

*Titolo articolo / Article title:*

**Aggressione sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari: costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione del rischio.**

**Workplace violence against healthcare workers: development of an item for risk assessment.**

*Autori / Authors:* Matteo Colombo, Donato Lancellotti.

*Pagine / Pages:* 1-18, N.2, Vol.7 - 2023

*Submitted:* 17 May 2023 – *Revised:* 29 June 2023 – *Accepted:* 26 October 2023 – *Published:* 20 December 2023

*Contatto autori / Corresponding author:* Matteo Colombo,

colomb\_mestre@hotmail.it



Opera distribuita con Licenza Creative Commons.  
Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.

Open Access journal – [www.ojs.unito.it/index.php/jbp](http://www.ojs.unito.it/index.php/jbp) – ISSN 2532-7925

Questa Rivista utilizza il [Font EasyReading®](#), carattere ad alta leggibilità, anche per i dislessici.

Periodico per le professioni biomediche e sanitarie a carattere tecnico - scientifico – professionale

**Direttore responsabile/Editor in chief:** Francesco Paolo SELLITTI

**Direzione di redazione/Editorial management:** Simone URIETTI, Ilaria STURA, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

### Comitato di redazione/Editorial team:

**Editors:** Simone URIETTI, Elena DELLA CERRA, Mario CORIASCO, Sergio RABELLINO, Luciana GENNARI, Patrizia GNAGNARELLA, Alessandro PIEDIMONTE, Luca CAMONI, Claudio POBBIATI, Ilaria STURA, Giuseppe MAMMOLO, Cristina POGGI, Antonio VEROLINO, Francesco ZARRELLI, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

**Journal manager e ICT Admin:** Simone URIETTI

**Book manager:** Francesco P. SELLITTI

**Graphic Design Editor:** Mario CORIASCO, Sergio RABELLINO, Giuseppe MAMMOLO, Francesco ZARRELLI, Francesco P. SELLITTI.

### Comitato scientifico/Scientific board:

Dott. Anna Rosa ACCORNERO  
Prof. Roberto ALBERA  
Dott. Massimo BACCEGA  
Dott. Alberto BALDO  
Prof. Nello BALOSSINO  
Prof. Paolo BENNA  
Prof. Mauro BERGUI  
Dott. Salvatore BONANNO  
Prof. Ezio BOTTARELLI  
Prof. Gianni Boris BRADAC  
Dott. Gianfranco BRUSADIN  
Dott. Luca CAMONI  
Prof. Alessandro CICOLIN

Dott. Mario Gino CORIASCO  
Dott. Laura DE MARCO  
Dott. Patrizio DI DENIA  
Dott. Chiara FERRARI  
Prof. Diego GARBOSSA  
Dott. Luciana GENNARI  
Dott. Ramon GIMENEZ  
Prof. Caterina GUIOT  
Prof. Leonardo LOPIANO  
Dott. Giovanni Malferrari  
Prof. Alessandro MAURO  
Prof. Daniela MESSINEO

Dott. Sergio MODONI  
Dott. Alfredo MUNI  
Dott. Grazia Anna NARDELLA  
Dott. Christian PARONE  
Prof. Lorenzo PRIANO  
Dott. Sergio RABELLINO  
Dott. Fabio ROCCIA  
Dott. Carlo SCOVINI  
Dott. Saverio STANZIALE  
Dott. Lorenzo TACCHINI  
Prof. Silvia TAVAZZI  
Dott. Irene VERNERO

Scienze economiche e dell'organizzazione aziendale sanitaria / Health Economics and Management Science

1	<p><i>Aggressione sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari: costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione del rischio.</i></p> <p><i>Workplace violence against healthcare workers: development of an item for risk assessment.</i></p>	Matteo Colombo, Donato Lancellotti.
---	---	-------------------------------------

Neuroscienze / Neuroscience

19	<p><i>Il Tecnico di Neurofisiopatologia in ambito neuroriabilitativo e di ricerca scientifica: studio osservazionale di impiego sul territorio nazionale italiano.</i></p>	Cristina Turco, Sara Zago, Marianna Cavinato.
38	<p><i>Neurophysiology Technologist in neurorehabilitation and scientific research: an observational study of employment on the Italian national territory.</i></p>	Cristina Turco, Sara Zago, Marianna Cavinato.

Scienze infermieristiche / Nursing sciences

58	<p><i>Gli Infermieri e la Fisica Medica: studio osservazionale sulle conoscenze delle basi fisiche degli strumenti elettromedicali.</i></p>	Ilaria Stura, Caterina Guiot.
70	<p><i>Nurses and Medical Physics: an observational study on the knowledge of the physical basis of Medical Devices.</i></p>	Ilaria Stura, Caterina Guiot.

83	<i>Impatto emotivo dell'Alopecia indotta da chemioterapia: studio qualitativo fenomenologico.</i> <i>Emotional impact of Chemotherapy-induced Alopecia: qualitative phenomenological study.</i>	Isabella Baglioni, Ludovica Ripa, Chiara Gatti, Fabio Sarzana, Arianna Mancini, Stefano Marcelli, Francesca Ciarpella, Simona Tufoni.
96	<i>La classificazione di Ross come strumento di valutazione infermieristica nel paziente pediatrico cardiopatico.</i>	Chiara Gatti, Bardeggia Valentina, Cinzia Borgognoni, Francesco Bianco, Federico Guerra.
107	<i>The Ross classification as a tool for nursing evaluation in pediatric heart disease patient.</i>	Chiara Gatti, Bardeggia Valentina, Cinzia Borgognoni, Francesco Bianco, Federico Guerra.
Scienze della Nutrizione e Dietetica / Nutrition and dietetic sciences		
117	<i>Indagine conoscitiva in un gruppo di dietisti sul Care Management in ambito nutrizionale.</i> <i>Survey with dieticians on Care Management in the field of nutrition.</i>	Gessica Cicci, Serena Frassini, Stefania Rasori.
Editoriale / Editorial		
130	<i>Il Dottorato di Ricerca: Che cos'è?</i> <i>The Ph.D.: What is it?</i>	Francesco Paolo Sellitti, Simone Urietti, Antonio Verolino, Ilaria Stura, Elisa Piccolo, Elena Della Cerra, Mario Gino Coriasco, Sergio Rabellino, Luciana Gennari, Patrizia Gnagnarella, Alessandro Piedimonte, Luca Camoni, Claudio Pobbati, Cristina Poggi, Giuseppe Mammolo, Francesco Zarrelli, Domenico Riccardo Cammisa.

OPEN ACCESS JOURNAL

<http://www.ojs.unito.it/index.php/jbp>

ISSN 2532-7925



Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

## Aggressione sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari: costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione del rischio.

### Workplace violence against healthcare workers: development of an item for risk assessment.

Matteo Colombo<sup>1</sup>, Donato Lancellotti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *TSRM, UOC Radiologia, Azienda ULSS 3 SERENISSIMA, ospedale "Dell'angelo" di Mestre (VE)*

<sup>2</sup> *RSPP Servizio di Prevenzione e Protezione, Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" San Donà di Piave (Ve)*

Contatto autori: Matteo Colombo, [colomb\\_mestre@hotmail.it](mailto:colomb_mestre@hotmail.it)

N. 2, Vol. 7 (2023) – 1:18

Submitted: 17 May 2023

Revised: 29 June 2023

Accepted: 26 October 2023

Published: 20 December 2023

Think **green** before you print



Distribuita con Licenza Creative Commons. Attribuzione – Condividi 4.0 Internazionale

## RIASSUNTO

### Obiettivo

La frequenza di segnalazione di atti violenti in ambito sanitario rappresenta il principale parametro per la Valutazione del Rischio (VdR) di subire aggressioni fisiche e/o verbali a danno degli operatori sanitari. Questo studio ha voluto indagare il fenomeno delle aggressioni in sanità, identificando una metodologia di valutazione multidimensionale per stimare e classificare il rischio anche in assenza di segnalazioni spontanee, operando quindi in fase di prevenzione.

### Materiali e metodi

Inizialmente è stata condotta una revisione della letteratura già esistente per identificare i Fattori di Rischio (FdR) e le Misure di Prevenzione e Protezione (MPP); successivamente sono stati analizzati tali dati che hanno portato all'elaborazione di un algoritmo. Quest'ultimo è stato poi somministrato durante le VdR ad un totale di 32 unità operative appartenenti all'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale".

### Risultati

L'attuazione di MPP ha abbassato il rischio espositivo iniziale in 22 delle 32 sedi valutate (68,7%). Le strutture a maggior rischio risultano essere quelle che applicano minori MPP in presenza di elevati FdR. Pronto Soccorso (PS), Servizio per le Dipendenze (SerD) e reparti di Medicina, considerati a maggior rischio dalla letteratura [5] [6] [15] [16], sono invece le unità operative che meglio conoscono il fenomeno e adottano di conseguenza maggiori MPP per contenerlo. La dimensione "paziente" è quella che pesa di più sulla determinazione dell'indice di rischio IR (35%).

### Discussione

L'utilizzo di un algoritmo che mette in relazione FdR e MPP permette di identificare la composizione del rischio aggressioni in termini quantitativi e qualitativi. In questo modo la VdR risulta più completa, in quanto le sedi non sono valutate solamente attraverso i FdR [13] [14], ma anche pesando le MPP attuate per fronteggiare il fenomeno. Questo costituisce una novità nel campo della prevenzione.

### Conclusioni

L'approccio utilizzato ha permesso di affermare che il rischio di aggressioni è multidimensionale ed è generato dalla complessa interazione di più fattori raggruppati nelle diverse dimensioni. Conoscere il rischio aiuta a prevenirlo e l'attuazione di idonee MPP, pur in presenza di elevati FdR, ne abbassa le potenzialità di danno.

**Parole chiave:** Aggressione; valutazione del rischio; fattore di rischio; misure di prevenzione e protezione; algoritmo

## ABSTRACT

### Objectives

The reporting frequency represents the main parameter for risk assessment (RA) of aggression and acts of violence against healthcare workers.

The aim of this study is investigating the phenomenon of aggression, identifying a multidimensional assessment methodology to estimate and classify the risk, even in the absence of spontaneous reports.

### Materials and methods

Initially, a literature review was carried out to identify Risk Factors (RFs) and Prevention and Protection Measures (PPMs); subsequently, the data collected were studied and an algorithm was developed.

The latter was tested during RA in 32 medical operational units belonging to Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" to assess the amount of risk exposure.

### Results

The application of PPMs reduces the initial exposure risk in 22 sites out of 32 assessed (68,7%). The sites at greatest risk are those with less PPMs in the presence of high RFs.

Emergency Department (ER), Drug Addiction Service (DAS) and internal Medicines, considered to be at greater risk in the literature [5] [6] [15] [16], are instead the operational units most aware of the phenomenon and those where PPMs are more adopted to contain it.

### Discussion

The use of an algorithm that combines RFs and PPMs allows to identify the composition of the risk of aggression in its qualitative and quantitative aspects.

Therefore, the RA is more complete, as the sites are not only evaluated through the RFs [13] [14], but also by weighing the PPMs implemented. This represents an innovation in the field of prevention of these phenomena.

### Conclusions

The used approach allows us to consider the risk of aggression to be a multidimensional risk and generated by the complex interaction of several factors grouped in dimensions.

Knowing the risk helps to prevent it and the implementation of suitable PPMs reduces its potential harm-occurrence, even in the presence of high RFs.

**Keywords:** aggression, risk assessment, risk factor, prevention and protection measures, algorithm

## INTRODUZIONE

### Il fenomeno delle aggressioni.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro” [1]. Secondo i dati raccolti dall’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), in Italia nel quinquennio 2015-2019, l’incidenza di infortuni da violenza e aggressione negli ambiti dell’industria e dei servizi è stata del 3%, mentre nella sanità e assistenza del 9% (quasi 11 mila casi, con una media di circa 2000 casi l’anno) [2]; tali dati, aggiornati al 2020 segnano una tendenza in aumento e l’ipotesi che il fenomeno sia sottostimato [3].

Da un’indagine svolta nel 2017 in Italia dal sindacato delle professioni infermieristiche Nursind su 5000 professionisti sanitari, emerge che la violenza si manifesta con aggressione verbale (48,1%), verbale e fisica (45,4%) o fisica (6,4%) ed è compiuta da pazienti (40,1%), parenti di pazienti (34,3%), entrambi (17%) o da altri utenti casuali (8,6%) [4]. Inoltre, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) riporta che nel quinquennio 2015-2019, le sedi che hanno registrato più aggressioni per anno sono state: Pronto Soccorso (456), Reparti di Degenza (400), Ambulatori (320), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura SPDC (72), Terapie Intensive (62), Ambulanze del 118 (41), Assistenza Domiciliare (37), Case di Riposo (20) e Penitenziari (11) [5].

La Raccomandazione Ministeriale del 2007 “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, include le aggressioni nell’elenco degli eventi sentinella (ovvero accadimenti così gravi da necessitare immediate azioni di analisi e correzione) ed incentiva i professionisti a comunicare ogni violenza subito utilizzando l’Incident Reporting, un applicativo informatico che consente di segnalare situazioni di rischio per la sicurezza degli operatori; questa suggerisce inoltre, di elaborare programmi di prevenzione di atti aggressivi [6].

Tuttavia, poiché molti episodi di violenza soprattutto verbale e psicologica, ma anche fisica, non vengono denunciati dagli operatori, si ritiene che il fenomeno sia sottostimato fino al 70% della sua reale dimensione [7]. Phillips (2016) afferma che solamente il 30% degli infermieri riporta episodi di aggressione occorsi sul luogo di lavoro, percentuale che scende al 26% quando si tratta di medici. Le ragioni derivano dal fatto che, probabilmente, tra gli operatori sanitari il rischio non viene percepito come tale o che la violenza sia considerata “parte del lavoro” [8]; inoltre, l’ambiente stesso influenza il comportamento degli individui, favorendo spesso fenomeni violenti [9].

A differenza di altri rischi, nel caso delle aggressioni, l’agente scatenante (ovvero la persona che aggredisce) non è riducibile o eliminabile e molte possono essere le concause (come ad esempio attesa, emotività, fattori clinici dell’aggressore) che portano alla manifestazione



dell'evento; non sono altresì identificabili dei livelli soglia di rischio espositivo (come, ad esempio, è invece possibile stabilire per le sostanze chimiche) [10].

I flussi di segnalazione, per di più, dimensionano il fenomeno senza considerare la prognosi, ossia le conseguenze in termini di danno fisico o psicologico subite dall'operatore.

### Valutazione del rischio aggressioni.

Il D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", obbliga il datore di lavoro a valutare ogni rischio lavorativo, aggressioni incluse [11]; ma, nonostante le fonti concordino sull'importanza di elaborare un programma di prevenzione, esse non identificano uno strumento universale per stimarne il rischio espositivo. Ciascuna azienda, perciò, svolge la valutazione del rischio aggressioni in base alle proprie conoscenze ed esperienze, utilizzando strumenti differenti.

Oud et al. (2000) propongono un questionario di autovalutazione da somministrare ai professionisti sanitari, che fornisce un'indicazione della frequenza con la quale gli operatori si sono confrontati con comportamenti violenti [12]. Gentile (2004) quantifica il rischio utilizzando un approccio matematico e riunendo tutti i parametri valutati in una formula che restituisce un valore numerico quantificabile [13]. Tuttavia, la valutazione del rischio si focalizza su "gruppi omogenei" di lavoratori, tralasciando la componente ambientale. La Regione Emilia-Romagna dal 2018 afferma l'importanza di valutare il rischio direttamente sul campo, analizzando gli ambienti di lavoro; a tal proposito ha costruito una checklist, suddivisa in macroaree, ciascuna delle quali contenente una serie di domande dicotomiche a cui dover rispondere "SI" o "NO". I quesiti si riferiscono ai diversi fattori di rischio favorenti la manifestazione di fenomeni aggressivi [14]. In un'ottica di prevenzione della violenza, la sola valutazione dei fattori predisponenti le aggressioni non è sufficiente, ma è necessaria anche un'analisi delle misure messe in atto dalle diverse unità operative per fronteggiare il fenomeno e mettere in sicurezza gli ambienti di lavoro.

La panoramica descritta risalta lo sforzo di creare ed utilizzare uno strumento efficace, che possa analizzare e stratificare il rischio correttamente; ciò nonostante, le metodologie utilizzate risultano ancora incomplete.

## OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è stato quello di costruire e sperimentare una nuova metodologia di valutazione, non solo legata alla frequenza di segnalazione, ma anche capace di identificare i molteplici fattori scatenanti ed utile a stimare e classificare il rischio di subire aggressioni ed atti di violenza da parte degli operatori sanitari [8] [9].

## MATERIALI E METODI

Il lavoro è stato ideato e condotto, nell'ambito del proprio mandato istituzionale, dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) dell'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" con sede presso l'Ospedale di San Donà di Piave (VE) nel periodo da aprile a settembre 2022, previo consenso da parte della Direzione Aziendale; i dati inerenti agli indicatori di sicurezza sul luogo di lavoro sono stati anonimizzati. Sono state distinte tre fasi di svolgimento:

- analisi dei fattori influenti il rischio aggressioni;
- strutturazione di una metodologia per la Valutazione del Rischio (VdR);
- somministrazione dell'algoritmo risultante presso le strutture aziendali;

**Fase 1:** sono stati ricercati gli elementi influenti sul rischio consultando la letteratura (fattori ex ante), quali raccomandazioni ministeriali, linee di indirizzo nazionali e procedure aziendali [6] [14] [15] [16] [17], allo scopo di individuare Fattori di Rischio (FdR) e Misure di Prevenzione e Protezione (MPP). Parallelamente sono stati studiati i flussi informativi dell'Azienda ULSS 4 relativi all'anno 2021 e derivanti dalle denunce di infortuni INAIL e dalle segnalazioni con scheda Incident Reporting di "atti di violenza a danno di operatore" (fattori ex post).

**Fase 2:** strutturazione di una metodologia attraverso 3 sotto-fasi: 2a, 2b e 2c.

**Fase 2.a** - Costruzione di un nuovo strumento

Pur ispirandosi agli strumenti già divulgati [12] [13] [14], si è ritenuto l'algoritmo un sistema innovativo, in quanto capace di accostare FdR a MPP e di fornire un valore numerico da inserire in adeguati livelli di rischio. L'algoritmo utilizza la struttura della checklist, come quella proposta dalla Regione Emilia-Romagna nel 2018, ma a differenza di una lista di controllo tradizionale, ciascun elemento presenta una pesatura. Questi sono stati poi tradotti in domande (items) dicotomiche "SI" o "NO", dalla cui risposta dipende l'attribuzione o meno di un punteggio.

Successivamente, sono state caratterizzate sei dimensioni, ciascuna riferibile ad un elemento della multidimensionalità del problema. La tabella I definisce le sei dimensioni individuate.

DIMENSIONE	DEFINIZIONE
CORE	Caratteristiche intrinseche all'organizzazione, strettamente connesse alla tipologia di lavoro svolto
ORGANIZZAZIONE	Modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative [6]: clima lavorativo, dotazioni organiche, tipo di attività, regolamenti e procedure
ATTESA	Gestione attiva delle attese
PAZIENTE	Caratteristiche cliniche del paziente

STRUTTURE E TECNOLOGIE	Presenza di oggetti pericolosi o danneggiati (oggetti contundenti, serrature...), oppure la presenza di luoghi affollati (aree ristoro) o pericolosi (luoghi isolati, scarsamente illuminati o privi di vie di fuga) che necessitano di un'azione tecnico-manutentiva
FORMAZIONE	Sfera formativa e competenze che ciascun professionista sanitario deve possedere

Tabella 1: Dimensioni dei fattori

Ogni singola dimensione contiene i relativi items riferibili ai FdR e alle MPP.

Le dimensioni "organizzazione", "attesa", "paziente", "strutture e tecnologie" e "formazione" sono definite dalla letteratura [6] [13] [14] [15] [16] [17]; mentre la dimensione "CORE" è stata creata appositamente per raggruppare FdR e MPP non appartenenti a nessuna delle precedenti.

### Fase 2.b - Pesatura dei fattori

I FdR sono stati pesati con valore pari ad 1, eccetto l'item "in questa struttura quanto tempo il personale è a contatto con l'utenza?", che varia da 0,25 a 1; le MPP hanno punteggi di 0,1 o 0,5.

Gli scores sono stati assegnati a seconda della capacità dei FdR di generare eventi e di quella delle MPP di prevenirli o di diminuire le conseguenze del danno.

### Fase 2.c - Stima del rischio

Il D.lgs. 81/08 definisce il rischio come "la probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione" [11] e viene calcolato tradizionalmente come prodotto di P\*D, dove P rappresenta la Probabilità di verifica del danno e D il Danno ai lavoratori con relativa gravità delle conseguenze.

Date le premesse esposte nell'introduzione, ovvero che:

- la metodologia assunta si fonda sulla multidimensionalità del rischio e delle sue componenti;
- esiste la possibilità che il rischio espositivo cambi per lo stesso operatore nei vari settings o nelle varie attività;
- solo in una parte minoritaria di eventi è nota la prognosi;
- il fenomeno è sottodimensionato (non segnalato);

L'Indice di Rischio espositivo finale (IR) viene calcolato come la differenza tra il punteggio complessivo dei FdR identificati ed il punteggio complessivo delle MPP attuate, ovvero sinteticamente:  $IR = FdR - MPP$  (tabella di aggregazione in coda all'articolo).

Si è scelto di suddividere il dominio di IR in 5 livelli (come indicato in tabella II), in analogia al modello assunto dal SPP dell'Azienda ULSS 4 per la valutazione dei rischi aziendali. Considerato che i valori di IR negativi ( $\leq 0$ ) prefigurano un quadro in cui le MPP sono superiori ai FdR, si è ritenuto di assegnare a quei punteggi un livello di rischio "accettabile" e raggruppare tutti i valori positivi compresi tra 0 e 27,5 in quattro livelli di rischio di egual ampiezza, cui consegue una diversa Priorità di Intervento (PI), come proposto nella tabella II. L'algoritmo completo con i punteggi finali di ogni dimensione può essere consultato in Appendice.

VALORE	LIVELLO DI RISCHIO	PIANO DI ATTIVITÀ	PI
$27,5 \leq IR < 20,63$	MOLTO ALTO	Azioni formali da attuare immediatamente	4
$20,63 \leq IR < 13,75$	ALTO	Azioni formali da attuare nel breve termine	3
$13,75 \leq IR < 6,88$	MEDIO	Monitoraggio formale; azione formalizzate da attuare nel medio termine	2
$6,88 \leq IR < 0$	BASSO	Monitoraggio puntuale o azioni formali da attuare nel lungo termine	1
$IR \leq 0$	ACCETTABILE	Rischio sotto controllo; residuale; già assunte adeguate misure, non previsti interventi; monitoraggio diluito nel tempo	0

Tabella 2: Livelli di rischio e piano di attività

**Fase 3:** in relazione alla disponibilità dei preposti e considerati la fase pandemica, il periodo di ferie e le risorse dei somministratori, sono state valutate 32 sedi aziendali:

- 12 nel Presidio Ospedaliero (P.O.) di San Donà di Piave (VE);
- 11 nel P.O. di Portogruaro (VE);
- 2 nel P.O. di Jesolo (VE);
- 7 strutture territoriali appartenenti al Distretto Unico e al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 4.

Oltre ad unità operative individuate dalla letteratura come quelle più a rischio (PS, SERD, SPDC, Medicine) [5] [6] [15] [16] ne sono state valutate anche altre, incluse alcune a ridotta esposizione ad utenti per verificare la sensibilità dell'algoritmo ad un fattore determinante.

## RISULTATI

Fasi 1 e 2. La tabella III di aggregazione, presenta i valori massimi raggiungibili in ciascuna dimensione per FdR, MPP e IR (colonne 1, 2 e 3) ed il conseguente rischio residuo (colonna 5).

L’algoritmo permette il dimensionamento quantitativo del rischio: in termini numerici la condizione teorica di massimo rischio iniziale (tutti i FdR presenti) genera un punteggio pari a 27,5 e la condizione teorica di massima riduzione del rischio (attuazione di tutte le MPP) genera un punteggio di 12,8, restituendo, per differenza, un IR pari a 14,7. In termini percentuali, in un quadro teorico di massimo rischio iniziale, l’attuazione di tutte le MPP avanzate dalla letteratura [6] [13] [14] [15] [16] [17] ed organizzate nell’algoritmo ridurrebbe il rischio del 46,5%, lasciando un rischio residuo del 53,5%.

	PUNTEGGI			PERCENTUALI		
	MAX FdR	MAX MPP	IR (FdR-MPP)	RIDUZIONE RISCHIO MPP	RISCHIO RESIDUO FdR-MPP DIMENSIONE	R. RESIDUO RISPETTO R. TOTALE
CORE	3,0	2,0	1,0	66,7%	33,3%	6,8%
ORGANIZZAZIONE	5,0	3,6	1,4	72,0%	28,0%	9,5%
ATTESA	2,0	1,5	0,5	75,0%	25,0%	3,4%
PAZIENTE	9,5	1,6	7,9	16,8%	83,2%	53,7%
STRUTTURALI	6,0	2,4	3,6	40,0%	60,0%	24,5%
FORMAZIONE	2,0	1,7	0,3	85,0%	15,0%	2,0%
TOTALE	27,5	12,8	14,7	46,5%	53,5%	100,0%

Tabella 3: Aggregazione con i punteggi massimi e i rischi residui per ciascuna dimensione e relativi totali



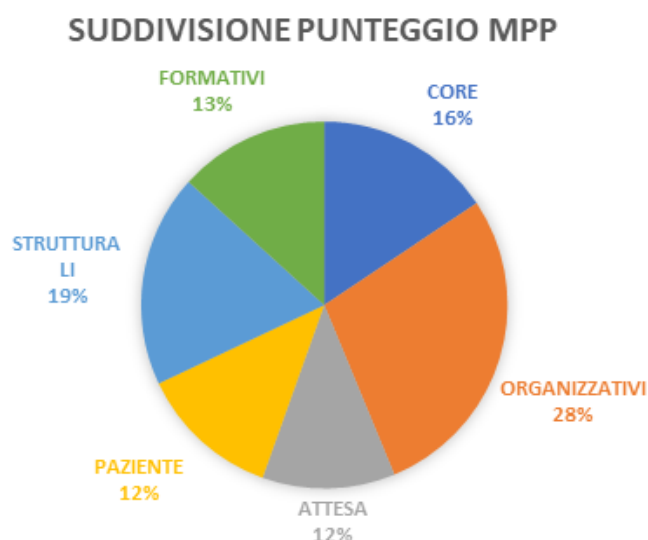


Figura 1: Rappresentazione della consistenza FdR e MPP

In figura 1, è possibile osservare l'impatto delle singole dimensioni sia nella genesi del rischio (figura 1a) che nella sua riduzione (figura 1b).

Le dimensioni dei FdR che contribuiscono maggiormente alla determinazione del rischio espositivo iniziale sono (figura 1a):

- "paziente" con un punteggio massimo di 9,5 e pari al 35% del totale;
- "strutture e tecnologie" con un punteggio massimo di 6,0 e pari al 22% del totale;
- "organizzazione" con un punteggio massimo di 5,0 e pari al 18% del totale.

Le tre dimensioni suddette generano oltre il 74,5% del rischio espositivo iniziale, le quali possono essere ridotte fino al 37% applicando opportune MPP.

La figura 1b mostra come ogni dimensione nelle MPP concorra in maniera pressoché simile ad abbattere il rischio iniziale, oscillando in un intervallo compreso tra il 12 ed il 16%; solamente la dimensione "organizzazione" stacca le altre, influenzando per il 28% il punteggio massimo.

L'algoritmo fornisce opportune MPP relativamente alle dimensioni "CORE", "attesa" e "formazione" che, se applicate dalle strutture, possono ridurre notevolmente il relativo rischio: "CORE" fino al 66,67%, "attesa" fino al 75%, "formazione" fino all'85% (tabella III, colonna 4).

Fase 3. Le 32 sedi valutate sono state organizzate in 3 grading in base ai FdR, alle MPP attuate e all'IR.

Date le premesse esposte nella parte di materiali e metodi, ci è possibile evidenziare quanto di seguito:

1. Grading dei FdR:

- le strutture sono state valutate come segue: una a rischio "molto alto", 24 a rischio "alto", 4 a rischio "medio" e 3 a rischio "basso";

- PS, SERD, SPDC, Medicine sono state valutate a rischio "molto alto" e "alto";

- 3 delle 4 sedi in cui si sono verificati infortuni da aggressione nel 2021, sono state giudicate tra le prime sei a maggior rischio.

#### 2. Grading delle MPP attuate:

- SPDC, PS e SERD sono le strutture che applicano le maggiori MPP;

- le sedi con maggiori MPP attuate dimostrano una migliore conoscenza del rischio, ottenendo un punteggio elevato nella dimensione "formazione".

#### 3. Grading IR:

- le sedi sono state valutate come segue: nessuna a rischio "molto alto", 7 a rischio "alto", 20 a rischio "medio", 5 a rischio "basso" ed una con un rischio "accettabile";

- le due sedi a maggior IR sono quelle tradizionalmente non considerate a rischio dalla letteratura [6] [13] [14] [15] [16] [17] e sono le stesse che nel 2021 non hanno segnalato aggressioni. Esse risultano esposte ad elevati FdR e non attuano idonee MPP;

- 22 delle 32 unità operative valutate (68,7%), dopo l'applicazione di MPP hanno riportato un diminuito rischio espositivo iniziale: 21 sedi di un livello ed una sede di 2 livelli (sede più virtuosa nel grading MPP), passando da rischio "alto" a "basso"; nessuna struttura è rimasta a rischio "molto alto";

- la sede valutata inizialmente a rischio "molto alto" nel grading FdR, dopo l'attuazione di MPP scende a rischio "alto".

## DISCUSSIONE

La metodologia sperimentata, utilizzando un algoritmo come strumento di valutazione, ha consentito di quantificare e pesare il rischio, superando la logica qualitativa basata sui soli questionari [12]. La suddivisione in dimensioni riportate in raccomandazioni ministeriali [6], linee di indirizzo nazionali e regionali [15] [17] e da procedure aziendali [16], permette di scomporre il rischio nelle sue componenti [8] [9], aiutando il SPP a identificare quali possano essere i FdR predisponenti un fenomeno aggressivo nelle diverse unità operative. Ne consegue così la possibilità di applicare misure ad hoc per mettere in sicurezza gli ambienti di lavoro. Questa risulta essere una novità rispetto agli strumenti impiegati in precedenza, i quali si soffermano sul fatto che "gruppi omogenei" di lavoratori possano più frequentemente di altri subire un'aggressione [13] o valutano gli ambienti di lavoro solamente attraverso i FdR ivi presenti [14].

I risultati della fase 3 della VdR confermano i dati di letteratura [5][6][15][16] nel ricordare che i FdR si concentrano principalmente in alcune aree (PS, SERD, Medicine), ma grazie all'aggiunta delle MPP si evidenzia che queste unità operative sono anche quelle che conoscono maggiormente il fenomeno (osservabile attraverso la dimensione "formazione") e applicano maggiori misure per contrastarlo.

Il grading IR sottolinea il fatto che l'applicazione di MPP diminuisce il rischio iniziale (dipendente dai soli FdR), infatti il 68,7% delle sedi valutate (22 su 32) riduce il proprio livello di rischio espositivo (una sede virtuosa lo abbassa di ben 2 livelli di rischio).

Prendendo come riferimento le singole dimensioni, si può apprendere come esse pesino in maniera differente sulla determinazione dei valori (tabella III, colonne 1, 2, 3), dal momento che la letteratura analizzata [6][13][14][15][16][17] fornisce FdR e MPP diverse; perciò, non è stato possibile attribuire a ciascuna dimensione lo stesso numero di items.

La colonna 4 della tabella III espone come la diminuzione del rischio sia eterogenea e può variare da un 40% (per la dimensione "strutture e tecnologie") fino ad un 85% (per la dimensione "formazione").

Per quanto riguarda la dimensione "paziente", essa genera un alto rischio iniziale (una sede che accoglie utenti ha un rischio maggiore fino al 35% rispetto alle altre) ed ha una limitata possibilità di interventi diretti (non sufficienti MPP), da cui ne deriva un ampio rischio residuo, che rappresenta il 53,7% del rischio residuo totale (colonna 6, tabella III). Le ragioni di ciò derivano dal fatto che la letteratura [6][14][15][16][17] classifica i pazienti più pericolosi (psichiatrici, tossicodipendenti, etilisti, stranieri) in riferimento alla frequenza con la quale questi hanno compiuto atti violenti verso gli operatori, ma non presenta sufficienti misure appropriate e specifiche per ciascuna tipologia di utenza individuata.

Ciò nonostante, la suddivisione in dimensioni non è un sistema statico ed il rischio generato da FdR non modificabili (per limiti strutturali o per la presenza di pazienti particolari) può essere limitato operando in altre dimensioni (ad esempio formazione ed organizzazione).

È opportuno far notare che, se una struttura applicasse tutte le MPP identificate dall'algoritmo, diminuirebbe il rischio iniziale solamente fino al 46,5% (tabella III, colonna 4). L'ampio rischio residuo risultante potrebbe essere legato a fattori che ragionevolmente non sono eliminabili (come, ad esempio, il contesto di urgenza ed i fattori umani o strutturali) o all'assenza di MPP adeguate. Tutto ciò potrebbe essere un buon punto di partenza ed uno spunto per futuri approfondimenti e riflessioni.

Conoscenza e percezione del rischio aiutano a gestirlo: le sedi che hanno un IR elevato sembrano avere una minor conoscenza del fenomeno aggressioni e non adottano sufficienti MPP per ridurre il rischio espositivo iniziale dipendente dai soli FdR.

Lo strumento realizzato rappresenta una novità ed è stato applicato per la prima volta presso l'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale", che adotta un Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS)



ed ha un'organizzazione interna chiara in tema di sicurezza e salute, della quale i coordinatori, quali preposti, ne sono il cardine.

Lo studio è stato condotto in periodo pandemico, perciò le condizioni potrebbero essere diverse da quelle pre e post pandemia.

## CONCLUSIONI

Questo studio ha analizzato il fenomeno delle aggressioni per definire una metodologia di valutazione che traducesse in termini quantitativi e qualitativi il rischio, identificando e valorizzando le strategie nella fase di prevenzione degli eventi.

Il procedimento utilizzato ha permesso di affermare che il rischio di aggressioni è multidimensionale e generato dalla complessa interazione di più fattori; un approccio composito dovrebbe aiutare a riconoscere la potenzialità del rischio ed agire in prevenzione a prescindere dalle segnalazioni. Esse, infatti, hanno il merito di aiutare a conoscere il fenomeno quando questo è già avvenuto, ma risentono della soggettività e della volontarietà della segnalazione.

Lo studio conferma inoltre, che conoscere il rischio aiuta a prevenirlo e l'attuazione di idonee MPP, pur in presenza di elevati FdR, ne abbassa le potenzialità di danno.

Le sedi a maggior IR sono quelle con una minor conoscenza e percezione del fenomeno e, nonostante siano anch'esse esposte a FdR, non hanno applicato altrettante MPP, sebbene non abbiano ancora registrato eventi.

In relazione agli obblighi del D.lgs. 81/08, rappresentando questo progetto parte della VdR, sono state successivamente identificate ed attuate dall'Azienda ULSS 4 specifiche misure a seconda del livello di priorità.

Futuri approfondimenti ed applicazioni potranno apportare miglioramenti volti a comprendere se alcuni aspetti soggettivi degli operatori o lo stato di necessità, possano ridurre l'espressione dell'aggressività e perché in alcune aree esposte a simili FdR non ci siano analoghe percezioni di rischio, segnalazioni o eventi conclamati.

## Ringraziamenti

Ringraziamo il Direttore Generale Dr. Mauro Filippi e il Direttore Sanitario Dott.ssa Francesca Ciraolo per aver ospitato e supportato questo lavoro presso l'AULSS 4 "Veneto Orientale" e la Prof.ssa Fortunata Marchese per aver revisionato il lavoro.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] The National Institute for Occupational Safety and Health. A safe and sound workplace. <https://www.cdc.gov/niosh/index.htm> [consultato il 22 dicembre 2022];
- [2] Veronico L, Brusco A, Bucciarelli A, Mignacca FM, Frusteri L. Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Roma: INAIL; 2020. 12 p. Report No.: 10;
- [3] Rossi P, Mele A, Punziano A. Gli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie Inail. I fact sheet della sovrintendenza sanitaria. Roma: Sovrintendenza sanitaria centrale. Inail; 2020. 7 p.;
- [4] Regione Veneto. Aggressione e violenza contro il personale sanitario: dalla regione un documento di indirizzo e un corso per formare 90 istruttori "antiviolenza". Venezia: Regione Veneto; 10 marzo 2022. <https://www.regione.veneto.it/web/guest/article-detail?articleId=13542489> [consultato il 18 luglio 2022];
- [5] Cgil Funzione Pubblica. Stop alle aggressioni al personale sanitario. 2022. 16 p.;
- [6] Ministero della Salute. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Roma: Ministero della Salute; 2007. 15 p.;
- [7] Mamo C, Pensasso M, Quarta D. Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema. *Boll Epidemiol Naz* [Internet]. 2020; 1(2): 15-21. DOI: [https://doi.org/10.53225/BEN\\_003](https://doi.org/10.53225/BEN_003).
- [8] Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2016; 374, 1661-1669. DOI: 10.1056/NEJMr1501998;
- [9] Magni M, Picozzi M. Aggressività in azienda. Come prevenirla e gestirla. Egea; 2016. 88 p.;
- [10] Ordine Assistenti Sociali. Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto. Roma: CNOAS; 2015. 45p.
- [11] Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro 2008, art.2 rev. aprile 2022. [citato il 2023 mar 14];
- [12] Oud N. The perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) Questionnaire. Amsterdam: Connecting; 2000. 9p.;
- [13] Gentile L. Valutazione del rischio aggressione. Cuneo: SSP Asl 15; 2004. 8 p.;
- [14] Direzione generale cura della persona, salute e welfare. Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e sociosanitari. Regione Emilia- Romagna: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna; 2018. 27 p.;
- [15] Direzione programmazione sanitaria. Aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi. Linee di indirizzo per gli operatori del servizio sanitario della regione del Veneto. Venezia: Azienda Zero; 2022. 34 p.;
- [16] UOS Rischio clinico e sicurezza del paziente, UOC SPDC, UOS SPP. Aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi (rev.4). San Donà di Piave (VE): ULSS4 Veneto Orientale; 2022. 25 p.;
- [17] Direzione generale della programmazione sanitaria. Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Roma: Ministero della Salute; 2019. 39 p.;

## Appendice 1

### Aggregazione dei punteggi di ogni dimensione

	FdR	MPP	FdR-MPP
CORE			
ORGANIZZAZIONE			
ATTESA			
PAZIENTE			
STRUTTURALI			
FORMAZIONE			
<b>TOTALE</b>			<b>IR</b>

## Appendice 2

### Algoritmo di valutazione del rischio aggressioni

1. DIMENSIONE CORE					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
QUESTA STRUTTURA È UN SERVIZIO DI EMERGENZA-URGENZA O UN REPARTO DI PSICHIATRIA O UN SERD O UNA GERIATRIA O UNA CONTINUITA' ASSISTENZIALE?			IN CASO DI ASSISTENZA DOMICILIARE, ESSA VIENE FATTA CON LA PRESENZA DI DUE OPERATORI?		
CI SONO STATI IN QUESTA STRUTTURA EVENTI CON PROGNOSI?			IN PRONTO SOCCORSO SI UTILIZZA UN ALGORITMO DECISIONALE PER LE EMERGENZE COMPORTAMENTALI?		
IN QUESTA STRUTTURA QUANTO TEMPO IL PERSONALE È A CONTATTO CON L'UTENZA?			VIENE UTILIZZATA UNA SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AGGRESSIVITA' DA XENOBIOTICI?		
0-10% ESPOSIZIONE BASSA			L'ACCESSO AD AREE DI NEONATOLOGIA/PEDIATRIA PREVEDE UN PASS PER I VISITATORI?		
11-25% ESPOSIZIONE MODERATA					
26-50% ESPOSIZIONE FREQUENTE					
OLTRE 50% ESPOSIZIONE CONTINUA					
<b>TOTALE</b>		<b>4,5</b>	<b>TOTALE</b>		<b>2,0</b>

2. DIMENSIONE ORGANIZZAZIONE					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
ESISTE UN ATTEGGIAMENTO ERRATO DEGLI OPERATORI NEI CONFRONTI DEL PZ?			VIENE ESPOSTO A PZ, FAMILIARI ECC. CHE GLI ATTI DI VIOLENZA NON SONO TOLLERATI IN REPARTO/STRUTTURA TRAMITE CARTELLONISTICA E/O OPUSCOLI INFORMATIVI?		
ESISTE UN CLIMA LAVORATIVO TESO TRA GLI OPERATORI DEL REPARTO?			IL PZ VIENE INFORMATO ADEGUATAMENTE SUL SUO PIANO DI CURA?		
IL PERSONALE È IN NUMERO RIDOTTO NEI MOMENTI DI MAGGIORE ATTIVITÀ?			VENGONO DATE INFORMAZIONI ADEGUATE AL PAZIENTE E AGLI ACCOMPAGNATORI NEL RISPETTO DELLA PRIVACY E DELLA VOLONTA' DEL PZ STESSO?		
È PRESENTE UN SOLO OPERATORE A CONTATTO CON IL PZ?			VIENE CONSEGNATO AL PZ IL REGOLAMENTO DI REPARTO?		
IL PIANO DI LAVORO È ERRATO O ASSENTE?			SONO PRESENTI PROCEDURE PER L'EVACUAZIONE D'EMERGENZA?		
			IL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO PRESENTA SOLO IL NOME DEL DIPENDENTE?		
			AL BISOGNO È POSSIBILE AFFIANCARE ALL'OPERATORE UN COLLEGA?		
			LA STRUTTURA HA UN PIANO DI COORDINAMENTO CON LE FORZE DI POLIZIA O DI SORVEGLIANZA?		
			LE VISITE SONO REGOLAMENTATE CON PROCEDURE E ISTITUENDO FASCE ORARIE?		
			L'ACCESSO ALLA FARMACIA O AGLI ARMADI CONTENENTI I FARMACI È REGOLAMENTATO?		
			VIENE FATTO UN MONITORAGGIO PERIODICO DELLE PROCEDURE INTERNE?		
			VIENE FATTA UN'ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL REPARTO?		
			GLI OPERATORI CHE LAVORANO SINGOLARMENTE SONO DOTATI DI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE?		
			IL PERSONALE È STATO ISTRUITO A NON UTILIZZARE COLLANE O STRINGHE DI SCARPE DURANTE IL TURNO LAVORATIVO?		
			VIENE ASSICURATO TRATTAMENTO PSICOLOGICO ALLE VITTIME PER SUPERARE IL TRAUMA?		
<b>TOTALE</b>		<b>5</b>	<b>TOTALE</b>		<b>3,6</b>

3. DIMENSIONE ATTESA					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
I PAZIENTI O I LORO FAMILIARI RIMANGONO IN ATTESA?			VENGONO FORNITE INFORMAZIONI SUI TEMPI DI ATTESA?		
MANCANO LE PROCEDURE DI ACCOGLIENZA E RELAZIONE?			DURANTE LE ATTESE VIENE FATTO RINFORZO INFORMATIVO ALL'UTENZA UTILIZZANDO CARTELLONISTICA, DEPLIANT, VIDEO?		
			I LUOGHI D'ATTESA HANNO ARREDI CONFORTEVOLI ED IN NUMERO ADEGUATO AFFINCHE' PZ ED ACCOMPAGNATORI NON ATTENDANO IN PIEDI PER TROPPO TEMPO?		
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>		<b>TOTALE</b>	<b>1,5</b>	

4. DIMENSIONE CARATTERISTICHE PAZIENTI					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
POSSONO ESSERE PRESENTI PZ CON DISTURBI NEUROLOGICI o ORGANICI?			SONO PRESENTI ALMENO DUE OPERATORI QUANDO SI ASSISTONO PZ PSICHIATRICI, TOSSICODIPENDENTI E/O CON PROBLEMATICHE SOCIO-ASSISTENZIALI?		
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI CON DISTURBI PSICHIATRICI ACUTI O CRONICI E/O IDEAZIONI SUICIDARIE E OMICIDARIE?			È PRESENTE UN TEAM ADDESTRATO A GESTIRE LE SITUAZIONI CRITICHE E A CONTROLLARE I PAZIENTI AGGRESSIVI?		
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI SOTTO EFFETTO DI ALCOL E DROGA?			VIENE UTILIZZATO UN MEDIATORE CULTURALE IN CASO DI PAZIENTE STRANIERO?		
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI CON STORIA FAMILIARE DIFFICILE E CON ELEVATO STRESS PERSONALE?			SI CONOSCE E SI UTILIZZA LA VALUTAZIONE DI SCREENING PER PAZIENTI POTENZIALMENTI AGGRESSIVI E VIOLENTI DESCRITTA NELLA PROCEDURA AZIENDALE ULSS4?		
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI IN TSO?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI CON ANGOSCIA O CON ANAMNESI DI COMPORTAMENTI VIOLENTI?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI STRANIERI E DI SCARSA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI DI GIOVANE ETÀ?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI DI SESSO MASCHILE?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI DI BASSO Q.I.?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI DI BASSA SCOLARITÀ?					
POSSONO ESSERE PRESENTI PAZIENTI DI BASSO LIVELLO SOCIO-ECONOMICO E DI DETERIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE E LAVORATIVO?					
<b>TOTALE</b>	<b>9,5</b>		<b>TOTALE</b>	<b>1,6</b>	

5. DIMENSIONE STRUTTURE E TECNOLOGIE					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
SONO ASSENTI TELEFONI O ALTRI MEZZI DI SEGNALAZIONE NEL LUOGO DI LAVORO?			I BAGNI SONO PRIVI DI ELEMENTI COME CORDE O CATENE?		
LE AREE DI PARCHEGGIO O LE STRUTTURE PRESENTANO UNA SCARSA ILLUMINAZIONE?			SONO INSTALLATI IMPIANTI DI ALLARME O ALTRI DISPOSITIVI DI SICUREZZA COLLEGATI A SISTEMI DI PRONTO INTERVENTO?		
SONO PRESENTI LUOGHI ISOLATI?			È PRESENTE UN METAL DETECTOR NELLA STRUTTURA/REPARTO?		
SONO ASSENTI LE VIE DI FUGA?			LE STANZE DI OPERATORI E PAZIENTI ED I BAGNI DI OPERATORI, PAZIENTI ED UTENZA HANNO SERRATURE IDONEE?		
SONO PRESENTI OGGETTI PESANTI E/O TAGLIANTI?			I BAGNI DEGLI OPERATORI SONO DIVISI DA QUELLI DEI PAZIENTI?		
SONO PRESENTI LUOGHI PRIVI DI PRIVACY PER IL PZ?			È PRESENTE SEGNALETICA VERTICALE ED ORIZZONTALE IN PROSSIMITA' DEL REPARTO CHE NE INDICHI L'ACCESSO?		
			GLI ESTINTORI E GLI ALTRI SISTEMI ANTINCENDIO SONO ASSICURATI AL MURO O POSTI SU APPOSITE NICCHIE O COLLOCATI IN SICUREZZA?		
			LE FINESTRE E LE SERRATURE VENGONO RIPARATE E/O SOSTITUITE VELOCEMENTE?		
			LE STANZE PRESENTANO DISPOSITIVI DI SICUREZZA, QUALORA UN PAZIENTE FOSSE IN STATO DI FERMO, SOTTO EFFETTO DI ALCOOL E DROGA O MANIFESTASSE COMPORTAMENTI VIOLENTI?		
			E'PRESENTE UN IMPIANTO DI SORVEGLIANZA A CIRCUITO CHIUSO IDENTIFICATO CON APPOSITA CARTELLONISTICA?		
			LE STANZE DI COLLOQUIO O TRATTAMENTO SONO PRIVE DI OGGETTI CHE POSSONO ESSERE USATI COME ARMA?		
			SONO PRESENTI AREE RISTORO PER PAZIENTI/UTENTI?		
<b>TOTALE</b>		<b>6</b>	<b>TOTALE</b>		<b>2,4</b>

6. DIMENSIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE					
Fattori di rischio	S/N	PTI	Misure	S/N	PTI
IL PERSONALE NON RISULTA FORMATO AL RICONOSCIMENTO DI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI?			GLI OPERATORI CONOSCONO LA POLITICA DI TOLLERANZA ZERO DELL'AZ ULSS4, RIPORTATA NELLA PROCEDURA AZIENDALE SULLE AGGRESSIONI?		
IL PERSONALE NON RISULTA FORMATO AL CONTROLLO DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI?			DIRIGENTI, COORDINATORI, PERSONALE DI SICUREZZA SONO STATI FORMATI A RICONOSCERE LE SITUAZIONI AD ALTO RISCHIO?		
			IL PERSONALE E' STATO FORMATO SULLE PROCEDURE IN CASO DI VIOLENZA E SULLA GESTIONE DEI CASI DI VIOLENZA?		
			IL PERSONALE CONOSCE ED UTILIZZA IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING?		
			IL PERSONALE CONOSCE IL CICLO DELL'AGGRESSIVITA' E UTILIZZA TECNICHE DI DE ESCALATION?		
<b>TOTALE</b>		<b>2</b>	<b>TOTALE</b>		<b>1,7</b>