



REGIONE
LAZIO

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

Autori del documento:

Giuseppe Sabatelli¹; Anna Santa Guzzo¹; Maurizio Musolino¹; Antonio Silvestri¹; Luca Casertano²; Alessandro Feola³; Luigi Tonino Marsella³; Giovanna Parmigiani⁴; Angelo Sacco⁵; Michele Treglia³

¹Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; ²Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management Regione Lazio; ³Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione - Sezione di Medicina Legale, Sicurezza Sociale e Tossicologia Forense, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"; ⁴Medico Psichiatra; ⁵Medico del Lavoro.

Prima emissione: 16 ottobre 2018



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

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

INDICE

1.0	Introduzione	2
2.0	Definizioni e prevalenza del fenomeno	2
3.0	I dati della Regione Lazio	4
4.0	Obiettivi del documento	9
5.0	Ambiti di applicazione	9
6.0	Glossario	10
7.0	Modello teorico di riferimento	11

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

12

8.0	Valutazione del rischio ed elaborazione del PPV	12
9.0	Misure di prevenzione e protezione	13
9.1	<i>Interventi strutturali e/o tecnologici</i>	14
9.2	<i>Interventi organizzativi</i>	17
9.3	<i>Interventi di formazione e addestramento degli operatori</i>	19

**FASE 2
RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORAMENTI AGGRESSIVI**

20

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

21

10.0	Defusing	21
11.0	Debriefing	22
12.0	Segnalazione e analisi dell'evento	22
12.1	<i>Analisi dell'evento e alimentazione del flusso SIMES</i>	24
13.0	Aspetti infortunistici	26
13.1	<i>Obblighi dell'infortunato</i>	26
13.2	<i>Obblighi del datore di lavoro</i>	26
14.0	Aspetti legali	27
14.1	<i>Aggressione verbale</i>	29
14.1.1	<i>Diffamazione</i>	29
14.1.2	<i>Minaccia</i>	30
14.2	<i>Aggressione fisica</i>	30
14.2.1	<i>Percosse</i>	30
14.2.2	<i>Lesioni</i>	30
14.2.3	<i>Morte</i>	31
14.2.4	<i>Reati sessuali</i>	32
14.3	<i>Interruzione di pubblico servizio</i>	32
14.4	<i>Costituzione di parte civile da parte della struttura</i>	32
15.0	Riferimenti bibliografici e normativi	34
Allegati	36

1.0 INTRODUZIONE

Gli operatori dei servizi sanitari presentano un rischio significativo di subire atti di violenza durante la propria attività lavorativa, rischio che, a giudicare dalle cronache recenti, appare in aumento. Si tratta di un fenomeno così rilevante che già nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento e ha inserito la "morte o grave danno in seguito a violenza su operatore" fra gli *eventi sentinella* che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.

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

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

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

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

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

2.0 DEFINIZIONI E PREVALENZA DEL FENOMENO

Non è facile definire le esatte dimensioni del fenomeno e per diversi motivi. Innanzitutto è opportuno sottolineare che il termine "violenza sul posto di lavoro" è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno dai comportamenti incivili alla mancanza di rispetto nei confronti degli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all'aggressione fisica degli operatori con esiti anche mortali. Una delle definizioni più accreditate è quella proposta dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) che definisce la violenza sul posto di lavoro come: "atti violenti (compresa l'aggressione fisica o la tentata aggressione) diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio".

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

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

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

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

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

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

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

1. Servizi di emergenza-urgenza;
2. Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
3. Luoghi di attesa;

4. Servizi di geriatria;
5. Continuità assistenziale.

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

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

3.0 I DATI DELLA REGIONE LAZIO

La Regione Lazio dispone dal 2011 di un portale su cui tutte le strutture del Sistema Sanitario Regionale caricano i dati relativi agli eventi avversi. Al fine migliorare la qualità e l'omogeneità dei dati, è stato elaborato un documento regionale per la classificazione degli eventi e, per semplificarne l'utilizzo, l'architettura del portale è stata profondamente rivista nel 2017.

Per l'elaborazione di questo documento sono stati analizzati i dati¹ relativi agli eventi caricati dalle strutture regionali nel periodo che va dal 2012 al 2017. I dati del 2011 sono stati esclusi dall'analisi a causa della non soddisfacente qualità. Si è inoltre proceduto alle seguenti operazioni:

- a. Sono stati eliminati gli eventi relativi alle aggressioni da operatore sanitario ad altro operatore sanitario;
- b. Per alcune analisi sono state eliminate le segnalazioni multiple per uno stesso episodio. Per identificare le segnalazioni multiple sono stati analizzati gli eventi che presentavano le seguenti caratteristiche: (a) numero identificativo dell'evento contiguo; (b) stessa struttura. Una volta selezionati, gli eventi sono stati quindi analizzati singolarmente e si è provveduto ad eliminare quelli nei quali la data e l'ora di accadimento coincidevano;
- c. Sono stati classificati come Near Miss (NM) gli eventi non classificati come Eventi Sentinella (ES) che riportavano come esito "nessun danno".
- d. Sono stati classificati come Evento Avverso (EA) tutti gli eventi non classificati come ES che riportavano come esito un danno di qualunque entità;
- e. Sono stati riclassificati come EA quei casi inseriti come NM ma che riportavano come esito un danno "lieve".
- f. Quando possibile, sulla base di quanto contenuto nel campo "Descrizione" dell'evento, sono state riclassificate le strutture di accadimento.

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

Nel periodo dal 2012 al 2017 sono state inserite sul portale regionale oltre dodicimila segnalazioni, con un valore medio annuo superiore a duemila, ma con ampie variazioni da un anno all'altro

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

(Tabella 1), da imputare con ogni probabilità ai già citati limiti degli strumenti di *reporting* su base volontaria. La quasi totalità delle segnalazioni proviene da strutture pubbliche. I NM rappresentano il 57.7 % delle segnalazioni, mentre EA ed ES costituiscono il 32.7 e il 9.6 % del totale, rispettivamente.

Tabella 1 - Classificazione delle segnalazioni pervenute sul portale per anno e tipo di evento							
Anno	N.	Tipo di evento					
		NM	%	EA	%	ES	%
2012	3495	2392	68,4	960	27,5	143	4,1
2013	2135	1235	57,8	691	32,4	209	9,8
2014	1724	873	50,6	627	36,4	224	13,0
2015	1379	764	55,4	413	29,9	202	14,6
2016	1097	623	56,8	287	26,2	187	17,0
2017	2330	1131	48,5	998	42,8	201	8,6
TOTALE	12160	7018	57,7	3976	32,7	1166	9,6

Nella Tabella 2 vengono analizzati numero e percentuale delle segnalazioni di atti di violenza sul totale delle segnalazioni pervenute sul portale. Per questa tabella, al fine di migliorare la qualità dell'analisi, si è deciso di considerare come un unico evento le segnalazioni pervenute da operatori diversi ma che si riferivano allo stesso episodio. Nel periodo 2012-2017 sono state inserite 553 segnalazioni relative ad atti di violenza a danno di operatori, con un valore medio annuo di circa 90, valore che, specie negli ultimi quattro anni, rimane piuttosto stabile. In termini percentuali sul totale delle segnalazioni pervenute sul portale, si va da un minimo dell'1.7 % a un massimo dell'8.8 %, con un valore medio del 4.5 %. Tuttavia analizzando il peso delle aggressioni all'interno delle tre categorie di eventi (NM, EA ed ES) emerge un dato molto interessante. Infatti la percentuale delle aggressioni all'interno degli ES va dal 28.7 % del 2012 al 47.6 del 2016, con valore medio del 38.5 %. Il contributo delle aggressioni al totale dei NM e degli EA, invece, è minimo.

Tabella 2 - Percentuale delle segnalazioni di aggressione per anno e tipo di evento sul totale delle segnalazioni								
Anno	N.	%	Tipo di evento					
			NM	%	EA	%	ES	%
2012	58	1,7	9	0,4	8	0,8	41	28,7
2013	123	5,8	23	1,9	5	0,7	95	45,5
2014	97	5,6	7	0,8	6	1,0	84	37,5
2015	81	5,9	11	1,4	5	1,2	65	32,2
2016	96	8,8	1	0,2	6	2,1	89	47,6
2017	98	4,2	15	1,3	8	0,8	75	37,3
TOTALE	553	4,5	66	0,9	38	1,0	449	38,5

Questa anomala sproporzione degli ES rispetto a NM ed EA è confermata dai dati riportati nella Tabella 3. Dall'esame delle 553 segnalazioni di aggressione, infatti, emerge che oltre l'81 % dei casi è stato classificato come ES, mentre la quota di NM è inferiore al 12 % e quella di EA è di circa il 7 %. Questo fenomeno potrebbe essere legato al fatto che alcune indicazioni fornite dal Ministero suggerivano di classificare come ES "atti di violenza a danno di operatore" qualsiasi episodio,

anche da parte di pazienti dai quali sia possibile attendersi comportamenti violenti, ad eccezione delle aggressioni verbali prive di carattere di minaccia o intimidazione. Questo sembra aver avuto un effetto di sovra-classificazione degli ES, indipendentemente dall'esito degli episodi.

Tabella 3 - Classificazione delle segnalazioni di aggressioni per anno e tipo di evento							
Anno	N.	Tipo di evento					
		NM	%	EA	%	ES	%
2012	58	9	15,5	8	13,8	41	70,7
2013	123	23	18,7	5	4,1	95	77,2
2014	97	7	7,2	6	6,2	84	86,6
2015	81	11	13,6	5	6,2	65	80,2
2016	96	1	1,0	6	6,3	89	92,7
2017	98	15	15,3	8	8,2	75	76,5
TOTALE	553	66	11,9	38	6,9	449	81,2

La Tabella 4 analizza i dati relativi alla struttura di accadimento e conferma la prevalenza di episodi nell'area di emergenza-urgenza (23 %) e dell'assistenza psichiatrica e delle dipendenze patologiche (oltre il 20 %). Di particolare rilevanza anche il dato relativo al trasporto di emergenza, che rende conto del 21 % delle aggressioni totali. In oltre il 13 % dei casi non è stato possibile assegnare la struttura di accadimento a causa, fra l'altro, di alcuni disallineamenti fra le strutture aziendali e quelle presenti nell'anagrafe utilizzata nella costruzione del portale.

Tabella 4 - Classificazione per struttura di accadimento		
Struttura	N.	% sul totale
Pronto Soccorso	127	23,0
Trasporto di emergenza	119	21,5
Reparti Psichiatrici	98	17,7
Non specificato	74	13,4
Reparti di Area medica (esclusa l'assistenza psichiatrica)	61	11,0
Reparti di Area chirurgica	19	3,4
Ambulatorio	15	2,7
Servizi per le Dipendenze Patologiche	15	2,7
Attività di sportello	9	1,6
Altro	9	1,6
Reparti di Rianimazione	7	1,3
TOTALE	553	100,0

La Tabella 5 riporta i dati delle aggressioni segnalate suddivisi per sesso del segnalatore. In questo caso sono stati analizzati anche i dati relativi alle 67 segnalazioni multiple, cioè a quelle effettuate da più operatori ma relative ad uno stesso episodio aggressivo. Dall'esame dei dati non sembrano emergere differenze significative nella percentuale di segnalazione provenienti fra donne e uomini pur in presenza di una lieve prevalenza delle prime (49.4 vs. 48.4 %).

Tabella 5 - Classificazione per sesso del segnalatore		
Sesso	N.	% sul totale
F	306	49,4
M	300	48,4
Non specificato	14	2,3
TOTALE	620	100,0

La Tabella 6 classifica i dati sulla base del tipo di aggressione. Anche in questo caso sono state prese in considerazione le 67 segnalazioni multiple, visto che il tipo di aggressione poteva essere diverso per i diversi operatori coinvolti. Dall'esame dei dati emerge una decisa prevalenza delle aggressioni fisiche che, associate a quelle sia fisiche che verbali, sfiorano il 67 % del totale.

Tabella 6 - Classificazione per tipo di aggressione		
Tipo di aggressione	N.	% sul totale
Fisica	230	38,7
Verbale	163	28,2
Fisica e verbale	122	18,1
Non specificato	105	15,0
TOTALE	620	100,0

La Tabella 7 ricerca una eventuale correlazione fra il sesso dell'operatore aggredito e il tipo di aggressione subita, e sembra indicare una lieve prevalenza delle aggressioni verbali a carico del personale femminile (29,7 delle F contro il 23,0 % dei M). Tuttavia la percentuale dei casi non specificati è troppo elevata (13,1 % per le F e 20,3 % per i M) per poter trarre conclusioni in tal senso. Anche in questo caso sono state prese in considerazione le 67 segnalazioni multiple, visto che il tipo di aggressione poteva essere diverso per i diversi operatori coinvolti.

Tabella 7 - Classificazione per sesso e tipo di aggressione										
Sesso	N.	% sul totale	Tipo di aggressione							
			Fisica	% sul sesso	Verbale	% sul sesso	Fisica e verbale	% sul sesso	Non spec.	% sul sesso
F	306	49,4	117	38,2	91	29,7	58	19,0	40	13,1
M	300	48,4	110	36,7	69	23,0	60	20,0	61	20,3
Non specificato	14	2,3	3	21,4	3	21,4	4	28,6	4	28,6
TOTALE	620	100,0	230	37,1	163	26,3	122	19,7	105	16,9

Nella Tabella 8 sono riportati i dati relativi agli esiti degli atti di violenza. In quasi la metà non viene segnalato alcun danno a carico dell'operatore coinvolto, almeno nell'immediatezza della segnalazione. Nel 42,9 % dei casi sono stati segnalati danni lievi. In poco più dell'8 % degli eventi sono segnalati danni da moderati a severi. Questo sembrerebbe confermare l'effetto di sovra-classificazione degli atti di violenza legato all'applicazione delle indicazioni ministeriali. Anche qui sono state analizzate le 67 segnalazioni multiple, visto che l'esito poteva essere diverso per i diversi operatori coinvolti.

Tabella 8 - Classificazione per tipo di aggressione ed esito⁽¹⁾

Tipo di aggressione	Esito							
	Nessuno	% sul tipo di evento	Lieve	% sul tipo di evento	Moderato	% sul tipo di evento	Severo	% sul tipo di evento
Fisica	48	20,9	156	67,8	26	11,3	0	0,0
Verbale	146	89,6	9	5,5	5	3,1	3	1,8
Fisica e verbale	55	45,1	56	45,9	11	9,0	0	0,0
Non specificato	54	51,4	45	42,9	4	3,8	2	1,9
TOTALE	303	48,9	266	42,9	46	7,4	5	0,8

La ricerca di una eventuale correlazione fra la gravità dell'esito e la classificazione dell'evento come NM, EA o ES, ha dato risultati in qualche misura inattesi. Infatti oltre il 45 % degli ES segnalati non è associato ad alcun danno a carico degli operatori coinvolti, una percentuale che supera il 90 % aggiungendo gli esiti lievi (Tabella 9). Il dato sembra risentire degli effetti di sovra-classificazione degli eventi di cui si è già parlato, visto che gli ES non sembrano caratterizzarsi per la gravità degli esiti, come ci si aspetterebbe, almeno per quanto riguarda quelle obiettivamente nell'immediatezza dell'evento. Anche in questo caso sono state prese in considerazione le 67 segnalazioni multiple.

Tabella 9 - Classificazione per tipo di evento ed esito

Tipo di evento	Esito							
	Nessuno	% sul tipo di evento	Lieve	% sul tipo di evento	Moderato	% sul tipo di evento	Severo	% sul tipo di evento
NM	66	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
EA	0	0,0	32	84,2	5	13,2	1	2,6
ES	237	45,9	234	45,3	41	7,9	4	0,8
TOTALE	303	54,8	266	48,1	46	8,3	5	0,9

L'analisi del tipo di aggressore evidenzia che nel 64.6 % dei casi si tratta del paziente. Comprendendo anche le aggressioni da parte di pazienti in associazione con parenti e visitatori e quelle di utenti, il coinvolgimento negli atti di violenza del "destinatario" delle prestazioni erogate supera il 68 % dei casi. Nel 17.5 % dei casi l'aggressore è un parente o visitatore del paziente, mentre nel 3.3 % gli atti di violenza vengono perpetrati da soggetti esterni, senza motivo apparente. Nell'11 % dei casi l'aggressore non è stato specificato (Tabella 10).

Tabella 10 - Classificazione per tipo di aggressore

Tipo di aggressore	N.	% sul totale
Paziente	357	64,6
Parente/Visitatore	97	17,5
Non specificato	61	11,0
Esterno	18	3,3
Utente	15	2,7
Paziente e Parente/Visitatore	5	0,9
TOTALE	553	100,0

Quando possibile, sulla base del contenuto del campo “Descrizione” dell’evento, sono state analizzate le caratteristiche del paziente “aggressore” per come segnalate dagli operatori. Anche se in oltre il 72 % dei casi non vengono segnalate caratteristiche particolari, sembra interessante sottolineare che nel 10 % dei casi il paziente viene descritto come in stato di agitazione psicomotoria e nel 9 % dei casi sotto l’effetto, almeno apparente, di sostanze psicotrope. Quasi il 5 % dei casi segnalati è attribuibile a pazienti psichiatrici non trattati all’interno di strutture di assistenza specialistica e durante l’esecuzione di TSO. Poco più del 3 % dei pazienti presentava caratteristiche compatibili con decadimento delle funzioni cognitive su base organica o metabolica (Tabella 11).

Tabella 11 - Caratteristiche cliniche dei pazienti che aggrediscono⁽¹⁾		
Caratteristiche cliniche	N.	% sul totale
Stato di agitazione psicomotoria	36	10,1
Demenza o confusione mentale ⁽²⁾	9	2,5
Abuso di sostanze psicotrope	33	9,2
Alterazione legata a problemi metabolici	2	0,6
Paziente psichiatrico ⁽³⁾	12	3,4
Esecuzione di TSO	6	1,7
Nessuna caratteristica particolare	259	72,5
TOTALE	357	100,0

(1) Sulla base di quanto contenuto nel campo "Descrizione" dell'evento.

(2) Confusione non attribuibile ad abuso di sostanze psicotrope.

(3) Non in strutture di assistenza psichiatrica residenziali o territoriali.

4.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

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

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

5.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

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

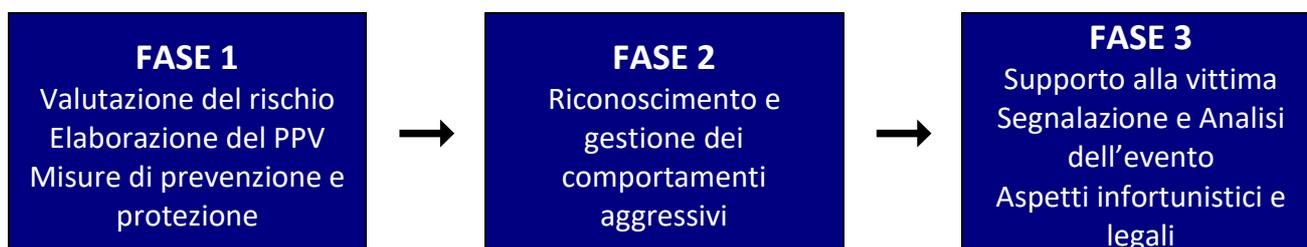
6.0 GLOSSARIO

CRM	Clinical Risk Manager.
CSM	Centro Salute Mentale.
Defusing	Letteralmente: disinnescare. Colloquio di gruppo per elaborare brevemente e in forma collettiva il significato dell'evento.
De-escalation	Letteralmente: riduzione progressiva, attenuazione. Si tratta di un insieme di interventi, basati sulla comunicazione verbale e non verbale, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto. La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e di aggressività presenti non solo nelle persone con disturbi psichiatrici.
Debriefing	Letteralmente: rapporto, resoconto. Si tratta di un intervento strutturato e di gruppo che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze.
EA – EVENTO AVVERSO	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.
ES – EVENTO SENTINELLA	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
DVR	Documento di Valutazione del Rischio.
GPS	Global Positioning System: sistema di posizionamento globale.
Login	Registrazione di accesso (a un edificio, servizio, funzione, ecc.).
Logout	Registrazione di uscita (da un edificio, servizio, funzione, ecc.).
MMG	Medico di Medicina Generale.
NM – NEAR MISS	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
PLS	Pediatra di Libera Scelta.
PPV	Programma di Prevenzione degli atti di Violenza.
PS	Pronto Soccorso
REMS	Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza.
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali.
SERD	Servizio per le Dipendenze.
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità. È un sistema informativo ministeriale che raccoglie su tutto il territorio nazionale le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri.
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione.
SSA	Scheda Segnalazione Aggressioni.
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio.
TUSSL	D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008: Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

7.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

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

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



FASE 1

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

ELABORAZIONE DEL PPV

MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

8.0 VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED ELABORAZIONE DEL PPV

Il primo passo per una gestione efficace del problema degli atti di violenza a danno degli operatori consiste nel riconoscere che **la violenza sul luogo di lavoro rappresenta un rischio per la sicurezza e per la salute dei lavoratori**. In quanto tale rientra nella valutazione dei rischi prevista dal TUSSL², che, ricordiamo, riguarda tutti i rischi “presenti nell’ambito dell’organizzazione in cui essi prestano la propria attività” ed è “finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza”. L’art. 28 c. 1 del TUSSL specifica che la valutazione “deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato” e che “il datore di lavoro effettua la valutazione” ed elabora il Documento di Valutazione dei Rischi³ (di seguito DVR) in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione” e con il medico competente nei casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria dei lavoratori⁴. È opportuno ricordare come l’elaborazione del DVR rientri fra gli obblighi non delegabili del datore di lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.0 MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

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

$$R = P \times D$$

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

In analogia alla tassonomia per dei fattori causali e contribuenti, anche gli interventi preventivi e protettivi possono essere classificati in: (a) strutturali e tecnologici; (b) organizzativi; (c) legati alla formazione e all'addestramento degli operatori. Gli interventi presentano complessità e costi assai variabili e andrebbero implementati in tutte le articolazioni organizzative interessate dal fenomeno, dando priorità a quelle strutture e attività per le quali il rischio è maggiore sulla base delle evidenze di letteratura ovvero della valutazione del rischio. Gli interventi di seguito elencati sono da implementare sia nella valutazione dei progetti di nuove strutture, che nella modifica di quelle esistenti.

9.1 Interventi strutturali e/o tecnologici

Servono a rimuovere il fattore di rischio o a creare una barriera fra rischio e operatore. Gli interventi devono essere specifici per ogni ambiente e basati sui risultati della valutazione dei rischi. Va sottolineato che per i servizi territoriali, specie se erogati in abitazioni private, molti di questi interventi non sono praticabili. A mero titolo esemplificativo si riportano di seguito e nella Tabella 12 i principali interventi strutturali e/o tecnologici:

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

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

Tabella 12 – Interventi strutturali e/o tecnologici (modificata da OSHA)					
	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Sistemi di allarme	<ul style="list-style-type: none"> Pulsanti di allarme o di chiamata disponibili nelle postazioni di lavoro oppure sistemi di allarme indossabili dagli operatori 			<ul style="list-style-type: none"> Sistemi di comunicazione Sistemi di tracciamento GPS Telefoni cellulari dedicati 	
	Note: I sistemi di allarme devono essere sottoposti a regolare manutenzione e gli operatori devono essere addestrati al loro corretto utilizzo e informati sulle eventuali limitazioni d'uso dei dispositivi (ad esempio sul range di funzionamento)				
Vie di fuga Uscite	<ul style="list-style-type: none"> Quando possibile, le stanze dovrebbero avere due uscite Rendere disponibile una stanza sicura in caso di emergenza Disporre adeguata segnaletica per le vie di fuga/uscite 			<ul style="list-style-type: none"> Quando possibile gli operatori dovrebbero valutare numero e posizione delle vie di fuga/uscite 	
	Note: Gli operatori devono avere dimestichezza con il luogo di lavoro e conoscere dove sono le vie di fuga/uscite disponibili				
Sistemi di monitoraggio e di sorveglianza	<ul style="list-style-type: none"> Sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso interni ed esterni Specchi convessi di sicurezza Posizionamento delle sale infermieri in modo da consentire agli operatori la visibilità dell'area di lavoro Pannelli di vetro allocati nelle porte/muri per consentire agli operatori la visibilità dell'area di lavoro 		<ul style="list-style-type: none"> Sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso interni ed esterni Specchi convessi di sicurezza Pannelli di vetro allocati nelle porte/muri per consentire agli operatori la visibilità dell'area di lavoro 		
	Note: È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare. Lo staff deve sapere se la videosorveglianza è in uso oppure no e se i monitor sono presidiati da qualcuno oppure no				
Barriere di protezione	<ul style="list-style-type: none"> Dotare i banconi dei servizi di accoglienza di vetri antifondam. Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalciamento Servizi igienici separati per operatori e utenti Tenere chiuse a chiave tutte le stanze non utilizzate per impedire accessi non autorizzati (1) 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalciamento Servizi igienici separati per gli operatori e per i pazienti/visitatori Tenere chiuse a chiave tutte le stanze non utilizzate per impedire accessi non autorizzati (1) 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurarsi che i banconi siano sufficientemente alti e profondi da impedire il loro scavalciamento Servizi igienici separati per gli operatori e per i pazienti/visitatori 		
	Note: È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare. (1) Compatibilmente con la normativa antincendio e i piani di evacuazione.				

Continua Tabella 12 - Interventi strutturali e/o tecnologici

	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Aree riservate a pazienti e utenti	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti Garantire sale di attesa confortevoli Dividere in settori le sale di attesa in modo a limitare il rischio di emulazione di comportamenti inappropriati da parte di pazienti/utenti 	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti Garantire sale di attesa confortevoli Valutare la riduzione della rotazione dello <i>staff</i> degli operatori in quei servizi i cui utenti vengono messi in agitazione dalla presenza di operatori non conosciuti 	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti Garantire sale di attesa confortevoli 	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere aree dedicate per la de-escalation dei pazienti/utenti 	<ul style="list-style-type: none">
	<p>Note: È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare.</p>				
Arredi e manutenzione	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare arredi e complementi che non possano essere utilizzati come arma Assicurarsi che armadietti e cassette contenenti siringhe e taglienti siano chiusi e che i sistemi di chiusura siano funzionanti Smussare o coprire gli spigoli Valutare interventi per la riduzione del rumore in aree specifiche Incassare corrimani, fontanelle e ogni altro arredo sporgente dal muro 			<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare arredi e complementi che non possano essere utilizzati come arma Assicurarsi che armadietti e cassette contenenti siringhe e taglienti siano chiusi e che i sistemi di chiusura siano funzionanti Smussare o coprire gli spigoli Assicurarsi che le attrezzature per il trasporto di materiale medico, farmaci e oggetti di valore siano protette da sistemi di chiusura funzionanti 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurarsi che le attrezzature per il trasporto di materiale medico, farmaci e oggetti di valore siano protette da sistemi di chiusura funzionanti
	<p>Note: È necessaria una adeguata valutazione su quale sia il miglior compromesso fra la necessità di mantenere una buona atmosfera lavorativa rispetto al servizio fornito e il tipo di barriere da utilizzare.</p>				
Illuminazione	<ul style="list-style-type: none"> Installare impianti di illuminazione efficienti sia all'interno che all'esterno della struttura (come ad esempio: aree di parcheggio e camminamenti) 			<ul style="list-style-type: none"> Installare impianti di illuminazione efficienti sia all'interno che all'esterno della struttura (come ad esempio: aree di parcheggio e camminamenti) 	
	<p>Note: L'impianto di illuminazione deve essere sottoposto alla necessaria manutenzione, ad esempio monitorando lo stato delle lampade sostituendo tempestivamente quelle fulminate o non funzionanti. L'illuminazione non deve essere troppo intensa o causare abbagliamento</p>				
Trasporti	<ul style="list-style-type: none"> Assicurare la corretta manutenzione dei veicoli Valutare la necessità, in casi particolari, di dotare i veicoli di una barriera di separazione fra autista e soggetti trasportati 			<ul style="list-style-type: none"> Assicurare la corretta manutenzione dei veicoli 	

9.2 Interventi organizzativi

Sono utili quando gli interventi strutturali e/o tecnologici non sono praticabili o non sono completamente efficaci. Gli interventi devono essere specifici per ogni ambiente e basati sui risultati della valutazione dei rischi. Va sottolineato che per i servizi territoriali, specie se erogati in abitazioni private, molti di questi interventi non sono praticabili. A mero titolo esemplificativo si riportano di seguito e nella Tabella 13 i principali interventi organizzativi:

1. Fornire agli utenti informazioni chiare ed esaurienti sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni e ridurre quanto più possibile i tempi di attesa;
2. Prevedere la presenza di un operatore dedicato e opportunamente formato da adibire all'accoglienza e alle relazioni con l'utenza in sala di attesa. Ove possibile è opportuno promuovere forme di collaborazione con soggetti che possano fornire un valido supporto, quali i volontari, al fine di assicurare informazioni tempestive rispetto alle modalità, al tempo e al luogo del trattamento anche a familiari e accompagnatori, ovviamente nel rispetto della *privacy* e della volontà del paziente. **Occorre inoltre garantire che gli sportelli informativi vengano costantemente presidiati da un operatore durante l'orario di apertura al pubblico;**
3. Adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** con gli utenti che tenga conto della variabilità legata agli **aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici** attraverso un servizio di mediazione culturale;
4. Evitare che gli operatori lavorino isolati;
5. Per le prestazioni programmate organizzare gli appuntamenti ad orari prefissati. Per quelle non programmabili (come ad es.: PS, centri prelievi, ambulatori di prime cure, ecc.), organizzare le attività in modo da assicurare la presenza di un numero adeguato di operatori, specie nelle fasce orarie in cui sia prevedibile il maggior affollamento da parte degli utenti;
6. In casi particolari (come ad esempio: soggetti con patologie psichiatriche, lavoro nei consultori, nei SERD, ecc.), definire procedure di lavoro che prevedano la presenza di altri operatori a contatto visivo, uditivo o, se necessario, fisico, nell'ambiente dove e nel momento in cui viene erogata la prestazione.

Tabella 13 – Interventi organizzativi (modificata da OSHA)

	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Politiche aziendali	<ul style="list-style-type: none"> • Informare in modo chiaro pazienti, utenti, visitatori e lavoratori che la violenza non è consentita e che nessun episodio sarà tollerato • Chiarire ai lavoratori che le aggressioni non sono considerate una parte del lavoro o un comportamento accettabile 				
Operatori itineranti		Gli operatori dovrebbero: <ul style="list-style-type: none"> • Seguire specifiche procedure di <i>login</i> e <i>logout</i> • Contattare la struttura dopo ciascuna visita. In assenza di comunicazione dovrebbero essere attivate specifiche procedure 		Gli operatori dovrebbero: <ul style="list-style-type: none"> • Seguire specifiche procedure di <i>login</i> e <i>logout</i> • Contattare la struttura dopo ciascuna visita. In assenza di comunicazione dovrebbero essere attivate specifiche procedure • Avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri 	
	Note: Le procedure di <i>login</i> e <i>logout</i> dovrebbero comprendere: <ol style="list-style-type: none"> a. Nome e indirizzo dell'utente visitato b. Ora dell'appuntamento e tempo previsto per la prestazione c. Un recapito telefonico di contatto d. Una parola in codice per informare qualcuno di un incidente o di una minaccia e. La descrizione del veicolo e del numero di targa f. Dettaglio delle attività pianificate g. Un contatto per comunicare qualsiasi variazione del programma 				

Continua Tabella 13 - Interventi organizzativi

	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Lavorare da soli o in aree chiuse	<ul style="list-style-type: none"> Trattare e intervistare pazienti aggressivi o agitati in aree relativamente aperte pur nel rispetto della <i>privacy</i> e della confidenzialità Assicurare la presenza di un secondo operatore nel caso siano necessari esami intimi dei pazienti Esercitare particolari cautele in ascensore o nella tromba delle scale 		<ul style="list-style-type: none"> Esercitare particolari cautele in ascensore o nella tromba delle scale 	<ul style="list-style-type: none"> Dotare gli operatori di un mezzo di comunicazione dedicato, sia esso un telefono cellulare o pulsanti di allarme Definire in quali casi affiancare un secondo operatore con funzioni di supporto 	<ul style="list-style-type: none"> Addestrare gli operatori a esercitare cautele ulteriori in ambienti non familiari Dare agli operatori la possibilità di richiedere l'assistenza di un secondo operatore o delle forze di polizia Gli operatori dovrebbero avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri Dotare gli operatori di un mezzo di comunicazione dedicato, sia esso un telefono cellulare o pulsanti di allarme
	<p>Note: Limitare la presenza di operatori isolati nelle aree di emergenza e nelle strutture ad accesso libero, specialmente di notte o quando non sia disponibile un supporto in caso di necessità.</p>				
Segnalazione	<ul style="list-style-type: none"> Chiedere agli operatori di segnalare tutti gli episodi di aggressione o minaccia al fine di quantificare correttamente il fenomeno e adottare le opportune azioni preventive e protettive Definire un protocollo con le forze dell'ordine ed eventualmente supportarle nelle indagini 				
Procedure di ingresso	<ul style="list-style-type: none"> Fornire informazioni a chi è in attesa e adottare misure per ridurre i tempi di attesa Istituire procedure per la registrazione e l'ingresso dei visitatori Definire un orario di visita e procedure per l'accesso in ospedale Definire una lista ristretta di visitatori per i pazienti con storia di violenza e darne copia al personale di vigilanza e sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Istituire procedure per il registrazione e l'ingresso dei visitatori Definire un orario di visita e procedure per l'accesso in ospedale Definire una lista ristretta di visitatori per i pazienti con storia di violenza e darne copia al personale di vigilanza, alle infermiere e al personale di accoglienza 	<ul style="list-style-type: none"> Fornire tempestivamente informazioni a chi è in attesa e adottare misure per ridurre i tempi di attesa 		
Risposta alle aggressioni e attività ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> Garantire la presenza di personale di vigilanza addestrato a rispondere a comportamenti aggressivi Assicurare in ogni momento la presenza di un numero adeguato di operatori specie durante le attività a più alto rischio come ad esempio: il trasferimento di pazienti, le attività in emergenza, la distribuzione dei pasti e i turni notturni Assicurare in ogni momento la presenza di un numero adeguato di operatori addestrato ad utilizzare tecniche di de-escalation 		<ul style="list-style-type: none"> Garantire la presenza di personale di vigilanza addestrato a rispondere a comportamenti aggressivi 		<ul style="list-style-type: none"> Assicurare la necessaria assistenza nel caso di attività socio-sanitarie particolarmente a rischio
<p>Note: Informare i lavoratori sulle procedure per la richiesta di intervento delle forze dell'ordine, sulla denuncia di infortunio, sulla querela in caso di aggressione, e garantire il necessario supporto medico e legale.</p>					

Continua Tabella 13 - Interventi organizzativi

	Presidio Ospedaliero	Strutture residenziali	Strutture/servizi non residenziali	Strutture per la cura di comunità	Servizi domiciliari
Abbigliamento operatori	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire gli operatori di badge di riconoscimento privi di cognome • Scoraggiare gli operatori dall'indossare collanine, collane e gioielli; dal trasportare grosse somme di denaro; dal trasportare chiavi o altri oggetti che potrebbero essere utilizzati come arma • Incoraggiare l'utilizzo di retine o cuffie per capelli per evitare il rischio di presa 				
Arredi e procedure di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Ispezione periodica dei locali per rimuovere oggetti utilizzabili in maniera impropria dai pazienti e assicurarsi della chiusura dei locali ad accesso controllato • Tenere scrivanie, banconi e aree di lavoro libere da oggetti superflui, comprese penne e matite in eccesso, foto incorniciate sotto vetro, ecc. 		<ul style="list-style-type: none"> • Ispezione periodica dei locali per rimuovere oggetti utilizzabili in maniera impropria dai pazienti • Garantire un operatore di contatto informato sull'attività degli operatori itineranti che intervenga in caso di necessità 		<ul style="list-style-type: none"> • Definire e comunicare in maniera chiara le modalità con cui vengono condotti gli interventi domiciliari • Gli operatori dovrebbero avere la possibilità di rifiutare o di non continuare un intervento nel caso in cui si sentano minacciati o insicuri • Garantire un operatore di contatto informato sull'attività degli operatori itineranti che intervenga in caso di necessità
Procedure di trasporto	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare procedure di sicurezza specifiche per il trasporto dei pazienti/utenti • Assicurare agli operatori addetti al trasporto la disponibilità di strumenti di comunicazione con la propria centrale operativa efficaci ed affidabili 				

9.3 Interventi di formazione e addestramento degli operatori

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

- Politica aziendale di prevenzione degli episodi di violenza;
- Apprendimento delle tecniche di riconoscimento precoce e di gestione di comportamenti aggressivi e violenti da parte di pazienti, parenti e visitatori, comprese le tecniche di *de-escalation*, di tranquillizzazione rapida e di autodifesa;
- Aspetti biologici dell'aggressione e della reazione durante le fasi critiche;
- Strumenti per l'identificazione dei rischi sul posto di lavoro;
- Procedure per la segnalazione;
- Procedure per attivare il supporto medico, psicologico e legale dopo un episodio di violenza.

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

Questi programmi andrebbero estesi anche ai neoassunti, ai lavoratori di ditte appaltatrici e al *management*. Una particolare attenzione andrebbe rivolta al personale di vigilanza che dovrebbe essere addestrato a fronteggiare e gestire comportamenti aggressivi da parte degli utenti. La formazione andrebbe ripetuta con cadenza annuale, eventualmente con maggiore frequenza nelle aree più a rischio.

FASE 2

RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI

I soggetti che esprimono comportamenti aggressivi possono essere distinti in due principali categorie. Nel caso in cui l'aggressività del paziente sia ascrivibile al quadro clinico (ad esempio un soggetto trasportato al Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico) la gestione dell'aggressione avviene in tre fasi:

1. Intercettazione, valutazione dell'aggressore e applicazione di tecniche di *de-escalation*. In questa fase l'operatore deve cercare di utilizzare le tecniche di gestione della comunicazione difficile (Tabella 14);
2. Rafforzamento delle misure di *de-escalation* ed eventuale contenzione fisica;
3. Contenzione farmacologica.

La scelta fra le azioni da adottare viene stabilita rispetto alla progressione del comportamento violento. Nel caso si tratti invece di un comportamento aggressivo generico messo in atto da un paziente o da un accompagnatore e determinato, ad esempio, da un atteggiamento di insofferenza per le modalità operative degli operatori, si applicano solo i punti 1) e 2) precedentemente descritti. Se l'atteggiamento aggressivo non si attenua si procede a richiedere l'intervento del servizio di vigilanza e, se non sufficiente, delle forze dell'ordine.

Tabella 14 - Tecniche di gestione della comunicazione difficile

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

FASE 3

SUPPORTO ALLA VITTIMA

SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO

ASPETTI INFORTUNISTICI E LEGALI

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

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

Il personale aggredito dovrebbe inoltre essere valutato psicologicamente indipendentemente dalla gravità dell'episodio. Le conseguenze psicologiche di un episodio di violenza, infatti, possono essere varie e interferire con la normale attività lavorativa e lo stile di vita per mesi o anni dopo l'evento. Sono descritti in letteratura i seguenti effetti:

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

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

10.0 DEFUSING

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

1. **Introduzione:** il conduttore si presenta, spiega il motivo dell'incontro, evidenzia il suo ruolo di aiuto e di supporto al gruppo e concorda con questo delle regole di base relativamente al rispetto reciproco, alla riservatezza, ecc.;
2. **Esplorazione:** si chiede ad ogni operatore di parlare dell'esperienza e di condividere le reazioni e le emozioni vissute;

3. **Informazione:** questa fase tende a normalizzare le reazioni ed i vissuti, rassicurare in ordine alle angosce causate dall'evento e agli "sfoghi" più intensi che alcuni hanno manifestato, valorizzare gli atteggiamenti positivi manifestati durante l'evento, fare commenti utili alla ripresa della buona funzionalità dei singoli e del gruppo.

11.0 DEBRIEFING

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

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

12.0 SEGNALAZIONE E ANALISI DELL'EVENTO

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

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

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

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

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

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

Tabella 15 - Fattori di rischio legati a particolari categorie di pazienti/utenti

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

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

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

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

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

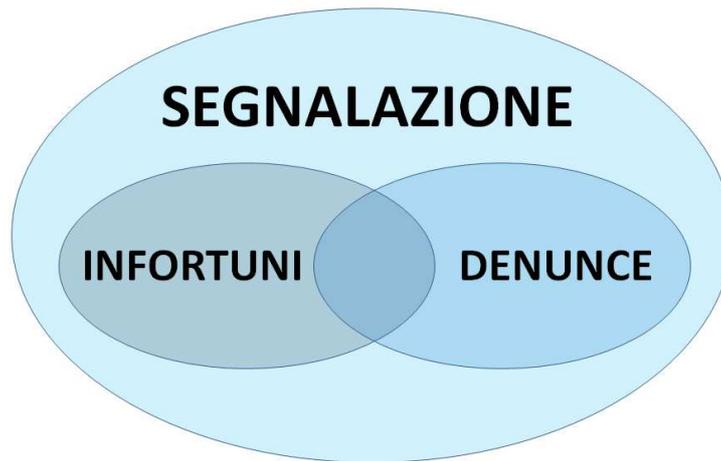


Figura 1 – Rappresentazione grafica dei tre possibili processi da attivare successivamente a un atto di violenza a danno degli operatori sanitari.

12.1 Analisi dell'evento e alimentazione del flusso SIMES

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

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

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

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

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

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

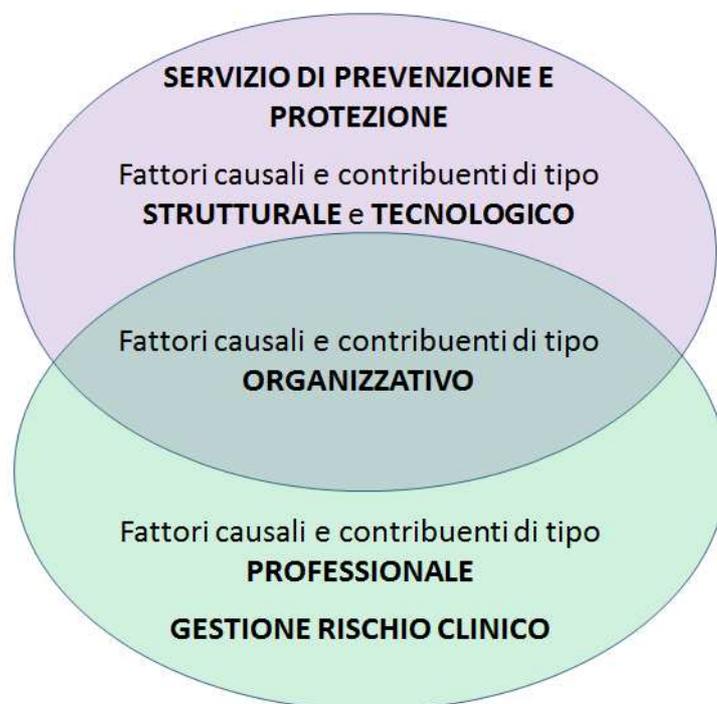


Figura 2 – Raffigurazione grafica dei livelli di competenza nell'analisi di un atto di violenza a danno degli operatori sanitari.

13.0 ASPETTI INFORTUNISTICI

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

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

13.1 Obblighi dell'infortunato

L'assicurato è obbligato a dare immediata notizia al proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio che gli accada, anche di lieve entità. In caso contrario, se il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non procede con la denuncia all'INAIL, non è corrisposta l'indennità per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio⁵.

13.2 Obblighi del datore di lavoro

Per gli infortuni prognosticati non guaribili entro tre giorni, escluso quello dell'evento, il datore di lavoro ha l'obbligo, a fini assicurativi, di inoltrare la denuncia di infortunio entro due giorni dalla ricezione dei riferimenti del certificato medico (numero identificativo del certificato, data di rilascio e periodo di prognosi) già trasmesso per via telematica all'Istituto direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio⁶, indipendentemente da ogni valutazione rispetto alla ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

In caso di infortunio mortale o con pericolo di morte, deve segnalare l'evento entro ventiquattro ore e con qualunque mezzo che consenta di comprovarne l'invio, fermo restando comunque l'obbligo di inoltro della denuncia nei termini e con le modalità di legge⁷.

⁵ Art. 52 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

⁶ Art 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124) così come modificato dall'art. 21 del decreto legislativo 151 del 2015.

⁷ Art. 53, comma 1 e 2 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

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

Per gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno (escluso quello dell'evento) tutti i datori di lavoro (compresi i datori di lavoro privati di lavoratori assicurati presso altri enti o con polizze private e i loro intermediari), a fini statistici e informativi, hanno comunque l'obbligo di inoltrare per via telematica all'INAIL la "comunicazione di infortunio"⁸, contenente i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro dei lavoratori dipendenti o assimilati.

Il datore di lavoro deve indicare il codice fiscale del lavoratore. In caso di mancata oppure inesatta indicazione, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa⁹. In caso di denuncia mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta, è prevista l'applicazione di una sanzione amministrativa¹⁰.

14.0 ASPETTI LEGALI

Tutti gli esercenti una professione sanitaria che, a qualsiasi titolo, prestano servizio in una organizzazione sanitaria ricoprono sempre almeno la qualifica di incaricato di pubblico servizio, ed in taluni casi acquisiscono, in modo permanente o transitorio, la qualifica di pubblico ufficiale. Comprendere quando il personale sanitario riveste codeste particolari qualifiche è determinante per capire quali siano le tutele e gli obblighi ad esse correlate. I caratteri definitivi di ciascuna qualifica sono contenuti all'interno del codice penale agli articoli 357 e seguenti. Va ricordato che la commissione di un reato contro incaricati di pubblico servizio o pubblici ufficiali integra un'aggravante, ex art. 61 del codice penale, con conseguente inasprimento della pena¹¹.

Art. 357 c.p. Nozione del pubblico ufficiale

Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

Art. 358 c.p. Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio

Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Per gli scopi di questo documento è opportuno evidenziare tre importanti fattispecie previste dal codice penale che riguardano o possono riguardare gli esercenti le professioni sanitarie operanti sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie pubbliche o private. Il codice penale, infatti, impone agli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di informare tempestivamente l'Autorità Giudiziaria di qualsiasi notizia di reato relativa a delitti procedibili d'ufficio, la cui violazione è punita con una sanzione.

⁸ Combinato disposto art. 3, art. 18, comma 1, lettera r, e art. 21 d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

⁹ Art. 16 della Legge 10 maggio 1982, n. 251. Recante "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".

¹⁰ Art. 53 del Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

¹¹ Al momento della stesura del documento è in discussione un disegno di legge che aggiunge all'art. 61 primo comma del c.p. il numero 11-septies che introduce una nuova circostanza aggravante qualora il reato si verifichi a "danno degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

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

Sono procedibili d'ufficio quei reati che, per la particolare gravità, sono obbligatoriamente perseguiti dall'Autorità Giudiziaria anche contro la volontà della persona offesa. Per praticità riportiamo di seguito solo i reati procedibili d'ufficio che verosimilmente possono riguardare la vita quotidiana degli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 361 c.p. Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale

Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 362. c.p. Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio

L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a euro 103. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

Art. 365 c.p. Omissione di referto

Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a cinquecentosedici euro. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

Sono procedibili d'ufficio e quindi comportano l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria:

1. **Delitti contro la vita**: omicidio volontario, preterintenzionale e colposo;
2. **Delitti contro l'incolumità individuale**: lesioni personali dolose gravissime (malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso, perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, permanenti gravi difficoltà della favella; deformazione o sfregio permanente del viso, aborto della persona offesa, mutilazioni di organi genitali femminili, come la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione); lesioni personali dolose, da cui sia derivata una malattia di durata superiore a 20 gg; lesioni personali dolose aggravate (pericolo per la vita, malattia superiore ai 40 giorni, permanente di un senso di un organo, su donna incinta e se dal fatto deriva l'acceleramento del parto); lesioni personali colpose aggravate. Sono escluse le lesioni lievissime e le percosse.
3. **Delitti contro la libertà personale**: il sequestro di persona; la violenza sessuale di gruppo; la violenza privata; la minaccia aggravata (vedi 14.1.3); l'incapacità procurata mediante violenza.

In conclusione tutti gli esercenti le professioni sanitarie che operano all'interno dell'organizzazione sanitaria, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale, in quanto pubblici ufficiali (ex art. 361 c.p.) o incaricati di pubblico servizio (ex art. 362 c.p.), sono obbligati a notificare l'Autorità Giudiziaria di qualsiasi reato procedibile d'ufficio che si verifichi durante l'attività lavorativa.

Per chiarire ulteriormente le differenti modalità di segnalazione all'Autorità Giudiziaria in caso di reati perseguibili d'ufficio e non, si riportano nella Tabella 16 le principali caratteristiche che differenziano denuncia, querela ed esposto.

Tabella 16 – Denuncia, querela, esposto.	
DENUNCIA	<p>La denuncia è l'atto con il quale chiunque abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio ne informa il pubblico ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria. Se si tratta di un atto facoltativo per il comune cittadino (tranne in alcuni casi espressamente previsti dalla legge), è sempre obbligatorio per i pubblici ufficiali, per gli incaricati di pubblico servizio (artt. 361 e 362) nonché per gli esercenti professioni sanitarie libero-professionisti (art. 365).</p> <p>Quando la denuncia è facoltativa non è previsto alcun termine per la sua presentazione, mentre nei casi di denuncia obbligatoria apposite disposizioni stabiliscono il termine entro il quale essa deve essere fatta (48 ore per il referto o immediatamente nel caso in cui vi sia rischio di fuga o di reiterazione del reato).</p> <p>La denuncia può essere presentata in forma orale o scritta, deve contenere l'esposizione dei fatti ed essere sottoscritta dal denunciante o dal suo avvocato. La persona che presenta una denuncia ha diritto di ottenere attestazione della ricezione.</p>
QUERELA	<p>La querela è la dichiarazione con la quale la persona che ha subito un reato (o il suo legale rappresentante) esprime la volontà che si proceda per punire il colpevole. È prevista dagli artt. 336 e 340 del codice di procedura penale e riguarda i reati non perseguibili d'ufficio.</p> <p>Non ci sono particolari regole per il contenuto dell'atto di querela, ma è necessario che, oltre ad essere descritto il fatto-reato, risulti chiara la volontà del querelante che si proceda in ordine al fatto e se ne punisca il colpevole. La querela deve essere presentata: (a) entro 3 mesi dal giorno in cui si ha notizia del fatto che costituisce il reato; (b) entro 6 mesi per reati contro la libertà sessuale (violenza sessuale o atti sessuali con minorenne).</p> <p>È possibile ritirare la querela (remissione) precedentemente proposta tranne nel caso di violenza sessuale o atti sessuali con minorenni. Affinché la querela sia archiviata, è necessario che la remissione sia accettata dal querelato che, se innocente, potrebbe avere invece interesse a dimostrare attraverso il processo la sua completa estraneità al reato.</p>
ESPOSTO	<p>L'esposto è l'atto con cui, in caso di dissidi tra privati, una o entrambe le parti sottopongono all'attenzione dell'Autorità giudiziaria fatti di cui ha notizia affinché valuti se ricorre un'ipotesi di reato. L'esposto si presenta all'Autorità di Pubblica Sicurezza. A seguito della richiesta d'intervento l'ufficiale di Pubblica Sicurezza invita le parti in ufficio per tentare la conciliazione e redigere un verbale. Se dai fatti si configura un reato, l'Ufficiale di P.S. deve informare l'Autorità giudiziaria, se il fatto è perseguibile d'ufficio. Se invece si tratta di delitto perseguibile a querela può, a richiesta, esperire un preventivo componimento della vertenza, senza che ciò pregiudichi il successivo esercizio del diritto di querela.</p>

14.1 Aggressione verbale

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

14.1.1 Diffamazione

Art. 595 c.p. Diffamazione
<p>Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente¹², comunicando con più persone, offende l'altrui reputazione, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a milletrecentadue euro. Se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato, la pena è della reclusione fino a due anni, ovvero della multa fino a duemilasesantacinque euro. Se l'offesa è recata col mezzo della stampa o con qualsiasi altro mezzo di pubblicità, ovvero in atto pubblico, la pena è della reclusione da sei mesi a tre anni o della multa non inferiore a cinquecentosedici euro. Se l'offesa è recata a un Corpo politico, amministrativo o giudiziario, o ad una sua rappresentanza, o ad una Autorità costituita in collegio, le pene sono aumentate.</p>

¹² Art. 594 c.p. Ingiuria: questo articolo è stato abrogato e dunque l'ingiuria depenalizzata, comunque per completezza si riporta il testo di legge, "Chiunque offende l'onore o il decoro di una persona presente è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a cinquecentosedici euro. Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto mediante comunicazione telegrafica o telefonica, o con scritti o disegni, diretti alla persona offesa. La pena è della reclusione fino a un anno o della multa fino a milletrecentadue euro, se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato. Le pene sono aumentate qualora l'offesa sia commessa in presenza di più persone."

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

14.1.2 Minaccia

Art. 612 c.p. Minaccia

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

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

14.2 Aggressione fisica

14.2.1 Percosse

Art. 581 c.p. Reato di percosse

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

Il reato di percosse non è un delitto procedibile d'ufficio, dunque non vi è alcun obbligo di denuncia da parte degli esercenti le professioni sanitarie. Tale reato si differenzia da quello di lesioni perché non produce né un periodo di malattia né esiti, ma solamente una sensazione dolorosa. In questi casi la persona percossa può presentare querela all'Autorità Giudiziaria. In tal caso poiché non vi sono esiti sarebbe buona norma raccogliere se possibile i nominativi di eventuali testimoni al fine di agevolare le indagini. Può inoltre essere utile documentare fotograficamente eventuali "segni" conseguenti delle percosse. L'esercente la professione sanitaria vittima di percosse dovrebbe inoltre far presente come al momento della consumazione del reato era in servizio, questo perché le percosse rivolte a pubblici ufficiali ed incaricati di pubblico servizio sono aggravate a norma dell'art. 61 del codice penale.

14.2.2 Lesioni

Art. 582 c.p. Reato di lesioni personali

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

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

sufficiente anche la sola temporanea limitazione della vita organica e di relazione. Il codice penale inoltre stabilisce all'art. 583 e all'art. 585 delle aggravanti specifiche per il reato di lesioni. Le aggravanti non solo aumentano la pena, ma rendono il reato procedibile d'ufficio¹³. Le aggravanti dell'art. 585, non riportate, riguardano essenzialmente le ipotesi di utilizzo di armi, sostanze corrosive ed altri mezzi atti ad offendere. Molto importante è dunque la conoscenza di tutte quelle situazioni che obbligano l'esercente la professione sanitaria in servizio, a segnalare l'accaduto all'Autorità Giudiziaria (procedibilità d'ufficio). Va dunque evidenziato che tutte le lesioni aggravate e che generano un periodo di malattia superiore ai 20 giorni sono procedibili d'ufficio. Nel rapporto da inviare tempestivamente all'Autorità giudiziaria oltre alle generalità delle persone coinvolte, vanno descritti il luogo dove si trovano attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo, le altre circostanze dell'evento e tutte le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. Qualora si sia vittima di lesioni è importantissimo oltre a raccogliere le generalità di eventuali testimoni, documentare immediatamente le lesioni riportate, magari fotograficamente, e recarsi presso il Pronto Soccorso più vicino. Infine qualora dalla denuncia tragga origine un procedimento penale la vittima del reato potrà, costituendosi parte civile, richiedere il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale derivato dalle lesioni riportate.

14.2.3 Morte

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

Qui di seguito riportiamo i tre articoli principali relativi alla fattispecie in discussione:

Art. 575 c.p. Omicidio

Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Art. 584 c.p. Omicidio preterintenzionale

Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni.

Art. 589 c.p. Omicidio colposo

Chiunque cagioni per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme [sulla disciplina della circolazione stradale] o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni quindici.

¹³ Art. 583 c.p. Circostanze aggravanti: La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni: 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

14.2.4 Reati sessuali

Art. 609bis c.p. Violenza sessuale

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

Al fine di comprendere al meglio quest'articolo giova anzitutto chiarire che la giurisprudenza definisce gli atti sessuali: "atti espressione di un appetito o di un desiderio sessuale, che quindi riguardano zone erogene differenti, idonei al contempo ad invadere la sfera sessuale del soggetto passivo mediante costringimento". Altro importante elemento è, quindi, quello della costrizione, che può anche non essere fisica purché avvenga con minaccia o abuso di autorità. Cosa estremamente importante per questa fattispecie di reato è che non è procedibile d'ufficio (non va denunciato dal sanitario), ma lo diventa in caso di particolari aggravanti sancite dall'articolo 609septies¹⁴. In conclusione va ricordato che i casi di violenza sessuale sono sempre caratterizzati dall'estrema vulnerabilità emotiva della vittima ed occorre quindi una particolare accortezza nell'approcciarsi a queste situazioni. Può essere utile, se possibile, coinvolgere personale qualificato nel fornire questo tipo di assistenza (in alcune strutture ospedaliere sono presenti protocolli aziendali specifici per le violenze sessuali). Ancora una volta importantissima è la documentazione della vicenda e l'esecuzione di un esame medico mirato alla descrizione delle lesioni e alla raccolta di ogni elemento che possa avere un valore probatorio. Nel caso specifico della violenza sessuale questo esame dovrebbe essere effettuato il prima possibile, sempre considerando premurosamente lo stato emotivo e la volontà della vittima, che chiaramente non può essere obbligata a sottoporsi ad alcun accertamento contro la sua volontà.

14.3 Interruzione di pubblico servizio

Art. 340 c.p. Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità

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

Questo reato solitamente si accompagna ad altre fattispecie che possono turbare o interrompere le normali attività della struttura ospedaliera. Va inoltre considerato che qualora l'interruzione provochi un danno economico alla azienda ospedaliera, la ASL potrà costituirsi parte civile (vedi 14.4) nel procedimento penale o muovere un'azione civile ex novo contro il responsabile dell'interruzione del servizio.

14.4 Costituzione di parte civile da parte della struttura

La costituzione come parte civile della struttura sanitaria, in un processo che riguarda i sanitari operanti all'interno della struttura stessa, è possibile a norma degli articoli 91 e 93 del codice di procedura penale. Tale ipotesi si sostanzia nella partecipazione dell'azienda, quale soggetto

¹⁴ "I delitti previsti dagli articoli 609bis, 609ter e 609quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. La querela proposta è irrevocabile. Si procede tuttavia d'ufficio: 1) se il fatto di cui all'articolo 609bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto; 2) se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza; 3) se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; 4) se il fatto è commesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio; 5) se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609quater, ultimo comma."

comunque danneggiato, all'interno del procedimento penale nella veste di accusatore privato, affiancando la persona offesa dal reato.

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

Art. 91 c.p.p. Diritti e facoltà degli enti e delle associazioni rappresentativi di interessi lesi dal reato

1. Gli enti e le associazioni senza scopo di lucro ai quali, anteriormente alla commissione del fatto per cui si procede, sono state riconosciute, in forza di legge, finalità di tutela degli interessi lesi dal reato, possono esercitare, in ogni stato e grado del procedimento, i diritti e le facoltà [505, 511, 572 c.p.p.] attribuiti alla persona offesa dal reato [92 c.p.p.].

Art. 93 c.p.p. Intervento degli enti o delle associazioni

1. Per l'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dall'articolo 91 l'ente o l'associazione presenta all'autorità procedente un atto di intervento che contiene a pena di inammissibilità: a) le indicazioni relative alla denominazione dell'ente o dell'associazione, alla sede, alle disposizioni che riconoscono le finalità di tutela degli interessi lesi, alle generalità del legale rappresentante; b) l'indicazione del procedimento; c) il nome e il cognome del difensore e l'indicazione della procura; d) l'esposizione sommaria delle ragioni che giustificano l'intervento; e) la sottoscrizione del difensore. 2. Unitamente all'atto di intervento sono presentate la dichiarazione di consenso della persona offesa e la procura al difensore se questa è stata conferita nelle forme previste dall'articolo 100 comma 1. 3. Se è presentato fuori udienza, l'atto di intervento deve essere notificato alle parti e produce effetto dal giorno dell'ultima notificazione [78 c.p.p.]. 4. L'intervento produce i suoi effetti in ogni stato e grado del procedimento [76, 84 c.p.p.].

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

15.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

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

24. Ministero della Salute: *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012)* (2015).
25. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): *Violence - Occupational Hazard in Hospitals* (2002).
26. Nau J. et al.: *Student nurses' de-escalation of patient aggression: a pretest-posttest intervention study*. *Int J Nurs Stud* 2010;47(6):699-708.
27. Needham I. et al.: *Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review*. *J Adv Nurs* 2005;49(3):283-296.
28. NICE: *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (2005).
29. NICE: *Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings. Updated edition* (2015).
30. Nicolò G., Pompili E., Silvestrini C.: *Manuale di psichiatria territoriale*. Pisa (2012).
31. Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers* (2015).
32. Pettit B. et al.: *At risk, yet dismissed: the criminal victimisation of people with mental health problems*. London, MIND (2013).
33. Price O., Baker J.: *Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis*. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(4):310-319.
34. Ramacciati N., Ceccagnoli A.: *Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo*. *Scenari* 2012;29(2):32-38.
35. Richmond J. S. et al.: *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. *West J Emerg Med* 2012;13(1):17-25.
36. Rippon T. J.: *Aggression and violence in health care professions*. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31:452-460.
37. Sabatelli G. et al.: *Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 della Regione Lazio.
38. Schnyder U.: *Treating intrusions, promoting resilience: an overview of therapies for trauma-related psychological disorders*. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5:26520.

ATTENZIONE

Offendere o aggredire verbalmente o
fisicamente gli operatori di questa struttura

È UN REATO

Qualsiasi atto di violenza non sarà tollerato
e verrà prontamente segnalato all'autorità
giudiziaria

 SHQIPTAR	<p>KUJDES! Te ofendosh ose sulmoh verbalisht ose fizikisht operatoret e kesaj strukture ESHTE KRIM Cdo akt i dhunshem nuk do tolerohet dhe do ti raportohet autoriteteve gjyqesore</p>
 العربية	<p>هـام تـنبـيه يعتبر المصالحة هذه في للعاملين البدني أو اللفظي التهجم أو الإساءة قانوني جرم على عنه الإبلاغ وسيتم كان مهما العنف أعمال من عمل أي مع التسامح يتم لن القضائية السلطة إلى ومباشرة الفور</p>
 中國	<p>注意 得罪 或 攻击口头或物理 该卫生工作者的此结构这是 犯罪 每法案的暴力不将被容忍和 将容易报道权威司法</p>
 FRANÇAIS	<p>ATTENTION Offenser ou attaquer verbalement ou physiquement les opérateurs de cette structure EST UN CRIME Tout acte de violence ne sera pas toléré et sera rapidement signalé à l'autorité judiciaire</p>

 ENGLISH	<p style="text-align: center;">ATTENTION</p> <p>To offend or verbally or physically attack the operators of this workplace IS A CRIME</p> <p>Any act of violence will not be tolerated and will be promptly reported to the judicial authority.</p>
 POLSKI	<p style="text-align: center;">UWAGA</p> <p>OBRAZANIE WERBALNE, ZNIEWAZANIE, LUB ATAKOWANIE FIZYCZNE OPERATPROW TEJ STRUKTURY JEST PRZESTEPSTWEM</p> <p>WSZELKIE AKTY PRZEMOCY NIE BEDA TOLEROWANE I ZOSTANA NIEZWLOCZNIE ZGLOSZONE ODPOWIEDNIM ORGANOM WYMIARU SPRAWIEDLIWOSCI</p>
 PORTUGUÊS	<p style="text-align: center;">ATENÇÃO</p> <p>Ofender ou agredir verbalmente ou fisicamente os operadores dessa estrutura É CRIME</p> <p>Qualquer ato de violência não será tolerado e será imediatamente comunicado à autoridade judicial.</p>
 ROMÂNESC	<p style="text-align: center;">ATENȚIE</p> <p>Jignirile ori atacurile verbale sau fizice adresate operatorilor acestei unitati SUNT CONSIDERATE INFRACTIUNI</p> <p>Si orice act de violenta nu va fi tolerat si va fi raportat imediat autorităților judiciare</p>
 РУССКИЙ	<p style="text-align: center;">ВНИМАНИЕ</p> <p>Оскорбления, а также словесное и физическое нападение на сотрудников этой структуры ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ</p> <p>Любое проявление насилия не будет допускаться и дело немедленно передаётся в судебные органы</p>
 ESPAÑOL	<p style="text-align: center;">ATENCIÓN</p> <p>Ofender o atacar verbal o fisicamente a los operadores de esta estructura ES UN DELITO</p> <p>No se tolerará ningún acto de violencia y se informará de inmediato a la autoridad judicial</p>
 DEUTSCH	<p style="text-align: center;">ACHTUNG</p> <p>ES IST EIN VERBRECHEN</p> <p>die Betreiber dieses Gebäudes zu beleidigen oder verbal oder physisch anzugreifen. Keine Gewalttat wird toleriert und unverzüglich der Justizbehörde gemeldet</p>

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

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

2. ISPEZIONE INTERNA DELLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	NOTE/AZIONI CORRETTIVE
C'è un responsabile per la sicurezza della struttura?				
Gli operatori ne sono a conoscenza?				
Gli operatori esibiscono un tesserino di identificazione (privo di informazioni personali come il cognome)?				
È disponibile per gli operatori un supporto strutturato per la sicurezza e la consulenza?				
Gli operatori di supporto per la sicurezza hanno autonomia sufficiente per assumere le necessarie decisioni e assicurare la sicurezza degli operatori?				
C'è un protocollo con le forze dell'ordine o con agenzie di sicurezza esterne?				
Nel caso in cui avvengano scambi di denaro con il pubblico sono presenti vetri antisfondamento o altre barriere simili?				
Le aree in cui avviene lo scambio di denaro sono visibili ad altri operatori in caso di emergenza?				
Vi è un limite prefissato di denaro disponibile in cassa?				
Qualcuno riuscirebbe a sentire una richiesta di aiuto?				
Gli operatori possono osservare i pazienti e gli utenti nelle aree di attesa?				
Le sale in cui si chiedono informazioni a pazienti e utenti sono visibili da altri colleghi?				
Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma?				
Le sedie e gli arredi sono assicurati al pavimento e alle pareti?				
La struttura è predisposta in modo da evitare l'intrappolamento degli operatori?				
Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo comfort e il minimo stress?				
Pazienti e utenti che stazionano nelle aree di attesa sono correttamente informati sulle modalità di funzionamento della struttura?				
I tempi di attesa sono ridotti al minimo possibile?				
Esistono stanze chiuse a chiave per il riposo degli operatori?				
Esiste un locale sicuro per conservare i beni personali degli operatori?				
Altro (descrivere):				

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

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

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

NA: Non Applicabile.

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

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

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

3. DESIGN DELLA STRUTTURA	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Ci sono sufficienti uscite di emergenza e vie di fuga?				
Le uscite di emergenza sono apribili solo dall'interno per evitare ingressi non autorizzati?				
L'illuminazione delle aree interne è sufficiente?				
Ci sono aree riservate agli operatori separate da quelle pubbliche?				
L'accesso alle aree di lavoro è regolato da un servizio di accoglienza?				
Il servizio di accoglienza e le aree di lavoro sono progettate in modo da prevenire ingressi non autorizzati?				
Qualcuno potrebbe sentire una richiesta di aiuto?				
Gli operatori possono osservare pazienti e utenti nelle aree di attesa?				
Le sale in cui si chiedono informazioni a pazienti e utenti sono visibili da altri colleghi?				
Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma?				
Le sedie e gli arredi sono assicurati al pavimento e alle pareti?				
La struttura è predisposta in modo da evitare l'intrappolamento degli operatori?				
Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo comfort e il minimo stress?				
Esiste un locale sicuro per conservare i beni personali degli operatori?				
Esistono stanze chiuse a chiave per il riposo degli operatori?				

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

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

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

7. ATTIVITÀ TERRITORIALI - Staff	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
È previsto un servizio di scorta o il lavoro in coppia per chi lavora in situazioni potenzialmente pericolose?				
È disponibile se necessario un servizio di assistenza strutturato per gli operatori che lavorano sul territorio?				
Addestramento	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Gli operatori effettuano un briefing sulle aree in cui dovranno lavorare (colori delle gang, cultura della zona, lingua, traffico di droga, ecc.)?				
Gli operatori riescono a comunicare efficacemente con gli utenti della zona di lavoro?				
Gli operatori che operano sul territorio la notte o al mattino presto sono addestrati ad adottare precauzioni particolari?				
Ambiente di lavoro	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
L'illuminazione delle aree dove l'operatore si dovrà recare è sufficiente?				
Ci sono posti sicuri per gli operatori dove mangiare, riposarsi, depositare oggetti di valore?				
Ci sono posti dove andare in caso di emergenza?				
Ci sono parcheggi sicuri nella zona di lavoro?				
Misure di sicurezza	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
I lavoratori hanno in dotazione radio, telefoni cellulari, cercapersone?				
Gli operatori hanno in dotazione sistemi di allarme o pulsanti di panico individuali?				
Le portiere e le superfici vetrate dei veicoli sono controllate dall'autista?				
I veicoli sono dotati di barriere di protezione (come separatori in plexiglas)?				
Procedure	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Sono disponibili per gli operatori mappe delle zone in cui dovranno lavorare?				
Sono disponibili vie alternative in caso di zone ad elevato tasso di criminalità?				
Gli operatori hanno la possibilità di rifiutare il servizio a utenti nel caso di condizioni particolarmente rischiose?				
Vi sono protocolli d'intesa con le forze dell'ordine?				
Gli operatori evitano di trasportare oggetti potenzialmente utilizzabili come armi contro di loro?				
Gli operatori hanno in dotazione veicoli sicuri per il lavoro sul campo?				
I veicoli per il servizio sul campo sono sottoposti a regolare manutenzione?				
C'è qualcuno che sia sempre a conoscenza della localizzazione degli operatori?				
Sono richiesti tesserini di identificazione per i lavoratori sul campo (privi di dati personali, come il cognome)?				
Gli operatori hanno segnalato in passato episodi di violenza da parte di pazienti e utenti?				
Sono prese precauzioni particolari quando gli operatori:	SÌ	NO	NA	Note/Azioni correttive
Devono prelevare qualcuno dal domicilio (ad esempio un minore per interruzione della patria potestà, ecc.)?				
Hanno contatti con soggetti violenti?				
Utilizzano divise o distintivi di un'organizzazione che possono suscitare fastidio nella popolazione?				
Eseguono attività a domicilio?				
Sono a contatto con animali pericolosi?				

NA: Non Applicabile

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

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

NB: SEZIONE DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE PER LE AGGRESSIONI CHE HANNO COINVOLTO PIÙ OPERATORI

OPERATORE 2	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 3	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 4	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte

OPERATORE 5	QUALIFICA		ESITI⁽¹⁾ NB: È possibile barrare una sola casella per ogni campo	
	SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Danno psicologico	<input type="checkbox"/> certificato <input type="checkbox"/> non certificato
	TIPO DI AGGRESSIONE NB: È possibile barrare più caselle	<input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	Danno fisico	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> morte

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