



## Piano Mirato di Prevenzione

### “Stress correlato al lavoro”

#### Rischio aggressione verso gli operatori sanitari

#### SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE

##### NOTE PER LA COMPILAZIONE:

La presente check list si compone di due parti:

🕒 PARTE ANAGRAFICA : da compilare e restituire al Servizio SPRESAL di riferimento

🕒 PARTE DI AUTOVALUTAZIONE : da compilare in autovalutazione da parte della struttura; questa parte di scheda deve essere tenuta **UNICAMENTE** dall’azienda e **NON DEVE ESSERE RESTITUITA AL SERVIZIO SPRESAL** di riferimento.

La **PARTE ANAGRAFICA** dovrà essere restituita entro il \_\_\_\_\_ a mezzo mail all’indirizzo \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DA RESTITUIRE ALLO SPRESAL ASL.....**

**PARTE ANAGRAFICA**

**1 INFORMAZIONI GENERALI**

Ragione sociale:.....

Codice fiscale/partita IVA: .....

Indirizzo sede legale .....

tel.:..... fax:..... mail:.....

Indirizzo sede operativa: .....

tel.:..... fax:..... mail:.....

Tipo di attività: .....

.....

.....

.....

Datore di lavoro:.....

tel.:..... fax:..... mail:.....

---

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:.....

tel.:..... fax:..... mail:.....

---

Medico competente:.....

tel.: ..... fax: ..... mail: .....

---

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza/RLST:.....

tel.: ..... fax: ..... mail: .....

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza/RLST:.....

tel.: ..... fax: ..... mail: .....

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza/RLST:.....

tel.: ..... fax: ..... mail: .....

---

Organico complessivo : n° ..... di cui:



**CONCLUSIONI**

**Ritiene che siano state utili le informazioni contenute nei documenti forniti?**

MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NIENTE

**In quali ambiti questo Piano Mirato ha migliorato la gestione del rischio aggressione?**

- Revisione / aggiornamento del DVR  SI  NO

- Applicazione / miglioramento delle misure organizzative  SI  NO

Se SI come?

---

---

---

- Miglioramento dell’Ambiente Lavoro  SI  NO

Se SI come?

---

---

---

- Miglioramento dell’Ambiente Utenza  SI  NO

Se SI come?

---

---

---

- Implementazione dell’Area “Cultura organizzativa”  SI  NO

Se SI come?

---

---

---

- È stato implementato il supporto psicologico personale e di gruppo?

Se SI come?

---

---

---

- Introduzione di attività di formazione specifica  SI  NO

- Revisione della Sorveglianza sanitaria  SI  NO

Se SI come?

---

---

---

**Altro (specificare):**

---

---

---

---

---

---

---

---



## PARTE DI AUTOVALUTAZIONE

La scheda di autovalutazione nasce dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, all'interno del Programma Predefinito PP08 "Piano mirato di prevenzione dal rischio stress lavoro correlato ". La creazione della scheda e la sua compilazione rientra nell'attuazione delle attività di Assistenza svolte dal Dipartimento della Prevenzione.

### 1 STRUTTURE DI PREVENZIONE

#### Prevenzione e protezione

È nominato un RSPP?  SI  NO  DATORE DI LAVORO

Se nominato, RSPP è:

Addetto interno:

a tempo pieno

a tempo parziale, ore/mese .....

altra funzione .....

Addetto esterno:

società di consulenza .....

libero professionista .....

Ore/anno ..... n. accessi/anno .....

Sono presenti addetti SPP:  SI, n.....  NO

I requisiti formativi del RSPP sono soddisfatti:  SI  NO

#### Medico competente

Nomina medico competente:  SI  NO  NON NECESSARIO



Se nominato è:

Interno;

Esterno:

società di consulenza .....

libero professionista .....

Ore/anno ..... n. accessi/anno .....

(escluse le ore dedicate all'attività sanitaria)

### **Rappresentante lavoratori per la sicurezza**

Rappresentanti Lavoratori Sicurezza designato/i:  SI  NO

Se designato/i è/sono:

Interno/i, n. ....

Esterno/i: RLS territoriale/i, n. ....

Corso di formazione a RLS:  SI  NO

Data ultimo aggiornamento .....

Il datore di lavoro ha consegnato o messo a disposizione il documento di valutazione dei rischi qualora l'RLS lo abbia formalmente richiesto:  SI  NO

### **Addetti ai compiti speciali**

Addetti designati a compiti speciali:  SI  NO  SOLO DATORE DI LAVORO

n. totale lavoratori designati .....

addetti antincendio/emergenza n. ....

È prevista la loro presenza in ogni turno:  SI  NO  NON NECESSARIO

Corso di formazione:  SI  NO

Anno dell'ultimo corso di aggiornamento per addetti antincendio/emergenza .....

Vengono effettuate le prove di evacuazione per emergenza:  SI  NO

Con quale periodicità ..... data ultima esercitazione: .....

addetti primo soccorso n. ....

È prevista la loro presenza in ogni turno:  SI  NO  NON NECESSARIO

Corso di formazione:  SI  NO

Anno dell'ultimo corso di aggiornamento per addetti primo soccorso.....

altri addetti a compiti speciali (specificare)\_\_\_\_\_ n. ....

<b>2 DOMANDE DI CONTESTO</b>	
<b>Documento di valutazione dei rischi (D.V.R.) *</b>	
Il datore di lavoro ha redatto il documento di valutazione dei rischi (D.V.R.) con i contenuti previsti dall'art. 28 co. 2 del D. Lgs. 81/2008?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ultimo anno di compilazione_____
Nell'ambito della valutazione di tutti i rischi sono stati valutati i rischi collegati allo stress lavoro-correlati in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 28 c. 1 del D.Lgs 81/08?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nell'ambito dello Stress lavoro-correlato, sono stati valutati anche i rischi di aggressione sul luogo di lavoro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>3 VALUTAZIONE DEI RISCHI SPECIFICI DI AGGRESSIONE</b>	
La valutazione dei rischi di aggressione sul luogo di lavoro è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni della Raccomandazione n. 8/2007 del Ministro della Salute?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono previste modalità di registrazione degli episodi di aggressione a danno degli operatori sanitari? Se sì, quali_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È definita la tipologia degli episodi di aggressione a danno degli operatori sanitari da registrare? Se sì, quale_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È prevista una procedura di denuncia degli episodi di aggressione a danno degli operatori sanitari? Se sì, quale_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È prevista una procedura di presa in carico legale degli episodi di aggressione a danno degli operatori sanitari? Se sì, quale_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È previsto il coordinamento con le Forze dell'Ordine in caso di aggressioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È prevista l'analisi degli episodi di violenza segnalati? Se sì, come_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### 4 IDENTIFICAZIONE DEGLI EPISODI DI AGGRESSIONE

Indica per ciascun episodio di aggressione registrato nell'arco degli ultimi 12 mesi le seguenti informazioni:

##### Trigrammi ruoli vittime:

- PME = Personale Medico
- PIN = Personale infermieristico
- PSD = Professioni Tecniche Sanitarie Diagnostiche
- PSA = Professioni Tecniche Sanitarie Assistenziali
- PSR = Professioni Sanitarie della Riabilitazione
- OTA = Operatori Tecnico Assistenziali
- PTP = Personale Tecnico della Prevenzione
- OSS = Personale Tecnico di Supporto
- PAM = Personale Amministrativo

##### Trigrammi tipologia aggressori:

- PAZ = Paziente
- FAM = Familiare
- TER = Terzo soggetto

##### Tipologia aggressione:

- Fisica (spintoni, sputi, pugni, spinte, colluttazioni)
- Con arma (da fuoco, coltello, oggetto contundente)
- Verbale (minacce, insulti, abuso verbale)
- Stalking
- Sexual Harassment
- Furto di oggetti
- Distruzione di beni
- Altro specificare: \_\_\_\_\_

\*se il numero di episodi di aggressione è superiore alle tabelle presenti nelle pagine successive, si consiglia di duplicare la seguente pagina per facilitarne la registrazione.

Episodio n \_\_\_\_\_

Luogo inizio aggressione \_\_\_\_\_

Tipologia aggressione: \_\_\_\_\_

##### Dati vittima/e

- Ruolo: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Ruolo: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Ruolo: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Ruolo: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Ruolo: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_

##### Dati aggressore/i

- Tipologia: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Tipologia: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Tipologia: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Tipologia: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_
- Tipologia: \_\_\_\_\_ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: \_\_\_\_\_

<b>Episodio n</b> _____ <b>Luogo inizio aggressione</b> _____ <b>Tipologia aggressione:</b> _____	
<b>Dati vittima/e</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>	<b>Dati aggressore/i</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>

<b>Episodio n</b> _____ <b>Luogo inizio aggressione</b> _____ <b>Tipologia aggressione:</b> _____	
<b>Dati vittima/e</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>	<b>Dati aggressore/i</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>

<b>Episodio n</b> _____ <b>Luogo inizio aggressione</b> _____ <b>Tipologia aggressione:</b> _____	
<b>Dati vittima/e</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>	<b>Dati aggressore/i</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> <li>• Tipologia: _____ genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li><li>• Ruolo: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipologia: _____ Genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li><li>• Tipologia: _____ genere: M / F/ Non Rilevato Età: _____</li></ul>
---	---

<b>6 MISURE DI PREVENZIONE e PROTEZIONE ATTUATE*</b>								
<i>*la descrizione delle misure di prevenzione e protezione è contenuta nel documento Rischio aggressione verso gli operatori sanitari - GUIDA ALLE IMPRESE</i>								
<b>6.a) AMBIENTE DI LAVORO</b>								
<i>A tutela dell'incolumità dell'operatore, l'ambiente di lavoro presenta:</i>								
Inserisci i seguenti simboli per indicare: ✓ = Presenza della misura di prevenzione, NA = Non Applicabile.								
	CUP	Accoglienza	Triage	Pronto Soccorso	118	Reparti di degenza	Sale d'attesa	Ambulatori
Serrature								
Divisori tra operatore e paziente/utente								
Divisori tra operatore e paziente/utente che permettano di sentire in modo adeguato le richieste								
Illuminazione adeguata								
Installazione di telecamere a circuito chiuso								
Sistemi d'allarme								
Reception desk								
Uscite di sicurezza								
Ingressi con codici di accesso								
Eliminazione delle aree senza uscite								
Limitazione degli oggetti utilizzabili come strumenti di aggressione								
Presenza di sportelli automatici con garanzie di riservatezza se del caso								

Presenza di un protocollo di emergenza in caso di aggressioni (es. pulsante/segnali convenzionali)								
Disposizione della stanza/locali in modo da garantire possibilità di fuga da parte dell'operatore								

### 6.b) AMBIENTE UTENZA

A tutela dell'incolumità dell'operatore, l'ambiente utenza presenta le seguenti caratteristiche:

Inserisci i seguenti simboli per indicare: ✓ = Presenza della misura di prevenzione, NA = Non Applicabile.

	CUP	Accoglienza	Triage	Pronto Soccorso	118	Reparti di degenza	Sale d'attesa	Ambulatori
Ambiente di attesa confortevole (posti a sedere sufficienti, arredamento confortevole e accogliente)								
Cartellonistica e indicazioni precise su dove recarsi per appuntamenti e visite								
Cartellonistica di informazione riguardo lo stato di avanzamento del proprio turno								
Cartellonistica e informazioni in diverse lingue								
Presenza di un mediatore culturale in caso di necessità								
Presenza di sistemi che gestiscono le code in modo ordinato								
Presenza di un servizio ad hoc di accoglienza e di informazione all'utenza								
Diversificazione di accesso ai reparti								

### 6.c) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

A tutela dell'incolumità dell'operatore, l'organizzazione del lavoro prevede:

Una chiara definizione dei compiti lavorativi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---



Turni di lavoro che non prevedono straordinari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Turni di lavoro che prevedono sempre la presenza di almeno due operatori sul luogo di lavoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Turni di lavoro che prevedono una numerosità di personale in reparto adeguata al fabbisogno del reparto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Un sistema di comunicazione interna adeguata per informare di casi di aggressione gli altri lavoratori e per evitare che si diffondano voci infondate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pause durante l'orario di lavoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>6.d) COMPORTAMENTI DI CITTADINANZA ORGANIZZATIVA – CULTURA ORGANIZZATIVA</b>	
È prevista una condivisione a livello individuale e di équipe di lavoro del rischio da aggressione? Se sì, in che modo avviene la condivisione? _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono previsti incontri di supervisione delle équipe di lavoro a seguito di un episodio di aggressione che ha colpito un componente del gruppo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'équipe di lavoro sostiene le vittime di aggressione supportando e arginando il malessere e lo stress?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il diretto responsabile della vittima di aggressione supporta il singolo e l'équipe di lavoro a seguito di un episodio di aggressività?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>6.e) SUPPORTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE E DI GRUPPO</b>	
È previsto (in sede o per convenzione esterna) un servizio di supporto psicologico per sostenere le vittime di aggressione?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
È previsto un servizio di counseling psicologico rivolto a tutti i dipendenti dell'azienda?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sono previsti interventi mirati a seguito di un'aggressione? Se sì, quali? Defusing (azione nelle prime ore successive all'evento di aggressione volta a disinnescarne la portata emotiva)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Debriefing (interventi psicologici strutturati per il contenimento dello stress a seguito dell'evento di aggressione)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Altro (specificare) _____	
È previsto un sostegno alla vittima per il disbrigo delle formalità amministrative e giuridiche (denuncia, azioni legali, ecc.)?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
È previsto un supporto dell'équipe di lavoro a seguito di un episodio di aggressione a danno di un componente del gruppo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sono previsti corsi di formazione su tecniche di gestione dello stress ? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sono previsti corsi di formazione su tecniche di de-escalation e comunicazione efficace? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Sono previsti corsi di formazione per la gestione del trauma vicario? Se sì, quali? _____	
Sono previsti corsi di formazione di difesa personale?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

<b>7 SORVEGLIANZA SANITARIA</b>	
È previsto un protocollo sanitario specifico rivolto a tutto il personale per la valutazione dell' idoneità alla mansione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Le visite mediche preventive, periodiche, ecc. sono effettuate in conformità all' art. 41 del D. Lgs. 81/08? Specificare ogni quanto _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È previsto il coinvolgimento di uno psicologico (con preferenza psicologo del lavoro) per la valutazione SLC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'aggiornamento del DVR SLC avviene regolarmente con la presa in carico delle criticità emerse?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È prevista una valutazione specifica dell' idoneità alla mansione in riferimento al rischio aggressione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<b>8 EPISODI AGGRESSIONE PERSONALE INTERNO</b>
Indicare il numero di episodi di aggressione perpetrati dal personale interno negli ultimi 12 mesi, specificando il ruolo dell'aggressore e il ruolo della vittima, indicare altresì se l'aggressione è stata rivolta a un singolo o al gruppo di lavoro:
Episodio 1
Ruolo dell'aggressore _____ Ruolo della/e vittima/e _____ Aggressione rivolta <input type="checkbox"/> al singolo <input type="checkbox"/> al gruppo di lavoro
Totale episodi con queste tipologie di ruoli _____
Episodio 2
Ruolo dell'aggressore _____ Ruolo della/e vittima/e _____ Aggressione rivolta <input type="checkbox"/> al singolo <input type="checkbox"/> al gruppo di lavoro
Totale episodi con queste tipologie di ruoli _____
Episodio 3

Ruolo dell'aggressore \_\_\_\_\_ Ruolo della/e vittima/e \_\_\_\_\_ Aggressione rivolta  al singolo  al gruppo di lavoro  
Totale episodi con queste tipologie di ruoli \_\_\_\_\_

Episodio 4

Ruolo dell'aggressore \_\_\_\_\_ Ruolo della/e vittima/e \_\_\_\_\_ Aggressione rivolta  al singolo  al gruppo di lavoro  
Totale episodi con queste tipologie di ruoli \_\_\_\_\_

Episodio 5

Ruolo dell'aggressore \_\_\_\_\_ Ruolo della/e vittima/e \_\_\_\_\_ Aggressione rivolta  al singolo  al gruppo di lavoro  
Totale episodi con queste tipologie di ruoli \_\_\_\_\_

Episodio 6

Ruolo dell'aggressore \_\_\_\_\_ Ruolo della/e vittima/e \_\_\_\_\_ Aggressione rivolta  al singolo  al gruppo di lavoro  
Totale episodi con queste tipologie di ruoli \_\_\_\_\_

Episodio x

...

**Altre misure adottate:**

---

---

---

---

**Si ricorda di compilare il questionario in tutte le sue parti**

Data

.....

Firma

.....