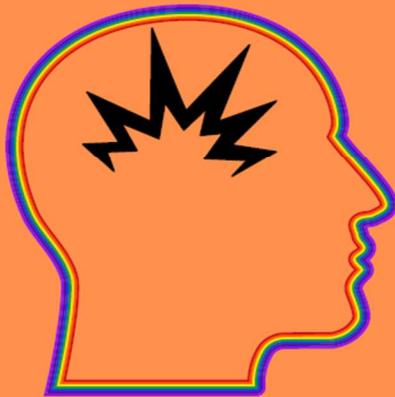




ASSESSORATO DELLA SALUTE
SERVIZIO 1 - DASOE

AGGRESSIONE E VIOLENZA IN SANITÀ: LINEE GUIDA REGIONALI



Paolo Conte* - Maria Teresa Triscari*
Rosaria Bonventre*

Con il contributo di:

Cristina Lazzara
Anna Pedone
Valentina Salamone

* Componenti del Gruppo di Coordinamento Regionale per la Prevenzione degli Atti di Violenza e delle Aggressioni Verbali e/o Fisiche a danno degli Operatori Sanitari delle Strutture Sanitarie Pubbliche della Regione Siciliana (D.A. n. 315 del 28/03/2023)

Assessorato della Salute

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE)

Servizio I – “Prevenzione secondaria, malattie professionali e sicurezza nei luoghi di lavoro”

Responsabile: Dott.ssa Lucia Li Sacchi

PREFAZIONE

Il primo ottobre di quest'anno il Presidente della Repubblica Italiana, Sergio Mattarella, ha emanato il decreto legge, di pari data, n.137 recante “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria”.

Tale provvedimento modifica gli articoli del codice di procedura penale n. 380 (arresto obbligatorio in flagranza) e n. 382 bis (arresto in flagranza differita): si estende l'arresto obbligatorio in flagranza anche agli atti di violenza che causano lesioni personali ai professionisti sanitari o che producono danni ai beni mobili e immobili destinati all'assistenza sanitaria, con la conseguente compromissione del servizio pubblico erogato dalle strutture. Inoltre prevede l'applicazione dell'arresto obbligatorio in flagranza, anche “differito”, ossia operato nelle quarantotto ore successive alla condotta delittuosa inequivocabilmente provata da documentazione video-fotografica.

La norma modifica anche l'articolo n.365 del codice penale prevedendo una pena aggravata per chi danneggia beni mobili o immobili all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, compresi beni di medici e personale sanitario: reclusione da uno a cinque anni e multa fino a 10.000 euro e la pena è aumentata se il fatto è commesso da più persone riunite.

Si tratta di un provvedimento triste, figlio di un clima di disagio che da qualche anno affligge ambienti lavorativi che per mandato operativo e per la delicatezza della casistica trattata dovrebbero essere improntati alla massima serenità. Un clima insopportabile, che crea malessere e ne lascia i segni nel tempo.

È un provvedimento legislativo orientato al deciso contrasto ad una deriva culturale becera che vede al timone balordi che non solo hanno perso il senso della misura, del rispetto e della salvaguardia personale, ma che non tengono più in alcun conto le elementari regole del vivere civile. Quanto farebbe bene a questi soggetti, fare un giro, con animo in sedazione, per i reparti dei nostri presidi ospedalieri, posti dove con ogni probabilità non sono mai stati, negli ambulatori, negli studi dei medici famiglia o dei pediatri di libera scelta. Si accorgerebbero di quanta umanità, di quanta dedizione e di quanta pazienza e sacrificio alberghi negli ambienti dove gli operatori curano i loro malati. I malati di tutti, i malati di chiunque, senza alcuna differenza d'impegno.

È materia di antropologi, sociologi, psicologi trovare le radici di un fenomeno, solo in apparenza inspiegabile, che affonda le radici in paludi di degrado che ammorbano la quotidiana esistenza nel nostro Paese. Ai professionisti che hanno scelto di servire l'altro, tocca, invece, reagire secondo i canoni più consoni.

Tale reazione, che invoca tutela generale, non va inquadrata individualmente, solo come protezione dai danni fisici a cui i professionisti sono esposti, ma va condotta all'insegna di un obiettivo concomitante e parimenti prioritario che guarda alla qualità del loro lavoro, al suo fine ultimo: la centrale attenzione al paziente. Perché le due cose sono intimamente collegate. Infatti le aggressioni al personale sanitario non producono solo lesioni fisiche che interrompono la continuità di un servizio, interruzioni di assistenza, ritardi, turbamenti e disturbi operativi ma

danneggiano, direttamente e contemporaneamente, i pazienti in attesa di prestazioni. Quando alle aggressioni si assommano danneggiamenti a strutture e strumenti medicali a pagarne le spese non è solo l'azienda sanitaria in termini economici, ma l'utente che deve fare i conti con l'improvvisa e imprevedibile indisponibilità di mezzi diagnostici. L'incolpevole utente che, a causa di un suo simile uscito di senno, si carica sulle spalle la più squalificante delle inefficienze di un servizio a cui avrebbe naturalmente e regolarmente diritto.

Non è più tollerabile tale stato di cose. Non è più ammissibile che ogni giorno chi si impegna con scrupolo all'assistenza sanitaria debba convivere con la minaccia di essere oggetto di violenza.

Ben vengano, allora, provvedimenti coercitivi che inaspriscono i disposti di legge già approvati lo scorso anno, a scopo preventivo e di deterrenza, che aumentino le pene per gli aggressori, che prevedano la procedibilità d'ufficio, indipendentemente dalla denuncia dell'aggressito che mirino al potenziamento dei presidi di polizia negli ospedali.

Ma forse non basterà. La battaglia contro il mortificante fenomeno va condotta anche sul piano culturale, cominciando dai banchi di scuola, prendendo per mano le associazioni e quel terzo settore capace di coinvolgere tutti gli stakeholder interessati alla soluzione del problema.

Il Dipartimento che dirigo sta facendo la sua parte nel rispetto delle competenze e delle risorse che la Regione gli ha assegnato. Ha prodotto Linee Guida rivolte al personale sanitario che opera a contatto col pubblico in ogni ambiente, dalle direzioni strategiche ai mezzi di soccorso in urgenza/emergenza. Ha promosso incontri, riflessioni con i responsabili della sicurezza aziendale, ha in programma convegni e corsi sul tema. Perché è importante puntare sulla formazione specifica, che guardi a modelli omogenei, che sappia flettersi ai variabili bisogni, che sappia essere coinvolgente e, davvero, fortificante, e che, soprattutto, sappia andare oltre il desueto estote parati.

La produzione di questa pubblicazione, destinata al consumo interno e rivolta agli addetti ai lavori, costituisce un piccolo passo lungo l'impervio sentiero della condivisione di concetti e metodologie efficaci nella spinosa materia. Ha la sola e legittima presunzione di costituire un semplice eppure chiaro punto di riferimento. È un lavoro che si fonda su fattori determinanti: esperienza sul campo ed evidenza scientifica. Il risultato di questo lavoro si deve all'impegno degli autori, che ringrazio particolarmente, a coloro che nell'ambito del Gruppo di Coordinamento regionale specifico hanno fornito la loro collaborazione e alla dirigente del servizio che li ha seguiti e agevolati con amorevole dedizione.

Sono piccoli passi come questo, che insieme ai tanti altri delle istituzioni che ne hanno titolo, che ci aiutano ad allungare la distanza dai rischi e dalle sofferenze di chi lavora che Charles Dickens nel suo Tempi Difficili (Hard Times) seppe mirabilmente tracciare quasi due secoli addietro.

Salvatore Requirez

Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Assessorato della Salute - Regione Siciliana

INDICE

CAPITOLO 1 LA RICERCA E IL QUADRO NORMATIVO NEL MONDO	1
CAPITOLO 2 LA RICERCA E IL QUADRO NORMATIVO IN ITALIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA REGIONE SICILIA.....	8
CAPITOLO 3 LE MISURE CORRETTIVE	13
3.1 Misure correttive strutturali	13
3.2 Misure correttive relative alla accoglienza.....	14
3.3 Misure correttive relative alla modalità di informazione e comunicazione....	14
3.4 Misure correttive operative	15
3.5 Misure correttive relative alla formazione del personale.....	17
CAPITOLO 4 LINEE GUIDA DELLA REGIONE SICILIANA.....	22
CONCLUSIONE	65
BIBLIOGRAFIA	66

CAPITOLO 1

LA RICERCA E IL QUADRO NORMATIVO NEL MONDO

L'International Labour Organization (ILO) definisce la violenza sul luogo di lavoro come *"qualsiasi azione, incidente o comportamento che si discosti da una condotta ragionevole in cui una persona viene aggredita, minacciata, danneggiata, ferita nel corso o come diretta conseguenza del suo lavoro"*. Sono incluse in questa definizione anche la violenza e le molestie basate sul genere (vedi Convenzione C 190 e Raccomandazione 206 dell'International Labour Organization, 2003).

Come rilevato dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie (legge 14 agosto 2020, n. 113) la violenza e l'aggressività all'interno di contesti lavorativi sono un aspetto critico piuttosto emergente, specie nei contesti sanitari,

costituendo un importante problema di salute pubblica. Tuttavia, gli interventi di prevenzione e formazione del personale non sono attuati in modo costante e spesso risultano inefficaci. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002), tra l'8% e il 38% degli operatori sanitari subisce violenza fisica, mentre il 58% subisce aggressioni verbali, seguite da minacce (33%) e molestie sessuali (12%).



La mancanza di regolamenti normativi specifici, rende difficile l'attuazione di interventi volti al raggiungimento di tale obiettivo e solo recentemente ne sono stati pubblicati alcuni nei vari paesi occidentali. Se si da uno sguardo alle politiche di welfare nei vari paesi, alcune applicazioni di leggi risultano particolarmente rilevanti e virtuose, sia pur talvolta permanendo nella genericità del concetto di prevenzione.

In particolare, l'aggressività e la violenza nelle strutture sanitarie rappresenta un problema crescente in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) rileva che la violenza fisica tra gli operatori sanitari si attesta tra l'8% e il 38%. Molti di più sono i minacciati o gli esposti ad aggressioni verbali. Similmente, altre ricerche sembrano suggerire che circa un quinto degli operatori sanitari subisca violenze perpetrate dai pazienti o dai loro familiari ogni anno (Arnetz et al. 2001, Kalvemark et al. 2004; Ramacciati et al. 2015; Ramacciati et al. 2018; Schablon et al. 2021).

Seppure tale violenza, in ambito sanitario, è diffusa in molte aree, nei pronto soccorso è spesso evidenziata come motivo di particolare preoccupazione (Brunero et al., 2021). In effetti, i dati indicano che il personale del pronto soccorso ha maggiori probabilità di subire violenze rispetto a ciò che avviene in altre aree dell'assistenza sanitaria (Sharifi et al., 2020; Zoleo et al., 2020)

e quindi molti operatori sono preoccupati per la propria incolumità. Diversi studi hanno mostrato prevalenze più alte di violenza fisica (31%) e non fisica (62.3%) nei 12 mesi precedenti in pronto soccorso rispetto ad altre aree di soccorso medico. Tale pervasività ha come conseguenza una sorta di accettazione della violenza nel posto di lavoro come “parte normale della quotidianità lavorativa”, attitudine che comporta una grave riduzione nelle segnalazioni agli organi competenti, nonché un elevato tasso di stress e rischio di burnout (Schuffenhauser e Hettmannsperger-Lippolt, 2021). Questi dati, che suggeriscono una rassegnazione passiva alla violenza perpetrata nei loro riguardi e la riluttanza a riportare gli incidenti, sono stati confermati in molti studi internazionali (Beccaria, 2020; Hogarth et al., 2016; Ramacciati, Ceccagnoli, Addey, Lumini, et al., 2018; Ramacciati, Ceccagnoli; Rasero, 2018; Stene et al., 2015). Due recenti meta-sintesi hanno confermato che la sensazione di inevitabilità di tale violenza rappresenta il principale tema che emerge dai sondaggi (Al-Qadi, 2020; Ashton et al., 2018). In generale, infermieri e operatori sanitari sono soggetti così frequentemente ad abusi fisici e verbali in alcuni pronto soccorso che tali aggressioni sono diventate una prassi accettata del loro lavoro (Hogarth et al, 2016).

Questi dati allarmanti suggeriscono la necessità di agire a livello organizzativo e istituzionale, sia per assicurare una riduzione della violenza sul luogo di lavoro, sia per incrementare il grado di fiducia dei lavoratori nella possibilità di migliorare le loro condizioni di sicurezza.

La letteratura sulla prevalenza di violenza e aggressività nei confronti dei lavoratori nei pronto soccorso è estremamente ricca e sembra suggerire una diffusione su scala globale. Studi su coorti provenienti da diversi paesi sembrano infatti concordare sulla severità del problema, seppur con prevalenze differenti. Una review di studi operati in 18 stati ha mostrato significative discrepanze nelle segnalazioni di aggressività verbale (21-82%) e fisica (13-79%) nei pronto soccorso di diversi stati e regioni del mondo (Ramacciati et al. 2015). Seppure questi dati sembrino suggerire una differenza notevole tra uno stato e l’altro, tali discrepanze potrebbero essere anche legate al diverso tasso di segnalazioni, che rappresenta una limitazione notevole in questi studi (Ayasreh e Hayajneh, 2021). Le segnalazioni variano da percentuali estremamente basse, come il 3% nei pronto soccorso irlandesi alla recente stima del 91,5% in Italia (Ramacciati et al. 2019). Una recente review ha confermato che queste differenze sono estremamente comuni in letteratura (Nikathil et al. 2017) e potrebbero essere legate anche alla differente grandezza dei campioni – i tassi infatti si riducono all’aumentare dei partecipanti (Wright-Brown et al., 106). In ogni caso, la letteratura sembra suggerire una tendenza al rialzo, secondo cui la frequenza di episodi di violenza raggiunge in media il 50% dei lavoratori (Edward et al., 2014).

Nel Regno Unito, la violenza nei confronti degli operatori sanitari è considerata un serio problema. Le ultime statistiche dimostrano che nel 2021 il 14,3% dei lavoratori ha sperimentato almeno un atto di violenza fisica durante l’anno – che corrisponde a circa 200 attacchi violenti al giorno. Tra gli operatori sanitari che lavorano nel soccorso in ambulanza, i tassi di abuso

sono stati ancora maggiori, raggiungendo il 31,4%. (Peoplesafe, 2022). Nel 2017, il Royal College of Nursing (2017) ha riportato il 28% di violenza fisica tra i 6000 infermieri che hanno partecipato al sondaggio. Anche il Royal College of Emergency Medicine (2019) ha espresso preoccupazione per la crescente violenza nei confronti dei lavoratori del National Health Service (NHS), e in particolare per coloro che lavorano nei pronto soccorso. Tali numeri aumentano se si prendono in considerazione aggressività o violenza verbale psicologica.

In questo paese sono state applicate strategie preventive basate su un miglioramento delle condizioni ambientali, tra cui l'applicazione di strumenti di allarme, metal detector e una maggiore presenza di membri della sicurezza. Nel 2017 è stato anche redatto l'Assault on Emergency Workers (Offences) Bill (2017), un disegno di legge che ha introdotto un nuovo reato di aggressione nei confronti degli operatori sanitari con nuove e più severe misure.



Un'altra strategia che è stata adottata in diversi paesi, tra cui il Regno Unito, è la zero tolerance policy, che stipula l'inaccettabilità di determinate azioni e comportamenti e una pronta azione legale. Tuttavia, l'efficacia di questo approccio è stata contestata (Lau et al. 2004). Pochi sono gli studi che hanno valutato l'efficacia di questo tipo di interventi volti a ridurre la violenza nei pronto soccorso e quelli che sono stati svolti tendono a fornire risultati non definitivi dovuti a problemi di disegni di studio, difficoltà a definire il concetto di violenza e scarsità di pubblicazioni.

In ambito di ricerca, risulta molto utile uno studio che è stato condotto, sempre nel Regno Unito, dal gruppo di lavoro costituito da esperti di un'agenzia nominata Design Council che ha indagato le principali cause di innesco di fenomeni di violenza. Da tale indagine è emerso che molte di queste cause sono connesse alle condizioni ambientali, strutturali, organizzative e alla carenza di formazione specifica sulle strategie di comunicazione ai lavoratori delle zone di attesa del Pronto Soccorso/Dipartimento d'Emergenza. Dai dati raccolti attraverso centinaia di ore di osservazione e interviste condotte nei Pronto Soccorso anglosassoni, il gruppo di ricerca ha individuato nove fattori che, trasversalmente, incidono sullo stato d'animo delle persone in attesa e sul loro livello di nervosismo e aggressività: l'affollamento, i lunghi tempi di attesa, la presenza di spazi non ospitali e non confortevoli, lo stato psico-emotivo e il livello di stress o di dolore, la percezione di poca sicurezza e di inefficienza, le risposte generiche e imprecise, e l'affaticamento dello staff.

Sebbene non tutti questi fattori siano direttamente connessi con le caratteristiche dello spazio, tutti hanno a che fare con il più ampio concetto di 'ambiente ospedaliero', nel quale ricadono fattori spaziali, organizzativi, relazionali e percettivi. L'applicazione di alcuni dei principi

emersi dallo studio ha portato a un miglioramento complessivo dell'esperienza dei pazienti nelle aree di attesa dei due Dipartimenti di Emergenza nei quali è stata condotta la sperimentazione.

Da una parte, sono stati introdotti dispositivi (cartacei, digitali e di segnaletica) per informare e



guidare i pazienti; dall'altra, sono stati formati gli operatori alla prima accoglienza e nelle zone di accettazione e triage per interagire correttamente con pazienti aggressivi e violenti. Come risultato, si sono ridotti del 50% gli episodi di violenza verbale e gli atteggiamenti minacciosi, si è ridotta dal 17% al 9% la percentuale dei pazienti che si sentivano dimenticati dallo staff, è migliorato notevolmente l'umore degli operatori e il benessere lavorativo.

In Germania, uno studio al Frankfurt University Hospital ha riportato un'incidenza del 3% nella violenza fisica (2019). Tuttavia, un più recente studio di Schuffenhauser e Hettmannsperger-Lippolt (2021) ha rivelato un tasso di violenza verbale nei 12 mesi precedenti dell'81,1% nello staff femminile e del 74,8% tra i partecipanti maschili. La prevalenza di violenza fisica nei 12 mesi precedenti è risultata del 43,9% per le donne e del 37,9% per gli uomini, con una significativa associazione tra violenza sperimentata e tassi di stress rilevati durante lo studio. Similmente, anche Schablon et al. (2022) hanno riportato alti tassi di violenza fisica e abusi verbali nel pronto soccorso tedeschi. Particolarmente allarmante appare il tasso di violenza da parte di parenti dei pazienti (64,4% - 94% di tale violenza sotto forma di abuso verbale). Anche in questo caso è stata riportata una correlazione tra esperienze violente e stress percepito. In un precedente studio è stato inoltre riscontrato che il 97,5% aveva sperimentato insulti o sputi almeno una volta durante il corso della propria carriera professionale. Anche in Germania negli studi qualitativi gli impiegati descrivono la violenza sul luogo di lavoro come una parte "normale" della loro professione.

Alti tassi di violenza nei pronto soccorso sono riportati anche in altri stati europei. Un recente studio ha investigato atti di violenza fisica e non fisica nel settore sanitario in 1089 infermieri provenienti da 5 paesi (Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Turchia e Spagna), riscontrando un tasso di violenza non fisica del 54% e di esposizione ad atti violenti del 20%. Anche in questo caso, la maggior parte dei perpetratori (70%) erano parenti dei pazienti (Babiarczyk et al., 2020). È interessante notare come lo studio indichi anche che il 50% di coloro che avevano subito violenza non avevano fatto alcuna segnalazione perché ritenevano tale azione inutile o non importante. Gli autori concludono che i lavoratori sanitari sono spesso sia vittime che testimoni di violenza sul luogo di lavoro. Tale esperienza rimane spesso sotto traccia, a causa della percezione dei lavoratori di non essere tutelati e che le cose non possano cambiare. Il primo passo per la risoluzione di tale problema è dunque non soltanto riconoscerne l'esistenza, ma anche assicurare una maggiore tutela dei lavoratori a seguito di atti violenti (Babiarczyk et al., 2020).

Complessivamente, gli studi riportati sembrano indicare una preoccupante diffusione su scala globale di violenza e aggressività nei confronti degli operatori dei pronto soccorso. Emerge inoltre in maniera diffusa una scarsa fiducia da parte degli operatori nella possibilità che tali eventi possano essere ridotti significativamente o gestiti adeguatamente. Infine, la correlazione riportata tra i tassi di violenza e il grado di stress percepito, suggerisce la necessità di intervenire tempestivamente nella costituzione di strategie preventive per evitare il rischio di burnout, già ampiamente diffuso tra gli operatori sanitari.

Diversi studi hanno mostrato come misure preventive, protettive e post-incidente possano ridurre lo stress percepito e il rischio di burnout conseguente a esperienze violente (Schablon et al. 2018; Vincent-Höper, S, 2020; Wirth, T. 2021). Uno studio tedesco ha mostrato che quando il luogo di lavoro forma i lavoratori ad affrontare potenziali incidenti violenti, il grado di stress percepito diminuisce significativamente a seguito dell'evento aggressivo (Schablon et al. 2018). Similmente, studi hanno dimostrato come una buona resilienza pre-evento giochi un ruolo fondamentale nel contesto della prevenzione della violenza, così come maggiori strategie di coping a fronte di un evento fisicamente o verbalmente violento (Schuffenhauer et al. 2022).

In Australia è stato istituito il cosiddetto “Code Black”, volto a stipulare una reazione coordinata dello staff e dei membri della sicurezza a un atto o una minaccia di aggressione fisica o violenza effettuata da un paziente, un membro della famiglia o un visitatore nei confronti dello staff sanitario all'interno del setting ospedaliero. Spesso, il comportamento aggressivo subisce una de-escalation verbale da parte dello staff. Tuttavia, talvolta azioni di contenimento fisico diventano necessarie. I risultati di un recente studio suggeriscono tuttavia l'assenza di linee guida specifiche nell'implementazione del Code Black, mancanza che lo rende poco efficace nella sua azione di riduzione del rischio. In particolare, dallo studio emerge l'assenza di linee guida per la valutazione del rischio in un paziente agitato, assenza di formazione in pratiche di de-escalation e su come e quando definire una situazione “Code Black” e l'assenza di ruoli specifici in caso di necessità di contenimento fisico. In generale, il Code Black non prevede un approccio sistematico alla coordinazione di risorse e personale, comportando confusione in merito al modo più adeguato di permettere allo staff di rimanere in sicurezza.

Gli autori concludono affermando che la capacità individuale di gestione del rischio dipendeva dall'aver appreso autonomamente strategie durante le circostanze di pericolo da altri membri dello staff più esperti (Davids et al. 2021). È interessante notare come anche negli Stati Uniti non ci siano chiare linee guida o obbligazioni da parte della sanità di supportare lo staff attraverso l'implementazione di formazione, sicurezza e protezione a fronte di esperienze di violenza. Seppure lo staff sia fortemente incoraggiato a segnalare atti di violenza, l'evidenza a tal merito è coerente con quanto riportato in altri paesi, indicando una significativa sottostima di attacchi violenti al personale sanitario statunitense.

Altri studi hanno cercato di individuare quali modifiche possano essere apportate allo scopo di rendere il pronto soccorso un luogo più sicuro per chi ci lavora. Lo studio di Pich et al. (2017) ha rivelato che le tre attività a più alto rischio di escalation violenta per gli infermieri sono la valutazione durante il triage, la comunicazione con i pazienti e la gestione delle reazioni dei pazienti ai ritardi (Pich et al. 2017). Najavi et al. (2018) hanno riscontrato inoltre che non soddisfare le aspettative dei pazienti o delle loro famiglie era spesso la causa dell'insorgenza di episodi violenti. In linea con queste evidenze, Efrat-Treister e colleghi (2019) hanno ipotizzato che degli approcci psicologici alla gestione dei tempi d'attesa e della coda possano ridurre la violenza. Effettivamente, gli autori hanno evidenziato che il sovraffollamento in pronto soccorso è positivamente correlato con maggiori episodi violenti, e che questi potrebbero essere ridotti nei casi in cui i pazienti avessero percepito che il loro tempo d'attesa fosse stato più breve (Efrat-Treister et al. 2019). Oltre alla gestione del rischio e alle misure di sicurezza, molti potrebbero essere gli aspetti da modificare e migliorare, tra cui l'uso e l'implementazione di teorie della gestione delle code e una maggiore attenzione all'estetica degli ambienti d'attesa (health innovation network 2019). Allo stesso tempo, ambienti meno stressanti e più privati potrebbero essere adibiti a pazienti con problemi di salute mentale (Ettorre et al., 2018).

Alcuni degli approcci legati alla gestione della violenza fisica nel pronto soccorso includono la presenza di un numero maggiore di guardie di sicurezza, utilizzo di sedativi e contenimento fisico. Ramacciati e colleghi (2018) hanno indicato, in particolare, la necessità di cambiamenti strutturali e ambientali e la presenza di maggiore agenti di polizia e di telecamere di sicurezza. Negli Stati Uniti, è stata suggerita la disposizione di Taser elettrici (Lefton, 2014).

Tuttavia, diversi autori hanno sollevato preoccupazioni rispetto all'appropriatezza di questi strumenti. È stata suggerita anche la necessità di una maggiore formazione nel campo della prevenzione della violenza per tutti gli operatori del pronto soccorso, focalizzata sulla valutazione del rischio, il pronto intervento e le misure di sicurezza. Effettivamente, Sharifi et al. (2020) hanno riscontrato che a seguito di tali corsi di formazione, gli episodi di violenza si riducevano significativamente.

Dal punto di vista legislativo, negli Stati Uniti la legge OSHA (Occupational Safety and Health Act) impone ai datori di lavoro di mantenere un ambiente di lavoro sicuro e sano, includendo la protezione contro la violenza e pubblicando linee guida specifiche per la prevenzione della violenza nei settori sanitario e sociale. Degno di nota, nel panorama statunitense, anche il documento detto Workplace Violence Prevention for Health Care and Social Service Workers Act, che è stato proposto per stabilire standard nazionali per prevenire la violenza nei luoghi di lavoro in ambito sanitario e sociale.

In Australia, la Work Health and Safety Act 2011, legge molto simile alle leggi di altri paesi tra cui l'Italia, impone ai datori di lavoro l'obbligo di garantire un ambiente di lavoro sicuro, incluso l'affrontare i rischi legati alla violenza, mentre il codice Code of Practice: Violence, Aggression

and Bullying 2007 fornisce linee guida specifiche su come prevenire e gestire la violenza e l'aggressività nei luoghi di lavoro, incluso il settore sanitario.

In ambito europeo, spicca quanto legiferato dal Regno Unito: l'Health and Safety at Work Act 1974 è una legge impone ai datori di lavoro il dovere di garantire, per quanto ragionevolmente possibile, la salute e la sicurezza dei loro dipendenti includendo la prevenzione della violenza sul lavoro. In particolare, l'NHS Violence Reduction Standards (2021) ha sviluppato standard per la riduzione della violenza, che includono strategie di prevenzione, formazione del personale e supporto alle vittime.

CAPITOLO 2

LA RICERCA E IL QUADRO NORMATIVO IN ITALIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA REGIONE SICILIA

In Italia, il Ministero della Sanità ha pubblicato la Raccomandazione n. 8 (2007) in merito alla prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari. Un aspetto fondamentale che è stato trattato, riguarda la realizzazione di sale d'attesa apposite al fine di minimizzare le



condizioni di stress, le quali sono risultate più frequenti proprio in tali spazi (D'Ettorre et al. 2018). In assenza di solide evidenze in merito all'efficacia di ciascun singolo metodo di intervento, Ramacciati e colleghi (2018) hanno identificato 24 quadri teorici sulla violenza contro gli operatori sanitari che potrebbero essere utili nella costruzione di protocolli volti a mitigare questo fenomeno.

In generale, la ricerca sembra suggerire la necessità di implementare maggiori soluzioni di gestione che siano più pratiche ed efficaci, per promuovere la sicurezza e il supporto sia agli operatori a rischio che ai pazienti vulnerabili.

Più recentemente, il Ministero della Salute con il decreto n. 13 del gennaio 2022 ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e sociosanitarie (ONSEPS), già previsto dalla legge 113 del 2020. L'articolo 3 ne descrive compiti e funzionamento:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti;
- d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;
- e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe;

- f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto al fine di migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

Il Ministro ha sottolineato che, a fronte del numero crescente di episodi di violenza segnalati a danno degli operatori sanitari, nello specifico, 60 operatori nel 2021 e 85 nel 2022, è indispensabile individuare le strutture più a rischio anche alla luce della collaborazione avviata con il Ministero degli Interni per garantire maggiore sicurezza all'interno degli ospedali. Inoltre, il Ministro ha evidenziato la programmazione di un tavolo tecnico dedicato ai Pronto Soccorso in quanto strutture individuate a maggiore esposizione di episodi di aggressione.

Le principali problematiche attenzionate dai gruppi di lavoro sono: la raccolta dei dati al fine di monitorare il fenomeno, anche attraverso una più stretta collaborazione con le regioni; la sensibilizzazione al fine di rendere i cittadini maggiormente consapevoli del rapporto di fiducia con i medici e gli operatori sanitari; la formazione per il personale sanitario.

Le disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 evidenziano la necessità che gli atti di violenza vadano affrontati con l'obiettivo di “eliminare e/o ridurre al minimo l'esposizione dei lavoratori a rischi legati all'attività lavorativa per evitare infortuni o malattie professionali”. Questo decreto riguarda la tutela della salute e la sicurezza sul lavoro includendo la protezione dei lavoratori da atti di violenza e aggressività. Prevede l'obbligo per i datori di lavoro di valutare e gestire i rischi, inclusi quelli legati a comportamenti aggressivi.

Oltre a quanto già attenzionato da tale decreto, alcune circolari ministeriali forniscono linee guida specifiche per la gestione della violenza nei contesti sanitari, promuovendo la formazione del personale e l'adozione di misure preventive.

Nello specifico, il Ministero della Salute ha emesso diverse circolari e direttive per affrontare la violenza nei contesti sanitari. Qui di seguito alcune delle principali circolari e documenti:

1. Circolare del Ministero della Salute del 13 marzo 2007: ha come obiettivo la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. È stata emessa in risposta all'aumento degli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario e fornisce indicazioni sulle misure di prevenzione e gestione di tali situazioni.
2. Circolare del Ministero della Salute n. 18 del 2013: fornisce ulteriori dettagli sulle iniziative da intraprendere a livello regionale e locale per migliorare la sicurezza dei lavoratori della sanità, inclusi programmi di formazione specifica per il personale e l'implementazione di sistemi di allarme e di sicurezza.
3. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2018: sebbene non sia una circolare ministeriale specifica, questa direttiva riguarda il piano nazionale per la sicurezza degli operatori sanitari e la gestione del rischio di violenza nelle

strutture sanitarie e sociosanitarie. Promuove la formazione del personale, la realizzazione di piani di prevenzione e la creazione di percorsi di sostegno per le vittime di violenza.

4. Linee di indirizzo nazionali per la sicurezza degli operatori sanitari e sociosanitari: pubblicate nel 2018, queste linee offrono indicazioni pratiche per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Includono raccomandazioni per la formazione, la creazione di un ambiente di lavoro sicuro e la gestione dei casi di violenza.

Questi documenti rappresentano una guida importante per le strutture sanitarie e gli enti locali nel prevenire e gestire la violenza sul luogo di lavoro. Le strutture sanitarie sono incoraggiate a sviluppare piani specifici per la sicurezza, a formare adeguatamente il personale e a creare un ambiente di lavoro che riduca al minimo il rischio di episodi di violenza.

Il tema della tutela del personale sanitario e socio-sanitario è stato già oggetto di recente attenzione da parte del legislatore, che con il decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34, è intervenuto a modificare il secondo comma dell'articolo 583-qater del codice penale, prevedendo una pena aggravata a carico di chiunque arrechi lesioni personali, indipendentemente dalla loro gravità, ai predetti professionisti durante l'esercizio delle loro attività. Nel medesimo decreto è stata prevista anche la possibilità, per il questore, di istituire presso le strutture dotate di un reparto di emergenza-urgenza, in considerazione del bacino di utenza e del livello di rischio della struttura, presidi fissi della Polizia di Stato.

Successivamente, con il decreto legislativo 19 marzo 2024, n. 31, è stata prevista la procedibilità d'ufficio per il reato di lesioni a danno del personale sanitario e sociosanitario, garantendo la perseguitabilità delle condotte criminose indipendentemente dalla denuncia da parte della persona offesa.

I predetti interventi normativi si fondano sull'esigenza di tutelare i professionisti operanti in ambito sanitario. Tale esigenza continua ad essere attuale e, pertanto, si pone, con necessità e urgenza, alla base di questo ulteriore intervento normativo.

Il Decreto-Legge n. 137 del 1° ottobre 2024 **“Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria”**, entrato in vigore il 2 ottobre 2024, interviene con nuove disposizioni per affrontare in maniera più strutturata ed efficace questo fenomeno. Questa normativa nasce in risposta all'aumento degli episodi di aggressioni e danneggiamenti negli ospedali e nelle strutture sanitarie, in particolare nei pronto soccorso, e mira a proteggere il personale e le infrastrutture sanitarie.

In particolare, si interviene sul codice penale, prevedendo una pena aggravata per il reato di danneggiamento nell'ipotesi in cui la condotta delittuosa sia posta in essere all'interno o nelle

pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private.

Si interviene, altresì, sul codice di procedura penale, allo scopo di prevedere, in caso di episodi violenti nei contesti sanitari, l'arresto obbligatorio in flagranza, anche “differito”, ossia nelle quarantotto ore successive alla condotta delittuosa inequivocabilmente provata da documentazione videofotografica. Al fine di garantire l'effettiva applicabilità di tale istituto, si prevede, inoltre, l'adozione di apposite linee guida anche con riguardo all'utilizzo dei dispositivi di videosorveglianza nelle strutture presso le quali opera personale sanitario e socio-sanitario, fermo restando il rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

Gli articoli del Decreto-Legge n. 137/2024 si possono così riassumere:

- **articolo 1: Modifiche dell'articolo 635 del codice penale.**
La nuova norma prevede pene per chi danneggia beni all'interno delle strutture sanitarie, applicando la reclusione da uno a cinque anni e una multa fino a 10.000 euro. Se il danno è causato da più persone, la pena sarà aumentata;
- **articolo 2: Modifiche agli articoli 380 e 382-bis del codice di procedura penale.**
Si introduce l'arresto obbligatorio in caso di lesioni al personale sanitario e per danneggiamenti di beni destinati al servizio sanitario. Si stabilisce anche l'arresto in flagranza differita per aggressioni a professionisti sanitari, utilizzando documentazione video o fotografica per l'identificazione dei colpevoli;
- **articolo 3: Misure applicative dell'articolo 7 della legge 14 agosto 2020, n. 113.**
Linee guida per la videosorveglianza. Il Ministro della Salute, in collaborazione con il Ministro dell'Interno, dovrà adottare misure applicative uniformi in tutto il Paese per prevenire aggressioni, incluse linee guida per l'utilizzo dei sistemi di videosorveglianza, che dovranno essere segnalati con cartelli informativi;
- **articolo 4: Clausola di invarianza finanziaria.** Non saranno previsti nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica derivanti dalle disposizioni del decreto;
- **articolo 5: Entrata in vigore.** Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

A livello regionale, il Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha istituito con Decreto Assessoriale n. 315 del 28 marzo 2023 il “*Gruppo di Coordinamento Regionale per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana*”. Il Gruppo di lavoro interviene nella prevenzione delle aggressioni ed atti di violenza in ambito sanitario, nel promuovere ed organizzare iniziative di informazione, formazione e comunicazione degli operatori sanitari, nella gestione organizzata dei rischi lavorativi da aggressione ed atti di violenza presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana. Inoltre nella predisposizione di un documento di Linee

Guida per la prevenzione dei rischi lavorativi da aggressione ed atti di violenza presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana.

“Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana” sono state approvate dalla Regione Sicilia con Decreto Assessoriale n. 1603 del 21 dicembre 2023.

Il Gruppo di lavoro che ha elaborato tali Linee Guida, ha sottolineato che, pur essendo la valutazione del rischio aggressioni già imposta per norma, sono presenti difficoltà nell’approccio e gestione di tale problema, non essendo ancora regolamentato in termini giuridici e preventivi.

In tal senso, le Linee Guida sopra citate si basano sul presupposto che una corretta politica orientata alla sicurezza dei lavoratori porti un ritorno positivo in azienda, non solo per ciò che concerne i rapporti umani, ma anche in termini di produttività. Benessere psico-fisico e ambientale, positività diffusa e produttività aumentata sono solo alcuni dei benefit che possono svilupparsi nell’ambiente lavorativo grazie a un mirato investimento su prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.



CAPITOLO 3

LE MISURE CORRETTIVE

Le linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana (D.A. Decreto n. 1603 del 21/12/2023) forniscono, concretamente, un elenco delle misure strutturali e tecnologiche qui di seguito sintetizzate.

Al fine di facilitare e semplificare la identificazione e applicazione di interventi correttivi aziendali finalizzati alla gestione delle aggressioni e della violenza nei reparti ospedalieri, qui di seguito sono sintetizzati e schematizzati alcune possibili misure da adottare.

3.1 Misure correttive strutturali

- Valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza e/o aggressione;
- Assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli e idonei a minimizzare i fattori stressogeni;
- Garantire, al fine di limitare l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli degli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Ordini di sicurezza;
- Prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo a eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- Assicurare l'installazione di sistemi d'illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno che all'esterno della struttura;
- Sostituire e/o riparare finestre e serrature rotte;
- La sede del triage deve essere costruita a norma, con possibilità di isolamento e con una via di fuga sicura.



3.2 Misure correttive relative alla accoglienza

- Prevedere la presenza di personale dedicato e formato che dia adeguate informazioni sull’organizzazione, sulle prestazioni e sulle attività assistenziali. Il paziente deve essere informato in modo preciso dell’iter da seguire dall’accettazione alla dimissione con indicati i tempi di attesa presuntivi;
- Istituire procedure per l’ingresso e la registrazione dei visitatori;
- Assicurare all’atto di qualsiasi prestazione assistenziale e/o sanitaria, la presenza di due figure professionali (medico, infermiere o altri operatori);
- Prevedere, dove si ritiene necessario e in relazione alla tipologia di utenza, la presenza di un mediatore culturale e/o linguistico;



- Predisporre una sala d’attesa confortevole, munita di materiale di lettura, comprese eventuali schede informative, e la presenza di un televisore di dimensioni adeguate, una soluzione per diminuire la propensione ad effettuare atti di violenza.

Da esperienze di alcuni P.O. potrebbe essere utile, non solo al fine di diminuire le aggressioni, predisporre alcune procedure

per snellire l’attesa nei Pronto Soccorso, possibilità di effettuare in Sala Triage ECG per i dolori toracici con rapida lettura e conseguente tranquillizzazione del paziente, possibilità immediata di tamponare le ferite, intervenire rapidamente sul dolore acuto, inviare a chiamata più rapidamente possibile a visita le donne in gravidanza e i bambini, intuire potenzialmente coloro che potrebbero essere in procinto di effettuare aggressioni, e identificare i pazienti più “fragili”.

3.3 Misure correttive relative alla modalità di informazione e comunicazione

- Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili (amministrativa e legale);
- Sensibilizzare il personale ad avere comportamenti che instaurino un clima di tranquillità al fine di ridimensionare possibili scatti d’ira da parte dell’utenza;
- Informare in modo chiaro pazienti, visitatori e lavoratori che la violenza non è consentita e che nessun episodio sarà tollerato, anche attraverso cartellonistica e/o produzione di video;

- Evidenziare che offendere, aggredire, minacciare verbalmente, fisicamente e psicologicamente operatori è un reato;
- Chiarire ai lavoratori che la violenza e/o aggressività non è parte integrante del lavoro;
- Prevedere la diffusione di informazioni sulle strategie comportamentali volte a ridurre l'escalation che conduce alla violenza e/o aggressività;
- Distribuire e/o affiggere materiale informativo.

Di importanza fondamentale è il sistema degli Audit, il quale rappresenta una risorsa per la gestione degli eventi (aggressioni) e trae giovamento dalla discussione dei “near miss” (quasi eventi), eventi che stavano per verificarsi e che non si sono verificati, il cui esame e la discussione con il gruppo di lavoro portano a una maggiore consapevolezza degli operatori e alla identificazione delle cause e delle possibili soluzioni e/o modificazioni comportamentali da attuare al fine di evitare e/o diminuire le aggressioni.

3.4 Misure correttive operative

- Riorganizzare ed eventualmente potenziare il servizio di vigilanza interno;
- Promuovere la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione di episodi di violenza;
- Considerare la possibilità, nelle aree a maggior vulnerabilità, della presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria (sia ospedaliera che territoriale);
- Incoraggiare la segnalazione degli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione;
- Attivare un'interfaccia operativa Azienda-Forze dell'Ordine (elaborazione di protocolli e procedure);
- Applicare, comunicare e diffondere una politica di “tolleranza zero”;
- Incoraggiare il personale a comunicare ogni forma di violenza subita;
- Facilitare il coordinamento con le forze dell'ordine e con la sicurezza interna;
- Istituire gruppi di lavoro multidisciplinari addestrati e qualificati;
- Affermare l'impegno della direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Dirigenti, coordinatori e responsabili dovrebbero essere in grado di identificare le situazioni più critiche e ad alto rischio, incoraggiare gli operatori alla segnalazione degli incidenti e intraprendere le relative correzioni per evitarli, assicurarsi che tutti gli operatori effettuino la relativa formazione.

Qualora si verificasse un evento di aggressività o violenza a danno degli operatori, le linee guida prevedono la necessità di garantire un opportuno sostegno e trattamento non solo agli operatori vittime di violenza (vittima primaria), ma anche a coloro che possono essere rimasti traumatizzati per avere assistito a un episodio di violenza (vittime secondarie). Tra le tecniche più utili per fronteggiare il rischio di burn-out o, peggio ancora, di disturbo post traumatico da stress (DPTS), si evidenziano le seguenti tecniche o terapie:

- Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche: la discussione concreta sulla natura di diverse sensazioni favorisce la categorizzazione e una più realistica adesione a un modello dei sintomi di ansia come effetti della sindrome post traumatica da stress;
- Ciclo della riflessività di Gibbs: è uno strumento utile per riflettere sull'evento critico e rielaborare quanto accaduto. Struttura il processo di apprendimento dell'esperienza attraverso sei step;
- Rilassamento e respirazione addominale diaframmatica: le tecniche di rilassamento e di educazione respiratoria diaframmatica sono molto utili per migliorare in maniera globale il benessere della persona e per ridurre gli stati d'ansia e di tensione.



Qualora, anche a distanza di mesi dall'evento traumatico, il disturbo psichico si cronicizzasse in DPTS, in quel caso si renderebbe necessario trattare il disturbo, possibilmente con modelli di psicoterapia riconosciuti dall'OMS per la loro efficacia e low cost efficacy. Tra questi si segnalano:

- Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) o Terapia Cognitivo Comportamentale Focalizzata sul Trauma (Trauma-Focused CBT);
- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), modello di terapia ideato da F. Shapiro nel 1989, basato sulla scoperta che alcuni stimoli esterni (es. movimenti oculari o tapping) possono essere particolarmente efficaci per riprendere o accelerare l'elaborazione delle informazioni legate al trauma e dunque elaborarlo.

3.5 Misure correttive relative alla formazione del personale

Le linee guida evidenziano come la formazione rivolta a tutto il personale sia fondamentale per far conoscere tutti i rischi potenziali per la sicurezza e, soprattutto, le tecniche da seguire per proteggere se stessi e i colleghi da atti di violenza e/o aggressione. Una nota a parte merita la tecnica della de-escalation che, come riferito da studi effettuati, è risultata più efficace dell'acquisizione di pratiche di difesa personale.

Organizzare un programma di formazione per la gestione dell'aggressività in ambito sanitario è essenziale, specialmente alla luce delle normative recenti che richiedono misure specifiche per garantire la sicurezza del personale e dei pazienti.

In Italia, il legislatore ha introdotto norme più stringenti per la sicurezza nelle strutture sanitarie, considerando il crescente numero di episodi di aggressione verso il personale. La Legge n. 113/2020 è una delle più rilevanti in questo ambito, in quanto stabilisce la necessità di implementare misure per prevenire e gestire episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Con questo, diventa obbligatorio dotare il personale di strumenti di formazione adeguati per affrontare situazioni di rischio. Il recente Decreto-Legge n. 137/2024 è anch'esso cruciale per il programma di formazione, dato che questo decreto introduce misure urgenti per contrastare la violenza contro il personale sanitario e proteggere i beni destinati all'assistenza.

Un buon programma di formazione dovrebbe considerare i successivi aspetti:

1. Obiettivi del programma di formazione

- Fornire strumenti teorici e pratici per riconoscere e gestire situazioni di aggressività.
- Sviluppare competenze per una comunicazione assertiva ed empatica con i pazienti e i familiari.
- Insegnare tecniche di de-escalation e di gestione del conflitto.
- Implementare strategie per la gestione dello stress tra il personale sanitario.
- Fornire supporto psicologico post-evento, quando si verificano episodi di violenza.

2. Struttura del programma

Il programma dovrebbe essere articolato in diversi moduli per coprire le varie aree di competenza. Ecco una proposta strutturata:

Modulo 1: Comprensione della normativa e responsabilità del personale

Contenuti:

- Analisi dettagliata del Decreto-Legge n. 137/2024, con particolare riferimento agli articoli che stabiliscono misure protettive per i professionisti sanitari e ai provvedimenti contro il danneggiamento delle strutture.
- Differenze e integrazione con la Legge n. 113/2020, con esempi pratici di come le normative collaborano per garantire sicurezza e supporto legale agli operatori.
- Analisi delle Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana (D.A. n. 1603 del 21/12/2023).
- Responsabilità e doveri dei sanitari nella prevenzione di episodi di violenza e nelle modalità di denuncia.

Obiettivi: sensibilizzare il personale sulla normativa e sulle responsabilità personali e istituzionali.

Modulo 2: Psicologia della violenza e gestione del conflitto

Contenuti:

- Cause dell'aggressività in contesti sanitari (es. ansia, paura, frustrazione del paziente, varie patologie, uso di sostanze).
- Strategie di riconoscimento precoce dei segnali di aggressività.
- Elementi di comunicazione assertiva ed empatica.

Obiettivi: fornire strumenti per riconoscere i segnali di allerta e prevenire l'escalation.

Modulo 3: Tecniche di de-escalation e comunicazione non-violenta

Contenuti:

- Tecniche di de-escalation verbale e non-verbale integrate con le nuove misure del decreto, per prevenire danni a persone e proprietà sanitarie.

- L'importanza della postura, del tono di voce e della comunicazione non verbale.
- Role-playing e simulazioni di situazioni tipiche per applicare le tecniche di intervento rapido in situazioni di emergenza, con uno specifico focus su situazioni in cui la struttura sanitaria è a rischio.
- Approccio alla comunicazione non-violenta in linea con le disposizioni normative e pratiche per ridurre il conflitto.

Obiettivi: addestrare il personale a gestire situazioni di conflitto attraverso simulazioni pratiche.

Modulo 4: Supporto psicologico post-evento e protezione legale del personale con particolare focus alla Gestione dello stress e prevenzione del burnout

Contenuti:

- Tecniche di gestione dello stress per il personale sanitario.
- Strategie di auto-cura e supporto tra pari.
- Identificazione dei segnali di burnout.

Obiettivi: sviluppare resilienza e capacità di gestione dello stress per ridurre il rischio di burnout.

Modulo 5: Supporto psicologico post-evento e gestione delle conseguenze

Contenuti:

- Approccio psicologico alla gestione degli eventi traumatici.
- Strumenti di supporto disponibili, come il counseling e la supervisione.
- Importanza della segnalazione degli episodi di violenza per migliorare le misure di prevenzione.
- Approfondimento dei diritti e delle tutele legali fornite dal decreto per il personale che subisce violenze o danni.
- Modalità di accesso ai servizi di assistenza psicologica e legale, compresi i servizi istituiti dal decreto a supporto degli operatori sanitari.

Obiettivi: assicurare un supporto adeguato al personale coinvolto in episodi di aggressione.

3. Metodologie formative

- **Lezioni frontali:** per la parte teorica su normative e tecniche di base.
- **Simulazioni pratiche e role-playing:** fondamentali per le tecniche di de-escalation e comunicazione assertiva.
- **Gruppi di discussione:** per il confronto di esperienze personali e per promuovere l'apprendimento tra pari.
- **Supporto psicologico individuale** (se possibile): per chi ha vissuto episodi di aggressione e necessita di elaborare l'esperienza.

4. Valutazione dell'efficacia del programma

- **Test di apprendimento:** alla fine di ogni modulo per valutare le competenze acquisite.
- **Feedback anonimi:** raccolti dal personale per migliorare il programma in base alle necessità percepite.
- **Monitoraggio dei report di aggressione:** per valutare se si riduce il numero e la gravità degli episodi.

5. Materiale di supporto e risorse aggiuntive

- **Manuali aggiornati** con le nuove normative e linee guida introdotte dal Decreto-Legge n. 137/2024.
- **Modelli di segnalazione e procedure di denuncia** integrati con le disposizioni del decreto, da utilizzare come strumento pratico durante le attività formative.

6. Risorse e personale necessario

- **Formatori esperti** in gestione del conflitto, psicologia della violenza e normativa sanitaria.
- **Materiali di supporto:** manuali, schede tecniche e accesso a video dimostrativi.
- **Spazi adeguati** per le simulazioni e per i momenti di discussione.

7. Frequenza del programma

Considerando la natura emergenziale e l'evoluzione delle normative, è consigliato che:

- Il programma sia obbligatorio per tutti i nuovi assunti
- Il programma di formazione venga aggiornato ogni sei mesi per incorporare nuove disposizioni e protocolli di sicurezza.
- Il personale sanitario partecipi a sessioni di aggiornamento annuali obbligatorie, con una revisione dei protocolli e delle simulazioni pratiche in base alle situazioni emergenti.

Questa è una base che può essere adattata a seconda della tipologia di struttura sanitaria e delle esigenze specifiche del personale.

CAPITOLO 4

LINEE GUIDA DELLA REGIONE SICILIANA

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO l'articolo 21, comma 2, della legge 39/2002 che modifica l'art. 4 del D.Lgs. 626/94 precisando che la valutazione deve riguardare "tutti" i rischi;

VISTA la Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri emanata il 24/03/2004 riguardante le "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni";

VISTA la Raccomandazione n. 8 del 19/11/2007 del Ministero della Salute: "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";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante "Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute";

VISTA la legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute";

VISTI in particolare, gli articoli 4, 6, 7, 8 e 9 della citata legge n. 3 del 2018, nella parte in cui individuano le professioni sanitarie riconosciute, e l'articolo 5, nella parte in cui individua le professioni socio-sanitarie riconosciute;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 777 del 15 novembre 2022 con il quale viene conferita la delega di Assessore Regionale della Salute alla Dott.ssa Giovanna Volo;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 586 del 16 dicembre 2022 e il relativo decreto del Presidente della Regione n. 5687 del 22 dicembre 2022, con il quale, in attuazione

della predetta deliberazione, è stato conferito, al Dott. Salvatore Requierz, l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute;

CONSIDERATA l'importanza della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in ottemperanza al D.Lgs 81/08 s.m.i., alla valorizzazione del "Benessere Organizzativo" e alla riduzione/eliminazione dei Rischi Psico-sociali nonché dello "Stress Lavoro Correlato", ritenuto di fondamentale importanza sia per il lavoratore, sia per l'organizzazione del contesto lavorativo;

VISTA la legge del 14 agosto 2020, n. 113, recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni";

PRESO ATTO che con Decreto Assessoriale n. 315 del 28 marzo 2023 è stato individuato il "Gruppo di Coordinamento Regionale per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana" per coordinare ed attivare idonei interventi di prevenzione, nonché promuovere ed organizzare iniziative di informazione, formazione e comunicazione, presso le strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana per consentire la gestione organizzata dei rischi lavorativi da aggressione ed atti di violenza in ambito sanitario;

CONSIDERATA la necessità di uniformare le linee di comportamento preventivo agli indirizzi espressi a livello nazionale dall'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti delle professioni sanitarie e socio sanitarie;

CONSIDERATO che il "Gruppo di Coordinamento Regionale per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana" ha prodotto e condiviso attraverso una serie di incontri programmati un documento di Linee Guida al fine di garantire uniformità al sistema di prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari nelle strutture sanitarie della Regione Siciliana secondo criteri di omogeneità, trasparenza, efficienza ed efficacia;

RITENUTO opportuno, al fine di garantire la messa in opera di tutti gli accorgimenti idonei a scongiurare il configurarsi di fenomeni violenti o comunque lesivi della dignità degli operatori sanitari nel corso dell'espletamento delle loro funzioni professionali fornire linee di indirizzo omogenee a tutte le aziende sanitarie operanti nell'ambito del S.S.R.;

RITENUTO opportuno dover prevedere una fase di propedeutica informazione indirizzata a tutti gli operatori dipendenti dal S.S.R. attraverso dinamiche che trovino giusta collocazione nei piani aziendali della Formazione;

D E C R E T A

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente confermate, sono approvate le "*Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali*

e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana" allegate al presente decreto di cui costituiscono parte integrante (ALLEGATO 1).

Art. 2

Le "Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana", allegate al presente decreto di cui costituiscono parte integrante, sono adottate con atto deliberativo dalle aziende sanitarie della Regione Siciliana entro 30 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana. L'avvenuta adozione dovrà essere comunicata al Servizio 1 - DASOE.

Lo stesso atto deve contenere il preciso rimando ad un'azione di programma da inserire nel Piano aziendale della Formazione in vigore per l'anno 2024.

Art. 3

Il presente provvedimento sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione ed al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione ex art. 68, comma 4, L.R. 12 agosto 2014 n. 21 e D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013.

Palermo,

*Fto

Il Dirigente Servizio 1 DASOE
(Dott.ssa Lucia Li Sacchi)

*Fto

IL DIRIGENTE GENERALE
(Dott. Salvatore Requirez)

Palermo 21 dicembre 2023

*Fto

L'ASSESSORE

(Dott.ssa Giovanna Volo

*Firma autografata sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.lgs. n. 39/199



**Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico**

**Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e
delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli
operatori sanitari delle strutture sanitarie
pubbliche della Regione Siciliana**

Linee Guida elaborate dal “*Gruppo di Coordinamento Regionale per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana*” (D.A. n. 315 del 28 marzo 2023)

“Gruppo di Coordinamento Regionale per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana” (D.A. n. 315 del 28 marzo 2023):

Dott. Salvatore Requirez - DASOE

Dott.ssa Lucia Li Sacchi - DASOE

Dott. Paolo Conte - DASOE

Dott.ssa Rosaria Marilina Bonventure - ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo

Dott. Tommaso Gioietta - Dip. Funzione Pubblica - Regione Siciliana

Dott.ssa Maria Teresa Triscari - ASP di Palermo

Dott. Fabio Trombetta - ASP di Palermo

Dott.ssa Angela Trovato - ASP di Catania

INDICE

1.0 Premessa

2.0 Obiettivo

3.0 Ambito di applicazione

4.0 Azioni

4.1 Valutazione del rischio violenza/aggressione

4.2 Istituzione del "Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni"

Analizzare l'ambiente lavorativo

a. Revisione degli episodi di violenza/aggressione segnalati

b. Conduzione di indagini ad hoc rivolte al personale sanitario maggiormente a rischio

c. Analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio

Analizzare e monitorare gli episodi di violenza/aggressione

4.3 Definizione e implementazione delle misure di prevenzione e di controllo

a. Misure strutturali e tecnologiche

b. Misure organizzative

1. Misure di accoglienza

2. Misure di informazione e comunicazione

3. Misure operative

4.4 Gestione degli episodi di violenza/aggressione

4.5 Formazione del personale

5.0 Riferimenti Bibliografici e Normativi

6.0 Allegati

Allegato 1 - Check list per la valutazione del rischio specifico

"Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari"

Allegato 2 - Scheda segnalazioni "Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari"

Allegato 3 - Questionario conoscitivo "Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari"

Allegato 4 - Foglio informativo "Elementi di strategia comportamentale"

Allegato 5 - Modelli di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle strutture

1.0 PREMESSA

La violenza nel posto di lavoro nel settore sanitario è un problema globale e sempre più diffuso e gli interventi per prevenire incidenti violenti e per preparare il personale non sono ancora attuati in modo coerente e la loro efficacia è spesso inadeguata.

La necessità di sviluppare linee guida è determinata dal fatto che gli operatori sanitari sono ad alto rischio di violenza in tutto il mondo. Tra l'8% e il 38% degli operatori sanitari (Organizzazione Mondiale della Sanità) subisce violenza fisica a un certo punto della propria carriera. Molti di più sono i minacciati o gli esposti ad aggressioni verbali.

Sempre l'OMS sottolinea che la violenza e le molestie colpiscono tutti i gruppi di operatori nei vari ambienti di lavoro nel settore sanitario. Fino al 62% degli operatori sanitari ha subito forme di violenza sul posto di lavoro. L'abuso verbale (58%) è la forma più comune di violenza non fisica, seguita da minacce (33%) e molestie sessuali (12%).

Il numero di episodi di violenza e aggressione in ambito sanitario è in costante crescita e aumenta sempre di più la consapevolezza sulla gravità del problema. Gli episodi di violenza costituiscono un rilevante problema di salute pubblica.

Il rischio aggressioni presenta una notevole difficoltà di approccio e gestione, non essendo ancora regolamentato, come altri rischi “tradizionali”, pur essendo la sua valutazione imposta dalla norma.

In considerazione di quanto esposto gli atti di violenza vanno affrontati secondo disposizioni contenute nel Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, o Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, e trovano il loro fondamento nella Costituzione della Repubblica Italiana secondo cui il diritto alla salute e all'integrità fisica è un diritto fondamentale dell'uomo. La legge ha avuto come obiettivo di stabilire regole, procedure e misure preventive da adottare per rendere più sicuri i luoghi di lavoro, quali essi siano. L'obiettivo è quello di eliminare e/o ridurre al minimo l'esposizione dei lavoratori a rischi legati all'attività lavorativa per evitare infortuni o malattie professionali.

Recenti indagini di settore hanno evidenziato quanto, una corretta politica orientata alla sicurezza dei lavoratori porti un ritorno positivo in azienda, non solo per ciò che concerne i rapporti umani, ma anche in termini di produttività.

Benessere psico-fisico e ambientale, positività diffusa e produttività aumentata sono solo alcuni dei benefit che possono svilupparsi nell'ambiente lavorativo grazie a un mirato investimento su prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nell'attuale contesto sociale, tra i maggiori e ricorrenti rischi nel settore della Sanità, si annoverano gli atti di violenza e aggressione a danno degli operatori sanitari.

Subire una aggressione verbale e/o fisica ma anche assistere ad un evento aggressivo nello svolgimento del proprio lavoro può determinare un danno emotivo/psicologico in quanto “rappresenta un evento traumatico più o meno acuto in relazione all'entità dell'evento e alla fragilità delle persone” (Mitchell J. T. e Everly G. S.) (1996).

Varie sono le definizioni di violenza:

- La **World Health Organization** (WHO - 2002) la definisce come “*l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione*”.
- L'**International Labour Organization** (ILO – 2003) definisce la violenza sul luogo di lavoro come “*qualsiasi azione, incidente o comportamento che si discosti da una condotta ragionevole in cui una persona viene aggredita, minacciata, danneggiata, ferita nel corso o come diretta conseguenza del suo lavoro*”.
- Il **National Institute of Occupational Safety and Health** - (NIOSH - 2002) definisce la violenza sul luogo di lavoro: “*ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro*”.
- L'**Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro** (EU-OSHA – 2011) la violenza sul posto di lavoro comprende: “*insulti e comportamenti incivili, minacce, forme di aggressione fisica, aggressione psicologica tale da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza e il benessere dell'individuo, la presenza di una componente razziale o sessuale*”.

La violenza si può manifestare attraverso le seguenti forme:

- **aggressione fisica contro la persona** con l'intento di causare danni fisici alla persona;
- **aggressione fisica contro oggetti** con la distruzione deliberata di ogni tipo di oggetto disponibile;
- **aggressione verbale/psicologica** che provoca nella persona che subisce l'aggressione un danno psicologico o emotivo;
- **aggressione indiretta** intesa come qualsiasi atto di aggressione che viene effettuata indirettamente, causando danni anche in modo anonimo (diffondere voci e calunnie o pubblicare su siti web messaggi umilianti e offensivi);
- **aggressione relazionale** basata sull'esclusione sociale della persona lesa;
- **aggressione simbolica** caratterizzata dal fatto che l'attacco non viene effettuato direttamente sulla vittima, ma su elementi che simboleggiano aspetti collegati come religione, politica, orientamento sessuale o nazionalità;
- **molestie psicologiche e fisiche** intese come comportamenti indesiderati, posti in essere per ragioni anche connesse al sesso e aventi lo scopo o l'effetto di violare la dignità e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante, offensivo.

Il Ministero della Salute nel novembre del 2007 ha emanato la **Raccomandazione n. 8** per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari ed in particolare il titolo indica come “*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*”.

Il Ministero della Salute definisce evento sentinella “*l'evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano*

contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione”.

Il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella in Sanità è stato formalizzato nel 2009 con l’istituzione del **Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità** (SIMES) ed in particolare l’evento sentinella n. 12 riguarda gli “*atti di violenza a danno dell’operatore sanitario*”. Pertanto, le strutture sanitarie territoriali registrano gli eventi di violenza/aggressione nell’ambito dell’*Incident Reporting*, il quale contiene tutte le segnalazioni effettuate dagli operatori che hanno subito l’aggressione stessa.

Mitchell J. T. e Everly G. S. (1996) definiscono il *Critical Incident* in ambito sanitario come “*...qualunque situazione affrontata dal personale sanitario, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell’operatore durante e anche dopo l’evento critico*”.

A seguito dell’approvazione della Legge 113/2020 “*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni*”, le strutture sanitarie devono impegnarsi nel mettere in atto interventi di prevenzione della violenza in particolare attraverso il monitoraggio delle vessazioni a danno delle professioni sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni.

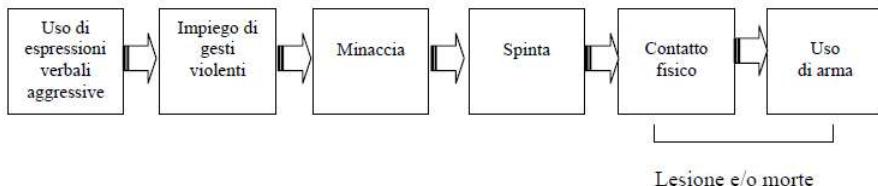
Presso il Ministero della Salute, il 13 gennaio 2022, si è insediato **l’Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie** (ONSEPS) con il compito del monitoraggio e analisi dei dati sulla violenza e la promozione di studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti a livello di organizzazione dei servizi sanitari.

Le figure professionali più a rischio sono i lavoratori coinvolti nei processi assistenziali rivolti alla persona e sono le figure a più alto rischio in quanto devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari che si trovano in uno stato di vulnerabilità o frustrazione. Nella programmazione regionale risulta necessario, per dare uniformità al territorio, indicare un piano di prevenzione con un percorso metodologico che consenta di identificare in modo omogeneo i fattori di rischio per la sicurezza del personale sanitario e proporre opportune strategie per fronteggiare gli episodi di violenza.

Il percorso metodologico deve attenzionare svariati fattori che possono essere causa o concausa e, pertanto, incrementare gli atti di violenza:

- lunghi tempi di attesa, in particolare, nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche;
- accesso senza restrizione di visitatori presso le strutture sanitarie (sovraffollamento);
- ridotto numero di personale durante i momenti di maggiore attività;
- paziente/utente con disturbi psichiatrici;
- paziente/utente sotto effetto di alcol e/o droga;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti aggressivi;
- comunicazione non idonea verso i pazienti e/o utenti, nonché tra gli stessi operatori;
- scarsa illuminazione delle aree maggiormente a rischio come a es. pronto soccorso e/o aree di parcheggio;
- scarsa vigilanza.

La Raccomandazione n. 8 del 2007 invita gli operatori sanitari ad avere consapevolezza delle fasi che conducono al comportamento violento:



Come rappresentato nel diagramma di flusso sovrastante, l'escalation dell'aggressività prevede cambiamenti di comportamento violento secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, passa all'impiego di gesti violenti, quali comportamenti incivili che offendono la persona e/o la professionalità, quindi si transita alle minacce seguite da spinta e contatto fisico, fino ad arrivare a gesti estremi quali lesioni e omicidio. I comportamenti aggressivi sono manifestazioni essenzialmente relazionali, sempre diretti contro qualcosa o qualcuno, con l'obiettivo di garantire la risposta ai propri bisogni. Molto spesso, specialmente in ambito sanitario, tale comportamento viene utilizzato in modo strumentale, come mezzo per raggiungere un determinato scopo.

La conoscenza di tale progressione può consentire agli stessi operatori di comprendere quanto accade e potere gestire l'evento in itinere.

Pertanto risulta fondamentale che nell'ambiente di lavoro maturi una cultura di rispetto, dignità e impegno reciproco tra il personale e tra il personale e l'utenza.

2.0 OBIETTIVO

L'**obiettivo generale** del documento di Linee Guida è la prevenzione delle violenze contro gli operatori sanitari, indirizzando le Strutture Sanitarie pubbliche a programmare interventi uniformi nel territorio regionale.

La prevenzione delle violenze/aggressioni deve comprendere un'organizzazione aziendale rivolta all'identificazione dei fattori di rischio per gli operatori sanitari ed attuare le strategie ritenute più opportune.

Gli **obiettivi specifici** sono identificati nel:

- sviluppare una policy aziendale contro gli atti di violenza/aggressione nei confronti degli operatori sanitari attraverso la costituzione del “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*”;
- stilare un piano di prevenzione che preveda una politica di tolleranza zero verso gli atti di violenza;
- ottimizzare i flussi informativi aziendali per favorire l'integrazione dei dati, l'organizzazione e il monitoraggio del fenomeno;
- accrescere la consapevolezza che la violenza non fa parte del lavoro;
- sensibilizzare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurle o eliminarle, mettendo a disposizione degli strumenti agili e moderni, ad esempio, un QRcode dedicato, affisso nei luoghi di lavoro più a rischio, che consenta di inviare in tempo reale tramite il cellulare la segnalazione con la descrizione dell'episodio violento;
- gestire gli effetti degli episodi di violenza con un supporto medico e/o psicologico rivolto all'operatore sanitario che ha subito l'atto di violenza in modo diretto e/o indiretto;
- attivare corsi di formazione che consentano di accrescere le competenze degli operatori sanitari per prevenire e gestire i suddetti episodi;
- monitorare nel tempo le misure di prevenzione e protezione adottate.

Il documento propone una serie di strumenti quali: check list per la valutazione del rischio specifico, schede segnalazioni atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari, questionario conoscitivo atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari, foglio informativo contenente elementi di strategia comportamentale e modelli di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle strutture sanitarie.

3.0 AMBITO DI APPLICAZIONE (DOVE - A CHI - QUANDO)

(Raccomandazione n. 8/2007 – Ministero della Salute)

DOVE. Le Linee Guida sono applicate in tutte le strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana ed in particolare nelle aree considerate a più alto rischio di atti di violenza/aggressione:

- Servizi di Pronto Soccorso e di Emergenza/Urgenza;
- Servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, quali Centri di Salute Mentale, Comunità Terapeutiche Assistite, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- SERD (Servizio per le Dipendenze);
- Continuità Assistenziale;
- Luoghi di attesa;
- Servizi Sanitari presso Istituti Penitenziari;
- Servizio Esterno;
- Socio-sanitaria (domiciliare, Centri Alzheimer);
- Front-office;
- Centro Anti-violenza;
- Altro

Le aree più a rischio devono essere individuate, in maniera specifica, da ogni struttura sanitaria pubblica regionale dopo avere effettuato la valutazione del rischio violenza/aggressione.

A CHI. Le Linee Guida sono rivolte a tutti i lavoratori coinvolti nei processi assistenziali rivolti alle persone:

- Medici
- Infermieri
- Personale di Pronto Soccorso
- Psicologi/Pedagogisti
- Fisioterapisti
- Operatori Socio-Sanitari
- Assistenti Sociali
- Tecnici Sanitari
- Personale dei Front-office
- Studenti, Specializzandi, Tirocinanti e Volontari
- Addetti ai Servizi di Vigilanza
- Altro

Inoltre, ulteriori figure possono essere individuate dal “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*” nell’ambito della propria struttura sanitaria.

QUANDO. Le Linee Guida sono applicabili durante l’erogazione di qualsiasi prestazione o intervento in ambito socio-sanitario e assistenziale in genere.

4.0 AZIONI

Secondo le indicazioni dettate dalla Raccomandazione Ministeriale n. 8/2007 al fine di prevenire gli atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari è necessaria che l'organizzazione aziendale identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale per mettere in atto un “**Programma di Prevenzione**” adottando le seguenti strategie:

- 4.1 *Valutazione del rischio violenza/aggressione*
- 4.2 *Istituzione del “Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni”*
- 4.3 *Definizione ed implementazione delle misure di prevenzione e di controllo*
- 4.4 *Gestione degli episodi di violenza/aggressione*
- 4.5 *Formazione del personale*

4.1 Valutazione del rischio violenza/aggressione

Il presente documento propone, come strumento di valutazione del rischio connesso agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, una check list per la valutazione del rischio specifico (**Allegato 1**) conforme ai criteri standard per le valutazioni dei rischi.

Nella check list sono individuati e analizzati i seguenti ambiti:

- dati identificativi della struttura
- aree di rischio:
- ambienti di lavoro
- contesto organizzativo
- attività domiciliare/territoriale
- tipologia di utenza
- formazione e comunicazione

Nei dati identificativi della struttura, rientrano gli “*ambiti di rischio*”, ovvero le aree identificate negli aspetti strutturali, impiantistici, tecnologici e organizzativi la cui gestione può costituire una sorgente di rischio rispetto agli atti di violenza/aggressione.

Nella check list ciascuna domanda, all'interno di ogni ambito, costituisce un possibile “*fattore di rischio*”. Tutte le domande sono formulate in modo tale che la risposta “NO” aumenta il

rischio. La valutazione diviene a questo punto “*oggettiva*”, nel senso che il conteggio dei “NO” evidenzia il livello del rischio che può essere: “alto”, “medio” o “basso”.

A seguito della valutazione è formulato un “*Piano delle misure di adeguamento*”, finalizzato a eliminare o mitigare il rischio e portarlo a un livello “basso” ovvero ridurre il più possibile il numero dei “NO”.

Le misure da adottare saranno di prevenzione, finalizzate a eliminare o ridurre la probabilità che si verifichi l’evento avverso, e/o di protezione, finalizzate a ridurre il danno conseguente all’evento avverso, e vanno trascritte nelle caselle appropriate, definendone la “*priorità*”, ovvero i tempi di realizzazione. A seconda della tipologia, le “*priorità*” devono essere comunicate al “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*” che dovrà intervenire fattivamente per la loro adozione.

4.2 Istituzione del “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*”

Il “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*”, istituito dalla Direzione Aziendale, valuta la vulnerabilità degli ambienti di lavoro, determina le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare e ne verifica l’efficacia.

Il “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*” è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Direttore Sanitario
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Risk Manager
- Responsabile dell’Ufficio Tecnico
- Medico Competente (MC)
- Dirigente Psicologo
- Referente Professioni Sanitarie - Area della Prevenzione
- Referente Area Infermieristica
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)
- Responsabile della Formazione

Ulteriori figure necessarie, individuate dal Direttore Generale.

Il “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*”, inoltre, assolve i seguenti compiti previsti nelle azioni:

- Analizza l’ambiente lavorativo
- Analizza e monitora gli episodi di violenza
- Definisce ed implementa le misure di prevenzione e di controllo

ANALIZZARE L'AMBIENTE LAVORATIVO

Il rischio aggressioni presenta una notevole difficoltà di approccio e gestione, non essendo ancora regolamentato puntualmente, come altri rischi “tradizionali”, pur essendo la sua valutazione imposta dalla norma.

Gli effetti degli atti di violenza/aggressione impattano in modo significativo nel contesto aziendale, in particolare:

- a livello organizzativo, a causa degli oneri diretti e indiretti correlati alla gestione degli eventi (quali contenziosi, riduzione della capacità produttiva, etc);
- a livello relazionale tra i colleghi che assistono all’evento (trauma vicario), in termini di stress lavoro correlato;
- a livello dell’individuo che subisce l’aggressione, in termini di infortuni e/o conseguenze psicofisiche.

L’analisi dell’ambiente lavorativo mira a individuare quei fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di incidenza degli episodi di violenza.

L’analisi consente la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi, per identificare le successive azioni di miglioramento, la cui efficacia va successivamente verificata.

La segnalazione dell’evento violento è fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e per consentire le successive fasi di analisi del flusso SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità) motivo per cui è necessario che venga fatta sempre, indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso.

Deve essere effettuata appena possibile dall’operatore direttamente coinvolto dall’evento e/o, specie in caso di sua impossibilità, da un operatore diretto testimone e/o dal responsabile della struttura interessata dall’evento.

L’analisi dell’ambiente lavorativo deve comprendere:

- a. *Revisione degli episodi di violenza/aggressione segnalati;*
- b. *Conduzione di indagini ad hoc rivolte al personale sanitario maggiormente a rischio;*
- c. *Analisi delle condizioni operative e dell’organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio.*

a. Revisione degli episodi di violenza/aggressione segnalati

Per una corretta segnalazione degli episodi di violenza/aggressione è stata elaborata una “*Scheda Segnalazioni - Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari*” (**Allegato 2**) che va adattata alle specifiche esigenze aziendali. È importante sottolineare che la suddetta scheda non sostituisce né la denuncia di infortunio, né la denuncia/querela all’autorità giudiziaria, ove ricorrono i presupposti. Nel rispetto dell’autonomia aziendale, i contenuti della scheda devono essere i seguenti per garantire la raccolta delle informazioni necessarie:

1) dati indicativi dell’operatore aggredito:

- nome, cognome, sesso, data di nascita;
- presidio/distretto;
- area/servizio;

- qualifica;
- data e luogo dell'episodio;
- giorno dell'evento;
- orario dell'aggressione;
- turno di servizio in solitario;
- numero di operatori coinvolti.

2) dati indicativi dell'aggressore:

- tipologia;
- sesso;
- caratteristiche evidenti dell'aggressore;
- età.

3) Tipologia di aggressione:

- aggressione verbale/psicologica;
- aggressione fisica.

4) Descrizione sintetica dell'aggressione

- eventuali testimoni;
- necessità di cure;
- fattori che hanno contribuito all'evento;
- presenza di denuncia/querela/esposto;
- data di compilazione;
- firma, indirizzo e-mail, recapito telefonico.

Altre fonti di tali dati possono essere, oltre alla “*Scheda Segnalazioni - Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari*”, il sistema di gestione dei reclami, le denunce di infortunio all’INAIL, i referti di Pronto Soccorso o altra documentazione sanitaria comprovante l’episodio di violenza/aggressione occorso e le segnalazioni eventualmente inviate all’Autorità Giudiziaria, alle Forze di Polizia o alla Direzione Aziendale.

b. Conduzione di indagini ad hoc rivolte al personale sanitario maggiormente a rischio

Considerando vari studi effettuati sugli operatori sanitari (Magnavita N. ed altri), si evincono alcune criticità favorenti l’episodio di violenza/aggressione:

- la percezione dei lavoratori di non essere tutelati con conseguente rassegnazione passiva alla violenza/aggressione perpetrata nei confronti degli operatori sanitari con conseguente riluttanza a segnalare gli incidenti. Ciò comporta la sottostima degli eventi, con il risultato che tale esperienza rimane spesso sotto traccia;
- scarsa fiducia da parte degli operatori nella possibilità che tali eventi possano ridursi significativamente o essere gestiti adeguatamente;
- considerare la violenza/aggressione parte integrante del lavoro.

Appare dunque fondamentale la necessità di condurre indagini attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc: “*Questionario conoscitivo - Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari*” (**Allegato 3**).

Ciò consentirebbe, innanzitutto, di aumentare la consapevolezza e la sensibilità degli stessi a segnalare prontamente ogni atto di violenza/aggressione ricevuto e a suggerire efficaci misure per ridurre o eliminare il rischio. I dati ricavati aiutano a stimare la diffusione di tali episodi e a identificare fattori di rischio o carenze relative a protocolli, procedure e controlli adottati.

Il questionario può essere somministrato tutte le volte che insistono importanti modifiche lavorative e dopo segnalazioni di episodi di violenza/aggressione.

E' necessario, pertanto, per raggiungere un elevato livello di efficacia:

- fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza/aggressione subita e sulle modalità di assistenza disponibile;
- diffondere una politica di tolleranza zero verso gli atti di violenza fisica e/o verbale nelle strutture sanitarie;
- assicurarsi che gli operatori, pazienti e visitatori siano a conoscenza di tale politica anche attraverso l'elaborazione di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle aree a maggiore rischio.

c. Analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio

Nelle aree individuate a maggior rischio aggressione il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione effettua periodicamente sopralluoghi. Inoltre, ogni qualvolta si verifica un episodio di violenza/aggressione è necessario analizzare l'incidente nei suoi dettagli più rilevanti attraverso la compilazione di un verbale di sopralluogo che comprende i seguenti dati:

- descrizione dell'attività lavorativa, processi, procedure, livello di rischio del luogo di lavoro;
- caratteristiche dell'aggressore;
- caratteristiche della vittima;
- l'analisi della successione di eventi prima e durante l'incidente;
- fattori di rischio legati alla tipologia dell'aggressore;
- fattori di rischio legati alle caratteristiche della struttura in cui si è verificata l'aggressione (attività lavorativa in luoghi isolati, scarsamente illuminati, assenza o indisponibilità di comunicazione con l'esterno, aree con accesso poco sicuro, etc.);
- fattori di rischio legati alle specifiche attività lavorative (servizi di pronto soccorso e di emergenza urgenza, front-line, servizi di continuità assistenziale, luoghi di attesa, servizio di geriatria, SerD, strutture di salute mentale ospedaliere e territoriali, reparti di degenza e ambulatori, strutture penitenziarie, front office, etc.);
- fattori di rischio legati alle aree esterne adiacenti alla struttura (es. aree di parcheggio, fermata bus, etc.);
- individuazione di ulteriori criticità organizzative, strutturali e impiantistiche.

Il verbale così compilato va inviato al "Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni".

ANALIZZARE E MONITORARE GLI EPISODI DI VIOLENZA/AGGRESSIONE

L'evento violento a carico dell'operatore va segnalato attraverso la corretta compilazione della specifica “*Scheda Segnalazioni - Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari*” (**Allegato 2**), indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso. La scheda correttamente compilata va inviata al servizio di Prevenzione e Protezione aziendale e al Risk Manager, questi ultimi segnalano al Direttore Generale l'evento verificatosi, che attiva il “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*”. I componenti del Gruppo provvederanno ad analizzare la scheda di segnalazione all'uopo elaborata e metteranno in atto le opportune competenze, monitorando l'evento e attuando le misure correttive.

Se l'evento di violenza risponde ai criteri per essere classificato “evento sentinella” il Risk Manager provvede ad inserirlo nel flusso informativo SIMES verso la Regione e il Ministero della Salute.

Se l'evento di violenza non risponde ai criteri per essere classificato “evento sentinella” deve essere registrato nel sistema informativo aziendale “*Incident Reporting*” dedicato alla raccolta e registrazione degli episodi di violenza/aggressione.

Il “*Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni*” con cadenza almeno annuale, analizza i dati relativi agli episodi di violenza utilizzando il sistema informativo aziendale di *Incident Reporting*, il SIMES, le denunce o le comunicazioni di infortunio con l'obiettivo di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito a determinarlo. Le informazioni raccolte dovranno essere utilizzate per gestire la comunicazione con operatori ed utenti coinvolti e per aggiornare i programmi di prevenzione aziendale verso gli episodi di violenza/aggressione.

Il monitoraggio degli episodi è fondamentale per la struttura sanitaria e deve avvenire attraverso i flussi informativi.

4.3 DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE E DI CONTROLLO

Individuate le criticità attraverso l'analisi dell'ambiente lavorativo, bisogna definire le soluzioni necessarie a prevenire e controllare le situazioni di rischio identificate. Le misure preventive da definire al fine di eliminare o ridurre la probabilità dell'evento sono così classificate:

a. misure strutturali e tecnologiche

b. misure organizzative

a. Misure strutturali e tecnologiche

Tra le strategie della direzione aziendale al fine di contrastare i comportamenti violenti rientrano le misure strutturali e tecnologiche che servono a mitigare i fattori di rischio identificati a seguito della valutazione dei rischi e dell'analisi dell'ambiente lavorativo.

A titolo esemplificativo, si fornisce una elencazione non esaustiva delle misure strutturali e tecnologiche:

- valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza/aggressione;
- valutare la necessità di installare impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato;
- valutare la necessità di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di oggetti metallici pericolosi;
- installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio;
- assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e/o droga o con comportamenti violenti;
- assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni;
- garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
- prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
- assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno che all'esterno della struttura;
- sostituire e/o riparare finestre e serrature rotte.

b. Misure organizzative

Anche le misure organizzative fanno parte delle strategie aziendali con lo scopo di promuovere un clima di benessere organizzativo nei luoghi di lavoro e contribuire alla eliminazione/riduzione dei possibili atti di violenza/aggressione.

Le misure organizzative comprendono:

1. *Misure di accoglienza*
2. *Misure di informazione e comunicazione*
3. *Misure operative*

1. Misure di accoglienza

- Prevedere la presenza di personale dedicato e formato che dia adeguate informazioni sull’organizzazione, sulle prestazioni e sulle attività assistenziali;
- istituire procedure per l’ingresso e la registrazione dei visitatori;
- assicurare all’atto di qualsiasi prestazione assistenziale e/o sanitaria, la presenza di due figure professionali (medico, infermiere o altri operatori);
- prevedere, dove si ritiene necessario e in relazione alla tipologia di utenza, la presenza di un mediatore culturale e/o linguistico.

2. Misure di informazione e comunicazione

- Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili (amministrativa e legale);
- sensibilizzare il personale ad avere comportamenti che instaurino un clima di tranquillità al fine di ridimensionare possibili scatti di ira da parte dell’utenza;
- informare in modo chiaro pazienti, visitatori e lavoratori che la violenza non è consentita e che nessun episodio sarà tollerato, anche attraverso cartellonistica e/o produzione di video;
- evidenziare che offendere, aggredire, minacciare verbalmente, fisicamente e psicologicamente gli operatori è un reato;
- chiarire ai lavoratori che la violenza/aggressione non è parte integrante del lavoro;
- prevedere la diffusione di informazioni sulle strategie comportamentali tese a ridurre l’escalation che conduce alla violenza/aggressione “*Foglio informativo – Elementi di strategia comportamentale*” (**Allegato 4**);
- distribuire e/o affiggere materiale informativo (**Allegato 5**).

3. Misure operative

- Riorganizzare ed eventualmente potenziare il servizio di vigilanza interno;
- promuovere la diffusione e l’utilizzo di strumenti di segnalazione di episodi di violenza;
- considerare la possibilità nelle aree a maggior vulnerabilità la presenza di due figure professionali all’atto dell’erogazione di una prestazione sanitaria (sia ospedaliera che territoriale);
- incoraggiare la segnalazione degli episodi di violenza/aggressione subiti;
- registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione;
- attivare un’interfaccia operativa Azienda- Forze dell’Ordine (elaborazione di protocolli e procedure);

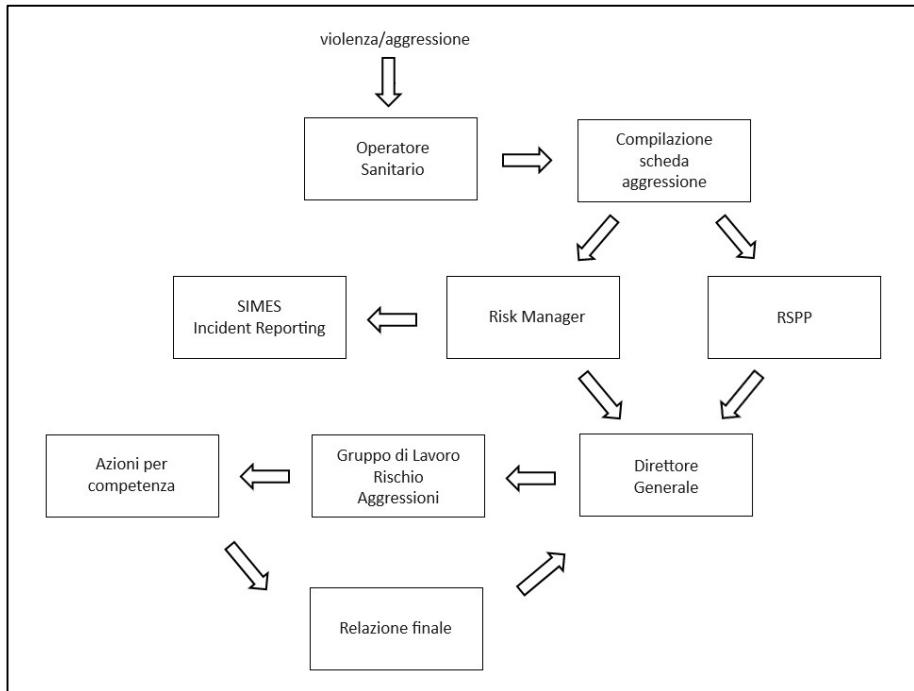
La segnalazione dell'evento va fatta sempre, indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso.

Deve essere effettuata prontamente dall'operatore direttamente coinvolto dall'evento o, in caso di sua impossibilità, da un operatore diretto testimone e/o dal responsabile della struttura interessata dall'evento.

La segnalazione dell'episodio violento è importante, anche, per la corretta quantificazione del fenomeno.

I componenti del *"Gruppo di Lavoro Rischio Aggressioni"* produrranno una relazione finale dell'evento.

Diagramma di flusso: Iter procedurale



4.4 GESTIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA/AGGRESSIONE

È necessario garantire un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza (vittima primaria) o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito a un episodio di violenza (vittime secondarie).

Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compresa una valutazione psicologica, a prescindere dalla severità del caso.

Le vittime della violenza/aggressione sul luogo di lavoro possono infatti presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari o altro ancora. Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

Si evidenzia la necessità di fornire al soggetto vittima di aggressioni, minacce o violenza o a chi è appartenente al *team working* nella struttura dove si è consumata la violenza o all'intero gruppo di lavoro, un adeguato sostegno psicologico.

L'eventuale difficoltà a garantire un adeguato supporto psicologico qualificato non deve essere il pretesto per sottovalutare o trascurare l'elaborazione di quanto avvenuto.

Diversi studi hanno mostrato come l'implementazione di misure preventive possano ridurre lo stress percepito e il rischio di burnout conseguente a esperienze violente (Vincent-Höper, S, 2020; Wirth, T. 2021; Schablon et al. 2018).

La gestione dell'episodio di violenza deve avvenire secondo le seguenti fasi:

- **Primo Sostegno Psicologico**
- **Interventi Psicologici e Psicoterapici individuali e/o di gruppo**

Primo Sostegno Psicologico

È necessario strutturare delle linee guida che consentano agli operatori che hanno sperimentato episodi violenti di essere efficacemente supportati nella fase immediatamente successiva all'episodio. Tale fase iniziale è infatti estremamente sensibile e necessita di essere gestita con prontezza e cura.

In particolare, qualora il gruppo di lavoro aziendale sull'aggressività ravvisasse la necessità di un supporto psicologico immediato, si suggeriscono immediati interventi psicologici. Si segnalano in particolare i modelli della *Psicologia della Emergenza, CISM (Critical Incident Stress Management System)* o *EMDR*.

Si tratta di interventi brevi psicologico-clinici strutturati individuali e di gruppo, che si realizzano nei primi giorni successivi a un evento traumatico, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive generate da questo tipo di esperienze.

Interventi Psicologici e Psicoterapici individuali e/o di gruppo

L'esposizione ad episodi violenti può avere un impatto significativo sulla salute mentale dell'operatore. Pertanto, talvolta l'intervento immediato non è sufficiente a prevenire

l'insorgenza di disturbi e sintomatologia psicologica. In questi casi, sarà necessario intervenire con un percorso di supporto psicologico o psicoterapeutico.

Di seguito alcune delle tecniche più utili per fronteggiare le conseguenze psicologiche a seguito di un episodio di violenza in *counselling formale*:

- **Ri-etichettamento delle sensazioni somatiche:** la discussione concreta sulla natura di diverse sensazioni favorisce una categorizzazione ed una più realistica adesione ad un modello dei sintomi di ansia come effetti della sindrome post-traumatica da stress;
- **Ciclo della riflessività di Gibbs:** è uno strumento utile per riflettere sull'evento critico e rielaborare quanto accaduto. Struttura il processo di apprendimento dall'esperienza attraverso sei steps;
- **Rilassamento e respirazione addominale diaframmatica:** le tecniche di rilassamento e di educazione respiratoria diaframmatica sono molto utili per migliorare in maniera globale il benessere della persona e per ridurre gli stati di ansia e di tensione;
- **Psicoeducazione e Ridefinizione Cognitiva.**

Subire atti violenti in ambito lavorativo costituisce sicuramente un *critical event* che può determinare gravi problemi alla salute psicofisica del soggetto più o meno permanenti se non affrontati da specialisti del settore. Il *disturbo post-traumatico da stress* si manifesta in conseguenza di un fattore traumatico estremo, per cui gli individui possono vivere tali eventi, come già detto, come vittime dirette (vittime primarie), in cui la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o come testimoni di tali atti dolorosi (vittime secondarie).

L'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress può intervenire anche a distanza di mesi dall'evento traumatico e la sua durata può variare fino a cronicizzarsi; per questo si rende necessario trattare immediatamente e profondamente il disturbo e prevedere la possibilità di un trattamento per la persona o il gruppo di lavoro che ha vissuto l'evento violento, indipendentemente dal fatto se è esitato in lesioni fisiche o morte.

Il disturbo post-traumatico da stress può essere affrontato clinicamente in più modi, poiché rientra nella categoria generale dei disturbi d'ansia. Questi approcci sono proposti all'individuo vittima diretta o indiretta dell'evento, o ai *team working*.

Esistono diversi *Modelli di Psicoterapia* utili per affrontare il *disturbo post-traumatico da stress*. Tra quelli riconosciuti dall'OMS per la loro efficacia e low cost efficacy si segnalano:

1. **Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) o TF-CBT (Terapia Cognitivo-Comportamentale Focalizzata sul Trauma - Trauma-Focused CBT);**
2. **EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing):** è una terapia abbastanza recente messa a punto da F. Shapiro nel 1989. Si basa sulla scoperta che alcuni stimoli

esterni possono essere particolarmente efficaci per riprendere o accelerare l’elaborazione delle informazioni legate al trauma e dunque per elaborarlo. L’EMDR può essere utilizzato immediatamente dopo l’evento critico con singoli soggetti o coinvolgendo il gruppo di lavoro, ma anche come trattamento psicoterapico vero e proprio.

4.5 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione ha come finalità far conoscere a tutto il personale i rischi potenziali per la sicurezza e le tecniche da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza/aggressione; inoltre, si propone di favorire il senso di fiducia del personale nell'affrontare situazioni ad alto coinvolgimento emotivo.

Le figure coinvolte nella formazione sono:

- **operatori sanitari**
- **management**
- **personale della sicurezza**

Formazione rivolta a tutti gli operatori

Tutti gli operatori inclusi neoassunti, studenti, specializzandi, tirocinanti e volontari devono essere informati, formati e addestrati per prevenire ed eventualmente gestire gli episodi di violenza/aggressione. I contenuti formativi dovranno essere approfonditi in base ai contesti lavorativi e profili professionali, tenendo conto dell’analisi del rischio e delle azioni intraprese per la gestione dello stesso.

Fondamentale, a tal proposito, è la diffusione tra il personale di informazioni sulle strategie comportamentali tese a ridurre l’escalation che conduce agli atti di violenza “*Foglio informativo – Elementi di strategia comportamentale*” (**Allegato 4**) e l’apprendimento di tecniche di riconoscimento precoce e di gestione dei comportamenti violenti e aggressivi da parte di pazienti, visitatori e non ultimo degli stessi colleghi.

Il personale operante in ambito sanitario deve acquisire e rinnovare costantemente la consapevolezza del suo ruolo rispetto al fenomeno “*rischio violenza/aggressione*”, alla prevenzione e gestione del rischio, alle azioni da intraprendere e alle misure tecnologiche, strutturali e organizzative da adottare.

Formazione per il management

Per affrontare questo complesso problema è fondamentale una politica aziendale di sensibilizzazione e prevenzione, partendo dalla conoscenza da parte dei dirigenti e coordinatori del riconoscimento di situazioni ad alto rischio, legate alla propria attività lavorativa e al posto di lavoro. Policy rivolta ad incoraggiare gli operatori a segnalare gli eventi, adottare iniziative

di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano l'informazione, la formazione e l'addestramento necessario per affrontare e gestire concretamente gli episodi di violenza e aggressione sul lavoro.

Formazione per il personale della sicurezza

Particolare attenzione va rivolta al personale di vigilanza che richiede una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici e l'addestramento a fronteggiare e gestire comportamenti aggressivi da parte dell'utenza e di conseguenza disinnescare le situazioni ostili.

Le iniziative formative devono privilegiare metodologie didattiche interattive con prove pratiche e simulazioni. Va previsto un aggiornamento periodico, con maggior frequenza nelle aree più a rischio.

5.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

01. Agenzia Europea per la Salute e La Sicurezza sul Lavoro (EU-OSHA). “*Workplace Violence and Harassment: a European Picture*” (2011).
02. D.Lgs, 9 aprile 2008, n. 81: “*Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro*”.
03. D.M. 11 dicembre 2009: “*Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*” (SIMES).
04. International Labour Organization (ILO). “*Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace*” (2003).
05. Legge 14 agosto 2020, n. 113: “*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*”.
06. Magnavita N. e altri: “*Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni*” (2011).
07. Ministero della Salute “*Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie*” (ONSEPS) (2022).
08. Ministero della Salute. “*Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*” (2007).
09. Mitchell J. T. e Everly G. S.: “*Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the Prevention of Work-Related Traumatic Stress among High Risk Occupational Groups*” (1996).
10. National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). “*Violence – Occupational Hazard in Hospitals*” (2002).
11. Schablon A.: “*Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany*” (2018).
12. Schuffenhauer A. e altri: “*Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives*” (2022).
13. Shapiro F.: “*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*” (1989).
14. Vincent-Hoper S.: “*Workplace aggression and burnout in nursing*” (2020).
15. Wirth T.: “*Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: a systematic review*” (2021).
16. World Health Organization (WHO). “*Workplace Violence in the Health Sector*” (2002).

Linee Guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana

Allegati

Allegato 1 - Check list per la valutazione del rischio specifico

“Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

Allegato 2 - Scheda segnalazioni “Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

Allegato 3 - Questionario conoscitivo “Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

Allegato 4 - Foglio informativo “Elementi di strategia comportamentale”

Allegato 5 - Modelli di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle strutture

Check list per la valutazione del rischio specifico
“Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA	
Denominazione della Struttura	
Indirizzo e sede di servizio	
Tipologia di attività	<input type="checkbox"/> Servizi di Pronto Soccorso e di Emergenza/Urgenza <input type="checkbox"/> Servizi afferenti al Dipartimento di Salute mentale, quali Centri di Salute Mentale, Comunità Terapeutiche Assistite, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza <input type="checkbox"/> SERD (Servizio per le Dipendenze) <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale <input type="checkbox"/> Luoghi di attesa <input type="checkbox"/> Servizi Sanitari presso Istituti Penitenziari <input type="checkbox"/> Servizio Esterno <input type="checkbox"/> Socio-sanitaria (domiciliare, Centri Alzheimer) <input type="checkbox"/> Front-office <input type="checkbox"/> Altre attività (specificare) _____
Orario e giorni di servizio/apertura	
Responsabile della Struttura/Servizio	
AREE DI RISCHIO (barrare quelle applicabili all'attività lavorativa in esame)	

<input type="checkbox"/> A) Ambienti di lavoro	<input type="checkbox"/> B) Contesto organizzativo	<input type="checkbox"/> C) Attività domiciliare /territoriale	<input type="checkbox"/> D) Tipologia di utenza	<input type="checkbox"/> E) Formazione e comunicazione
---	---	---	--	---

A) AMBIENTI DI LAVORO	SI	NO
1) Esistono sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza da attivare in caso di aggressioni?		
2) Vi sono sistemi di illuminazione idonei e sufficienti all'interno della struttura, anche di emergenza?		
3) È presente un accesso controllato dell'utenza alla struttura?		
4) I luoghi di attesa sono idonei rispetto al numero degli accessi e alle specifiche esigenze degli utenti?		
5) L'accesso ai locali di lavoro è gestito mediante regole chiare e/o sistemi controllati?		
6) Sono presenti idonei sistemi elimina-code?		
7) Esiste un sistema di protezione (es. vetro infrangibile/plexiglass) nel front office?		
8) Gli operatori hanno la possibilità di allontanarsi rapidamente in caso di comportamenti violenti e/o di aggressione?		
9) Esiste un parcheggio custodito o vigilato riservato ai dipendenti?		
10) Vi sono sistemi di illuminazione idonei nelle aree esterne limitrofe alla struttura (parcheggi, fermate dell'autobus)?		
11) E' installato un impianto di videosorveglianza nelle aree interne alla struttura?		
12) E' installato un impianto di videosorveglianza nelle aree esterne limitrofe alla struttura?		

Valutazione del rischio: Tra 6 e 12 NO → Rischio alto

Tra 3 e 5 NO → Rischio medio

Tra 0 e 2 NO → Rischio basso

VALUTAZIONE DEL RISCHIO "AMBIENTI DI LAVORO" E PIANO DI ADEGUAMENTO	
LIVELLO DI RISCHIO (barrare la cella colorata in base al numero dei no)	MISURE DI INTERVENTO e tempi di attuazione dei vari interventi proposti (Elencare gli interventi da effettuare per diminuire il numero dei "NO", indicando la priorità di ciascuno di essi)
RISCHIO ALTO	NEL BREVISSIMO PERIODO (1 MESE): ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO MEDIO	NEL BREVE PERIODO (ENTRO 3 MESI): ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO BASSO	IN TEMPI RAGIONEvoli (ENTRO 12 MESI): ➤ ➤ ➤ ➤

B) CONTESTO ORGANIZZATIVO	SI	NO
1) Esiste la possibilità di contattare rapidamente le forze dell'ordine o la vigilanza privata durante l'intero arco di apertura della struttura?		
2) Sono disponibili per l'utenza informazioni chiare sull'organizzazione dell'attività sanitaria?		
3) È assicurata la presenza di almeno due figure professionali all'atto dell'erogazione della prestazione sanitaria?		
4) Sono note a tutti gli operatori le modalità di segnalazione all'amministrazione degli eventuali episodi di violenza e/o aggressioni (per esempio, mediante numeri di telefono e mail aziendali affissi ben visibili nella struttura)?		
5) E' presente un box idoneo per le informazioni?		
6) E' prevista la presenza di mediatori culturali?		
7) E' prevista la presenza di mediatori linguistici?		
8) Gli utenti accedono al servizio solo per appuntamento?		

Valutazione del rischio: Tra 5 e 8 NO → Rischio alto

Tra 2 e 4 NO → Rischio medio

Tra 0 e 1 NO → Rischio basso

VALUTAZIONE DEL RISCHIO "CONTESTO ORGANIZZATIVO" E PIANO DI ADEGUAMENTO	
LIVELLO DI RISCHIO (barrare la cella colorata in base al numero dei no)	MISURE DI INTERVENTO e tempi di attuazione dei vari interventi proposti (Elencare gli interventi da effettuare per diminuire il numero dei "NO", indicando la priorità di ciascuno di essi)
RISCHIO ALTO	<p>NEL BREVISSIMO PERIODO (1 MESE):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤ <p>NEL BREVE PERIODO (ENTRO 3 MESI):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤ <p>IN TEMPI RAGIONEVOLI (ENTRO 12 MESI):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤

C) ATTIVITA' DOMICILIARE/TERRITORIALE	SI	NO
1) E' escluso che gli operatori possano svolgere anche attività domiciliari?		
2) E' escluso che le attività domiciliari vengano effettuate senza il supporto di forze dell'ordine e/o di colleghi?		
3) Gli operatori dispongono di cellulare di servizio o di un interlocutore sempre attivo e reperibile durante l'attività esterna?		

Valutazione del rischio	3 NO	→ Rischio alto
	Tra 1 e 2 NO	→ Rischio medio
	0 NO	→ Rischio basso

VALUTAZIONE DEL RISCHIO "ATTIVITA' DOMICILIARE/TERRITORIALE" E PIANO DI ADEGUAMENTO	
LIVELLO DI RISCHIO (barrare la cella colorata in base al numero dei no)	MISURE DI INTERVENTO e tempi di attuazione dei vari interventi proposti (Elencare gli interventi da effettuare per diminuire il numero dei "NO", indicando la priorità di ciascuno di essi)
RISCHIO ALTO	NEL BREVISSIMO PERIODO (1 MESE): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO MEDIO	NEL BREVE PERIODO (ENTRO 3 MESI): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO BASSO	IN TEMPI RAGIONEvoli (ENTRO 12 MESI): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤

D) TIPOLOGIA DI UTENZA	SI	NO
1) E' possibile escludere il contatto con utenza psichiatrica?		
2) E' possibile escludere il contatto con utenza sotto l'effetto di alcol o droga o altre dipendenze?		
3) E' possibile escludere il contatto con utenza sottoposta a procedimento giudiziario o a Trattamenti Sanitari Obbligatori?		
4) E' possibile escludere il contatto con utenza in stato di confusione e/o agitazione?		

Valutazione del rischio Tra 2 e 4 NO → Rischio alto

- | | |
|------|-----------------|
| 1 NO | → Rischio medio |
| 0 NO | → Rischio basso |

VALUTAZIONE DEL RISCHIO "TIPOLOGIA DI UTENZA" E PIANO DI ADEGUAMENTO	
LIVELLO DI RISCHIO (barrare la cella colorata in base al numero dei no)	MISURE DI INTERVENTO e tempi di attuazione dei vari interventi proposti (Elencare gli interventi da effettuare per diminuire il numero dei "NO", indicando la priorità di ciascuno di essi)
RISCHIO ALTO	NEL BREVISSIMO PERIODO (1 MESE): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO MEDIO	NEL BREVE PERIODO (ENTRO 3 MESI): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO BASSO	IN TEMPI RAGIONEVOLI (ENTRO 12 MESI): <ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤

E) FORMAZIONE E COMUNICAZIONE		SI	NO
Gli operatori sono stati sensibilizzati e formati al fine di:			
1)	riconoscere e gestire comportamenti ostili e aggressivi?		
2)	migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti?		
3)	riconoscere e valutare cause scatenanti di episodi aggressivi?		
4)	è affisso e ben visibile il materiale informativo contro la violenza e/o aggressione a danno degli operatori sanitari?		
5)	è disponibile il codice etico comportamentale aziendale contro la violenza e/o aggressione a danno degli operatori sanitari?		

Valutazione del rischio **Tra 3 e 5 NO → Rischio alto**
2 NO → Rischio medio
Tra 0 e 1 NO → Rischio basso

VALUTAZIONE DEL RISCHIO “FORMAZIONE E COMUNICAZIONE” E PIANO DI ADEGUAMENTO	
LIVELLO DI RISCHIO (barrare la cella colorata in base al numero dei no)	MISURE DI INTERVENTO e tempi di attuazione dei vari interventi proposti (Elencare gli interventi da effettuare per diminuire il numero dei “NO”, indicando la priorità di ciascuno di essi)
RISCHIO ALTO	NEL BREVISSIMO PERIODO (1 MESE): ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO MEDIO	NEL BREVE PERIODO (ENTRO 3 MESI): ➤ ➤ ➤ ➤ ➤
RISCHIO BASSO	IN TEMPI RAGIONEVOLI (ENTRO 12 MESI): ➤ ➤ ➤ ➤

Scheda segnalazioni
“Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari”

DATI IDENTIFICATIVI DELL'OPERATORE AGGREDITO							
Cognome e Nome							
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F						
Data di nascita							
Presidio/Distretto							
Area/Servizio							
Qualifica							
Data evento							
Giorno evento	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Orario dell'aggressione							
Turno di servizio in solitario	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO						
Operatori coinvolti	Numero:						
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AGGRESSORE							
Tipologia	<input type="radio"/> paziente/utente <input type="radio"/> parente/visitatore <input type="radio"/> personale interno altro (specificare) _____						
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F						
Soggetto già conosciuto	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> psichiatrico <input type="radio"/> sotto effetto di alcol <input type="radio"/> sotto effetto di droga <input type="radio"/> straniero <input type="radio"/> sottoposto a procedimento giudiziario altro (specificare) _____						
Età							

TIPOLOGIA DI AGGRESSIONE		
Aggressione verbale/psicologica	<input type="radio"/> Uso di espressioni verbali aggressive (tono elevato, insulti, minacce, diffamazione) <input type="radio"/> Impiego di gesti violenti (senza contatto fisico) <input type="radio"/> Minacce dirette e/o indirette attraverso i social (mail, facebook, instagram, WhatsApp) altro (specificare) _____	
Aggressione fisica	<input type="radio"/> Contatto (spinta, schiaffo, pugno, calcio, abuso fisico/sessuale) <input type="radio"/> Uso di un corpo contundente come arma impropria <input type="radio"/> Uso di arma altro (specificare) _____	
DESCRIZIONE SINTETICA DELL'AGGRESSIONE		
Eventuali testimoni	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Necessità di cure	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
	se la risposta è affermativa indicare se:	
	<input type="radio"/> cure domiciliari <input type="radio"/> pronto soccorso <input type="radio"/> ricovero ospedaliero altro (specificare) _____	
Fattori che hanno contribuito all'evento	<input type="radio"/> Atteggiamento aggressivo del paziente/utente/operatoro sanitario <input type="radio"/> Mancanza o carenza di comunicazioni/informazioni <input type="radio"/> Lunghi tempi di attesa (pronto soccorso, front-office..) <input type="radio"/> Atteggiamento inadeguato del personale verso l'utenza e/o paziente <input type="radio"/> Atteggiamento inadeguato tra colleghi <input type="radio"/> Comunicazione di notizie infondate <input type="radio"/> Barriera linguistica/culturale altro (specificare) _____	

E' stata presentata denuncia/querela/esposto	all'INAIL <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO all'Autorità Giudiziaria <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO altro (specificare) _____
Data di compilazione	_____/_____/_____

e-mail: _____

recapito telefonico: _____

FIRMA

Questionario conoscitivo	
"Atti di violenza/aggressione a danno degli operatori sanitari"	
Sede di lavoro	
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Età	<input type="radio"/> < 30 <input type="radio"/> 30/40 <input type="radio"/> 40/50 <input type="radio"/> 50/60 <input type="radio"/> > 60
Presidio/Distretto	
Area/Servizio	
Qualifica	<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> OSS <input type="radio"/> Ostetrica/o <input type="radio"/> Amministrativo <input type="radio"/> Altro _____
Da quanti anni lavori in ambito sanitario?	
<input type="radio"/> < 5 anni <input type="radio"/> 5/10 anni <input type="radio"/> 10/20 anni <input type="radio"/> 20/30 anni <input type="radio"/> > 30 anni	
Sei a conoscenza del D.lgs 81/2008 e s.m.i." Testo unico per la salute e sicurezza dei lavoratori?	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Sei consapevole che il rischio aggressione/violenza rientra tra i rischi legati alla tua professione?	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Conosci il ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) - D.lgs 81/2008 e s.m.i.?	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Sai se esistono procedure aziendali per prevenire/gestire gli atti di violenza?	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Se Si, quali _____	
Nella tua realtà lavorativa, a chi vengono segnalati eventuali atti di violenza/aggressione (figura di riferimento Aziendale/Distretto/Dipartimento/U.O.)?	
(specificare) _____	
Esistono sistemi di protezione e di prevenzione contro gli atti di violenza nelle sedi in cui eserciti la professione? (es.: videosorveglianza, adeguata illuminazione, vigilanza, etc.)	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Se Si, quali _____	

Negli ultimi 3 anni, nella tua azienda, sei mai stato vittima di aggressione verbale/fisica/psicologica sul luogo di lavoro?

Si

No

Se Si, specificare il tipo di aggressione _____

Chi è stato l'aggressore?

- paziente/utente
- parente/visitatore
- personale interno (collega, superiore, etc.)
- altro (specificare) _____

Quale azione hai adottato successivamente? (anche più di una risposta)

- Nessuna
- Ho chiesto l'intervento del/i collega/ghi
- Ho chiesto l'intervento del coordinatore
- Ho richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine
- Ho riferito l'accaduto al Responsabile/Direttore
- Ho segnalato l'accaduto al Risk Manager (segnalazione evento sentinella)
- Ho chiesto trasferimento
- Ho chiesto risarcimento danni

Nella tua azienda sono previste precauzioni e/o procedure particolari quando gli operatori:

- hanno contatti con pazienti/utenti potenzialmente violenti?
- devono prelevare qualcuno dal domicilio?
- eseguono attività domiciliare?

Si

No

Ritieni siano efficaci?

Si

No

Se NO (specificare) _____

Ritieni l'episodio aggressione un evento abituale e\o inevitabile?

- No
- Si, abituale
- Si, inevitabile

Sei preoccupato di potere subire episodi di violenza/aggressione durante la tua attività lavorativa?

- molto
- abbastanza
- poco
- per nulla

Sei a conoscenza dell'eventuale presenza di un sistema di allarme nella tua struttura?

- Si
- No

Hai mai utilizzato sistemi di allarme, presenti nella tua struttura, per difenderti da una aggressione?

- Si
- No

Se Si, quale sistema di allarme hai utilizzato _____

Ritieni efficaci questi dispositivi utilizzati?

- Si
- No

Se No, perché _____

Sulla base della tua esperienza lavorativa quali sono le cause/fattori maggiormente scatenanti l'evento di violenza/aggressione?

- Utente e/o familiare particolarmente collerico
- Utente psichiatrico
- Utente sotto effetto di alcol e/o droghe
- Barriere linguistiche/culturali
- Mancata o inadeguata comunicazione del personale con l'utente
- Insoddisfazione per le prestazioni
- Tempi di attesa prolungati
- Affollamento dell'ambiente
- Luoghi di attesa poco confortevoli, non favorenti l'accoglienza degli utenti
- Presenza di un solo operatore in servizio
- Presenza nel turno di servizio di operatori colleric
- Mancata o inadeguata comunicazione tra il personale in servizio
- Assenza di procedura/non adesione alla procedura/procedura poco chiara-ambigua
- Insufficiente formazione degli operatori
- Operatori sanitari inesperti/elevato turnover del personale
- Insufficiente addestramento/ inserimento del personale di nuova assunzione
- Inadeguata/mancata formazione su tecniche di gestione della aggressività
- Inadeguata/mancata formazione sulle modalità di gestione dell'evento infastidito
- Assenza dispositivo di sicurezza (pulsanti di panico individuale, cellulari, cercapersone etc.)
- Illuminazione interna insufficiente
- Illuminazione esterna insufficiente
- Ambiente inadeguato per il tipo di prestazione erogata
- Fatica/stress/sovraaccarico
- Tipo di turno/orario
- Inadeguata organizzazione cambio turno
- Precedenti episodi di violenza verificatisi all'interno dello stesso servizio
- Altro (specificare) _____

Secondo te, quali sono le aree e i momenti più a rischio nella tua struttura lavorativa?
(specificare) _____
La struttura/U.O. dispone di un protocollo/procedura adeguata che, in caso di aggressione dia luogo all'analisi dell'evento?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
La tua azienda adotta una Scheda Segnalazione Aggressione?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
La struttura, in relazione all'evento ha individuato un percorso per la presa in carico dell'individuo o del gruppo vittima di violenza/aggressione?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ritieni utile la istituzione di procedure aziendali per prevenire/gestire gli atti di violenza?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
La struttura/U.O. di appartenenza ha definito programmi di sensibilizzazione, informazione, formazione specifica degli operatori in relazione al rischio aggressione individuato?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ritieni utile partecipare ad un programma di sensibilizzazione, informazione, formazione specifica?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Se No, specificare perché _____
L'azienda ha prodotto documenti, poster, video o altro materiale per informare in modo chiaro pazienti, utenti, visitatori e lavoratori che la violenza non è consentita e che nessun episodio sarà tollerato?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
L'azienda ha messo in atto adeguate modalità informative rivolte agli utenti quali orari di accesso, come utilizzare i servizi, segnaletica informativa, desk informazione con personale dedicato?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Sulla base della tua esperienza quali potrebbero essere le soluzioni da adottare?

Foglio informativo

Elementi di strategia comportamentale da attuare con una persona agitata

Nel momento in cui l'operatore percepisce la presenza di una persona agitata bisogna attuare delle strategie comportamentali atte ad evitare l'intensificazione dell'escalation che conduce alla violenza vera e propria. Di seguito si danno alcune indicazioni per gestire queste situazioni:

- usare un tono di voce basso rivolgendosi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile con frasi brevi
- avvicinarsi alla persona con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte ben visibili evitando di incrociare le braccia e le gambe e fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo a ciò che sta avvenendo evitando giudizi e sarcasmo
- mantenere una distanza di sicurezza dal paziente
- presentarsi con nome e qualifica professionale
- identificare sempre le possibili vie di fuga disponibili
- evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo, ad esempio, tra la scrivania e il muro
- prima di ogni eventuale contatto fisico spiegare al paziente cosa si sta per fare
- mostrare disponibilità all'ascolto raccogliendo le parole della persona e possibilmente riutilizzandoli
- cercare di rispondere alle esigenze immediate dell'interlocutore, senza spostare il discorso su altri temi e proponendo eventuali scelte alternative
- evitare di indossare monili, scarpe aperte, cinture, oggetti contundenti taglienti e/o potenzialmente pericolosi quali penne, matite, oggetti appuntiti ecc.
- evitare se possibile di rimanere da solo con la persona agitata
- avere comunque sempre disponibili dei dispositivi di protezione individuale come guanti o mascherine

Occorre infine ricordare che il personale sanitario non può e non deve svolgere interventi di pubblica sicurezza; pertanto; in caso di pericolo per l'incolumità dei cittadini, se vi è la necessità di mantenere l'ordine pubblico verrà allertata la forza pubblica. Nelle aree presidiate dalla vigilanza privata in particolare le aree di emergenza, l'operatore in caso di necessità richiederà l'intervento della guardia giurata in servizio.

Modello di materiale informativo da distribuire e/o affiggere nelle strutture sanitarie

STOP ALLE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO

Offendere e aggredire
verbalmente o
fisicamente
gli operatori della
struttura è

REATO



**Se hai bisogno delle
mie cure, prenditi
cura di me**

Manifesto di
sensibilizzazione utenti
e operatori contro gli
atti di violenza a danno
degli operatori sanitari
e per favorirne la
segnalazione



STOP ALLE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO

Offendere e aggredire
verbalmente o
fisicamente
gli operatori della
struttura è

REATO



Se hai bisogno delle mie cure, prenditi cura di me

Manifesto di sensibilizzazione utenti e operatori contro gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e per favorirne la segnalazione



CONCLUSIONI

Le aggressioni in ambito sanitario non possono essere considerate degli episodi isolati nella nostra società. Piuttosto evidenziano una tendenza di natura e dimensioni sociali correlati al decadimento della cultura, del rispetto delle regole e delle persone così come delle autorità. Per questa ragione, è necessaria una rivoluzione culturale che passa da una revisione delle regole di comportamento e da azioni concrete a supporto delle categorie maggiormente a rischio.

Chi aggredisce medici e operatori sanitari non solo commette un ingiustificabile danno alle persone, ma anche alle strutture, che hanno sempre più difficoltà a reclutare personale, mettendo in serio pericolo il diritto alla salute dei cittadini. Chi opera per il bene pubblico della salute va tutelato, nessuno deve sentirsi in pericolo perché svolge il proprio lavoro a tutela di un diritto collettivo.

Bisogna rimettere al centro dell'attenzione pubblica la sacralità del rapporto della sanità con i cittadini. I problemi della violenza agli operatori sanitari non si devono cercare solo all'interno delle strutture. Occorre investire in comunicazione e formazione, soprattutto, per quanto attiene alle strutture, tra personale sanitario e utenti, per ripristinare un **clima di fiducia e di rispetto** che si è perso. La tolleranza zero è fondamentale verso ogni forma di aggressione verbale e fisica.

Si auspica di smentire *Martin Luther King* che affermava:

“Ciò che mi spaventa non è la violenza dei cattivi, è l'indifferenza dei buoni”.

BIBLIOGRAFIA

- Arnetz J., Bengt B Arnetz Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care, Social Science & Medicine Volume 52, Issue 3, February 2001, Pages 417-427.
- Ayasrah I. et al., Violence Against Emergency Nurses: A Literature Review CritCare Nurs, 2021.
- Al-Qadi M., Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis 2020 Sep;52:100905. doi: 10.1016/j.ienj.2020.100905. Epub 2020.
- Australian Government, Federal Register of Legislation, Work Health and Safety Act 2011.
- Babiarczyk B., Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries - a cross-sectional study 2020, Int J Occup Med Environ Health.
- Circolare del Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" del 13 marzo 2007.
- Code of Practice: Violence, Aggression and Bullying (2007). Prevention and management of violence, aggression and bullying at work: code of practice/Department of Consumer and Employment Protection, Government of Western Australia, Resources Safety. National Library of Australia. Western Australia. Department of Consumer and Employment Protection. Resources Safety.
- D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008: Testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Decreto n. 1603 del 21 dicembre 2023: Linee guida per la prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Siciliana.
- Efrat-Treister, D., The effect of waiting on aggressive tendencies toward emergency department staff: Providing information can help but may also backfire.
- Legge 14 agosto 2020, n. 113 - Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie.
- D'Ettorre G., Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments; Acta Biomed , 2018.
- Hogarth M., Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department Australas Emerg Nurs JEpub 2015 May 23.
- Health and Safety at Work Act 1974: An Act to make further provision for securing the health, safety and welfare of persons at work, for protecting others against risks to health or safety in connection with the activities of persons at work, for controlling the keeping and use and preventing the unlawful acquisition, possession and use of dangerous substances, and for controlling certain emissions into the atmosphere; to make further provision with respect to the employment medical advisory service; to amend the law

- relating to building regulations, and the Building (Scotland) Act 1959; and for connected purposes.
- Jennifer D, Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department International Emergency Nursing, July 2021.
 - Kälvemark S. et al., Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system, Social Science & Medicine Volume 58, Issue 6, March 2004, Pages 1075-1084.
 - National Health Service (2021). Violence Reduction Standards. www.england.nhs.uk.
 - Occupational Safety and Health Act (OSHA). Salute e sicurezza sul lavoro (1970).
 - Pich et al; Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage) Australas Emerg Nurs J, 2017.
 - Ramacciati N. et al., Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study International Emergency Nursing , Volume 23, Issue 4, October 2015, Pages 274-280.
 - Ramacciati N. et al., Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study International Journal of Nursing Studies Volume 81, May 2018, Pages 21-29.
 - Schablon A. et al, Risk of Burnout among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives PrInt J Environ Res Public Health. 2022 May.
 - Vincent-Höpe S., Workplace Aggression and Burnout in Nursing-The Moderating Role of Follow-Up Counseling, 2020 Int J Environ Res Public Health.
 - World Health Organization (WHO). Workplace Violence in the Health Sector (2002).
 - Workplace Violence Prevention for Health Care and Social Service Workers Act (2023-2024). To direct the Secretary of Labor to issue an occupational safety and health standard that requires covered employers within the health care and social service industries to develop and implement a comprehensive workplace violence prevention plan, and for other purposes. 118th Congress United States Congress.
 - Wright-Brown S. et al., The Experiences of Registered Nurses Who are Injured by Interpersonal Violence While on Duty in an Emergency Department Journal of Forensic Nursing, 2016.
 - Zoleo et al., Violence against health workers: findings from three emergency departments in the teaching Hospital of Padua, Italy, Springer Link 2020.

