



AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO Viale Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB)

| | | |
|---|--|--|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 1 di 18 |
| Firma per redazione: Susanna Brumana  | Firma per approvazione: Angelo Mazza  | Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Margherita Bianchi  |
| Firma per validazione Direzione Generale Angelo Penna  | | |


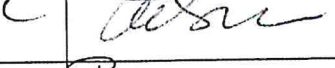

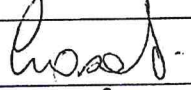

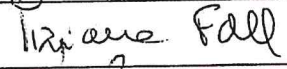
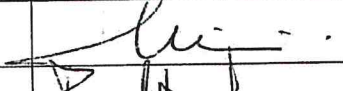

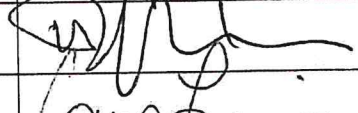
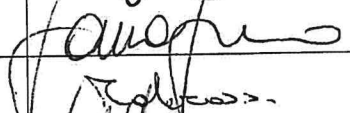
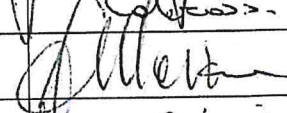
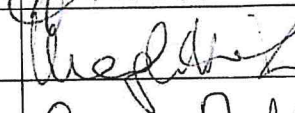
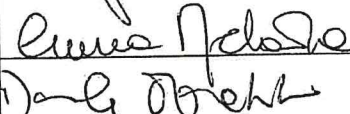
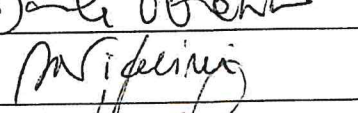
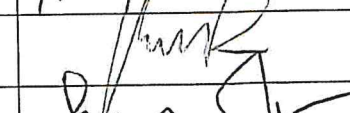


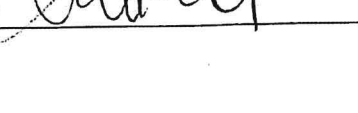


PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----|
| GRUPPO DI LAVORO | 2 |
| LEGENDA E DEFINIZIONI | 3 |
| PREMESSA | 3 |
| SCOPO | 5 |
| CAMPO DI APPLICAZIONE | 6 |
| RESPONSABILITÀ | 6 |
| MODALITÀ OPERATIVE | 6 |
| INTERVENTI DI PREVENZIONE | 6 |
| FORMAZIONE E INFORMAZIONE | 8 |
| GESTIONE DEL RISCHIO | 12 |
| SEGNALAZIONE ATTI DI VIOLENZA | 15 |
| RACCOMANDAZIONI | 16 |
| INDICATORI | 16 |
| ALLEGATI | 16 |
| BIBLIOGRAFIA | 17 |

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 2 di 18 |

GRUPPO DI LAVORO

| COGNOME NOME | RUOLO/FUNZIONE | FIRMA |
|----------------------|--|---|
| Assennato Filippo | Coordinatore DIPSA CSM Verbania |  |
| Bianchi Margherita | Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico |  |
| Boggio Mariella | Coordinatore DIPSA CSM Omegna |  |
| Crosa Lenz Chiara | Direttore SOC Dipendenze |  |
| Della Casa Fiorella | Coordinatore DIPSA CSM Domodossola |  |
| Fall Tiziana | Coordinatore DIPSA SOC SERD |  |
| Ficili Bartolomeo | Direttore Distretto |  |
| Garufi Francesco | Direttore SOC DSPO |  |
| Gramatica Paolo | Direttore SOC MCU e Dipartimento Medico |  |
| Irico Laura | Coordinatore SCO MCU Verbania |  |
| Materossi Laura | Responsabile DiPSa Territorio |  |
| Mazza Angelo | Direttore ff SOC SSMT |  |
| Maglitto Liliana | Responsabile DIPSA Presidi Ospedalieri |  |
| Meloda Cinzia | Direttore Affari Generali Legali e Istituzionali |  |
| Morabito Daniela | Dirigente Medico SOC Geriatria |  |
| Nicolini Roberta | Coordinatore Anestesia Rianimazione Domodossola |  |
| Riboni Paolo | Responsabile SOS Prevenzione Protezione |  |
| Senetraro Marcello | Direttore SOC DIPSA |  |
| Spota Domenica | Coordinatore DIPSA SOSD SPDC |  |
| Zeppetelli Ermelinda | Responsabile SOSD SPDC |  |

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 3 di 18 |

LEGENDA E DEFINIZIONI

Aggressione: azione violenta di una o più persone nei confronti di altre persone, che può racchiudere gli elementi costitutivi di diverse figure di reato, a seconda del modo, dei mezzi con cui viene esercitata, dell'evento verificatosi o del fine cui è diretta (omicidio, lesioni personali, percosse, violenza privata, rapina, minacce, stupro ecc.).

Minacce: sono l'espressione del proposito di arrecare danno e comprendono minacce verbali, gli atteggiamenti corporali minacciosi e le minacce scritte.

Tali azioni nei casi di particolare gravità, come la minaccia di morte verso gli operatori, configurano comportamenti delittuosi e sono punibili con sanzioni specifiche.

PREMESSA

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

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

La *Joint Commission* riporta, da Gennaio 1995 a Dicembre 2006, un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio¹.

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo².

Ogni forma di violenza, come abusi verbali e attacchi fisici, presenta conseguenze negative in grado di minacciare la salute, la sicurezza e il benessere dei pazienti e del personale coinvolto (Yao X et al., 2014; Bimenyimana E et al., 2009).

Il 55% degli operatori sanitari vittime di un'aggressione fisica può sviluppare angoscia, ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità, paura e, nel lungo periodo, perdita di sicurezza sul lavoro, riduzione del senso di competenza professionale, paura dei pazienti, assenteismo, rassegnazione e richiesta di trasferimento in altri contesti (Zampieron A et al., 2010). La tematica, pur riguardando qualsiasi contesto clinico assistenziale, riveste notevole rilevanza nel contesto psichiatrico (Kelly EL et al., 2015) e in particolare all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC); infatti, si stima che l'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti con diagnosi di schizofrenia o di disturbo bipolare in fase acuta sia 5 volte superiore a quella della popolazione generale e 12-16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze, evenienza oggi sempre più frequente (Rossi A et al., 2009; Steward D et al., 2015).

¹ The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event.
<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>

² Ministero della Salute Raccomandazione n.8 2007

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 4 di 18 |

Anche i pazienti affetti di demenza, la cui prevalenza a causa del progressivo invecchiamento della popolazione è in aumento anche nei *setting* ospedalieri, possono sviluppare in alcune fasi della malattia ed in alcuni contesti ambientali problematiche di tipo comportamentale che nel 35-64% dei casi sono costituite da comportamenti aggressivi o violenti (Enmarker et al 2011, Morgan et al 2013). In particolare tali manifestazioni possono manifestarsi in corso di delirium, evento che nei pazienti anziani ospedalizzati, specie se affetti da demenza può arrivare fino al 50% (Fick et al 2002, Inouye, 2006).

Il Ministero della Salute ha emanato nel novembre del 2007, una specifica Raccomandazione, la numero 8, con lo scopo di incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio, per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari attraverso l'adozione di misure che consentano di ridurre, se non eliminare, le condizioni di rischio.

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella³ che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione.

Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie. Sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari sono a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza⁴:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

Dai dati desunti dalla letteratura si identificano quali fattori di rischio per i comportamenti violenti nei servizi sanitari:

1. Fattori specifici (caratteristiche individuali dei Pazienti)

- Genere
- Età

³ Eventi sentinella: n. 11 - Violenza su paziente e n. 12 - Atti di Violenza a danno di operatore

⁴ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 5 di 18 |

- Livello di educazione/scolarità
- Esperienze precedenti
- Interazione tra le due parti (paziente vs. operatore)

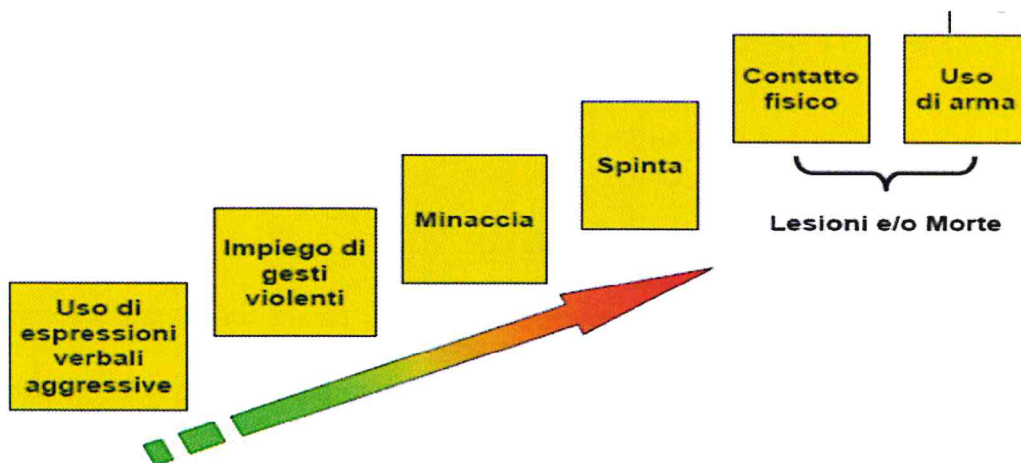
2. Fattori di contesto (caratteristiche dell'ambiente lavorativo):

- Lavoratori
- Attività svolte
- Ambiente fisico
- Ambiente psicosociale (e supporto psicosociale ricevuto)

3. Fattori strutturali (caratteristiche dell'organizzazione):

- Management dell'organizzazione (direzione e controllo)
- Policy di riferimento
- Fonti di finanziamento
- Ambiente fisico e psicosociale
- Personale
- Educazione e *training* degli operatori

Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi figura sottostante) può consentire di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



SCOPO

Scopo della procedura è prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSА | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 6 di 18 |

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è applicata dagli Operatori di tutte Strutture Sanitarie Aziendali Ospedaliere e Territoriali.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità di applicazione della seguente procedura è di tutto il personale sanitario operante nelle Strutture/Dipartimenti aziendali.

La responsabilità di verifica è dei Direttori/Responsabili di Strutture/Dipartimenti.

MODALITÀ OPERATIVE

INTERVENTI DI PREVENZIONE

MISURE STRUTTURALI E TECNOLOGICHE:

- Assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli e che il sistema organizzativo favorisca l'accoglienza.
- Gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole ben definite e conosciute.
- Mantenere una adeguata e sufficiente illuminazione dei locali ed in buono stato tutta la struttura e le attrezzature.

MISURE ORGANIZZATIVE:

- Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione degli episodi di violenza
- Diffondere l'utilizzo degli strumenti di segnalazione degli episodi di violenza.
- Fornire agli ospiti e ai loro parenti, *caregiver*, informazioni chiare sulla organizzazione delle attività assistenziali.
- Garantire la sicurezza degli operatori potenzialmente a rischio attraverso la sensibilizzazione e la formazione del personale.
- Garantire nei contesti più a rischio o in caso di ricovero di pazienti ad alto rischio di comportamenti violenti che ci sia sempre più di un operatore sanitario (Roca et al, 2016).
- Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica per questo apporre cartelloni nelle sale di attesa e all'ingresso delle strutture sanitarie.
- Formare e informare sul Ciclo dell'aggressività, sulle tecniche di *de-escalation*, sulle modalità di gestione degli eventi aggressivi e sulla segnalazione degli stessi.
- Valutare ogni caso di violenza non appena possibile e non oltre le 72 ore dall'incidente.

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 7 di 18 |

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La previsione e la prevenzione dell'agito violento, ancorché estremamente difficili, sono molto importanti poiché permettono il mantenimento di un ambiente sicuro e protetto e si riflettono positivamente sulla qualità delle cure erogate; la valutazione del professionista deve caratterizzarsi per un giudizio globale basato sull'anamnesi di precedenti episodi di violenza (Roca et al, 2016), sull'osservazione clinica della persona, ma anche sull'utilizzo di strumenti in grado di supportarla allo scopo di individuare, in particolare nel breve periodo, un profilo di caratteristiche e manifestazioni del paziente che sia altamente predittivo di un agito violento. Tra gli strumenti conosciuti per la valutazione specifica delle istanze aggressive e violente, la *Brøset Violence Checklist* (BVC), creata in Norvegia da Almvik e collaboratori (Almvik R et al., 2000) e successivamente validata e utilizzata in differenti contesti psichiatrici europei (Almvik R et al., 2003; Abderhalden C et al., 2004, Hvidhjelm J et al., 2014), ha dimostrato un buon livello di predittività nei confronti dell'agito violento, con valori di sensibilità compresi tra il 63% e il 65,6% e valori di specificità tra il 92% e il 99,7%.

La *Brøset Violence Checklist* (BVC) (Allegato A) è uno strumento per la previsione a breve termine (entro le 24 ore) di comportamenti violenti da parte di un paziente. Si compone di 6 indicatori che corrispondono a 3 caratteristiche e 3 comportamenti del soggetto valutato, in particolare:

- confusione: evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo, luogo o persone;
- irritabilità: il paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente, non tollera la presenza degli altri;
- clamorosità: comportamento apertamente rumoroso o chiassoso, per esempio, sbattere le porte e/o alzare la voce improvvisamente;
- minacce verbali: esplosione verbale, che è più dell'alzare la voce, ed espressione di intimidazioni o minacce certe verso un'altra persona, per esempio, attacchi e abusi verbali, insulti e commenti verbalmente neutri espressi in modo iroso e aggressivo;
- minacce fisiche: chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo, per esempio, afferrare gli abiti di una persona, alzare un braccio, una gamba, chiudere il pugno o accennare a colpire qualcuno con la testa;
- crisi pantoclastica: attacco diretto a un oggetto e non a un individuo, per esempio lancio indiscriminato di oggetti, sbattere o rompere finestre, scalciaie, sbattere o colpire un oggetto oppure rompere mobili.⁵

Questa scala può essere utilizzata discrezionalmente ogni qualvolta ci si trovi nelle condizioni valutare lo stato di agitazione di pazienti/utenti, che possano mettere a rischio la salute degli operatori e/o di altre persone assistite, al fine della messa in atto di comportamenti di *de-escalation* e/o azioni di contenimento.

⁵Validazione italiana della *Brøset Violence Checklist* (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica - Stefano Terzoni (1), Paolo Ferrara (2), Annalisa Lo Giudice (3), Anne Destrebecq (4)

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 8 di 18 |

FORMAZIONE E INFORMAZIONE

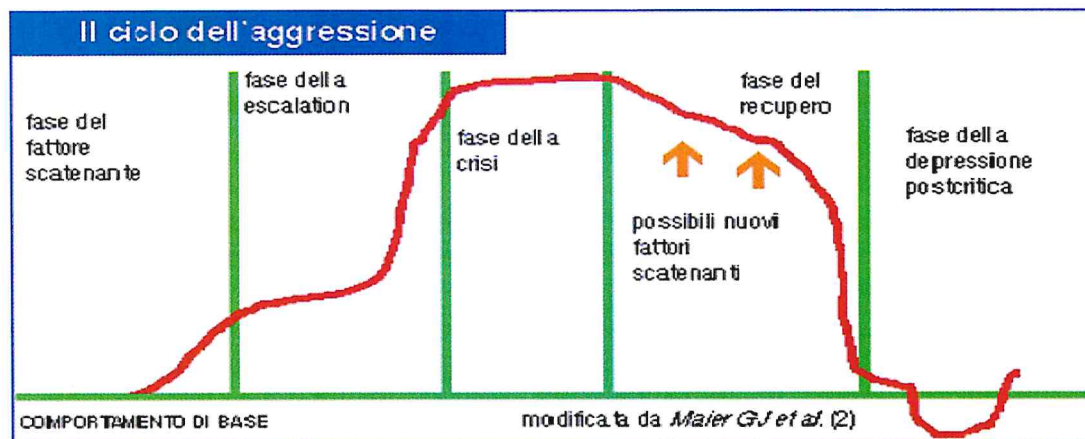
Gli atteggiamenti individuali influenzano il comportamento riguardo aggressività e violenza; i programmi di formazione, supportati a livello organizzativo, possono modificare positivamente gli atteggiamenti del personale sulle ragioni dell'aggressione dei pazienti e della loro gestione.

Gli argomenti di formazione strategica sono: la costruzione della relazione **con il** paziente, il miglioramento delle capacità comunicative dei lavoratori, la segnalazione accurata di ogni incidente violento e il miglioramento del contesto lavorativo attraverso l'impegno della direzione e il coinvolgimento dei dipendenti in un programma di prevenzione della violenza sul posto di lavoro.⁶

La formazione punta inoltre a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.

Come evidenziato in precedenza la violenza si sviluppa in varie fasi che sono esplicate nel Ciclo dell'aggressività.

Il ciclo dell'aggressività si compone di 5 fasi, le prime due vanno prontamente riconosciute, perché in ognuna di esse vi è una particolare indicazione delle varie tecniche d'intervento. Gli interventi devono essere tempestivi.



1. F
a
s
e

del trigger (o del fattore scatenante): individuabile in un'intensificazione dello stimolo avversativo, disinibizione indotta da sostanze, percezione di una mancanza di attenzione, fattori di provocazione (veri o presunti), stress o altro.

L'intervento più opportuno in questa fase sarà **riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in "ambiente neutro", con più bassi stimoli.**

⁶d'Ettorre G, Pellicani V. **Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards.** Saf Health Work. 2017 Dec;8(4):337-342. doi: 10.1016/j.shaw.2017.01.004. Epub 2017 Feb 6. Review. PubMed PMID: 29276631; PubMed Central PMCID: PMC5715456.

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 9 di 18 |

2. **Fase della *escalation***: in cui l'intervento consisterà in un **approccio verbale utilizzando una comunicazione diretta** (diretta espressamente alla persona, con l'uso del nome), **specific**a (basata sulle rivendicazioni del momento, frasi brevi, termini semplici) e **positiva** (atteggiamento non giudicante o contro-aggressivo, volto a trasmettere la disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, cioè tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze).
Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e di minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate.
3. **Fase critica-*acting out***: punto culminante dell'eccitamento. Aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla **sicurezza e sulle riduzione delle conseguenze**.
Gestione "in acuto" dell'atto aggressivo.
4. **Fase del recupero-*recover***: caratterizzata dal graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. È una fase molto delicata, in quanto il paziente è recettivo per eventuali nuovi *trigger*. Non attuare interventi intempestivi, volti all'elaborazione dell'evento, che potrebbero innescare una nuova crisi.
Il **monitoraggio attivo ma distante**, senza nuovi stimoli, inopportuni è l'unico intervento raccomandabile.
5. **Fase della depressione post critica**: ovvero comparsa di emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. L'intervento dovrà attuarsi con **l'elaborazione dell'evento**, volta alla riduzione dei sentimenti più gravi.

Discussione in *equipe* dell'evento.

Le fasi 1 e 2 sono quelle della pre-aggressione. Richiedono una rapida presa d'atto del problema e un altrettanto rapida valutazione del rischio.

Esistono delle tecniche che hanno lo scopo di interrompere l'*escalation* del ciclo dell'aggressività.

Tecniche di *de-escalation*

1. Tecnica "***talk down***": approccio verbale basato principalmente sul contenuto del linguaggio e mirato al contenimento progressivo del paziente attraverso il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale.
Prevede di:
 - stabilire un contatto verbale con il paziente;
 - usare frasi brevi, dal contenuto chiaro;
 - se il paziente non comprende il significato, semplificare progressivamente, anche a scapito della completezza e della coerenza;
 - mantenere un tono di voce calmo e rassicurante;
 - rivolgersi all'interlocutore chiamandolo per nome o per cognome, dando "del Lei";

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 10 di 18 |

- ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto sostenuto dal paziente e disponibili alla ricerca di una soluzione comune;
- non polemizzare, né contrastare apertamente: le richieste del paziente vanno sempre discusse;
- formulare domande che prevedano una risposta aperta;
- porre il paziente di fronte a scelte alternative in modo da impegnarne l'attenzione e distrarlo dall'originario programma motorio.

È bene astenersi dal dare ordini, discutere, rimproverare o giudicare, non dare soprannomi al paziente, trattenersi dall'ironizzare e non utilizzare toni sarcastici, mantenersi neutrali, evitando sia di elogiare, sia di criticare, non avere la pretesa di analizzare o esaminare troppo a fondo le argomentazioni che si affrontano, non invadere lo spazio occupato dal paziente e quindi mantenere una distanza utile

Nella *de-escalation* sono due gli aspetti che il professionista deve saper padroneggiare:

a) il controllo di se stesso.

- ✓ apparire calmo, centrato e sicuro di sé, anche se non sente di esserlo;
- ✓ cercare di rilassare muscoli del volto, l'ansia dell'operatore se trasmessa al paziente può farlo sentire insicuro, ciò può scatenare l'aggressione;
- ✓ non alzare la voce per sovrastare una persona che urla ma aspettare che prenda fiato per parlare;
- ✓ usare un tono di voce modulato, basso e monotono (quando si è spaventati si ha normalmente la tendenza ad usare un tono di voce teso, acuto e di alto volume);
- ✓ non indossare oggetti che possono diventare un pericolo per sé o altri (cravatta, collane ecc.);
- ✓ non stare sulla difensiva: anche se i commenti o gli insulti sono diretti al professionista essi non lo riguardano personalmente;
- ✓ essere molto rispettoso, anche quando mette con fermezza dei limiti o chiama aiuto;
- ✓ essere consapevole che un individuo agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto;
- ✓ rispondere alle domande in modo selettivo rispondendo a tutte le domande con un contenuto di informazione, non importa quanto aggressivamente siano state poste. es: "*perché devo compilare questi moduli di m....?*" questa è una domanda in cui vengono effettivamente richieste informazioni; non rispondere mai a domande tendenziose, es: "*perché tutti i medici sono dei(insulto)?*", è molto importante ricordare che a questo tipo di domanda non si deve mai rispondere;
- ✓ non difendere mai se stesso o qualcun altro dagli insulti, accuse o idee sbagliate sul vostro ruolo;
- ✓ non argomentare per provare a far cambiare idea al paziente, piuttosto è opportuno consentirgli possibilità diverse e proporre una soluzione dignitosa;
- ✓ essere empatico con i sentimenti ma non con il comportamento. Ad esempio: "*capisco che lei abbia tutti i motivi per essere arrabbiato, ma non va bene che lei minacci me o il mio staff*";
- ✓ esporre le conseguenze dei comportamenti inadeguati senza minacce o rabbia;
- ✓ evitare ammonimenti che non possono essere mantenuti;

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 11 di 18 |

- ✓ avere sempre in mente quali sono le possibili azioni da adottare per mettersi in salvo;
- ✓ rispondere come lavoro di equipe, quindi coerenza delle risposte da parte dell'equipe;
- ✓ essere consapevole che si ha sempre la possibilità di andarsene, o di chiedere al paziente di andarsene;
- ✓ chiamare le forze dell'ordine (tel. 112) qualora la *de-escalation* non fosse efficace.

b) La posizione fisica

- ✓ non dare le spalle per nessun motivo;
- ✓ mantenere con la persona lo stesso livello di sguardo, evitare di guardarla direttamente negli occhi per lunghi periodi;
- ✓ incoraggiare la persona a stare seduto, ma se ha bisogno di stare in piedi anche il professionista è opportuno stia in piedi;
- ✓ mantenere tra professionista e la persona una distanza maggiore del solito, circa 4 volte la distanza usuale ricordando che la rabbia e l'agitazione "riempiono" lo spazio extra fra due persone;
- ✓ non stare faccia a faccia di fronte la persona;
- ✓ mantenere una posizione ad angolo, in modo che sia più agevole allontanarsi se necessario;
- ✓ non mantenere un continuo contatto visivo perché è opportuno permettere alla persona di interrompere questo tipo di contatto e guardare altrove;
- ✓ non puntare né scuotere il dito gesticolando;
- ✓ non sorridere: farlo può sembrare che ci si prenda gioco del paziente, oppure può essere interpretato come una dimostrazione di ansia;
- ✓ non toccare la persona, anche se nel contesto del professionista un certo tipo di contatto fisico sia culturalmente appropriato ed usuale: infatti, la distorsione cognitiva nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso;
- ✓ non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi. Ciò comunica anche, a livello non verbale, che non si hanno armi o oggetti nascosti;
- ✓ tenere la persona lontano dal *group setting* che incoraggi e rinforzi i comportamenti provocanti/sfidanti.

2. Tecnica *Token-economy*: è una strategia basata sulla gestione delle conseguenze positive e negative. I pazienti sono invitati a riconoscere i segni di allarme e a mettere in atto da soli comportamenti di autocontrollo. Nello specifico è una tecnica che agisce attraverso la gratificazione simbolica, per giungere alla modificazione del comportamento. In un programma di token economy vanno definiti in modo preciso: a) i comportamenti adeguati da gratificare e l'entità della gratificazione a punti b) i comportamenti disadattativi da eliminare ed il corrispettivo eventuale costo della risposta c) il metodo per calcolare il punteggio (gettoni o altro) e la selezione dei premi ottenibili con l'accumulo dei punti.

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 12 di 18 |

GESTIONE DEL RISCHIO

La violenza può verificarsi sul luogo di lavoro nonostante le misure preventive messe in atto. Per questo gli operatori devono essere preparati al possibile verificarsi degli atti di violenza e devono essere cauti e vigili quando si avvicinano ai pazienti ed ai visitatori.

Di contro la struttura deve offrire al personale un ambiente che favorisca la comunicazione aperta.

Strategie comportamentali per la sicurezza dei lavoratori

- Prestare attenzione a qualsiasi indizio che possa essere associato ad un attacco imminente: ira e frustrazione espressa verbalmente, agitazione motoria, atteggiamenti corporali con gesti intimidatori. Indizi di uso alcool e droghe.
- Mantenere una condotta che aiuti ad eliminare l'ira: adottando un atteggiamento tranquillo e fermo, evitare di rispondere alle minacce con altre minacce, evitare di dare ordini e qualsiasi atteggiamento che possa essere interpretato come aggressivo (ad es. muoversi rapidamente, avvicinarsi troppo, toccare o parlare a voce alta) e riconoscere i sentimenti delle persone (ad es. dire "*so che lei si sente...*").
- Stare in allerta, trattare il paziente o il visitatore valutando sempre la possibilità che possa verificarsi un atto di aggressione.
- Evitare di rimanere soli con una persona che potrebbe essere violenta, mantenere sempre una via di fuga.
- Se la situazione non si può risolvere rapidamente, adottare queste misure: allontanarsi dalla situazione, chiamare in aiuto il personale di sicurezza, riferire qualsiasi atto di violenza secondo la presente procedura.

Di seguito un accenno delle tecniche ritenute di buona pratica:

- durante il colloquio, la stazione laterale ruotata di circa 30° rispetto all'asse del paziente offre un minore bersaglio, poiché la superficie in posizione laterale del corpo è minore rispetto alla superficie in posizione frontale; inoltre comunica una migliore disponibilità al dialogo;
- mantenere una distanza utile sia per la fuga sia per il fronteggiamento. Qualora si intuisca il pericolo, è un'efficace tattica mantenere sempre e comunque la distanza ideale, quest'ultima è tracciata dalla massima estensione delle proprie braccia in direzione del torace del paziente; per verificare e mantenere di continuo il rispetto di tale distanza, eseguire il gesto, con il palmo delle mani rivolto al paziente, nonché far seguire il gesto ad un messaggio chiaro ed efficace e con un tono di voce deciso;
- in base ai più moderni criteri di difesa personale, la frase che si ritiene oggi più efficace è "stai lontano", frase che dovrà essere ripetuta costantemente, sino a che sussistano avvicinamenti indesiderati;
- se si viene afferrati per un polso è opportuno piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell'aggressore, per indurlo a lasciare la presa;
- se si viene afferrati per i capelli stabilire il controllo sulla mano che ha afferrato per limitare i danni, abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle del paziente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di sufficiente equilibrio. La

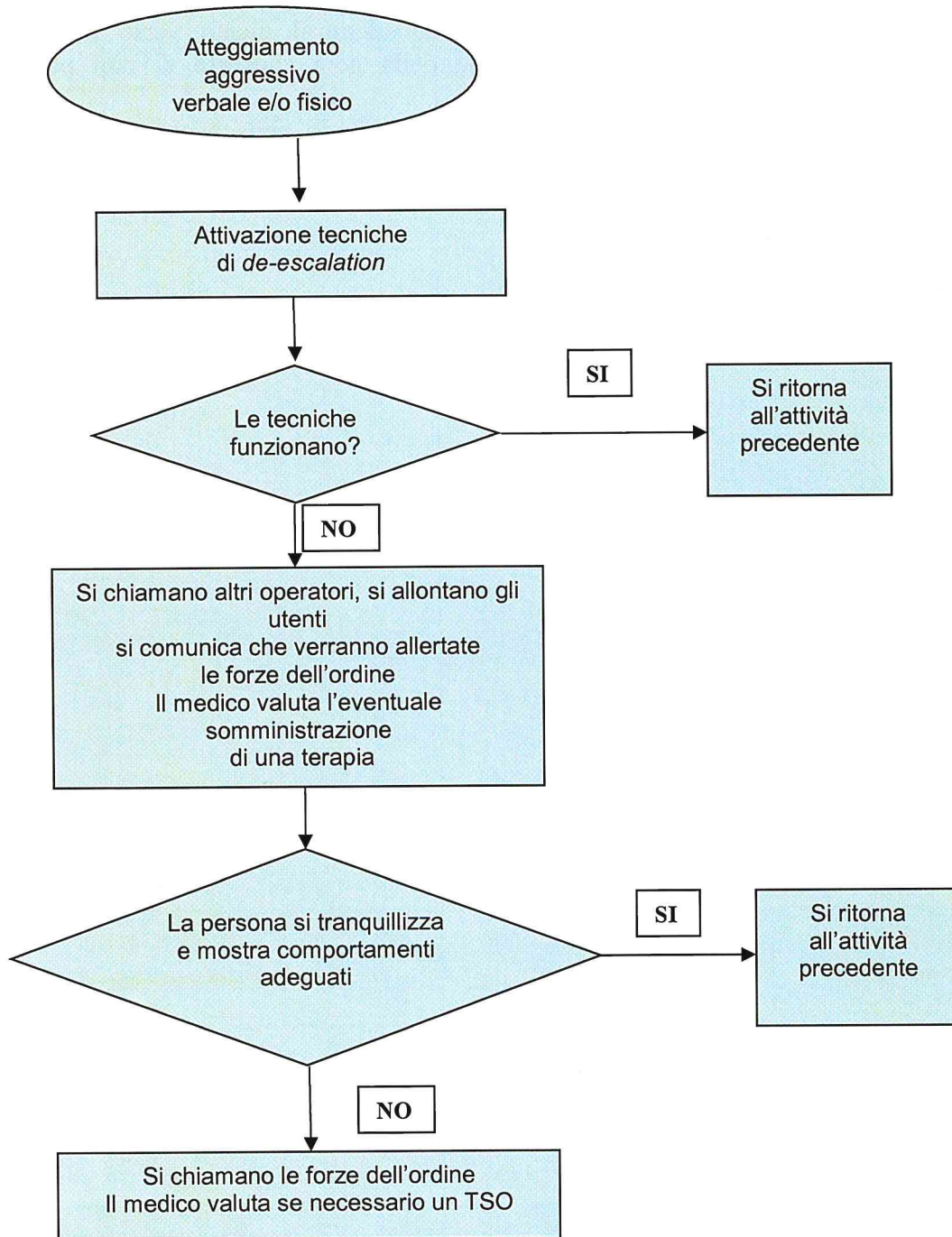
| | | | |
|--|---|----------------------|--|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 | |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 | |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 13 di 18 | |

presa per i capelli ha lo scopo di dominare l'altro, priva di stabilità l'intera persona, perciò è da ritenersi tra le più pericolose da subire;

- in caso di tentativo di strangolamento, occorre abbassare il mento verso lo sterno proteggendo così la zona critica. La protezione della gola consente di non perdere conoscenza e guadagnare tempo al fine di liberarsi;
- per i morsi è opportuno spingere la parte morsa più a fondo nella bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il proprio corpo. Successivamente aiutarsi chiudendo, se possibile, le narici dell'aggressore.

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 14 di 18 |

FLOW CHART ATTI DI VIOLENZA



| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 15 di 18 |

SEGNALAZIONE ATTI DI VIOLENZA

In seguito ad atti di violenza sia verbale che fisica è necessario compilare ed inviare il modulo aziendale per la segnalazione (allegato C).

L'Allegato C è inviato alla SOS Prevenzione Protezione per la raccolta di dati statistici e l'aggiornamento periodico della valutazione del rischio (ai sensi del D.Lgs 81/2008).

La scheda compilata da chi ha subito/segnalato l'atto, viene quindi inoltrata, a cura della SOS Prevenzione Protezione, al dirigente delegato e ai responsabili della Struttura in cui si è verificato l'episodio e al referente del Gruppo Aziendale Aggressioni, che dovrà valutare la necessità di interventi/misure generali e/o specifiche di prevenzione, compresa l'eventuale effettuazione di una RCA/Audit dell'evento.

Se la violenza su persone assistite/personale sanitario ha provocato morte o grave danno⁷ si tratta di un evento sentinella che deve essere segnalato al Ministero della Salute entro 5 giorni, pertanto si dovrà compilare la Scheda Eventi Sentinella.

Il riscontro di patologia post-traumatica con prognosi > a 40 giorni impone l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria⁸ ... "L'obbligo di comunicazione all'autorità Giudiziaria da far pervenire senza indugio se trattasi di rapporto - rif. artt. 361/362 c.p. ed entro il termine di 48 ore da quando ne ha avuto notizia o immediatamente se vi è pericolo di ritardo- se trattasi di referto- rif. art. 365 c.p.) deve avvenire in caso di infortunio mortale o che abbia causato una prognosi superiore a 30 giorni. C. P. – Art. 583. Circostanze aggravanti.

La lesione personale è **grave** [...]:

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; in caso di lesioni colpose l'azione penale è legata alla prognosi:

- prognosi che superano i 30 giorni: attivazione, per lo più ad iniziativa dell' INAIL, dell' inchiesta amministrativa della Direzione provinciale del lavoro, il cui verbale viene inviato al Pubblico Ministero;
- prognosi fino a 40 giorni: possono far scattare l'azione penale solo ad iniziativa dell'interessato; prognosi oltre i 40 giorni: l'eventuale azione penale viene promossa d'ufficio dal Pubblico Ministero".

⁷ ...si considera **grave danno** qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento evento avverso. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato: Morte Disabilità permanente Coma Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva Reintervento chirurgico Rianimazione cardio respiratoria Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO Altro Se "Altro" Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità...

⁸ L'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria da intendersi quale atto mediante il quale il pubblico ufficiale e/o, l'incaricato di pubblico servizio ed in ogni caso l'esercente una professione sanitaria rende noto all'autorità giudiziaria competente i casi, in cui ha prestato la propria assistenza od opera, che presentino le caratteristiche di delitti perseguibili d'ufficio, rientra tra le attività dovute dai professionisti sanitari così come disciplinato dagli artt. 361. 362 e 365 c.p., L'inadempimento di tale obbligo è penalmente sanzionabile.

| | | | |
|--|---|----------------------|--|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 | |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 | |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 16 di 18 | |

RACCOMANDAZIONI

Il colloquio, per qualunque operatore si trovi di fronte ad una persona aggressiva, deve avvenire in posizione di sicurezza, protettiva e non minacciosa.

Il personale deve mostrarsi gentile e non autoritario chiarendo limiti e norme comuni, nel trattare la persona aggressiva deve:

- preoccuparsi della propria sicurezza
- apparire calmo e controllato
- utilizzare un tono di voce fermo e deciso
- ascoltare il paziente quando parla
- sedersi entrambi, se possibile
- non guardarlo con fissità

Nel colloquio si deve essere attenti ai bisogni del paziente:

- comunicare disponibilità
- prestare attenzione con lo sguardo, il corpo e l'ascolto
- evitare l'uso di soprannomi ed appellativi vari
- evitare di essere disturbati, spegnere il cellulare

Qualsiasi minaccia da parte dei pazienti, anche se espressa in termini scherzosi, deve essere seriamente valutata dal personale sanitario e chiarita in empatia con il paziente.

Prevedere ed avere presente una via di fuga dall'ambiente e dal paziente.

INDICATORI

1. Esecuzione degli incontri presso le singole strutture/Dipartimenti per la diffusione della procedura con relativa raccolta firma degli operatori per presa visione (100%)
2. Esposizione dei cartelloni anti violenza nelle aree individuate (100%)
3. Corretta compilazione del modulo per la segnalazione degli atti di violenza (95%)
4. RCA successivo ad ogni atto di violenza segnalato (100%)
5. Monitoraggio annuale da parte della SOS Prevenzione Protezione dei dati statistici sulla base delle schede A raccolte verificando il trend.

ALLEGATI

- ALL A Scala BVC valutazione del rischio di violenza
- ALL B Scheda sintetica comportamenti da tenere in caso di soggetto agitato
- ALL C Modulo Aziendale per la segnalazione del caso di violenza
- ALL E La Prevenzione delle aggressioni contro gli operatori sanitari
- ALL D Cartellone contro la violenza

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 17 di 18 |

BIBLIOGRAFIA

Linee guida 2015 NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) sulla gestione del paziente aggressivo

Linee guida OSHA (*Occupational Safety Health Administration*) per la prevenzione degli episodi di violenza sul lavoro

Raccomandazione n.205 dell'ILO "Occupazione e lavoro dignitoso per la pace e la resilienza".

Raccomandazione n.8 2007 Ministero della Salute
WR Dubin, Kj Weiss: Emergency psychiatry, in Psychiatry vol.II. Lippincott, Philadelphia, 1991

Codice deontologico dell'infermiere, art.2 "Difesa della libertà e della dignità della persona"

Art. 30 Codice Deontologico dell'Infermiere Febbraio 2009. "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica e da documentate valutazioni assistenziali".

The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event.
<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh

Luca Benci, Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria, Ed. Mc Graw-Hill, 2° edizione

Atti del corso di formazione teorico e pratico, evento n.1971 "Approccio e gestione del paziente con agitazione psicomotoria", svoltosi ad Omegna il 02/02/ 2009, E.C.M. 7 organizzato dall'ASLVCO in collaborazione con il personale dell'SPDC di Borgomanero di cui tutto il personale infermieristico e OSS dell'SPDC di Verbania è stato partecipe.

Arielli, E., Scotto, G. (2003). Conflitti e mediazione: introduzione a una teoria generale. Milano: Mondadori.

Gray, B., Coleman, P.T, Putnam, L.L. (2007). Introduction. Intractable conflict: new perspectives on the causes and conditions for change. *American Behavioral Scientist*, 50(11), 1415-1429.

Fick et al (2002) Delirium superimposed on dementia: A systematic Review; *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1723-1732

Inouye et al (2006) Elucidating the pathophysiology of delirium and the interrelationship of delirium and dementia *The Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 61(12) 1277-1280

| | | |
|--|---|----------------------|
| Struttura: SOC SMT | Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA | Codice: PO 09-SMT 01 |
| Redatta da: Coordinatore DIPSA | Approvata da: Direttore ff SMT | Revisione: 00 |
| Titolo documento: Procedura per la Prevenzione e Gestione degli atti di violenza | Emesso il: 20/12/2018 | Pagina 18 di 18 |

Enmarker et al (2011) Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review; *International Journal of Older People Nursing*, 6 (2), 153-162

Morgan et al 2013 Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia; *The Gerontologist*, (53(5), 738-747

Roca et al (2016) Ensuring Staff Safety when Treating Potentially Violent Patients; *Journal of American Medical Association* 316 (24) , 2669-2670