbe deporre per una correlazione fra la quantità di tempo dedicata alle attività assistenziali e il rischio di essere aggrediti.

### 3.5 Tipo di aggressione e tipo di aggressore

Sui 2.123 operatori coinvolti in atti di violenza nel periodo 2012-2020, emerge che nel 51% dei casi (pari a 1.089) l'aggressione è stata verbale, seguita dal 22% di aggressioni di tipo fisico e dal 21% di aggressioni di tipo misto, cioè con componente sia verbale che fisica (469 e 444 casi, rispettivamente). In 121 casi, pari al 6% del totale, non è stato possibile definire il tipo di aggressione (Figura 8).

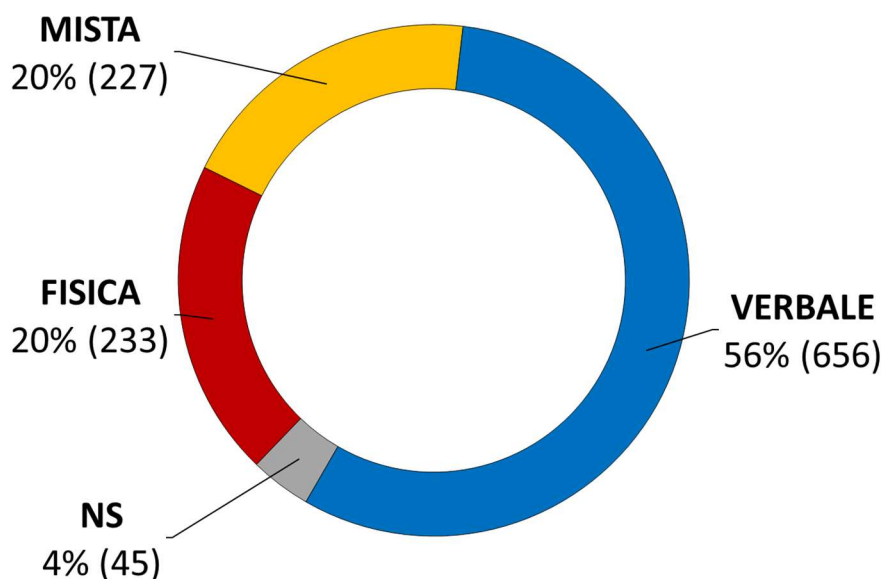
**Figura 8 – Tipo di aggressione 2012-2020 (n. 2.123)**



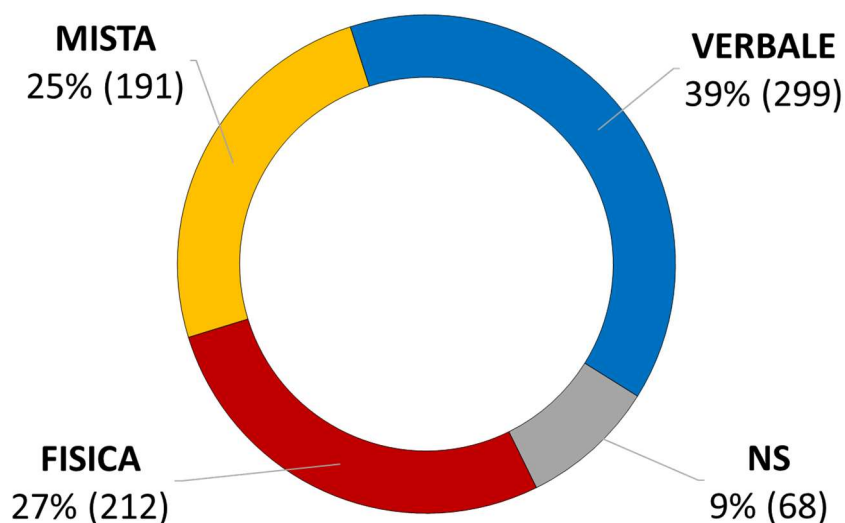
**Legenda:** NS: Non Specificato.

Analizzando una possibile correlazione fra sesso dell'operatore coinvolto e tipo di aggressione, emerge che nel periodo 2012-2020, sui 1.931 eventi in cui era possibile risalire al sesso dell'operatore coinvolto, la percentuale di aggressioni verbali è superiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile: 56% contro il 39% (656 e 299 casi, rispettivamente). Il dato si ribalta analizzando le aggressioni di tipo fisico e misto che nel sesso maschile sono il 52% del totale rispetto al 40% nel sesso femminile (403 e 460 casi rispettivamente). Tuttavia non è trascurabile il numero di casi non specificati, pari al 9% nel caso dei M e al 4% in quello delle F, per un totale di 113 casi (Figure 9 e 10).

**Figura 9 – Correlazione fra sesso F e tipo di aggressione 2012-2020 (n. 1.161)**



**Figura 10 – Correlazione fra sesso M e tipo di aggressione 2012-2020 (n. 770)**



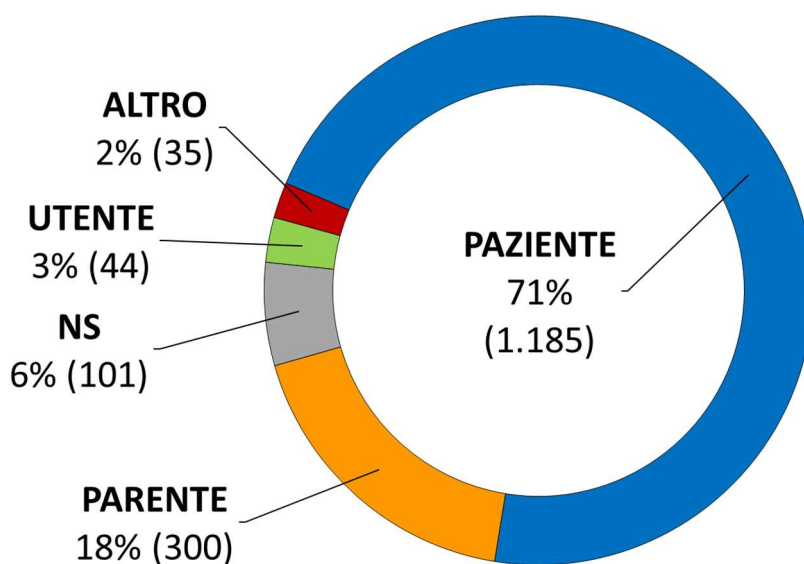
**Legenda:** NS: Non Specificato.

L'analisi del tipo di aggressore mostra la netta prevalenza dei pazienti, autori del 71% dei 1.665 episodi di violenza caricati sul portale regionale nel periodo 2012-2020. Sommando questo dato con le aggressioni da parte di pazienti in associazione con parenti e visitatori e quelle da parte di utenti, emerge che il coinvolgimento negli atti di violenza del "destinatario" delle prestazioni erogate supera il 74% dei casi. Nel 18 % dei casi protagonista è stato un parente (Figura 11).

Nel tentativo di evidenziare eventuali fattori di rischio legati alle condizioni cliniche del paziente che potrebbero aumentarne l'aggressività, sulla base dell'analisi della descrizione dell'evento, sono state analizzate le caratteristiche del paziente. Escludendo i pazienti in trattamento psichiatrico (ospedaliero o territoriale) o per dipendenze patologiche, è così emerso che nel periodo 2012-2020,

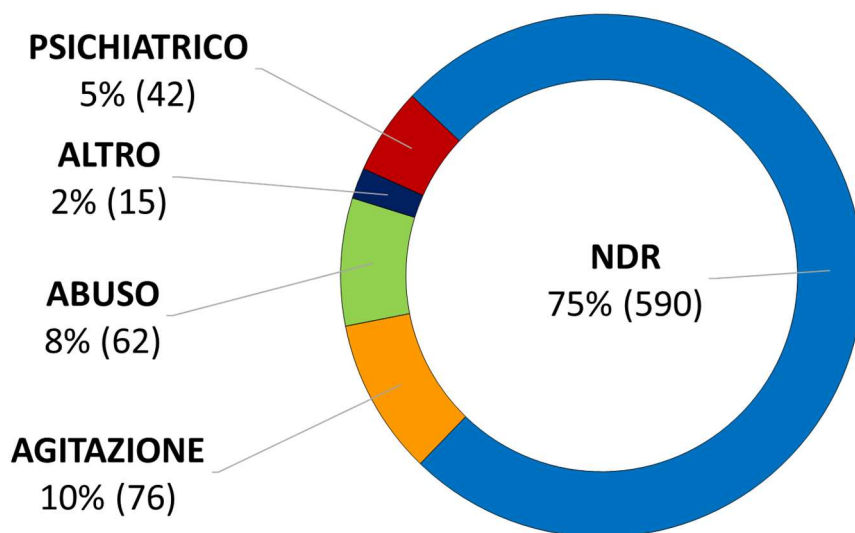
su 785 eventi il 75% dei pazienti non presentava alcuna caratteristica clinica che potesse far supporre un'aumentata aggressività. È opportuno segnalare che nel 13% dei casi si trattava di pazienti di tipo psichiatrico o sotto l'effetto di sostanze psicotrope, trattati al di fuori di strutture di assistenza specialistica (Figura 12).

**Figura 11 – Tipo di aggressore 2012-2020 (n. 1.665)**



**Legenda:** NS: Non Specificato.

**Figura 12 - Caratteristiche cliniche dei pazienti che aggrediscono 2012-2020 (n. 785)**

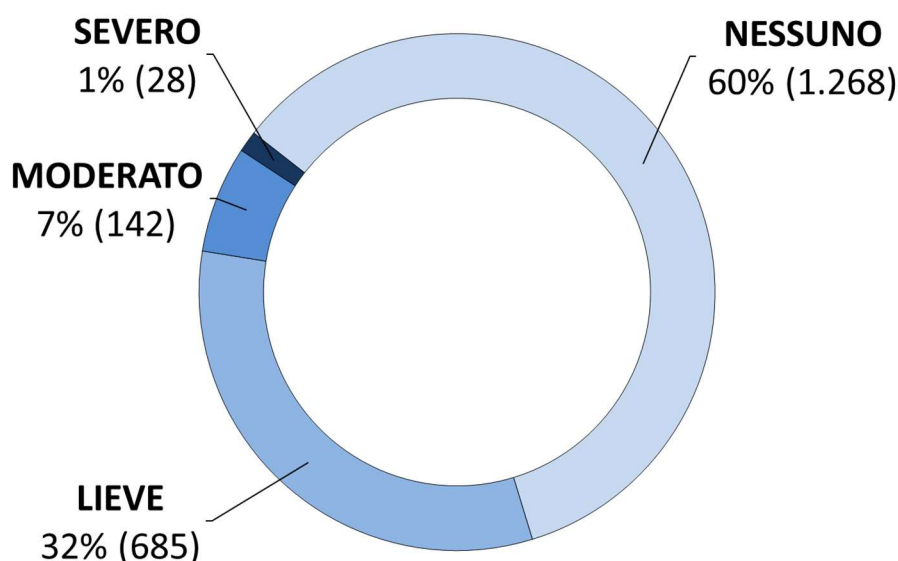


**Legenda:** NDR: Niente Di Rilevante.

### 3.6 Esito delle aggressioni

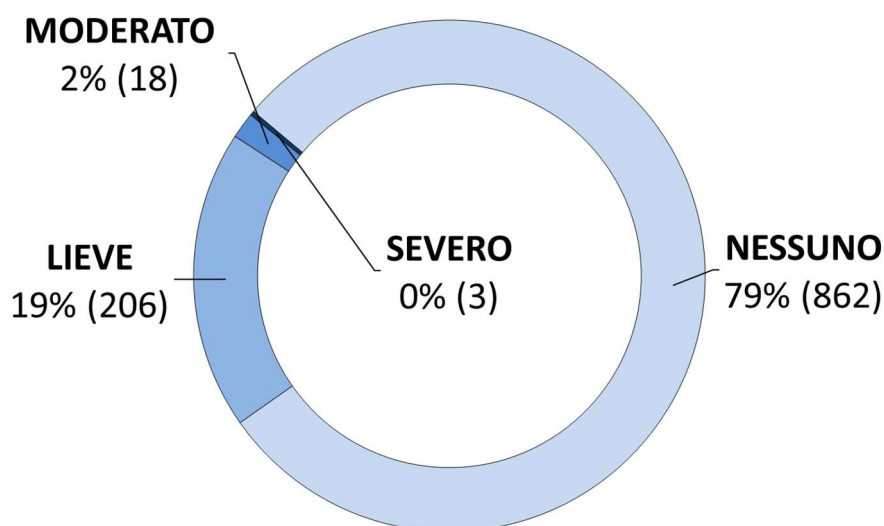
Sul totale dei 2.123 operatori coinvolti nel periodo 2012-2020, il 60% ha avuto come esito nessun danno, il 32% un danno lieve, il 7% moderato e l'1% severo (Figura 13).

**Figura 13 - Esito aggressione 2012-2020 (n. 2.123)**



Analizzando la correlazione fra tipo di aggressione ed esito emerge, com'era lecito aspettarsi, una correlazione fra la componente fisica dell'aggressione e una maggior gravità dell'esito dell'evento, anche se, come più volte ripetuto, i limiti dello strumento di rilevazione sono troppo rilevanti per dare a queste considerazioni meramente descrittive una valenza di tipo statistico-epidemiologico.

**Figura 14 – Esiti aggressione di tipo verbale 2012-2020 (n. 1.089)**

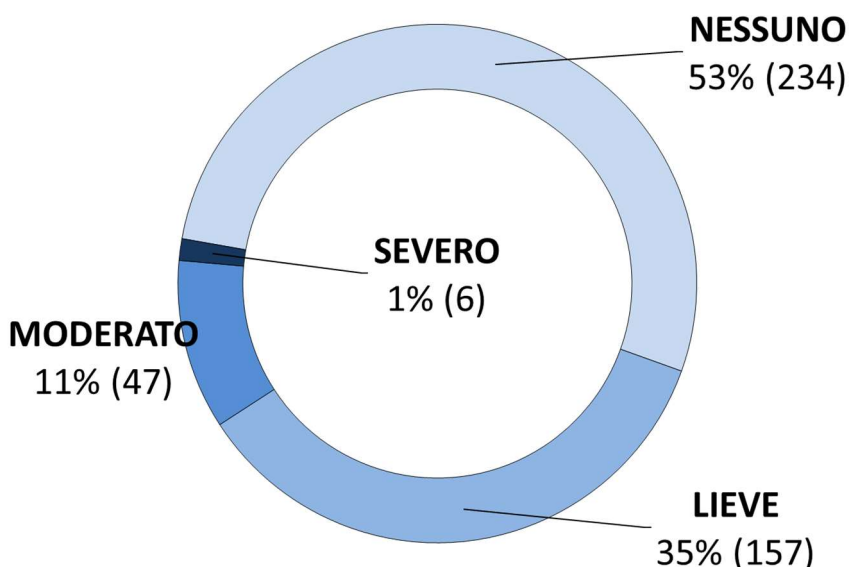


Confrontando le figure 14, 15 e 16 si vede come il numero di eventi con nessun esito mostra un gradiente decrescente passando dal 79% nelle aggressioni verbali (862 casi) al 53% in quelle miste (234 casi) e al 24 in quelle fisiche (110 casi). Andamento opposto mostrano gli eventi con esito lieve,

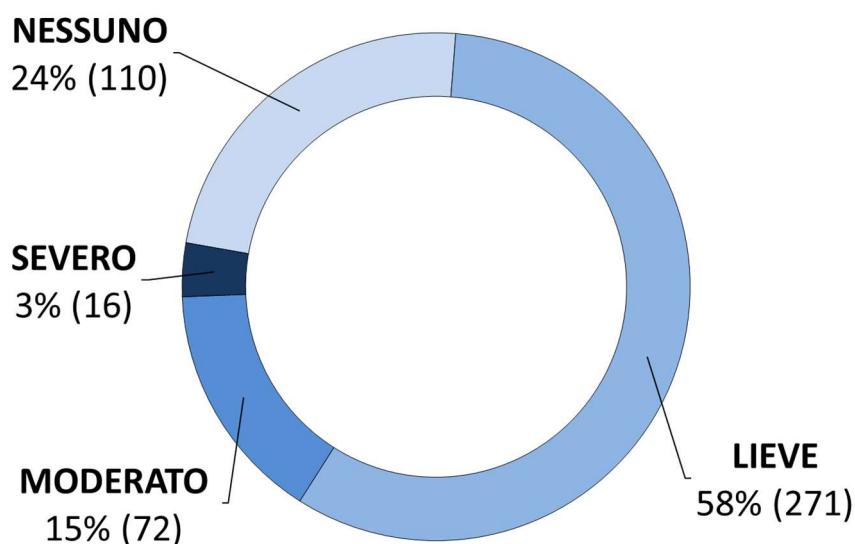


che passano dal 19% nel caso delle aggressioni verbali al 58% nel caso di quelle fisiche. La somma degli eventi con esito moderato e severo passa dal 2% delle aggressioni verbali (21 casi), al 12% di quelle miste (53 casi) per finire al 18% di quelle fisiche (88 casi).

**Figura 15 – Esiti aggressione di tipo misto 2012-2020 (n. 444)**



**Figura 16 – Esiti aggressione di tipo fisico 2012-2020 (n. 469)**



Per consentire di analizzare i dati dell'intero periodo, gli eventi che dal 2019 hanno avuto come esito un Danno Psicologico Non Certificato (DPNC) sono stati aggregati a quelli senza danno, mentre quelli con Danno Psicologico Certificato (DPC) agli eventi con danno lieve. Si ritiene che questa operazione, pur se metodologicamente non del tutto corretta, non abbia avuto effetti di rilievo sulla valutazione finale stante l'esiguo numero di eventi segnalati che riportavano questi esiti.

Lo stesso criterio è stato utilizzato anche nella Tabella 1, che evidenzia ulteriormente il citato fenomeno della possibile sovra-codifica degli eventi. Infatti il 44% delle aggressioni classificate come ES riporta nessun esito e poco più del 42% un esito lieve. Il numero di eventi con esito da moderato a severo nel periodo 2012-2020 è pari al 13,8% del totale (82 casi).

Tabella 1 - Classificazione per tipo di evento ed esito 2012-2020									
TIPO EVENTO	ESITO								
	N.	NESSUNO	% su tipo	LIEVE	% su tipo	MODERATO	% su tipo	SEVERO	% su tipo
NM	628	628	100						
EA	439	0	-	367	83,6	65	14,8	7	1,6
ES	598	263	44,0	252	42,1	63	10,5	20	3,3
TOTALE	1665	891		619		128		27	

## 4.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il documento ha lo scopo di fornire alle strutture sanitarie indicazioni e strumenti per migliorare la sicurezza dei propri operatori attraverso interventi strutturati e organizzati che consentano di:

1. Elaborare un Programma di Prevenzione degli atti di Violenza a danno degli operatori sanitari (PPV) da inserire come capitolo monografico nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR);
2. Programmare e implementare interventi preventivi e protettivi che consentano la riduzione del rischio di atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
3. Diffondere una politica di tolleranza zero verso qualsiasi atto di violenza (fisica e/o verbale) e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
4. Aumentare le competenze e la sensibilità degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi;
5. Incoraggiare il personale a segnalare gli episodi subiti;
6. Supportare le vittime di tali episodi con adeguata assistenza legale e psicologica.

## 5.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

<b>A CHI</b>	Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona: medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, assistenti sociali, tecnici sanitari, personale dei servizi di trasporto d'emergenza, studenti e specializzandi, personale di <i>front office</i> , addetti ai servizi di vigilanza, ecc..
<b>DOVE</b>	In tutte le strutture ospedaliere e territoriali delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, con priorità per le attività considerate a più alto rischio potenziale quali: aree di emergenza, strutture psichiatriche, servizi di salute mentale e per il trattamento delle dipendenze, servizi di continuità assistenziale, servizi di geriatria.
<b>QUANDO</b>	Durante l'erogazione di qualsiasi prestazione o intervento di tipo sociosanitario.

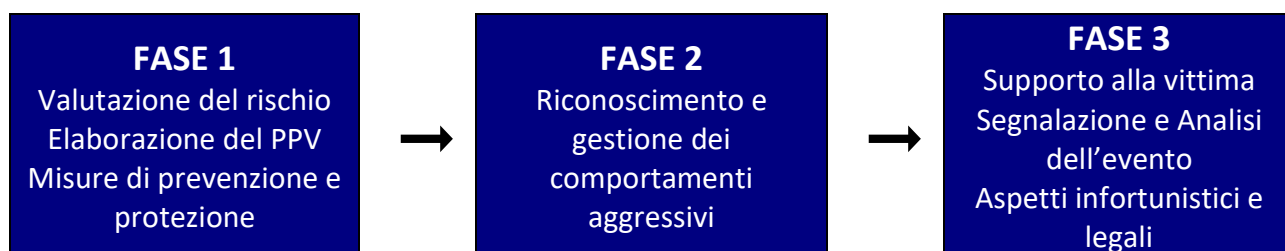
## 6.0 GLOSSARIO

<b>CRM</b>	Clinical Risk Manager.
<b>CSM</b>	Centro Salute Mentale.
<b>Defusing</b>	Letteralmente: disinnescare. Colloquio di gruppo per elaborare brevemente e in forma collettiva il significato dell'evento.
<b>De-escalation</b>	Letteralmente: riduzione progressiva, attenuazione. Si tratta di un insieme di interventi, basati sulla comunicazione verbale e non verbale, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto. La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e di aggressività presenti non solo nelle persone con disturbi psichiatrici.
<b>Debriefing</b>	Letteralmente: rapporto, resoconto. Si tratta di un 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.
<b>EVENTO AVVERSO (EA)</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
<b>EVENTO SENTINELLA (ES)</b>	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.
<b>EVENTO SENZA DANNO</b>	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità
<b>DVR</b>	Documento di Valutazione del Rischio.
<b>GPS</b>	Global Positioning System: sistema di posizionamento globale.
<b>Login</b>	Registrazione di accesso (a un edificio, servizio, funzione, ecc.).
<b>Logout</b>	Registrazione di uscita (da un edificio, servizio, funzione, ecc.).
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale.
<b>NEAR MISS (NM)</b>	Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
<b>PLS</b>	Pediatra di Libera Scelta.
<b>PPV</b>	Programma di Prevenzione degli atti di Violenza.
<b>PS</b>	Pronto Soccorso
<b>REMS</b>	Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza.
<b>RSA</b>	Residenze Sanitarie Assistenziali.
<b>SERD</b>	Servizio per le Dipendenze.
<b>SIMES</b>	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
<b>SPDC</b>	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
<b>SPP</b>	Servizio di Prevenzione e Protezione.
<b>SSA</b>	Scheda Segnalazione Aggressioni.
<b>TSO</b>	Trattamento Sanitario Obbligatorio.
<b>TUSSL</b>	D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008: Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
<b>URP</b>	Ufficio Relazioni con il Pubblico

## 7.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la redazione del documento non è stato possibile adottare il modello ad “acquedotto romano” utilizzato in altri documenti regionali in quanto gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano un ampio *range* di eventi legati alla sicurezza dei lavoratori e non possono essere configurati come un processo assistenziale di cui sia possibile definire colonne e archi.

Sono state però definite tre fasi principali, in qualche modo assimilabili alle colonne dell’acquedotto, per le quali sono state definite specifiche attività ed elaborati degli strumenti di supporto utili alla loro implementazione. Nel rispetto dell’autonomia delle singole strutture, tali strumenti potranno essere integrati in relazione alle specifiche esigenze, purché venga data evidenza del rispetto delle attività previste per ogni fase. Le tre fasi individuate si pongono in relazione cronologica con l’evento aggressivo e sono:



# FASE 1

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO

### ELABORAZIONE DEL PPV

### MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

## 8.0 VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ELABORAZIONE DEL PPV

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 TUSSL<sup>2</sup>, che, ricordiamo, riguarda tutti i rischi “presenti nell’ambito dell’organizzazione in cui essi prestano la propria attività” ed è “finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza”. L’art. 28 c. 1 del 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 Documento di Valutazione dei Rischi<sup>3</sup> (di seguito DVR) in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione” e con il medico competente nei casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria dei lavoratori<sup>4</sup>. È opportuno ricordare come l’elaborazione del DVR rientri fra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro.

Il ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione viene ulteriormente specificato all’art. 33 c. 1 del TUSSL che gli attribuisce i seguenti compiti: (a) individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi e individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro; (b) elaborazione, per quanto di competenza, delle misure preventive e protettive e dei sistemi di controllo di tali misure; (c) elaborazione delle procedure di sicurezza per le varie attività aziendali; (d) proposta dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori.

Tuttavia occorre sottolineare che il rischio di subire un atto di violenza sul posto di lavoro presenta aspetti peculiari che vanno adeguatamente considerati per orientare correttamente sia la valutazione del rischio che l’identificazione di adeguate misure preventive e protettive. Innanzitutto siamo in presenza di un fattore di rischio “esterno” all’ambiente di lavoro e alle mansioni specifiche, legato a comportamenti agiti da individui che, come tali, sono caratterizzati da una estrema variabilità quando non da una assoluta imprevedibilità. Un ulteriore elemento che differenzia il rischio di subire un’aggressione dagli altri rischi lavorativi sta nel fatto che, almeno allo stato attuale, non è ipotizzabile la definizione di un protocollo di sorveglianza sanitaria specifico.

Alla luce di quanto sopra esposto, pertanto, si ritiene auspicabile che le organizzazioni sanitarie procedano all’elaborazione di un Programma di Prevenzione degli atti di Violenza (di seguito PPV) da inserire come capitolo monografico del DVR.

Per la valutazione del rischio di aggressione nell’ambiente di lavoro si suggerisce di utilizzare una specifica *checklist*, da compilare a cura del SPP, sul modello di quella proposta nell’Allegato 2 (*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

<sup>2</sup> Art. 2, c. 1, lettera q) del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro).

<sup>3</sup> Articolo 17, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro).

<sup>4</sup> Art. 29 c. 1 del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro).

proposta possono essere utilizzati anche strumenti di autovalutazione del rischio da parte del personale (Allegato 3 - *Modello di checklist per l'autovalutazione del rischio di atti di violenza*), eventualmente adattandoli al contesto. La valutazione della diffusione o della percezione del fenomeno "violenza" fra gli operatori può essere fatta utilizzando strumenti di differente complessità, come questionari o interviste. Ove possibile si suggerisce di progettare interventi *ad hoc*, possibilmente utilizzando tecnologie informatiche che consentano l'utilizzo dello strumento prescelto da remoto. Una corretta valutazione del rischio non può, infine, prescindere dai dati aziendali sul numero di denunce/comunicazioni all'INAIL, segnalazioni all'Autorità Giudiziaria o alle forze dell'ordine, referti medici e schede di *incident reporting*. Al fine di individuare aree in cui si verifichino con particolare frequenza situazioni di conflittualità fra utenti e operatori può essere utile anche l'analisi delle segnalazioni e dei reclami giunte all'URP.

Indipendentemente dagli strumenti utilizzati la valutazione del rischio violenza sul posto di lavoro deve porsi i seguenti obiettivi:

- a) Identificare e valutare le opzioni di controllo del rischio nell'ambiente di lavoro
- b) Scegliere misure di controllo efficaci e fattibili per ridurre i rischi
- c) Definire un piano per l'implementazione di queste misure
- d) Verificare a distanza di tempo che le misure di controllo siano effettivamente utilizzate
- e) Verificarne l'efficacia e, nel caso, confermarle, migliorarle o modificarle

Il PPV deve contenere obiettivi chiari, essere adatto alle dimensioni e alla complessità dell'organizzazione ed essere adattabile a specifiche situazioni. Deve esplicitare il cronoprogramma degli interventi e la matrice delle responsabilità e essere proposto alla Direzione Strategica per l'approvazione e l'adozione. L'impegno della Direzione Strategica, che deve essere visibile e continuo, e il coinvolgimento dei lavoratori sono elementi fondamentali per l'efficacia del PPV. La regia del PPV andrebbe affidata a un Gruppo di Lavoro Interdisciplinare coordinato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e composto almeno dalle seguenti figure:

1. Direttore Sanitario Aziendale;
2. Medico Competente o Coordinatore dei Medici Competenti;
3. Responsabile dell'Ufficio Tecnico;
4. Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie;
5. Clinical Risk Manager;
6. Avvocato aziendale o Dirigente degli Affari Generali/Legali.
7. Responsabile della formazione;

## 9.0 MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Nella sua definizione più classica, il rischio è determinato dal prodotto tra probabilità di accadimento di un evento (P) e gravità attesa del danno conseguente (D):

$$R = P \times D$$

Da un punto di vista didascalico gli interventi di protezione diminuiscono il rischio attraverso la riduzione del danno, mentre quelli di prevenzione lo fanno riducendo la probabilità di accadimento di un evento. Ovviamente nella realtà quasi mai è possibile definire un intervento come puramente protettivo o preventivo, per cui nel prosieguo della trattazione si parlerà indifferentemente di misure protettive o preventive.

In analogia alla tassonomia per dei fattori causali e contribuenti, anche gli interventi preventivi e protettivi possono essere classificati in: (a) strutturali e tecnologici; (b) organizzativi; (c) 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. Gli interventi di seguito elencati sono da implementare sia nella valutazione dei progetti di nuove strutture, che nella modifica di quelle esistenti.

### 9.1 Interventi strutturali e/o tecnologici

Servono a rimuovere il fattore di rischio o a creare una barriera fra rischio e operatore. 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 non sono praticabili. A mero titolo esemplificativo si riportano di seguito e nella Tabella 2 i principali interventi strutturali e/o tecnologici:

1. Presenza di **materiale informativo** sulla politica di tolleranza zero nei confronti di comportamenti violenti (Allegato 1);
2. I **locali di attesa** devono essere:
  - a. dotati di impianti di videoregistrazione continua a circuito chiuso, preferibilmente con monitor visibili anche agli utenti (prioritariamente nelle aree ad alto rischio come il Pronto Soccorso) e con adeguata cartellonistica che, nel rispetto della *privacy*, informi gli utenti. In casi particolari (ad esempio nel caso di servizi in aree socialmente degradate) è auspicabile la presenza di un presidio del personale di vigilanza attivo 24 ore su 24 e sette giorni su sette o comunque durante l'orario di apertura del servizio;
  - b. adeguatamente ampi in relazione al tipo di servizio; ben illuminati; accoglienti; puliti; con parametri microclimatici rispondenti agli standard previsti per la stagione invernale e estiva, curando, in modo particolare, i ricambi d'aria; provvisti di arredi confortevoli e in numero sufficiente affinché pazienti e utenti in attesa non debbano trascorrere lunghi periodi in piedi;
  - c. provvisti di un numero adeguato di servizi igienici e dotati di distributori di acqua, bevande e *snack*;
  - d. facilmente raggiungibili e accessibili dall'utenza, prevedendo segnaletica orizzontale e verticale di facile interpretazione e, per la gestione di casi particolari, di personale dedicato che possa accompagnare il paziente/utente;
  - e. dotati di sistemi informativi di facile consultazione per fornire informazioni sulle modalità di accesso ai servizi richiesti o su quanto necessario a rendere il più confortevole possibile l'attesa;
  - f. dotati di sistema di allarme per consentire a operatori e pazienti/utenti di segnalare situazioni di emergenza o richiedere assistenza;
  - g. privi di arredi o complementi di arredo che possano essere utilizzati come corpi contundenti, disponendo possibilmente gli estintori e gli altri sistemi antincendio in nicchie incassate nella parete;
  - h. privi di elementi come corde e catene, anche nei servizi igienici;
  - i. dotati di arredi possibilmente fissati a parete o a pavimento.

3. Gli **sportelli informativi** devono essere:
  - a. allestiti in modo da permettere a chiunque, comprese le persone con disabilità (motoria, sensoriale, ecc.) di comunicare agevolmente con l'operatore;
  - b. collocati in modo tale da garantire il rispetto della riservatezza dell'utente;
4. Gli ambienti destinati a essere utilizzati come **ambulatori** devono:
  - a. essere collocati in area dello stabile non isolata;
  - b. avere dimensioni adeguate;
  - c. essere strutturati e arredati in modo tale da permettere all'operatore di guadagnare agilmente una via di fuga in caso di tentativo di aggressione;
  - d. evitare di porre in vista tutto quanto potrebbe essere utilizzato come "corpo contundente" (spillatrici, tagliacarte, ferma-carte, ecc.);
5. Presenza di **allarme** azionabile con pulsante che, in caso di aggressione grave, allerti immediatamente il servizio di vigilanza e/o le forze dell'ordine;
6. Facilitare il coordinamento tra le **forze dell'ordine**<sup>5</sup> e il personale di **vigilanza** interno.

Tabella 2 – Interventi strutturali e/o tecnologici (modificata da OSHA)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Sistemi di allarme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pulsanti di allarme o di chiamata disponibili nelle postazioni di lavoro oppure sistemi di allarme indossabili dagli operatori</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemi di comunicazione</li><li>• Sistemi di tracciamento GPS</li><li>• Telefoni cellulari dedicati</li></ul>	
	<b>Note:</b> I sistemi di allarme devono essere sottoposti a regolare manutenzione e gli operatori devono essere addestrati al loro corretto utilizzo e informati sulle eventuali limitazioni d’uso dei dispositivi (ad esempio sul <i>range</i> di funzionamento)				
Vie di fuga Uscite	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quando possibile, le stanze dovrebbero avere due uscite</li><li>• Rendere disponibile una stanza sicura in caso di emergenza</li><li>• Disporre adeguata segnaletica per le vie di fuga/uscite</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• Quando possibile gli operatori dovrebbero valutare numero e posizione delle vie di fuga/uscite</li></ul>	
	<b>Note:</b> Gli operatori devono avere dimestichezza con il luogo di lavoro e conoscere dove sono le vie di fuga/uscite disponibili				
Sistemi di monitoraggio e di sorveglianza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso interni ed esterni</li><li>• Specchi convessi di sicurezza</li><li>• Posizionamento delle sale infermieri in modo da consentire agli operatori la visibilità dell’area di lavoro</li><li>• Pannelli di vetro allocati nelle porte/muri per consentire agli operatori la visibilità dell’area di lavoro</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso interni ed esterni</li><li>• Specchi convessi di sicurezza</li><li>• Pannelli di vetro allocati nelle porte/muri per consentire agli operatori la visibilità dell’area di lavoro</li></ul>		
	<b>Note:</b> È necessaria una adeguata valutazione su quale sia 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				

<sup>5</sup> La 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" all'art. 7 (Misure di prevenzione), prevede che: "al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale di cui all'articolo 1 della presente legge prevedono, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento".



Tabella 2 – Interventi strutturali e/o tecnologici (continua)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Barriere di protezione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotare i banconi dei servizi di accoglienza di vetri antisfondam.</li> <li>Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalco</li> <li>Servizi igienici separati per operatori e utenti</li> <li>Tenere chiuse a chiave tutte le stanze non utilizzate per impedire accessi non autorizzati (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalco</li> <li>Servizi igienici separati per gli operatori e per i pazienti/visitatori</li> <li>Tenere chiuse a chiave tutte le stanze non utilizzate per impedire accessi non autorizzati (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalco</li> <li>Servizi igienici separati per gli operatori e per i pazienti/visitatori</li> </ul>		
<b>Note:</b> È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare. (1) Compatibilmente con la normativa antincendio e i piani di evacuazione.					
Aree riservate a pazienti e utenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti</li> <li>Garantire sale di attesa confortevoli</li> <li>Dividere in settori le sale di attesa in modo da limitare il rischio di emulazione di comportamenti inappropriati da parte di pazienti/utenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti</li> <li>Garantire sale di attesa confortevoli</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti</li> <li>Garantire sale di attesa confortevoli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti</li> </ul>	
<b>Note:</b> È necessaria una adeguata valutazione su quale sia 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare arredi e complementi che non possano essere utilizzati come arma</li> <li>Assicurarsi che armadietti e cassette contenenti siringhe e taglienti siano chiusi e che i sistemi di chiusura siano funzionanti</li> <li>Smussare o coprire gli spigoli</li> <li>Valutare interventi per la riduzione del rumore in aree specifiche</li> <li>Incassare corrimani, fontanelle e ogni altro arredo sporgente dal muro</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare arredi e complementi che non possano essere utilizzati come arma</li> <li>Assicurarsi che armadietti e cassette contenenti siringhe e taglienti siano chiusi e che i sistemi di chiusura siano funzionanti</li> <li>Smussare o coprire gli spigoli</li> <li>Assicurarsi che le attrezzature per il trasporto di materiale medico, farmaci e oggetti di valore siano protette da sistemi di chiusura funzionanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurarsi che le attrezzature per il trasporto di materiale medico, farmaci e oggetti di valore siano protette da sistemi di chiusura funzionanti</li> </ul>	
<b>Note:</b> È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare.					

Tabella 2 – Interventi strutturali e/o tecnologici (continua)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Illuminazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installare impianti di illuminazione efficienti sia all'interno che all'esterno della struttura (come ad esempio: aree di parcheggio e camminamenti)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installare impianti di illuminazione efficienti sia all'interno che all'esterno della struttura (come ad esempio: aree di parcheggio e camminamenti)</li> </ul>	
	<b>Note:</b> L'impianto di illuminazione deve essere sottoposto alla necessaria manutenzione, ad esempio monitorando lo stato delle lampade sostituendo tempestivamente quelle fulminate o non funzionanti. L'illuminazione non deve essere troppo intensa o causare abbagliamento				
Trasporti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare la corretta manutenzione dei veicoli</li> <li>• Valutare la necessità, in casi particolari, di dotare i veicoli di una barriera di separazione fra autista e soggetti trasportati</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare la corretta manutenzione dei veicoli</li> </ul>	

## 9.2 Interventi organizzativi

Sono utili quando gli interventi strutturali e/o tecnologici non sono praticabili o non sono completamente efficaci. 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 non sono praticabili. A mero titolo esemplificativo si riportano di seguito e nella Tabella 3 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. **Occorre inoltre garantire che gli sportelli informativi vengano costantemente presidiati da un operatore durante l'orario di apertura al pubblico;**
3. 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** attraverso un servizio di mediazione culturale;
4. Evitare che gli operatori lavorino isolati;
5. Per le prestazioni programmate organizzare gli appuntamenti ad orari prefissati. Per quelle non programmabili (come ad es.: 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.

Tabella 3 – Interventi organizzativi (modificata da OSHA)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
<b>Politiche aziendali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informare in modo chiaro pazienti, utenti, visitatori e lavoratori che la violenza non è consentita e che nessun episodio sarà tollerato</li> <li>• Chiarire ai lavoratori che le aggressioni non sono considerate una parte del lavoro o un comportamento accettabile</li> </ul>				
<b>Operatori itineranti</b>		Gli operatori dovrebbero: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguire specifiche procedure di <i>login</i> e <i>logout</i></li> <li>• Contattare la struttura dopo ciascuna visita. In assenza di comunicazione dovrebbero essere attivate specifiche procedure</li> </ul>		Gli operatori dovrebbero: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguire specifiche procedure di <i>login</i> e <i>logout</i></li> <li>• Contattare la struttura dopo ciascuna visita. In assenza di comunicazione dovrebbero essere attivate specifiche procedure</li> <li>• Avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri</li> </ul>	
	<b>Note:</b> Le procedure di <i>login</i> e <i>logout</i> dovrebbero comprendere: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nome e indirizzo dell'utente visitato</li> <li>b. Ora dell'appuntamento e tempo previsto per la prestazione</li> <li>c. Un recapito telefonico di contatto</li> <li>d. Una parola in codice per informare qualcuno di un incidente o di una minaccia</li> <li>e. La descrizione del veicolo e del numero di targa</li> <li>f. Dettaglio delle attività pianificate</li> <li>g. Un contatto per comunicare qualsiasi variazione del programma</li> </ol>				
<b>Lavorare da soli o in aree chiuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattare e intervistare pazienti aggressivi o agitati in aree relativamente aperte pur nel rispetto della <i>privacy</i> e della confidenzialità</li> <li>• Assicurare la presenza di un secondo operatore nel caso siano necessari esami intimi dei pazienti</li> <li>• Esercitare particolari cautele in ascensore o nella tromba delle scale</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esercitare particolari cautele in ascensore o nella tromba delle scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotare gli operatori di un mezzo di comunicazione dedicato, sia esso un telefono cellulare o pulsanti di allarme</li> <li>• Definire in quali casi affiancare un secondo operatore con funzioni di supporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addestrare gli operatori a esercitare cautele ulteriori in ambienti non familiari</li> <li>• Dare agli operatori la possibilità di richiedere l'assistenza di un secondo operatore o delle forze di polizia</li> <li>• Gli operatori dovrebbero avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri</li> <li>• Dotare gli operatori di un mezzo di comunicazione dedicato, sia esso un telefono cellulare o pulsanti di allarme</li> </ul>
	<b>Note:</b> Limitare la presenza di operatori isolati nelle aree di emergenza e nelle strutture ad accesso libero, specialmente di notte o quando non sia disponibile un supporto in caso di necessità.				
<b>Segnalazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Definire un protocollo con le forze dell'ordine ed eventualmente supportarle nelle indagini</li> </ul>				

Tabella 3 – Interventi organizzativi (continua)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Procedure di ingresso	<ul style="list-style-type: none"><li>•Fornire informazioni a chi è in attesa e adottare misure per ridurre i tempi di attesa</li><li>•Istituire procedure per la registrazione e l'ingresso dei visitatori</li><li>•Definire un orario di visita e procedure per l'accesso in ospedale</li><li>•Definire una lista ristretta di visitatori per i pazienti con storia di violenza e darne copia al personale di vigilanza e sanitario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Istituire procedure per la registrazione e l'ingresso dei visitatori</li><li>• Definire un orario di visita e procedure per l'accesso in ospedale</li><li>• Definire una lista ristretta di visitatori per i pazienti con storia di violenza e darne copia al personale di vigilanza, alle infermiere e al personale di accoglienza</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornire tempestivamente informazioni a chi è in attesa e adottare misure per ridurre i tempi di attesa</li></ul>		
Risposta alle aggressioni e attività ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Garantire la presenza di personale di vigilanza addestrato a rispondere a comportamenti aggressivi</li><li>• Assicurare in ogni momento la presenza di un numero adeguato di operatori specie durante le attività a più alto rischio come ad esempio: il trasferimento di pazienti, le attività in emergenza, la distribuzione dei pasti e i turni notturni</li><li>• Assicurare in ogni momento la presenza di un numero adeguato di operatori addestrato ad utilizzare tecniche di de-escalation</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Garantire la presenza di personale di vigilanza addestrato a rispondere a comportamenti aggressivi</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Assicurare la necessaria assistenza nel caso di attività socio-sanitarie particolarmente a rischio</li></ul>
	<b>Note:</b> Informare i lavoratori sulle procedure per la richiesta di intervento delle forze dell'ordine, sulla denuncia di infortunio, sulla querela in caso di aggressione, e garantire il necessario supporto medico e legale.				
Abbigliamento operatori	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornire gli operatori di badge di riconoscimento privi di cognome</li><li>• Scoraggiare gli operatori dall'indossare collanine, collane e gioielli; dal trasportare grosse somme di denaro; dal trasportare chiavi o altri oggetti che potrebbero essere utilizzati come arma</li><li>• Incoraggiare l'utilizzo di retine o cuffie per capelli per evitare il rischio di presa</li></ul>				
Arredi e procedure di lavoro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispezione periodica dei locali per rimuovere oggetti utilizzabili in maniera impropria dai pazienti e assicurarsi della chiusura dei locali ad accesso controllato</li><li>• Tenere scrivanie, banconi e aree di lavoro libere da oggetti superflui, comprese penne e matite in eccesso, foto incorniciate sotto vetro, ecc.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ispezione periodica dei locali per rimuovere oggetti utilizzabili in maniera impropria dai pazienti</li><li>• Garantire un operatore di contatto informato sull'attività degli operatori itineranti che intervenga in caso di necessità</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>•Definire e comunicare in maniera chiara le modalità con cui vengono condotti gli interventi domiciliari</li><li>•Gli operatori dovrebbero avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri</li><li>•Garantire un operatore di contatto informato sull'attività degli operatori itineranti che intervenga in caso di necessità</li></ul>
Procedure di trasporto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sviluppare procedure di sicurezza specifiche per il trasporto dei pazienti/utenti</li><li>• Assicurare agli operatori addetti al trasporto la disponibilità di strumenti di comunicazione con la propria centrale operativa efficaci ed affidabili</li></ul>				

### 9.3 Interventi di formazione e addestramento degli operatori

In un PPV i programmi di formazione e addestramento sono fondamentali per garantire che tutti gli operatori siano consapevoli dei rischi e sappiano come proteggere se stessi e gli altri attraverso l'applicazione di specifiche procedure. La formazione del personale ha l'obiettivo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva e a diffondere a tutto il personale la conoscenza dei rischi potenziali e delle tecniche da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza. I contenuti formativi dovranno affrontare almeno i seguenti aspetti:

- a. Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- b. 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;
- c. Aspetti biologici dell'aggressione e della reazione durante le fasi critiche;
- d. Strumenti per l'identificazione dei rischi sul posto di lavoro;
- e. Procedure per la segnalazione;
- f. 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 neoassunti, ai lavoratori di ditte appaltatrici 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.

## FASE 2

### RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

I soggetti che esprimono comportamenti aggressivi possono essere distinti in due principali categorie. 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 (Tabella 4);
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.

**Tabella 4 - Tecniche di gestione della comunicazione difficile**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ascoltare il paziente o l'accompagnatore difficile, in luogo dedicato, al fine di evitare l'effetto pubblico che, oltre ad innescare meccanismi di teatralità, spesso produce la diffusione del malcontento</li> <li>b. Usare un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (potrebbe essere recepito come una sfida!) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi</li> <li>c. È sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale</li> <li>d. Posizionarsi a fianco del paziente con asse di circa 30 gradi: la superficie esposta a colpi è minore e inoltre si comunica più disponibilità al dialogo</li> <li>e. Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza di sicurezza minima 1,5 m, che può essere eventualmente raddoppiata</li> <li>f. Disponibilità di una via di fuga: l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo (ad esempio tra una scrivania e il muro)</li> <li>g. Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe</li> <li>h. Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio</li> <li>i. Non accogliere atteggiamenti di provocazione o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche</li> <li>j. Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole</li> <li>k. Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi</li> <li>l. Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative</li> <li>m. Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, alimentare, ecc.)</li> <li>n. Non indossare monili, scarpe aperte, cinture; avere sempre disponibili i Dispositivi di Protezione Individuale</li> <li>o. Evitare di rimanere da soli con il paziente. Qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire</li> <li>p. Se non si ristabilisce una situazione di normalità, attivare la vigilanza interna, con funzione prevalentemente "dissuasiva" nei confronti dell'aggressore</li> <li>q. Se la situazione è a grave rischio evolutivo, allertare le Forze dell'Ordine</li> </ol> |
|--|

# FASE 3

## SUPPORTO ALLA VITTIMA

### SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO

### ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI

La risposta a un evento aggressivo rappresenta un momento fondamentale di un efficace PPV. È stato dimostrato che, a seguito di un evento traumatico, l'adattamento psicologico dell'individuo dipende dalla sua capacità di processare cognitivamente l'esperienza, sviluppando strategie che lo aiutino a comprenderlo e quindi trovare modo di adattarsi. L'efficacia di una strategia di adattamento (*coping*) è direttamente correlata alla capacità della persona di trovare significato e dare un senso agli eventi traumatici.

Dopo un'aggressione i primi passi consistono, ovviamente, nel fornire supporto e trattamento medico ai lavoratori feriti e a prendere le misure necessarie per evitare che altri soggetti siano coinvolti. Tutti i PPV dovrebbero prevedere piani di trattamento per gli operatori vittime dirette di aggressione e anche per i testimoni.

Il personale aggredito dovrebbe inoltre essere valutato 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.

## 10.0 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. 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, assicurare 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.

## 11.0 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".

## 12.0 SEGNALE 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.

Si suggerisce di adottare una specifica Scheda Segnalazione Aggressioni (di seguito SSA), sul modello di quella riportata nell'Allegato 4, eventualmente adattandola alle specifiche esigenze aziendali. Al fine di evitare duplicazione di flussi informativi, nei casi di atti di violenza a danno degli operatori, la SSA dovrebbe sostituire la normale scheda di *incident reporting*. **È importante sottolineare che la SSA non sostituisce né la denuncia di infortunio, né la denuncia/querela all'autorità giudiziaria,** ove ricorrano i presupposti. Nel rispetto dell'autonomia aziendale, i contenuti minimi della SSA dovrebbero essere i seguenti e comunque garantire la raccolta delle informazioni necessarie all'eventuale corretta alimentazione del flusso SIMES:

1. Anno di nascita, sesso e qualifica dell'operatore vittima dell'atto di violenza (l'anno di nascita è un dato necessario nel caso in cui l'episodio venga classificato come ES);
2. Data e ora dell'evento;
3. Luogo dell'evento;
4. Tipo di aggressione;
5. Breve descrizione dell'episodio;
6. Fattori contribuenti all'evento;
7. Esito dell'evento;



8. Sezione specifica per consentire una unica segnalazione per gli atti di violenza a danno di più operatori.

Al fine di evitare ambiguità che compromettano la qualità dei flussi informativi, è opportuno chiarire quanto segue (Figura 1):

1. **Tutti gli atti di violenza (verbale o fisica) vanno segnalati utilizzando la SSA**, anche quelli per i quali vi sia il dubbio che l'evento sia legato a particolari caratteristiche del paziente che ne compromettano la capacità di giudizio (vedi Tabella 15). In questo caso, infatti, si ritiene doveroso privilegiare la sensibilità dello strumento di *reporting* rispetto alla sua specificità. In altri termini è più importante ridurre al minimo i falsi negativi (cioè aggressioni non segnalate) anche se questo significa avere di qualche falso positivo in più (cioè non aggressioni segnalate);
2. Nel caso in cui gli esiti di un atto di violenza comportino le conseguenze descritte nel capitolo 13.0 (*Aspetti Infortunistici*), **oltre** alla segnalazione con SSA, l'evento si configura come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL;
3. Se l'atto di violenza si configura come reato (vedi il Capitolo 14 – *Aspetti Legali*), **oltre** alla segnalazione con SSA occorre procedere alla querela o denuncia all'Autorità Giudiziaria. Nel caso in cui dal reato derivino le conseguenze descritte nel capitolo 11.0 (*Aspetti Infortunistici*), l'evento si configura **anche** come infortunio sul lavoro e, nei casi previsti, va comunicato o denunciato all'INAIL.

**Tabella 5 - Fattori di rischio legati a particolari categorie di pazienti/utenti**

Alcune caratteristiche cliniche di particolari categorie di pazienti rendono problematica la valutazione dell'intenzionalità sottostante l'atto aggressivo (*animus laedendi*). È il caso, ad esempio, di pazienti sottoposti a TSO o affetti da disturbi del comportamento, di pazienti che presentano un quadro involutivo cerebrale, uno squilibrio metabolico o altre patologie che ne compromettano le capacità di giudizio o, infine, di pazienti sotto l'effetto di sostanze psicotrope. Non rientra fra gli scopi di questo documento analizzare il problema della capacità di intendere e di volere dell'aggressore, né quello della sua eventuale imputabilità, tuttavia, in considerazione della prevalenza di atti di violenza a carico degli operatori sanitari che si verifica nell'area di assistenza psichiatrica residenziale e territoriale, si ritiene opportuno fornire qualche approfondimento relativamente ai pazienti psichiatrici.

Nonostante la percezione che la malattia mentale (in particolare il disturbo bipolare e la schizofrenia) sia associata a comportamenti violenti, l'associazione fra questi e le patologie psichiatriche rimane un'area di ricerca attuale e controversa. Infatti se alcune evidenze sembrano indicare una seppur modesta associazione positiva tra disturbi mentali e violenza, diversi studi hanno trascurato la presenza di potenziali fattori di confondimento (quali i fattori psicosociali, le comorbidità e l'abuso di sostanze che è fortemente associato all'aumento di agiti aggressivi) e, di fatto, i soggetti affetti da disturbi mentali sono più spesso vittime che autori di violenza.

Parimenti inaccurata è la percezione che una grande percentuale di soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato sia non imputabile e punibile. Dati internazionali, infatti, indicano come la perizia psichiatrica venga richiesta nell'1 % dei reati complessivi e che in circa un terzo dei casi concluda per l'imputabilità del soggetto.

Il comportamento aggressivo viene solitamente distinto in adattativo (aggressività difensiva) o disadattativo (aggressività patologica). Quest'ultimo si caratterizza per una reazione tendenzialmente sproporzionata per intensità, durata e frequenza rispetto alle regole sociali del gruppo di appartenenza. Sono questi i casi in cui l'aggressività costituisce la manifestazione di una sottostante alterazione neurochimica presente in diversi disturbi mentali.

I fattori di rischio di agiti violenti correlati ai pazienti (a al loro ambiente e cura) possono essere divisi in statici e dinamici. I fattori di rischio statici sono storici e non cambiano, come il background familiare, l'abuso infantile o la gravità delle aggressioni precedenti, età e genere. I fattori di rischio dinamici, d'altro canto, sono modificabili e offrono quindi l'opportunità per l'intervento. Alcuni esempi includono la sintomatologia attuale, l'uso di alcool o sostanze d'abuso e la compliance al trattamento. Alcuni autori sostengono che i fattori statici sarebbero più affidabili per la previsione a lungo termine mentre quelli dinamici potrebbero essere più indicati per la valutazione del rischio di violenza nel breve termine.

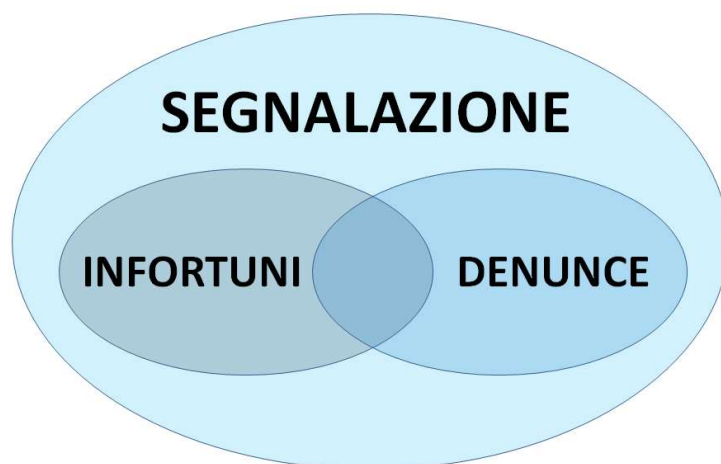


Figura 1 – Rappresentazione grafica dei tre possibili processi da attivare successivamente a un atto di violenza a danno degli operatori sanitari.

### 12.1 Analisi dell'evento e alimentazione del flusso SIMES

Come già detto nell'introduzione, nonostante siano oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e siano stati inseriti nell'elenco degli ES, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari si differenziano profondamente da quelli normalmente di competenza della gestione del rischio clinico. Innanzitutto siamo in presenza di eventi che non producono danni ai pazienti, ma agli operatori: siamo pertanto nell'ambito della sicurezza del lavoro e non della sicurezza delle cure. Si tratta, inoltre, di eventi correlati ad atti che, nella gran parte dei casi almeno, si configurano come reati che come tali vanno perseguiti. Trattandosi di reati, quindi, in analogia a quanto accade con gli eventi che procurano danni al paziente e sono legati a comportamenti criminosi, questi eventi non sono analizzabili con i comuni strumenti della gestione del rischio clinico.

Questa precisazione si rende necessaria soprattutto in considerazione del fatto che, al fine di una corretta alimentazione del flusso SIMES, è necessario che per ogni ES venga elaborato e monitorato un piano di miglioramento sui fattori causali o contribuenti per i quali sia possibile un potere di intervento, cioè sui fattori in qualche misura prevenibili per carenze di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo o professionale (errore umano).

Al fine di garantire una completa analisi dell'evento e la corretta alimentazione del flusso SIMES si specifica quanto segue:

1. Vanno sottoposti ad analisi gli atti di violenza di particolare rilevanza in termini di gravità del danno subito dagli operatori (esito) e/o di rilevanza organizzativa sulla base di quanto previsto dal documento regionale recante: "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella". In questi casi **l'analisi va condotta in maniera coordinata dal RSPP e dal Clinical Risk Manager (di seguito CRM)**. Al primo compete, prioritariamente, l'analisi dei fattori strutturali e tecnologici, mentre il secondo, prioritariamente, analizza i fattori legati agli operatori. Un'area di sovrapposizione delle competenze è quella che riguarda l'analisi dei fattori di tipo organizzativo, secondo quanto descritto nella Figura 2.
2. I criteri e le modalità per la corretta classificazione degli ES sono specificati nel documento regionale citato. Di norma, in ossequio alla definizione di ES della *Joint Commission*, la classificazione di ES andrebbe riservata a quegli atti di violenza da cui derivino: grave danno

temporaneo, danno permanente o morte. La stessa *Joint Commission* specifica quali ES correlati con atti di violenza nell'ambiente di lavoro: lo stupro, l'aggressione (risultante nella morte, nel danno permanente o nel grave danno temporaneo) o l'omicidio di un operatore all'interno di una struttura sanitaria. Questo non esclude la possibilità che, in casi specifici, il CRM possa classificare come ES anche episodi con caratteristiche diverse, purché opportunamente motivata. **La classificazione dell'episodio aggressivo e l'alimentazione del flusso SIMES sono di competenza del CRM;**

3. Il Gruppo di Lavoro Interdisciplinare costituito per l'elaborazione del PPV dovrà, con cadenza almeno annuale, analizzare i dati aggregati relativi agli episodi di violenza. Come già detto le fonti del dato potranno essere: il sistema di *incident reporting* (SSA), le denunce o le comunicazioni di infortunio, le segnalazioni all'Autorità Giudiziaria o qualunque altra documentazione comprovante l'episodio. Il dato aggregato andrebbe analizzato in termini, ad esempio, di: frequenza; struttura di accadimento; gravità degli esiti, anche al fine di valutare l'efficacia del PPV e, se del caso, intervenire con modifiche e miglioramenti. **L'elaborazione dei dati aggregati da sottoporre al gruppo di lavoro va condotta in maniera coordinata dal RSPP e dal CRM.**
4. I dati aggregati andranno inoltre trasmessi via mail al CRRC ([crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it)) che provvederà ad elaborarli e a sottoporli all'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Operatori Sanitari (istituito con D.G.R. n. 357 del 10 luglio 2018) per le opportune valutazioni sul grado di implementazione delle attività previste dal presente documento e sulla necessità di ulteriori interventi sulla base delle evidenze emerse.

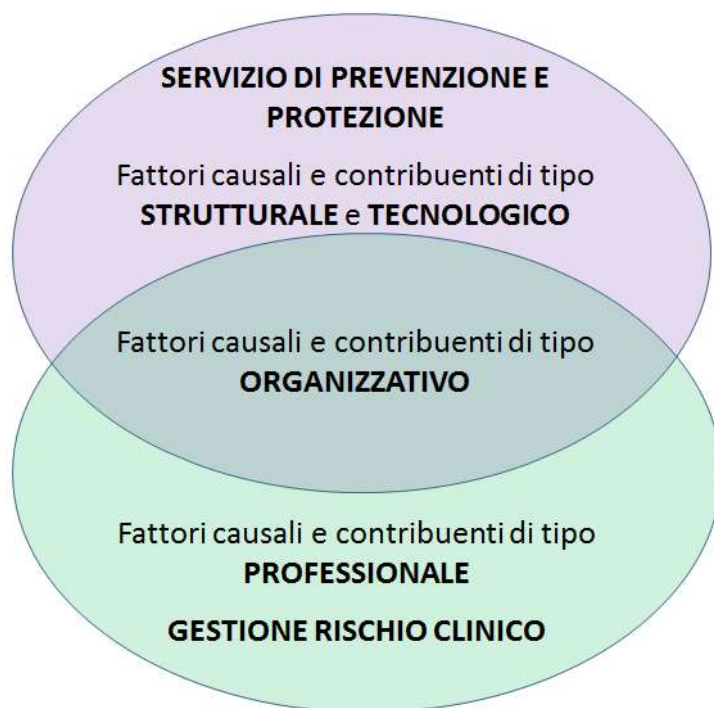


Figura 2 – Rappresentazione grafica dei livelli di competenza nell'analisi di un atto di violenza a danno degli operatori sanitari.

## 13.0 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.

### 13.1 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<sup>6</sup>.

### 13.2 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<sup>7</sup>, 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<sup>8</sup>.

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.

<sup>6</sup> Art. 52 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

<sup>7</sup> Art 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124) così come modificato dall'art. 21 del decreto legislativo 151 del 2015.

<sup>8</sup> Art. 53, comma 1 e 2 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

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"<sup>9</sup>, contenente i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati.

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<sup>10</sup>. In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa<sup>11</sup>.

## 14.0 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 Giudiziaria<sup>12</sup> 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 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 reati procedibili d'ufficio.

<sup>9</sup> Combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

<sup>10</sup> Art. 16 della Legge 10 maggio 1982, n. 251. Recante "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".

<sup>11</sup> Art. 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

<sup>12</sup> 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.

3. **Delitti contro la libertà personale:** il sequestro di persona; la violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata (vedi 14.1.3); 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 6 riporta le principali caratteristiche delle differenti modalità di segnalazione all'Autorità Giudiziaria in caso di reati perseguibili d'ufficio e non.

<b>Tabella 6 – Denuncia, querela, esposto.</b>	
<b>DENUNCIA</b>	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
<b>QUERELA</b>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
<b>ESPOSTO</b>	<p>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.</p>



## 14.1 Aggressione verbale

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

### 14.1.1 Diffamazione

#### **Art. 595 c.p. Diffamazione**

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente<sup>13</sup>, 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.

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 moleste 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

### 14.1.2 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.

## 14.2 Aggressione fisica

### 14.2.1 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.

<sup>13</sup> 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."

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.

#### 14.2.2 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 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.

#### 14.2.3 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.

**14.2.4 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.

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 609septies<sup>14</sup>. 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.

<sup>14</sup> "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."

### 14.3 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 (vedi 14.4) nel procedimento penale o muovere un'azione civile ex novo contro il responsabile dell'interruzione del servizio.

### 14.4 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.

#### **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.

## 15.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna: *Raccomandazioni per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari* (2010).
2. Bisson J. I. et al.: *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Cochrane Database Syst Rev(12) (2013).
3. Bisson J. I. et al.: *TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process*. Br J Psychiatry 2010;196(1):69-74.
4. Callahan L. A. et al.: *The volume and characteristics of insanity defense pleas: an eight-state study*. Bull Am Acad Psychiatry Law 1991;19(4):331-338.
5. Chang H. E., Cho S. H. *Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) 2016;10(4):271-276.
6. Chapman R. et al.: *Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation*. Int J Ment Health Nurs 2010;19(3):186-194.
7. Cowin L. et al.: *De-escalating aggression and violence in the mental health setting*. International Journal of Mental Health Nursing 2003;12(1):64-73.
8. D.G.R. n. 357 del 10 luglio 2018: *Istituzione dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Operatori Sanitari*.
9. D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81: *Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*.
10. D.M. 11 dicembre 2009: *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità "SIMES"*.
11. Douglas K. S., Skeem J. L.: *Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic*. Psychology, Public Policy, and Law 2005;11(3):347-383.
12. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA): *Workplace Violence and Harassment: a European Picture* (2011).
13. Fjelland J. E., Barron C. R., Foxall M.: *A review of instruments measuring two aspects of meaning: search for meaning and meaning in illness*. J Adv Nurs 2008;62(4):394-406.
14. Fry A. J. et al.: *Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff*. International Journal of Mental Health Nursing 2002;11:112-120.
15. Iennaco J. et al.: *Measurement and monitoring of health care worker aggression exposure*. The Online Journal of Issues in Nursing 2013;18(1):3.
16. Joint Commission: *Comprehensive Accreditation Manual for Hospital* (2017). [https://www.jointcommission.org/sentinel\\_event\\_policy\\_and\\_procedures/](https://www.jointcommission.org/sentinel_event_policy_and_procedures/)
17. International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organisation (WHO), Public Services International (PSI) Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: *Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies Research Instruments - Survey Questionnaire* (2003).
18. Kerr K. et al.: *Health Care Workers' Experiences of Aggression*. Arch Psychiatr Nurs 2017;31(5):457-462.
19. Kleim B. et al.: *Cognitive change predicts symptom reduction with cognitive therapy for posttraumatic stress disorder*. J Consult Clin Psychol 2013;81(3):383-393.
20. La Torre G. et al.: *Il fenomeno violenza subita sul luogo di lavoro nel settore sanitario: validazione della versione italiana del questionario WHO*. Clin Ter 2017;168(3):e199-202.
21. Legge n. 113 del 14 agosto del 2020: *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*;
22. Magnavita N. et al.: *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni*. G Ital Med Lav 2011;33:3 Suppl.:274-277.
23. Magnavita N., Heponiemi T.: *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. BMC Health Service Research 2012;12:108.
24. Ministero della Salute. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari* (2007).
25. Ministero della Salute: *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012)* (2015).
26. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): *Violence - Occupational Hazard in Hospitals* (2002).
27. Nau J. et al.: *Student nurses' de-escalation of patient aggression: a pretest-posttest intervention study*. Int J Nurs Stud 2010;47(6):699-708.
28. Needham I. et al.: *Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review*. J Adv Nurs 2005;49(3):283-296.
29. NICE: *Post-traumatic stress disorder (PTSD).The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (2005).
30. NICE: *Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings. Updated edition* (2015).
31. Nicolò G., Pompili E., Silvestrini C.: *Manuale di psichiatria territoriale*. Pisa (2012).

32. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers* (2015).
33. Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità: Glossario della sicurezza delle cure, 2018. In: ALLEGATI alla Relazione annuale dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità - Prima parte.
34. Pettit B. et al.: *At risk, yet dismissed: the criminal victimisation of people with mental health problems*. London, MIND (2013).
35. Price O., Baker J.: *Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis*. Int J Ment Health Nurs 2012;21(4):310-319.
36. Ramacciati N., Ceccagnoli A.: *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo*. Scenari 2012;29(2):32-38.
37. Richmond J. S. et al.: *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. West J Emerg Med 2012;13(1):17-25.
38. Rippon T. J.: *Aggression and violence in health care professions*. Journal of Advanced Nursing 2000;31:452-460.
39. Sabatelli G. et al: *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella*. Determinazione 20 luglio 2021, n. G09850 della Regione Lazio.
40. Schnyder U.: *Treating intrusions, promoting resilience: an overview of therapies for trauma-related psychological disorders*. Eur J Psychotraumatol 2014;5:26520;
41. World Health Organization: *International Classification for Patient Safety*, 2009.

# STOP ALLA VIOLENZA

## AGGREDIRE LA MALATTIA NON L'OPERATORE SANITARIO



### ATTENZIONE!

Offendere o aggredire verbalmente o fisicamente gli operatori di questa struttura È UN REATO.  
Qualsiasi atto di violenza non sarà tollerato e verrà prontamente segnalato all'autorità giudiziaria.



### ATTENTION!

Offenser ou attaquer verbalement ou physiquement les opérateurs de cette structure EST UN CRIME.  
Tout acte de violence ne sera pas toléré et sera rapidement signalé à l'autorité judiciaire.



### ATTENTION!

To offend or verbally or physically attack the operators of this workplace IS A CRIME.  
Any act of violence will not be tolerated and will be promptly reported to the judicial authority.



### ACHTUNG!

ES IST EIN VERBRECHEN die Betreiber dieses Gebäudes zu beleidigen oder verbal oder physisch anzugreifen. Keine Gewalttat wird toleriert und unverzüglich der Justizbehörde gemeldet.



### ATENCIÓN!

Ofender o atacar verbal o físicamente a los operadores de esta estructura ES UN DELITO.  
No se tolerará ningún acto de violencia y se informará de inmediato a la autoridad judicial.



### KUJDES!

Te ofendosh ose sulmosh verbalisht ose fizikisht operatorët e kësaj strukture ESHTË KRIM.  
Cdo akt i dhunshëm nuk do tolerohet dhe do të raportohet autoriteteve gjyqësore.



### ATENȚIE!

Jignirile ori atacurile verbale sau fizice adresate operatorilor acestei unități SUNT CONSIDERATE INFRAȚIUNI.  
Si orice act de violență nu va fi tolerat și va fi raportat imediat autorităților judiciare



### ВНИМАНИЕ!

Оскорбления, а также словесное и физическое нападение на сотрудников этой структуры ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ.  
Любое проявление насилия не будет допускаться и дело немедленно передаётся в судебные органы.



### UWAGA!

Obrazanie werbalne, znieważanie, lub atakowanie fizyczne operatorów tej struktury JEST PRZESTĘPSTWEM.  
wszelkie akty przemocy nie będą tolerowane i zostaną niezwłocznie zgłoszone odpowiednim organom wymiaru sprawiedliwości.



### ATENÇÃO!

Ofender ou agredir verbalmente ou fisicamente os operadores dessa estrutura É CRIME.  
Qualquer ato de violência não será tolerado e será imediatamente comunicado à autoridade judicial.



### تنبيه هام

الإساءة أو التهميد اللفظي أو البدني للعاملين في هذه المصلحة يعتبر جريمة قانونية.  
إن يتم التسامح مع أي عمل من أعمال العنف مهما كان وسبب الإخلال عنه على الفور ومباشرة إلى السلطة القضائية



### 注意

得罪 或 攻击口头或物理 该卫生工作者的此结构这是 犯罪  
每法案的暴力不将被容忍和 将容易报道权威司法



**SALUTE LAZIO**  
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE LAZIO**

**Allegato 2 – Modello di *checklist* per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari (modificata da OSHA)**

<b>1. FATTORI DI RISCHIO</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>NOTE/AZIONI CORRETTIVE</b>
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):				

<b>2. ISPEZIONE INTERNA DELLA STRUTTURA</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>NOTE/AZIONI CORRETTIVE</b>
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?				
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):				

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):				

NA: Non Applicabile.

**Allegato 3 – Modello di *checklist* per l'autovalutazione del rischio di atti di violenza (modificata da OSHA)**

<b>1. STAFF</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				

<b>2. ADDESTRAMENTO</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				

<b>3. DESIGN DELLA STRUTTURA</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				

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?				

<b>7. ATTIVITÀ TERRITORIALI - Staff</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				
<b>Addestramento</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				
<b>Ambiente di lavoro</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				
Ci sono posti dove andare in caso di emergenza?				
Ci sono parcheggi sicuri nella zona di lavoro?				
<b>Misure di sicurezza</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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)?				
<b>Procedure</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				
<b>Sono prese precauzioni particolari quando gli operatori:</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>Note/Azioni correttive</b>
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?				

NA: Non Applicabile

Allegato 4 – Modello di Scheda di Segnalazione Aggressioni (SSA)

SCHEDA DI SEGNALE AGGRESSIONI							
COGNOME E NOME			SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ANNO DI NASCITA		
UO/SERVIZIO			QUALIFICA				
DATA EVENTO	__ / __ / ____		ORA EVENTO		__ : __		
GIORNO EVENTO (Barrare la casella d'interesse)	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
TURNO DI SERVIZIO (Barrare la casella d'interesse)	Mattina		Pomeriggio		Notte		
L'AGGRESSIONE HA INTERESSATO PIÙ OPERATORI?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ (compilare anche la seconda pagina della scheda)						
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO							
TIPOLOGIA DELL'AGGRESSORE (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> parente/visitatore <input type="checkbox"/> utente		<input type="checkbox"/> estraneo <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____				
AGGRESSIONE VERBALE (ad es.: uso di espressioni verbali aggressive - tono di voce elevato, insulti; gesti violenti senza contatto fisico; minaccia)	AGGRESSIONE FISICA (ad es.: contro oggetti; contro se stesso; contro altre persone; uso di corpo contundente; uso di arma)		AGGRESSIONE MISTA (VERBALE E FISICA)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> tempo di attesa prolungato <input type="checkbox"/> sala di attesa inadeguata (per spazi e/o arredi) <input type="checkbox"/> affollamento dell'ambiente <input type="checkbox"/> carenza di informazioni fornite						
ESITI DELL'EVENTO <sup>(1)</sup> (È possibile barrare una sola casella per ogni campo)	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte						
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> individuazione precoce dell'aggressore <input type="checkbox"/> messa in sicurezza dell'aggressore in luogo dedicato <input type="checkbox"/> utilizzo tecniche per la comunicazione difficile <input type="checkbox"/> sistema di sorveglianza efficace <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____						
PROCEDURE FORMALI ATTIVATE (È possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> Comunicazione o denuncia di infortunio lavorativo <input type="checkbox"/> Denuncia/querela/esposto						
DATA DI COMPILAZIONE  __ / __ / ____	NOMINATIVO E FIRMA  _____						

NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI			
OPERATORE 2	QUALIFICA		<b>ESITI<sup>(1)</sup></b> NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	
OPERATORE 3	QUALIFICA		<b>ESITI<sup>(1)</sup></b> NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	
OPERATORE 4	QUALIFICA		<b>ESITI<sup>(1)</sup></b> NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	
OPERATORE 5	QUALIFICA		<b>ESITI<sup>(1)</sup></b> NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> MISTA	

(1) Per esito dell'evento si intende l'intensità del danno totalmente o in parte attribuibile all'evento. Il danno è classificato in cinque classi Nessuno: il/la paziente è asintomatico/a; oppure non sono stati rilevati sintomi e non si è reso necessario alcun trattamento; Lieve: il/la paziente presenta sintomi lievi, la perdita di funzione o il danno è minimo, oppure medio ma di breve durata, e non è necessario alcun intervento oppure un intervento minimo (ad es. osservazione extra, esami o trattamenti minori, rivalutazione); Moderato: il/la paziente presenta sintomi che richiedono un intervento (ad es. reintervento chirurgico; trattamento terapeutico aggiuntivo); si ha un prolungamento della degenza; si è verificato un danno o una perdita di funzione permanente o di lunga durata; Severo: il/la paziente presenta sintomi che richiedono interventi salvavita o un intervento chirurgico/medico maggiore; si ha una diminuzione dell'aspettativa di vita, oppure si è verificato un danno maggiore o una perdita permanente di una funzione importante; Morte: su base probabilistica, la morte è stata provocata o anticipata dall'evento.