



www.asl3.liguria.it

VERBALE N. 6
RIUNIONE COMITATO UNICO DI GARANZIA
SEDUTA DEL 12 dicembre 2016

Il giorno 12 dicembre 2016 ore 14.30, in Via Giovanni Maggio 6 presso la sala riunioni 2 piano SC Aggiornamento e Formazione si è riunito il Comitato Unico di Garanzia per discutere il seguente Ordine del Giorno:

1. Approvazione Verbale seduta precedente
2. Saluto e testimonianza della Consigliera Regionale di Parità
3. Proposte di organizzazione attività divulgative CUG
4. Varie ed eventuali.

Sono presenti i componenti indicati nella scheda allegata al presente verbale quale parte integrante e sostanziale.

Si procede al **punto 1 odg** dando lettura al verbale della precedente riunione: **Approvato**.

Si passa alla disamina del **punto 2 odg**:

la Consigliera Regionale di Parità, dott.ssa Valeria Maione, presenta l'articolata attività svolta dal proprio ufficio ed evidenzia le forti correlazioni esistenti tra le attività svolte in attinenza con le funzioni dei CUG.

Viene illustrata l'esperienza maturata durante il mandato ed auspicata la futura collaborazione tra i CUG dell'area metropolitana, in particolare in ambito sanitario.

Si procede con l'analisi del **punto 3 odg**:

Viene evidenziata la necessità di procedere alla diffusione delle attività del CUG, viene istituito un gruppo di lavoro coordinato dalla Dr.ssa Massocco con la partecipazione dei componenti Rossi e Viviano. Il gruppo ha il compito di elaborare una bozza di opuscolo informativo, da sottoporre alla preventiva approvazione del CUG, e da diffondere tra il personale dell'ASL per far conoscere le competenze del CUG, le attività proposte e le modalità di recapito dei componenti del CUG medesimo.

L'opuscolo dovrà contenere tutta la gamma di servizi aziendali a disposizione del personale (ad esempio sportello ascolto istituito presso il SPP, attività del medico competente, competenze del CUG).

Viene presentata e discussa la proposta presentata dal presidente del CUG, da sottoporre alla direzione aziendale, di istituire la figura del Consigliere/Consigliera di fiducia, già operativa in altre organizzazioni sanitarie a livello nazionale nonché a livello metropolitano genovese.

Dopo ampia discussione la proposta viene posta in votazione tra gli aventi diritto (Titolari) ed approvata a maggioranza (1 voto contrario).

Alcuni componenti del CUG precisano che, pur concordando con la proposta di istituire la figura del Consigliere/Consigliera di fiducia, il CUG è il luogo idoneo a ricevere le istanze che riguardano i casi di malessere organizzativo.

Viene proposto di procedere con una formazione comune specifica dei componenti il CUG, da effettuarsi nel 2017, anche in collaborazione con altri CUG dell'area sanitaria metropolitana, sulla normativa, sui diritti doveri, discriminazioni, parità e pari opportunità.

Si concorda altresì sulla proposta, formulata dalla sig.a Mazza, di predisporre un corso FAD sugli argomenti citati da rendere disponibile per tutti i dipendenti.

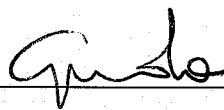
La collega PORCU porta all'attenzione del CUG i questionari (allegato 1 e allegato 2), frutto di un'attività sperimentata presso l'IRCCS S. Martino -Ist, che tuttavia verranno analizzati nella prossima seduta non essendovi tempo necessario ad un'attenta analisi degli stessi

La seduta termina alle ore 16,45.


La **prossima riunione** viene fissata per il giorno **25 gennaio 2017** alle ore 14.30 in Via Maggio 6 presso la sala riunioni (sopra ADI) della SC Aggiornamento e Formazione

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Presidente (Dr.ssa Veneranda Guida) _____



Il Segretario (Dr. Alessandro Cataldo) _____





Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Presenze del 12/12/2016

Cognome nome	Carica	Firma	Cognome nome	Carica	Firma
Bonvento Catia Maura	Titolare		Dell'Eva Anna Maria	Supplente	
Calisi Pasqualina	Titolare		Petrogalli Floriana	Supplente	
Cataldo Alessandro	Titolare - Segretario		Caocci Fabio	Supplente	
De Luca Emilio	Titolare		Maresca Marco	Supplente	
Fortunato M. Adelaide VIVIANO SILVIA	Titolare		Gambini Mirella FERRARI ANNA	Supplente	
Guida Veneranda	Titolare - Presidentessa		Depetro Giovanna	Supplente	
Lattanzi Laura	Titolare - Vice Presidentessa		Tria Giovanni	Supplente	
Massocco Natascia	Titolare		De Lucis Cristina	Supplente	
Mazza Mirella	Titolare		Porcu Lucia	Supplente	
Porcu Maria Assunta	Titolare		Schichter Nadia	Supplente	
Rossi Massimiliano	Titolare		Spiga Anna Maria	Supplente	
Solari Cecilia	Titolare		Simonetti Silvia	Supplente	
Traverso Simona	Titolare		Lazzarini Paola	Supplente	
Verna Anna	Titolare - Vice Segretaria		Emanuelli Flavia	Supplente	

QUESTIONARIO SULLA VIOLENZA FRA LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO

Lo scopo del questionario è quello di "fotografare" la situazione relativa alla violenza sul posto di lavoro, così come viene percepita e vissuta da **ciascun lavoratore dell'IRCCS**. La violenza nel posto di lavoro è definita come: **ogni aggressione fisica** (pugni, calci, morsi, sputi, schiaffi, graffi, strattoni, con o senza "armi"), **comportamento minaccioso o abuso verbale** (insulti, imprecazioni, parole- azioni fastidiose- moleste) **che si verifica nel posto di lavoro**".

Il questionario non contempla episodi di violenza messi in atto dai pazienti e/o dai loro familiari (che sono oggetto di oggetto di un altro studio); qui prendiamo in considerazione solo gli episodi di violenza che possono essersi verificati fra lavoratori/operatori di vari ambiti ospedalieri.

Il contenuto del questionario è riservato, è garantito il totale anonimato e in ogni caso non viene richiesto il nome di chi lo compila. Il questionario verrà proposto

I dati raccolti saranno analizzati da un gruppo dedicato dell'Unità di Gestione del Rischio.

Ogni questionario deve descrivere un singolo episodio di violenza. Qualora si intenda segnalare più episodi, è necessario compilare un numero corrispondente di questionari. Il totale dei questionari compilati va poi inserito in un'unica busta, sulla quale va specificato il loro numero.

Le buste devono essere inserite nelle **cassette URP dislocate negli atrii dell'IRCCS**.

DATI GENERALI DEL COMPILATORE AL MOMENTO DEL QUESTIONARIO

maschio <input type="checkbox"/>	femmina <input type="checkbox"/>	medico <input type="checkbox"/>	dirigente non medico <input type="checkbox"/>	coordinatore <input type="checkbox"/>	infermiere <input type="checkbox"/>
professionista sanitario/tecnico <input type="checkbox"/>	oss <input type="checkbox"/>	ota <input type="checkbox"/>	altro.....		
strutturato <input type="checkbox"/> non strutturato <input type="checkbox"/>					
da quanto tempo lavora presso l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San martino- IST?					
meno di 1 anno <input type="checkbox"/>		da 1 a 5anni <input type="checkbox"/>		da 6 a 15anni <input type="checkbox"/>	
				da 16 a 25anni <input type="checkbox"/>	
				da più di 25 anni <input type="checkbox"/>	
nel corso dell'anno 2015, presso questo Istituto, ha subito aggressione fisica / comportamento minaccioso o abuso verbale mentre stava lavorando?					
mai <input type="checkbox"/>		una volta <input type="checkbox"/>		tra 2 e 5 volte <input type="checkbox"/>	
				più di sei volte <input type="checkbox"/>	
				continuativamente <input type="checkbox"/>	

DESCRIZIONE (utilizzi un foglio per evento che intende segnalare)

1) che tipo di evento segnala?	aggressione fisica <input type="checkbox"/>
	comportamento minaccioso/abuso verbale <input type="checkbox"/>
2) quando si è verificato l'evento o il periodo che segnala?	mese:..... dal.....al.....
3) quanti anni aveva al momento dell'episodio?	Sotto i 20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 61-70 <input type="checkbox"/>
4) dove si è verificato l'evento? Cdc (facoltativo).....	A) nella mia abituale sede di lavoro <input type="checkbox"/>
	B) in un contesto diverso <input type="checkbox"/>
	Degenza <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Blocco Operatorio <input type="checkbox"/> Ambulatori/ Servizi Radiologia- <input type="checkbox"/> Laboratori <input type="checkbox"/> Ufficio/ Studio <input type="checkbox"/> Spazi Comuni <input type="checkbox"/> altro..... <input type="checkbox"/>
5) cosa stava eseguendo?	prestazione abituale <input type="checkbox"/> prestazione non abituale <input type="checkbox"/> consulenza <input type="checkbox"/> lavoro di ufficio/studio/ riunione <input type="checkbox"/> pausa <input type="checkbox"/>
6) in che momento della giornata?	mattina <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> notte <input type="checkbox"/>
7) ha avuto la percezione di poter essere aggredito verbalmente/ fisicamente?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

8) c'erano testimoni?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9) da chi ha subito aggressione fisica / comportamento minaccioso o abuso verbale?	superiore collega sottoposto altro dipendente.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10) l'aggressione fisica/ il comportamento minaccioso è stata messa in atto da	un singolo più persone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11) di che sesso era/ erano?	uomo donna ambedue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12) ricorda la probabile età di chi principalmente ha messo in atto l'aggressione fisica/ il comportamento minaccioso	no Sotto i 20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13) come è stata la sua immediata reazione?	nessuna paura, ansia reazione di "contenimento" dell'evento reazione di pari aggressività reazione di aggressività maggiore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14) ha cercato subito aiuto?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15) ha ricevuto subito aiuto/assistenza?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 bis) se ha risposto "si" alla domanda 15 da chi ha ricevuto aiuto/assistenza?	collegli sorveglianza interna altri presenti.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16) ha comunicato/ segnalato l'evento a qualcuno?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16 bis) se ha risposto "si" alla domanda 16, a chi ha comunicato/ segnalato l'evento?	ai suoi familiari a collegli alla Direzione Medica/ Infermieristica alle Forze dell'Ordine Servizio Prevenzione e Protezione Medicina del Lavoro U.O. Psicologia Consigliera di fiducia ad altri.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17) ha riportato dei danni fisici/ morali?	no si danno sfociato in infortunio/ malattia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 bis) se ha risposto "si" alla domanda 17 indichi che tipo di danno fisico/ morale	persistenza di angoscia, rabbia, depressione, umiliazione, vergogna danni fisici (descrivere).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18) l'evento ha condizionato la sua attività lavorativa?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 bis) se ha risposto "si" alla domanda 18 per quanto tempo la sua attività lavorativa è stata condizionata?	a breve termine a lungo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19) teme spesso di poter subire violenza/ molestie sul luogo di lavoro?	no si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20) si sente tutelato dalla Organizzazione Ospedaliera?	per nulla poco totalmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SCHEDA RILEVAZIONE COMPORAMENTI AGGRESSIVI DA PARTE PAZIENTI/ FAMILIARI/ ALTRI

Luogo.....U.O.....cdc.....
del "comportamento aggressivo" cui ha assistito

dataore.....durata episodio (min / ore).....

QUESTIONARIO OAS (OVERT AGGRESSION SCALE)

A quale tipo di comportamento aggressivo ha assistito? (possibili più risposte per lo stesso episodio)

<input type="checkbox"/> aggressività verbale	<input type="checkbox"/> sbraitava, grida <input type="checkbox"/> urla insulti personali limitati (es. sei stupido!) <input type="checkbox"/> maledice brutalmente, usa linguaggio scurrile- osceno <input type="checkbox"/> fa chiare minacce di violenza verso gli altri (es. ti ammazzo!) o verso se stesso (richiesta di aiuto a controllarsi)
<input type="checkbox"/> aggressività fisica contro oggetti	<input type="checkbox"/> sbatte la porta, butta all'aria i vestiti, crea disordine <input type="checkbox"/> getta a terra gli oggetti, prende a calci i mobili <input type="checkbox"/> rompe gli oggetti, manda in frantumi le finestre <input type="checkbox"/> appicca il fuoco, scaglia oggetti in modo pericoloso
<input type="checkbox"/> aggressività fisica contro persone	<input type="checkbox"/> fa gesti minacciosi, agita i pugni, agguanta per i vestiti <input type="checkbox"/> percuote, tira calci, spintona, tira i capelli (senza fare danno) <input type="checkbox"/> aggredisce provocando danni fisici lievi/ moderati (contusioni, distorsioni) <input type="checkbox"/> aggredisce provocando danni fisici gravi (fratture, lacerazioni)
<input type="checkbox"/> aggressività fisica auto diretta	<input type="checkbox"/> si graffia, si colpisce, si strappa i capelli (senza o solo con minime lesioni) <input type="checkbox"/> sbatte la testa, colpisce a pugni gli oggetti, si scaglia per terra o contro oggetti <input type="checkbox"/> si provoca piccoli tagli, contusioni, ustioni minori <input type="checkbox"/> si provoca mutilazioni, tagli profondi, si morde a sangue, si provoca danni interni (fratture, perdita di coscienza, perdita di denti)

Da chi è stato attuato il comportamento aggressivo? (uno o più):

paziente	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
familiare	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
presenti	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
indicare "a che titolo"/ruolo.....										
presenti	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
indicare "a che titolo"/ruolo.....										

Chi sono state "vittime" del comportamento aggressivo che sta descrivendo? (uno o più):

pz stesso	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
familiare	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
medico	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
medico	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
C.i.	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
infermiere	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
infermiere	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
infermiere	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
OSS	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
sanitario	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
= Tecnico <input type="checkbox"/> , Biologo <input type="checkbox"/> , Assistente Sociale <input type="checkbox"/> , Fisioterapista <input type="checkbox"/> , Ostetrico <input type="checkbox"/> , Psicologo <input type="checkbox"/> , altro.....										
sanitario	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
= Tecnico <input type="checkbox"/> , Biologo <input type="checkbox"/> , Assistente Sociale <input type="checkbox"/> , Fisioterapista <input type="checkbox"/> , Ostetrico <input type="checkbox"/> , Psicologo <input type="checkbox"/> , altro.....										
altri	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
*indicare ruolo.....										
altri	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	19 aa o meno <input type="checkbox"/>	20-29 aa <input type="checkbox"/>	30-39 aa <input type="checkbox"/>	40-49 aa <input type="checkbox"/>	50-59 aa <input type="checkbox"/>	60-69 aa <input type="checkbox"/>	70 aa o più <input type="checkbox"/>
*indicare ruolo.....										

Questionario compilato da Medico Coordinatore Infermiere Professionista Sanitario Oss
Età: 29 anni o meno 30-39 anni 40-49 anni 50-59 anni 60 anni o più Sesso: M F

L'UNITÀ DI GESTIONE RISCHIO CLINICO -UGR in relazione alla Raccomandazione Ministero n. 8 "Prevenzione degli atti di violenza a carico degli operatori" ha elaborato con il gruppo di lavoro UO Servizio di Prevenzione e Protezione, UO Gestione del Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP, UO Medicina del Lavoro, UO Psichiatria, UO Psicologia Clinica e Psicoterapia, UO Direzione e Gestione delle Professioni Sanitarie, UO Formazione e Aggiornamento il Progetto di Miglioramento per l'anno 2015-2016 :

"Violenze da esterni: analisi del fenomeno mediante distribuzione della Scheda OAS ad un gruppo di Unità Operative prescelte e sua rielaborazione"

SIGNIFICATO DEL RILEVAMENTO:

- Accertare in IRCCS il numero di eventi aggressivi rivolti ai Sanitari da parte di pazienti, familiari, altri ("altri"= accompagnatori, amici, parenti di altri pazienti ecc.)
- Accertare la frequenza degli episodi di aggressività in tutti **Reparti** per qualsiasi tipologia di ricovero / assistenza in un periodo di osservazione di un anno 1 gennaio 2015- 31 dicembre 2015.
- Accertare l'"intensità" degli episodi tramite utilizzo di questionario internazionale " *Overt Aggression Scale - OAS* " (Yudofsky et al., 1986) che descrive il crescendo dell'aggressività verbale, fisica contro oggetti, fisica contro persone, fisica autodiretta, con quattro sottogruppi ciascuna.
- Motivare l'eventuale necessità di modifiche (strutturali, organizzative ecc.) all'interno dell'IRCCS, e permettere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.

DISPONIBILITÀ delle Schede di Rilevazione Comportamenti Aggressivi:

- richiedere a **Magazzino Stampati** sulla **Intranet** aziendale: **codice 85418**

AZIONI

- Informazione a tutti gli Operatori della Unità Operativa da parte dei Direttori, Coordinatori e Raq.
- messa a disposizione nei Reparti da parte del C.I. della "Scheda di Rilevamento Comportamenti Aggressivi" per la compilazione puntuale.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE COMPORTAMENTI AGGRESSIVI:

La scheda di rilevazione può essere compilata da qualsiasi figura professionale che abbia subito il comportamento aggressivo o che abbia semplicemente assistito all'episodio stesso.

La compilazione della scheda di rilevamento, nel caso più operatori fossero presenti/ vittime, deve essere effettuata comunque da UN SOLO OPERATORE, in accordo con gli altri, in modo da ottenere il numero corretto di episodi di aggressività accaduti.

Dalla dettagliata compilazione della scheda sarà possibile ottenere comunque dati multipli e circostanziati: i dati raccolti verranno rielaborati dal Gruppo di Lavoro, tramite software dedicato.

Dati da compilare nella Scheda:

- **Luogo:** indicare in quale luogo è avvenuto il comportamento aggressivo (es. stanza del pz., sala d'attesa, ambulatorio, corridoio ... ecc.)
- **U.O.:** indicare la denominazione della Unità operativa in cui si è assistito o subito comportamento aggressivo.
- **Data e ora:** indicare in particolare, anche se approssimativamente, la **durata** dell'episodio di aggressività.
- **Scala OAS:** barrare le caselle corrispondenti ai tipi di aggressività osservata/ subita. Possono essere barrate più caselle nei vari sottogruppi.
- **Autore/autori** del comportamento aggressivo (paziente/ familiari/altri presenti): barrare la corrispondente casella circa il sesso e l'età approssimativa; alla voce "presenti", se riconosciuto, indicare il ruolo o motivo della presenza (es. amico, accompagnatore di altro paziente ecc.). Possono essere indicati più autori contemporaneamente.
- **Vittima/ vittime** del comportamento aggressivo (paziente stesso, familiare, operatore nella sua qualifica specifica): barrare per ciascuno la corrispondente casella circa la qualifica, il sesso e l'età approssimativa.
- **Compilatore del Questionario** con relativa qualifica, età, sesso. La firma è facoltativa.

INVIO DELLE SCHEDE COMPILATE

- Invio in busta chiusa a: **U.O. Gestione Rischio Clinico Qualità Accreditamento e URP Padiglione B 2° Piano**
- Frequenza dell'invio: contestualmente a episodio /settimanalmente/mensilmente.