



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

L'Osservatorio buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

**Le Buone Pratiche 2018 per
la prevenzione della violenza a
danno di operatori sanitari**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

Nelle pagine che seguono, sono riportate le buone pratiche, trasmesse nel corso della *Call for Good Practice 2018*, finalizzate a prevenire atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

La *Call for Good Practice* viene realizzata da AGENAS a partire dal 2008 nell'ambito delle attività di individuazione, raccolta e diffusione delle pratiche per la sicurezza del paziente, con l'obiettivo di favorire il trasferimento delle esperienze di successo.

La rilevanza delle buone pratiche quale strumento per il miglioramento della sicurezza delle cure è stata ulteriormente affermata dalle Legge 24/2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale*", che ha previsto l'istituzione presso AGENAS dell'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche per la sicurezza in sanità. In particolare, il comma 2 dell'art. 3 della citata Legge attribuisce a quest'ultimo, tra le altre, le funzioni di

individuazione di idonee misure per la prevenzione e gestione del rischio e per il monitoraggio delle buone pratiche.

Nell'ambito dei lavori dell'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, si è convenuto di utilizzare la *Call* quale strumento per l'individuazione delle suddette misure, nonché per promuovere il trasferimento delle esperienze di successo. Il modello prevede la classificazione delle buone pratiche in sei classi in funzione dell'aderenza ai criteri di seguito sinteticamente descritti:

- **Buona pratica sicura:** pratica sostenibile applicata in più di un contesto, la cui efficacia in termini di miglioramento della sicurezza sia dimostrata attraverso il confronto pre-post implementazione, basato su metodi appropriati di valutazione e dimostrato da risultati in termini di processo e di esito (costi, metodi e risultati devono essere accuratamente descritti).
- **Pratica sicura:** pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, di efficacia dimostrata, descritta accuratamente ma non

risultata sostenibile e/o provata in più di un contesto.

- **Pratica di efficacia non provata:** pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, ma di efficacia non dimostrata e/o descritta in maniera sintetica.
- **Pratica in progress:** pratica implementata in almeno un contesto, con misurazione baseline ma senza misurazione post-intervento (prevista, ma non ancora effettuata).
- **Pratica non misurata:** pratica implementata in almeno un contesto, senza misurazione baseline.
- **Pratica non implementata:** pratica rispondente alla definizione, ma non ancora implementata (iniziative, progetti, idee in fase di sviluppo).

Nel corso della *Call for Good Practice 2018* sono state raccolte 227 esperienze, di cui: 34 classificate come “Pratiche Sicure”, 51 classificate come “In progress”, 6 pratiche “di efficacia non provata”, 125 classificate come “pratica non misurata”, 11 classificate come “pratica non implementata” e nessuna pratica classificata come Buona Pratica Sicura.

Con l'obiettivo di favorire la segnalazione di esperienze inerenti alcune tematiche di particolare attualità e interesse, in ogni edizione si sceglie di sensibilizzare l'invio di esperienze su uno o più temi specifici (focus) in linea con le indicazioni internazionali e con la programmazione di livello nazionale. Sulla base delle priorità emerse nel corso delle riunioni dell'Osservatorio Nazionale, per il 2018 si è stabilito di promuovere la segnalazione di interventi volti a prevenire atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Le pratiche trasmesse nel 2018 e rispondenti al focus sono 23, riferite a 10 Regioni e Province Autonome, due delle quali risultano classificate come "Pratiche Sicure", 6 come "Pratiche in progress", 12 "non misurate", 1 "di efficacia non provata" e 2 "non implementate".

Nelle pagine successive sono rappresentate, in ordine alfabetico di Regione di appartenenza, le "Pratiche sicure" e, a seguire, quelle "in progress", quelle "non misurate" e quelle di "efficacia non provata".

Per ciascuna pratica vengono riportati, oltre ad una accurata descrizione, i riferimenti di contatto della struttura e del professionista promotore così da alimentare

la rete informale di scambio e trasferimento di buone pratiche tra regioni, strutture e professionisti sanitari.

Sono, inoltre, presenti una sintesi dell'esperienza volta a favorire la comunicazione/informazione al cittadino e un abstract in lingua inglese per promuovere il confronto internazionale.

SOMMARIO

PRATICHE SICURE

- **VIOLENZA IN OSPEDALE: QUANTO
GLI OPERATORI RICONOSCONO IL
FENOMENO?..... 3**
REGIONE LOMBARDIA
Allegato

- **PROGETTO PER LA PREVENZIONE
DI ATTI DI VIOLENZA A CARICO
DEGLI OPERATORI 29**
REGIONE LOMBARDIA
Allegato

PRATICHE DI EFFICACIA NON PROVATA

- **GESTIONE, SEGNALAZIONE E
MONITORAGGIO DEGLI EPISODI DI
VIOLENZA A DANNO
DELL'OPERATORE SANITARIO E
DEGLI EVENTI SENTINELLA "ATTO
DI VIOLENZA A DANNO DEGLI
OPERATORI"
REGIONE CAMPANIA 47**

PRATICHE IN PROGRESS

- **PIÙ FORTI DELLA VIOLENZA!
PREVENZIONE E GESTIONE DELLE
AGGRESSIONI CONTRO GLI
OPERATORI SANITARI**
REGIONE ABRUZZO 63
Allegato
- **LE ATTIVITÀ DELLA REGIONE
EMILIA-ROMAGNA PER LA
PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI**
REGIONE EMILIA ROMAGNA..... 91
- **ATTI DI VIOLENZA: PREVENZIONE
E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI
OPERATORI**
REGIONE LOMBARDIA..... 105
Allegato
- **COINVOLGIMENTO DEL SERVIZIO
DI VIGILANZA NELLA GESTIONE
DELLA SICUREZZA DEGLI
OPERATORI**
REGIONE MARCHE..... 121
- **STUDIO QUANTI - QUALITATIVO
SUGLI ATTI DI VIOLENZA A CARICO
DEGLI OPERATORI IN PRONTO
SOCCORSO**
REGIONE VENETO..... 131

- **PROGETTO PREVENZIONE
VIOLENZE (PREVIO): APPROCCIO
MULTIDISCIPLINARE E GESTIONE
INTEGRATA DEGLI ATTI DI
AGGRESSIONE**
REGIONE VENETO.....143
Allegato

PRATICHE NON MISURATE

- **PREVENZIONE DELLA VIOLENZA
SU OPERATORE SANITARIO**
REGIONE CAMPANIA181
Allegato
- **PREVENZIONE VIOLENZA A DANNO
DI OPERATORI: LA SICUREZZA
NELLE STRUTTURE
PSICHIATRICHE**
REGIONE EMILIA ROMAGNA201
- **PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI
SANITARI**
REGIONE EMILIA ROMAGNA..... 213
Allegato
- **AMICO ALPINO ACCOMPAGNAMI**
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA237
- **LA PREVENZIONE DELLE
AGGRESSIONI IN AMBITO
OSPEDALIERO**
REGIONE MARCHE.....249

-	PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA CONTRO OPERATORI DELL'ASL BI	
	<i>REGIONE PIEMONTE</i>	259
	<i>Allegato</i>	
-	LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI NELL'APPROCCIO SISTEMICO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO DI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE NELL'EMERGENZA URGENZA SANITARIA	
-	<i>REGIONE SARDEGNA</i>	281
-	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI	
	<i>REGIONE SICILIA</i>	295
-	PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI ATTRAVERSO L'UTILIZZO DEL "VIOLENT INCIDENT FORM" (VIF) PRESSO L'AOUI DI VERONA	
	<i>REGIONE VENETO</i>	309
	<i>Allegato 1</i>	
	<i>Allegato2</i>	
	EMPOWERMENT DEI PAZIENTI NELLA SALUTE MENTALE PER LA SICUREZZA E LA PREVENZIONE DEI RISCHI	
	<i>REGIONE VENETO</i>	345

- **PROGETTO “CORRI DA ME/RUN TO ME”**
REGIONE VENETO.....361
- **PREVENZIONE DEGLI ATTI DI
VIOLENZA A DANNO DEGLI
OPERATORI SANITARI**
REGIONE VENETO.....375

PRATICHE NON IMPLEMENTATE

- **SEGNALAZIONE E GESTIONE
EPISODI DI VIOLENZA A DANNO
DELL'OPERATORE SANITARIO**
REGIONE EMILIA ROMAGNA395
- **SCHEDA DI STRATIFICAZIONE DEL
RISCHIO AGGRESSIONE COME
STRUMENTO DI VALUTAZIONE
ALL'INTERNO DELL'AULSS8
BERICA REGIONE VENETO**
REGIONE VENETO.....405

PRATICHE SICURE



***VIOLENZA IN OSPEDALE: QUANTO GLI
OPERATORI
RICONOSCONO IL FENOMENO?***

Regione: LOMBARDIA

ASST CREMONA - 41

Referente: Dr.ssa Margherita Fornaciari -
m.fornaciari@asst-cremona.it; 0372.405545

Pratica clinical risk management

Tematiche affrontate: Formazione in materia di sicurezza del
paziente; Fattori umani

3

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Viene affrontato il tema della violenza contro gli operatori sanitari in Ospedale ed in particolare dopo aver verificato quali sono le aree più a rischio, viene somministrato agli operatori di tali aree un questionario per valutare la loro percezione del fenomeno e quali strumenti sarebbero utili per la prevenzione degli agiti violenti.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 *Aiming to improve:* The study, therefore, aims to detect the incidence of the phenomena of aggressive events at



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

the Hospital of Cremona in order to highlight how the event is aggressive and is recognized by operators and what is reported.

2.2 Description of PSP: The study consists of two phases. The first phase was to analyse the data retrospective objective of the reports of aggression towards the operators received, with the mode varies the bodies prepared of the ASST in the period 2013-2017 (Risk Manager, SPP, ecc.). In the second phase it was developed a specific questionnaire for the survey of the perception of violence among the workers anonymous and free compilation. The questionnaire (annex 1) and consists of 14 questions of which the first 4 related to the personal data of the compiler (gender, age range, qualification and seniority to work); the other 10 are of context ranging from the perception of the operator of the events aggressive, asking which instrument you report them, if there are warning signs and if they were put in place preventive actions, specifying in the case of a positive type.

4

2.3 Methods used for evaluating results: the mapping of areas at increased risk: the mapping of areas at increased risk 1.no.reported cases of aggression, conflict, accidents at work, at ASST di Cremona in the period 2013-2017: n. aggression, ecc./no. employees ASST broken down by areas in the period 2013-2017: no. cases of assaults reported/n. employees for UO the most at-risk from 2013 to 2017. 2. questionnaire survey relating to the perception of the phenomenon





Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

3. accession to the compilation of the questionnaire of the employees of UUOO at risk no. completed surveys/no. employees of the risk areas 4.no. the positive responses in relation to perception of risk /n. questionnaire compiled

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 *Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:* ND

3.2 Problema: Esaminare la percezione da parte degli operatori sanitari sul problema degli atti di violenza in ospedale. Esaminare altresì se i casi sono correttamente e totalmente segnalati attraverso strumenti specifici.

3.3 Obiettivi: Evidenziare le aree più a rischio di violenza presso la ASST di Cremona mediante analisi degli infortuni sul lavoro per aggressioni gestite dal Servizio di prevenzione e Protezione, incident reporting gestite dal Risk Manager, segnalazioni verbali alla Medicina del Lavoro ed allo Spazio d'ascolto. Una volta individuate le aree più a rischio, somministrare agli operatori di tali aree un questionario anonimo e di libera compilazione specifico per la rilevazione della percezione degli atti di violenza.

5



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario): Conoscere lo stato attuale della percezione degli agiti violenti se sono noti i segni premonitori e se vengono messe in atto azioni preventive per valutare se è necessaria una formazione ulteriore ed una sensibilizzazione degli operatori. Implementare, di conseguenza, uno strumento specifico per la segnalazione degli atti di violenza che evidenzia anche i segni premonitori (se presenti) e se sono state messe in atto azioni preventive e/o correttive

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc: Lo studio si compone di due fasi. La prima fase è stata quella di analizzare i dati retrospettivi oggettivi delle segnalazioni di aggressioni verso gli operatori pervenute, con modalità varia, agli organi predisposti della ASST nel periodo 2013-2017: Servizio Prevenzione e Protezione (schede relative agli infortuni sul lavoro legati ad agiti aggressivi), Risk Manager (incident reporting con la registrazione di eventi aggressivi generici senza esiti di infortunio), Medicina del lavoro (cartelle cliniche dei dipendenti e dichiarazioni dei dipendenti allo Sportello d'ascolto). Sulla base dei dati così raccolti sono state selezionate le UUOO "a maggior rischio". Nella seconda fase è stato predisposto un questionario specifico per la rilevazione della percezione della violenza tra i lavoratori, anonimo e di libera compilazione. Il questionario (allegato 1) è composto da 14 domande di cui le prime 4 relative ai dati anagrafici del compilatore (genere,

6



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

fascia d'età, qualifica ed anzianità lavorativa) e le altre 10 sono di contesto spaziando dalla percezione dell'operatore degli eventi aggressivi chiedendo con quale strumento li segnalano, se vi sono segni premonitori e se siano stati messi in atto azioni preventive specificando in caso positivo di quale tipologia. Il questionario e Lo studio si compone di due fasi. La prima fase è stata quella di analizzare i dati retrospettivi oggettivi delle segnalazioni di aggressioni verso gli operatori pervenute, con modalità varia, agli organi predisposti della ASST nel periodo 2013-2017: Servizio Prevenzione e Protezione (schede relative agli infortuni sul lavoro legati ad agiti aggressivi), Risk Manager (incident reporting con la registrazione di eventi aggressivi generici senza esiti di infortunio), Medicina del lavoro (cartelle cliniche dei dipendenti e dichiarazioni dei dipendenti allo Sportello d'ascolto). Sulla base dei dati così raccolti sono state selezionate le UUOO "a maggior rischio". Nella seconda fase è stato predisposto un questionario specifico per la rilevazione della percezione della violenza tra i lavoratori, anonimo e di libera compilazione. Il questionario (allegato 1) è composto da 14 domande di cui le prime 4 relative ai dati anagrafici del compilatore (genere, fascia d'età, qualifica ed anzianità lavorativa) e le altre 10 sono di contesto spaziando dalla percezione dell'operatore degli eventi aggressivi chiedendo con quale strumento li segnalano, se vi sono segni premonitori e se siano stati messi in atto azioni preventive specificando in caso positivo di quale tipologia. Il questionario è stato quindi consegnato ai dipendenti delle

7



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

UU00 a maggior rischio in data 23.02.2018; i questionari compilati sono stati ritirati il 23.03.2018.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

La pratica è stata implementata?	Si, parzialmente
A che livello è avvenuta l'implementazione?	A livello di unità operativa o reparto
Si sono avuti risultati specifici e misurabili?	Si
È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?	Si
È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?	Si

8

5. RISULTATI

I risultati dello studio consentono di formulare alcune considerazioni. In primo luogo dalla mappatura degli eventi aggressivi segnalati si evince che l'area più a rischio (peraltro, prevedibile) è quella psichiatrica seguita dall'area critica (Pronto Soccorso) e quindi dall'area materno infantile soprattutto per i casi segnalati dalla Pediatria che molto spesso riguardano l'area di Pronto Soccorso pediatrico. Nell'area dei servizi la UO di Medicina legale risulta quella più a rischio, in particolare per le criticità che si presentano con l'utenza nello specifico ambito della CML (Commissione medica locale per il rilascio delle patenti). L'adesione al questionario è stata soddisfacente



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

tenendo conto che il periodo in cui gli operatori sono stati arruolati è stato molto breve (circa 30 giorni) e, per ovvi motivi, non erano presenti, in quel lasso di tempo, tutti gli operatori delle UUOO coinvolte. L'adesione media è stata del 87% con punte più elevate per la UO di Medicina Legale (100%) e più basse per la UO di Ostetricia (77,20%). La percezione del rischio aggressivo da parte degli operatori che hanno risposto al questionario è elevato: 94,4% dei casi. Anche la segnalazione di eventi aggressivi risulta abbastanza elevata: nei reparti intervistati, ad eccezione della UO di Ostetricia, oltre i due terzi degli operatori segnalano l'evento usando, principalmente, lo strumento della cartella clinica, solo il 14,8% utilizzano l'incident reporting come segnalazione. Il confronto con casistiche analoghe, come ad esempio, quella svolta presso la ULSS 9 di Treviso nel periodo agosto e settembre 2015 che ha coinvolto 220 operatori a cui sono stati forniti questionari conoscitivi sul fenomeno (2015) fornisce le seguenti analogie e discrepanze con la casistica di questo studio: su 220 operatori a cui è stato fornito il questionario hanno risposto il 63,6% e tra questi nessun medico ha aderito allo studio versus quasi il 90% degli operatori coinvolti presso la ASST di Cremona tra cui anche la figura medica. La minor aderenza rilevata nella struttura sanitaria veneta può essere motivata dal fatto che il questionario è stato fornito durante il periodo estivo con maggiori assenze del personale e che i reparti coinvolti (Pronto Soccorso, Medicina e Geriatria) non sono stati scelti in base ad una valutazione preliminare oggettiva delle segnalazioni di aggressioni. Per quanto riguarda la percezione del rischio aggressivo la stessa è presente in modo elevato in entrambi gli studi (97% per la USSL

9



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

9 versus 94,4% per ASST di Cremona) da parte degli operatori che hanno risposto al questionario. Infine, in entrambi i casi, le aggressioni più frequenti di cui sono stati testimoni (o vittime) gli operatori sono di tipo verbale (61% per la USSL e 57% per la ASST di Cremona). In conclusione dai dati raccolti si osserva che la principale problematica riguarda la raccolta sistematica degli eventi aggressivi segnalati con conseguente perdita di numerosi casi per la mancanza di uno strumento univoco e condiviso per l'identificazione degli eventi che consenta una sistematica raccolta degli stessi. Infatti, i risultati evidenziano che i lavoratori percepiscono soggettivamente la presenza degli eventi aggressivi e dei segnali premonitori che li scaturiscono, ma ne' è difettosa la denuncia/segnalazione. Gli eventi inoltre sono segnalati soprattutto nella cartella clinica che, per tale tipo di evento, non permette l'oggettivazione dell'evento ne' una vera presa in carico. È opportuno quindi addestrare, attraverso specifica formazione, gli operatori per il riconoscimento dell'evento ed introdurre uno strumento capace di rispondere sia alla necessaria registrazione, sia alla conseguente necessita 'di presa in carico della situazione. Il percorso di presa in carico degli agiti aggressivi a danno degli operatori deve necessariamente avere due indicatori: quello di processo e quello di esito. L'indicatore di processo potrebbe essere fornito dall'introduzione dello strumento di rilevazione dei segnali di allarme (premonitori) di eventi aggressivi, da quanto viene utilizzato e da quanto modifica la organizzazione. L'indicatore di esito si traduce nella quantificazione dell'esito stesso: da come l'evento preventivamente riconosciuto si modifica in esito positivo o negativo, ovvero nel numero degli eventi sentinella originati da



eventi aggressivi (in altre termini utilizzare una scala per quantificare l'esito). Ad esempio, si potrebbe introdurre la scala Broset Violente Checklist (BVC) già in uso in Psichiatria presso la ASST di Cremona oppure la scala Moas come proposto da Sanza e coll. (2018) o, ancora, una combinazione delle due scale per avviare la presa in carico del fenomeno aggressività (indicatore di processo). Per l'indicatore di esito, in alternativa, all'incident reporting classico introdurre una modulistica specifica per i casi di aggressività da inviare al Risk Manager in caso di evento o di quasi evento. In via sperimentale, a breve, verrà eseguito uno studio pilota più omogeneo in una o più UUOO a rischio maggiore (ad esempio in Psichiatria ed in Medicina Legale) utilizzando le schede sopra citate e coordinato dal Risk Manager, destinatario di tutte le segnalazioni.

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:	No
Indicare in quale ambito	ND
Si sono avuti risultati specifici e misurabili?	ND



Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti	ND
Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti	Si
Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica	Utilizzare il questionario somministrato agli operatori ASST di Cremona in altre strutture sanitarie

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

12

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti)

No



Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

Si

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

No

Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica? contesti

No

L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?

Si

13

11. ANALISI ECONOMICA: ND

12. COSTI: ND



**PARM 2018
OBIETTIVO N. 2
VIOLENZA IN OSPEDALE:
QUANTO GLI OPERATORI RICONOSCONO IL FENOMENO?**

ASST CREMONA

Risk Manager

SCOPO

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

Tale definizione non esclude dunque la violenza morale nei luoghi di lavoro, altrimenti detta mobbing: fenomeno sempre più presente, ma difficilmente evidenziabile sia per uno scoraggiante panorama di accoglienza legale rispetto a tale situazione, sia per una carente organizzazione all'accoglienza di segnalazioni riconducibili a tali eventi.

Secondo la Raccomandazione ministeriale n. 8, del novembre 2007, 'Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari', nel nostro Paese mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia appare necessario attivare misure di prevenzione per contrastarne l'occorrenza.

La raccomandazione intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Lo studio, pertanto, si pone l'obiettivo di rilevare l'incidenza dei fenomeni aggressivi avvenuti presso il Presidio Ospedaliero di Cremona al fine di evidenziare quanto l'evento aggressivo è riconosciuto dagli operatori e quanto denunciato.

AREA: PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA

DEFINIZIONI

Violenza: si intende l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, altre persone o contro un gruppo o una comunità, da cui ne consegue o da cui vi è un'alta probabilità di sviluppare lesioni, morte, danni psicologici,

compromissioni nello sviluppo (maldevelopment) o deprivazioni.

Riferito all'ambito ospedaliero la violenza rilevabile è suddivisibile in tre macro aree:

Violenza sociale: dove la vittima è l'utente che si rivolge al servizio e che l'operatore accoglie;

Violenza esterna: dove è l'operatore ad essere vittima dell'utente;

Violenza interna: dove gli operatori sono vittime di altri operatori e dell'organizzazione.

Violenza nel posto di lavoro: Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro.

Maltrattamento: comportamento reiterato nel tempo di abuso fisico (schiacciamenti, pugni, calci, morsi, ecc), abuso emotivo (controllo attraverso l'umiliazione, la paura, le continue critiche e la vergogna; spesso accompagnato dall'abuso fisico o sessuale), incuria (non fornire adeguata supervisione, assistenza medica o educazione o esporre ad ambienti pericolosi o malsani), abuso sessuale.

Stalking: comportamenti di persecuzione e molestia assillante tali da poter arrivare a compromettere il normale svolgimento della quotidianità.

16

Mobbing: varie forme di violenza psicologica sul posto di lavoro, esercitate attraverso comportamenti aggressivi e persecutori protratti nel tempo, da parte di superiori, colleghi o sottoposti, nei confronti di un compagno di lavoro ritenuto scomodo o antipatico o, addirittura, da eliminare.

Evento avverso: lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato.

Evento sentinella: particolare tipo di incidente sanitario la cui soglia di allarme è massima. Basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna una indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse. Episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Sistema di report: sistema con il quale gli eventi avversi vengono segnalati da un qualsiasi operatore. Le segnalazioni sono impiegate per creare un database atto a identificare le situazioni più frequenti e prevenire futuri incidenti.

MATERIALI E METODI

Lo studio si compone di due fasi. La prima fase e' stata quella di analizzare i dati retrospettivi oggettivi delle segnalazioni di aggressioni verso gli operatori pervenute, con modalita' varia, agli organi predisposti della ASST nel periodo 2013-2017: Servizio Prevenzione e Protezione (schede relative agli infortuni sul lavoro legati ad agiti aggressivi), Risk Manager (incident reporting con la registrazione di eventi aggressivi generici senza esiti di infortunio), Medicina del lavoro (cartelle cliniche dei dipendenti e dichiarazioni dei dipendenti allo Sportello d'ascolto). Sulla base dei dati cosi' raccolti sono state selezionate le UUOO "a maggior rischio" .

Nella seconda fase e' stato predisposto un questionario specifico per la rilevazione della percezione della violenza tra i lavoratori, anonimo e di libera compilazione. Il questionario (allegato 1) e' composto da 14 domande di cui le prime 4 relative ai dati anagrafici del compilatore (genere, fascia d'eta', qualifica ed anzianita' lavorativa) e le altre 10 sono di contesto spaziando dalla percezione dell'operatore degli eventi aggressivi chiedendo con quale strumento li segnalano, se vi sono segni premonitori e se siano stati messi in atto azioni preventive specificando in caso positivo di quale tipologia.

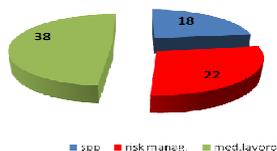
Il questionario e' stato quindi consegnato ai dipendenti delle UUOO a maggior rischio in data 23.02.2018; i questionari compilati sono stati ritirati il 23.03.2018.

17

RISULTATI

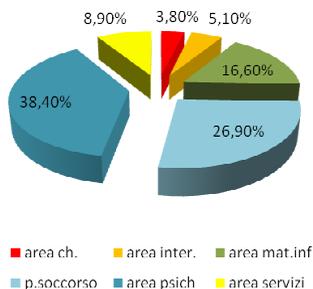
I risultati relativi all'indagine retrospettiva eseguita presso gli organi preposti della ASST e relativi al periodo 2013-2017 sono di seguito riportati.

Le aggressioni complessivamente segnalate sono state 78 cosi' suddivise per Organo preposto:



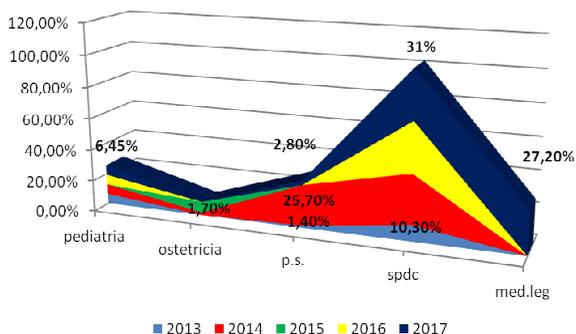
In particolare, per quanto riguarda le segnalazioni pervenute alla Medicina del lavoro si deve sottolineare che di 38 casi ben 36 erano in realta' segnalazioni verbali giunte alla UO tramite lo Sportello d'ascolto.

Le segnalazioni pervenivano dalle seguenti aree cliniche:



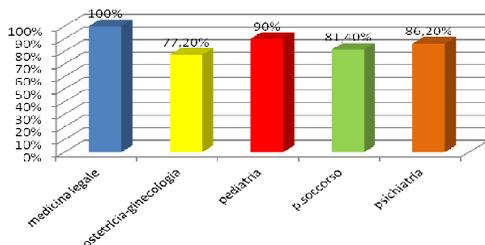
Nell'ambito di queste aree si e' provveduto ad estrapolare le UUOO che hanno avuto maggiori segnalazioni nel periodo considerato, rapportandole con il numero degli operatori della medesima UO:

18



I questionari sono stati forniti ai dipendenti delle UUOO sopra riportate nel periodo compreso dal 23.02.2018 e sono stati ritirati il 23.03.2018.

I questionari compilati sono stati 162 (su 198 dipendenti) pari al 87% del campione potenziale.



Il campione che ha risposto al questionario e' cosi' rappresentato:

genere:	maschi	femmine	n.casi
medicina legale	4	7	11
ostetricia-ginecologia	0	57	44
pediatria	4	24	28
p.soccorso	21	33	54
psichiatria	4	21	25
TOTALE	33	142	162

19

eta'	< 25	26/30	31/35	36/40	41/45	45/50	> 50	n.casi
medicina legale	0	0	0	1	2	0	8	11
ost.ginecologia	3	6	3	5	6	13	8	44
pediatria	0	1	2	6	6	8	5	28
p.soccorso	2	5	7	9	9	12	10	54
psichiatria	0	0	1	3	1	16	4	25
TOTALE	5	12	13	24	24	49	35	162

qualifica profess:	medico	infermiere ostetrica	oss/ota/ asa	amministrat.	n.casi
medicina legale	5	0	0	6	11
ostetricia-ginecologia	5	36	2	1	44
pediatria	5	21	1	1	28
p.soccorso	8	37	8	1	54
psichiatria	5	18	2	0	25
TOTALE	28	112	13	9	162

anzianita' servizio:	< 1 anno	1/5 anni	6/10 anni	> 10 anni	n.casi
medicina legale	0	0	1	10	11
ostetricia-ginecologia	8	5	9	22	44
pediatria	4	2	13	9	28
p.soccorso	2	14	16	22	54
psichiatria	0	2	2	21	25
TOTALE	14	23	41	84	162

Di seguito, si riportano le risposte ai quesiti del questionario:

QUANDO LEI RILEVA UN SEGNALE PREMONITORE DI EVENTO AGGRESSIVO, LO SEGNALA?	si	no	n.casi
medicina legale	11	0	11
ost.ginecologia	39	5	44
pediatria	28	0	28
p.soccorso	50	4	54
psichiatria	25	0	25
TOTALE	153	9	162

20

CHE STRUMENTO UTILIZZA PRINCIPALMENTE PER FORMALIZZARE LA RILEVAZIONE DI UN SEGNALE PREMONITORE DI AGGRESSIVITA'?	cartella clinica	incident reporting	scala validata	altro	n.casi
medicina legale	0	6	0	5	11
ost.ginecologia	21	7	2	14	44
pediatria	20	4	2	2	28
p.soccorso	23	3	4	24	54
psichiatria	8	4	13	0	25
TOTALE	72	24	21	45	162

Scala validata e' la Broset Violence Checklist (BVC)

I 45 casi indicati con la voce altro vengono di seguito cosi' suddivisi:

ALTRO	segnalaz.verbale	chiamata ffoo/ guardie giurate	non risponde	altro	n.casi
medicina legale	5	0	0	0	5
ost.ginecologia	11	3	0	0	14
pediatria	1	0	0	1	2
p.soccorso	11	5	7	1	24
psichiatria	0	0	0	0	0
TOTALE	28	8	7	2	45

I due casi con la voce "altro" erano entrambi rappresentati da "lettera alla Direzione".

NEL PERIODO COMPRESO FRA L'ANNO 2013 E L'ANNO 2017, HA RILEVATO EVENTI DA LEI RITENUTI AGGRESSIVI?	si	no	n.casi
medicina legale	9	2	11
ost.ginecologia	19	25	44
pediatria	24	4	28
p.soccorso	37	17	54
psichiatria	24	1	25
TOTALE	113	49	162

CHE TIPO DI EVENTI RITENUTI AGGRESSIVI HA RILEVATO?	aggress. fisiche	aggress. verbali	aggress. morali	n.casi
medicina legale	0	8	1	9
ost.ginecologia	0	16	3	19
pediatria	5	16	3	24
p.soccorso	3	4	30	37
psichiatria	4	20	0	24
TOTALE	12	64	37	113

A SUO AVVISO C'E' STATO UN FATTORE SCATENANTE?	si	no	n.casi
medicina legale	7	2	9
ost.ginecologia	11	8	19
pediatria	16	8	24
p.soccorso	31	6	37
psichiatria	20	4	24
TOTALE	85	28	113

QUALE TRA I SEGUENTI FATTORI SCATENANTI E' STATO A SUO AVVISO IL PIU' RILEVANTE?	azioni aggressive gia' manifeste	ricovero prolungato	scarsa aderenza terapia	conflittualita' gerarchica/organizz.	condivisione spazi	altro*	n.casi
medicina legale	0	0	0	3	0	4	7
ost.ginecologia	2	0	1	1	4	3	11
pediatria	4	0	4	3	0	5	16
p.soccorso	9	1	2	2	8	9	31
psichiatria	12	3	5	0	0	0	20
TOTALE	27	4	12	9	12	21	85

*Con la voce "altro" per Medicina legale viene riportato "la valutazione della Commissione medica locale per rilascio delle patenti"; in Ostetricia-Ginecologia: un

caso per "situazione di emergenza" e due casi per attesa prolungata prima della prestazione sanitaria. In Pediatria la voce altro comprende: attesa prolungata in PS (tre casi) e genitori scarsamente complianti (2 casi). Infine, in PS i 9 casi di voce altro sono sempre riferiti all'attesa prolungata prima della prestazione sanitaria.

A SUO AVVISO L'EVENTO ERA STATO PREANNUNCIATO DA UN SEGNALE PREMONITORE?	si	no	n.casi
medicina legale	4	3	7
ost.ginecologia	5	5	11
pediatria	9	7	16
p.soccorso	27	4	31
psichiatria	16	4	20
TOTALE	61	23	85

22

QUALE TRA I SEGUENTI SEGNALI PREMONITORI E' STATO A SUO AVVISO IL PIU' RILEVANTE?	agitazione motoria	provocatoriet.	minacce verbali/ imprecazioni	ostilita'	altro	n.casi
medicina legale	0	2	2	0	0	4
ost.ginecologia	0	2	3	0	0	5
pediatria	0	2	4	2	1	9
p.soccorso	1	5	15	6	0	27
psichiatria	5	3	6	2	0	16
TOTALE	6	14	30	10	1	61

A SUO AVVISO ERANO STATI MESSI IN ATTO INTERVENTI PREVENTIVI?	si	no	n.casi
medicina legale	0	9	9
ost.ginecologia	5	14	19
pediatria	4	20	24
p.soccorso	29	8	37
psichiatria	20	4	24
TOTALE	58	55	113

All'ultima domanda (QUALE TRA I SEGUENTI INTERVENTI PREVENTIVI E' STATO A SUO AVVISO IL PIU' RILEVANTE?) avrebbero dovuto rispondere solo i soggetti che avevano risposto "si" alla domanda precedente. Tuttavia vi sono stati operatori che hanno se hanno risposto "no" hanno comunque fornito una risposta relativa agli interventi preventivi e, soprattutto, anche se era prevista una sola risposta piu' persone hanno segnato piu' voci. Il risultato e' il seguente:

QUALE TRA I SEGUENTI INTERVENTI PREVENTIVI E' STATO A SUO AVVISO IL PIU' RILEVANTE?	relazionali	gestionali organizz.	ambientali	farmaci (contenzione)	fisici (contenzione)	non risponde	n.casi
medicina legale	0	1	0	0	0	8	9
ost.ginecologia	6	4	0	2	0	7	19
pediatria	3	1	0	0	0	20	24
p.soccorso	15	2	2	1	0	17	37
psichiatria	2	1	3	4	0	14	24
TOTALE	26	9	5	7	0	66	113

INDICATORI

1. mappatura delle aree a maggior rischio

n.casi segnalati di aggressioni, conflitto, infortuni sul lavoro presso ASST di Cremona nel periodo 2013-2017:

n.casi aggressioni, ecc./n.dipendenti ASST suddiviso per aree nel periodo 2013-2017:

n.segnalaz/ n.dipend	area chirurgica	area internistic	area critica	area psichiatr.	area servizi	area materno infantile
2013	0,36%	0,00%	0,22%	1,42%	0,00%	0,93%
2014	0,36%	0,19%	3,97%	4,26%	0,96%	1,40%
2015	0,00%	0,38%	0,00%	0,00%	0,00%	1,87%
2016	0,36%	0,19%	0,00%	4,26%	0,00%	0,93%
2017	0,00%	0,00%	0,44%	4,26%	1,29%	0,93%

23

n.casi aggressioni segnalate/n.dipendenti per UO piu' a rischio dal 2013 al 2017:

	pediatria	ostetricia	p.s.	spdc	med.leg
2013	6,45%	0%	1,40%	10,30%	0%
2014	6,45%	1,70%	25,70%	31,00%	0%
2015	0%	7,00%	0%	0%	0%
2016	6,45%	0%	0%	31,00%	0%
2017	6,45%	0%	2,80%	31,00%	27,20%

2.elaborazione questionario relativo alla percezione del fenomeno:

(allegato 1)

3.adesione alla compilazione del questionario dei dipendenti delle UUOO a rischio:

n.questionari compilati/n.dipendenti delle aree a rischio:

medicina legale 100%
ost.ginecologia 77,20%

pediatria 90,00%
 p.soccorso 81,40%
 psichiatria 86,20%
 adesione media: 87%

4.valutazione della percezione del rischio da parte degli operatori che lavorano nelle aree piu' a rischio

n. risposte positive relativamente alla percezione del rischio/n. questionari compilati:

UOOO	n.risposte positive	% risposte pos/n.questionari compilati
medicina legale	11	100%
ost.ginecologia	39	88,6%
pediatria	28	100%
p.soccorso	50	92,5%
psichiatria	25	100

24

n.risposte positive totali/n.questionari compilati: 94,4%

5.n.segnalazioni aggressioni da parte dei dipendenti delle aree a rischio:

n.risposte positive per la segnalazione dell'evento/n.questionari compilati:

UOOO	n.risposte positive	% risposte pos/n.questionari compilati
medicina legale	9	81,8%
ost.ginecologia	19	43,1%
pediatria	24	85,7%
p.soccorso	37	68,5%
psichiatria	24	96%

CONCLUSIONI

I risultati dello studio consentono di formulare alcune considerazioni.

In primo luogo dalla mappatura degli eventi aggressivi segnalati si evince che l'area piu' a rischio (peraltro, prevedibile) e' quella psichiatrica seguita dall'area critica

(Pronto Soccorso) e quindi dall'area materno infantile soprattutto per i casi segnalati dalla Pediatria che molto spesso riguardano l'area di Pronto Soccorso pediatrico.

Nell'area dei servizi la UO di Medicina legale risulta quella piu' a rischio, in particolare per le criticita' che si presentano con l'utenza nello specifico ambito della CML (Commissione medica locale per il rilascio delle patenti).

L'adesione al questionario e' stata soddisfacente tenendo conto che il periodo in cui gli operatori sono stati arruolati e' stato molto breve (circa 30 giorni) e, per ovvi motivi, non erano presenti, in quel lasso di tempo, tutti gli operatori delle UUOO coinvolte. L'adesione media e' stata del 87% con punte piu' elevate per la UO di Medicina Legale (100%) e piu' basse per la UO di Ostetricia (77,20%).

La percezione del rischio aggressivo da parte degli operatori che hanno risposto al questionario e' elevato: 94,4% dei casi. Anche la segnalazione di eventi aggressivi risulta abbastanza elevata: nei reparti intervistati, ad eccezione della UO di Ostetricia, oltre i due terzi degli operatori segnalano l'evento usando, principalmente, lo strumento della cartella clinica, solo il 14,8% utilizzano l'incident reporting come segnalazione.

Il confronto con casistiche analoghe, come ad esempio, quella svolta presso la ULSS 9 di Treviso nel periodo agosto e settembre 2015 che ha coinvolto 220 operatori a cui sono stati forniti questionari conoscitivi sul fenomeno (2015) fornisce le seguenti analogie e discrepanze con la casistica di questo studio: su 220 operatori a cui e' stato fornito il questionario hanno risposto il 63,6% e tra questi nessun medico ha aderito allo studio versus quasi il 90% degli operatori coinvolti presso la ASST di Cremona tra cui anche la figura medica. La minor aderenza rilevata nella struttura sanitaria veneta puo' essere motivata dal fatto che il questionario e' stato fornito durante il periodo estivo con maggiori assenze del personale e che i reparti coinvolti (Pronto Soccorso, Medicina e Geriatria) non sono stati scelti in base ad una valutazione preliminare oggettiva delle segnalazioni di aggressioni.

Per quanto riguarda la percezione del rischio aggressivo la stessa e' presente in modo elevato in entrambi gli studi (97% per la USSL 9 versus 94,4% per ASST di Cremona) da parte degli operatori che hanno risposto al questionario.

Infine, in entrambi i casi, le aggressioni piu' frequenti di cui sono stati testimoni (o vittime) gli operatori sono di tipo verbale (61% per la USSL e 57% per la ASST di Cremona).

25

In conclusione dai dati raccolti si osserva che la principale problematica riguarda la raccolta sistematica degli eventi aggressivi segnalati con conseguente perdita di numerosi casi per la mancanza di uno strumento univoco e condiviso per l'identificazione degli eventi che consenta una sistematica raccolta degli stessi.

Infatti, i risultati evidenziano che i lavoratori percepiscono soggettivamente la presenza degli eventi aggressivi e dei segnali premonitori che li scaturiscono, ma ne è difettosa la denuncia/segnalazione. Gli eventi inoltre sono segnalati soprattutto nella cartella clinica che, per tale tipo di evento, non permette l'oggettivazione dell'evento né una vera presa in carico.

E' opportuno quindi addestrare, attraverso specifica formazione, gli operatori per il riconoscimento dell'evento ed introdurre uno strumento capace di rispondere sia alla necessaria registrazione, sia alla conseguente necessità di presa in carico della situazione.

Il percorso di presa in carico degli agiti aggressivi a danno degli operatori deve necessariamente avere due indicatori: quello di processo e quello di esito.

26

L'indicatore di processo potrebbe essere fornito dall'introduzione dello strumento di rilevazione dei segnali di allarme (premonitori) di eventi aggressivi, da quanto viene utilizzato e da quanto modifica la organizzazione. L'indicatore di esito si traduce nella quantificazione dell'esito stesso: da come l'evento preventivamente riconosciuto si modifica in esito positivo o negativo, ovvero nel numero degli eventi sentinella originati da eventi aggressivi (in altre termini utilizzare una scala per quantificare l'esito)

Ad esempio, si potrebbe introdurre la scala Broset Violence Checklist (BVC) già in uso in Psichiatria presso la ASST di Cremona oppure la scala Moas come proposto da Sanza e coll. (2018) o, ancora, una combinazione delle due scale per avviare la presa in carico del fenomeno aggressività (indicatore di processo). Per l'indicatore di esito, in alternativa, all'incident reporting classico introdurre una modulistica specifica per i casi di aggressività da inviare al Risk Manager in caso di evento o di quasi evento.

In via sperimentale, a breve, verrà eseguito uno studio pilota più omogeneo in una o più UUOO a rischio maggiore (ad esempio in Psichiatria ed in Medicina Legale) utilizzando le schede sopra citate e coordinato dal Risk Manager, destinatario di tutte le segnalazioni.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ministero della Salute, Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Raccomandazioni n. 8 novembre 2007
- PT DS89 016 Rev. 00 Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori ASST Cremona
- PT DS89 007 Rev. 01 Abuso sessuale adulto e minore ASST Cremona
- PT DS89 008 Rev. 04 Violenza, maltrattamento e stalking adulto e minore ASST Cremona
- P DS89 003 Rev. 03 Rischio clinico Incident reporting ASST Cremona
- Vinciguerra MA, Migotto S: Aggressioni a danno degli operatori sanitari: indagine esplorativa nella ULSS 9 di Treviso, tesi di laurea, anno accademico 2014-2015- Universita' degli studi di Padova
- Sanza M, Ceccarellil P., Ballanti L., Bruno A., Iorio G, Loddo C., Polichetti GB I, Teodoranti M: La valutazione dell'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. Uno studio osservazionale. Politiche Sanitarie, 2018, 19,1, 43-50

27



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

**PROGETTO PER LA PREVENZIONE DI ATTI DI VIOLENZA
A CARICO DEGLI OPERATORI**

Regione LOMBARDIA

ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA - Unità di Gestione del Rischio

Referente: Dr. Comberti, Dott.ssa Beretti, Dott.ssa Manara -
unita.gestione.rischio@asst-spedalivicivi.it – 0303998865

Tematica affrontate: Valutazione dei rischi e dei danni,
Cultura della sicurezza, Sistema di reporting e learning,
Classificazione OBP, Classificazione PasQ:

29

ABSTRACT PER IL CITTADINO

Il presente progetto ha lo scopo di ridurre gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari attraverso l'implementazione di misure di prevenzione e controllo dirette a situazioni di rischio identificate o potenziali, di permettere agli operatori di acquisire competenze nel valutare e gestire tali eventi quando accadono e di sensibilizzare alla segnalazione tutti gli episodi di violenza.

La violenza sul posto di lavoro viene definita dal National Institute of Occupational Health (NIOSH, 2002) come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Gli atti di violenza non vengono circoscritti alle sole aggressioni di tipo fisico, omicidi o



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

altri eventi criminosi risultanti in lesioni personali o morte; anche l'utilizzo di minacce e di linguaggio offensivo, che avviene con alta frequenza, si può configurare come una vera e propria situazione di violenza.

30 Diverse ricerche espongono dati rispetto al settore sanitario: l'EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work, 2014) rileva come il settore socio-sanitario abbia il più alto livello di esposizione alla workplace violence in EU-27 (Unione Europea 2007-2013), pari al 15,2%. Nel 2013 INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) ha indennizzato quattromila infortuni causati da "aggressione o violenza da parte di estranei": 1.200 infortuni sono avvenuti in Sanità e di questi il 71% riguarda individui di sesso femminile (D'Amico e Giovannone, 2015).

L'attività prende spunto da un'analisi svolta nel 2017 sulla base della quale è stato misurato il fenomeno a livello locale, e che ha mostrato un andamento in crescita degli atti di violenza a danno di operatore nel corso degli ultimi anni (2014-2017). Sebbene in letteratura si evidenzia come gli episodi si verifichino frequentemente nei servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale, all'interno dell'ASST Spedali Civili il fenomeno appare diffuso in tutte le aree sanitarie.

Il progetto si è poi sviluppato nelle seguenti fasi:

- Elaborazione di una procedura aziendale;
- Formazione del personale ;
- Riorganizzazione strutturale;



- Campagna Informativa rivolta al personale e all'utenza attraverso la creazione di un poster;
- Somministrazione di un questionario di gradimento relativo alla campagna informativa rivolto agli operatori sanitari e relativa analisi.

Nel primo semestre 2018 si è rilevato un aumento delle segnalazioni di atti di violenza a danno di operatore, che si ritiene rappresenti un indice significativo di una aumentata sensibilizzazione alla segnalazione di tali eventi, anche a seguito dell'impatto del progetto sugli operatori.

Parole chiave: atti di violenza – operatori - formazione - campagna informativa – raccomandazione ministeriale

31

ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

The purpose of this project was to reduce the acts of violence against healthcare workers through the implementation of prevention and control measures aimed at identified or potential risk situations, and to allow operators to gain skills in evaluating and managing these events when they happen. The Risk Management Unit has set itself the following objectives: providing health workers with tools to contain the episodes of aggression, prevent their occurrence and manage them if they occurred; communicate to the users about the



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

adoption of a zero tolerance policy towards acts of violence; implement structural measures for risk prevention and control of some areas, also improving communication between the Emergency Room and the central police station in case of danger; verify the perception of effectiveness of these strategies by administering a survey to healthcare workers.

2.2 Description of PSP

32 The activity is inspired by an analysis carried out in 2017 on the basis of which the phenomenon was measured at the local level, and which showed an upward trend in the acts of violence against the operator during the last years (2014-2017). Although it is evident in the literature that episodes occur frequently in emergency-urgency services, inpatient and territorial psychiatric facilities, waiting areas, geriatric services and out of hours service doctors, within the ASST Spedali Civili the phenomenon appears widespread in all healthcare areas.

The project then developed in the following phases:

- Development of a company procedure;
- Training of healthcare staff;
- Structural reorganization;
- Information campaign addressed to staff and users through the creation of a poster;
- Administration of a satisfaction survey related to the information campaign addressed to healthcare workers and related analysis.



2.3 Methods used for evaluating results

Monitoring of reports of aggression through the Incident Reporting platform: in the first half of 2018 there was an increase in reports of violence against operators of 231% compared to 2017, which is considered to represent a significant index of increased awareness of reporting of such events, also due to the impact of the project on healthcare workers.

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Violenza su paziente

33

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

- Regione
- Azienda
- Unità di produzione

DESCRIZIONE DELLA PRATICA

1. **Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale: ND**



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

2. Problema:

Gli atti di violenza a danno di operatore sono una criticità diffusa all'interno delle strutture sanitarie, per affrontare la quale il Ministero ha pubblicato la Raccomandazione n.8 del 2007 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".

L'ASST non aveva ancora elaborato una strategia Aziendale a riguardo, per cui non vi erano indicazioni univoche agli operatori sanitari per la prevenzione e gestione di tali episodi, ma azioni organizzate dalle singole Unità Operative; inoltre alcuni spazi del Pronto Soccorso apparivano sguarniti di strumenti tecnici per il controllo degli episodi di violenza, e non tutti gli accessi ai reparti erano in sicurezza.

34

3. Obiettivi:

L'Unità di Gestione del Rischio si è prefissata i seguenti obiettivi: fornire agli operatori sanitari strumenti per contenere gli episodi di aggressività, prevenire il loro accadimento e gestirli qualora avvenuti; comunicare all'utenza l'adozione di una politica di tolleranza zero verso atti di violenza; implementare misure strutturali per la prevenzione del rischio ed il controllo di alcune aree, migliorando anche la comunicazione tra il Pronto Soccorso e la Questura in caso di pericolo; verificare la percezione di efficacia di tali strategie attraverso la somministrazione di un questionario al personale sanitario.



4. Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Il principale beneficio atteso consiste nella realizzazione di un contesto lavorativo nel quale gli operatori possano lavorare con serenità e senza timore di essere soggetti ad atti di violenza, fisica o verbale (infatti in letteratura è noto che le conseguenze sugli operatori derivanti da un episodio di violenza possono essere fisiche, psicologiche, emozionali, sociali); inoltre ci si attende di migliorare le relazioni con i pazienti e l'attenzione alla cura degli stessi, oltre che contribuire alla diffusione di una politica di non tolleranza rispetto agli atti di violenza di cui possa beneficiare tutto il sistema sanitario.

35

5. Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Il progetto, dopo una prima analisi dei dati disponibili all'interno dell'ASST (provenienti sia dal sistema di Incident Reporting sia dagli infortuni accaduti) si è svolto attraverso:

- l'elaborazione di una procedura aziendale relativa alla "Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari" pubblicata a gennaio 2018;
- la formazione del personale sanitario, tramite esposizioni teoriche ed esercitazioni pratiche, orientata ad aumentare la sensibilizzazione del personale alla



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

segnalazione di episodi di violenza all'interno dell'ASST e all'adozione di comportamenti atti a contenere l'aggressività;

- la riorganizzazione strutturale attraverso l'adeguamento e l'integrazione del sistema di videosorveglianza nel Pronto Soccorso e nelle aree meno frequentate (corridoi di servizio, spogliatoi ecc), l'installazione di una linea diretta tra la Sala Operativa della Questura ed il Pronto Soccorso, oltre che l'implementazione di un sistema a codice numerico per il controllo dell'apertura delle porte nei reparti di degenza;
- una campagna Informativa rivolta al personale e all'utenza attraverso la creazione di un poster, esposto sia nei reparti di degenza sia nelle aree comuni e ambulatori con lo scopo di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale; tali poster sono stati realizzati a costi contenuti (coinvolgendo un volontario disposto ad apparirvi, e un truccatore che ha offerto gratuitamente i suoi servizi); a riprova dell'impatto di questo strumento, dopo la sua diffusione diverse strutture sanitarie hanno mostrato interesse e hanno chiesto di adottarlo, diffondendolo dunque nelle loro realtà;
- la somministrazione di un questionario di gradimento relativo alla campagna informativa rivolto agli operatori sanitari e relativa analisi, che ha mostrato un generale accordo sulla rilevanza del problema relativo alle aggressioni, pur sottolineando che la campagna sia efficace solamente se associata ad altre strategie.

36



Nel primo semestre 2018 si è fatta una nuova rilevazione degli episodi segnalati attraverso il sistema di Incident Reporting, che ha mostrato un aumento delle segnalazioni di atti di violenza a danno di operatore; riteniamo che questo rappresenti un indice significativo di una aumentata sensibilizzazione alla segnalazione di tali eventi, anche a seguito dell'impatto del progetto sugli operatori sanitari.

Il progetto è stato anche presentato nel corso di un Network dei Risk Manager di Regione Lombardia, ai fini di una maggiore diffusione del progetto realizzato e della sua trasferibilità in altre realtà.

EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si



RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito:

- 1) aumento di segnalazioni del 231% rispetto al 2017 (80 segnalazioni in 1 semestre 2018 - si suppone 160 all'anno / 69 nel 2017);
- 2) circa il 90% degli operatori sanitari ha giudicato gli eventi formativi efficaci o molto efficaci;
- 3) il 69% degli operatori sanitari a cui è somministrato il questionario finale (160 medici, 350 infermieri e ostetrici e 79 altri professionisti sanitari) ha dichiarato che i poster siano stati esposti nella propria U.O.
- 38 4) l'88% degli operatori sanitari a cui è stato somministrato il questionario finale ritiene che il problema della violenza sugli operatori sia rilevante;
- 5) il 64% degli operatori sanitari a cui è stato somministrato il questionario finale ritiene che la campagna di sensibilizzazione sia efficace solamente se associata ad altre strategie comunicative.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Articolo sul progetto sulla rivista Civile Salute a disposizione di pazienti, visitatori e personale pubblicazione autonoma dei poster su vari giornali a tiratura provinciale e nazionale.



CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:	Si
Indicare in quale ambito:	Servizi di assistenza socio-sanitaria
Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:	Si, in diverse specialità della stessa struttura

39

PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Assistenti sociali
- Dietologo/nutrizionista



- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Supporto ambientale (amministrazione interna)
- Odontoiatri
- Risk manager

COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

40	<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Si
	<i>Quali utenti sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentati dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Paziente/i Famigliare/i Altro
	<i>Quali utenti del servizio sono coinvolti nell'applicazione della pratica? (applicazione = il modo in cui la pratica è portata avanti nella pratica quotidiana):</i>	Paziente/i Famigliare/i Altro
	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	Si
	<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND



IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	Si
<i>Se sì, descrivere il tipo di incentivi:</i>	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

41

ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

COSTI

Stima: 10.605,32€ - Indiretto (7%): 742,37€ - Totale: 11.347,69€

Personale

Personale non Dirigente - Qualifica: Ruolo Sanitario - Infermieristico Incarico: Coll.re prof.le sanitario - pers. infer. esperto - Ds Ore:70h Totale:1605,32€

42 Altro Personale

Autonomo - Descrizione: Formatore esperto Costo h: 88,54€ Ore: 96h Totale:8500€

Altro Costo

Materiali di consumo - Descrizione: stampa posters, cancelleria Totale: 500€

Foto Jo Perone

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Spedali Civili

**I nostri
operatori
sanitari
sono qui
per aiutarti,
non per
subire violenza
Permetti ai sanitari
di curarti al massimo
delle loro capacità
rispettandoli**

**Il timore di aggressioni
fisiche o verbali pregiudica
un ambiente sereno**



Ospedale senza violenza:

in questa struttura sanitaria la violenza non è mai accettabile
Ogni episodio di violenza può essere perseguito ai sensi della legge

Centro Servizi Brescia-CSU

www.asst-spedalivicili.it

**Il timore di aggressioni
fisiche o verbali
pregiudica
un ambiente
sereno**

44

**I nostri operatori sanitari
sono qui per aiutarti,
non per subire violenza
Permetti ai sanitari di curarti
al massimo delle loro capacità
rispettandoli**

Foto: Jà Perone



Centro: Sivana Bricchi - Ciuè

Ospedale senza violenza:

in questa struttura sanitaria la violenza non è mai accettabile
Ogni episodio di violenza può essere perseguito ai sensi della legge

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Spedali Civili

www.asst-spedalivicili.it

**PRATICHE DI EFFICACIA
NON PROVATA**



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***GESTIONE, SEGNALAZIONE E MONITORAGGIO
DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO
DELL'OPERATORE SANITARIO E DEGLI EVENTI
SENTINELLA "ATTO DI VIOLENZA A DANNO
DEGLI OPERATORI"***

Regione: CAMPANIA

A.O. SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO CASERTA - uoc Risk Management

47

Referente: Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante - Dott.ssa Siciliano Antonietta - Dott. Lisi Danilo – cpsi. Dott. Misefari Raffaele - riskmanagement@ospedale.caserta.it - 0823/232650

N° Posti letto (anno precedente) 486

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente)21962N° Totale personale dipendente (anno precedente)1305

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Campagne per promuovere la sicurezza del paziente, Implementazione di iniziative/interventi per la sicurezza del paziente, Cultura della sicurezza,

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:





1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Il Ministero della Salute nella Raccomandazione n. 8 del 2007 relativa alla "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" definisce gli atti di violenza "eventi sentinella" che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione.

Da diversi studi è emerso che le sequele psicologiche sugli operatori sanitari, derivanti da episodi di aggressione, risultano più gravi quando la vittima non si sente supportata dall'organizzazione per la quale lavora, rendendo di fatto cruciale il supporto della struttura nella gestione dell'evento.

48

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

The Ministry of Health in the Recommendation n. 8 of 2007 about the "Prevention of violence against the healthcare workers" defines the acts of violence as Sentinel Events that require the implementation of appropriate protection and prevention action plans.

Several studies have shown that psychological sequelae on healthcare workers, resulting from aggression instances, are more serious when the victim does not feel supported by the organization for which he works: therefore, the support of the health facility becomes crucial in managing the event.





2.2 Description of PSP

The "General procedure for preventing violence against healthcare workers" was revised in 2018, after a Sentinel Event. The implemented action guidelines were the following ones:

- establishing a multidisciplinary working group
- conducting a study activity on scientific bibliography and documents that can be found in the company
- processing, approving and sharing the procedure

In the new Operational Procedure, that has been adopted with the resolution of the General Direction, the following aspects were emphasized:

49

- Analysis of the phenomenon
- Prevention and protection measures
- Management of a person with potential risk for violent acts
- Management of a patient in a state of psychomotor agitation
Management of sudden situations of serious danger for the safety and the security of operators and patients, due to a troubled and violent person
- Modality of reporting an act of violence
- Evaluation of an aggressive event
- Analysis of an aggressive event
- Business observations of aggressive events





In 2018, after the full implementation of the procedure, various departmental audits were carried out on the topic, while for the year 2019 a specific training on the following topics was planned:

- the specific risks associated with each specific work activity;
- the methods for recognizing warning signs or situations that can lead to violence;
- the methodologies for preventing and managing them.

2.3 Methods used for evaluating results

50

A baseline measurement was performed before the implementation. At the present time, considering the short implementation time of the procedure (February 2018), it has not yet been possible to evaluate the whole process in relation to the expected outcomes and the unpredictable occurrence of the phenomena involved in the procedure.

At the same time, the healthcare professional have started to report the "aggression" event on the specific reporting form and the first received forms fully comply with the standards of monitoring indicators provided for by the procedure.

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari



Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

- Regione
- Azienda

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

51

Il Ministero della Salute ha emanato una raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Racc. n. 8/2007).

Diversi studi indicano che gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza e che hanno un tasso di incidenza di aggressione ben più elevato di quanto riscontrato nei lavoratori delle industrie del settore privato.

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi.





Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Appare quindi fondamentale per qualunque operatore sanitario a contatto diretto con il paziente saper gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga, che dei familiari che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

3.2 Problema:

52

La violenza sul posto di lavoro è un problema che investe i paesi di tutto il mondo. La reale dimensione del problema non è nota ma si crede che i dati raccolti siano soltanto la punta di un iceberg.

Il rischio di subire aggressioni per infermieri e operatori sanitari è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza.

Il tipo di violenza che colpisce maggiormente gli operatori sanitari è quella proveniente dai pazienti e dai loro caregiver, attraverso aggressioni fisiche, verbali o di atteggiamento; gli effetti sull'operatore si possono verificare sia personalmente che professionalmente, oltre ad effetti negativi in termini economici, sociali e di qualità delle cure prestate.



3.3 Obiettivi:

La Procedura Operativa descrive le modalità di gestione, segnalazione e monitoraggio degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario ed ha lo scopo di

- fornire competenze e conoscenze agli operatori per valutare, prevenire e gestire gli eventi aggressivi a danno degli operatori dell'Azienda;
- promuovere l'utilizzo della scheda di segnalazione di tali eventi al fine di rendere sistematico il monitoraggio degli stessi;
- favorire l'implementazione di misure e strumenti che consentano l'individuazione e la riduzione delle condizioni di rischio presenti.

53

Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

- garantire omogeneità delle modalità operative di segnalazione e gestione degli accadimenti correlati alla violenza a danno degli operatori;
- ridurre i rischi di aggressioni/atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari;
- mettere a disposizione degli operatori sanitari strumenti conoscitivi, di valutazione e di eventuale autodifesa, al fine di migliorare il più possibile la capacità di riconoscere, prevenire e gestire le situazioni a rischio di aggressione fisica.





Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Nel 2018, in seguito ad un evento sentinella, è stata revisionata la “Procedura generale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

Le linee di intervento messe in atto sono state le seguenti:

- costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare
- attività di studio di bibliografia scientifica e documenti presenti in azienda
- elaborazione, approvazione e condivisione della procedura

54

Nella nuova Procedura operativa, adottata con delibera della Direzione Generale, sono stati declinati, in particolare, i seguenti aspetti:

- Analisi del fenomeno
- Misure di prevenzione e protezione
- Gestione della persona con potenziale rischio di atti violenti
- Gestione del paziente in stato di agitazione psicomotoria Gestione di situazioni improvvisi di grave pericolo per la sicurezza e incolumità di operatori e pazienti a causa di persona agitata e violenta





Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Modalità di segnalazione dell'atto di violenza
- Valutazione dell'evento aggressivo
- Analisi dell'evento aggressivo
- Monitoraggio Aziendale eventi aggressivi

Nel corso del 2018, dopo l'implementazione a regime della procedura sono stati realizzati vari audit di reparto sul tema, mentre per l'anno 2019 è stata programmata una formazione specifica dedicata ai seguenti temi:

- i rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza;
- le metodologie per la prevenzione e gestione degli stessi.

55

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si



5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: I risultati di processo sono soddisfacenti perché le schede di segnalazione ricevute sono complete e compilate correttamente.

Per gli outcome Numero schede di segnalazione inviate entro 72 ore/Numero schede di segnalazione totali raggiungono il previsto standard (> 80%)

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Non sono stati al momento pubblicati dati in merito

56

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. Trasferibilità

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:

No

Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:

Si



Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:

Considerato che la procedura e la relativa scheda di segnalazione raccolgono tutte le evidenze di letteratura che possono essere analizzate, le stesse risultano facilmente trasferibile in altre realtà aziendali a prescindere dalle particolarità organizzative.

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

57

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

No



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

Si

Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?

No

58 ***Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?***

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

No

Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?

No

L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?

No





11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

59

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

PRATICHE IN PROGRESS



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

PIÙ FORTI DELLA VIOLENZA! PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI CONTRO GLI OPERATORI SANITARI

Regione ABRUZZO

LANCIANO-VASTO-CHIETI - U.O.C. Qualità, Accreditamento e Risk Management

Referente: Nadia De Camillis, Arturo Di Girolamo, Maria Bernadette Di Sciascio, Valentina Manso, Francesco Orlando, Renato Santoro, Andrea Tavella Scaringi, Gabriella Tinari - qualita@asl2abruzzo.it - 0871357748

63

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente)

N° Totale personale dipendente (anno precedente)

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate:

Analisi dei rischi e dei danni, Valutazione dei rischi e dei danni, Identificazione dei rischi e dei danni

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:



1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

64

Negli ultimi anni i comportamenti violenti come insulti, atti intimidatori e violenze fisiche ai danni di infermieri, medici, personale sanitario in generale ed altri operatori che lavorano in sanità sono notevolmente aumentati. Ogni anno sono 3 mila le aggressioni registrate dalla Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere) che si verificano contro il personale sanitario. Probabilmente le tensioni dei pazienti sono l'espressione di un disagio sociale profondo le cui ripercussioni ricadono sul sistema sanitario in generale e quindi sugli operatori sanitari che lì vi operano.

Più aumenta l'incidenza di atti di aggressione-violenza nei confronti degli operatori sanitari e sempre più il posto di lavoro viene vissuto come altamente rischioso per la propria incolumità e di conseguenza lo stress di tali lavoratori aumenta progressivamente, incidendo pesantemente sulla qualità del loro servizio e sul rapporto con i pazienti.

Si è concordi nel sottolineare che la violenza ha ripercussioni sull'insieme dell'organizzazione in quanto è difficile per chi lavora dare il meglio in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento. Gli effetti negativi sull'organizzazione si traducono in, perdita di motivazione e produttività (assenteismo per infortuni e malattie) e la



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

conseguenza più grave è il deterioramento dei rapporti con i pazienti e i loro familiari.

Le conseguenze sono tali da richiedere da parte delle Aziende Sanitarie una attenzione al fenomeno con lo scopo di poter prevenire e riconoscere precocemente la situazione potenzialmente aggressiva e riuscire a gestirla efficacemente.

Questo è l'intento della ASL2 Lanciano Vasto Chieti che ha elaborato e implementato il progetto "Più forti della violenza" in cui è chiaramente esplicitata la necessità di ricostruire un rapporto sano e sereno tra pazienti, medici e operatori sanitari. Per ripristinare, tra pazienti e professionisti della sanità, quel clima, talvolta perduto, di stima, fiducia e rispetto, il progetto ha previsto innanzitutto la sensibilizzazione al problema e la formazione degli operatori investendo nella comunicazione e fornendo le conoscenze e le competenze per valutare, prevenire e gestire tali eventi.

65

Inoltre, il progetto "Più forti della violenza", pone particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e sociale degli operatori sanitari vittime di aggressioni o atti di violenza e a tal fine ha formato un pool di psicologi aziendali per sostenere gli operatori che sono stati vittime di aggressioni. L'intervento degli psicologi permette la rielaborazione degli aspetti emozionali dell'accaduto in modo che nessun lavoratore sia lasciato solo a gestire



l'evento critico. Ciò contribuisce a migliorare i rapporti con l'utenza, i familiari e i pazienti e in definitiva contribuisce a migliorare la salute dell'intera organizzazione, con il conseguente miglioramento della qualità dei processi e dell'assistenza erogata.

Parole chiave: Violenza, operatore sanitario, prevenzione, formazione, sostegno psicologico

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

66

In recent years, violent behavior such as insults, acts of intimidation and physical violence against nurses, doctors, healthcare workers (HCWs) in general have increased significantly. Every year there are 3 thousand attacks reported by Fiaso (Italian Federation of Health and Hospital Agencies) occurred against health personnel. Patients' tension are probably the expression of a profound social hardship whose repercussions fall on the health system in general and therefore on the health workers working there. The increase of acts of aggression-violence against health workers and the workplace bring, as a consequence, that the stress of these workers increases progressively, heavily affecting the quality of their service and the relationship with patients. Actions aiming to reduce tension and stress in the workplace and between HCWs and patients are



urgently needed to contrast potentially dangerous behaviours.

With this intent, at Local Health Agency (ASL) Lanciano Vasto Chieti has been developed and implemented the project "Stronger than violence!" in which it is clearly stated the need to rebuild a healthy and peaceful relationship between patients, doctors and health professionals based primarily on esteem and mutual trust, two conditions that ensure the best possible assistance. To restore, among patients and health professionals, that climate of esteem, trust and respect, the project has first of all raised awareness of the problem, provided specific training for HCWs in general, at all levels, by investing in communication and providing the knowledge and skills to evaluate, prevent and manage these events.

67

2.2 Description of PSP

The Project "Stronger than violence!" is implemented in all the facilities, wards, and structures of ASL Lanciano Vasto Chieti, and involves all the HCW at direct contact with patients, caregivers and healthcare users in general.

In its first phase, the project begun with a detailed analysis of episodes of aggression and violence in the workplace, to monitor and prevent the phenomenon. Two questionnaires were used for that survey:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- the questionnaire WVHS (Workplace Violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire);
- an internal questionnaire, elaborated with the specific purpose of evaluate the specific knowledge of the recommendations for violence prevention produced by the Italian Ministry of Health, of the related internal ASL procedure, of the violence prevention and de-escalation techniques and of the need of identify and promptly report every event of violence that occurred.

68 In the second phase, training events were organized in collaboration with State Police experts.

In the third phase a group of psychologists of ASL structures was selected to participate at an EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) course, with the purpose to help the HCWs to prevent posttraumatic stress syndrome and burn-out in general.

The common thread of the project "Stronger than violence!" is that a good level of health of the HCWs and of the Organization in general, has positive impact on the activity of patients reception and assistance.





2.3 *Methods used for evaluating results*

2.4 **Methods:**

- analysis of the reports of violence episodes involving HCWs, sent in the context of the already implemented
- incident reporting system;
- administration of the WHO questionnaire to monitor the problem of violence episodes at ASL Lanciano
- Vasto Chieti;
- elaboration of a contextualized questionnaire, to evaluate knowledge and competence of the HCWs about
- the Italian Ministry of Health recommendation, and the related internal ASL procedure on violence and aggression prevention and management.
- training events planning and evaluation of satisfaction and efficacy;
- involvement of external organizations, agencies and societies, and feedback analysis;
- training events for psychologists and related analysis of compliance and efficacy.

69

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi



Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Azienda

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale: ND

70

3.2 Problema:

Negli ultimi anni i comportamenti violenti come insulti, atti intimidatori e violenze fisiche ai danni di infermieri, medici, personale sanitario in generale ed altri operatori che lavorano in sanità sono notevolmente aumentati. Ogni anno sono 3 mila le aggressioni registrate dalla Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere) che si verificano contro il personale sanitario.

Ciò determina effetti negativi sui singoli operatori, che lavorano in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento, gli effetti negativi si traducono in perdita di motivazione e produttività (assenteismo per infortuni e malattie) e deterioramento dei



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

rapporti con i pazienti e i loro familiari, oltre che ripercussioni sull'intera l'organizzazione.

3.3 Obiettivi:

Gli obiettivi sono:

- prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari;
- sostenere gli operatori sanitari vittima di aggressioni ed evitare danni alla loro salute fisica e/o
- psicologica.

71

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

I benefici del progetto sono:

- miglioramento delle condizioni di lavoro;
- miglioramento della qualità dei processi e dell'assistenza erogata ai pazienti;
- rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo di lavoro e all'azienda con il mantenimento della
- fiducia tra gli operatori sanitari;
- costruzione di una occasione di sostegno per evitare che lo stato d'animo e il benessere siano colpiti ed entrare in un circolo vizioso di deterioramento delle condizioni psicologiche con conseguenti performance cliniche



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

scadenti ed avere maggiori probabilità di commettere errori;

- miglioramento della salute dell'intera organizzazione.

Attraverso l'implementazione della presente buona pratica vengono messe in atto misure che consentono l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

72 Si forniscono agli operatori in servizio presso le strutture della ASL Lanciano Vasto Chieti, mediante corsi di formazione ad hoc, le conoscenze e le competenze per valutare, prevenire e gestire efficacemente tali eventi in modo da consentire la riduzione del rischio derivante dai comportamenti aggressivi e dagli atti di violenza.

Si pone particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e sociale degli operatori sanitari coinvolti intervenendo sulle possibili conseguenze per il singolo lavoratore (demotivazione, svilimento del lavoro svolto, stress) con un gruppo di psicologi aziendali che hanno seguito una specifica formazione per utilizzare il metodo EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), metodo psicoterapico strutturato e interattivo che facilita il trattamento di problemi legati sia ad eventi traumatici, che a esperienze più comuni ma emotivamente stressanti e che riabilita la capacità fisiologica del cervello di "digestione" e



accantonamento degli eventi traumatici. L'intervento nel post- evento contribuisce a dare accoglienza all'operatore aggredito ridimensionando le conseguenze traumatiche dell'esperienza.

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Il progetto, iniziato a marzo 2018, è stato implementato dalla ASL Lanciano Vasto Chieti in tutte le strutture aziendali e coinvolge tutti gli operatori che svolgono attività a diretto contatto con l'utenza, sia di tipo sanitario che tecnico-amministrativo. L'assunto da cui si è partiti e che è dovere di ciascun datore di lavoro e quindi di ciascuna azienda sanitaria, implementare delle strategie che possano creare le fondamenta per una migliore qualità di vita lavorativa che ha delle inevitabili ripercussioni positive sul modo di accogliere ed assistere i pazienti.

73

La prima fase del progetto è stata la rilevazione del fenomeno aggressioni e violenze presso la ASL Lanciano Vasto Chieti per monitorare e prevenire il fenomeno, a tal fine sono stati utilizzati due questionari:

- il questionario WVHS (Workplace Violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire) realizzato dal WHO che misura complessivamente l'impatto



74

emotivo e il disagio lavorativo riscontrato a seguito di un evento di violenza subito sul posto di lavoro. Il questionario è stato reso disponibile online mediante un link posizionato nella homepage del sito aziendale, a tutti gli operatori è stata inviata, nel mese di luglio 2018, una mail con l'invito a compilarlo; la modalità utilizzata è stata quella della autocompilazione digitalizzata, che è stata preferita all'intervista diretta, in quanto permette di coinvolgere l'intervistato in un rapporto meno confidenziale e più discrezionale poiché i quesiti preposti affrontano temi riservati e delicati; sono stati raccolti più di 600 questionari, la cui analisi statistica permette una mappatura delle aree aziendali più a rischio;

- un secondo questionario, elaborato ad hoc, è stato somministrato, tra giugno e ottobre 2018, ad un campione di operatori sanitari, esso valuta la conoscenza della raccomandazione ministeriale, della procedura aziendale, delle tecniche di prevenzione e di de-escalation e della necessità di segnalare tempestivamente l'evento accaduto; sono stati raccolti più di 280 questionari (10% dei dipendenti sanitari) e i dati raccolti vengono utilizzati sia per esaminare la valutazione dei rischi



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

ed individuare le misure aggiuntive da adottare sia per organizzare corsi di formazione ad hoc.

Nella seconda fase sono stati organizzati, in collaborazione con la Polizia di Stato, n. 3 eventi formativi accreditati ECM rivolti a circa 150 operatori dal titolo “Violenza verso gli operatori sanitari: dalla conoscenza del fenomeno alla prevenzione e gestione dell’evento”, e 2 incontri diretti a circa 160 referenti qualità e rischio clinico delle unità operative. Sono stati coinvolti alla partecipazione anche i dipendenti del servizio esterno di sorveglianza.

La terza fase ha visto la individuazione di un gruppo composto da n. 10 psicologi aziendali, gli psicologi individuati hanno seguito il corso di EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

75

L’Organizzazione Mondiale della Sanità nell’agosto del 2013 ha riconosciuto l’EMDR come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi ad esso correlati, non solo per i pazienti con PTSD (Disturbo post Traumatico da Stress) ma anche per il trattamento dei cosiddetti traumi relazionali che sono alla base di numerosi disturbi psicologici.

Questi psicologi hanno il compito di aiutare gli operatori sanitari a prevenire la sindrome post traumatica e più in generale il burn out contribuendo a ridurre il rischio lavorativo. Si è, infatti, consapevoli che le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui il



trauma psicologico di breve o lunga durata, il timore di rientro al lavoro, il cambiamento nei rapporti con colleghi, familiari e pazienti. Inoltre questo pool di operatori formati viene utilizzato per supportare gli operatori che lavorano in contesti particolarmente stressogeni e/o conflittuali.

Il patrimonio più grande che un'azienda ha è quello umano pertanto, l'intento della ASL2 Abruzzo è quello di migliorare la "salute organizzativa" prevenendo il rischio, rafforzando le competenze degli operatori rispetto al fenomeno delle aggressioni e sostenendo ogni singolo lavoratore nei momenti di particolare difficoltà.

- 76** Il filo conduttore del progetto Più forti della violenza! è quello che lo stato di salute degli operatori sanitari e dell'organizzazione ha delle ripercussioni positive sul modo di accogliere e assistere i pazienti.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	No



5. RISULTATI

Numero di operatori formati sulla tematica	300
Numero di psicologi formati con tecnica EMDR	10
Numero di operatori presi in carico dagli psicologi	0
Numero di questionari compilati	880
Numero di corsi sulla tematica	5
Numero di società-enti esterni coinvolti	4 (ISS, Polizia di Stato, società interinali per prestatori d'opera sorveglianti e OSS)
Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:	I risultati non sono stati pubblicati.

77

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:	No
Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:	Si
Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:	La pratica può essere trasferita in ogni contesto lavorativo che preveda il rapporto diretto operatore-utente

78

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Assistenti sociali
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Dirigente medico
- Risk manager



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	Si
<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND

79

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No



L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?

Si

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

80

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 15000€ - Indiretto (7%): 1050€ - Totale: 16050€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

Servizi - Descrizione: Formazione Totale: 15000€



CORSO DI FORMAZIONE

VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI SANITARI: DALLA CONOSCENZA DEL FENOMENO ALLA PREVENZIONE E GESTIONE DELL'EVENTO



81

LANCIANO, 21 GIUGNO 2018, ore 8-18

Ex Casa di Conversazione – Sala d'Onore

VASTO, 15 NOVEMBRE 2018, ore 8-18

Sala Aldo Moro

CHIETI, 16 NOVEMBRE 2018, ore 8-18

Sala Conferenze PO «SS. Annunziata»

Il corso è rivolto, in via prioritaria, agli operatori delle UU.OO. Pronto Soccorso, Ser.d, Dipartimento di Salute Mentale, 118 e Medicina Penitenziaria

Il corso è accreditato ECM: 8,9 crediti

Per dettagli e iscrizioni consultare il sito aziendale nella sezione Ufficio Formazione



**Questionario su aggressioni al personale. Compilazione a cura dei dipendenti Asl**

1 messaggio

Direzione Generale Asl2Abruzzo <direzione.generale@asl2abruzzo.it>

6 luglio 2018 11:12

A: Dipartimento Chirurgico <dipartimento.chirurgico@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Cuore <dipartimento.cuore@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Emergenza <dipartimento.emergenza@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Materno Infantile <dipartimento.maternoinfantile@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Medico <dipartimento.medico@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Oncologico <dipartimento.oncologico@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Prevenzione <dipartimento.prevenzione@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Radiologia <dipartimento.radiologia@asl2abruzzo.it>, Dipartimento Salute Mentale <dipartimento.salutementale@asl2abruzzo.it>, distretti.sanitari@asl2abruzzo.it, farmaceutico@asl2abruzzo.it, Consiglio dei Sanitari <consiglio.sanitari@asl2abruzzo.it>

Gentile Collega,

la UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management, al fine di valutare i fenomeni di aggressione e violenza nei confronti degli operatori sanitari ha avviato una rilevazione mediante questionario con lo scopo di raccogliere dati per realizzare una mappatura dell'incidenza dei livelli di aggressione nei confronti del personale della nostra ASL e dei luoghi più a rischio.

La violenza sul lavoro da parte di pazienti e/o accompagnatori è un problema mondiale e costituisce un rischio lavorativo che interessa la dignità e la salute dei lavoratori del settore sanitario. Anche in Italia questo fenomeno sta ricevendo un'attenzione crescente, poiché purtroppo crescenti sono le segnalazioni del loro verificarsi.

Il questionario utilizzato è il "*Workplace Violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire*" (WVHS) realizzato dal WHO e validato nella versione italiana dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università La Sapienza di Roma.

Il questionario misura complessivamente l'impatto emotivo e il disagio lavorativo riscontrato a seguito di un evento di violenza sul posto di lavoro. È strutturato in cinque sezioni:

- Criteri generali anagrafici, luogo di lavoro
- Sezione su frequenza ed episodi di violenza fisica negli ultimi 12 mesi sul posto di lavoro
- Sezione su presenza di forme di violenza psicologica negli ultimi 12 mesi
- Sezione su adozione di politiche di prevenzione/contenimento
- Opinioni personali

82

Per accedere al questionario utilizzare il link www.asl2abruzzo.it/questionario

Il questionario è anonimo e le informazioni fornite saranno utilizzate nel massimo rispetto della privacy e analizzate dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dell'Università La Sapienza di Roma, in forma aggregata, quindi come statistiche.

Le risposte date saranno molto utili per monitorare il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario e per definire e realizzare eventuali piani di miglioramento.

Si invita il personale della ASL, sanitario e amministrativo, direttamente a contatto con l'utenza alla compilazione del questionario, che richiede pochi minuti.

I risultati, con la lettura e l'analisi dei dati, saranno successivamente diffusi e resi noti in Azienda.

Confidando nella collaborazione di tutti
Cordialmente si ringrazia

UOC Qualità, Accreditamento
e Risk Management



Intranet

Home
Azienda
Assistenza territoriale
Ospedali
Prenotazioni
Prevenzione
Tutela e trasparenza
Concorsi
Gare e appalti
Urp e Comunicazione
News - Ufficio Stampa
Rassegna stampa
Formazione aziendale
Qualità aziendale
Intranet

Questionario - Aggressioni al personale sanitario

[Accedi al questionario](#)

Modulistica
[Questionario - Aggressioni al personale sanitario](#)

Azienda Sanitaria Locale n. 2 - Lanciano Vasto Chieti



World Health Organization

83

Aggressioni al personale sanitario

Caro Collega,
Il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma sta realizzando uno studio sulle aggressioni al personale sanitario.
Stiamo utilizzando la versione italiana di un apposito questionario del WHO, che abbiamo già validato.
Per favore completa il questionario in ogni sua parte, mettendo una crocetta o scrivendo negli spazi previsti.
Se non sai come rispondere a una domanda, passa allo step successivo.

*Campo obbligatorio

PD 1. Quanti anni hai *

- 19 o di meno
 20-24
 25-29
 30-34
 35-39
 40-44

9. Pensi che sarebbe stato possibile prevenire le violenze verbali e/o fisiche subite da te o da altro operatore sanitario?
 NO Perché ? _____
 SI Come ? _____
10. L'aggressione che hai subito o di cui sei stato testimone, quali ripercussioni ha avuto su di te?
 NESSUNA
 SI Quale?
 tristezza ansia disgusto disperazione
 fallimento paura senso di solitudine rabbia
 senso di impotenza senso di inadeguatezza
 ho cercato di farmi trasferire ho fatto finta che non fosse accaduto
 sfiducia verso le proprie competenze professionali
11. Hai sentito la necessità di ricorrere a qualche forma di aiuto a seguito dell'episodio subito?
 NO Perché _____
 SI Quale?
 confronto con i colleghi confronto con un superiore
 psicologi/psicoanalisti ho preso farmaci
 altro _____
12. Nel corso della tua vita professionale hai mai seguito corsi di formazione specifica su come prevenire e/o affrontare i fenomeni di violenza sul luogo di lavoro?
 No Si
13. Hai mai seguito corsi di difesa personale su come affrontare i fenomeni di violenza sul luogo di lavoro?
 Si Le sono stati utili? No Si Note:
 No Li riterrebbe utili? No Si
14. Sul tuo luogo di lavoro ci sono procedure o protocolli operativi specifici per poter adeguatamente gestire situazioni o pazienti a rischio di comportamento violento?
 No
 Si Se sì le conosci?
 molto abbastanza poco per nulla
 Le ritieni utili?
 molto abbastanza poco per nulla
15. A tuo avviso il tema della gestione della violenza contro gli operatori è sentito dall'azienda?
 molto abbastanza poco per nulla
16. A tuo avviso l'azienda incoraggia la segnalazione degli episodi di violenza?
 No Si
17. Conosci le tecniche di de-escalation?
 No Si
18. Sai riconoscere i fattori predittivi di rischio di comportamento violento?
 No Si

85



Le attività della Regione Emilia-Romagna per la prevenzione della violenza a danno degli operatori

Regione: EMILIA ROMAGNA

Assessorato Politiche per la Salute - Servizio Assistenza Ospedaliera

Referente: Ottavio Nicastro, Anselmo Campagna, Adriana Giannini, Daniele Tovoli, Elisa Porcu -
ottavio.nicastro@regione.emilia-romagna.it -

87

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni, Valutazione dei rischi e dei danni, Implementazione di iniziative/interventi per la sicurezza del paziente

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

La Regione Emilia-Romagna dal 2016 ha avviato una serie di attività per la prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Nel 2016 ha elaborato e diffuso una "Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario e degli eventi sentinella 'atto di violenza a danno degli operatori' (flusso SIMES)", con l'obiettivo di uniformare i comportamenti delle diverse aziende sanitarie e garantire omogeneità nelle modalità operative da parte delle Direzioni aziendali, del Risk management, dei Servizi Prevenzione e Protezione aziendali e dei Servizi regionali competenti.

88 È stata successivamente effettuata una verifica delle modalità di segnalazione di questa tipologia di evento, attraverso una ricognizione regionale delle procedure aziendali per la "Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari". È quindi emersa la necessità di uniformare gli strumenti di segnalazione di tali accadimenti.

Attraverso un gruppo di lavoro composto da alcuni servizi regionali ed un gruppo di referenti aziendali per la sicurezza delle cure e di responsabili aziendali dei Servizi Prevenzione e protezione è stata quindi elaborata una specifica scheda per la "Segnalazione dell'evento di violenza a danno di operatore sanitario

Data la rilevanza della tematica, la Regione Emilia-Romagna ha anche dato indicazioni nel 2018 affinché le aziende sanitarie predispongano uno specifico piano per la prevenzione della violenza a danno degli operatori, come



parte integrante del più generale Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure; a tal fine, ha reso disponibile una "Guida per la stesura del Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)".

PAROLE CHIAVE: Segnalazioni; Sicurezza; Violenza contro operatore; Prevenzione; Miglioramento

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

The aim of the activities was the uniformity of methods for data reporting, in order to improve and compare the different local situations. The implementation of an information flow will also allow us to outline any improvement actions at the regional level.

89

2.2 Description of PSP

The Emilia-Romagna Region since 2016 has launched a series of activities to prevent acts of violence against healthcare workers.

In 2016, it was developed an "Operational instruction for reporting and management of acts of violence against healthcare worker, and it was defined which adverse events named 'act of violence against the operators' have to report as sentinel events (SIMES flow)". These actions had



the aim of standardizing the behavior of various healthcare institutions/hospitals and ensure uniformity in the operating procedures by:

- Healthcare Direction,
- Departments,
- Risk Management,
- Prevention and Protection Services and the competent regional departments.

A mapping of these procedures for the "Prevention of violence against healthcare workers" was carried out, through a regional survey. The results shown a need of standardization of reporting tools for such events. A working group, composed by:

90

- Regional services
- Risk managers
- Prevention and Protection Services Directors has developed a specific form for the "Reporting of the violence events against an healthcare operator". In 2018, given the relevance of the issue, the Emilia-Romagna Region has made available a "Guide for preparing a Prevention Violence Plan (PREVIOS)" and asked the healthcare institutions/hospitals to develop a specific plan for prevention of violence in order as a part of the more general Safety of care Business Plan.



2.3 Methods used for evaluating results

The evaluation of the results will be possible once the information flow and the Violence Prevention Plans have been developed and used by the institutions/hospitals.

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

Raccomandazioni

- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

- Atti di violenza a danno di operatore

91

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale: ND

3.2 Problema:

La Regione Emilia-Romagna ha nel tempo prestato molta attenzione al tema della prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. Nel 2010 l'Agencia Sanitaria e



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Sociale ha prodotto una sintetica raccomandazione regionale, che prevedeva attività di prevenzione di tipo organizzativo, strutturale, tecnologico e di security.

Nel 2016, a fronte di una diffusa, seppur migliorabile, propensione alla segnalazione, la Regione Emilia-Romagna ha ritenuto opportuno innanzitutto fornire informazioni rispetto alle tipologie di evento sentinella "Atto di violenza a danno degli operatori", per avere uniformità di segnalazione da parte dei diversi contesti locali. Vi erano infatti da un lato strutture sanitarie poco segnalanti tali tipologie di evento, e, dall'altro, strutture che segnalavano

92 anche eventi senza esiti importanti.

Da una ricognizione regionale delle procedure aziendali specifiche, era inoltre emersa una grande variabilità dei flussi informativi aziendali, sia nelle modalità che nelle informazioni raccolte. È quindi emersa la necessità di creare un flusso informativo contenente informazioni comuni a tutte le realtà pubbliche e private, anche al fine di una sua informatizzazione.

A compimento di tali attività, è stato ritenuto fondamentale puntare sul miglioramento, chiedendo alle aziende di costruire uno specifico piano per la prevenzione della violenza a danno degli operatori (PREVIOS), grazie alla collaborazione almeno di Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Management, Direzione Sanitaria, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Tecnico.



3.3 Obiettivi:

Gli obiettivi sottesi alle diverse attività implementate sono stati la costruzione di un flusso informativo regionale, che permetta la confrontabilità dei dati, nonché l'individuazione di eventuali azioni di miglioramento di livello regionale. Ulteriore obiettivo è la prevenzione di tali tipologie di evento, grazie alla collaborazione di diverse professionalità e ruoli nelle aziende sanitarie.

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

93

I benefici attesi dalle azioni attuate e da quelle in via di implementazione sono:

- Uniformità di segnalazione di eventi ed eventi avversi, nonché eventi sentinella, tra le diverse strutture, sia pubbliche che private.
- Costruzione di un flusso informativo - e da informatizzare - di copertura regionale.
- Mappatura aziendale e regionale delle criticità relativamente alle aggressioni a operatori.
- Individuazione di azioni di miglioramento aziendali e regionali.



3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

94

A seguito di una rilevante difformità di segnalazione di eventi sentinella “Atto di violenza a danno degli operatori”, nel 2016 la Regione Emilia-Romagna ha elaborato la “Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell’operatore sanitario e degli eventi sentinella 'atto di violenza a danno degli operatori' (flusso SIMES)”, che definisce alcune caratteristiche che questo tipo di evento deve possedere per essere segnalato come evento sentinella. Tale istruzione operativa indica inoltre che la necessità, per le aziende, di dotarsi di un flusso informativo dedicato, compresi gli item minimi che la scheda di segnalazione deve possedere, nonché la matrice delle responsabilità della gestione ed analisi delle segnalazioni (Risk Management e Servizio Prevenzione e Protezione), e di una procedura aziendale specifica. Successivamente, la Regione Emilia-Romagna ha effettuato, attraverso il monitoraggio Agenas dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, una ricognizione delle procedure aziendali per la “Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari” (presenza di una scheda di segnalazione specifica; analisi congiunta della segnalazione da parte di Risk Management e Servizio Prevenzione e Protezione;



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

disponibilità di un sistema informativo dedicato; presenza di reportistica specifica e sua cadenza). Tale monitoraggio è stato poi replicato a novembre 2017, ed ha rilevato la necessità di uniformare gli strumenti di segnalazione di tali eventi. Nel 2018 è stato quindi costituito un gruppo di lavoro, composto da alcuni servizi regionali (Servizio Assistenza ospedaliera e Servizio Prevenzione collettiva e sanità pubblica), referenti aziendali per la sicurezza delle cure e da responsabili aziendali dei Servizi Prevenzione e Protezione, al fine di elaborare una specifica scheda per la “Segnalazione dell’evento di violenza a danno di operatore sanitario”, resa disponibile nel settembre 2018. Contestualmente sono state date indicazioni alle strutture sanitarie pubbliche e private affinché predispongano uno specifico piano per la prevenzione della violenza a danno degli operatori, come parte integrante del più generale Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure; a tal fine, la Regione ha anche diffuso una “Guida per la stesura del Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)”.

95



4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	No

96

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: Miglioramento delle segnalazioni di evento sentinella "Atto di violenza a danno degli operatori" (flusso SIMES). Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: I risultati non sono stati pubblicati.

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	Si
<i>Indicare in quale ambito:</i>	Casa di cura
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diversi sistemi locali/regionali

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

97

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Supporto tecnico
- Dirigente medico
- Risk manager



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

98	<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Si
	<i>Quali utenti sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentati dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Paziente/i Famigliare/i
	<i>Quali utenti del servizio sono coinvolti nell'applicazione della pratica? (applicazione = il modo in cui la pratica è portata avanti nella pratica quotidiana):</i>	Paziente/i Famigliare/i
	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	Si
	<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

99

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

100



***ATTI DI VIOLENZA: PREVENZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPERATORI***

Regione: LOMBARDIA

FOND.S.MAUGERI-CENTRO MEDICO-CASTEL G. - Ufficio qualità, Accreditamento e Impatto Sociale

Referente: Laura Nicola - laura.nicola@icsmaugeri.it - 0382 592517

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale personale dipendente (anno precedente) **101**

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinica

Tematica affrontate:

Violenza nei confronti degli operatori

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Gli operatori sanitari corrono quotidianamente il rischio di subire violenze sul posto di lavoro. Pronto soccorso e reparti di emergenza rimangono le unità operative in cui le aggressioni si manifestano più frequentemente. Ritardi



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

nelle visite mediche, tempi di attesa prolungati, servizi non sempre garantiti Questo provoca rabbia e frustrazione nella popolazione che nel vedere il proprio diritto alla salute negato o ignorato sfoga gli umilianti avvillimenti contro gli operatori sanitari in modo così violento e brutale da essere riportato da giornali e notiziari.

Ma qual è la dimensione del fenomeno? E' circoscritto in specifici reparti? Gli atti di violenza subiti, sono sempre dichiarati? Oppure quelli conosciuti sono solo la punta di un iceberg?

102 Accanto ai rischi tradizionali (chimici, fisici e biologici) per la salute del lavoratore, i rischi emergenti psicosociali legati all'organizzazione e le patologie correlate: stress, burn-out, mobbing, esposizione ad aggressioni, stanno diventando una delle principali cause di alterazione della salute sul posto di lavoro.

Formare il personale a riconoscere i segnali di rischio che possono sfociare in un atto di violenza, sensibilizzare gli operatori a segnalare puntualmente al proprio superiore le violenze subite per comprendere e definire al meglio la dimensione del fenomeno e definire le misure preventive, sono gli obiettivi che ogni Risk Manager si deve prefissare per tutelare i propri operatori.



2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Workers in hospitals face significant risks of workplace violence every day. First aid and emergency departments are known to be particularly at risk of exposure to workplace violence. Delays in medical assessment and diagnosis, long waiting times, not guaranteed services can produce anger and frustration, the sense of right to health denied can lead to workplace violence against health care professionals. Sometimes the workplace can be so violent and brutal as to be reported by newspapers. What is the extent of the problem? Is it limited to specific departments? Which occupational groups tend to be most at risk from workplace violence? Is the workplace violence and related injuries always reported? Or the denounced workplace violence may be just the tip of an iceberg?

103

2.2 Description of PSP

Exposure to aggression, is nowadays one of the main cause of health alteration in the Workplace together with traditional health risks such as: chemical, physical, biological risks and the emerging psychosocial risks



associated with: stress, burn-out and bullying. Risk Manager commitment and Health care professionals involvement and feedback provide the motivating force to deal effectively with workplace violence

2.3 Methods used for evaluating results

Measures and indicators for assessing impact of interventions are:

104

- N. of aggressions reported through the Aggression Questionnaire
- N. of aggressions reported following specific internal operating instructions
- N. of Sentinel events related to workplace violence
- N. of workers participating in specific training events

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

- Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione



3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

È stata predisposta una Istruzione Operativa che, oltre a recepire la Raccomandazione Ministeriale n. 8, ha lo scopo di implementare le misure che consentono l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno degli Istituti; accrescere l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi; incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio. Definire le strategie di prevenzione.

105

3.2 Problema:

Gli operatori sanitari corrono quotidianamente il rischio di subire violenze sul posto di lavoro. Pronto soccorso e reparti di emergenza rimangono le unità operative in cui le aggressioni si manifestano più frequentemente e che sono



alla ribalta della cronaca per la drammaticità degli eventi. Ma quali sono le reali dimensioni del fenomeno? Sono solo circoscritte in determinati scenari di rischio? Oppure questi eventi sono solo una piccola parte degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari. All'interno dei nostri Istituti, che non hanno reparti di emergenza e/o pronto soccorso, il fenomeno è presente? È stata condotta una indagine conoscitiva relativa ad episodi di aggressione subiti dal personale durante la propria attività lavorativa nelle nostre strutture, attraverso la somministrazione di un questionario predisposto dall'Ufficio Qualità.

106

3.3 Obiettivi:

Raccogliere un dato significativamente rilevante per numerosità di campione e quindi rappresentativo. Analisi dei dati per definire le dimensioni del fenomeno. Intervento formativo per accrescere le capacità comunicative del personale, riconoscere un atteggiamento che può degenerare in aggressione, quali sono i comportamenti opportuni da tenere. Definizione di una istruzione operativa, in collaborazione con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, per implementazione di misure che consentono l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio. Definizione delle modalità di segnalazione dell'evento. Definizione della presa in carico dell'evento dal Risk Manager di struttura.



Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Creare un clima organizzativo centrato sulla tutela della sicurezza attraverso la prevenzione degli atti di violenza dei propri lavoratori, sostenere il lavoratore che ha subito violenza attraverso il sostegno psicologico, Riconoscere i contesti a rischio, Sensibilizzare gli operatori all'utilizzo degli strumenti di segnalazione, Adottare iniziative di sicurezza e assicurare che tutti gli operatori ricevano la necessaria formazione

107

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

In tutta l'organizzazione, a tutto il personale sanitario operante presso le degenze e le aree ambulatoriali, è stato distribuito il questionario predisposto dall'ufficio qualità, costituito da 10 domande. Sono stati raccolti e analizzati n.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

1113 questionari rappresentanti circa un terzo del totale del personale; per cui il dato viene ritenuto significativo.

Dall'analisi si evince che l'aggressione è un fenomeno rilevante in tutti gli Istituti analizzati in quanto il 35% degli intervistati ha subito una aggressione durante l'attività lavorativa. Il 52% del personale che ha subito una aggressione dichiara che è stata sia fisica (pugni, calci, spintoni, schiaffi, lancio di oggetti, altro) che verbale (insulti, minacce, ricatti, umiliazioni, ridicolizzazioni), mentre il 48% ha subito solo aggressione verbale. Il 31 % degli operatori che ha subito una aggressione fisica ha

108 riportato lesioni e il 19% si è assentato per malattia conseguente all'aggressione; il 12% di personale che ha subito un'aggressione verbale ha riportato delle conseguenze psicologiche e per il 2% si è reso necessario il supporto di uno specialista.

Un dato emergente è legato alla segnalazione al proprio superiore. Dall'analisi dei questionari si evince che il 34% non segnala l'avvenuta aggressione.

È stata predisposta una Istruzione Operativa che, oltre a recepire la Raccomandazione Ministeriale n. 8, ha lo scopo di: implementare le misure che consentono l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno degli Istituti; accrescere l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per



valutare, prevenire e gestire tali eventi; incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio. Definire le strategie di prevenzione Sono stati programmati una serie di eventi formativi sulla comunicazione operatore-paziente con particolare riferimento al tema della gestione dell'aggressività (in corso). E' in corso di strutturazione un evento formativo obbligatorio per il personale neoassunto all'interno del percorso formativo già previsto sui rischi (biologico, chimico ecc.). Sono state definite le modalità di segnalazione dell'atto di violenza e le strategie di intervento. È stata definita la modalità di monitoraggio.

109

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	No



Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: l'analisi degli indicatori così come la misurazione successiva all'implementazione saranno effettuati a fine 2018

ND

5. RISULTATI

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: l'analisi degli indicatori così come la misurazione successiva all'implementazione saranno effettuati a fine 2018

110

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:

No

Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:

Si



Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica: Prevenire gli atti di violenza con formazione specifica dell'operatore per riconoscere i comportamenti e i contesti che possono sfociare in atti di violenza

ND

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti
- Dirigente medico
- Risk manager

111

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

No



Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

No

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

No

Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?

No

L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?

Si

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-



beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

113

Altro Costo

 Istituti Clinici Scientifici Maugeri	MODULO ICSM	IO ICSM PAVI MD1-0
	QUESTIONARIO PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA	Data: 13/11/2017 Pagina 1 di 2

INDAGINE CONOSCITIVA RELATIVA AD EPISODI DI AGGRESSIONE SUBITI DAL PERSONALE DI ICS MAUGERI SPA SB DURANTE L'ATTIVITA' SANITARIA (anno _____)

Caro Collega,

l'Ufficio Qualità Centrale, Accreditamento e Impatto Sociale sta proseguendo nell'indagine conoscitiva relativa ad episodi di violenza subiti dal personale dei nostri Istituti durante lo svolgimento dell'attività sanitaria, con lo scopo di mappare il fenomeno in coerenza con la Raccomandazione n. 8 (2007) Ministero della salute "Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione.

Ti chiediamo di compilare il seguente questionario in forma anonima

ISTITUTO	REPARTO	SERVIZIO
----------	---------	----------

QUALIFICA: MEDICO-- INFERMIERE -- OSS— FISIOTERAPISTA-- TECNICO—
 PSICOLOGO -- DIETISTA-- ASSISTENTE SOCIALE -- ALTRO

SESSO: M F ETA' _____ ANZIANITA' PROFESSIONALE _____

1. Secondo le tue informazioni il fenomeno dell'aggressione al personale è:

- In aumento
- In forte aumento
- Stabile
- In diminuzione

115

2. Nell'anno in corso, nel tuo Istituto, durante il tuo lavoro:

- Sono stato aggredito o minacciato da utenti
- Ho assistito ad un episodio di aggressione verso un collega
- I colleghi mi hanno raccontato
- Ho sentito dire nella mia struttura
- Non sono mai stato aggredito
- Non ho mai sentito di episodi simili nella mia struttura

3. Che tipo di aggressione:

- Fisica
- Verbale
- Fisica e verbale

4. Se aggressione fisica, di che tipo:

- Spintoni
- Pugni
- Calci
- Schiaffi
- Oggetti contundenti
- Molestie sessuali
- Altro

5. Se c'è stata aggressione fisica, ci sono state lesioni:

- Sì
- No

 <p>Istituti Clinici Scientifici Maugeri</p>	<p>MODULO ICSM</p> <p>QUESTIONARIO PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA</p>	IO ICSM PAVI MD1-0
		<p>Data: 13/11/2017</p> <p>Pagina 2 di 2</p>

6. Se hai avuto lesioni ti sei assentato dal lavoro per infortunio

- Sì
- No
- Se sì per quanti giorni _____

7. Se aggressione verbale, di che tipo.

- Insulto
- Minaccia
- Ricatto
- Umiliazione
- Ridicolizzazione
- Molestie sessuali
- altro

8. Se hai subito un'aggressione verbale, hai avuto conseguenze:

- Sì
- No
- Sì, mi sono rivolto ad uno specialista per supporto psicologico

9. Hai segnalato l'episodio di aggressione ad un tuo superiore

- Sì
- No

116

10. Chi era l'aggressore:

- Paziente
- Familiare
- Entrambi
- altro

Grazie per la tua collaborazione



Coinvolgimento del servizio di vigilanza nella gestione della sicurezza degli operatori

Regione: MARCHE

ASUR - Unità Operativa di Governo Clinico e Gestione del Rischio

Referente: Remo Appignanesi -

remo.appignanesi@sanita.marche.it - 3331745269

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale personale dipendente (anno precedente)

117

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Implementazione di iniziative/interventi per la sicurezza del paziente

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Le strutture sanitarie sono spesso dotate di un servizio di vigilanza ma non vengono pienamente sfruttate le potenziali integrazioni con il sistema di gestione del rischio (in teso nel senso più ampio) della struttura di tale servizio.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Le aziende che operano nel settore della vigilanza hanno infatti le conoscenze necessari per :

- valutazione delle misure utili per un pronto allertamento delle forze dell'ordine
- dispositivi individuali di comunicazione e protezione (dispositivi uomo a terra per gli operatori che sono in solitario, a partire dai medici di guardia medica)
- sopralluoghi nelle strutture del dipartimento di prevenzione e distrettuali per la valutazione del rischio di intrusioni e rischio aggressione del personale (incluse postazioni di guardia medica ed RSA)
- gestione dei sistemi di videosorveglianza delle aree critiche per il rischio aggressioni
- mappatura e messa in sicurezza del patrimonio aziendale per il rischio di furto
- verifica dei flussi di valuta e messa in sicurezza del personale che deve trasportare valori o opera nelle casse

118





Possono inoltre essere integrati in altre funzioni (se la struttura ha una presenza h24):

- gestione degli allarmi e partecipazione alla squadra di emergenza interna per incendi (se adeguatamente formati)
- rilevazione delle presenze nelle degenze nelle ore notturne (verifica rispetto regolamentazione esistente e riduzione del fenomeno dei badanti "abusivi")
- supporto nella gestione degli allarmi interni (frigoriferi farmacia, emoteche, ecc)

119

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Exploit the skills of private security companies to promote the safety of healthcare professionals and patients

2.2 Description of PSP

Inspections in health facilities with the private security companies and adoption of the indicated security Measures integration into the fire management system
Assessment of intrusion risk in health facilities



2.3 Methods used for evaluating results: focus group

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

L'implementazione della raccomandazione e' avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

120

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

Le aziende sanitarie non hanno al proprio interno le competenze richieste per la valutazione della sicurezza degli operatori e delle strutture, competenze che sono proprie delle società che operano nel settore delle vigilanza privata.

Una molteplicità di problemi possono quindi trovare soluzione se, tramite un capitolato adeguato, si utilizza il valore aggiunto di queste aziende.



Le tematiche interessate sono davvero variegata: sicurezza degli operatori, sicurezza delle casse e dei flussi di valori, sicurezza dei beni aziendali, procedura anticendio, gestione del divieto di fumo, gestione allarmi interni.

3.3 Obiettivi:

Coinvolgimento della società incaricata del servizio di vigilanza nella valutazione delle problematiche generali di messa in sicurezza della struttura a partire dalla messa in sicurezza degli operatori.

121

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Gestione pro attiva tramite la ditta di vigilanza di diverse problematiche con rendicontazione documentata da parte della ditta stessa delle misure poste in essere

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Si è proceduto con la ditta di vigilanza ad una ricognizione delle problematiche per le quali era necessario l'apporto delle loro competenze (novembre 2016) ed è stato stilato



un documento che partendo dalla ricognizione delle funzioni attribuite nel capitolato declinava operativamente le diverse azioni previste. Nel corso del 2017 sono state effettuata una serie di sopralluoghi, di concerto con i Direttori delle UUOO di volta in volta coinvolti per la definizione delle diverse azioni richieste.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

	<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
	<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
122	<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
	<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
	<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: l'Area vasta 5 dispone di una mappatura analitica degli operatori in solitario e dei dispositivi uomo atterra assegnati un sistema di videosorveglianza (attivato dall'operatori in caso di necessità) delle postazioni di guardia medica la centrale operativa della ditta di vigilanza è collegata con il sistema antincendio dei due stabilimenti



ospedalieri e attiva autonomamente il vigilante in servizio (dotato di attestato formativo) in caso di allarme la ditta di vigilanza effettua su calendario definito dalla direzione medica di presidio la rilevazione delle presenze notturne. Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: non pubblicati

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

123

7. TRASFERIBILITÀ

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so



8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Farmacisti
- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Risk manager

124

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so

11. ANALISI ECONOMICA

125

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

126



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***STUDIO QUANTI-QUALITATIVO SUGLI ATTI DI VIOLENZA
A CARICO DEGLI OPERATORI IN PRONTO SOCCORSO***

Regione: VENETO

AZIENDA ULSS N.8 BERICA - U.O.S.Risk Management

Referente: Sara Mondino - sara.mondino@aulss8.veneto.it
- 0444 75 4120

N° Posti letto (anno precedente) 1319

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 50218 N°

Totale personale dipendente (anno precedente) 6117

Stato pratica: Pratica validata

127

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Formazione in materia di sicurezza del paziente, Implementazione di iniziative/interventi per la sicurezza del paziente, Cultura della sicurezza

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti anche al rischio di affrontare un'esperienza di aggressioni fisiche e/o verbali dai pazienti/familiari. L'ULSS 8 Berica, anche in ottemperanza a quanto previsto dalla Raccomandazione ministeriale n. 8 del novembre 2007, nell'ambito del



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

programma di implementazione delle raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/gestione del rischio clinico, nel 2017: ha revisionato la procedura "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori"; ha organizzato corsi formativi sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rivolto a tutte le professioni sanitarie (tenutosi in 4 edizioni dal 2017 ad oggi); ha costituito un Gruppo di Lavoro, coordinato dalla U.O.S. Risk Management. La procedura aziendale ha lo scopo di: implementare le misure, sia di tipo strutturale-tecnologico che organizzativo, che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio eventualmente presenti all'interno delle strutture dell'ULSS e assicurarsi che operatori; incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi. Pertanto si è deciso di fare un approfondimento tramite un'analisi a livello di Pronto Soccorso al fine di valutare il fenomeno anche attraverso la percezione stessa degli operatori sanitari

128 Aggressione, sicurezza operatori, raccomandazione, fenomeno, interventi.



2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 *Aiming to improve*

- Estimate the number of acts of verbal abuse and physical violence against health workers, using reports by health workers from the emergency room, and analyzing the trend over time (increase, decrease, unchanged);
- Explore the operators' perception of workplace safety after the revision of the operating procedure "Prevention of violence against health workers" (2017);
- Explore the emotional experience and coping strategies after a verbal abuse or a physical violence occurred during care activities;
- Investigate health workers' training needs, and areas of expertise to be developed or improved.

129

2.2 *Description of PSP*

This study is the result of various reports sent to the Risk Management Unit, related to the topic of aggressions experienced by healthcare workers in the Emergency Room. One of aims is to extend the study to the other Hospital Units.

After meetings with healthcare workers who faced anger or nervousness, expressed by family members of hospitalized



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

patients but also by patients themselves, it was acknowledged that despite the organizational modalities and innovations to make the department more safe (interactive real time tracking of patient in the hospital, the presence of a room steward or a psychologist to support patients/family members) aggressive behaviours still occurred.

Ten years after the publication of Recommendation No. 8 of the 2007 Ministry of Health (Recommendation to prevent acts of violence against health workers), the ULSS 8 Berica in 2017 revisited the protocol "prevention of acts of **130** violence against health workers ". The protocol defined the strategies to prevent aggressions, and identified the factors for their prevention. Also operating instructions were given. Despite the intervention, reports still occurred: therefore, the situation was monitored, analysing the perception of emotional experience and own safety in the working environment, as well as an assessment of healthcare worker's training needs. The following were used:

- quantitative analysis of reports
- semi-structured interview to understand the healthcare workers' emotional experience their training needs (e.g. improve communication strategies, self-control techniques).



2.3 Methods used for evaluating results

Quantitative: analysis of events about number of reports, health worker's gender, aggressor's gender, type of admission, type of verbal or physical aggression, health worker's role, type of aggressor, outcomes of the event.

- Qualitative: semi-structured interview on the following aspects:
- Behaviour in case of aggression
- Emotional experience during an aggression
- Coping strategies
- Evaluation of the usefulness of the procedure
- Additional training needs

131

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: ND

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa,



nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

Monitorare il fenomeno delle aggressioni e le percezioni dell'operatore rispetto allo stesso.

3.3 Obiettivi:

132

Stimare il numero di agiti di abuso verbale e di violenza fisica nei confronti del personale sanitario, attraverso le segnalazioni effettuate dal personale di Pronto soccorso, analizzando l'andamento del fenomeno nel tempo(aumento, diminuzione , invariato);

- Esplorare la percezione degli operatori nei riguardi della sicurezza nel luogo di lavoro dopo la revisione della procedura operativa "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"(2017);
- Esplorare il vissuto emozionale e le strategie di coping conseguenti agli atti di abuso verbale e di violenza fisica subiti durante attività assistenziale ;
- indagare il bisogno formativo degli operatori sanitari, le aree di competenza da sviluppare o migliorare.



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

- Miglioramento dei rapporti interpersonali nello staff grazie all'acquisizione di competenze comunicative
- Aumento della fiducia dei pazienti verso operatori capaci di gestire il proprio vissuto emozionale
- Diminuzione degli eventi aggressivi

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

133

Questo studio nasce in seguito a varie segnalazioni pervenute al servizio di Risk Management, sul tema delle aggressioni a danno degli operatori sanitari nell'area di Pronto Soccorso Generale, con la prospettiva di estenderlo ad altre UU.OO. Servizi.

Dopo incontri con gli operatori sanitari che si sono trovati a vivere in prima persona gli scatti di ira o nervosismo da parte di familiari di pazienti ricoverati ma anche da parte di pazienti stessi, si è compreso che nonostante le modalità organizzative e innovazioni apportate per far funzionare in sicurezza il reparto (schemi interattivi che mostrano in tempo reale il percorso del paziente, la presenza di un OSS di sala e di uno psicologo pronti a rispondere ai quesiti e



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

supportare i pazienti/familiari) gli episodi di comportamenti

aggressivi continuano a presentarsi.

Dopo dieci anni dalla pubblicazione della Raccomandazione n.8 del 2007 del Ministero della Salute (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari), l'Azienda ULSS 8 Berica nel 2017 ha revisionato il protocollo aziendale "prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". All'interno del protocollo sono ben definite le strategie di prevenzione degli atti violenti ,

134 e individuati i fattori sui quali lavorare per la prevenzione . Sono inoltre presenti delle istruzioni operative interne al reparto. Nonostante gli interventi attuati le segnalazioni continuano a pervenire: alla luce di questo si è pensato di monitorare e studiare il fenomeno ,facendo un 'analisi della percezione del vissuto emozionale e della sicurezza nei riguardi dell'ambiente di lavoro, nonché un'analisi del fabbisogno formativo dell'operatore. Gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

- analisi quantitativa delle segnalazioni pervenute
- intervista semi strutturata per capire il vissuto emozionale dell'operatore e il suo bisogno formativo(migliorare le strategie comunicative, tecniche di autocontrollo)



4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so

5. RISULTATI

135

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: Dati in corso di elaborazione.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Dati non pubblicati.

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Non so

136

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Dirigente medico
- Risk manager



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

137

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

138

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***Progetto PREvenzione VIolenze (PREVIO):
approccio multidisciplinare e gestione integrata
degli atti di aggressione***

Regione: VENETO

AZIENDA ULSS N.2 MARCA TREVIGIANA - Risk Management - Risk Manager dott. Umberto Gasparotto

Referente: dr.ssa Laura Tonetto - Risk Management -
sicurezzapaziente@aulss2.veneto.it - 0422-322465

N° Posti letto (anno precedente) 2276

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 94554 N° **139**

Totale personale dipendente (anno precedente) 9136

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni,
Valutazione dei rischi e dei danni, Identificazione dei rischi
e dei danni,

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:



1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Negli ultimi anni l'andamento delle segnalazioni di atti di violenza evidenzia un costante aumento. Sono stati rilevati comportamenti aggressivi da parte di pazienti, di familiari, di visitatori, tra operatori e tra pazienti.

Varia è la percezione di ciò che costituisce "violenza" nei diversi contesti lavorativi sanitari.

L'utilizzo di una scheda specifica per la segnalazione di episodi di aggressione ha consentito di raccogliere informazioni utili in merito ad aggressioni verbali, minacce e gesti violenti, aggressioni fisiche nel distretto Treviso dell'Azienda.

140

Nel 2017 è stato avviato il progetto PREvenzione VIolenze (PREVIO) che ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro composto da operatori di Medicina Legale e Sicurezza del paziente, Servizio Urgenza Emergenza Medica, Dipartimento Salute Mentale, Servizio per le Dipendenze, Dipartimento Materno Infantile, Servizio Prevenzione e Protezione e Formazione per l'analisi di eventi significativi con caratteristiche ricorrenti segnalati in più ambiti.

Sono stati considerati gli aspetti relativi alla sicurezza del paziente, alla sicurezza degli operatori, alla sicurezza delle strutture ed apparecchiature, alla sicurezza dell'organizzazione, secondo le fasi di gestione del rischio clinico. (approccio sistemico al fenomeno).



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

È stata elaborata per gli operatori una flow chart “Identificazione precoce del paziente con disturbi del comportamento” che riassume le indicazioni generali condivise dal gruppo per il contenimento del rischio nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione del paziente e recepisce le indicazioni regionali in merito a gestione degli utenti con disturbi correlati all’uso di sostanze.

È stata avviata la fase 1 della formazione al personale per diffondere ed uniformare competenze, processi e azioni generali per la sicurezza del paziente e degli operatori in tema di prevenzione e gestione degli atti di violenza, al fine di ridurre l’incidenza di tale evento.

141

Nel 2018 gli obiettivi e le attività pianificati nel progetto PREVIO, sono stati allineati alle progettualità delle strutture alla luce del nuovo assetto aziendale. E’ stata attivata una stretta collaborazione tra il Gruppo Rischio Clinico (GRC) aziendale afferente alla funzione Risk Management ed il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGS) afferente al Servizio Prevenzione Protezione aziendale, per la gestione delle segnalazioni, la loro analisi, l’individuazione di azioni correttive e la conduzione degli audit organizzativi integrati.

Al fine di ottimizzare tempo e risorse, la fase 1 della formazione al personale è proseguita nell’ambito della collaborazione con la Formazione aziendale, che ha attivato



un corso residenziale esteso agli operatori di tutti e tre i distretti dell'AULSS 2 Marca Trevigiana.

Infine è stata avviata la formazione fase 2 del progetto PREVIO che ha previsto la collaborazione degli esperti del Servizio di Psicologia Ospedaliera con l'obiettivo specifico di sviluppare negli operatori capacità e conoscenze relative a tecniche di comunicazione efficace come strategia di prevenzione e di contenimento del rischio di aggressione.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

142 2.1 Aiming to improve

- Analyse and optimize the management of people with behavioural disorders (patients, health professionals, visitors) through a systemic approach that considers patient - worker - organization - structure safety.

2.2 Description of PSP

Establishment of a multi-professional - multidisciplinary group to analyse significant aggressive events with a systemic approach and identify risk containment practices that can be extended to all the Operating Units. Development and diffusion of a flow chart that summarizes the general indications shared by the group for



management during admission, hospitalization, hospital discharge and the eventual territorial takeover of people with behavioural disorders. Structuring and starting residential courses for the prevention and management of aggressive behaviours.

2.3 Methods used for evaluating results

Processing of the flow chart summarizing recommendations for the management of the patient with behavioural disorders (value yes) N° operators applying for training / N° trained operators year 2017 and year 2018 **143**
(expected value > 90%)

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione e' avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

Regione

Azienda

Unità di produzione



3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

144 Negli anni si è osservato un continuo incremento del fenomeno atti di violenza a danno degli operatori, verosimilmente determinato da una maggiore sensibilizzazione degli operatori al tema, che appare come criticità emergente. L'analisi delle segnalazioni ha esplorato le diverse forme di aggressione e le cause scatenanti più frequenti per tipologia di area assistenziale.

3.3 Obiettivi:

- Diffondere ed uniformare competenze, processi e azioni per la sicurezza del paziente e degli operatori (CONOSCERE LE CARATTERISTICHE DEL FENOMENO PER RICONOSCERE IL LIVELLO DI RISCHIO);



- Stimolare negli operatori la capacità di individuare ed utilizzare soluzioni di prevenzione e di sicurezza specifiche al contesto (ESSERE PREPARATI ALL' ATTO AGGRESSIVO);
- Aumentare le conoscenze e le capacità relative a tecniche di comunicazione: comunicazione efficace come strategia di prevenzione e di contenimento del rischio di aggressione (SAPER PREVENIRE E CONTENERE COMPORAMENTI AGGRESSIVI).

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario): 145

Benefici per il paziente: migliore relazione tra utente/visitatori e operatori; riduzione delle criticità strutturali e organizzative che fungono da innesco ad atti di aggressione. Benefici per i professionisti: riduzione degli episodi di aggressione; maggiore consapevolezza degli aspetti che innescano l'escalation dell'aggressività; aumento delle competenze e conoscenze in merito a gestione delle persone con disturbi del comportamento; comportamenti comuni tra operatori nella gestione delle persone con disturbi del comportamento.



3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Il sistema di segnalazione delle aggressioni nel distretto Treviso, a regime da diversi anni, ha permesso l'analisi dei dati specifici del fenomeno, l'identificazione di azioni di miglioramento o di contenimento del rischio e la periodica diffusione dei dati ai responsabili di unità operativa e ai referenti sicurezza.

Sono stati attivati interventi per ridurre situazioni di rischio:

- strutturali/tecnologici come per esempio la modifica della logistica di sicurezza del triage e delle sale d'attesa di Pronto Soccorso, la revisione della segnaletica per l'accesso a servizi e reparti;
- organizzativi come per esempio l'istituzione del Posto di Polizia di Stato e la presenza in struttura delle Forze dell'Ordine in determinate fasce orarie;
- formativi su aspetti caratteristici legati al contesto (per esempio il front office) e rivolti ai volontari.

Nel 2017 è stato avviato il progetto Prevenzione Violenze (PREVIO) e sono state attuate le seguenti attività:

APRILE : Costituzione di un gruppo multi-professionale – multidisciplinare coordinato da esperto del Risk Management



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

MAGGIO - SETTEMBRE: Ricognizione delle procedure esistenti relative a gestione di utenti con disturbi del comportamento, analisi di eventi significativi di aggressione mediante audit ed elaborazione di flow chart che riassume le indicazioni generali di gestione nelle fasi di ammissione, degenza, dimissione ospedaliera e eventuale presa in carico territoriale.

OTTOBRE - DICEMBRE: Strutturazione ed avvio del corso residenziale di primo livello “Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi o autolesionistici per la sicurezza dell’operatore e del paziente” rivolto dapprima a tutti gli operatori delle aree risultate più a rischio. In ciascuna **147** edizione sono stati diffusi anche i dati contestuali sul fenomeno e le strategie di contenimento del rischio generali.

Nel 2018

GENNAIO - FEBBRAIO: Avvio della gestione congiunta delle segnalazioni di atto di violenza con il Servizio di Prevenzione Protezione.

MARZO: Redazione del report annuale delle segnalazioni provenienti dai tra distretti dell’Azienda Ulss 2 e diffusione ai livelli sovraordinati e ai Responsabili e referenti sicurezza di U.O.

APRILE: integrazione della fase 1 nella formazione residenziale organizzata ed avviata dall’ U.O. Formazione



rivolta a tutti gli operatori dell'Azienda – programmate 20 edizioni nell'anno in corso.

LUGLIO - OTTOBRE: Elaborazione ed approvazione della procedura unica “Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori nelle strutture socio sanitarie aziendali”; Micro-progettazione e avvio alla formazione di 2 livello del progetto PREVIO per migliorare conoscenze e capacità relative a tecniche di comunicazione: comunicazione efficace come strategia di prevenzione e di contenimento del rischio di aggressione con la collaborazione del direttore dell'U.O. Psicologia

148 ospedaliera. Il corso è stato rivolto agli operatori delle aree di degenza chirurgica e medica.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si



Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di
esito: 1.FORMAZIONE RESIDENZIALE ECM

2017 fase 1 distretto Treviso: 2 / 2 edizioni concluse;
partecipanti 97/90 (100%)

2018 fase 1 Azienda ULSS n 2: attività in corso / 20 edizioni
programmate; attività in corso /500 partecipanti
programmati

2018 fase 2 distretto Treviso: attività in corso / 2 edizioni
programmate; attività prevista per novembre 2018/ 50
partecipanti programmati

2.PROCEDURA AZIENDALE UNICA - 2018 documento
esistente in bozza, iter di verifica in corso

149

3.FLOW CHART - 2017 documento presente; 2018
documento allegato a procedura aziendale - iter di verifica
in corso.

5. RISULTATI

*Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli
eventuali riferimenti o allegare la relativa
documentazione:* No

6. CONTESTO

**Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la
pratica è stata inizialmente implementata:** Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	Si
<i>Indicare in quale ambito:</i>	Servizi di assistenza socio-sanitaria
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diverse specialità di strutture diverse

150

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti
- Assistenti sociali
- Personale scientifico/ricercatori
- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Supporto ambientale (amministrazione interna)
- Dirigente medico
- Risk manager



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

151

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No



<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	Si
<i>Se sì, descrivere il tipo di incentivi:</i>	ND
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

152

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

153



Progetto PREvenzione VIOLenze (PREVIO): approccio multidisciplinare e gestione integrata del fenomeno

Risk Management

Progetto triennale - Distretto Treviso

MEDICINA LEGALE – SICUREZZA DEL PAZIENTE

Dr. Umberto Gasparotto - Risk Manager; Dr.ssa Laura Tonetto – Team leader GdL progetto

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Dr. Gerardo Favaretto - Direttore DSM; Dr.ssa Carola Tozzini - Direttore SPDC

SERVIZIO URGENZA EMERGENZA MEDICA

Dr.ssa Anita Antonich - Dirigente medico, Dr. Walter Guidotto - Infermiere

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Dr. Alessio Pradel – Coordinatore infermieristico di Dipartimento

SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE

Ing. Francesca Gambino, Gianni Carra Tecnico della Prevenzione

FORMAZIONE

Dr.ssa Martina Bertuol -Infermiera

SERVIZIO PER LE DIPENDENZE

Dr. Luciano Carraro Dirigente medico – Dr. Giuseppe Zinfollino Dirigente medico

RISK MANAGEMENT

Dr. Umberto Gasparotto - Risk Manager; Dr.ssa Laura Tonetto – Team leader GdL progetto

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Dr. Gerardo Favaretto - Direttore DSM; Dr.ssa Carola Tozzini - Direttore SPDC

SERVIZIO URGENZA EMERGENZA MEDICA

Dr.ssa Anita Antonich - Dirigente medico, Dr. Walter Guidotto - Infermiere

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Dr. Alessio Pradel – Coordinatore infermieristico

SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE - SGS

Dr Paolo Menna – Direttore SPP

FORMAZIONE

Dr.ssa Martina Bertuol – Dr.ssa Morena Frassinelli

PSICOLOGIA OSPEDALIERA

Dr.ssa Maddalena Tomas – Psicologa Direttore UOSD Psicologia Ospedaliera

1. Fasi del progetto triennale - Gantt delle attività anno 2017
2. Gantt delle attività anno 2018
3. Scheda di segnalazione atti di violenza – distretto Treviso
4. Analisi di dettaglio Segnalazioni di atti di violenza 2016
5. Gestione del fenomeno con approccio sistemico
6. Formazione residenziale

1. Piano delle attività 2017

Attività	2017											
	A	Ma	G	L	A	S	O	N	D			
Condivisione progetto con i Responsabili di UO dei membri del GdL Risk Manager												
Analisi di dettaglio segnalazioni di IR – aggressioni Tonetto-Pradel												
Ricognizione procedure esistenti - disturbi del comportamento GdL												
Analisi eventi significativi aggressioni GdL												
Sviluppo strategie specifiche: flow chart e contenuti corso GdL												
Micro-progettazione formazione residenziale fase 1 GdL												
Formazione residenziale ECM fase 1 PS - SUEM – DSM-OST GIN distretto TV GdL												
Debriefing GdL												

3. La scheda di segnalazione

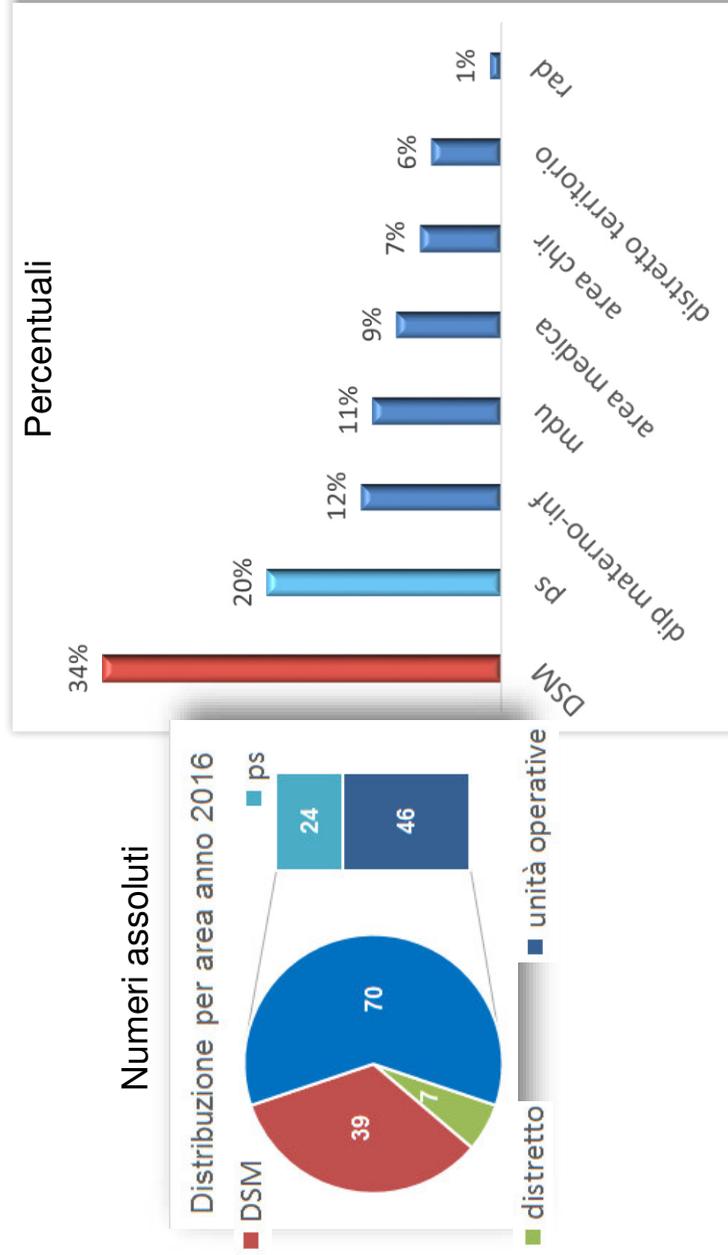
 REGIONE DEL VENETO ULSS2 Azienda Ospedaliera Università Ca' Foscari Venezia	 ASSICURIAMO SICUREZZA
MODULO SEGNALE AZIONE ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	
Centro di emissione: Medicina Legale e Sicurezza del Paziente	
Rev. 1 del gennaio 2011 Pagina 1 di 1	
Unità operativa di: _____	
Data: _____ Ora: _____	
Nome e cognome dell'operatore _____	
Qualifica professionale dell'operatore: _____	
MODALITA' 1. Uso di espressioni verbali aggressive <input type="checkbox"/> 2. Impiego di gesti violenti (senza contatto) <input type="checkbox"/> 3. Minaccia <input type="checkbox"/> 4. Spirita (senza trauma) <input type="checkbox"/> 5. Contatto fisico <input type="checkbox"/> 6. Uso di oggetti/Altro <input type="checkbox"/>	
L'atto di violenza ha provocato trauma, specificare sede e tipo _____	
Luogo in cui si è verificato l'evento <input type="checkbox"/> triage <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> stanza di degenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> corridoio <input type="checkbox"/> sala d'attesa <input type="checkbox"/> ambulanza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> altra sede <input type="checkbox"/> Specificare: _____	<input type="checkbox"/> lunga attesa prima della visita <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abuso etilico <input type="checkbox"/> assunzione di droghe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare: _____
Fattori favorevoli l'evento _____ Altro _____	
Attività svolta mentre si è verificato l'evento _____	
Presenza di altri operatori mentre si è verificato l'evento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Se Sì, specificare: _____	
Dati relativi all'aggressore <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> familiari <input type="checkbox"/> altro	
Se Altro, specificare: _____	
Altro _____	
È stato richiesto l'intervento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, di altro personale sanitario <input type="checkbox"/> Sì, delle Forze dell'Ordine	

per favorire la tempestiva comunicazione delle informazioni utili

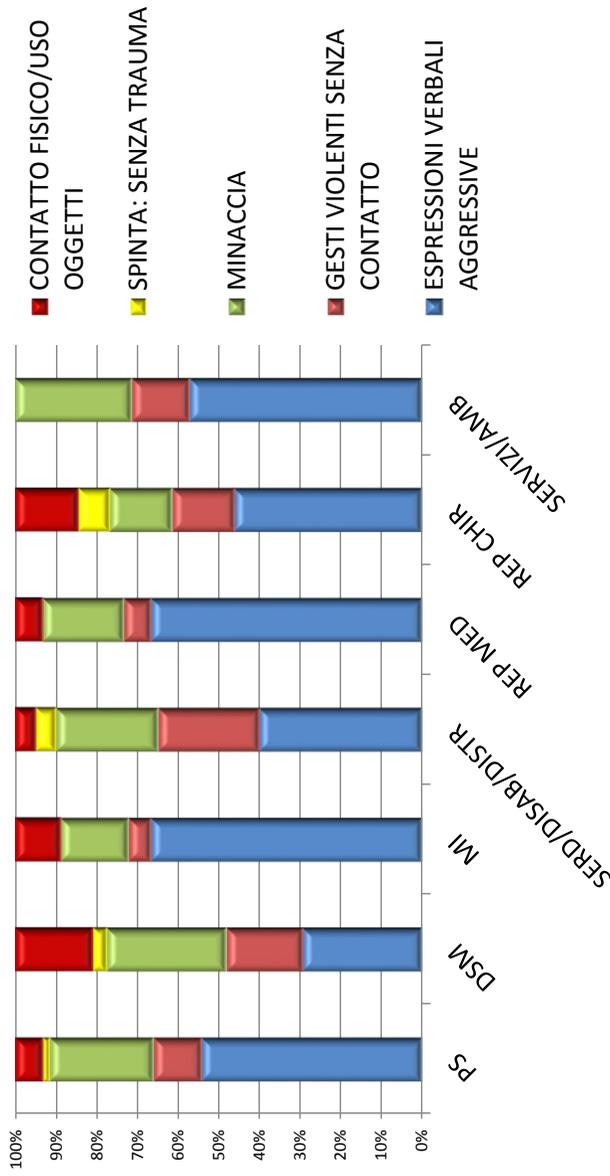
per conoscere caratteristiche e diffusione del fenomeno

per attivare le misure di prevenzione

4. Analisi Segnalazioni 2016: U.O. / area di accadimento evento



4. Modalità di espressione della violenza per U.O. o area 2016



Contatto fisico= morsi, graffi, calci, prese al collo, pugni (braccia e mani le parti del corpo più esposte) **63**

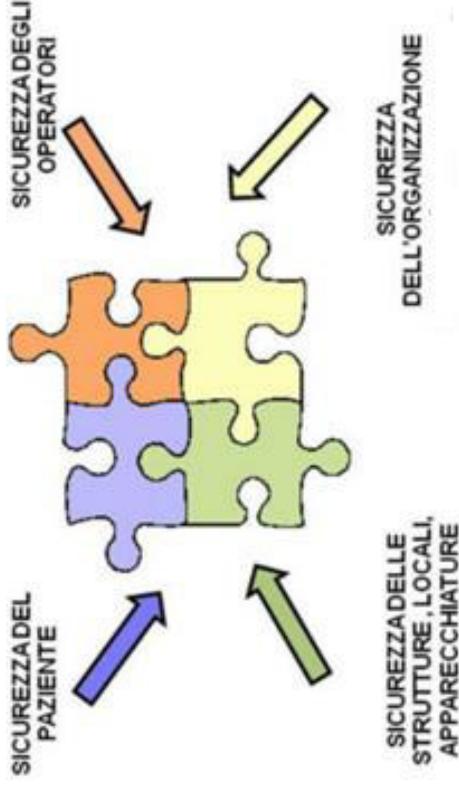
4. Sede dell'aggressione

ospedale	territorio
Stanza di degenza / logistica del Ps 31%	Corridoio/sala d'attesa / sala da pranzo 41%
Corridoio / sala d'attesa 27%	Ambulatorio 31%
Ambulatorio-guardiola 19%	Stanza di degenza 15%
Triage PS 15%	Giardino spazi aperti 8%
Sala parto 8%	Domicilio – auto 5%

4. Turno ed orario delle aggressioni 2016

- 47%:** evento nel turno di mattina (fascia oraria 7.01 -14.00)
concentrazione degli eventi dalle 10 alle 13;
- 37%:** evento nel turno di pomeriggio (fascia oraria 14.01 - 22.00);
- 16%:** evento nella notte (fascia oraria 22.01 – 7.00)
4 eventi in DSM, 4 in U.O. di ospedale, 10 eventi in PS.

5. La gestione del fenomeno con approccio sistemico

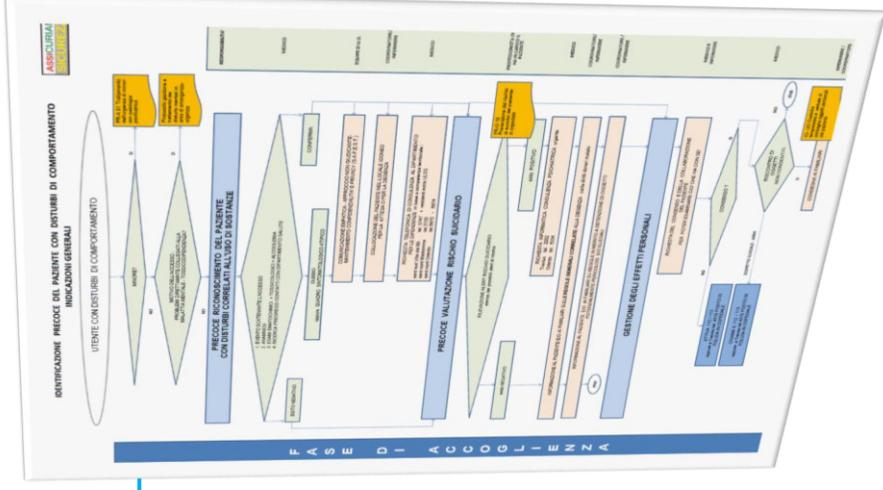


Coinvolgimento multi-disciplinare e multi-professionale per l'individuazione di strategie generali e strategie contestualizzate ai vari setting

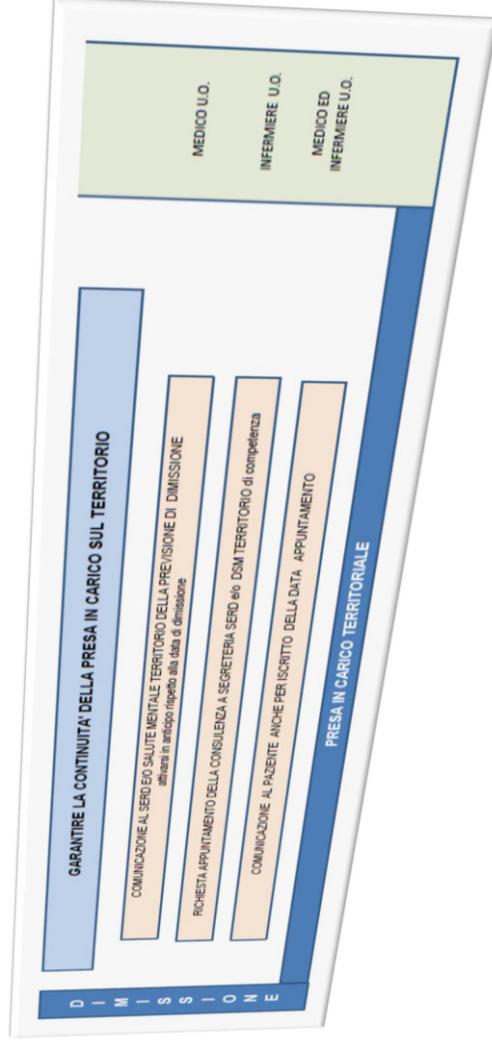
5. Le azioni essenziali per la sicurezza

- Fase di accoglienza
- Precoce riconoscimento del possibile quadro di aggressione
- Approccio SAFEST (spazio, appartenenza, focus, exchange, stabilizzazione)
- Precoce valutazione rischio suicidario
- Gestione degli effetti personali

... e le relative procedure di riferimento



5. Fase di dimissione



- Garantire la continuità della presa in carico sul territorio del paziente con disturbi del comportamento correlati all'uso di sostanze

6. Formazione residenziale ECM - 2017

REGIONE DEL VENETO
ULSS2
MARCA TREVIGIANA

ASSICURIAMO
SICUREZZA

Corso Residenziale PSET-SIC-17-02

**Prevenzione e gestione
dei comportamenti aggressivi o autolesionistici
per la sicurezza dell'operatore e del paziente**

Treviso dicembre 2017

Obiettivo:

Diffondere ed uniformare competenze, processi e azioni per la sicurezza del paziente e degli operatori in tema di prevenzione e gestione degli atti di violenza al fine di ridurre l'incidenza di tale evento nelle aree risultate più a rischio.

Fase 1 - Distretto Treviso

6. Formazione residenziale ECM - 2018

REGIONE DEL VENETO
ULSS2
MARCA TREVIGIANA

**La prevenzione delle aggressioni e degli atti di violenza in
contesti sanitari.**

Le segnalazioni spontanee di aggressioni e violenza in ambito aziendale

Risk Manager Dott. Umberto Gasparotto

Obiettivo:

Diffondere ed uniformare competenze, processi e azioni di prevenzione delle aggressioni e degli atti di violenza nei contesti sanitari.

6. Formazione residenziale ECM - 2018



REGIONE DEL VENETO
ULSS2
MARCA TREVIGIANA

Corso Residenziale PSET-SIC-

**Prevenzione e gestione
dei comportamenti aggressivi o autolesionistici
per la sicurezza dell'operatore e del paziente**



Obiettivi:

Stimolare negli operatori la capacità di individuare ed utilizzare soluzioni di prevenzione e di sicurezza specifiche al contesto

Sviluppare capacità e conoscenze relative a tecniche di comunicazione efficace, nelle aree di degenza chirurgica e medica.

Fase 2 - Distretto Treviso

La Procedura Aziendale Unica in corso di approvazione



 REGIONE DEL VENETO ULSS2 MARCA TREVIGIANA	Procedura Aziendale PR-A 94 Titolo: Pianificazione e gestione dei rischi di violenza a danno degli operatori e del pubblico in strutture sanitarie ospedaliere Rev. 0 Giugno 2018 Centro di emissione: Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana Pagina 1 di 9	
<h3>PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI NELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE AZIENDALI</h3>		
		
Indice Premessa 1. Campo di applicazione 2. Scopo 3. Scenari di riferimento 4. Definizioni e abbreviazioni 5. Modalità operative 6. Revisione della modulistica 7. Allegati 8. Allegati		
Redazione Ulisses Masetto (RIS/Manzoni) - Paolo Menna (DIP) - Tonello Laura - Jessica Panzavolta - Miriana Casillo, Giuseppe Sotiro, Cinzia Zamboni	Verifica Funzione Direttore Funzione Organizzativa Daniela Basso (DIP) (RIS)	Approvazione Direttore sanitario
<small>Il presente documento è di proprietà dell'Azienda ULSS2 "Marca Trevigiana" e può essere riprodotto e consegnato a terzi previa autorizzazione del Direttore Generale. I trasgressori saranno sanzionati secondo quanto previsto dalla legge vigente in materia. I nomi e cognomi sono ritenuti "di lavoro" per le quali non si garantisce l'aggiornamento, le copie aggiornate sono pubblicate nella pagina dedicata.</small>		

Recepisce le procedure esistenti nelle tre ex ULSS, attualmente sottoposta all'iter formale di verifica ed approvazione

- Fornisce le modalità operative per:
- l'adozione di misure di prevenzione
 - la gestione degli episodi di violenza
 - la segnalazione degli episodi di violenza
 - la gestione delle segnalazioni

Descrive le regole di comportamento dell'operatore sanitario – diffonde la flow-chart

PRATICHE NON MISURATE



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Prevenzione della Violenza su Operatore Sanitario

Regione: CAMPANIA

A.S.L. NAPOLI 2 NORD - U.O.C. Qualità e Risk Management

Referente: Dott. Emanuele Zanni -
emanuele.zanni@aslnapoli2nord.it - 0813050457

N° Posti letto (anno precedente) 649

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 2709 N° Totale
personale dipendente (anno precedente) 3440

177

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Fattori umani, Identificazione dei rischi e dei danni, Cultura della sicurezza

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Gli episodi di violenza ai danni di operatore sanitario sono in costante aumento. L'Azienda Napoli2Nord dal 2014 ha implementato una procedura di prevenzione che monitora gli episodi, ha istituito un gruppo di lavoro permanente e ha messo in campo attività finalizzate a:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- migliorare l'organizzazione dell'assistenza specie nei servizi di urgenza emergenza,
- elevare il grado di sicurezza dei luoghi di lavoro,
- informare e formare il personale attraverso corsi specifici di apprendimento di tecniche relazionali e di de escalation

L'obiettivo è quello di diffondere la cultura della tolleranza zero della violenza e della segnalazione degli episodi e contemporaneamente la loro prevenzione attraverso interventi organizzativi, di sicurezza e formativi, specie nei servizi di emergenza-urgenza.

178 La misura complessiva dell'efficacia non è stata ancora condotta perché la pratica è in corso

I risultati attesi sono

- Mappatura degli eventi
- Miglioramenti organizzativi e di sicurezza degli operatori
- Capacità degli operatori di gestire i momenti di tensione

Parole Chiave: Prevenzione violenza su operatore formazione



2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Incidents of violence against health care professionals are steadily increasing.

The ASL NA2 Nord has decided to improve prevention and the ability to mitigate episodes of violence against the health worker.

2.2 Description of PSP

The ASL Napoli2 Nord since 2014 has implemented a prevention procedure that monitors the incidents and focuses on activities aimed at:

- improving the organization of assistance especially in emergency services,
- Raising the degree of safety of the workplace,
- Inform and train staff through specific courses of improvement of relational skills and learning of de escalation techniques.

The aim is to disseminate the culture of signaling and the prevention of incidents of violence on health workers, especially in emergency services-urgency.

179



2.3 Methods used for evaluating results

The expected results are:

- event mapping,
- organizational and security improvements
- worker's ability to handle moments of tension improvement.

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

180 Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

- Regione
- Azienda

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

La raccomandazione n.8 del Ministero della Salute è stata recepita dall'Azienda ed è stata redatta ed implementata



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

una Procedura contestualizzata in linea con la raccomandazione.

Si è proceduto alla creazione di un Gruppo di Lavoro Aziendale Permanente che ha seguito l'andamento del fenomeno ed ha elaborato proposte finalizzate a miglioramenti organizzativi e di sicurezza dei luoghi di lavoro.

Si è proceduto alla implementazione di una scheda di "incident reporting specializzata" per raccogliere le segnalazioni degli operatori di episodi violenti nel tentativo di mappare il fenomeno in Azienda.

Un ulteriore impulso è stato dato dall'indagine regionale **181** Regione Campania - "Indagine informativa per prevenire i danni da violenza su operatore : esiti della rilevazione 2014 – Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES)anno 2014.Report attività di Rischio"

Una particolare attenzione è stata data alla formazione che in un primo momento è stata fatta in FAD, ed in seguito è stato organizzato un corso di formazione frontale tenuto da un team multidisciplinare con l'uso della tecnica del Role Playng

3.2 Problema:

Episodi di violenza su operatore sanitario



3.3 Obiettivi:

- aumentare le segnalazioni degli episodi di violenza fisica e verbale
- agire sulle eventuali criticità organizzative
- incrementare la sicurezza dei luoghi di lavoro
- disporre di personale formato alla corretta comunicazione ed alla descalation delle tensioni

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

182

Miglioramento della qualità dei servizi percepita dall'utenza ed aumento della compliance degli operatori

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

L'Azienda sanitaria Na2Nord ha recepito la Raccomandazione ministeriale n.8 ed ha redatto attraverso tavolo tecnico una procedura interna contestualizzata nel 2014.

La procedura ha istituito un Gruppo di Lavoro Permanente formato da: UOC Qualità e Risk Management; UOC Prevenzione e Protezione Aziendale, Rappresentante delle



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Direzioni Mediche Ospedaliere, Rappresentante dei PP.SS. Ospedalieri, Rappresentante delle Professioni Sanitarie, UOC Cure Primarie, UOC Gestione Risorse Tecniche e Tecnologiche, UOC 118 E.T., UOC Tecnologie Informatiche ed Ingegneria Clinica.

Inoltre è stata implementata una scheda di "Incident Reporting Specializzata" al fine di mappare il fenomeno in Azienda.

I dati raccolti sono stati periodicamente elaborati e diffusi in ambito Aziendale. Nel 2014 tale esperienza è stata portata al 9° Forum del Risk Management Sanitario., ed ha contribuito alla indagine della Regione Campania -" **183** Indagine informativa per prevenire i danni da violenza su operatore : esiti della rilevazione 2014 – Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES)anno 2014. Report attività di Rischio".

Il Gruppo di Lavoro ha avanzato proposte per migliorare l'organizzazione e la sicurezza dei luoghi di lavoro, ed ha ritenuto centrale l'azione di formazione del personale.

Al fine di raggiungere la più vasta platea possibile è stata sviluppata formazione in FAD negli anni 2015/2016.

Tuttavia risultando necessario stimolare la partecipazione attiva dei discenti per consentire una "ristrutturazione "del rapporto con l'utenza si è progettato ed è in corso di realizzazione nell'anno 2018 un corso di formazione



frontale multidisciplinare con ampio uso della tecnica del Role Playng

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

184

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	No
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: I risultati, seppure ancora molto parziali in quanto la fase formativa è ancora in atto, orientano verso un aumento in totale degli episodi di violenza su operatori medici ed infermieristici.

Le segnalazioni attraverso la scheda di incident reporting specializzata sono ancora poche rispetto al numero di episodi riferiti verbalmente durante gli audit, soprattutto per quanto riguarda il servizio 118.



I correttivi messi in campo per le criticità organizzative e di sicurezza dei luoghi di lavoro necessitano di tempo per una valutazione di efficacia.

L'attività di formazione, in fase di attuazione, è stata accolta con notevole consenso da parte del personale in generale, ma il consenso si riduce se si estrapolano i dati relativi al personale di emergenza urgenza.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Nessun risultato è stato finora pubblicato a stampa

6. CONTESTO

185

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	Si
<i>Indicare in quale ambito: Servizi di trasporto (incl. ambulanze)</i>	ND
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diverse specialità di strutture diverse



8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti
- Assistenti sociali
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc.)
- Dirigente medico
- Dirigente qualità
- Risk manager

186

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	187
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	Si	
<i>Indicare quale è stata la principale difficoltà riscontrata in fase di implementazione della pratica:</i>	Personale non motivato	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	Si	
<i>Se sì, descrivere il tipo di incentivi:</i>	ND	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

188

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

Gli episodi di violenza su operatore sanitario sono ormai entrati a far parte di una routine purtroppo diffusa sia nei Presidi Ospedalieri, che nei servizi territoriali.

Nessuna delle articolazioni Aziendali si può dire indenne da tali eventi, che pur se più frequenti nei servizi di urgenza ed emergenza, sono presenti anche negli ambulatori, nei reparti ospedalieri e perfino nei servizi di diagnostica per immagini e di patologia clinica.

L'Asl Na2 Nord ha implementato una procedura finalizzata alla prevenzione della Violenza su Operatore redatta da tavolo tecnico istituito in seguito ad evento sentinella e coordinato dalla UOC Qualità e Risk Management, deliberata nel gennaio 2014.

La procedura, aderente alla Raccomandazione Ministeriale n.8 del 2007, in collaborazione con la UOC Prevenzione e Protezione, ha istituito un sistema di segnalazione degli eventi attraverso una scheda di "incident reporting" specializzata ed un Gruppo di Lavoro Permanente allo scopo di mappare il fenomeno, valutarne l'andamento e proporre azioni proattive e/o reattive.

Il lavoro del gruppo è stato agevolato dagli audit eseguiti nella maggioranza dei casi segnalati dal personale della UOC Q e RM e della UOC SPP che hanno scandagliato gli eventi raccogliendo quante più notizie possibili su tempi luoghi e modalità di avvenimento.

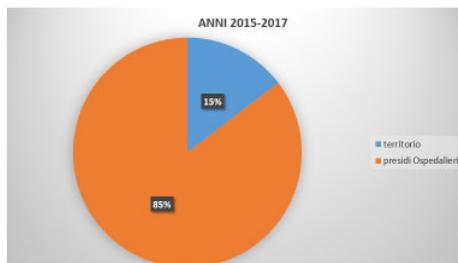
Di seguito si riportano i dati elaborati dalla UOC Qualità e Risk Management relativamente alle segnalazioni pervenute negli anni 2015-2017 e dei primi sei mesi del 2018.

190



Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Segnalazioni pervenute negli anni 2015-2017 differenziando tra Presidi Ospedalieri e Territorio
82 casi segnalati di cui:
71 Presidi Ospedalieri e 11 Territorio



Le segnalazioni, seppure sicuramente in numero inferiore a quanto realmente accaduto, sono in costante aumento, soprattutto per quanto riguarda i P.O. Aziendali



Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Andamento temporale delle segnalazioni di violenza negli anni 2015-2017
nei Presidi Ospedalieri e Territorio



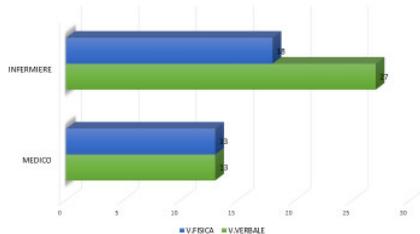
I P.O. sono sicuramente quelli maggiormente sensibili al problema, pe cui sono maggiormente rappresentati, mentre persiste una ridotta segnalazione da parte del territorio, specie per quanto riguarda l'emergenza territoriale e 118

191



Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Confronto episodi di violenza in base all'operatore colpito e alla tipologia di violenza (Verbale e Fisica)



Dalle segnalazioni si evidenzia l'esposizione del personale

Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Analisi 2015-2017 di chi maggiormente da vita ad episodi di violenza su operatore



E si identificano gli aggressori che in maggioranza sono gli accompagnatori/caregiver.

192

Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

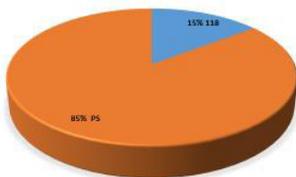
Segnalazioni pervenute negli anni 2015-2017 nei reparti di 118 e Pronto Soccorso rispetto alle segnalazioni totali



Risulta inoltre che nel corso degli anni il numero di segnalazioni proveniente dai servizi di urgenza emergenza sono aumentate, avvicinandosi ad una rappresentazione più reale del fenomeno.

Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Raffronto delle segnalazioni raccolte nei servizi di 118 e Pronto Soccorso
anno 2015-2017:

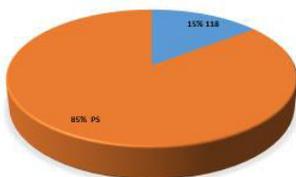


Soprattutto perché sono aumentate le segnalazioni da parte dei Pronto Soccorso Ospedalieri, mentre restano sporadiche le segnalazioni da parte degli equipaggi del 118

193

Episodi di violenza su operatore ASL Na2 Nord

Raffronto delle segnalazioni raccolte nei servizi di 118 e Pronto Soccorso
anno 2015-2017:



Il Gruppo di Lavoro Permanente, secondo quanto stabilito in procedura, ha operato nel seguente modo:

- Proponendo azioni per rimuovere le criticità organizzative ove evidenziate da audit eseguiti nelle articolazioni aziendali in cui si sono verificati gli episodi
- Migliorando la sicurezza dei luoghi di lavoro e la loro sorveglianza
- Elaborando un piano di assistenza per l'operatore aggredito con il supporto dei Medici Competenti
- Elaborando un piano formativo

La formazione degli operatori è stata ritenuta fondamentale ai fini della prevenzione

In una prima fase la formazione è stata organizzata in FAD per raggiungere un numero più elevato di operatori.

Tuttavia ci si è resi conto attraverso gli audit che mentre alcune criticità legate all'organizzazione del lavoro ed al miglioramento della sicurezza dei luoghi di lavoro erano state superate, il gap formativo persisteva.

Inoltre tutti gli operatori, specie quelli dedicati all'emergenza territoriale, mostravano una scarsa attenzione alla segnalazione degli episodi violenti, sia per il disagio provocato dal ricordare quanto successo al momento della compilazione della scheda, sia per una scarsa fiducia nelle possibilità concrete di prevenzione.

Bisognava mettere in campo un progetto formativo maggiormente articolato e che coinvolgesse il personale e la dirigenza in maniera più diretta.

Allo scopo è stato sviluppato un progetto attraverso la collaborazione della UOC Qualità e Risk Management, UOC Prevenzione e Protezione Aziendale e Dipartimento di Salute Mentale.

194

Lo sforzo formativo, attualmente in atto, ha generato un corso frontale articolato in una giornata full immersion ripetuta fino ad oggi in sei edizioni che prevede quattro ore di lezione interattiva, due ore di simulate e due ore di revisione critica delle simulate. Il D.S.M. si è fatto carico di organizzare e seguire insieme con il R.M. la parte pratica di simulate.

Durante le lezioni frontali viene ricostruita, ad opera di docenti della UOC Qualità e Risk Management e UOC Prevenzione e Protezione Aziendale, la dinamica della violenza su operatore sanitario sia con l'ausilio della letteratura che con i dati relativi alle segnalazioni ed agli audit Aziendali e vengono esplicate le azioni elaborate e proposte dal Gruppo di Lavoro Permanente Aziendale come correttivi alle criticità organizzative e migliorative per la sicurezza dei lavoratori.

Il Dipartimento di Salute Mentale affronta, di seguito, il problema della aggressività umana, comportamento fisiologico, legato all'istinto biologico che ci accompagna, dal quale il costruito sociale ci tiene lontani, cosa che ci rende meno esperti nella sua gestione. Conoscere la genesi, la fisiologia e le manifestazioni dell'aggressività può concedere agli operatori la possibilità di maggiore gestione del fenomeno aggressivo.

Inoltre affronta il fenomeno "empatia", cioè la capacità di comprendere (non di sentire su se stessi) lo stato emotivo dell'altro. L'empatia non si può insegnare ma la si può far "vedere" alle persone, che possono riflettere sulle modalità di rapportarsi all'altro in maniera adeguata. A tal proposito hanno dato un grosso contributo gli esperimenti sull'apprendimento per osservazione (A. Bandura, 1964). Ovviamente l'empatia è legata alla salute mentale di un soggetto, più si è in equilibrio psico-fisico-relazionale più si è capaci di essere empatici, fino a raggiungere i livelli di Intelligenza Emotiva (D. Goleman, 2011)

Viene approfondito il tema della ristrutturazione del rapporto tra operatore sanitario ed utenza, specie nei servizi di emergenza/urgenza in cui i protagonisti si incontrano per la prima volta in circostanze di elevata tensione emotiva. La relazione tra persone che non si conoscono precedentemente, anche se esordisce con forti elementi di aggressività, può essere ristrutturata, proprio utilizzando alcune delle cose suddette:

adeguata conoscenza e gestione del fenomeno aggressivo e utilizzo di atteggiamento empatico. Ma, oltre a questo, un operatore sanitario deve essere capace, per suo stesso ruolo, di mantenere una posizione complementare o asimmetrica (P. Watzlawick et al, 1971) nel rapporto con l'altro, cosa che garantisce nella mente dell'utente la rappresentazione mentale della sua competenza, deve essere portatore di comunicazione assertiva (B. Ferrarese, 2003) e gestire la Comunicazione non verbale.

Si passa poi alla parte "pratica" in cui viene utilizzata la metodica del "Role Playng"

Il Role Playng è un metodo didattico, basato sulle teorie dello psicodramma (J.L. Moreno, 1964; E. Pancheri) che consiste nella simulazione di comportamenti e di atteggiamenti veicolati da episodi della vita reale che vengono interpretati dai cosiddetti "attori" di fronte ai cosiddetti "osservatori", con la finalità di far comprendere in profondità le dinamiche che agiscono nella situazione simulata. Il Role Playng facilita l'autocritica, fissa i concetti teorici precedentemente divulgati, migliora l'efficacia pratica di quanto appreso e trova la sua più efficace applicazione nelle problematiche legate ai rapporti interpersonali (S. Capranico, 1997)

I discenti sono quindi suddivisi in gruppi che saranno alternativamente "attori" o "osservatori".

Gli eventi simulati sono scelti tra quelli proposti dagli stessi discenti che su apposito modulo, in forma anonima, raccontano episodi di violenza su operatore subiti o di cui sono a conoscenza. La scelta viene fatta dagli Psicologi in base alla significatività ed all'articolazione aziendale coinvolta in modo da rappresentare eventi accaduti sia nei presidi ospedalieri che sul territorio.

Le simulazioni vengono registrate

L'ultima fase è quella di rivedere le registrazioni in plenum. Questo permette un'efficace verifica delle azioni svolte dagli "attori" nella simulazione (R. Vaccani, 1998). La videoregistrazione consente ai partecipanti di verificarsi nell'oggettività dell'azione che hanno condotto.

Allo stato il corso ha riscontrato un grande successo di partecipazione tra gli operatori.



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***PREVENZIONE VIOLENZA A DANNO DI
OPERATORI: la sicurezza nelle strutture
psichiatriche***

Regione: EMILIA ROMAGNA

AZIENDA USL PIACENZA - Dipartimento Salute Mentale:

U.O. Emergenza Urgenza (U.O. Servizio

Diagnosi e Cura e U.O. Residenza Trattamento Intensivo

Referente: Giuseppe Arcari - g.arcari@ausl.pc.it -

3497217344

N° Posti letto (anno precedente) 775

197

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 34.145 N°

Totale personale dipendente (anno precedente) 3.674

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni,
Valutazione dei rischi e dei danni, Identificazione dei rischi
e dei danni,

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:



1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

A fronte di due episodi di violenza a danno di operatori sanitari, sono state sviluppate azioni di miglioramento che hanno portato a quattro tipologie di intervento:

- 1) organizzativa (modifiche nell'organizzazione quotidiana del lavoro)
- 2) logistica (modifica sistemi di sorveglianza)
- 3) formativa
- 4) strutturale (modifiche impiantistiche e infrastrutturali).

198

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Increase of violence against operators that culminated with two very violent attacks in May 2017 within the Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment.

2.2 Description of PSP

Securing operators through organizational, logistical and structural changes.

Development of prevention processes and possible management of critical cases.



2.3 Methods used for evaluating results

Increase of real, perceived safety in operators, Improvement of working conditions, Decrease of cases of serious violence.

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:

Unità di produzione

199

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

Aumento degli episodi di violenza a danno di operatori che sono culminati con due aggressioni molto violente nel mese



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

di maggio 2017 all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

3.3 Obiettivi:

Messa in sicurezza degli operatori attraverso modifiche organizzative, logistiche e strutturali.

Sviluppo processi di prevenzione ed eventuale gestione di casi critici.

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

200

Aumento della sicurezza reale, e percepita, negli operatori.

Miglioramento delle condizioni lavorative.

Diminuzione dei casi di violenza grave.

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc.:

Episodi di violenza: maggio 2017

Incontri di valutazione interventi: giugno 2017 - giugno 2018



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Attività proposte: formazione, modifiche strutturali, sviluppi logistici, organizzazione del lavoro

Attività realizzate - modifiche organizzative del lavoro (luglio - settembre 2017)

- aumento di una unità infermieristica di notte nei periodi di aumentato “rischio aggressivo” (definiti dall'équipe durante le riunioni collegiali e strettamente dipendenti dalla tipologia di pazienti ricoverati e dalla numerosità di pazienti con alterazioni gravi del comportamento)
- gestione dell'assistenza effettuata sempre con due operatori contemporaneamente nei periodi di **201** aumentato rischio aggressivo
- definite nuove modalità di lavoro, alcune di carattere ordinario ed altre di carattere straordinario: Ordinarie (tutti i giorni): briefing mattutino (discussione casi critici) personalizzazione del progetto di cura (assegnazione referenze medico e infermiere) Straordinarie (nei momenti di criticità) rinforzo nei turni gestione assistenza quotidiana con due operatori

Attività realizzate - Logistica (ottobre 2017 - luglio 2018)

Postazione con personale di Vigilanza nell'edificio dove sono allocate le aree SPDC e RTI (dalle 6 alle 22)



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Percorso di chiamata Istituto Vigilanza con coinvolgimento delle loro ronde interne e pattuglie esterne

Modifiche divise personale per alloggiamento di un pulsante di chiamata rapida del personale dell'Istituto di Vigilanza

Attività realizzate - Prima Edizione formazione operatori (Maggio 2018)

- Psicopatologia di base
- Pazienti con doppia diagnosi
- Uso ed effetti collaterali dei farmaci
- Gestione dell'aggressività/violenza verso gli operatori

202 Attività in corso di sviluppo - Logistica

Stesura protocollo di intesa AUSL-Forze dell'Ordine per la "Gestione degli interventi in materia di persone la cui condotta costituisca un pericolo concreto ed attuale per l'incolumità propria o di terzi", coordinato dalla Prefettura

Attività in corso di sviluppo - Interventi strutturali (ottobre 2018 - dicembre 2019)

- acquisto arredi sicuri nelle zone più frequentate
- creazione nuove vie di fuga per sicurezza personale
- sistema di videosorveglianza
- seconda guardiola
- posizionamento allarme interno sotto i tavoli da lavoro
- rivedere sistema prese e antincendio (coperture)
- sistema allarme finestre
- rivisitazione layout aree di lavoro personale



- rivisitazione layout aree comuni
- rivisitazione layout giardini

Attività in corso di sviluppo - Seconda Edizione formazione operatori (Maggio 2019)

- Psicopatologia di base
- Pazienti con doppia diagnosi
- Uso ed effetti collaterali dei farmaci
- Gestione dell'aggressività/violenza verso gli operatori

Ad oggi l'intervento è stato gestito con risorse interne e mediante il supporto delle seguenti articolazioni aziendali:

- Personale di reparto (SPDC e RTI)
- Direzione di Presidio
- Direzione Assistenziale
- Prevenzione e Protezione
- Risk Manager
- Ufficio Formazione
- Ufficio Tecnico
- Ufficio Acquisti
- Ufficio Logistica

203

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello di unità operativa o reparto
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	No



È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?	No
È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?	No

5. RISULTATI

	Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito:	Intervento è ancora in corso. L'efficacia potrà essere valutata solo a fine intervento.
204	Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:	No

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Salute mentale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si
<i>Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:</i>	<p>Le azioni specifiche predisposte:</p> <ul style="list-style-type: none">• formazione,• modifiche organizzative,• logistiche <p>possono essere replicate in altri contesti.</p> <p>Così come l'approccio multidisciplinare adottato all'inizio del percorso.</p>

205

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari



- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Supporto ambientale (amministrazione interna)
- Dirigente medico
- Dirigente qualità
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

206

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

No

Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

No

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?

No



<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

207

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



12. COSTI

Stima: 371000€ - Indiretto (7%): 25970€ - Totale:
396970€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

208

- Attrezzature - Descrizione: Arredi Totale: 50000€
- Servizi - Descrizione: Formazione Totale: 2000€
- Servizi - Descrizione: Vigilanza (spesa annua)
Totale: 114000€
- Servizi - Descrizione: Modifica divise personale
Totale: 2000€
- Servizi - Descrizione: Gestione allarmi (spesa annua)
Totale: 3000€
- Servizi - Descrizione: Lavori di ristrutturazione
Totale: 200000€



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Regione: EMILIA ROMAGNA

AZIENDA USL IMOLA - Ausl Imola

Referente: Landi Lorena - lorena.landl@ausl.imola.bo.it -

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale
personale dipendente (anno precedente) 1760

209

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni, Fattori
umani, Sistema di reporting e learning

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

In adempimento alle raccomandazioni nazionali e regionali è stato attivato in azienda un gruppo multi professionale (PREVIO) per l' identificazione e analisi dei rischi di aggressione verso gli operatori sanitari.



Il gruppo, che si incontra periodicamente, ha analizzato la situazione e prodotto una procedura aziendale con il fine di creare un flusso dedicato relativo agli eventi di aggressione per una analisi puntuale e la presa in carico degli eventi significativi con danno.

Il valore aggiunto è la contestuale attivazione di una equipe integrata (medico competente e psicologo) per l'accoglienza personalizzata dei professionisti che hanno subito aggressione.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

210

2.1 Aiming to improve

In compliance with national and regional recommendations, a multi - professional group (PREVIO) was set up to identify and analyze the risks of aggression towards health workers.

2.2 Description of PSP

The group, which meets periodically, has analyzed the situation and produced a company procedure with the aim of creating a dedicated flow related to the events of aggression for a timely analysis and the taking charge of significant events with damage.



2.3 Methods used for evaluating results

The added value is the simultaneous activation of an integrated team (competent doctor and psychologist) for the personalized reception of professionals who have suffered aggression.

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

211

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

Recepimento indirizzi regionali con elaborazione e pubblicazione sul sistema qualità di una procedura operativa aziendale. Diffusione del documento con incontri allargati per tutti i professionisti.



3.2 Problema:

Aggressioni verbali e fische verso operatori sanitari.

3.3 Obiettivi:

Prevenire eventi aggressivi

Presenza in carico dell'operatore in caso di danno

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario): miglioramento della qualità lavorativa per gli operatori

212

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

- elaborazione della procedura da parte del team multiprofessionale (15 persone): tempo di realizzazione 6 mesi con circa due incontri al mese
- diffusione del documento: due incontri allargati di 3 ore ciascuno per circa 100 professionisti presenti ad ogni incontro
- presidio del flusso e studio dei casi da parte degli specialisti con accoglienza degli operatori che hanno



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

subito un danno (circa una giornata di lavoro a settimana per due operatori)

- mantenimento del gruppo PREVIO con periodi incontri annuali, circa 3-4 incontri all'anno per 12-15 professionisti

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime	213
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale	
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si	
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima</i>	No	
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si	

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: iniziale aumento delle segnalazioni a seguito della sensibilizzazione del personale

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: non sono stati pubblicati i risultati



6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

214

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	Si
<i>Indicare in quale ambito:</i>	Servizi di assistenza socio-sanitaria
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diverse specialità di strutture diverse

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Supporto tecnico



- Dirigente medico
- Dirigente qualità
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Si	
<i>Quali utenti sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentati dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Rappresentante/i del paziente Organizzazione/i del paziente	215
<i>Quali utenti del servizio sono coinvolti nell'applicazione della pratica? (applicazione = il modo in cui la pratica è portata avanti nella pratica quotidiana):</i>	Rappresentante/i del paziente Organizzazione/i del paziente	
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	
<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND	



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

216	<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

217

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autonomia Località Economiche Lasciate di Intero</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 1/14</p>
---	---	--

Indice dei contenuti:

1. SCOPO	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. RESPONSABILITA'	3
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	4
5. INDICATORI DI CONTROLLO e TABELLA RACCOLTA DATI	6
6. RIFERIMENTI	6
7. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	7
8. ALLEGATI	8
Allegato n 1: Raccomandazioni per il de-potenziamento del comportamento aggressivo	9
Allegato n 2: Scheda segnalazione spontanea degli eventi	11
Allegato n 3: Scheda segnalazione eventi aggressivi verso l'operatore	14

Riepilogo delle versioni:

219

Versione	Data	Motivo della revisione
01	Aprile 2016	Prima edizione

Firme:

Documento redatto da: A. Bonoli, M.C. Carraro, C.Ciani, S. Cifiello, L. Farolfi, L. Landi, A.M. Losi, M. Mazzotta, I. Melucci, I. Nanni, A. Padovani, S. Sella, L. Todeschini
Documento verificato da: Coord. Ass.le Annarita Mongardi - Referente Accreditamento e Qualità Aziendale
Documento approvato da: Dr. A. Rossi – Direttore Generale

Distribuzione Direzione Generale :

X Copia in distribuzione controllata via DocWeb

Note:

La responsabilità della eliminazione delle copie obsolete della procedura è del destinatario di questa documentazione

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 2/14</p>
--	---	--

1. SCOPO

Fornire ai lavoratori che prestano la propria attività a contatto con l'utenza strumenti utili per gestire i comportamenti aggressivi.

1. OBIETTIVO

Ridurre il rischio al lavoratore e attenuare le eventuali conseguenze negative.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti i lavoratori aziendali (sanitari e non) a contatto con l'utenza ed ai professionisti che operano all'interno della ns. organizzazione. (art. 2 D. Lgs. 81/2008)

La Procedura si applica in tutte le sedi dell'Azienda e i luoghi in cui gli operatori svolgono l'attività lavorativa.

220

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autonomia Località Esclusive Località di Irredenti</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 3/14</p>
---	---	--

3. RESPONSABILITA'

La responsabilità dell'intero processo è in capo al Coordinatore dei Medici Competenti.

La responsabilità associata alla singola attività è dettagliata nella seguente matrice delle responsabilità.

ATTORI ATTIVITÀ	RESPONSABILITA'					Strumenti di riferimento	Documenti di registrazione
	Lavoratore	Referente IR di U.O.	Personale PS	Gruppo Pre.Vio	Medicina Preventiva		
1- Applicazione tecniche di de - potenziamento	R					Allegato n 1-2-3	Scheda IR Modulo denuncia infortunio 221
2- Invio scheda IR Pre.Vio	R			C		Allegato n 2-3	Scheda IR
3-Riscontro telefonico	C				R	Copia scheda IR	Verbale
4- Incontro urgente/trimestrale e presa in carico delle segnalazioni				R		Allegato n 2 Procedura Gestione del rischio	Verbale incontro

Legenda: R=Responsabile C=Collabora

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 4/14</p>
--	---	--

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1- Applicazione tecniche di de - potenziamento

L'operatore, ogni qual volta si verifichi un episodio di aggressività fisica e/o verbale, applica le tecniche di de-potenziamento (Allegato n. 1 RACCOMANDAZIONI PER IL DE-POTENZIONAMENTO DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO).

L'episodio si può risolvere, oppure l'azione aggressiva può persistere.

a) **Nel caso in cui l'episodio aggressivo si risolva**, l'operatore compila l'Allegato 2: "Scheda di segnalazione IR" e il supplemento allegato 3 "Scheda di segnalazione eventi aggressivi verso l'operatore" . Dopo la compilazione, il lavoratore invia le schede tramite fax (4981) al Servizio di Medicina Preventiva/Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e deposita gli originali nei luoghi identificati della propria U.O. (buchetta, carpetta, consegna diretta al referente ecc...).

222

b) Nel caso in cui l'azione persista e l'operatore abbia subito un'azione di violenza fisica, si deve recare presso il Pronto Soccorso dell'Azienda, in quanto l'episodio si configura come infortunio sul lavoro. L'operatore consegna, alla Segreteria della Direzione Medica di Presidio, il certificato di infortunio redatto dal medico di Pronto Soccorso, come da Procedura aziendale "Percorso aziendale della denuncia di infortunio sul lavoro e malattia professionale"

Al termine dell'iter l'operatore segue le indicazioni di segnalazione riportate al punto a.

N.B.: è facoltà del lavoratore richiedere, ai sensi dell'articolo n. 41 c.1, lett. c, una visita al Medico Competente, che potrà a sua volta, se lo ritiene opportuno, avvalersi di collaborazione specialistica (psicologo, psichiatra).

2- Invio scheda IR Pre.Vio

Il lavoratore invia copia della scheda compilata IR al gruppo Pre-Vio scegliendo l'invio per mail o per fax. I riferimenti sono i seguenti:

Gruppo Pre.Vio c/o Medicina Preventiva (med.preventiva@ausl.imola.bo.it, tel. 0542604991 fax. 0542604981).

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unifeb Emmebio Lomello di Inverigo</p> <p>Direzione Generale</p>	<p align="center">Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 5/14</p>
---	--	--

Il GdL "Pre.Vio", è costituito da componenti fissi :

Psicologo, Sociologo, Medico Competente, Referente della Direzione Infermieristica, Referente URP, RLS. Può essere richiesta, su casi specifici, la competenza di altri professionisti.

3-Riscontro telefonico

Una volta ricevute le schede di IR, l'Infermiere della medicina Preventiva/SPP provvede a contattare telefonicamente il lavoratore per corredare la segnalazione di eventuali ulteriori dettagli e per raccogliere bisogni e richieste da parte della persona offesa.

4- Incontro urgente/trimestrale e presa in carico delle segnalazioni

Il GdL "Pre.Vio" prende in carico le segnalazioni pervenute di norma trimestralmente; immediatamente in caso di episodi che si configurino come eventi sentinella.

I professionisti del "Pre.Vio", negli incontri trimestrali, valutano la documentazione, analizzano l'entità/gravità dell'evento e propongono azioni di miglioramento.

Nel caso in cui si verifici un'aggressione fisica con caratteristiche di evento sentinella, viene attivata contestualmente anche la procedura aziendale "Gestione del rischio clinico".

Qualora si renda necessario, il GdL "Pre.Vio" convoca un incontro col Direttore di Dipartimento / Direttore, il Responsabile di UO / Coordinatore, per condividere le proposte inerenti le azioni di miglioramento.

223

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autonomia Località Coordinate Località di Innesco</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 6/14</p>
---	---	--

5. INDICATORI DI CONTROLLO e TABELLA RACCOLTA DATI

Indicatore	Chi raccoglie il dato	Frequenza	Fonte	Report	Destinatari
eventi sentinella / N° totale di segnalazioni ricevute	Infermiera Medicina Preventiva	Trimestrale	Scheda IR	Tabella reports.xls	Coordinatore gruppo Pre.Vio Gruppo benessere organizzativo

6. RIFERIMENTI

1. Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero della Salute “ Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”
2. Regione Emilia-Romagna - Maggio 2010 “Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari”
- 224 3. Ministero della Salute - Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori – Gennaio 2012
4. Ministero della Salute – Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari - 2011
5. Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro – E- FACTS 46 -“Promozione della salute mentale nel settore sanitario” - Gennaio 2012
6. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational -Hazard in Hospitals. April 2002
7. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International - Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for addressing Workplace Violence in the Health Sector. Ginevra 2002.
8. Reason J; *L'errore umano*; Il Mulino; Bologna; 1990
9. D.P.R. 30/06/1965 N° 1124 – Testo unico delle disposizioni per l' assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e malattie professionali
10. Codice Civile - Libro Quarto: Delle obbligazioni Titolo II: Dei contratti in generale Capo I: Disposizioni preliminari – Art. 1435
11. Codice Penale - Libro secondo: Dei delitti in particolare - Sezione III: Dei delitti contro la libertà morale - Art. 610 Violenza Privata
12. D. Lgs 9 Aprile 2008 n° 81 e s.m.i.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autonomia Locali Esclusiva Lasciale di Invece</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 7/14</p>
--	---	--

7. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Definizioni

Abuso comportamento caratterizzato da un uso illegittimo e/o eccessivo della potenza fisica e verbale. Esso comprende molestie, stalking, bullismo e mobbing

Aggressività: qualsiasi comportamento intenzionale diretto a provocare un danno fisico o psicologico ad altri (Lynam, 1994)

Art. 610 Codice Penale

Violenza privata

Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni. La pena è aumentata se concorrono le condizioni previste dall'articolo 339

Art. 1435 Codice Civile

Caratteri della violenza

La violenza deve essere di tal natura da far impressione ad una persona sensata e da farle temere di esporre sé o i suoi beni a un male ingiusto e notevole. Si ha riguardo, in questa materia, all'età, al sesso e alla condizione delle persone.

Assalto / attacco Tentativo di lesioni fisiche o attacco contro una persona che immediatamente e direttamente si correla a un danno fisico. Esso comprende percosse, calci, schiaffi, stupro.

Disturbo da stress Post-traumatico (PTSD)

Insieme di sintomi tipici che si manifestano dopo che una persona vede, è coinvolta, oppure sente parlare di "un fattore stressante estremamente traumatico, catastrofico o violento".

I sintomi devono durare per più di un mese e devono condizionare in modo significativo importanti aspetti dell'esistenza, quali la famiglia o il lavoro.

Evento critico: Evento indesiderabile, imprevisto, non intenzionale e correlato al processo assistenziale che coinvolge il paziente e che richiede gestione in termini organizzativi e/o clinici e/o comunicativi.

Minaccia: atteggiamento che determina nella vittima la paura di lesioni fisiche, sessuali, psicologiche o di altro tipo.

Molestia: comportamento non gradito, verbale, non verbale, visivo, psicologico o fisico, rivolto principalmente ad aspetti della persona quali: età, disabilità, sesso, orientamento sessuale, razza, colore, lingua, religione, orientamento politico, origine nazionale o sociale appartenenza ad una minoranza, che offende la dignità di donne e uomini nell'ambiente di lavoro.

Direzione Generale: documento riservato, proibita la diffusione e la riproduzione anche parziale non autorizzata

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autonomia Località Economiche Lasciate di Intero</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 8/14</p>
---	---	--

Tecniche di de-potenziamento: insieme di interventi basati sulla comunicazione, verbale e non, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto

Violenza: "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale, che si verifica nel posto di lavoro" (NIOSH)

Violenza di terza parte: minacce, violenza fisica e verbale da parte di terzi, in ambito sanitario (pazienti, familiari, visitatori ecc..).

Abbreviazioni

EU-OSHA European Agency for Safety and Health at Work

IR Incident Reporting

NIOSH National Institute of Occupational Safety and Health

Pre-Vio Prevenzione Violenza

PTDS Post-Traumatic Stress Disorder

SIMES Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità

226

TES Team Eventi Sentinella

UE Unione Europea

CSM Centro Salute Mentale

UA Unità Assistenziale

UO - UOC Unità Operativa - Unità Operativa Complessa

8. ALLEGATI

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Autorevolezza, Qualità, Competenza, Sicurezza ed Innovazione</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 9/14</p>
---	---	--

Allegato n. 1: raccomandazioni per il de-potenziamento del comportamento aggressivo

RACCOMANDAZIONI PER IL DE-POTENZIAMENTO DEL COMPORAMENTO AGGRESSIVO

I comportamenti aggressivi esprimono sovente uno stato di esasperazione ed una richiesta di aiuto, clamorosa e distorta.

Bisogna dunque valutare situazioni di potenziale aggressività, quando si entra in contatto con un paziente/utente, per adottare idonei comportamenti, atti ad evitare l'esplosione di agiti violenti e interromperne le dinamiche.

Il comportamento violento è spesso la risultante di una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi.

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

Gli interventi incauti possono peggiorare le cose.

La progressione del comportamento aggressivo



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera Regionale Lazzaro di Irene</p> <p>Direzione Generale</p>	<p align="center">Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 10/14</p>
---	--	---

Elementi per la gestione del paziente /utente potenzialmente aggressivo

Segni di aggressività che richiedono interventi di de-potenziamento:

1. incremento di ansia e tensione: il soggetto appare fastidioso, insistente, non riesce a calmarsi
2. offese verbali e imprecazioni: il soggetto alza la voce, minaccia, ha atteggiamento sfidante
3. iperattività crescente: il soggetto mostra difficoltà di controllo, è irrequieto, il corpo mostra tensione muscolare

Tecniche di de-potenziamento: comportamenti raccomandati nei confronti del paziente/utente aggressivo

Le tecniche di de-potenziamento sono quell'insieme di interventi basati sulla comunicazione verbale e non, volte a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto

228

- Assicurarsi che i pazienti/utenti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano periodicamente informazioni chiare sui tempi di attesa, sui percorsi e sui motivi del prolungarsi dell'attesa.
- Mantenere la stimolazione ambientale al minimo possibile: un contesto particolarmente affollato o rumoroso potrebbe favorire lo stato di eccitazione.
- Quando possibile, meglio non operare da soli: la presenza di un'altra persona vi aiuta a mantenere la calma necessaria per tranquillizzare anche il soggetto.
- Evitare di portare con sé oggetti contundenti, taglienti e potenzialmente pericolosi (penne, matite, forbici, oggetti appuntiti o taglienti...).
- E' sempre opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale e chiedere "posso aiutarla in qualche modo?"
- Prima di ogni azione o manovra su paziente/utente spiegare in modo semplice cosa si sta per fare.
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente/utente e riutilizzandole, adeguando il proprio linguaggio e le modalità comunicative alle capacità di comprensione dell'utente (considerare le barriere linguistiche, culturali, livello di scolarità, eventuali deficit cognitivi...).
- Relazionarsi in modo rispettoso con l'utente, avendo cura di non usare atteggiamenti svalutanti.
- Rivolgersi al soggetto in modo chiaro ed autorevole (esempio: "Cosa ne dice se appena ho finito di assistere questo signore andiamo subito in un altro ambulatorio, così mi spiega bene tutti i suoi bisogni senza che ci disturbino?"). Le sue richieste vanno sempre discusse e deve essergli consentito di operare alcune scelte, valutando ed offrendo alternative.
- In caso di utente che cominci a manifestare "disturbo": posizionarsi con cautela, a non meno di 1,5 m, non proprio di fronte, un po' di lato, mantenendo la distanza di sicurezza e cercando di aprire una relazione, senza invadere lo spazio intimo,
- Non utilizzare frasi del tipo "Non è di mia competenza"; piuttosto cercare di trovare una risposta, anche temporanea o parziale, che dimostri tuttavia interesse per il problema posto dal paziente/utente,
- Non raccogliere atteggiamenti di provocazione/sfida; fornire spiegazioni oggettive e comprensibili di ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche,
- E' doveroso da parte dei colleghi, qualora siano spettatori di comportamenti aggressivi di utenti verso un altro operatore, non lasciare da solo il collega e valutare il possibile intervento,
- Mantenere la calma, parlare lentamente in modo pacato. Assumere una posizione di "non belligeranza": evitare di apparire minacciosi, anche attraverso il linguaggio non verbale,
- Mai volgere le spalle al soggetto evitando di assumere un comportamento di disinteresse o di sfida. Non fissare il soggetto dritto negli occhi, perché questo è vissuto come minaccioso,
- L'offerta di una bevanda può, in alcune circostanze, contribuire a calmare un paziente/utente agitato,
- Se necessario, attivare l'intervento delle Forze dell'Ordine,

Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori

Procedura

Rev. 00

del Aprile
2016

Pag. 11/14

Allegato n 2 : Scheda segnalazione spontanea degli eventi

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda/Casa di Cura Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo) Qualifica <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro specificare _____	Unità Operativa
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome del paziente (facoltativo) N° di scheda nosologica _____ Anno di nascita/Età _____	
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...) Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.	
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Ricovero DH <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Altro _____	
Descrizione dell'evento (Che cosa è successo?)		
compilare lato C		
Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)		
<input type="checkbox"/> Ritardo di procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Inadeguata procedura diagnostica <input type="checkbox"/> Ritardo di procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Mancata procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Inadeguata procedura terapeutica <input type="checkbox"/> Ritardo di procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Inadeguata procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Ritardo di prescr./somm. farmaco <input type="checkbox"/> Mancata prescr./somm. farmaco <input type="checkbox"/> Inadeguata prescr./somm. di farmaco <input type="checkbox"/> Ritardo di prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> Inadeguata prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Caduta <input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede <input type="checkbox"/> Malfunz./malposiz. di disposit/appar. <input type="checkbox"/> Reazioni da farmaci <input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura/decubito <input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue <input type="checkbox"/> Altro		
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)		
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto terapeutico <input type="checkbox"/>	Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchi. <input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema Protocollo/procedura inesistente/ambigua <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/>
Altri fattori (specificare): _____		
Fattori che possono aver ridotto l'esito		
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Fortuna <input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?		
Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Medicazioni
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico
ECG	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Ricovero in TI
<input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro _____		
Come si poteva prevenire l'evento? (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.		

L'evento è documentato in cartella clinica? Sì No
Il paziente è stato informato dell'evento? Sì No

-----Da questo punto in poi compilazione a cura del referente dell'incident reporting -----

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) Raro (meno di 1 evento/anno)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino al livello 4) Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quali?		
L'evento risulta incrementare i costi, la durata della degenza o il consumo di risorse? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In che modo?		
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.) Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quali?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)		

230

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Operativa Locale di Imola</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 13/14</p>
---	---	---

Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? Sì No

Commentare

Responsabile medico dell'Incident reporting _____ Firma _____

Data _____

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi similari. Per questo, **in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**
2. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**
4. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda a:

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p> <p>Direzione Generale</p>	<p>Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi a danno degli operatori</p>	<p>Procedura Rev. 00 del Aprile 2016 Pag. 14/14</p>
--	---	---

Allegato n 3: Scheda segnalazione eventi aggressivi verso l'operatore

Sez c da compilare a cura dell'operatore

DATI RELATIVI ALL'OPERATORE

Area/Servizio di appartenenza

Nome e Cognome

Età	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Telefono	email
-----	---	----------	-------

Rapporto di lavoro:

DATI RELATIVI ALLA/E PERSONA/I AGENTE: Dati conosciuti **Dati sconosciuti**

Nome e Cognome

Età Sesso M F

motivo della presenza dell'agente in organizzazione

fornitore visitatore dipendente sconosciuto altro

CIRCOSTANZE DELL'EVENTO

Giorno della settimana: **Orario:**

Area/Servizio in cui si è verificato l'evento

232

Luogo (corridoio, ambulatorio ecc.)

EVENTO AGGRESSIVO SU (barrare le voci che interessano):

<input type="checkbox"/> oggetti	<input type="checkbox"/> altri pazienti	<input type="checkbox"/> operatore	<input type="checkbox"/> altre persone/familiari	<input type="checkbox"/> altro
----------------------------------	---	------------------------------------	--	--------------------------------

quasi evento

altro evento: specificare

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'EVENTO

Grazie per avere contribuito a fornire contenuti utili a migliorare la prevenzione degli agiti aggressivi verso gli operatori. La informiamo che nei prossimi giorni l'operatore della medicina Preventiva / SPP la contatterà per corredare la Sua segnalazione di ulteriori eventuali dettagli. L'operatore è inoltre a disposizione, al 0542604991/4968 (Medicina Preventiva/Servizio Prevenzione e Protezione) o all'indirizzo e.mail med.preventiva@ausl.imola.bo.it, qualora Lei fosse interessato a contattarci per ricevere informazioni o supporto, o volesse richiedere visita al Medico Competente.

Data _____ Firma _____



AMICO ALPINO ACCOMPAGNAMI

Regione: FRIULI VENEZIA GIULIA

FRIULI OCCIDENTALE - rischio clinico

Referente FULVIO KETTE - fulvio.kette@aas5.sanita.fvg.it -
0434369975

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale
personale dipendente (anno precedente)

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

233

Tematica affrontate: Altro

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Obiettivi:

- Migliorare la sicurezza dei medici di Continuità Assistenziale (CA) con la presenza attiva di volontari della Associazione Nazionale Alpini (ANA)

Metodo:

- Stesura di progetto e di accordo siglato tra Presidenza dell'Ordine dei Medici di Pordenone,



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

ANA Provincia di Pordenone, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 "Friuli Occidentale"

- Coinvolgimento delle Istituzioni (Prefettura, Questura, Comando dei Carabinieri, Comando della Guardia di Finanza)
- Definizione dei criteri di ammissione al progetto del personale volontario e di ingaggio durante l'operatività
- Definizione degli ambiti assicurativi
- Valutazione dei rischi interferenziali e stesura del Documento di Valutazione dei Rischi
- Valutazione dell'idoneità dei volontari
- Avvio della fase pilota (3 sedi di CA su 13 provinciali)
- Monitoraggio delle attività tramite registri nelle sedi della continuità assistenziale

234

Risultati:

- Presenza dei volontari ANA ha permesso ai medici di CA di lavorare con maggiore tranquillità sia negli ambulatori che nelle visite domiciliari. La popolazione ha accolto molto positivamente l'iniziativa e la presenza degli alpini è stata sempre discreta e rispettosa della privacy. La presenza dei volontari ANA ha dato la percezione della riduzione di accessi impropri.



Parole chiave: Prevenzione aggressioni, continuità assistenziale, volontari alpini, supporto, accompagnamento

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Safety of medical and nurse personnel is of paramount importance. There is an increasing evidence in our Country related to aggressions on medical personnel during their professional activities. Particularly emergency department and out of hospital emergency service personnel as well as those working with psychiatric patients and drug/alcohol abusers are among the more exposed to either verbal or physical aggressions.

235

The continuity of the General Practitioner medical activity after their cessation at the end of the day is guaranteed during the night and during the weekends by the physician belonging to the so called “Continuità Assistenziale (CA)”. They work mainly in small offices, sometimes in a remote areas and have the task to visit people at their home by travelling alone often in rural or mountain areas far away from the cities. Episodes of aggression ended up with a homicide and sexual abuse prompted the onset of several initiatives aimed to impede the onset of any kind of violence.



It is with this purpose that the Head of the Medical Association in Pordenone's Province together with the Risk Manager of the Health Trust "Friuli Occidentale" started a project with the aid of the Mountain Alpine Volunteers (all former soldiers in one of the National military Army – Corpo Nazionale degli Alpini).

The project establishes that two of the volunteers remain in the building close to the office where the physicians visit their patients. Whenever the doctors go out for a home visit, those volunteers are obliged to accompany the physicians.

236

2.2 DESCRIPTION OF PSP

A description of the project was precisely described including aims, inclusion criteria for the volunteers (age, health status, clean criminal record, motivation), insurance, behavior during their activity. The project was shared with the Institutional Officers (Prefect, Head of State Police and Carabinieri army) to whom it was stated that the volunteers have the task to provide accompaniment to the doctors and not security duties. In case of potential aggressions, they have to immediately call the emergency number to request the police intervention.



2.3 Methods used for evaluating results

The project started in July 2018 in a pilot form with the presence of volunteers in three of the 12 sites of the CA physicians. All activity is monitored and registered in specific registries. Preliminary results are promising as all physicians declared their satisfaction in being no longer alone during their working hours. The citizens also declared their appreciation for those figures who are highly appreciated and admired being part of the social substrate of the population. Initial observations seem to indicate that inappropriate (and *potentially threatening situation such as drug requests by drug abusers*) have decreased

237

Raccomandazioni

- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

- Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Azienda

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa,



nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

I medici della continuità assistenziale sono esposti a rischio di aggressioni sia durante l'attività negli ambulatori che nelle visite a domicilio

3.3 Obiettivi:

238 Migliorare la sicurezza dei medici di Continuità Assistenziale (CA) con la presenza attiva di volontari della Associazione Nazionale Alpini (ANA)

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Migliorare la sicurezza dei medici di Continuità Assistenziale

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

- Stesura di progetto e di accordo siglato tra Presidenza dell'Ordine dei Medici di Pordenone,



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

ANA Provincia di Pordenone, Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 "Friuli Occidentale" novembre 2017-maggio 2018)

- Coinvolgimento delle Istituzioni (Prefettura, Questura, Comando dei Carabinieri, Comando della Guardia di Finanza) (aprile 2018-giugno 2018)
- Definizione dei criteri di ammissione al progetto del personale volontario e di ingaggio durante l'operatività (febbraio 2018-maggio 2018)
- Definizione degli ambiti assicurativi (marzo 2018-maggio 2018)
- Valutazione dei rischi interferenziali e stesura del **239** Documento di Valutazione dei Rischi (luglio 2018)
- Valutazione dell'idoneità dei volontari (in corso)
- Avvio della fase pilota (luglio 2018-dicembre 2018)
- Monitoraggio delle attività tramite registri nelle sedi della continuità assistenziale (luglio 2018-dicembre 2018)

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si



<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	No
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	No

5. RISULTATI

240 Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: La presenza dei volontari ANA ha permesso ai medici di Continuità Assistenziale di lavorare con maggiore tranquillità sia negli ambulatori che nelle visite domiciliari. La popolazione ha accolto molto positivamente l'iniziativa e la presenza degli alpini è stata sempre discreta e rispettosa della privacy. La presenza dei volontari ANA ha dato la percezione della riduzione di accessi impropri.

Indicatore di processo:

- avvio della fase pilota in 3 sedi di Continuità Assistenziale su 13 provinciali
- registro delle attività e delle segnalazioni

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:

no



6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Assistenza primaria

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No	241
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si	
<i>Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:</i>	Il progetto può essere adottato anche da altre aziende sanitarie e può avvalersi di altre risorse operanti nel volontariato. L'utilizzo dei volontari ANA può essere esteso ad altri ambiti come ad esempio i Dipartimento di Salute Mentale.	



8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc.)
- Dirigente medico
- Risk manager

242

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	Si
<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	243
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	Si	
<i>Indicare quale è stata la principale difficoltà riscontrata in fase di implementazione della pratica:</i>	Scarsa condivisione delle informazioni relative all'avanzamento dei lavori tra il personale coinvolto	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la



metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

244 Altro Personale

Altro Costo



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

La prevenzione delle aggressioni in ambito ospedaliero

Regione: MARCHE

A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - UO Rischio Clinico

Referente: Dr. Nicola Nardella -
nicola.nardella@ospedalimarchenord.it -

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale personale dipendente (anno precedente) **245**

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni, Fattori umani, Simulazione per migliorare la sicurezza

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Relativamente alla raccomandazione ministeriale sono state implementati i requisiti posti in essere al fine di migliorare la sicurezza degli operatori sanitari con maggiore riferimento per le categorie a rischio.



In particolare sono stati edotti gli operatori sanitari dei reparti classificati più a rischio relativamente alle modalità di prevenzione e gestione delle aggressioni attraverso dei corsi dedicati.

Inoltre sono state implementati i dispositivi di sicurezza per gli operatori del pronto soccorso per la segnalazione al commissariato nel caso di aggressione verbale.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

246

With regard to the ministerial recommendation, the requisites implemented to improve the safety of health operators with the greatest reference for the at risk categories have been implemented.

2.2 Description of PSP

The health workers of the sections most at risk were informed about how to prevent and manage aggressions through dedicated courses.

In addition, safety devices have been implemented for first aid operators for reporting to the police station in the case of verbal aggression.



2.3 Methods used for evaluating results

Implementation of specific training courses for operators at risk.

Implementation of aid operators for reporting to the police station in the case of verbal aggression.

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

247

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Azienda

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

Il problema riguarda gli atti di violenza di paziente o utente a danno degli operatori sanitari.



È necessario mettere in sicurezza l'operatività dei dipendenti dalle aggressioni verbali che, come riportato in letteratura, sono in aumento.

3.3 Obiettivi:

Ridurre il numero dei casi di violenza degli utenti a danno degli operatori monitorando il numero degli eventi nell'anno solare dopo l'implementazione delle barriere di sicurezza applicate dal rischio clinico.

248 3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Aumentare il livello di sicurezza degli operatori a rischio di aggressioni verbali e fisiche con le misure adottate dall'azienda.

Applicare annualmente un programma formativo sul campo adeguato con coinvolgimento degli operatori a rischio.



3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Si precisa che sono stati eseguiti numero tre corsi formativi dedicati come la "Gestione del rischio clinico" di otto ore ciascuno all'interno dei quali è stata dedicata una parte relativa alla gestione e alla prevenzione delle aggressioni in ambito ospedaliero con riguardo alla percezione dei segnali aggressivi e alla modalità di soccorso delle stesse.

249

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello di unità operativa o reparto
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si



5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: I risultati vengono monitorati attraverso il numero delle segnalazioni spontanee alla UO Rischio Clinico.

Riferito miglioramento della sicurezza da parte degli operatori del pronto soccorso.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Le segnalazioni di eventi sentinella viene trasmessa alla UO Rischio Clinico la quale prevede la segnalazione al ministero attraverso dedicato flusso SIMES.

250

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:

Si

Indicare in quale ambito:

Ospedale



Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:

Si, in diverse specialità della stessa struttura

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Supporto clinico
- Dirigente medico
- Risk manager

251

9. Coinvolgimento del paziente

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

No

Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

No



10.IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

252	<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
	<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

253

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA CONTRO
OPERATORI DELL'ASL BI***

Regione: PIEMONTE

BI - Direzione Medica di Presidio - Unità Gestione Rischio
Clinico (UGRC)

Referente: Carlo Emilio Prastaro -

carlo.prastaro@aslbi.piemonte.it - 3472525115

N° Posti letto (anno precedente)

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale
personale dipendente (anno precedente)

255

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Fattori umani, Identificazione dei
rischi e dei danni, Sistema di reporting e learning

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Da tempo si è osservato un aumento progressivo degli atti di violenza verbali e fisici nei confronti degli operatori sanitari.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

L'ASL di Biella ha voluto studiare il fenomeno per quantificarlo in numero di episodi e conoscere il contesto in cui si è verificato e per poter operare azioni di controllo e contenimento del fenomeno.

A questo proposito all'interno del sistema già esistente di rilevazione di eventi avversi riferiti al paziente, si è voluto estendere la raccolta di informazioni specificamente su eventi di violenza contro gli operatori sanitari, in considerazione anche del fatto che tale fattispecie è riportata tra le raccomandazioni ministeriali relativa agli eventi avversi di particolare gravità (Raccomandazione

256 n.8).

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Knowledge of the phenomenon at local level (hospital and territory) by the company management and increase of awareness of the potential individual risks of the operator and their reduction.

Obtain and continuously update the mapping of areas most at risk of incidents of violence in order to promptly implement corrective actions.



2.2 Description of PSP

The actions put into practice for the prevention of acts of violence against operators of the ASL BI are the following:

- establishment of a multidisciplinary company group (from 2016 still in operation); professional figures involved: medical managers (internist, surgeon, psychiatrist, occupational physician, medical examiner, district doctor, medical supervision director, prevention director), psychologists, hospital and local social workers, nurses, coordinators, SPP director, prevention department, URP and training technicians. **257**
- drafting and implementation of a dedicated reporting card (see annex 1)
- drafting of a survey of violence events (see attachment 1)
- creation of FAD training events extended to all company operators

2.3 Methods used for evaluating results

Quantitative and qualitative analysis of the data extrapolated from the questionnaires and the report forms

Raccomandazioni



Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

258

Nell'ASL di Biella è presente ed attivo un monitoraggio sistematico (incident reporting) dal 2005 per la gestione delle segnalazioni degli eventi avversi/near miss.

Sino al 2016 però non eravamo in possesso di dati oggettivi relativi al fenomeno di cui si occupa la raccomandazione Ministeriale n°8, prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, all'interno della nostra azienda.

Si è deciso di costituire quindi un gruppo di lavoro multi disciplinare che ha visto coinvolti gli operatori dell'ospedale e del territorio, con i quali è stato messo a



punto una scheda di segnalazione dedicata al fenomeno specifico implementata a partire da giugno 2017.

Successivamente è stato predisposto un evento formativo FAD nel quale è stato promosso anche il questionario con l'obiettivo di rilevare informazioni che ci aiutassero ad individuare le criticità e le possibili azioni correttive.

3.2 Problema:

Da tempo si è osservato un aumento progressivo degli atti di violenza verbali e fisici nei confronti degli operatori sanitari.

259

L'ASL di Biella ha voluto studiare il fenomeno per quantificarlo in numero di episodi e conoscere il contesto in cui si è verificato e per poter operare azioni di controllo e contenimento del fenomeno.

A questo proposito all'interno del sistema già esistente di rilevazione di eventi avversi riferiti al paziente, si è voluto estendere la raccolta di informazioni specificamente su eventi di violenza contro gli operatori sanitari, in considerazione anche del fatto che tale fattispecie è riportata tra le raccomandazioni ministeriali relativa agli eventi avversi di particolare gravità (raccomandazione n.8).

3.3 Obiettivi:



Conoscenza del fenomeno a livello locale (ospedale e territorio) da parte della Direzione Aziendale e aumento della consapevolezza dei potenziali rischi individuali dell'operatore e loro riduzione.

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

260 Ottenere e aggiornare in continuo la mappatura delle aree maggiormente a rischio di episodi di violenza al fine di porre in atto tempestivamente azioni correttive.

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Le azioni messe in pratica per la prevenzione degli atti di violenza contro operatori dell'ASL BI sono le seguenti:

- costituzione gruppo multidisciplinare aziendale (dal 2016 tuttora in funzione); figure professionali coinvolte: dirigenti medici (internista, chirurgo, psichiatra, medico del lavoro, medico legale, medico di distretto, medico direzione di presidio, direttore dip. prevenzione), psicologi, assistenti sociali ospedalieri e territoriali, Infermieri, coordinatori,



direttore SPP, tecnici dipartimento prevenzione, URP e formazione.

- stesura e implementazione scheda di segnalazione dedicata (vedi allegato 1)
- stesura questionario di rilevazione eventi di violenza (vedi allegato 1)
- creazione evento formativi FAD esteso a tutti gli operatori dell'azienda

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime	261
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale	
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si	
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	No	
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si	



5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: Partecipazione all'evento FAD ad oggi (4°edizione in corso) : 553 operatori/1900 operatori

Restituzione del questionario da parte dei partecipanti: 480 questionari/553 operatori formati.

Azioni di miglioramento intraprese sulla base delle informazioni e segnalazioni pervenute:

- adeguamenti strutturali: restrizione delle vie di accesso al Pronto soccorso
- 262 • installazione dispositivi di allarme /sicurezza: le postazioni di Guardia Medica e i tecnici del Dipartimento di Prevenzione sono stati dotati di teleallarme tramite cellulare collegato con le Forze dell'Ordine; il presidio Opsedaliero è stato dotato di un sistema di videosorveglianza con controllo di alcune aree.
- azioni di miglioramento del confort delle sale di attesa : monitor informativi sulle attese, desk informazioni, distributore di bevande, televisione presso le sale di attesa del Pronto Soccorso e pianoforte a disposizione nell'atrio dell'ospedale.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:
I risultati non sono ancora stati pubblicati



6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	Si
<i>Indicare in quale ambito:</i>	Assistenza primaria
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diverse specialità di strutture diverse

263

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Assistenti sociali



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Dietologo/nutrizionista
- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc.)
- Dirigente medico
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

264

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti)

No

Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

No



Ministero della Salute





10.IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	265
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di

266 costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

SCHEDA SEGNALAZIONE
ATTI VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI

PREMESSA

Il NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro".

Nello specifico si intende:

- Violenza fisica: azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte
- Violenza verbale: espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica
- Violenza verso la proprietà: distruzione deliberata dell'attrezzatura Aziendale o degli effetti personali altrui

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella.

La compilazione di questa scheda permetterà di rilevare e analizzare l'entità del problema nella nostra Azienda e favorire l'adozione di eventuali azioni correttive e/o di miglioramento nei luoghi di lavoro

Grazie per la preziosa collaborazione.

267

Data Giugno 2017

Rev.0

OPERATORE COMPILANTE

M F

Struttura/ Servizio _____

Categoria professionale:

Medico Infermiere Ostetrica Fisioterapista OSS Tecnico Specificare: _____

Assistente sociale Educatore Psicologo/a Amministrativo Altro _____

Il segnalatore/compilante è:

La Vittima Un Testimone Altro _____

DATA EVENTO _____ ORA _____ TURNO _____

LUOGO EVENTO _____

OPERATORE AGGREDITO (da compilare solo se chi segnala è diverso dalla vittima): M F

Categoria professionale della vittima:

Medico Infermiere Ostetrica Fisioterapista OSS Tecnico Specificare: _____

Assistente sociale Educatore Psicologo/a Amministrativo Altro _____

Possono essere date più risposte

Aggressore:

Utente Parente di utente Personale del suo servizio/reparto (specificare) _____

Personale di altro servizio/reparto (specificare) _____

Altro, specificare _____

Possono essere date più risposte

Erano presenti altre persone? SI NO

Se si specificare:

Familiare Personale Altri Utenti

Personale Del Servizio Sorveglianza/Sicurezza Forze Dell'ordine

Altro _____

Possono essere date più risposte

TIPO DI VIOLENZA

▪ **Violenza verbale.**

(Ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica)

L'aggressore:

- Ha urlato con rabbia
- Ha rivolto insulti pesanti
- Ha minacciato di azioni violente future la vittima
- Altro _____

▪ **Violenza fisica.**

(Azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte)

L'aggressore:

- Ha spinto e/o afferrato dagli abiti la vittima
- Ha picchiato, dato calci, spinte, graffi o tirato i capelli **senza causare lesioni**
- Ha picchiato, dato calci, spinte, graffi o tirato i capelli **provocando lesioni lievi** (es. contusioni, distorsioni o lividi)
- Ha picchiato **provocando lesioni gravi** (es. fratture, rottura di denti, tagli profondi, perdita di coscienza)
- Altro _____

▪ **Violenza contro la proprietà.**

(Distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui)

L'aggressore ha attuato azioni aggressive contro la proprietà dell'Azienda e/o della vittima:

- Ha sbattuto le porte
- Ha sbattuto a terra gli oggetti, dato calci ai mobili, rovinato le pareti
- Ha rotto oggetti,
- Ha rotto i vetri delle finestre
- Altro _____

Possano essere date più risposte

269

Sono state intraprese azioni per contenere l'episodio di violenza?

- SI NO

Se si quali

- è stata chiamata la vigilanza/sicurezza interna
- sono state chiamate le Forze dell'Ordine
- sono intervenuti altri colleghi
- fuga da parte della vittima
- tentativo di mediazione da parte:
- della vittima di un familiare di utente del personale altri utenti
- altro _____
- tentativo di difesa da parte:
- della vittima di un familiare di utente del personale altri utenti
- altro _____

Possano essere date più risposte

Breve descrizione dell'evento

1. Fare denuncia d' infortunio (in caso di lesioni) **accedendo al DEA**
2. Fare denuncia all'Autorità Giudiziaria (Posto di polizia interna o Forze dell'Ordine)
3. Fare riferimento al medico di medicina generale/medico del lavoro

In caso d'insorgenza di disagio emotivo conseguente all'aggressione può richiedere aiuto al:

1. Proprio medico di medicina generale/medico del lavoro
2. Sportello di ascolto (medico psichiatra presso la medicina del lavoro)

270

La scheda va consegnata presso Unità Gestione Rischio Clinico U.G.R.C. Satellite ovest 2°piano.

Ulteriori comunicazioni possono essere inviate all'indirizzo: rischio.clinico@aslbi.piemonte.it

Tel. 015-15153301/3537

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE

Questionario per rilevare il fenomeno “atti di violenza a danno degli operatori”

PREMESSA

Il NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”.

Nello specifico si intende:

- Violenza fisica: azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte
- Violenza verbale: espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica
- Violenza verso la proprietà: distruzione deliberata dell'attrezzatura Aziendale o degli effetti personali altrui

Il Ministero della Salute con la Raccomandazione Ministeriale n.8, novembre 2007 tratta LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI, atti che costituiscono eventi sentinella che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e di protezione dei lavoratori.

Nella nostra Azienda mancano dati sulla diffusione del fenomeno, con il presente questionario si intende rilevarne l'entità per poterlo analizzare e mettere in atto eventuali azioni correttive e/o di miglioramento nei luoghi di lavoro

Pertanto la preghiamo di rispondere alle seguenti domande, scegliendo per ognuna di esse la risposta che maggiormente rappresenta la Sua esperienza.

Il questionario è anonimo e i dati verranno trattati e diffusi in maniera aggregata.

Grazie per la preziosa collaborazione.

a) Area di lavoro attuale (Struttura/Servizio)

b) Profilo professionale:

Medico Psicologo Infermiere OSS Fisioterapista Ostetrica
 Educatore Tecnico Specificare: _____
 Assistente sociale Amministrativo
 Altro _____

c) Sesso : Maschio Femmina

d) Anzianità lavorativa anni 1 da 2 a 5 da 5 a 10 più di 10

1. Durante la sua attività lavorativa, negli ultimi cinque anni è stato vittima/testimone di atti di violenza?

SI NO

272

Se la risposta è No passare alla domanda N° 10 del questionario

2. Se è stata vittima/testimone di violenza specificare il numero degli episodi di violenza:

VERBALE: 1 da 2 a 5 da 5 a 10 più di 10

FISICA: 1 da 2 a 5 da 5 a 10 più di 10

CONTRO ARREDI/OGGETTI 1 da 2 a 5 da 5 a 10 più di 10

3. In caso di violenza VERBALE segnali nella tabella il luogo, il turno in cui è avvenuto l'evento e l'aggressore (da specificare):

TURNO M=mattino P=pomeriggio N=notte	LUOGO	AGGRESSORE Utente, Parente di utente, Personale del suo servizio/reparto(specificare), Personale di altro servizio (specificare), Altro (specificare)

4. In caso di violenza FISICA specificare:

TURNO M=mattino P=pomeriggio N=notte	LUOGO	AGGRESSORE Utente, Parente di utente, Personale del suo servizio/reparto(specificare), Personale di altro servizio (specificare), Altro (specificare)

5. Se è stato/a vittima/testimone di un atto di violenza verbale e/o fisica come si è comportato? (si possono fornire più risposte)

Se vittima : non ho fatto nulla ho chiamato la vigilanza interna
 sono fuggito ho tentato una mediazione ho chiamato le Forze dell'Ordine
 ho chiamato altri colleghi ho tentato di difendermi fisicamente
 altro_____

Se testimone: non ho fatto nulla ho chiamato la vigilanza interna
 sono fuggito ho tentato una mediazione ho chiamato le Forze dell'Ordine
 ho chiamato altri colleghi ho tentato di difendere fisicamente la vittima
 altro_____

6. In seguito agli episodi di violenza ha avuto necessità di richiedere un supporto?

SI NO

7. Se SI a chi ?

- Collega di lavoro Altra figura professionale specificare _____
 Medico Medicina Generale Medico Competente Psicologo/Psichiatra
 Altro_____

8. In seguito agli episodi di violenza ha ricevuto un supporto da parte dell'organizzazione del suo servizio?

SI NO

9. Se sì, in che modo?

10. Secondo la sua esperienza la possibilità che si verifichino atti di violenza nel suo servizio/reparto è:

Impossibile Poco Probabile Probabile Molto Probabile

11. Sa come procedere a livello di segnalazione e/o denuncia interna in caso di episodi di violenza verbale e/o fisica durante l'orario lavorativo?

SÌ NO

Se Sì come? _____

274

12. Sa come procedere legalmente, in caso di episodi di violenza verbale e/o fisica durante l'orario lavorativo?

SÌ NO

Se Sì come? _____

13. Ci sono aree nel suo ambito di lavoro dove si sente più esposto ad aggressioni rispetto ad altre?

SÌ NO

Se SÌ quali? _____

14. Ci sono orari nella sua giornata lavorativa in cui si sente più esposto ad aggressioni?

SÌ NO

Se SÌ quando? _____

15. Secondo la sua opinione ci sono soluzioni che potrebbero essere adottate a livello aziendale per prevenire gli atti di violenza?

SÌ NO NON SO

Se SI quali?



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

**LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI NELL'APPROCCIO
SISTEMICO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO DI ATTI DI
VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE NELL'EMERGENZA
URGENZA SANITARIA**

Regione: SARDEGNA

AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE - Medicina e
Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza - P.O. SS. Trinità
Cagliari

Referente: Ilenia Piras - ilenia_78it@yahoo.it - 3409641961

Tematica affrontate: Fattori umani, Identificazione dei rischi e dei danni, Cultura della sicurezza **277**

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Le aggressioni sul posto di lavoro nei confronti degli operatori, sono un importante problema di sicurezza e di salute. L'episodio di violenza determina nel professionista perdita di motivazione e riduzione dell'autostima, con ripercussioni negative sulle attività aziendali. L'aggressione al personale sanitario è un fenomeno in crescita, soprattutto nei servizi di emergenza e in particolare nei pronto soccorso. Il conflitto può innescarsi a causa di fattori predisponenti come lunghi tempi d'attesa, sovraffollamento, ridotto numero di personale, pazienti con



disturbi psichiatrici o che hanno abusato di sostanze. Il Ministero della Salute ha riconosciuto la violenza su operatore come un evento di particolare gravità, emanando indicazioni per l'identificazione dei rischi durante le attività lavorative, per prevenire tali episodi e/o attenuarne le conseguenze negative. La formazione sul riconoscimento dei segnali di pericolo e nelle tecniche per disinnescare situazioni ostili, contribuisce a migliorare l'approccio all'utente aggressivo e ridurre il rischio di aggressione. Il corso svolto, rivolto a infermieri e operatori socio sanitari di un Pronto Soccorso di Cagliari, ha consentito di iniziare **278** un percorso formativo che mira a diminuire le situazioni di aggressività, migliorando il benessere lavorativo e la gestione degli utenti. La valutazione della ricaduta formativa ha mostrato che le categorie più a rischio sono il genere femminile e il personale più giovane e con meno esperienza.

Parole chiave: aggressione, violenza, de-escalation, emergenza, formazione

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Reduction risk situations and incidence of violence against health professionals in emergency settings. Increase



management of aggression problem through the professionals training on de-escalation techniques. Increase perception of safety in the workplace by emergency workers.

2.2 Description of PSP

De-escalation techniques training to reduce the risk of violence in emergency department.

2.3 Methods used for evaluating results

279

Evaluation of the training, through administration of a questionnaire for comparison between data emerged before course and after three months.

The questionnaire was built on the NPSCDEm scale (Nursing Perceived Self-Confidence in De-Escalation-Modified) and on the DEAB scale (De-Escalating Aggressive Behaviour).

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Unità di produzione



3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

280 La formazione è un elemento chiave all'interno di un programma più ampio di protezione dalla violenza sul posto di lavoro e aiuta a garantire che tutti i membri dello staff siano consapevoli dei potenziali pericoli e di come proteggere se stessi e i loro colleghi attraverso procedure consolidate. Tale formazione può essere parte di un più ampio intervento formativo che include anche la protezione di pazienti e altri utenti.

L'intervento formativo dovrebbe riguardare le tecniche di de-escalation e quelle di autodifesa, anche con sessioni pratiche. In particolare la de-escalation consente l'acquisizione di tecniche per il disinnescamento delle situazioni conflittuali e consente di prevenire l'escalation degli eventi verso un agito aggressivo di minore o maggiore gravità. Tali aspetti sono raccomandati da linee guida, tra cui:

- OSHA (Occupational Safety and Health Administration), U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.



Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. 2015

- OSHA & Worker Safety Guidelines for Zero Tolerance. New OSHA publication helps prevent violence in the health care setting. The Joint Commission Environment of Care News, August 2015, Volume 18, Issue 8.

3.2 Problema:

Rischio di atti di violenza a danno di operatore nell'emergenza urgenza sanitaria

281

3.3 Obiettivi:

Ridurre le situazioni a rischio e l'incidenza di atti di violenza nell'emergenza urgenza del contesto studiato.

Aumentare la presa in carico del problema da parte dell'organizzazione attraverso la formazione, nell'ambito di un approccio sistemico al rischio di atti di violenza a danno di operatore.

Sensibilizzare gli operatori alla segnalazione degli eventi con il sistema di incident reporting in uso, consentendo il monitoraggio dei casi e la valutazione della ricaduta delle azioni introdotte.

Aumentare la percezione di sicurezza nel luogo di lavoro da parte degli operatori dell'emergenza urgenza.



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Miglioramento della relazione utente-operatore e della collaborazione all'interno dell'equipe dell'emergenza urgenza.

Miglioramento della fiducia dell'utente rispetto ai servizi d'emergenza urgenza.

282 Miglioramento della percezione di sicurezza da parte dei dipendenti grazie alla formazione specifica che, in sinergia con altri interventi organizzativi, consenta di contrastare l'accadimento di atti di violenza.

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc.:

A partire dai dati relativi all'ultimo trimestre 2016 sugli atti di violenza a danno della popolazione di 293 operatori dell'area dell'emergenza-urgenza dell'attuale ASSL Cagliari, è stato strutturato un progetto formativo sulle tecniche di de-escalation per la gestione della persona aggressiva. Il 64% degli operatori (n=188) aveva risposto ad un questionario ad hoc rivolto a medici, infermieri e OSS dei quattro Pronto Soccorso della ex ASL Cagliari; medici e



infermieri della CO 118; medici, infermieri e autisti dei mezzi di soccorso avanzato). Altri dati sono emersi da un'intervista semistrutturata ad un campione di operatori (n=46) della popolazione coinvolta e dalla valutazione di dati di sistema (incident reporting, Documento Valutazione dei Rischi, condizioni logistiche, strutturali e organizzative dei servizi, azioni organizzative attuate e programmate, numero accessi annui per codice, condizioni cliniche predisponenti ad azioni violente, tempi d'attesa).

Il 58% (n=109) dei responder al questionario riferisce di aver subito aggressioni, il 41% (n=77) nell'ultimo anno. In 59 casi le azioni violente sono state agite da accompagnatori/famigliari, in 47 dal paziente. Sono 70 i casi di aggressione verbale, 31 di violenza fisica, tra cui 6 casi di spinte, 5 schiaffi/colpi, 5 sputi e 4 pugni.

283

In 2 casi è riferito l'uso di coltelli. La reazione degli operatori all'evento violento è di dispiacere, rabbia, tristezza, paura, sgomento, depressione, insonnia, malessere generale, senso di impotenza, frustrazione. 8 operatori si definiscono intimoriti e 10 riferiscono che il proprio lavoro gli piace meno. Solo il 16% (n=30) riferisce di aver avuto una formazione su come possa essere gestito un episodio di violenza, tra questi 28 l'hanno ricevuta da più di un anno. L'intervista ha evidenziato che il 76% degli operatori (n=35) dichiara di essere stato aggredito durante il lavoro. Di questi il 31% (n=11) ha subito aggressioni sia



fisiche che verbali, il 66% (n=23) solo verbali, 1 solo fisiche. L'83% (n=29) riferisce di essere stato aggredito nell'ultimo anno. L'area di accadimento è nella maggior parte dei casi il triage, percepita anche come la meno sicura dagli operatori. L'attività considerata meno sicura per gli operatori è la gestione del paziente psichiatrico. La fascia oraria ritenuta più rischiosa è la notte (n=21). Il 96% degli operatori (n=44) ritengono di avere necessità di una formazione sulle tecniche di gestione della persona aggressiva, il 76% (n=35) sulla comunicazione.

284

Nel mese di maggio 2018 è stato realizzato un progetto formativo aziendale finalizzato all'acquisizione delle tecniche di de-escalation nel paziente difficile e con disturbo mentale, coinvolgendo 28 operatori su 37 tra infermieri e OSS del Pronto Soccorso SS. Trinità, contesto rivelatosi particolarmente critico nell'analisi dei dati per singola struttura. L'obiettivo è stato migliorare le competenze nella gestione delle situazioni conflittuali e far acquisire un approccio uniforme riducendo situazioni pericolose. Il corso ha avuto una durata di quattro ore per ciascuna delle 3 edizioni, con i seguenti contenuti: epidemiologia e dimensioni del problema aggressioni sul luogo di lavoro, cause generali strutturali e organizzative, restituzione dei dati relativi agli eventi degli anni precedenti, segnalazione attraverso incident reporting, strategie per il contrasto dell'accadimento, peculiarità di



alcune condizioni cliniche predisponenti, le tecniche di deescalation per prevenire l'evento aggressivo.

È stata ipotizzata l'organizzazione di un corso con roleplay e simulazioni per inizio 2019. E' auspicabile il coinvolgimento nel progetto degli altri pronto soccorso delle ASSL dell'ATS Sardegna, nonché di altre figure professionali coinvolte nel problema, in particolare medici dei pronto soccorso e infermieri, medici e autisti del 118.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente	285
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello di unità operativa o reparto	
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si	
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si	
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si	



5. RISULTATI

286 Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: In accordo con la letteratura è emerso che le categorie più a rischio sono il genere femminile e il personale più giovane e con meno esperienza. Prima del corso il 71,4% del personale con maggiore esperienza in pronto soccorso ha affermato di non conoscere le tecniche di de-escalation e il 28,6% le riteneva per nulla efficaci. Tra il personale con meno esperienza il 78,6% inizialmente riferiva di non conoscerne alcuna e il 21,4% le riteneva per nulla efficaci. Nella valutazione della ricaduta della formazione tutti sostengono di conoscerne diverse e le ritengono in parte o discretamente efficaci. Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: Non sono stati pubblicati

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si
<i>Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:</i>	ND

287

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

No

Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?

No

288

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?

No

Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?

Si



<i>Indicare quale è stata la principale difficoltà riscontrata in fase di implementazione della pratica:</i>	Altro
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

289

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

290



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

Regione: SICILIA

ASP RAGUSA - U.O.S. Qualità e Rischio Clinico

Referente: Dr. Giovanni Ruta giovann.ruta@asp.rg.it

Pratica clinical risk management

Tematiche affrontate: Formazione in materia di sicurezza del paziente; Fattori umani; Cultura della sicurezza

291

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo (World Health Organization, 2002). Accanto ai rischi tradizionali (chimici, fisici e biologici) per la salute del lavoratore, la possibile esposizione ad aggressioni, sta diventando una delle principali cause di alterazione della salute sul posto di lavoro, tali episodi di violenza vanno considerati come “eventi sentinella”. Per far fronte a questa situazione, il Ministero della Salute ha emanato nel novembre del 2007 una specifica Raccomandazione (numero 8) con lo scopo di incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio e prevenire gli atti di violenza



a danno degli operatori attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre se non eliminare le condizioni di rischio. Nel documento ministeriale è indicato come gli eventi di violenza si verifichino con maggior frequenza nelle seguenti aree:

- Servizi di emergenza-urgenza;
- Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- Luoghi di attesa;
- UOC di geriatria;
- Servizi di continuità assistenziale.

292 Tali ambiti sono quelli dove è presente un maggiore contatto diretto con il paziente ovvero dove vengono gestiti rapporti caratterizzati da una "condizione di forte emotività" sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve:

Violence in the workplace is now universally recognized as an important public health problem in the world (World Health Organization, 2002). Besides the traditional risks (chemical, physical and biological) for the worker's health, the possible exposure to aggression, is becoming one of the



main causes of alteration of health in the workplace, such episodes of violence should be considered as "sentinel events". In order to cope with this situation, in November 2007 the Ministry of Health issued a specific Recommendation (number 8) with the aim of encouraging the analysis of risk factors and preventing acts of violence against operators by adopting measures to reduce or eliminate risk conditions. In the ministerial document it is indicated that the events of violence occur most frequently in the following areas:

- Emergency - urgency services;
- Hospital and territorial psychiatric facilities;
- Places of waiting;
- Geriatric UOC;
- Assistance continuity services.

293

These areas are those where there is greater direct contact with the patient or where they are managed relationships characterized by a "condition of strong emotion" both by the patient himself and the family members, who are in a state of vulnerability, frustration or loss control.

2.2 Description of PSP:

The Hospital Presidium Directors and / or the SC Coordinators will have the task of monitoring the effectiveness of the procedure by sending a semi-annual



report on the number of cases reported to the Risk Manager and to the Head of the Prevention and Business Protection Service. It will be the responsibility of both, in collaboration with the Strategic Management, to monitor and evaluate the effectiveness of the professional technical path of the procedure by analyzing the individual reporting cards and reports sent by the structures.

2.3 Methods used for evaluating results:

294 Monitor and evaluate the effectiveness of the professional technical path of the procedure by analyzing the individual reporting cards and reports sent by the structures.

3. DESCRIZIONE DELLA PRATICA

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

Applicazione della raccomandazione ministeriale contestualizzata alla realtà locale per mezzo di procedura aziendale redatta dal Comitato rischio Clinico e diffusa dalla U.O. rischio clinico tramite i facilitatori presenti nelle UU.OO. Aziendali.



3.2 Problema:

La violenza sul luogo di lavoro è ormai universalmente riconosciuta come un importante problema di salute pubblica nel mondo (World Health Organization, 2002). Accanto ai rischi tradizionali (chimici, fisici e biologici) per la salute del lavoratore, la possibile esposizione ad aggressioni, sta diventando una delle principali cause di alterazione della salute sul posto di lavoro, tali episodi di violenza vanno considerati come “eventi sentinella”. Per far fronte a questa situazione, il Ministero della Salute ha emanato nel novembre del 2007 una specifica Raccomandazione (numero 8) con lo scopo di incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio e prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre se non eliminare le condizioni di rischio. Nel documento ministeriale è indicato come gli eventi di violenza si verifichino con maggior frequenza nelle seguenti aree:

295

- Servizi di emergenza-urgenza;
- Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- Luoghi di attesa;
- UOC di geriatria;
- Servizi di continuità assistenziale.

Tali ambiti sono quelli dove è presente un maggiore contatto diretto con il paziente ovvero dove vengono gestiti



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

rapporti caratterizzati da una "condizione di forte emotività" sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

3.3 Obiettivi:

296

- Facilitare l'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n° 8 del novembre 2007 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
- Implementare le misure che consentono l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno delle strutture aziendali;
- Accrescere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono;
- Incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio.

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

L'informazione e la formazione del personale hanno l'obiettivo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva e puntano a far sì che tutto il personale abbia conoscenza dei rischi potenziali e delle procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza. L'organizzazione della Formazione di tutto il Personale è un obiettivo strategico trasversale, al quale contribuiranno tutti i Dipartimenti e dovrà essere terminata possibilmente entro il 2017. I Direttori delle strutture amministrative coinvolte (Ufficio Tecnico, Provveditorato e Settore Economico Finanziario) provvederanno alla realizzazione **297** delle misure necessarie per permettere la corretta applicazione della presente procedura. I contenuti formativi saranno rivolti all'apprendimento delle metodologie per la gestione dei pazienti e/o dei familiari aggressivi e violenti e degli aspetti biologici dell'aggressione e della reazione durante le fasi critiche con prove pratiche di gestione dell'aggressione. Al termine della formazione ciascun operatore dovrà essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio e capace di adottare le iniziative di sicurezza più opportune, anche in relazione all'Indice di Rischio individuato (basso-medio-alto) in quel determinato ambiente di lavoro.



3.5 Descrizione

Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

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

- Le caratteristiche individuali dell'utenza e degli operatori,
- Le caratteristiche dell'ambiente lavorativo e dell'organizzazione.

298

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori richiede quindi che vengano identificati i fattori di rischio e che vengano poste in essere le strategie più opportune per la sicurezza degli operatori. Gli interventi di prevenzione dovranno includere almeno le azioni di seguito riportate: Secondo quanto riportato nella specifica Raccomandazione Ministeriale "il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.





Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Gli interventi di prevenzione dovranno includere le seguenti azioni:

- Adozione di idonei sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza;
- Assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli e che il sistema organizzativo favorisca l'accoglienza;
- Mantenere un'ideonea e sufficiente illuminazione dei locali;
- Gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole ben definite e conosciute. Misure organizzative:
- Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione degli episodi di violenza;
- Diffondere l'utilizzo degli strumenti di segnalazione degli episodi di violenza;
- Fornire ai pazienti informazioni chiare sulla organizzazione delle attività assistenziali e sulle modalità ed i tempi di erogazione delle prestazioni;
- Garantire la sicurezza degli operatori potenzialmente a rischio attraverso la sensibilizzazione e la formazione del personale;
- Assicurare agli operatori che subiscono atti di violenza il supporto legale ed amministrativo nonché psicologico immediato e, se del caso, un trattamento appropriato per il superamento del trauma subito. L'operatore deve adottare le seguenti strategie comportamentali:
- Prestare attenzione a qualsiasi indizio che possa essere associato ad un attacco imminente: ira e frustrazione

299



espressa verbalmente; atteggiamenti del corpo come i gesti intimidatori; indizi di uso di alcool e droghe;

- Mantenere una condotta che aiuti a eliminare l'ira: adottare un atteggiamento tranquillo e fermo; non rispondere alle minacce con altre minacce; non dare ordini; riconoscere i sentimenti delle persone (ad esempio dire "so che lei si sente abbattuto"); evitare qualsiasi atteggiamento che possa essere interpretato come aggressivo (ad esempio: muoversi rapidamente, avvicinarsi troppo, toccare o parlare a voce alta);
- Stare in allerta: quando si entra in una sala o si inizia a trattare con un paziente o un visitatore si valuti sempre la possibilità che possa verificarsi un gesto di aggressione; stare attenti durante visita e colloquio; non rimanere solo con una persona che potrebbe essere violenta, mantenere sempre una via di fuga, non permettere alla persona potenzialmente violenta di bloccare la porta. Se la situazione non si può risolvere rapidamente, allontanarsi, chiamare in aiuto le forze di polizia, riferire qualsiasi atto di violenza alla Direzione Sanitaria di Presidio o al Dirigente della struttura interessata.

300

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale



Si sono avuti risultati specifici e misurabili?	Si
È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?	No
È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?	No

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: Monitoraggio degli atti di violenza sugli operatori tramite apposita scheda di segnalazione.

301

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: I risultati non sono oggetto di pubblicazione.

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:	Si
---	----



<i>Indicare in quale ambito:</i>	Servizi di assistenza socio-sanitaria
<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo trasversalmente a diversi contesti:</i>	Si, in diverse specialità di strutture diverse

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

302

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti
- Dirigente medico
- Dirigente qualità Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
---	----



<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	Si
---	----

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	303
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento - Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) e i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

304

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia

12. COSTI

Stima: 0€

Indiretto (7%): 0€

Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI ATTRAVERSO
L'UTILIZZO DEL "VIOLENT INCIDENT FORM" (VIF)
PRESSO L'AOUI DI VERONA***

Regione: VENETO

AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA - Servizio
Prevenzione e Protezione, Risk Management, Direzione
Medica Ospedaliera

Referente: Ing. Maurizio Lorenzi -
maurizio.lorenzi@aovr.veneto.it -

305

N° Posti letto (anno precedente) 1384

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 49138N°

Totale personale dipendente (anno precedente) 4848

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni,
Identificazione dei rischi e dei danni

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:



1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Gli operatori sanitari rappresentano una categoria particolarmente a rischio di subire atti di violenza o aggressione lavoro-correlati. Per gli operatori sanitari, le aggressioni comprendono il 10% degli infortuni, rispetto al 3% riportato per tutti i lavoratori del settore privato. Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità. Da diversi studi è emerso che le sequele **306** psicologiche sugli operatori sanitari, derivanti da episodi di aggressione, risultano più gravi quando la vittima non si sente supportata dall'organizzazione per la quale lavora, rendendo di fatto cruciale il supporto della struttura nella gestione dell'evento. Gli atti violenti e aggressivi causano disagio personale, tensione lavorativa e incrementano il rischio di burnout professionale. La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. Sulla base di tali osservazioni e alla luce della normativa nazionale, si è ritenuto necessario a partire dal 2013 rilevare gli episodi di aggressione nel contesto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, attraverso una scheda, adattata a partire dal



Violent Incident Form (VIF) (Arnez, 1998), la cui compilazione possa fornire informazioni circa la consistenza e la frequenza del fenomeno. Tale strumento è stato adottato allo scopo di sensibilizzare il personale sul rischio aggressioni e favorire la segnalazione degli atti di violenza, definire e uniformare la gestione di tali episodi e monitorare il fenomeno a livello aziendale, nell'ottica di adottare opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Keywords: Violenza; Aggressione; Operatori sanitari; Risk management; Sicurezza dell'operatore

307

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

The main objectives of the procedure are:

- Providing to healthcare professionals the skills to evaluate and manage the episodes of aggression/violence
- Preventing the occurrence of such events through the implementation of measures that allow the elimination
- or reduction of the risk conditions
- Defining the dimension of the problem of the risk of aggression in the individual realities, especially



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

those in which the criticality is particularly felt by the operators, due to the type of activity

- Monitoring the phenomenon at a hospital level

2.2 Description of PSP

308 Healthcare professionals are considered at risk of aggressive actions during their activity (European Agency for Safety and Health at Work, 2010). The probability of suffering physical and/or verbal aggression at work is a concrete source of danger to be calculated and managed for health and safety in the workplace. For some years it has been considered necessary to detect the episodes of aggression at Verona University Hospital, through a form drawn up by the Violent Incident Form (VIF) (Arnez, 1998) and adapted to the hospital context. Its compilation provides information about the consistency and frequency of the phenomenon in Verona University Hospital and indications for structuring appropriate prevention and protection measures. The form was used by some units at an experimental level in 2013 and subsequently implemented and extended to the entire healthcare facility. The experimentation involved the areas considered to be at greatest risk (according to literature data), specifically: First Aid, Psychiatry, Personal Service, Service for Health Professions, Geriatrics, Cardiology, Cystic Fibrosis, Cash





Offices. However, during the experimentation, only the staff of the Psychiatry Service compiled and sent back the modules.

Over the following years, thanks to the diffusion of the form to the whole facility, more consistent data emerged from different structures. The reports received and analyzed made it possible to carry out evaluations on the type of aggressive behaviour, on the characteristics of the accident (time slot and places where the most frequent attacks are recorded), on the characteristics of the aggressor (the subjects who put in place the greatest number of aggressive behaviours can fall into the category of "patients", "relatives of patients" or "colleagues", and gender, age and psychophysical state of the aggressor), on the characteristics of the victims (gender, age, activities prior to the aggression, feelings of the operators regarding the upcoming episode, professional category), on the actions taken at the time of the aggression and on the physical or psychological consequences of the same. The data are analyzed annually.

2.3 Methods used for evaluating results

Annual analysis of the number and characteristics of aggressive episodes reported by the healthcare workers of Verona University Hospital.



Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Azienda

3. Descrizione della pratica

310

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

L'iniziativa è stata promossa alla luce della normativa nazionale, il cui riferimento legislativo principale è rappresentato dal D.Lgs. 81/08, che all'art. 28 sottolinea che la valutazione deve riguardare “tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari”. Inoltre, il Ministero della Salute ha emanato una Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8/2007, “Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori





sanitari”). Tale Raccomandazione definisce gli atti di violenza eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione, e promuove l’analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l’adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

3.2 Problema:

Nel corso dell’attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un’esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Le aggressioni nei confronti degli operatori sanitari costituiscono un problema che non è così raro nei contesti sanitari. Il rischio di aggressione è, pertanto, percepito dagli operatori stessi come ben presente. La presenza del rischio di aggressione costituisce inoltre un fattore rilevante ai fini della valutazione del rischio di stress lavoro-correlato, che richiede di essere monitorato nei suoi diversi aspetti e sfaccettature, al fine di poter promuovere azioni finalizzate a contrastare le ripercussioni del fenomeno.

311



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Tra i luoghi ospedalieri a maggior rischio figurano i servizi di emergenza-urgenza, le strutture psichiatriche, i luoghi di attesa e i servizi di geriatria. Il NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) definisce la violenza sul posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di

312 forte emotività sia da parte del paziente stesso, specialmente se sotto l’effetto di alcol o sostanze stupefacenti, che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall’uso di espressioni verbali aggressive, può arrivare fino a gesti estremi quali l’omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade e interrompere il corso degli eventi.

La definizione di modalità di prevenzione e di gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari non può prescindere da un’attenta conoscenza del fenomeno, attraverso l’utilizzo di strumenti di rilevazione validati nel contesto aziendale.



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

3.3 Obiettivi:

La presente iniziativa nasce allo scopo di:

- Far acquisire competenze agli operatori per valutare e gestire gli episodi di aggressione/violenza quando si verificano
- Prevenire il verificarsi di tali eventi, nell'ambito aziendale, attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti
- Definire le dimensioni del problema del rischio di aggressione, soprattutto nelle aree in cui la criticità è **313** particolarmente sentita dagli operatori, a causa della tipologia di attività e di utenza contattata
- Monitorare il fenomeno a livello aziendale.

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

I principali benefici attesi legati all'implementazione della pratica comprendono:

- Il miglioramento della capacità degli operatori sanitari di riconoscere, prevenire e gestire le situazioni a rischio di aggressione fisica a danno dei pazienti e degli stessi operatori, mettendo a loro



disposizione strumenti conoscitivi, di valutazione e di eventuale autodifesa

- La promozione della segnalazione degli episodi di aggressione fisica e/o verbale
- La riduzione del rischio di aggressione/atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari e dei pazienti
- La corretta quantificazione del fenomeno nei diversi contesti dell'attività ospedaliera.

314

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

È noto in letteratura che gli operatori sanitari sono tra i lavoratori considerati più a rischio di azioni aggressive nel corso della propria attività (European Agency for Safety and Health at Work, 2010). La probabilità di subire un'aggressione, fisica e/o verbale, nell'espletamento dell'attività lavorativa, costituisce una fonte concreta di pericolo da calcolare e da gestire ai fini della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Al fine di poter definire e mettere in atto opportune misure di prevenzione e protezione, come indicato anche dalla Raccomandazione Ministeriale n. 8, si è ritenuto necessario



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

rilevare gli episodi di aggressione nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, attraverso una scheda, elaborata a partire dal Violent Incident Form (VIF) (Arnez, 1998) e adattata al contesto aziendale, la cui compilazione possa fornire informazioni circa la consistenza e la frequenza del fenomeno in AOUI e indicazioni per la strutturazione di idonee misure di prevenzione e protezione. La scheda è stata utilizzata da alcune strutture aziendali a livello sperimentale nel corso dell'anno 2013 e successivamente implementata ed estesa a tutta l'Azienda. La sperimentazione ha coinvolto le aree considerate a maggior rischio (secondo i dati di letteratura), nello specifico: Pronto Soccorso, Psichiatria, Servizio Personale, Servizio per le Professioni Sanitarie, Geriatrie, Cardiologia, Fibrosi Cistica, Uffici Casse. Tuttavia, nel corso della sperimentazione, sono pervenute schede di rilevazione compilate solo dal personale della UOC di Psichiatria. Nel corso degli anni successivi, grazie alla progressiva estensione dell'utilizzo della scheda di rilevazione a tutta l'Azienda, sono emersi dati più consistenti provenienti da diverse strutture dell'AOUI di Verona. Le segnalazioni pervenute ed analizzate hanno permesso di effettuare valutazioni sulla tipologia di comportamenti aggressivi, sulle caratteristiche dell'incidente (fascia oraria e luoghi in cui si registra la maggior frequenza di aggressioni), sulle caratteristiche dell'aggressore (i soggetti che hanno messo

315



316 in atto il maggior numero di comportamenti aggressivi possono rientrare nella categoria dei “pazienti”, dei “parenti dei pazienti” o dei “colleghi”; inoltre genere, età e stato psicofisico dell’aggressore), sulle caratteristiche delle vittime (genere, età, attività precedente l’aggressione, sensazione degli operatori riguardo l’episodio imminente, categoria professionale), sulle azioni intraprese al momento dell’aggressione e sulle conseguenze, fisiche o psichiche, della stessa. I dati ottenuti sono stati sottoposti ad analisi a cadenza annuale. Si sottolinea infine come numerose iniziative formative relative all’ambito degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari si siano succedute in questi ultimi anni. E’ stato inoltre istituito un Gruppo di lavoro aziendale finalizzato all’analisi delle situazioni operative e alla definizione di un programma di prevenzione della violenza.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, è a regime
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si



<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	No
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si

5. RISULTATI

Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito: Nel corso dell'anno 2017 sono pervenute al Servizio di Prevenzione e Protezione complessivamente 27 schede di rilevazione, compilate dal personale di diverse strutture aziendali.

317

La struttura che ha riportato il maggior numero di comportamenti aggressivi è stata la Psichiatria di Borgo Roma, con una quota di circa il 48%. Tra le vittime colpite, la maggioranza rientra nella categoria professionale degli infermieri (81%), di genere femminile (57%), di una fascia d'età compresa tra i 40 e i 49 anni. La maggior parte degli aggressori (79%) era costituita da pazienti di genere maschile (circa 66%) tra i 31 e i 50 anni di età (40%), i quali hanno messo in atto comportamenti aggressivi durante la routine di reparto da parte degli operatori competenti, in situazioni di colloquio (33%) o di comunicazione di risultati di analisi/esami (circa 4%). La maggioranza delle aggressioni ha avuto luogo nei corridoi



318 del reparto di degenza. La fascia oraria notturna e quella del primo pomeriggio risultano essere quelle maggiormente a rischio. I dati evidenziano come i lavoratori abbiano avuto la chiara sensazione che stesse per succedere qualcosa, che la situazione stesse per degenerare in un atto aggressivo/violento, oltre a considerare che gran parte degli aggressori fosse “mentalmente instabile”. È necessario sottolineare come la tipologia di comportamento aggressivo segnalato più frequentemente sia stato l’elevato tono di voce (70%), seguito da minacce verbali (59%), anche se non sono mancate conseguenze e danni fisici (circa 37%); nella maggior parte dei casi, nelle vittime sono rimasti forti sentimenti di paura, ansia e senso di impotenza. Alla luce dei dati pervenuti ed analizzati, si ritiene tuttavia che questi rispecchino in maniera parziale la reale portata del fenomeno.

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione: I risultati non sono stati oggetto di pubblicazione

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale



7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si

Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica: La probabilità di subire un'aggressione, fisica e/o verbale, nell'espletamento dell'attività lavorativa, costituisce una fonte concreta di pericolo, non solo all'interno delle strutture ospedaliere, ma anche nel contesto dei servizi territoriali, in particolar modo i servizi di continuità assistenziale, i MMG e i servizi di salute mentale. Si ritiene quindi utile il coinvolgimento di altri nodi della rete dei Servizi Sanitari al fine di ottenere un quadro più completo sulle reali dimensioni del fenomeno. **319**

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

320

- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Dietologo/nutrizionista
- Supporto clinico
- Supporto tecnico
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Odontoiatri
- Dirigente medico
- Dirigente qualità
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	321
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	Si	
<i>Indicare quale è stata la principale difficoltà riscontrata in fase di implementazione della pratica:</i>	Personale non motivato	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di

322 costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo



11) Quando è avvenuta l'aggressione?

- All'accettazione del paziente
- Durante esami/trattamenti/cure fisiche (in cosa consistevano?
- Alla fine degli esami/dei trattamenti
- All'ingresso/uscita dell'utente
- Alla richiesta di informazioni
- Durante l'attività di front office
- Altro (specificare):
- Alla dimissione del paziente
- Durante il trasporto del paziente

12) Ha avuto la sensazione che stava per succedere qualcosa?

- Sì
- No

13) Stava lavorando da solo al momento dell'aggressione?

- Sì
- No

14) Tipo di aggressione:

- Tono di voce minaccioso
- Graffi/pizzicotti
- Sputi
- Morsi
- Minacce Verbali
- Pugni
- Schiaffi/colpi
- Calci
- Spinte
- Contenimento
- Uso di oggetti o armi
- Altro (specificare):

324

15) Azioni da Lei intraprese:

- Ho preso in mano la situazione da solo
- Altri sono venuti ad aiutarmi
- Ho chiesto aiuto/ho attivato l'allarme
- Non è stata necessaria nessuna azione

16) Conseguenze dell'aggressione:

- Danni fisici (di che tipo?
- Nessun danno fisico
- Irritazione
- Senso di impotenza
- Altro:
- Paura
- Ansia
- Senso di colpa
- Rabbia
- Umiliazione
- Disappunto

17) Professione:

- Medico
- Infermiere
- OSS
- Amministrativo
- Operatore tecnico
- Altro: (specificare)

18) Sesso:

- M
- F

19) Età:

- meno di 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- oltre i 60

Nome:

Data di registrazione:



REPORT RILEVAZIONE “COMPORTAMENTI AGGRESSIVI”

VIOLENT INCIDENT FORM

ANNO 2017

Introduzione

La probabilità di subire un’aggressione, fisica e/o verbale, nell’espletamento dell’attività lavorativa, costituisce una fonte concreta di pericolo da calcolare e da gestire ai fini della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro”.

La letteratura evidenzia, inoltre, come gli operatori sanitari vengano considerati tra i lavoratori più a rischio di azioni aggressive (European Agency and Health at Work, 2010), anche se in Italia mancano statistiche sulla diffusione del fenomeno, nonostante negli ultimi tempi venga posto costantemente all’attenzione attraverso i media.

A suo tempo il Ministero della Salute, a fronte delle segnalazioni sempre più frequenti inerenti atti di violenza a danno degli operatori sanitari, aveva emanato nel novembre del 2007 la raccomandazione n. 8, con la quale promuoveva l’analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l’adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative.

Sulla base di tali osservazioni e alla luce della normativa nazionale, il cui riferimento legislativo principale rimane il D. Lgs. 81/08, che all’art. 28 sottolinea che la valutazione deve riguardare “tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari”, da qualche anno si è ritenuto necessario rilevare gli episodi di aggressione nell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona, attraverso una scheda, elaborata a partire dal Violent Incident Form (VIF) (Arnez, 1998) e adattata al contesto aziendale, la cui compilazione possa fornire informazioni circa la consistenza e la frequenza del fenomeno in AOUI e indicazioni per la strutturazione di idonee misure di prevenzione e protezione.

La scheda è stata utilizzata da alcune strutture aziendali a livello sperimentale nel corso dell’anno 2013 e successivamente implementata ed estesa a tutta l’Azienda. Lo strumento, unitamente alle

325



istruzioni operative per la compilazione, è accessibile agli operatori nella intranet aziendale con il percorso /Modulistica - Moduli Servizio Prevenzione e Protezione/mu-87-scheda-rilev-comport-aggr.doc e iu-28-guida-scheda-rilev-comp-aggr.pdf.

I dati riportati nella presente relazione si riferiscono agli episodi di aggressione segnalati dal personale dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona nel corso dell’anno 2017. Al Servizio di Prevenzione e Protezione sono pervenute complessivamente n. 27 schede di rilevazione, compilate dal personale di diverse strutture aziendali. Vengono di seguito illustrati i dati di sintesi.

PROVENIENZA DELLE SCHEDE

Le segnalazioni pervenute al Servizio di Prevenzione e Protezione riguardano prevalentemente le strutture ad indirizzo psichiatrico: 48,15% dal MDA deg. 1A Psichiatria BR; 11,11% dall’UOC Psichiatria BR, seguite dal MDA di Radiologia e Neuroradiologia di Borgo Trento (14,81 %).

326

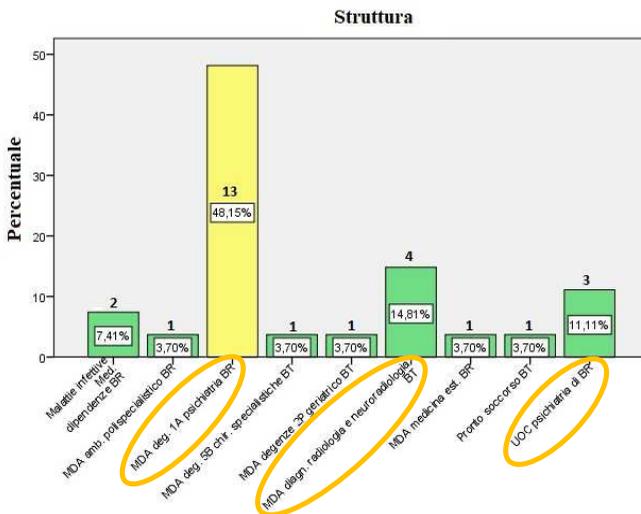


Figura 1: Strutture di provenienza delle segnalazioni

ORARIO INCIDENTE

La figura n.2 illustra i dati relativi all’orario in cui è avvenuto l’episodio di aggressione segnalato. La fascia oraria in cui si è riscontrata la maggiore frequenza di aggressioni risulta essere quella compresa tra le 12 e 15 (25,93%), seguita da quelle tra le 00 e le 03 e tra le 06 e le 09 (entrambe con il 18,5%).

Come emerso anche dalle analisi passate la fascia oraria notturna, insieme a quella del primo pomeriggio, sembrano riconfermarsi tra quelle maggiormente a rischio.

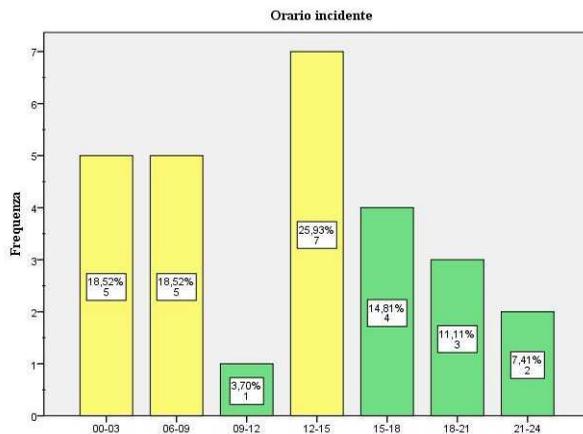


Figura 1: Frequenza degli episodi di aggressione rispetto alla fascia oraria

327

SOGGETTI AGGRESSORI

Come si può rilevare nella figura n. 3 i soggetti che hanno messo in atto il maggior numero di comportamenti aggressivi rientrano nella categoria dei “pazienti” (77,78%), seguiti da “parenti” dei pazienti (14,81%) e da colleghi (7,41%).

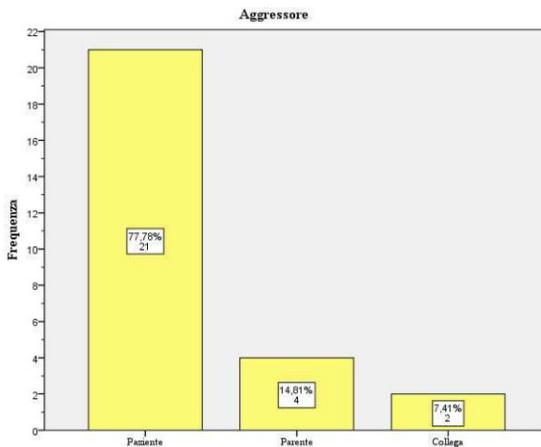


Figura 3: Tipologia di persone che hanno agito comportamenti aggressivi

328 INTERVALLO DI TEMPO TRASCORSO DALL'ARRIVO DELL'AGGRESSORE ALL'EPISODIO DI AGGRESSIONE

La figura n. 4 mostra come più della metà delle aggressioni (53,85%) si verifichi in un periodo di tempo molto ravvicinato tra l'arrivo dell'aggressore e il momento dell'aggressione, più precisamente entro un'ora.

Questo dato, tuttavia, risente della particolare conformazione della scheda, che probabilmente non tiene conto della particolare tipologia dei pazienti ricoverati e degli atti aggressivi da questi esperiti, in quanto per tali pazienti non c'è un momento di arrivo, ma una condizione residenziale prolungata. Pur tuttavia la domanda si può intendere come intervallo di tempo trascorso dall'incontro dei due soggetti - aggressore ed aggredito - e messa in atto dell'azione aggressiva.

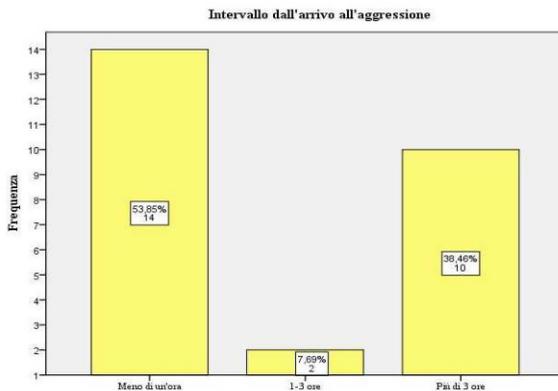


Figura 4: Intervallo di tempo dall'arrivo dell'aggressore al momento dell'aggressione

STATO PSICOFISICO DELL'AGGRESSORE

A ciascun operatore è stato chiesto di fornire un'impressione in merito alla condizione psicofisica in cui si trovava l'aggressore al momento dell'episodio aggressivo.

329

Nella figura n. 5 vengono riportati i dati relativi ai giudizi formulati dagli operatori.

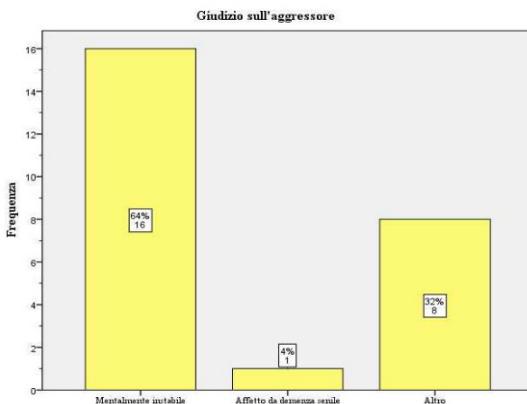


Figura 5: Stato psicofisico dell'aggressore

Poiché la maggior parte delle segnalazioni effettuate provengono da un ambito di cura di tipo psichiatrico, le persone aggredite ritengono che i loro aggressori si trovassero al momento

dell'incidente in uno stato di instabilità mentale (64%). Una percentuale del 32% di soggetti sono stati inseriti nella categoria "Altro"; in questo caso gli operatori hanno specificato come l'aggressore rientrasse comunque in una categoria di patologia psichiatrica (es. "psicotico", "disturbo istrionico di personalità", "aggressivo").

GENERE DELL'AGGRESSORE

Gran parte dei comportamenti aggressivi segnalati sono stati messi in atto da soggetti di genere maschile (66,67%).

I restanti (33,33%) da soggetti di genere femminile. Di questi 7 erano a carico di pazienti in regime di degenza, mentre altri 2 a carico di colleghe delle vittime di aggressione.

330

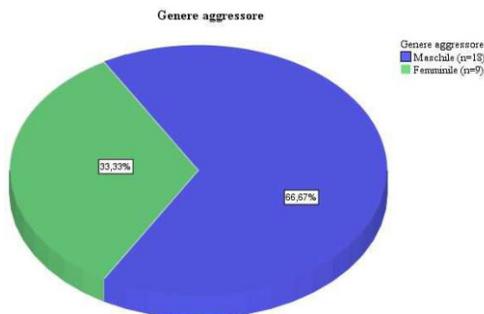


Figura 6: percentuali relative al genere di appartenenza degli aggressori

ETÀ DELL'AGGRESSORE

La maggior parte degli aggressori si colloca in una fascia di età compresa tra i 31-50 anni (40,74%), seguita da quella tra i 19-30 anni (29,63%).

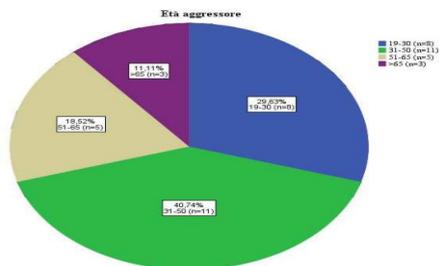
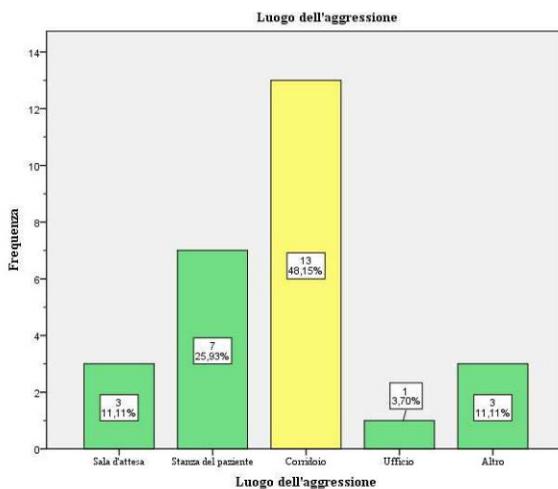


Figura 7: fasce di età dell'aggressore

LUOGO DELL'AGGRESSIONE

La parte preponderante delle segnalazioni proviene dall'ambito di degenza psichiatrica. E' stato segnalato che la maggior parte dei comportamenti aggressivi avviene generalmente nei corridoi (48,15%) e all'interno della stanza del paziente (25,93%).

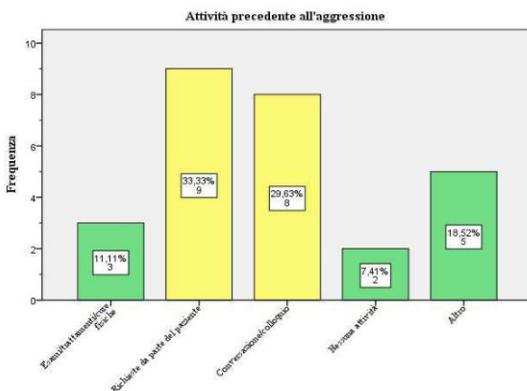


331

Figura 8: luoghi dell'aggressione

ATTIVITÀ PRECEDENTE ALL'AGGRESSIONE

Dai presenti dati emerge chiaramente come il comportamento aggressivo sia scaturito a seguito di richieste di chiarimenti da parte del soggetto che l'ha messo in atto (33,33%), oppure in concomitanza di conversazioni o colloqui (29,63%). Con l'etichetta "altro" (18,52%), sono state specificate le aggressioni scaturite ad es. a seguito di una lite tra due o più pazienti, e a seguito della somministrazione della terapia ad un degente.



332

Figura 9: attività precedenti all'aggressione

MOMENTO DELL'AGGRESSIONE

La scheda presenta alcune opzioni di risposta alla domanda "Quando è avvenuta l'aggressione?". Dall'analisi delle schede risulta che nella maggior parte dei casi (74,07%) gli episodi aggressivi sono avvenuti in situazioni diverse da quelle ipotizzate nella scheda. Ad esempio sono stati indicati: durante la degenza in generale; durante la preparazione del paziente; durante un litigio tra due o più pazienti; durante la somministrazione della terapia o, nel caso in cui l'aggressione fosse stata messa in atto da un parente, durante l'attesa degli esami del paziente.

Molti dei professionisti sanitari hanno quindi usato la categoria "altro" per identificare quelle aggressioni avvenute durante le routine di reparto o durante il ricovero del paziente.

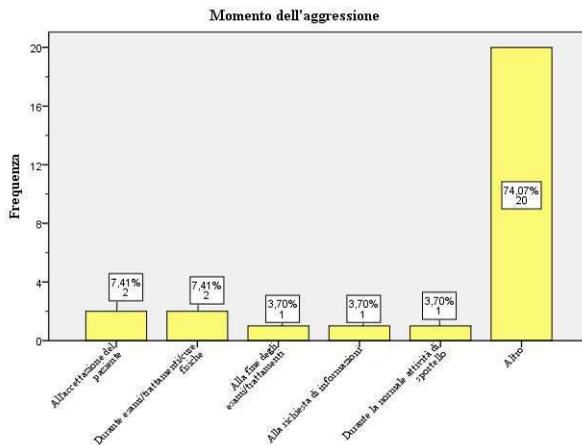


Figura 10: frequenza degli episodi aggressivi in base all'attività concomitante

SENSAZIONE DEGLI OPERATORI

333

Più della metà dei lavoratori (66,67%) ha riferito di avere avuto in anticipo la sensazione che la situazione stava per degenerare, contro un 33,33% che invece non ha riportato tale sensazione.

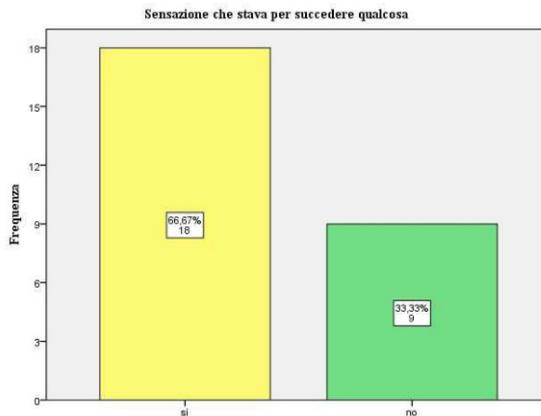
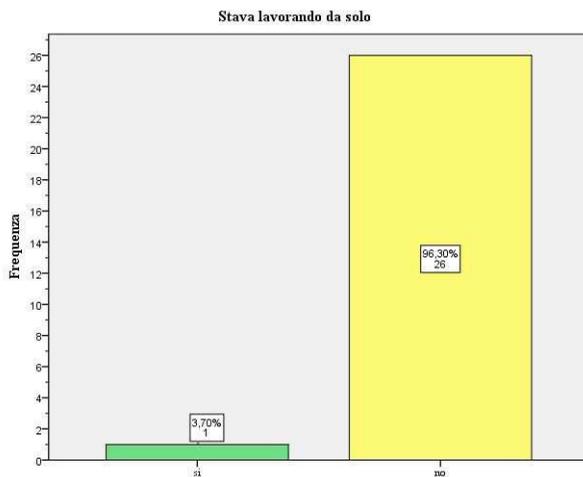


Figura 11: frequenze di sensazione che stesse per succedere qualcosa.

PRESENZA DI ALTRE PERSONE

La quasi totalità dei professionisti (96,30%) non si trovava da sola al momento dell'aggressione. Solo una persona ha segnalato che al momento dell'aggressione era priva del supporto del gruppo di colleghi: nel caso specifico il comportamento denunciato è stato messo in atto da un altro collega.



334

Figura 12: presenza di altre persone

TIPOLOGIA DI COMPORAMENTI AGGRESSIVI

Chi ha segnalato l'aggressione ha indicato più di un comportamento messo in atto. La maggior parte ha fatto riferimento a comportamenti riconducibili ad aggressioni di tipo verbale. Due persone hanno segnalato l'utilizzo di "armi", una delle quali ha specificato che si trattava di un'arma impropria (una bottiglia piena di acqua).

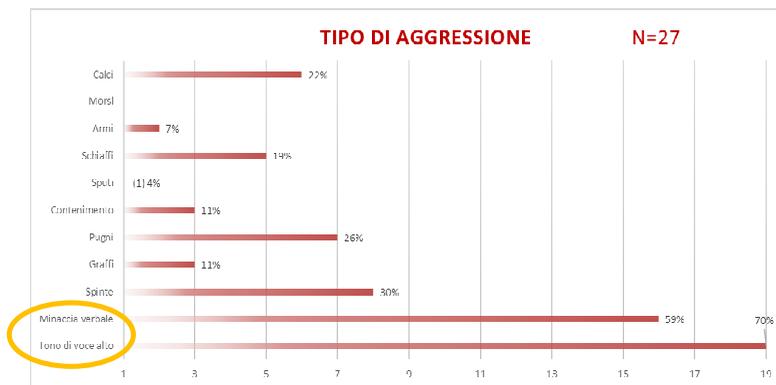


Figura 13: azioni principali che hanno caratterizzato l'aggressione

335

AZIONI INTRAPRESE

Il 70% delle vittime è stata aiutata da altri o ha dovuto chiedere l'aiuto dei propri colleghi (26%).

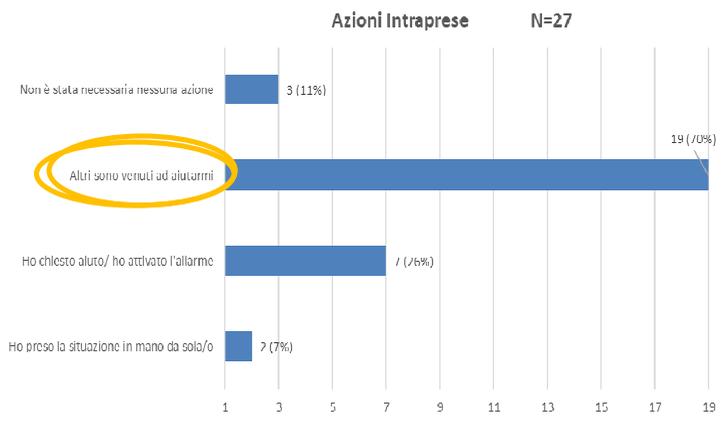
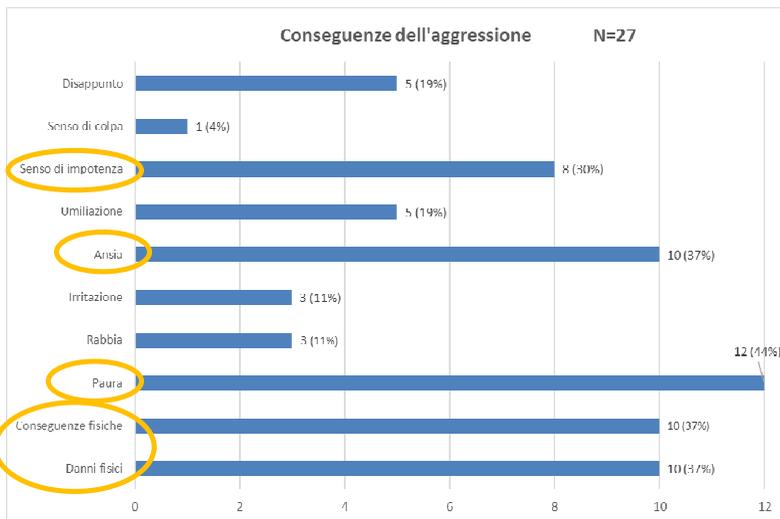


Figura 14: azioni intraprese

CONSEGUENZE DELL'AGGRESSIONE

A seguito dell'aggressione subita nella maggior parte delle vittime si riscontrano forti sentimenti di paura (44%), ansia (37%) e impotenza (30%). In alcune si registrano anche conseguenze a livello fisico (es. problematiche gastrointestinali, insonnia, etc.) e danni fisici in generale (37%).

È importante sottolineare, ai fini di una corretta lettura dei dati riportati, come gran parte delle persone abbia indicato più di una sensazione esperita.



336

Figura 15: conseguenze riportate dalle vittime di aggressione

CATEGORIA PROFESSIONALE DELL'AGGREDITO

La maggior parte delle vittime rientra nella categoria professionale degli infermieri (81,48%). A seguire i medici (11,11%), prevalentemente medici in formazione, e OSS (7,41%).

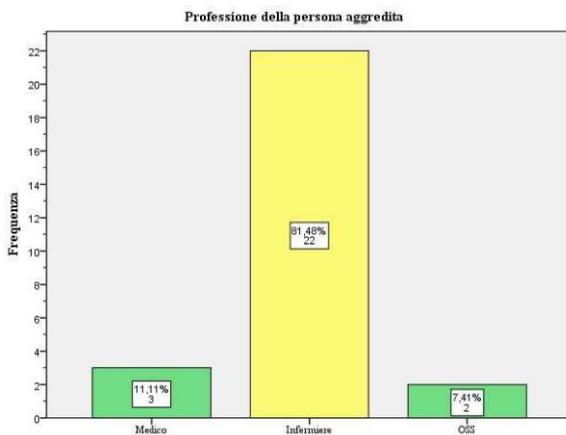


Figura 16: Categoria professionale delle persone aggredite

FREQUENZA DEL GENERE DELLE VITTIME

337

Dalle schede pervenute risulta che la maggioranza di chi ha denunciato episodi di aggressione appartiene al genere femminile (57,69%).

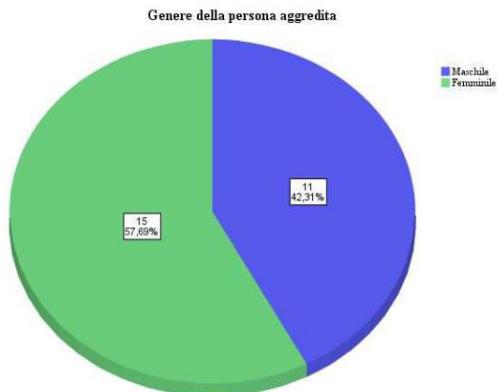
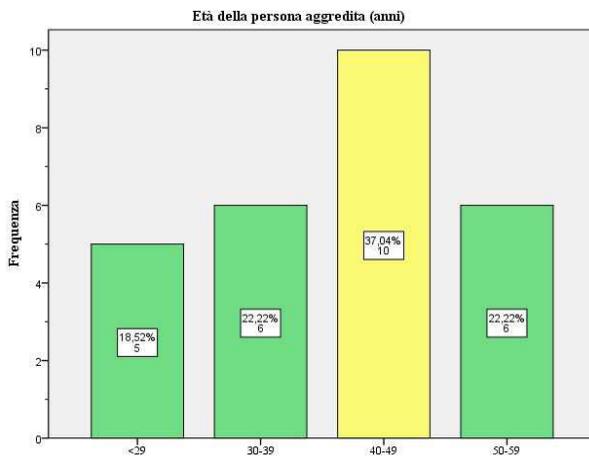


Figura 17: genere dell'aggredito

ETÁ DELLA VITTIMA

Come si può osservare nella figura 18 la percentuale preponderante del personale aggredito è compresa in una fascia di età tra i **40-49 anni** (37,04%).



338

Figura 18: Fasce di età persone aggredite

CONCLUSIONI

La presente relazione riguarda i comportamenti aggressivi avvenuti ai danni di operatori dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona nel corso dell'anno 2017, segnalati attraverso apposita scheda – MU87 – scheda di rilevazione comportamenti aggressivi.

La struttura che ha riportato il maggior numero di comportamenti aggressivi è stata la Psichiatria di Borgo Roma, con una quota di circa il 48%. Tra le vittime colpite, la maggioranza rientra nella categoria professionale degli infermieri (81%), di genere femminile (57%), di una fascia d'età compresa tra i 40 e i 49 anni.

La maggior parte degli aggressori (79%) era costituita da pazienti di genere maschile (circa 66%) tra i 31 e i 50 anni di età (40%), i quali hanno messo in atto comportamenti aggressivi durante le routine di reparto da parte degli operatori competenti, in situazioni di colloquio (33%) o di comunicazione di risultati di analisi/esami (circa 4%).

Indicativo è anche l'orario in cui si sono verificate le aggressioni – la maggioranza delle quali ha avuto luogo nei corridoi del reparto di degenza (48%) -, con una prevalenza del 26% tra le 12.00 e le 15.00 e del 18% sia tra la mezzanotte e le 3.00 del mattino, sia tra le 6.00 e le 9.00.

I dati evidenziano come i lavoratori abbiano avuto la chiara sensazione che stesse per succedere qualcosa, che la situazione stesse per degenerare in un atto aggressivo/violento (circa il 66% di loro riporta questo dato), oltre a considerare che gran parte degli aggressori fosse “mentalmente instabile” (64%), dato del tutto coerente con le statistiche se si tiene presente il fatto che più della metà degli aggressori erano pazienti provenienti dal reparto di psichiatria e dunque in possesso di una diagnosi clinica.

Un altro dato più che rilevante ha identificato come la quasi totalità dei dipendenti (96%) non stesse lavorando da sola quando ha avuto luogo l'aggressione e, coerentemente con il presente dato, è emerso anche che il 70% delle vittime ha chiesto l'aiuto di altre persone e colleghi al fine di interrompere l'aggressione nei suoi confronti.

Infine è necessario sottolineare come la tipologia di comportamento aggressivo segnalato più frequentemente sia stato l'elevato tono di voce (70% delle volte), seguito da minacce verbali (59%), anche se non sono mancate conseguenze e danni fisici (circa 37%); nella maggior parte dei casi, nelle vittime sono rimasti forti sentimenti di paura (44% delle volte), ansia e senso di impotenza.

Alla luce dei dati pervenuti ed analizzati si ritiene che questi non rispecchino la reale portata del fenomeno in Azienda, che molto spesso non viene portato all'attenzione delle strutture aziendali preposte al monitoraggio di questo rischio per un insieme di fattori, tra i quali si possono individuare:

- la scarsa diffusione a livello aziendale degli strumenti di rilevazione del fenomeno. Nonostante la scheda di rilevazione sia accessibile agli operatori dal portale intranet aziendale, non tutti sono a conoscenza di questa opportunità.
- Poiché i comportamenti aggressivi vengono messi in atto da parte di soggetti che, per il particolare contesto e la particolare situazione in cui si trovano, sono particolarmente fragili e vulnerabili, vi è una tendenza diffusa a giustificare tali comportamenti, soprattutto quelli meno eclatanti.

339

Un aspetto da segnalare riguarda la scheda di rilevazione. Dall'utilizzo di tale scheda e dall'analisi dei dati emerge la necessità di rivedere lo strumento, ritarandolo al nostro contesto e alle diverse tipologie di soggetti interessati.

340



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

***EMPOWERMENT DEI PAZIENTI NELLA SALUTE
MENTALE PER LA SICUREZZA E LA PREVENZIONE DEI
RISCHI***

Regione: VENETO

AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE - Rischio Clinico

Referente: Carolina Prevaldi -

carolina.prevaldi@aulss4.veneto.it - 0421 227167

Pratica clinical risk management

Tematiche affrontate: Metodi per l'alfabetizzazione e il coinvolgimento del paziente **341**

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Rendere partecipi e competenti gli utenti/pazienti in carico alla UOC di Psichiatria e laddove possibile i loro familiari/caregiver in una prospettiva di gestione del rischio clinico, promuovendo la sicurezza negli ambienti di lavoro, di cura e di vita relativamente ai rischi prevalenti (es.: cadute, incendi, soffocamento da ab-ingestis, violenza contro operatori ed utenti, errori di assunzione della terapia, ...).



2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

To make the users / patients in charge of the mental health department participate and competent and where possible also their family and care givers in a clinical risk management perspective, promoting safety in work, care and life environments related to the prevailing risks (eg: falls, suffocation from ab-ingestis, violence against providers and users, medication errors).

342

2.2 Description of PSP

To introduce new organizational methods by reviewing processes and improving patient's and provider's skills in a risk management approach to improve the safety of patients and family members, training them to awareness of the risks and to improve the effectiveness in preventing risks and managing their own security. In concrete the following will be done:

- 1.** Identification of areas and behaviors at greatest risk for the safety of patients and providers in mental health settings;
- 2.** Analysis through the techniques available in the literature (eg: Root Cause Analysis, FMEA, FMECA) of the present and possible risks and levels of



"vulnerability" of the system, also with reference to the activities attributed to various professional profiles;

3. Identification of critical events that occurred over time (analyzed through auditSE), to define the actions and behaviors to be adopted
4. Review of identified processes and training/information of personnel
5. Review of the documentation in use (procedures, informed consent, access to the Structures for a more adequate management of the risk of litigation)
6. Preparation of information material for the **343** prevention and management of risks dedicated to users/family members of residential and semi-residential structures, SPDC and those followed at home
7. Training for users and family members with verification of learning, planning several sessions throughout the year

2.3 Methods used for evaluating results

The activities indicated above provide for the production of the following results:

1. Evidence of the risk analysis plan (mapping and presence of the list of risks articulated by priority of intervention)



2. Evidence of the review of processes, activity plans, reference documentation (eg: informed consent, access cards for services)
3. Drafting of information material for safety (indicator: presence of the brochure and registration on the appropriate forms of delivery to the users of residential and semi-residential structures, hospital and
4. those followed at home)
5. Preparation of a training course for users with the implementation of the same through moments training courses that encourage maximum interaction and involvement (group activities, presentation of cases, classroom activities) to users and family members by verifying their learning) (indicator: Implementation of the training / informative event for the user with attendance/discussion report and signature sheet for all the structures of psychiatry Implementation of the training / informative event for the family members with attendance/discussion report and signature sheet Compilation of the learning test and approval of users and family members)
6. Increase of the knowledge of patients and relatives with respect to present and possible risks. evidence of the use of tools and moments of verification

344



7. Reduction of adverse events with serious consequences

3. DESCRIZIONE

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale: Raccomandazioni ministeriali (progetto "È la mia salute e io ci sono"), Linee guida OMS

345

3.2 Problema:

A seguito di alcuni eventi avversi con conseguenze gravi (eventi sentinella) si è pensato di articolare un progetto di miglioramento che ci permetta di gestire l'elevato rischio clinico per i pazienti nell'ambito della salute mentale, coinvolgendo gli stessi, i familiari e gli operatori sanitari. In alcune situazioni il comportamento messo in atto da pazienti ed utenti può essere fonte di eventi con conseguenze molto gravi, inoltre insegnare alcune azioni di sicurezza ai pazienti può essere di supporto agli operatori, costituendo barriera nei confronti dell'errore. La conoscenza e la prevenzione di questi rischi da parte del personale ma anche da parte dei pazienti e dei loro familiari, costituisce un elemento indispensabile per



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

migliorare la sicurezza del sistema, acquisire una migliore consapevolezza circa la propria salute assumendo comportamenti responsabili favorisce la partecipazione al progetto di cura previsto per ogni paziente

3.3 Obiettivi:

346 Rendere partecipi e competenti gli utenti/pazienti in carico alla UOC di Psichiatria e i loro familiari/caregiver in una prospettiva di gestione del rischio clinico, promuovendo la sicurezza negli ambienti di cura, e di vita relativamente ai rischi prevalenti (cadute, soffocamento da ab-ingestis, violenza contro operatori ed utenti, errori di assunzione della terapia).

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Le attività prevedono la produzione dei seguenti risultati:

- Evidenza del piano di analisi dei rischi (mappatura e presenza dell'elenco dei rischi articolati per priorità di intervento)
- Evidenza della revisione dei processi, dei piani di attività, della documentazione di riferimento (ad es: consenso informato, schede di accesso ai servizi)
- Predisposizione di materiale informativo per la sicurezza (indicatore: presenza della brochure e registrazione su



apposita modulistica dell'avvenuta consegna agli utenti delle strutture residenziali e semiresidenziali, SPDC e quelli seguiti a domicilio)

- Predisposizione di un pacchetto formativo per gli utenti con l'attuazione dello stesso attraverso momenti formativi che favoriscono la massima interazione ed il coinvolgimento (attività a gruppi, presentazione di casi, attività d'aula) agli utenti e i famigliari verificandone l'apprendimento) (indicatore: Attuazione dell'evento formativo/informativo per l'utente con verbale di presenza/discussione e foglio firma per tutte le strutture della psichiatria. Attuazione dell'evento formativo/informativo ai famigliari con verbale di presenza/discussione e foglio firma. Compilazione del test di apprendimento e gradimento degli utenti e dei famigliari partecipanti) **347**
- Incremento delle conoscenze dei pazienti e familiari rispetto ai rischi presenti e possibili. Evidenza dell'utilizzo di strumenti e momenti di verifica
- Riduzione di eventi avversi con conseguenze gravi documentabile attraverso le segnalazioni con le schede di incident reporting e le schede degli eventi sentinella

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

Introdurre nuove modalità organizzative rivedendo i processi e migliorando le competenze degli operatori e



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

degli assistiti secondo un approccio di gestione del rischio che permetta di migliorare la sicurezza del paziente e dei suoi familiari, formandoli per renderli maggiormente consapevoli dei rischi presenti e potenziali e per migliorare l'efficacia nella prevenzione dei rischi e nella gestione della propria sicurezza.

Nel concreto si provvederà alla:

- Identificazione delle aree e dei comportamenti a maggior rischio per la sicurezza di pazienti ed operatori nella salute mentale;
- Analisi attraverso le tecniche disponibili in letteratura (ad es: Root Cause Analysis, FMEA, FMECA) dei rischi presenti e possibili e dei livelli di “vulnerabilità” del sistema, anche in riferimento alle attività attribuite ai vari profili professionali;
- Individuazione degli eventi critici verificatesi nel tempo (analizzati attraverso auditSE), per definire le azioni correttive ed i comportamenti corretti da adottare da parte di operatori, utenti, familiari
- Revisione dei processi individuati e formazione/informazione del personale
- Revisione della documentazione in uso (procedure, consenso informato, schede di accesso alle Strutture per una più adeguata gestione del rischio di contenzioso)

348





- Predisposizione di materiale informativo per la prevenzione e gestione dei rischi dedicato agli utenti/familiari delle strutture residenziali e semiresidenziali, SPDC e quelli seguiti a domicilio
- Formazione ed addestramento per gli utenti e i famigliari con verifica dell' apprendimento, programmando diverse sessioni nel corso dell'anno

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello di unità operativa o reparto
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si
<i>Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito:</i>	Nessun evento avverso in UO centro salute mentale

349



5. RISULTATI

Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:
I risultati non sono stati pubblicati:

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Salute mentale

350

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si
<i>Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:</i>	Contesti di gestione di pazienti cronici



8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

- Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:
- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc.)
- Dirigente medico
- Risk manager

351

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

Si



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

352

<i>Quali utenti sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	Paziente/i Famigliare/i
<i>Quali utenti del servizio sono coinvolti nell'applicazione della pratica? (applicazione = il modo in cui la pratica è portata avanti nella pratica quotidiana):</i>	Paziente/i Famigliare/i
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No	353
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No	
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	Si	
<i>Se sì, descrivere il tipo di incentivi:</i>		
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si	



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di

354 costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 29813,17€ - Indiretto (7%): 2086,92€ - Totale:
31900,09€

Personale

- Personale non Dirigente - Qualifica: Ruolo Sanitario - Infermieristico Incarico: Coll.re prof.le sanitario - pers. infer. esperto - Ds Ore:1300h
Totale:29813,17€



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Altro Personale

- Parasubordinato - Descrizione: OSS Costo h: 0€ Ore: 330h Totale:0€

Altro Costo

355



Osservatorio Nazionale
delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

PROGETTO "CORRI DA ME/RUN TO ME"

Regione: VENETO

AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE - Rischio Clinico

Referente: Carolina Prevaldi -
carolina.prevaldi@aulss4.veneto.it - 0421 227167

Pratica clinica

Tematiche affrontate: Violenza nei confronti degli **357** operatori

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Il nuovo progetto "corri da me/run to me" ¹ presuppone l'utilizzo di un fischietto a scopo di segnalazione e azione deterrente sull'aggressore di un operatore sanitario. Esso consentirà - in caso di pericolo - di richiamare l'attenzione e di consentire ad altri (operatori o utenti) di accorrere in aiuto della persona aggredita, favorendo nel

¹ Tutelata da copyright. Corri da me/run to me. Un fischietto per la tutela degli operatori sanitari contro le aggressioni. "Documento di presentazione dello strumento ". Rev_02 2018 © CEREF – Centro Ricerca e Formazione – Padova



contempo la consapevolezza nell'aggressore che l'agredito non è solo.

Il fischietto in alcuni ambienti di lavoro potrà essere appeso al collo, rendendone così più facile l'utilizzo da parte dell'operatore. Per favorire un uso appropriato dello strumento, vengono condivise con il personale istruzioni su quando e come utilizzarlo, per evitare che vi siano falsi allarmi, o disturbo agli utenti. Ogni struttura può identificare gli specifici ambiti a rischio nei quali può essere utile dotare il personale di fischietto, anche con riferimento a quanto indicato nella Raccomandazione ministeriale, alle **358** segnalazioni pervenute al Risk manager e alla ricognizione degli ambienti e della loro dislocazione.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

The new project "corri da me / run to me"¹ presupposes the use of a whistle for signalling and deterrent action on the attacker of a health care provider. It will allow - in case of danger - to draw attention and to allow others (operators or users) to come to the aid of the attacked person, while at the same time promoting awareness in the aggressor that the attacker is not alone.

The whistle in certain settings of care can be hung around the neck, making it easier for the operator to use it.



2.2 Description of PSP

The whistle was given to the staff, with appropriate instructions on how to use, even partially different in relation to the context. To facilitate the proper use of the instrument, instructions are given to the staff when and how to use it, to prevent false alarms, disturbing users. Due to the lack of literature data, we decided to test the use of the whistle for a six-month experimentation period (June-November 2018) in the following settings of care:

- Emergency Department of Jesolo, San Donà di Piave and Portogruaro, Cavallino-Treporti, Caorle, Bibione
- Family Counseling of San Donà di Piave and Portogruaro

359

2.3 Methods used for evaluating results

For the experimentation phase the impact will be evaluated by monitoring the effect /rating through direct observation, interviews with the operators and submitting to users the following questionnaire, to be completed in each case of use /non-use, in case of violence, of the instrument:

- U.O. operator Event date
- Why did you/did not use the whistle? (brief description of the event and context)
- Has the recall been helpful in getting people to come to your aid? Yes No



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Did the recall have a deterrent effect on the attacker? Yes /No
- Personal / other comments

3. DESCRIZIONE

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

360

La nostra azienda, vista la mancanza di dati di letteratura, ha deciso di testare l'utilizzo del fischietto, per un periodo di sperimentazione di sei mesi (Giugno-Novembre 2018) nelle seguenti UU.OO.:

- PS di Jesolo, San Donà di Piave e Portogruaro,
- PPI di Cavallino-Treponti, Caorle, Bibione
- Consultorio Familiare di San Donà di Piave e Portogruaro
- In pronto soccorso nelle aree di triage / front office in Consultorio in tutte le aree di lavoro (segreteria e ambulatori)





3.2 Problema:

Le misure di prevenzioni indicate dalla Raccomandazione n. 8 del Ministero alla Salute (“Prevenzione degli gli atti di violenza contro gli operatori”) riguardano aspetti strutturali, sistemi di allarme e dispositivi di sicurezza, come pure la diffusione della conoscenza sulla problematica, proponendo agli operatori sanitari corsi formazione su diversi aspetti e modalità di prevenzione e sul sistema di segnalazione spontanea dell'evento violenza che utilizza una scheda dedicata (sono stati formati nel corso degli anni circa 300 operatori sanitari). La nuova consapevolezza fra gli operatori sanitari ha migliorato l'attenzione al fenomeno e la segnalazione spontanea degli episodi di violenza è aumentata significativamente (anche se probabilmente il dato rilevato sottostima la reale numerosità degli eventi). Grazie alle segnalazioni degli operatori sanitari vengono monitorati e mappati gli eventi e questo è uno sprone per ricercare sempre nuovi metodi per ridurre l'incidenza.

361

3.3 Obiettivi:

Rendere partecipi e competenti gli utenti/pazienti in carico alla UOC di Psichiatria e i loro familiari/caregiver in una prospettiva di gestione del rischio clinico, promuovendo la sicurezza negli ambienti di cura, e di vita relativamente ai



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

rischi prevalenti (cadute, soffocamento da ab-ingestis, violenza contro operatori ed utenti, errori di assunzione della terapia). L'obiettivo è testare l'impatto del "Corri da me/run to me" in alcuni setting di assistenza dell'ospedale e del territorio. La nostra azienda ha deciso di testare l'utilizzo del fischietto, per un periodo di sperimentazione di sei mesi, nelle seguenti UU.OO:

362

- PS/118 di Jesolo, San Donà di Piave e Portogruaro (e Punti di Primo Intervento di Caorle e Bibione), nelle sole aree di trige/front office
- Consultorio familiare di San Donà di Piave e Portogruaro, tutte le aree, di segreteria e ambulatori
- Per la fase di sperimentazione l'impatto verrà valutato, nella nostra azienda, sottoponendo agli utilizzatori il seguente questionario, da compilare in ogni caso di uso /mancato uso, in caso di violenza, dello strumento :

Operatore U.O. Data evento

- Perché ha/non ha utilizzato il fischietto? (breve descrizione dell'evento e del contesto)
- Il richiamo è stato utile per far accorrere delle persone in suo aiuto? Si No
- Il richiamo ha avuto un effetto deterrente sull'aggressore? Si No
- Osservazioni personali/altro



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Il fischietto dato in dotazione al personale, con adeguate istruzioni sulle modalità di impiego, anche parzialmente differenti in relazione al contesto, consente di portare l'attenzione degli operatori sul problema, di testare uno strumento di richiamo in caso di bisogno, di condividere un progetto di miglioramento. Esso consente - in caso di pericolo - all'operatore di richiamare l'attenzione e di consentire ad altri di accorrere in aiuto, favorendo nel contempo la consapevolezza nell'aggressore che l'agredito non è solo.

363

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc.:

Andamento del progetto gestione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Periodo di sperimentazione, come delineato nel progetto di miglioramento.

Sono state individuate le aree a maggior rischio di violenza. Quindi i fischietti sono stati consegnati ai tre Pronto



Soccorso (San Donà, Jesolo, Portogruaro) e Consultorio Familiare con riunione con i Direttori e i Coordinatori.

Durante le riunioni di consegna abbiamo chiarito con i responsabili le modalità di utilizzo e di compilazione dei report. I coordinatori hanno provveduto alla distribuzione dei fischietti agli operatori in servizio presso i PPI di Caorle e di Bibione e Cavallino – Treporti (sono tutti operatori dei PS o della Terapia Intensiva, e in un secondo momento, su richiesta, agli interpreti). Oltre ai fischietti con il laccetto dotato di apertura a strappo, con logo aziendale, sono stati distribuiti la procedura aziendale per la prevenzione degli

364 atti di violenza, ed il progetto di miglioramento sia in formato cartaceo che in file elettronico. A tutte le UU.OO. È stata data la disponibilità ad effettuare degli incontri brevi nelle UU.OO..

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello aziendale
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	No
<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	Si



<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	Si
<i>Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito:</i>	La valutazione è in corso. L'impatto è stato positivo soprattutto sugli operatori di sesso femminile.
<i>Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:</i>	I risultati non sono ancora stati elaborati

5. RISULTATI

365

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	Si



Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:

Altri contesti di front office

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)

366

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):

Si



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

<i>Quali utenti sono stati coinvolti nell'implementazione della pratica? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti)</i>	Paziente/i Famigliare/i
<i>Quali utenti del servizio sono coinvolti nell'applicazione della pratica? (applicazione = il modo in cui la pratica è portata avanti nella pratica quotidiana):</i>	Paziente/i Famigliare/i
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
<i>Se sì, in che modo (es. brochures, siti web, ecc):</i>	ND

367



10.IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

368

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	Si
<i>Indicare quale è stata la principale difficoltà riscontrata in fase di implementazione della pratica:</i>	Altro
<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si





11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. In caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

369

12. COSTI

Stima: 1840€ - Indiretto (7%): 128,8€ - Totale: 1968,8€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

Materiali di consumo - Descrizione: Fischietti Totale: 660€

Materiali di consumo - Descrizione: Fischietti e laccetti

Totale: 1.180€



***PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI***

Regione: VENETO

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA - UOS Rischio Clinico e
Sicurezza del paziente

Referente: Dott.ssa AnnaMaria Saieva -
annamaria.saieva@aopd.veneto.it -

N° Posti letto (anno precedente) 1406

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 59852 N°

Totale personale dipendente (anno precedente) 4829

371

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinica

Tematica affrontate: Violenza nei confronti degli operatori

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

I luoghi di lavoro maggiormente a rischio si concentrano prevalentemente nel settore dei servizi, in particolare nei settori della sanità, dei trasporti e del commercio; i contatti con i “clienti” aumentano il rischio di subire violenze.



Gli atti di violenza, in strutture ospedaliere/territoriali consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non severo, ossia aggressioni consumate o tentate, fisiche o verbali, quali quelle realizzate a titolo esemplificativo con uso di un linguaggio offensivo.

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 Aiming to improve

Ciascuna struttura sanitaria deve esplicitare il proprio **372** impegno programmatico, con la finalità di:

- Diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti
- Promuovere forme di collaborazione con soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari
- Dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative effettuate dalla Direzione per la sicurezza degli operatori e degli utenti
- Assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi
- Prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati (referente per la gestione del rischio, medicina legale, ecc.)
- Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili

Può essere utile in tal senso la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie. **373**

2.2 Description of PSP

The prevention of acts of violence against health workers requires that the health organization identifies the risk factors for the safety of personnel and put in place the strategies deemed most appropriate.

The danger of violence against operators depends on many factors such as the characteristics of the working environment and the organization, operators and users.

The analysis of the working context aims to identify those risk factors, existing or potential, which increase the



probability of occurrence of episodes of violence. The analysis uses the following tools:

- Review of episodes of Conducting ad hoc surveys at the staff
- Analysis of operating conditions and organization

2.3 Methods used for evaluating results

In the event that the operator has suffered an act of violence, it is necessary:

374

- That the same undergoes the care of the case by going to the emergency room
- That the on-call doctor or other health care provider documents the incident in the patient's clinical file
- That the First Aid Doctor releases the first INAIL accident certificate according to the company procedure
- To activate, in the presence of biological risk, the Corporate Procedure for Occupational Incidents
- To ensure that operators who are subjected to violence have immediate legal and administrative legal support and if appropriate treatment is needed to overcome the trauma suffered.



The operator victim of aggression must:

- Report the incident to the on-call doctor or another operator present
- Record the incident in the clinical documentation or write an appropriate report
- Fill out the Incident Reporting form as soon as possible and send it to the Clinical Risk Service; the communication must be timely in order to allow the necessary investigation to be carried out.

3. DESCRIZIONE

375

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione

3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:



3.2 Problema:

L'aumento di atti di violenza è correlato ai fattori di rischio di seguito elencati e riguardanti tutte le realtà:

- Aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali
- Diffusione dell'abuso di alcol e droga
- Accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali
- Lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste
- ½ Ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici)
- ½ Mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi

376

Come conseguenza di un atto di violenza ci sono perdite di giornate lavorative, burnout, minore produttività e minore senso di sicurezza sul lavoro.

Le strategie che possono essere adottate per ridurre o controllare meglio il fenomeno sono finalizzate da un lato a



prevenire l'evenienza di atti violenti, dall'altro a controllare e ridurre le conseguenze di agiti aggressivi.

3.3 Obiettivi:

Ciascuna struttura sanitaria deve esplicitare il proprio impegno programmatico, con la finalità di:

- Diffondere una cultura di disponibilità, accoglienza e comunicazione all'interno dell'organizzazione e verso gli utenti
- Promuovere forme di collaborazione con soggetti che possano fornire un valido supporto **377** per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari
- Dare rilievo alle scelte strutturali e organizzative effettuate dalla Direzione per la sicurezza degli operatori e degli utenti

Può essere utile in tal senso la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie.



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

- Assegnare le responsabilità e le risorse per la gestione degli interventi di prevenzione
- Sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi
- Prevedere un percorso aziendale di gestione degli episodi di violenza e l'esplicitazione dei soggetti interessati (referente per la gestione del rischio, medicina legale, ecc.)
- Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili

378

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

L'analisi del contesto lavorativo mira ad individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza. L'analisi utilizza i seguenti strumenti:



Revisione degli episodi di violenza segnalati

Occorre esaminare i dati relativi a episodi di violenza (accaduti o near miss) segnalati dagli operatori nel corso dell'attività lavorativa. Fonti di tali dati possono essere: sistema di Incident Reporting, segnalazioni di eventi sentinella, sistema di gestione dei reclami, denunce di infortunio all'INAIL, referti di Pronto Soccorso o altra documentazione sanitaria comprovante l'episodio di violenza occorso, segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale. L'analisi consente la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi, per identificare le successive **379** azioni di miglioramento, nonché verificarne l'efficacia.

Condizione di indagini ad hoc presso il personale

Importanti indicazioni sulla diffusione di episodi di violenza possono essere desunte da rilevazioni specifiche, con l'uso di strumenti quali questionari e/o interviste. I dati raccolti possono essere utili in una fase preliminare per identificare o confermare la necessità di adottare misure di miglioramento e, successivamente, per valutare gli effetti delle misure adottate.

Analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione

Nell'ambito dei sopralluoghi per la valutazione della sicurezza nei contesti lavorativi, è necessario valutare anche i fattori di rischio relativi ai comportamenti e agli atti di violenza nei confronti degli operatori, prioritariamente



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

laddove tali atti si sono verificati. Tali informazioni saranno utilizzate per:

- analizzare l'incidente nei suoi dettagli rilevanti, prendendo in considerazione le caratteristiche dei soggetti coinvolti (tipologia di pazienti e operatori) e delle strutture (luoghi isolati e/o scarsamente illuminati, presenza vs. assenza o indisponibilità di mezzi di comunicazione, aree ad accesso poco sicuro, etc.), la dinamica e i meccanismi generatori degli eventi e gli esiti
- identificare i contesti e le attività lavorative a rischio più elevato.

380

Gli interventi di prevenzione dovranno includere le seguenti azioni:

- Adottare idonei sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza ove ritenuto opportuno
- Assicurare che i luoghi di attesa siano confortevoli e che il sistema organizzativo favorisca l'accoglienza
- Mantenere un'adeguata e sufficiente illuminazione nei locali
- Gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole ben definite e conosciute

Successivamente all'analisi del contesto e all'identificazione dei rischi, occorre definire le soluzioni di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche necessarie a prevenire o



controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili.

- Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione degli episodi di violenza
- Definire un'interfaccia operativa con le Forze dell'Ordine ai fini delle attività previste nel contesto delle procedure operative di erogazione del servizio
- Prevedere e applicare procedure atte a garantire la sicurezza nel caso di pazienti con comportamenti violenti o sottoposti a misure di sicurezza nell'ambito di procedimenti giudiziari **381**
- Assicurare la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza
- Fornire ai pazienti informazioni chiare sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni (per esempio i tempi di attesa)
- Assicurare, ove possibile e considerato opportuno, la presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria (sia ospedaliera che territoriale)
- Garantire la chiarezza della comunicazione con gli utenti e, nel caso di utenti stranieri, prevedere se necessaria la presenza di un mediatore culturale



382

- Sensibilizzare il personale al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e della divisa
- Scoraggiare il personale dall'indossare monili che rappresentino un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (es.: piercing, collane, orecchini etc.);
- Prevedere per il personale valutato come potenzialmente a rischio la dotazione di strumenti di identificazione che ne garantiscano comunque la sicurezza personale (ad es. cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome)
- Realizzare e applicare adeguate procedure relative al supporto (legale e amministrativo, medico legale e psicologico) per gli operatori che subiscono episodi di violenza.

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

<i>La pratica è stata implementata?</i>	Si, parzialmente
<i>A che livello è avvenuta l'implementazione?</i>	A livello di unità operativa o reparto
<i>Si sono avuti risultati specifici e misurabili?</i>	No



<i>È stata effettuata una misurazione baseline prima dell'implementazione?</i>	No
<i>È stata effettuata una misurazione successiva all'implementazione?</i>	No
<i>Riportare i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito:</i>	Pratica implementata da poco, risultati non ancora misurabili
<i>Qualora i risultati siano stati pubblicati, riportare gli eventuali riferimenti o allegare la relativa documentazione:</i>	I risultati non sono stati pubblicati in quanto ancora in fase di raccolta

383

5. RISULTATI

6. CONTESTO

Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata: Ospedale

7. TRASFERIBILITÀ

<i>Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:</i>	No
--	----



<i>Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:</i>	No
<i>Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:</i>	La pratica allo stato attuale non è implementabile in altri contesti

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

384

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Farmacisti
- Terapisti
- Assistenti sociali
- Dietologo/nutrizionista
- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Odontoiatri
- Altri membri dell'equipe odontoiatrica (assistente odontoiatra, igienista dentale, terapeuta dentale) oppure
- odontotecnici
- Dirigente medico
- Risk manager



9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No

385

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>C'è stata una collaborazione con altri paesi/organizzazioni internazionali nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>Si sono riscontrate difficoltà nell'implementazione della pratica?</i>	No



<i>Si è fatto ricorso a incentivi specifici per accrescere la motivazione del personale nell'implementazione della pratica?</i>	No
<i>L'implementazione della pratica è stata approvata dalla direzione clinica, dalla direzione ospedaliera o dall'organismo competente?</i>	Si

11. ANALISI ECONOMICA

386

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

387

PRATICHE NON IMPLEMENTATE



**SEGNALAZIONE E GESTIONE EPISODI DI
VIOLENZA A DANNO DELL'OPERATORE
SANITARIO**

Regione: EMILIA ROMAGNA

HESPERIA HOSPITAL MODENA S.R.L. - Direzione Sanitaria

Referente: Dott. Francesco Mangone -
fmangone@hesperia.it - 059/449114

N° Posti letto (anno precedente) 125

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) N° Totale
personale dipendente (anno precedente) 258

391

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Cultura della sicurezza, Sistema di reporting e learning, Sistemi per sorveglianza per la sicurezza del paziente

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

1. ABSTRACT PER IL CITTADINO

Alla luce dell'esperienza maturata all'interno della nostra struttura ospedaliera, si è inteso monitorare episodi di violenza a danno degli operatori sanitari da parte degli



utenti. Si precisa che per violenza si intende sia quella fisica, ma anche quella verbale. È stato pertanto redatto una istruzione operativa che risponde alle Raccomandazioni della regione Emilia Romagna e che fa riferimento alle ultime evidenze scientifiche. In allegato a detta istruzione, è presente un modulo per la segnalazione di eventi sentinella. Parole chiave: operatore sanitario, violenza, danno, segnalazione, gestione

2. ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

392 2.1 Aiming to improve

We intend to monitor the number of events, the type, the methods of the aggression, so that we can evaluate any corrective actions to protect the worker.

Sensitize all operators to an appropriate behavior towards subjects at risk

2.2 Description of PSP

In light of the experience gained within our hospital, it was intended to monitor incidents of violence to the detriment of health professionals by users. It is specified that violence means both physical and verbal violence. An operational instruction has therefore been drawn up that responds to the Recommendations of the Emilia Romagna region and



refers to the latest scientific evidence. Attached to said instruction, there is a module for signaling sentinel events.

2.3 Methods used for evaluating results

- Reduce as much as possible the damage to the attacker (patient and / or relative)
- Contain / reduce events of violence on operators
- Provide the attacked operator with the tools for the proper management of the adverse event
- Provide the company management with elements of reflection to implement improvement plans
- Reduce any disputes

393

3. DESCRIZIONE

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

- Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di:



3.1 Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:

3.2 Problema:

L'istruzione operativa indica all'operatore sanitario come comportarsi in caso di aggressione da parte di terzi (pazienti e/o parenti di questi).

394

3.3 Obiettivi:

Si intende monitorare il numero di eventi, la tipologia, le modalità dell'aggressione, in modo che si possano valutare eventuali azioni correttive a tutela del lavoratore.

Sensibilizzare tutti gli operatori ad un adeguato comportamento nei confronti di soggetti a rischio

3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

- Ridurre quanto più possibile il danno a carico dell'aggressore (paziente e/o parente)



- Contenere/ridurre gli eventi di violenza sugli operatori
- Fornire all'operatore aggredito gli strumenti per la corretta gestione dell'evento avverso
- Fornire alla direzione Aziendale elementi di riflessione per attuare piani di miglioramento
- ridurre gli eventuali contenziosi

Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc:

- Creazione di istruzione operativa: 3 mesi
- Revisione della letteratura esistente: 1 mese
- Formazione del personale: in fase di progettazione
- Partecipazione a focus e a seminari organizzati dalla regione Emilia Romagna inerenti all'argomento

395

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

La pratica è stata implementata?

No

5. RISULTATI

6. CONTESTO



Indicare il contesto sanitario all'interno del quale la pratica è stata inizialmente implementata:

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:	No	
Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:	Si	
396	Fornire elementi utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:	Il fenomeno della violenza su operatori sanitari è purtroppo in aumento in molti ambiti sanitari

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Operatori socio-sanitari
- Terapisti
- Personale scientifico/ricercatori



- Supporto amministrativo (segretarie, impiegati, receptionist, ecc)
- Dirigente medico
- Dirigente qualità
- Risk manager

9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, familiari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No	397
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	

10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
---	----



398	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No
	<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No

11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza. in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

399



***SCHEDA DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO
AGGRESSIONE COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE
ALL'INTERNO DELL'AULSS8 BERICA REGIONE VENETO***

Regione: VENETO

AZIENDA ULSS N.8 BERICA - uos risk management -
direzione medica

Referente: Sara Mondino - sara.mondino@aulss8.veneto.it -
3484521399

N° Posti letto (anno precedente) 1319

N° Dimissioni Ospedaliere (anno precedente) 50218N°

401

Totale personale dipendente (anno precedente) 6117

Stato pratica: Pratica validata

Pratica di: Pratica clinical risk management

Tematica affrontate: Analisi dei rischi e dei danni,
Valutazione dei rischi e dei danni, Formazione in materia di
sicurezza del paziente

Classificazione OBP:

Classificazione PasQ:

2.1 ABSTRACT PER IL CITTADINO

Nell'ambito dell'implementazione all'interno della Aulss 8 della raccomandazione per la prevenzione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari considerato l'importanza



dell'argomento trattato a livello mediatico e nazionale è stato portato avanti un progetto per la valutazione intrinseca del rischio.

È attivo un sistema di monitoraggio degli eventi relativi ad episodi di aggressività negli operatori sanitari, è in essere una procedura sulla gestione della stessa con relativi corsi di formazione sul tema.

In base ai dati raccolti è stato costruito un progetto di valutazione del rischio stratificato attraverso uno strumento dedicato per individuare le aree ed i reparti più esposti in base anche alla frequenza delle segnalazioni al fine di orientare le **402** azioni volte al contenimento del fenomeno. Tale strumento permette attraverso l'attribuzione di un punteggio di gradurare il rischio per quanto riguarda aspetti strutturali, clinico assistenziali in modo tale da orientare con progettualità interventi mirati.

Parole chiave: violenza, strumento, rischio

2.2 ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

2.1 *Aiming to improve*

The project has the following targets in order to reduce acts of violence against health care workers:

- the risk assessment in such a way as to identify the areas of intervention with a priority index
- planning of intervention



2.2 Description of PSP

The project starts from data analysis of data obtained from adverse events concerning violence and aggressiveness for the year 2017. In 2017, 52 aggressive events were reported with 57 records, 53% of records were made by female operators, so as 75% of the attacks were aimed at female staff.

Approximately 90% of the records referred to nurse staff
The areas most involved were the following:

- emergency areas 44%
- psychiatric area 40%
- addiction and toxic addiction area 5%

403

They reflect national statistics data. The attacks were mostly represented by 50% verbal and 30% physical attacks. As for injuries resulting from assaults, they represent 5% of the total.

The tool used is a schedule where are considered different items related to aspects to be analyzed in the services considered:

- logistics, human resources, presence of security technologies, surveillance and surveillance services

2.3 Methods used for evaluating results

The toll contained a graduated score has been identified for each item in the areas most at risk; have been organized



audits with the units involved and will proceed with the assessment of the severity of the risk emerged to guide the related interventions.

Raccomandazioni

Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Eventi avversi

Atti di violenza a danno di operatore

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di: Regione

404 3. DESCRIZIONE

3.1 *Nel caso l'intervento sia stato attuato in applicazione di linee guida e/o raccomandazioni e/o campagne internazionali, descrivere sinteticamente l'iniziativa, nonché le modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale:*

3.2 *Problema:*

Nell'ambito dell'implementazione all'interno della Aulss 8 è attivo un sistema di un sistema di monitoraggio degli eventi relativi ad episodi di aggressività negli operatori sanitari, è in essere una procedura sulla gestione dell'aggressività sulla base della raccomandazione n° 8, vengono attivati corsi di formazione sul tema. In base ai dati raccolti è stato costruito un progetto di valutazione del rischio stratificato



attraverso uno strumento dedicato per individuare le aree ed i reparti più esposti al fine di orientare le azioni volte al contenimento del fenomeno. Tale strumento permette attraverso l'attribuzione di un punteggio di graduare il rischio in base agli item considerati per quanto riguarda aspetti strutturali, clinico assistenziali in modo tale da orientare con progettualità interventi mirati. Il tema in questione afferisce sia al rischio clinico che perciò che riguarda aspetti sia in termini di SAFETY che in termini di SECURITY.

3.3 Obiettivi:

405

Sono stati organizzati degli audit in merito gli episodi recenti che si sono verificati e che hanno coinvolto prevalentemente le seguenti realtà anche in base alle segnalazioni raccolte:

- Psichiatria
- Pronto soccorso
- Servizi delle dipendenze

È stato istituito a livello aziendale un tavolo tecnico trasversale (era già attivo uno ma limitato alla psichiatria) che pone in evidenza azioni strategiche da parte dell'ULSS sull'argomento attraverso anche misure concrete rivolte a proteggere gli operatori sanitari.

- Assicurare sistema di pronto intervento nel caso venga innescato l'allarme



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Luoghi d'attesa x utenti; monitoraggio in termine di adeguatezza e sicurezza
- Installazione di impianti video a circuito chiuso zone considerate ad alto rischio
- Sicurezza degli ambienti idonei evitando elementi potenzialmente pericolosi
- Promozione clima organizzativo al fine di contenere episodi di violenza

Il Progetto è integrato con il Servizio Prevenzione e Protezione e nell'ottica di implementazione della raccomandazioni e richiamando e sviluppando gli argomenti in questione.

406

Servizi coinvolti:

Direzione strategica : direttore sanitario, direttore servizi sociali (per strutture territoriali), servizio tecnico, servizio prevenzione e protezione servizio professioni sanitarie e i referenti delle aree coinvolte.

Il progetto si pone i seguenti obiettivi al fine di ridurre gli atti di violenza nei confronti degli operatori:

- stratificare il rischio in modo tale da individuare le aree di intervento con un indice di priorità

Razionalizzare gli interventi



3.4 Benefici Attesi (vantaggi sia per il paziente che per i professionisti, l'organizzazione sanitaria e il sistema sanitario):

Nel progetto si partirà da una valutazione al tempo zero sulla base delle schede di segnalazione raccolte e in base alla frequenza; verranno presi in considerazione i vari item, seguirà la programmazione o gli interventi necessari, al termine della realizzazione degli stessi verranno valutati gli esiti attraverso i seguenti indicatori:

- Numero di segnalazioni eventi aggressioni e relativa parametrizzazione degli stessi al fine di garantire la sicurezza nell'ambiente stesso, in termini differenziali rispetto all'intervento **407**

Il tutto permetterà l'analisi della realtà considerato nell'ottica di un miglioramento del clima organizzativo del contesto lavorativo anche in termini di benessere.

3.5 Descrivere la buona pratica in maniera il più possibile dettagliata. assicurarsi di descrivere, ad esempio, metodo, implementazione, valutazione, ecc.:

Il progetto parte dall'analisi dei dati ricavati dagli eventi avversi in merito ad atti di violenza ed aggressività per anno 2017. Nel 2017 sono state segnalati 52 eventi aggressioni con 57 segnalazioni il 53% delle segnalazioni sono state effettuate da operatori di sesso femminile, così



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

come il 75% delle aggressioni erano rivolte a personale di sesso femminile.

Circa il 90% delle segnalazioni erano riferite a personale di comparto

Le aree maggiormente coinvolte sono state le seguenti:

- 44% aree emergenza
- 40% area psichiatria
- 5% Servizio delle dipendenze

Il dato riflette le statistiche nazionali.

Le aggressioni sono rappresentate per lo più: 50% aggressioni verbali ed per un 30% fisiche

408 Per quanto riguarda gli infortuni conseguenti ad aggressioni essi rappresentano un 5% rispetto al totale.

Lo strumento utilizzato è quello che ricalca la FMEA dove vengono considerati vari item relativi ad aspetti da analizzare nei servizi considerati:

- logistica, risorse umane, presenza di tecnologie per la sicurezza, servizi di sorveglianza e vigilanza

Sono stati effettuati audit di evento nelle unità coinvolte per un tempo di 6 mesi prima metà dell'anno

Raccolte le criticità e portate all'attenzione aziendale è stato programmato un tavolo tecnico dal quale è emerso la necessità di standardizzare il dato e l'analisi dei singoli processi all'interno delle realtà.

Lo strumento messo a punto permette attraverso l'attribuzione di un punteggio graduato di individuare le aree più a rischio sulla base degli item considerati e della



gravità anche in relazione al numero di eventi segnalati ad esso correlati.

Pertanto l'esito dell'analisi permetterà di orientare le scelte e le relative modalità e tempistiche di intervento al fine di contenere e ridurre l'accadimento di tale tipologie di eventi. Autunno 2018 valutazione T0 e programmazione interventi primo semestre dell'anno 2019 e successiva attuazione 2019 con relativa valutazione del trend dopo il primo semestre del 2019 .

È in fase di elaborazione il diagramma di Gant al fine di calendarizzare gli interventi e la programmazione degli stessi

409

Personale coinvolto:

Direzione Medica Risk Manager servizi prevenzione e protezione servizio professioni sanitarie direttore di strutture tecnico funzionali e dei servizi tecnici aziendali

4. EFFICACIA DELLA PRATICA

La pratica è stata implementata?

No

5. RISULTATI

6. CONTESTO



Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

7. TRASFERIBILITÀ

Indicare se la pratica è stata implementata con successo in altri ambiti rispetto a quelli sopra menzionati:

No

Indicare se la pratica si ritiene trasferibile ad altri contesti:

Si

410



Fornire elementi *utili alla comprensione della trasferibilità o della non trasferibilità della pratica:*

Utilizzo di uno strumento standardizzato per la gradazione del rischio e relativa individuazione delle area ed azioni di miglioramento è riproducibile in ogni contesto. Si cercano di individuare i possibili errori, le modalità di errore, che vengono valutate quantitativamente al fine di identificare il rischio associato ad ognuna. Tenendo poi conto dei parametri di:

- gravità delle conseguenze dovute ad un eventuale errore
- probabilità/frequenza con cui l'errore si può verificare
- possibilità che l'errore possa essere individuato dalle misure di controllo presenti nel sistema

Si calcola l'Indice di Priorità di Rischio che consente di assumere decisioni rispetto alle fasi del processo in cui è necessario apportare azioni di miglioramento

411



8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO

Figure professionali coinvolte nell'implementazione della pratica:

- Personale medico
- Personale infermieristico
- Supporto tecnico
- Supporto ambientale (amministrazione interna)
- Dirigente medico
- Risk manager

412 9. COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

<i>È previsto in coinvolgimento diretto degli utenti del servizio? (utenti del servizio = pazienti, famigliari, rappresentanti dei pazienti, organizzazioni di pazienti):</i>	No
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No



10. IMPLEMENTAZIONE DELLA PRATICA

<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	413
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	
<i>Le informazioni in merito alla pratica sono a disposizione dei pazienti e dei cittadini/utenti del servizio?</i>	No	



11. ANALISI ECONOMICA

Fonti di finanziamento per l'intervento:

Specificare se è stata effettuata una analisi economica dell'intervento ed in caso affermativo, descrivere la metodologia adottata (analisi costo-efficacia? analisi costo-beneficio? analisi costo-utilità?) ed i risultati conseguiti con l'obiettivo di orientare le scelte di eventuali professionisti interessati a replicare l'esperienza.

in caso si intenda effettuare un'analisi economica si può far riferimento alle linee guida ispor rct-cea per l'analisi di costo-efficacia:

414

12. COSTI

Stima: 0€ - Indiretto (7%): 0€ - Totale: 0€

Personale

Altro Personale

Altro Costo

