



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Violenza sul personale infermieristico in area critica:
un'analisi comparativa della regione Marche

Workplace violence against nurses in critical care settings:
a comparative analysis of the Marche region

Relatore:

Dott. Cotichelli Giordano PhD

Tesi di Laurea di:

Grassi Camilla

Correlatore:

Dott. Palumbo Pasquale

A.A. 2024/2025

A tutti gli infermieri che hanno subito ogni forma di violenza,
che il vostro coraggio, impegno e dedizione infiniti,
siano riconosciuti e rispettati come esempio di vera umanità.

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	1
1. IL PRONTO SOCCORSO.....	2
1.1 Il Triage.....	3
1.1.1 L'infermiere triagista.....	4
1.1.2 Il codice di priorità e il processo decisionale.....	5
1.2 La violenza in Pronto Soccorso.....	9
1.2.1 Fattori di rischio.....	10
1.2.2 I dati della regione Marche.....	12
1.2.3 Le conseguenze della violenza.....	13
1.2.4 La tutela degli operatori sanitari.....	15
2. OBIETTIVO.....	17
3. MATERIALE E METODI.....	18
3.1 L'analisi comparativa.....	21
4. RISULTATI.....	23
4.1 AST Ancona.....	24
4.1.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione.....	24
4.1.2 Caratteristiche della violenza.....	25
4.1.3 Gestione della violenza.....	27
4.1.4 Impatto emotivo e professionale.....	31

4.2 AST Pesaro-Urbino.....	33
4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione.....	33
4.2.2 Caratteristiche della violenza.....	34
4.2.3 Gestione della violenza.....	36
4.2.4 Impatto emotivo e professionale.....	40
5. DISCUSSIONE.....	42
6. CONCLUSIONI.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	54
SITOGRAFIA.....	56
APPENDICE A – QUESTIONARIO	
ALLEGATI GENERICI – AUTORIZZAZIONI	

ABSTRACT

Introduzione: Il seguente studio pone l'attenzione sull'analisi del fenomeno della violenza diretta al personale infermieristico all'interno del reparto di Pronto Soccorso. L'analisi verterà principalmente sulle caratteristiche degli episodi violenti, le aree del Pronto Soccorso maggiormente esposte, chi sono gli autori e quali sono le conseguenze emotive e professionali.

Obiettivo: Il fine di questo studio è quello di conoscere il quadro – parziale – dei fenomeni di violenza contro gli operatori sanitari, tramite il confronto di dati disponibili risalenti all'anno 2022 con quelli del 2025, per i Pronto Soccorso di Pesaro e Fano (AST Pesaro-Urbino) e del Pronto Soccorso di Senigallia per l'AST di Ancona.

Materiali e metodi: La parte della revisione della letteratura è stata condotta secondo la metodologia PICOM, gli articoli sono stati estrapolati dalla piattaforma PubMed con una sola stringa di ricerca. Per l'analisi comparativa è stato somministrato il medesimo questionario di un'indagine condotta nel 2022, previa autorizzazione da parte dell'autore e Aziende Sanitarie Territoriali.

Risultati: Il triage rappresenta quell'area del Pronto Soccorso più a rischio di minacce verbali e/o aggressioni fisiche. I pazienti sono i principali autori di questi episodi, in alcuni casi gli eventi sono stati associati anche ai propri familiari e/o accompagnatori.

Discussione: La violenza presenta diversi fattori di rischio come: pazienti, familiari e/o accompagnatori con stato emotivo alterato, sovraffollamento e stress del personale sanitario. Nel biennio di riferimento il triage si conferma come il luogo principale dove accadono episodi violenti; essendo il primo punto di riferimento per coloro che arrivano in Pronto Soccorso, durante il fenomeno del sovraffollamento per i pazienti è più facile accanirsi contro gli infermieri triagisti, perché è la prima figura con cui si interfacciano.

Conclusioni: La violenza in Pronto Soccorso è un fenomeno persistente sebbene non siano stati osservati miglioramenti o peggioramenti significativi. Le conseguenze che comporta al personale infermieristico sono importanti perché a lungo andare possono portare ad un abbandono della professione, anche se negli anni 2022-2025 il rischio non è significativo, ma ciò non esclude una possibilità futura nel caso in cui non si fornisca un supporto adeguato al personale.

Parole chiave: Infermieri, Pronto Soccorso, triage, violenza, burnout.

ABSTRACT

Introduction: This study examines the phenomenon of violence toward nurses in the Emergency Department. The analysis focused on the characteristics of violent incidents, the Emergency Department areas most exposed to violence, the perpetrators, and the emotional and professional consequences experienced by nurses.

Objective: The aim of this study is to provide a partial overview of violence against healthcare professionals by comparing available data from 2022 with those collected from 2025 in the Emergency Departments of Pesaro and Fano (AST Pesaro-Urbino) and the Emergency Department of Senigallia (AST Ancona).

Materials and Methods: The literature review was conducted by using the PICOM methodology, and articles were retrieved from the PubMed database using a single search string. For the comparative analysis, the same questionnaire used in a 2022 survey was administered, with prior authorization from the original author and the Territorial Health Authorities.

Results: Triage represents the area of the Emergency Department most at risk for verbal threats and/or physical assaults. Patients are the main perpetrators of these incidents; in some cases, the events were also associated with patients' relatives and/or companions.

Discussion: Violence in the Emergency Department depends on several risk factors: patients, relatives and/or companions emotionally distressed, overcrowding, and stress among nurses. During the two-year reference period, triage was confirmed as the primary location where violent episodes occur. As the first point of contact for individuals arriving at the Emergency Department, triage nurses are more likely to become targets of aggression, particularly during overcrowding situations.

Conclusions: Violence in the Emergency Department remains a persistent phenomenon, although no significant improvements or worsening were observed. The consequences for nurses are important, especially as prolonged exposure may lead to leaving the profession. Although the risk does not appear significant during the 2022–2025 period, this does not exclude the possibility of future increases if adequate support is not provided to healthcare personnel.

Keywords: Nurses, Emergency Department, triage, violence, burnout.

INTRODUZIONE

La violenza contro gli operatori sanitari sta diventando sempre più un fenomeno rilevante, riconosciuta dal Ministero della Salute come un evento sentinella per le conseguenze che essa provoca nei confronti di chi la subisce. All'interno dei diversi setting assistenziali in cui si sono verificati questi episodi, il Pronto Soccorso risulta essere quello più vulnerabile con un numero più alto di casi rispetto agli altri reparti ospedalieri, poiché all'interno di esso sono presenti delle criticità che riguardano il personale e l'ambiente operativo come: il sovraffollamento, le lunghe attese e la carenza di personale.

Gli infermieri che lavorano nel contesto emergenza-urgenza risultano essere la categoria maggiormente esposta a comportamenti intimidatori, alla violenza verbale e fisica, sia perché è una figura presente costantemente nel processo di cura del paziente sia perché all'interno del Pronto Soccorso, in riferimento all'infermiere triagista, rappresenta il primo punto di riferimento per i pazienti, familiari ed accompagnatori quando fanno ingresso in Pronto Soccorso. I soggetti citati pocanzi, in condizioni di lunghe attese o sovraffollamento, possono diventare suscettibili a sentimenti di frustrazione e stress che potrebbero portarli alla perdita del controllo della situazione.

L'esposizione frequente a questi tipi di comportamenti ha degli effetti significativi sia sul piano individuale del personale infermieristico, come l'incremento dello stress correlato al lavoro, burnout e turnover, sia sulla qualità e sicurezza delle cure erogate. Il seguente elaborato propone inizialmente un inquadramento generale sul reparto di Pronto Soccorso e sul triage; successivamente l'analisi verterà sul contesto della violenza all'interno del Pronto Soccorso con approfondimenti in merito alle caratteristiche della violenza, esposizione degli infermieri a questi episodi, presenza di eventuali misure protettive, provvedimenti adottati dai soggetti colpiti, risvolti emotivi e professionali.

1. IL PRONTO SOCCORSO

L'unità operativa di Pronto Soccorso ha l'obiettivo di accettare, stabilizzare, far diagnosi e trattare ogni paziente in condizioni di emergenza/urgenza; quindi, non è un reparto destinato all'approfondimento di condizioni cliniche non urgenti o croniche (OPI, 2017). Gli interventi di Pronto Soccorso sono indirizzati ad eventi o traumi acuti che non possono essere risolti dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di libera scelta, dalla Guardia medica o dagli ambulatori specialistici (AST Pesaro e Urbino, 2025). Da un punto di vista strutturale, il Pronto Soccorso è suddiviso in "aree" operative che sono: la sala d'attesa, il pre-triage, il triage, le sale visite, la sala emergenza, l'area boarding e l'osservazione breve intensiva.

La sala d'attesa è quel luogo in cui i pazienti attendono il loro turno per essere visitati o effettuare esami diagnostici; il pre-triage è uno spazio situato adiacente al triage, qui vi accedono i pazienti che arrivano in Pronto Soccorso con le ambulanze oppure quei pazienti a cui è necessario eseguire protocolli specifici; il triage invece, è il luogo in cui avviene una prima valutazione del paziente dall'infermiere triagista; l'area boarding è uno spazio del Pronto Soccorso dedicato ai presenti pazienti in attesa di ricovero in altri reparti di degenza. L'osservazione breve intensiva è un piccolo reparto appartenente al Pronto Soccorso destinato a pazienti che necessitano di un monitoraggio continuo ed approfondimenti delle condizioni cliniche; i tempi di stazionamento variano da un minimo di 6 ore (dall'ingresso in OBI) fino ad un massimo di 44 ore (dall'inizio della presa in carico al triage); successivamente i pazienti avranno la possibilità di essere messi al proprio domicilio, oppure trasferiti in un altro reparto (Deliberazione della Giunta Regionale delle Marche n.1707, 2023).

Invece, per quanto riguarda l'iter diagnostico di Pronto Soccorso questo ha inizio nel momento in cui il paziente viene valutato in triage, con successiva assegnazione del codice di priorità; per tutti quei pazienti che presentano problematiche specifiche in

triage, ad esempio dolore toracico, dispnea e dolore addominale, sono previsti dei protocolli specifici che prevedono indagini diagnostiche e prelievi ematici; mentre chi presenta una sintomatologia dolorosa all'accettazione in triage, l'infermiere triagista può somministrare analgesici attenendosi sempre al protocollo del trattamento del dolore in triage. Al momento della visita il medico di Pronto Soccorso effettua una valutazione clinica del caso e, qualora lo ritenga necessario, può fare degli approfondimenti attraverso la prescrizione di esami diagnostici come, ad esempio, radiografie e prelievi ematici; nei casi più particolari il medico può avvalersi di un consulto di uno specialista per approfondire il caso clinico del paziente.

1.1 Il Triage

Il termine Triage deriva dal francese “Trier” che significa “scegliere”. In origine non nacque per gestire il sovraffollamento del Pronto Soccorso ma veniva utilizzato nel sistema extraospedaliero (Gruppo Formazione Triage, 2015). Solo quando si sono verificate criticità come: l'insorgenza dei nuovi bisogni assistenziali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del numero di pazienti complessi, il sovraffollamento e lo stazionamento (oltre il periodo previsto) dei pazienti in attesa di ricovero all'interno del Pronto Soccorso (Ministero della Salute, 2019), fu introdotto il sistema di Triage intraospedaliero.

La definizione di Triage è riportata nel documento: “*Atto di Intesa Stato Regione*” del 17 maggio 1996 che lo definisce come: “ il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento” (Ministero della Salute, 1996). In altre parole, è una funzione infermieristica diretta a identificare le priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo (Ministero della Salute, 2019).

Gli obiettivi del triage ospedaliero sono volti a prendere in carico tutte quelle persone che accedono al Pronto Soccorso, attribuendo la priorità di accesso alle cure urgenti; identificare e trattare le patologie tempo-dipendenti; al monitoraggio, tramite apposite scale o strumenti, dei pazienti in attesa di essere visitati dal medico modificando o confermando il codice attribuito sulla base delle risorse, del contesto e necessità; infine, fornire informazioni a carattere sanitario ai pazienti stessi e ai propri familiari (Ministero

della Salute, 2019). È importante sottolineare che il Triage non riduce i tempi d'attesa dei pazienti ma ha la sola ed esclusiva funzione di ridistribuirli sulla base delle loro condizioni cliniche (Ministero della Salute, 2013).

1.1.1 L'infermiere triagista

L'infermiere triagista è una figura specializzata nell'attività di triage, infatti per svolgere tale funzione è necessaria un'esperienza lavorativa in Pronto Soccorso di almeno sei mesi, un corso formativo iniziale con corsi teorici, periodi di affiancamento ed infine il mantenimento delle performance attraverso la formazione permanente e aggiornamenti specifici (ARCS, 2020).

L'infermiere triagista ha come ruolo principale l'attribuzione del codice/colore ai pazienti che arrivano in Pronto Soccorso, secondo quanto stabilito dalle Linee Guida del Triage Intraospedaliero del 7 dicembre 2001; inoltre, opera secondo protocolli concordati e sottoscritti assieme al medico responsabile del reparto di emergenza, come sancito nell'art. 10 del D.P.R del 27 marzo 1992 “ Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”, il quale recita: “il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste da protocolli decisi dal medico responsabile del servizio” (G.U n.76, 31 marzo 1992).

A seconda delle situazioni l'infermiere triagista ricopre anche una funzione organizzativa all'interno del triage, ossia: la regolazione degli accessi di pazienti, familiari e delle ambulanze; stabilisce le aree di trattamento dei pazienti una volta completata la valutazione clinica; effettua un monitoraggio continuo della sala d'attesa e attua i percorsi brevi, qualora fossero necessari, ad esempio il Fast Track, per indirizzare i pazienti con problemi oculistici, dermatologici od odontoiatrici nei reparti dedicati.

Ad integrazione delle altre funzioni dell'infermiere triagista abbiamo quella comunicativa, in particolare sull'accoglienza, l'erogazione di informazioni e rapporti con il pubblico (Lerza et al, 2012).

1.1.2 Il codice di priorità e il processo di attribuzione

Il codice di priorità si configura come l'esito della decisione infermieristica, il quale viene formulato durante le fasi di valutazione nel processo di Triage e che consente di determinare la priorità di accesso alle cure.

Il modello attuale dei 5 codici/colore è frutto di una modifica del vecchio modello dei codici di triage, il quale era costituito solo da 4 colori: rosso, giallo, verde e bianco (vedi figura n.1 a pagina 6); infatti il vecchio modello non prevedeva l'identificazione della priorità anche attraverso i numeri, ma con la riforma avvenuta nel 2019 grazie alle *“Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero”* le quali, oltre a individuare due nuovi colori (l'azzurro e l'arancione), hanno definito le priorità anche attraverso i numeri (da 1 a 5) come mostrato nella figura 2 a pagina 6.

L'attribuzione del codice di priorità è un processo clinico complesso e ci sono diverse variabili che possono influenzarne la corretta attribuzione: l'esperienza del triagista, l'organizzazione interna dell'unità operativa, i protocolli dell'unità operativa, la situazione in sala d'attesa e le caratteristiche del paziente (Lerza et al, 2012); infatti durante il processo decisionale devono essere considerati anche il dolore, l'età (vedi figura 3 a pagina 7) , la disabilità e la fragilità ed eventuali condizioni di gravidanza (Ministero della Salute, 2013; Lerza et al, 2012).

Il codice di triage dev'essere sempre confermato dal personale medico durante la visita attraverso la formulazione di un giudizio in merito alla gravità del caso; il medico può confermare il codice assegnato dall'infermiere triagista oppure modificarlo; infatti, nel verbale di dimissione di Pronto Soccorso è presente la voce “codice-colore uscita” ove può essere riportato lo stesso codice in “ingresso” oppure uno di livello inferiore. Il sistema adottato dai Pronto Soccorso in Italia attualmente è costituito da 5 codici-colore (vedi figura 2 a pag. 6), che vengono differenziati sulla base dell'urgenza, condizioni cliniche ed il tempo massimo di attesa.





-  **Codice rosso:** molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
-  **Codice giallo:** mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, potenziale pericolo di vita; prestazioni non differibili;
-  **Codice verde:** poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
-  **Codice bianco:** non critico, pazienti non urgenti.

Fig.1. – Vecchio modello dei codici di Triage. (OPI, 2017).

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1 Rosso	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2 Arancione	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3 Azzurro	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4 Verde	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5 Bianco	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

Fig.2. – Triage codifica a 5 codici numerici/colore. (SSR Lazio, 2022).

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	Pervie	pervie	Pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR atti/min	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50, ≥110 - < 160, ≥ 90 < 110 + aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC °C	<35°	35°-35.5° >39,5°	38.0° - 39,5° C	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala NRS		8-10	4-7	1-3	dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	>80	>80
			High o >300+sintomi*	>300 no sintomi*	<300	
Età	anni			>75^		

Fig.3. – Parametri vitali per l’attribuzione del codice di priorità. (SSR Lazio, 2022).

Il processo di triage comprende quattro fasi:

1. **Fase della valutazione immediata:** consiste in una rapida osservazione visiva dell’aspetto generale della persona. In caso di una o più compromissioni vitali si assegna il codice con la massima priorità e successivamente il paziente viene trasportato in sala emergenza, interrompendo così il processo di triage (SSR Lazio, 2022).

2. **Fase della valutazione soggettiva e oggettiva:** la valutazione soggettiva è caratterizzata da un’intervista che consente di avere un’anamnesi mirata; quella oggettiva avviene tramite la rilevazione dei parametri vitali, segni clinici e analisi della documentazione clinica delle patologie remote ed eventuali referti di visite mediche e radiologia. In questa fase l’infermiere confronta i parametri rilevati dal paziente con quelli riportati nella figura 3, mostrata sotto.

3. **Fase della decisione di triage:** dopo le valutazioni effettuate nelle fasi precedenti si assegna il codice di priorità, si attuano i provvedimenti assistenziali necessari e nell’eventualità vengono attivati i percorsi diagnostico-terapeutici, con

l'obiettivo di ottimizzare i tempi di presa in carico e diminuire i tempi di attesa.

4. **Fase della rivalutazione:** consiste nella conferma o modifica del codice di priorità assegnato (Ministero della Salute, 2019). La modifica del codice avviene attraverso il monitoraggio dei parametri vitali, la valutazione soggettiva ed oggettiva (SSR Lazio, 2022) i quali consentono di rilevare in modo tempestivo eventuali cambiamenti dello stato di salute (vedi fig.4 nella medesima pagina) soprattutto in soggetti fragili e/o disabili (Ministero della Salute, 2013).

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di Rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 IN	RIPETIZIONE DI PARTE O TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE - A RICHIESTA DEL PAZIENTE - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN	

Fig.4. – Triage modalità e tempi di rivalutazione. (Ministero della Salute, 2019).

1.2 La violenza in Pronto Soccorso

Il NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) definisce la violenza sul posto di lavoro come quegli atti violenti, caratterizzati da minacce e aggressioni fisiche, indirizzati a persone durante il proprio servizio lavorativo (NIOSH, 2002).

La violenza sul posto di lavoro è stata classificata in due tipologie: fisica e psicologica, le quali possono essere messe in atto singolarmente o simultaneamente; la violenza fisica si manifesta attraverso atti di percosse, calci, pugni e, in casi peggiori, minacce con oggetti e/o armi; mentre la violenza verbale e/o psicologica sono caratterizzate da intimidazione, abusi verbali, coercizione e bullismo (Pich et al, 2011).

Nel contesto sanitario la violenza sul posto di lavoro è riconosciuta a livello internazionale come un rischio professionale per gli operatori sanitari (Lei Shi et al, 2017), tant'è che il Ministero della Salute ha definito la violenza contro gli operatori sanitari come un "evento sentinella" (Ministero della Salute, 2007).

L'evento sentinella rappresenta un evento avverso che comporta un grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema sanitario Nazionale e dei professionisti (SSR Emilia – Romagna, 2019). La maggior parte di questi eventi avvengono all'interno delle strutture ospedaliere, ove gli infermieri rappresentano quella categoria maggiormente esposta, soprattutto quelli che lavorano nei reparti psichiatrici e di emergenza, di sesso femminile e relativamente giovani probabilmente perché considerate più vulnerabili rispetto a quelli di sesso maschile (Abdelmalik M et al, 2025).

Il setting assistenziale in emergenza, quindi del Pronto Soccorso, è considerato come quello più a rischio perché è caratterizzato da un incremento continuo di richieste sanitarie urgenti e non urgenti, le quali molto spesso sottopongono il Pronto Soccorso a una condizione di sovraffollamento (SSR Lazio, 2022). L'area del Pronto Soccorso più soggetta a comportamenti non consoni è il triage perché avviene il primo contatto tra il paziente e l'infermiere triagista; in condizioni di sovraffollamento possono verificarsi dei prolungamenti delle tempistiche di attesa, causando un aumento dello stress dei pazienti e/o familiari, i quali possono assumere atteggiamenti aggressivi nei confronti degli infermieri; proprio per questi motivi gli infermieri di triage hanno tre volte più probabilità di essere vittime di un episodio violento (Pich et al, 2017).

I comportamenti violenti molto spesso sono frutto di un insieme di trigger, quindi stimoli, che possono innescare inizialmente solo aggressioni verbali ma possono arrivare anche ad estremizzarsi fino ad un'aggressione fisica e per ultimo l'omicidio (SSR Emilia – Romagna, 2019); questa evoluzione del comportamento è raffigurato in uno schema all'interno della Raccomandazione n.8 del 2007 (vedi fig.5 nella medesima pagina) ed è importante che gli infermieri riconoscano questi atteggiamenti e il loro percorso evolutivo (Ministero della Salute, 2007), così da evitare comportamenti pericolosi da parte dei pazienti.

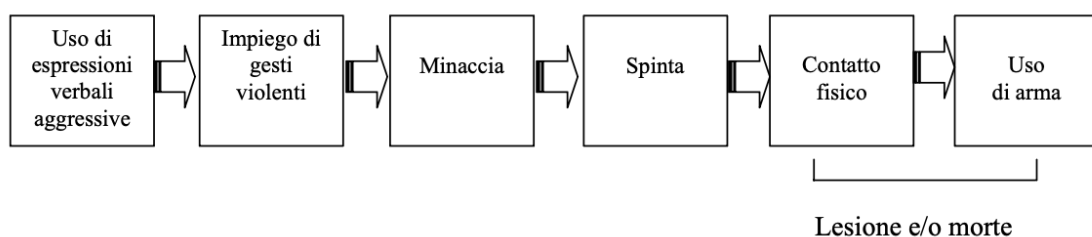


Fig.5. – Progressione dei comportamenti violenti. (Ministero della Salute, 2007).

1.2.1 Fattori di rischio

Un fattore di rischio può essere definito come una condizione, situazione o comportamento che aumenta la probabilità che si verifichi un evento o un danno e gli infermieri rappresentano le categorie più esposte alla violenza sul posto di lavoro perché forniscono assistenza e cure dirette a persone in diverse condizioni cliniche.

I pazienti che arrivano in Pronto Soccorso possono manifestare uno stato emotivo alterato, dovuto alla loro condizione medica, alcuni di questi riescono a tollerare la loro situazione ed essere cooperativi e comprendere la situazione presente all'interno del reparto; altri, invece, possono essere più propensi a diventare violenti a causa della lunga attesa e, quindi adottare comportamenti minacciosi per raggiungere il loro obiettivo, ovvero la risoluzione sintomatologica dell'episodio clinico che li ha condotti in Pronto Soccorso (Hou et al, 2022).

In Pronto Soccorso molto spesso si verificano dei prolungamenti dei tempi di attesa, e questo ce lo riporta Marzio Bartoloni nel suo articolo dal titolo *“Da Palermo a Torino ecco i Pronto Soccorso dove si aspetta anche più di 8 ore per farsi visitare”*, dove è stata

fatta un'analisi dei tempi di attesa all'interno di ospedali universitari e generali. In cima alla classifica tra gli ospedali universitari c'è il Policlinico di Tor Vergata di Roma, dove 1 paziente su 4 ha una permanenza in Pronto Soccorso da più di 8 ore; mentre al primo posto, nella categoria ospedali generali, c'è il Riuniti di Palermo, dove 1 paziente su 5 attende oltre le 8 ore di attesa (Bartoloni, 2025). Quindi, l'aumento dei tempi di attesa per essere visitati o per effettuare esami diagnostici potrebbero causare un aumento dello stress dei pazienti e/o familiari, condizione considerata come un possibile fattore di rischio di episodi aggressivi.

In realtà le lunghe attese possono derivare anche da un evento ben preciso, ovvero il sovraffollamento del Pronto Soccorso. In letteratura sono state individuate due definizioni; la prima è riportata nello studio di De Freitas et al. Del 2018 dal titolo "*Intervention to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review*", dove viene descritto come un flusso che i pazienti compiono all'interno di un ospedale, dal loro arrivo fino all'uscita passando attraverso i vari processi di cura; quando il flusso non è efficace si verifica un "blocco" che causa il fenomeno del sovraffollamento (De Freitas et al, 2018). La seconda definizione è riportata nelle "*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" pubblicate dal Ministero della Salute nel 2019. Il sovraffollamento rappresenta quella situazione in cui la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e presi in carico) supera le risorse disponibili della struttura e le cause possono essere di natura logistica, strumentale e professionale, ad esempio: posti letto insufficienti nei reparti ospedalieri, disponibilità limitata per le dimissioni protette, personale insufficiente durante i momenti di attività intensi, eccetera. (Deliberazione della Giunta Regionale delle Marche n.1707, 2023; Ministero della Salute, 2019; Ministero della Salute, 2007).

Altri fattori che concorrono al sovraffollamento sono la prevalenza delle multimorbilità dei pazienti (Winast et al, 2018) e gli accessi impropri. Gli accessi impropri sono definiti così perché i pazienti si recano in Pronto Soccorso con sintomatologia non urgente, risolvibile presso le strutture territoriali, e ciò può dipendere da fattori che riguardano: il cittadino stesso (dolore, ansia e fragilità) e la propria cultura in tema sanitario (allarmismi o scarse informazioni sulla salute); il medico di medicina generale per quanto riguarda la mancanza di tempo di seguire i pazienti; l'organizzazione

dei servizi (lunghe liste di attesa per le prestazioni sanitarie e la mancata integrazione ospedale-territorio), (Bonetti, 2019).

Il sovraffollamento, quindi, è un fenomeno che coinvolge: i pazienti poiché ricevono minore qualità delle cure con conseguente ridotta soddisfazione; gli operatori sanitari, ad esempio burnout ed episodi di aggressione contro gli stessi; ed infine, il sistema con l'aumento dei pazienti ricoverati in Pronto Soccorso in condizioni precarie di degenza, su barelle e in locali non idonei come il corridoio (Dgr Marche n.1707, 20 novembre 2023), perché i reparti di degenza non hanno posti letto a sufficienza.

1.2.2 I dati della regione Marche

L'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), istituito presso la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute, nasce con i seguenti obiettivi:

- Monitorare gli episodi di violenza.
- Monitorare gli eventi sentinella.
- Promuovere studi e analisi per ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti.
- Monitorare l'attuazione di misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro.
- Promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza, anche nella forma del lavoro in equipe.
- Promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario per prevenire e gestire delle situazioni di conflitto (Ministero della Salute, 2025).

In riferimento alla relazione dell'ONSEPS presentata al Parlamento il giorno 12 marzo 2025, nella regione Marche hanno partecipato al monitoraggio le AST di: Pesaro-Urbino, Ancona, Macerata, Fermo, Ascoli Piceno; l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (INRCA) di Ancona. Nell'anno 2024 sono stati registrati 251 eventi, di cui: 166 associati al genere femminile e 85 al genere maschile. La fascia d'età maggiormente colpita è quella tra i 50-59 anni

con 77 episodi segnalati, a seguire: 30-39 anni (n. 63), 40-49 anni (n. 57), fino a 29 anni (n. 30), 60 anni e più (n.24).

Il setting assistenziale, dove si sono verificati maggiormente questi episodi è il Pronto Soccorso con 95 eventi segnalati e la professione maggiormente colpita risulta essere quella infermieristica con 179 eventi segnalati. In merito alle caratteristiche della violenza, quella più frequente è la violenza verbale (n.157), a seguire quella fisica (n.85), perpetrate maggiormente dai pazienti (n.169), (Ministero della Salute, 2025). Invece, con la relazione pubblicata il 12 marzo 2026, nell'anno 2025 sono stati coinvolti 397 operatori: n. 276 riferiti al genere femminile, n. 121 riferiti al genere maschile. Anche nel 2025 la fascia d'età più esposta a questi episodi è quella tra i 50 e i 59 anni con 123 operatori coinvolti, gli altri range d'età a seguire sono: 40-49 anni (n. 116), 30-39 anni (n.104), 60 anni e oltre (n. 26), fino a 29 anni (n. 21). In merito ai dati precedentemente menzionati, nell'anno 2025 hanno partecipato al monitoraggio anche enti privati convenzionati al Sistema Sanitario Regionale BIOLAB; mentre nel 2024 avevano partecipato solo enti pubblici.

Il Pronto Soccorso rimane il principale setting assistenziale dove si verificano maggiormente questi eventi con 91 segnalazioni; la medesima situazione riguarda anche il personale infermieristico, il quale rappresenta la professione maggiormente colpita con 385 operatori coinvolti; rispetto all'anno 2024 si è verificato un aumento di +134 casi all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.

L'ONSEPS ha voluto sottolineare che l'aumento dei casi non necessariamente significa un peggioramento del fenomeno, al contrario ha evidenziato una possibile sensibilizzazione organizzativa, potenziamento dei sistemi di segnalazione e una maggior adesione al monitoraggio, (Ministero della Salute, 2026).

1.2.3 Le conseguenze della violenza

Il reparto di Pronto Soccorso rappresenta da sempre un luogo altamente dinamico e stressante e ciò influisce sul benessere e sulla qualità delle cure erogate dal personale. Ad aggravare la condizione di benessere e qualità delle cure del personale infermieristico è la violenza subita da parte di pazienti e/o familiari. Secondo un'indagine pubblicata dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) sono emersi

sentimenti di rabbia, demotivazione, vulnerabilità, ansia, perdita di autostima e paura; queste sono tutte condizioni che possono portare gli infermieri ad abbandonare la loro professione (Natale et al, 2022), con aumento del carico di lavoro per coloro che rimangono in reparto e questo può essere definito come “turnover”.

Infatti, il turnover viene descritto come un processo attraverso il quale il personale infermieristico si dimette o si trasferisce all’interno o all’esterno dell’organizzazione (O’Brien-Pallas et al, 2006), ed è un processo “ciclico” perché nell’ipotesi in cui uno o più infermieri decidessero di abbandonare la loro professione, per l’esperienza negativa vissuta, si verificherebbe un aumento del carico di lavoro e questo significherebbe lavorare oltre l’orario mensile previsto per chi rimane in reparto, dovuto appunto alla riduzione del personale.

Pertanto, si potranno manifestare condizioni di affaticamento, frustrazione e burnout, derivati dai turni supplementari. Tutte queste condizioni sfociano in stress lavoro-correlato e portare ad una eventuale licenziamento o trasferimento dell’individuo, con conseguente ulteriore turnover del personale (Chapman et al, 2010). Precedentemente è stata citata la parola “burnout”, questo termine fu introdotto nel 1974 dallo psicologo statunitense Herbert Freudenberger, il quale ha descritto per primo i sintomi dell’esaurimento professionale. Questo si manifesta attraverso sentimenti di disperazione, stanchezza, scoraggiamento, frustrazione e atteggiamento negativo (Maslach et al, 1981), elementi chiave del burnout poiché la perdita di interesse nei confronti della professione è definita da tre elementi:

- L’esaurimento emotivo, dovuto a una diminuzione dell’energia
- Cinismo, caratterizzato da sentimenti e atteggiamenti negativi
- Mancanza di realizzazione personale, conseguente a una valutazione negativa del proprio lavoro. (Maslach et al, 2000)

Il burnout è ufficialmente riconosciuto come un grave problema di salute dall’OMS (Woo et al, 2020) infatti il 28 maggio 2019 è stato incluso nell’undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), definendolo come una sindrome derivante dallo stress cronico sul posto di lavoro (OMS, 2019). Il burnout colpisce maggiormente la professione infermieristica perché è caratterizzata da un alto rischio di esaurimento emotivo a causa dell’ansia e dello stress dovuti al carico di lavoro (Gómez

et al, 2017) e alle ostilità dei pazienti subite, soprattutto, dagli infermieri che lavorano in Pronto Soccorso.

1.2.4 La tutela degli operatori sanitari

Da parte del Ministero della Salute sono stati adottati dei provvedimenti per tutelare gli operatori sanitari vittime di questi episodi, a partire dalla pubblicazione della Raccomandazione n.8 a novembre del 2007 “*Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*” che identifica quelle azioni ed implementazioni che la struttura aziendale deve effettuare al fine di prevenire episodi di violenza attraverso:

- L’elaborazione di un programma di prevenzione.
- L’analisi del contesto lavorativo tramite la revisione degli episodi segnalati.
- Implementazione delle misure di prevenzione e controllo (allarmi portatili, pulsanti antipánico) per assicurare un intervento rapido.
- Formazione del personale sui rischi legati all’attività svolta, sul riconoscimento di segnali che possono innescare atteggiamenti violenti.

Un altro strumento che tutela gli operatori sanitari è la segnalazione degli episodi violenti, come riportato nelle “Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari” della Regione Emilia – Romagna, l’operatore che ha subito un’aggressione (in alternativa anche il Coordinatore della struttura) deve segnalare prontamente l’episodio al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e al Risk Manager tramite la compilazione di un’apposita scheda, a prescindere dall’entità dell’evento ovvero in caso di:

- Violenza verbale o fisica
- Episodi che comportino un infortunio sul lavoro con aggiunta della segnalazione all’INAIL.
- L’evento corrisponde ad un reato, si procede anche per vie legali.

Nel momento in cui l’atto violento si configura come reato, gli operatori sanitari sono tutelati anche dalla Legge n.113 del 14 febbraio del 2020 “*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni*” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale. Infatti, questa legge punisce

penalmente chi causa lesioni gravi o gravissime a danno dei professionisti sanitari o socio-sanitari o di chiunque svolga attività di cura, assistenza sanitaria o di soccorso; inoltre, stabilisce che per prevenire gli episodi di aggressione e violenza, le strutture devono possedere specifici protocolli operativi definiti con le forze di polizia per garantire interventi nel più breve tempo possibile (G.U n. 224, 9 settembre 2020).

2. OBIETTIVO

Questo elaborato ha l'obiettivo di conoscere il quadro – parziale – dei fenomeni di violenza contro gli operatori sanitari, tramite il confronto di dati disponibili risalenti all'anno 2022 con quelli raccolti nel 2025, per i Pronto Soccorso di Pesaro e Fano (AST Pesaro-Urbino) e del Pronto Soccorso di Senigallia per l'AST di Ancona.

3. MATERIALE E METODI

Il presente elaborato comprende una parte analitica e una di revisione narrativa della letteratura. Quest'ultima si è mostrata utile per una chiara comprensione del fenomeno oggetto di studio e del Pronto Soccorso, setting assistenziale principalmente colpito.

Il modello PICOM è stato utilizzato per condurre la revisione della letteratura, poiché rappresenta uno strumento utile alla formulazione del quesito di ricerca ed è composto da 4 aree: Popolazione, Intervento, Confronto e Outcome.

POPOLAZIONE	Personale infermieristico in servizio presso il Pronto Soccorso
INTERVENTO	Osservazione fenomenologica della violenza in Pronto Soccorso nell'anno 2025
CONFRONTO	Analizzare il contesto della violenza dell'anno 2022 con quello dell'anno 2025
OUTCOME	Variazioni degli indicatori della violenza: numero di infermieri coinvolti, caratteristiche degli episodi, responsabili, gestione, impatto emotivo e professionale
MODALITÀ	Studio quantitativo osservazionale descrittivo comparativo

Tabella 1. – Metodologia PICOM.

La ricerca bibliografica ha avuto inizio nel mese di gennaio 2025 ed è terminata nel mese di ottobre 2025. Nel mese di marzo 2026 è stata fatta un'integrazione di informazioni in quanto l'ONSEPS ha pubblicato una nuova relazione sul monitoraggio degli episodi violenti nell'anno 2025, quindi sono state considerate utili visto il periodo in cui è stato condotto lo studio. La banca dati principalmente consultata è quella di PubMed ed è stato sviluppato il prisma flow chart per schematizzare i criteri di selezione degli articoli, come rappresentato nella figura 6 a pagina 20.

La stringa di ricerca utilizzata è: "Nurse and violence", con l'operatore Booleani "AND"; in seguito, sono stati applicati i filtri: periodo temporale dal 2010 al 2025, free full text, articoli in italiano/inglese, systematic review. Dopo aver applicato i filtri sono emersi 104 articoli potenzialmente rilevanti.

Con una prima valutazione preliminare di titoli ed abstract sono stati esclusi 82 articoli in quanto trattavano tematiche diverse della violenza come: la violenza sulle ostetriche, la violenza laterale (tra infermieri) e la violenza sulle donne da parte del loro partner oppure il contesto non era confrontabile con l'obiettivo dello studio, infatti sono stati esclusi articoli che riguardavano la violenza contro gli operatori durante il COVID-19, perché il contesto di questo studio non riguarda il periodo "post-pandemico" o durante la pandemia.

Una seconda valutazione è avvenuta tramite la lettura del testo degli articoli e sono stati esclusi quelli che argomentavano i fattori di rischio in uno stato diverso da quello italiano; altri articoli trattavano fattori di stress e burnout non connessi direttamente alla violenza o proponevano interventi che non sono stati applicati in Italia. Quindi, dopo la lettura del testo degli articoli, ne sono stati esclusi 8 e quelli inclusi nella revisione corrispondono a 14.

Altre fonti sono pervenute da Raccomandazioni e linee guida pubblicate dal Ministero della Salute, pubblicazioni da parte della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e documenti provenienti dalle Aziende Sanitarie Territoriali della regione Marche; mentre per la parte normativa è stato consultato il sito della Gazzetta Ufficiale.

Identificazione degli articoli tramite motore di ricerca PUBMED

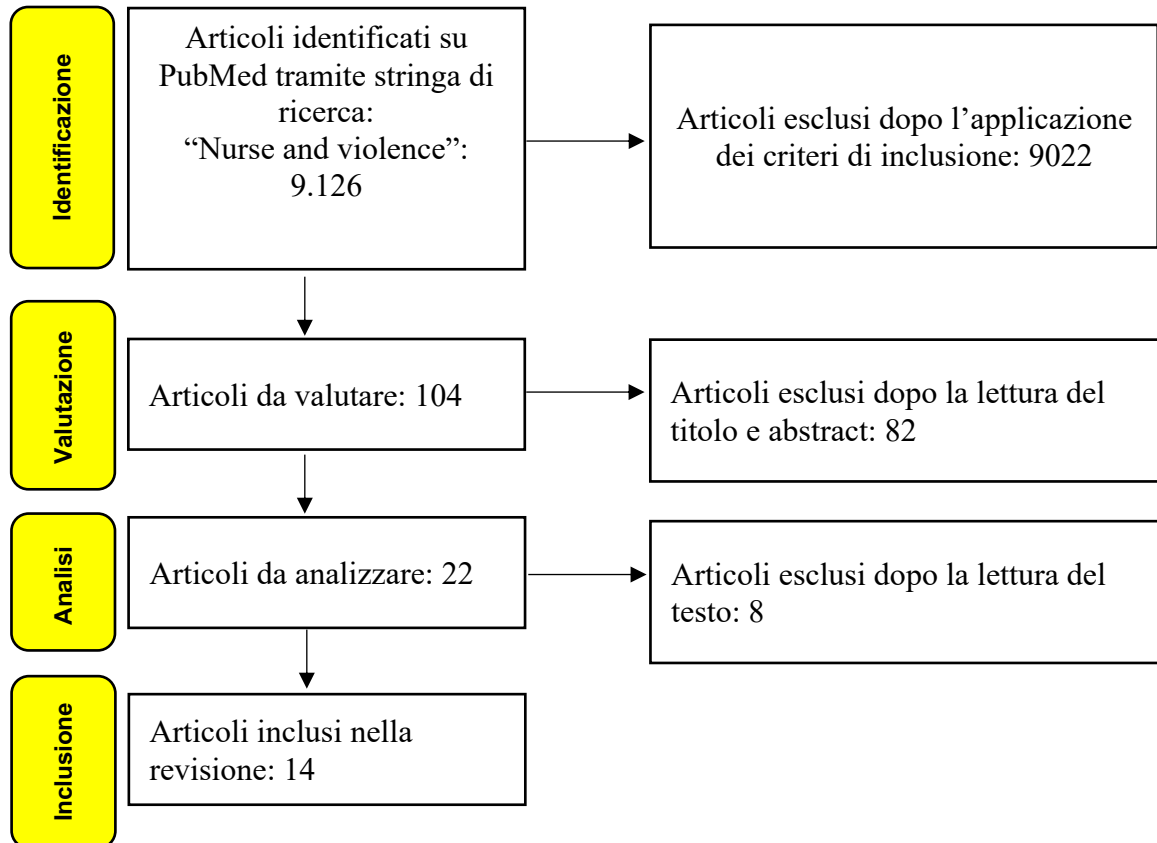


Fig.6. – Prisma Flow Chart, processo di identificazione e selezione degli studi inclusi.

3.1 L'analisi comparativa

Il seguente studio rappresenta un disegno osservazionale quantitativo descrittivo comparativo che prevede una raccolta dati all'interno dei reparti di Pronto Soccorso di Pesaro, Fano e Senigallia ed una successiva analisi dei dati corrispondenti al biennio 2022-2025.

Il campione è costituito da infermieri di ambo i sessi, quindi sia femmine che maschi, senza limiti di età e carriera professionale; il reclutamento è avvenuto attraverso un campionamento non probabilistico consecutivo: composto da tutti gli infermieri che rispettano i criteri di inclusione e in servizio nei Pronto Soccorso nel periodo della raccolta dati.

I criteri di inclusione sono:

- Infermieri impiegati presso i Pronto Soccorso oggetto di studio
- Disponibilità a partecipare allo studio

I criteri di esclusione sono:

- Personale sanitario non infermieristico
- Rifiuto di partecipazione allo studio

Il seguente studio tiene conto delle variabili:

- Socio – demografiche: età, sesso, anni di carriera lavorativa ed esperienza in Pronto Soccorso.
- Professionali: formazione sulla gestione della violenza, competenze comunicative
- Fenomenologiche: numero degli infermieri coinvolti, tipologie di violenza, luoghi degli eventi, autori e conseguenze sul personale infermieristico.

La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione del medesimo questionario utilizzato nell'indagine condotta nel 2022 dal titolo: "Violenza e operatori sanitari: indagine conoscitiva all'interno di tre Pronto Soccorso della regione Marche", di Andreoni Chiara, previa autorizzazione della stessa, al fine di ottenere risultati coerenti con l'indagine. Il questionario è stato somministrato ai reparti di Pronto Soccorso di

Pesaro, Fano e Senigallia, da ottobre 2025 a novembre 2025 in formato cartaceo composto da 5 sezioni:

1. Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti.
2. Caratteristiche dell'episodio violento
3. Effetti immediati della violenza
4. Gestione della violenza
5. Effetti tardivi della violenza

In totale sono presenti 19 domande con 2 risposte aperte e 17 chiuse, quest'ultime hanno l'opzione di una risposta singola o multipla. Successivamente i dati raccolti sono stati riportati nella piattaforma Google Fogli e analizzati nel periodo dicembre 2025 – febbraio 2026.

Prima dell'avvio dello studio sono state inviate e ottenute le autorizzazioni dalla Direzione Medica Ospedaliera e dai Dirigenti dell'Area delle Professioni Sanitarie delle rispettive Aziende (vedi sezione allegati). In seguito, sono stati presi accordi con i Coordinatori infermieristici dei reparti di Pronto Soccorso corrispondenti.

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria con questionari in forma anonima nel rispetto e tutela della privacy del personale infermieristico.

4. RISULTATI

Nell'anno 2025 sono stati somministrati i questionari a 99 infermieri in totale: 69 per l'AST di Pesaro e Urbino, 30 per l'AST di Ancona. I questionari pervenuti sono stati 69 in totale: AST Pesaro e Urbino (n.47) e AST Ancona (n.22), quindi la percentuale di infermieri che hanno partecipato alla compilazione del questionario è circa del 70%. Nell'anno 2022 gli infermieri erano 95 in totale: AST Pesaro e Urbino (n.45), AST Ancona (n.30). I questionari compilati corrispondevano a 71: AST Pesaro e Urbino (n.45), AST Ancona (n.26); la percentuale di infermieri che hanno partecipato allo studio in quell'anno è del 91,5%.

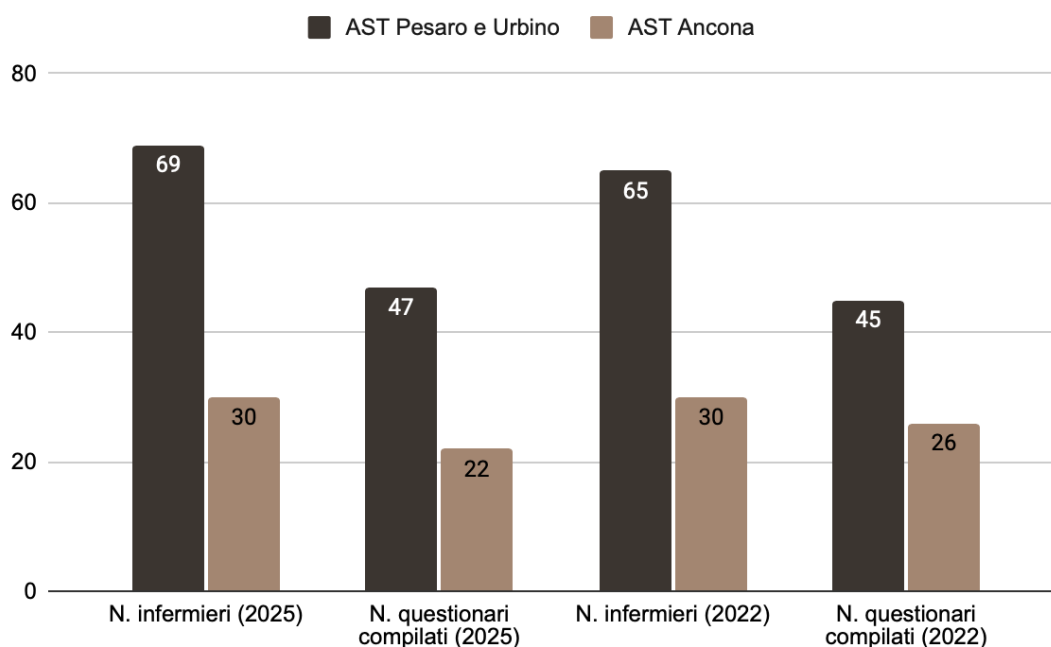


Grafico 1. – Rapporto tra il numero di infermieri presenti in reparto e questionari compilati.

4.1 AST Ancona

4.1.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione

Domanda n.2: “Sesso”.

Il Pronto Soccorso di Senigallia, sulla base delle risposte ottenute, nel 2022 era composto principalmente da infermieri di sesso femminile (n.18), rispetto a quelli di sesso maschile (n.8). Anche nel 2025 il personale è composto soprattutto da infermiere femmine (n.17) rispetto ad infermieri di sesso maschile (n.5)

Domanda n.3: “Età”.

Nel 2022 le fasce d’età di maggior riscontro sono quelle di 30-39 anni e 40-49 anni (n.8), a seguire quelle di 18-29 e 50-59 anni (n.4), infine quella 60+ (n.2). Nel 2025 è emersa maggiormente la fascia d’età tra i 30 e 39 anni (n.12), successivamente quella di 50-59 anni (n.5), quella 40-49 (n.4), infine quella 18-29 (n.1).

Domanda n.4: “Anni di servizio come infermiere in PS”.

Nel biennio considerato (2022 e 2025) la maggior parte del personale ha un’esperienza in Pronto Soccorso superiore a 10 anni.

Domanda n.5: “Anni di carriera come infermiere”.

Come per la domanda precedente, sia nel 2022 sia nel 2025, la maggior parte degli infermieri hanno una carriera come tali da più di 10 anni.

4.1.2 Caratteristiche della violenza

Domanda n.6: “Hai mai subito episodi di violenza verbale negli ultimi 12 mesi?”.

Nell’anno 2022 sono emersi 22 episodi violenti, rispetto al 2025 che ne conta 14 (grafico 2 a pag.26).

Domanda n.7: “Hai mai subito episodi di violenza fisica negli ultimi 12 mesi?”.

Dalle risposte ottenute nel 2022 gli episodi di violenza fisica erano 2, mentre nel 2025 corrispondono a 6. C’è da precisare che coloro che hanno risposto affermativamente a questa domanda, contemporaneamente avevano risposto di aver subito anche violenza verbale.

Domanda n.8: “Tipologia di aggressore”.

Per quanto riguarda gli autori di questi episodi c’è una netta differenza tra il 2022 e il 2025, poiché nel 2022 questi episodi erano associati maggiormente ai familiari (n.21) rispetto ai pazienti (n.3); invece, nel 2025, sono aumentati i casi associati ai pazienti (n.15) ma che comunque si trovato all’incirca sulla stessa linea dei familiari (n.17). Lieve aumento anche per i casi associati agli accompagnatori nel 2025 (n.6) rispetto al 2022 (n.3), come mostrato nel grafico 3 a pag.26.

Domanda n.9: “In quale area del PS si è verificato l’evento?”.

Sia nell’anno 2022 sia nell’anno 2025 il triage è il luogo del Pronto Soccorso maggiormente colpito da episodi violenti. Si è verificato un aumento di casi nelle sale visite nel 2025 (n.8) rispetto al 2022 (n.3); la situazione in pre-triage è rimasta stabile mentre nel 2025 si sono verificati casi isolati di violenza in OBI e in sala emergenza (grafico 4 a pag.27).

Domanda n.10: “Hai mai ricevuto minacce con qualche oggetto?”.

Nel 2025 sono aumentati gli episodi di minacce con oggetti materiali, corrispondenti a 5 eventi rispetto al 2022 che ne contava 1.

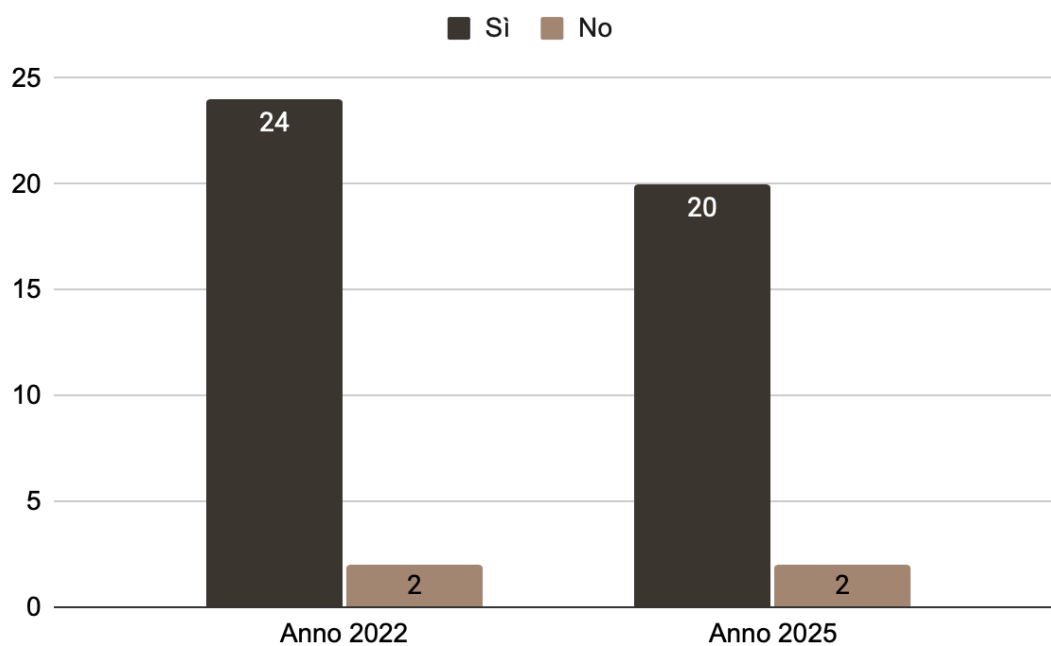


Grafico 2. – Numero di infermieri che hanno subito episodi violenti.

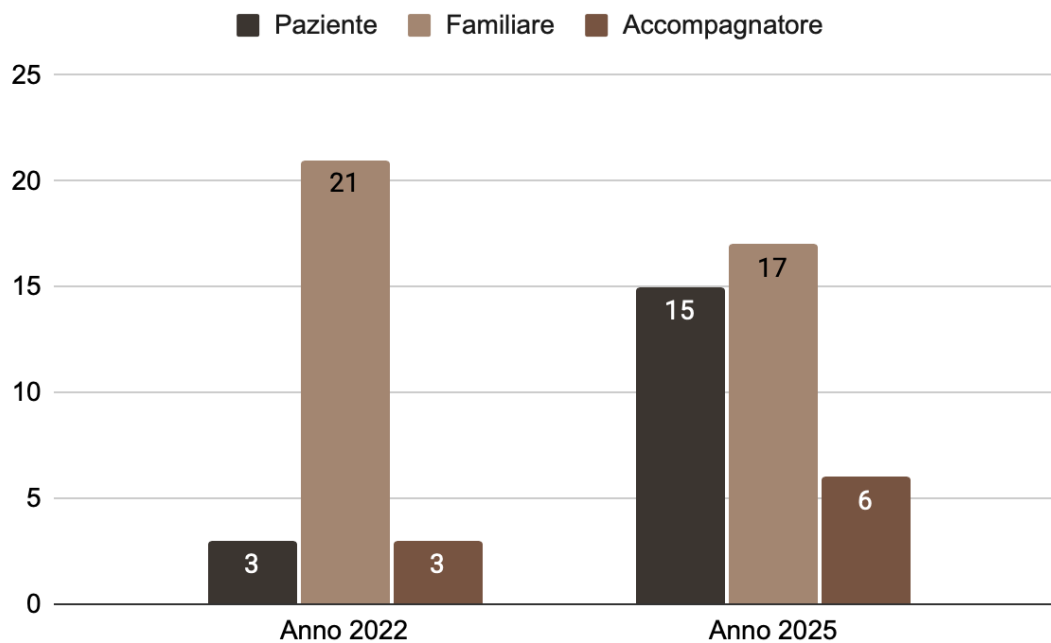


Grafico 3. – Tipologia di aggressore.

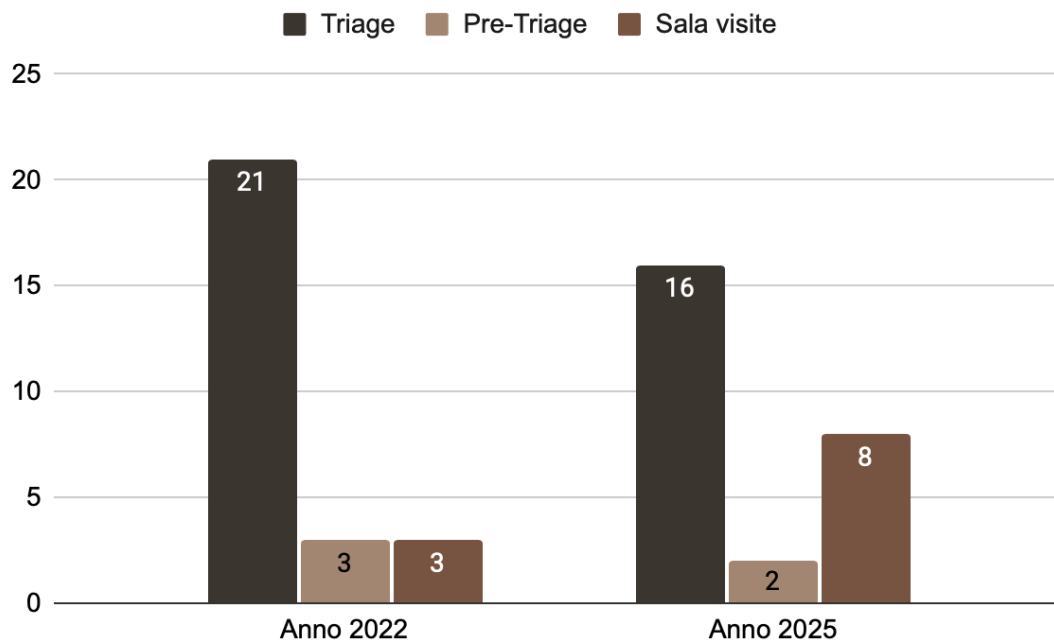


Grafico 4. – Aree del Pronto Soccorso coinvolte.

4.1.3 Gestione della violenza

Domanda n.11: “Quale azione è stata messa in atto?”.

Sostanzialmente non vi è una differenza significativa per quanto riguarda le azioni di gestione dell’episodio, nel complesso è stato chiesto maggiormente l’intervento delle forze dell’ordine e dei colleghi; l’unica piccola differenza riguarda l’allontanamento dell’aggressore in autonomia, nel 2025, 7 infermieri hanno menzionato selezionato risposta rispetto al 2022 in cui nessun infermiere aveva dato questa risposta (grafico 5 a pag. 28).

Domanda n.12: “Quale provvedimento ha adottato dopo l’evento?”.

Purtroppo, sia nell’anno 2022 sia nell’anno 2025, quasi la totalità degli infermieri che hanno partecipato allo studio non hanno adottato alcun provvedimento a seguito dell’accaduto; solo 2 infermieri nel 2022 hanno segnalato l’evento alla Direzione

Sanitaria e 2 infermieri nel 2025 hanno sporto denuncia all’Autorità Giudiziaria (grafico 6 a pag.29).

Domanda n.14: “Nell’azienda dove lavora, vi è la presenza di almeno uno di questi mezzi di protezione attiva e/o passiva?”.

Nel 2022 sono state menzionate maggiormente la vigilanza h24 e il sistema di allarme che permette una comunicazione diretta con la questura. Nel 2025 gli infermieri hanno riferito che in reparto sono presenti: la vigilanza, il campanello e il sistema di allarme; alcuni infermieri hanno specificato che la vigilanza è disponibile durante il turno notturno, dalle ore 22 alle ore 6; altri hanno riferito la presenza del vetro al triage con porta non blindata; due infermieri hanno citato il dispositivo tracker ma che ancora non risulta collaudato.

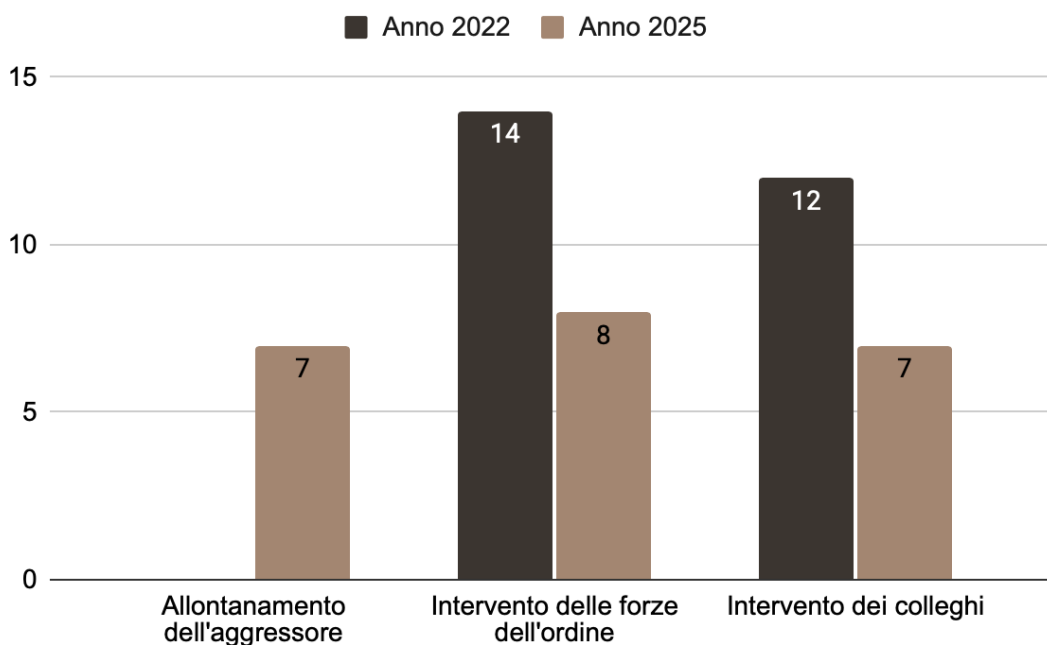


Grafico 5. – Azioni immediate degli infermieri.

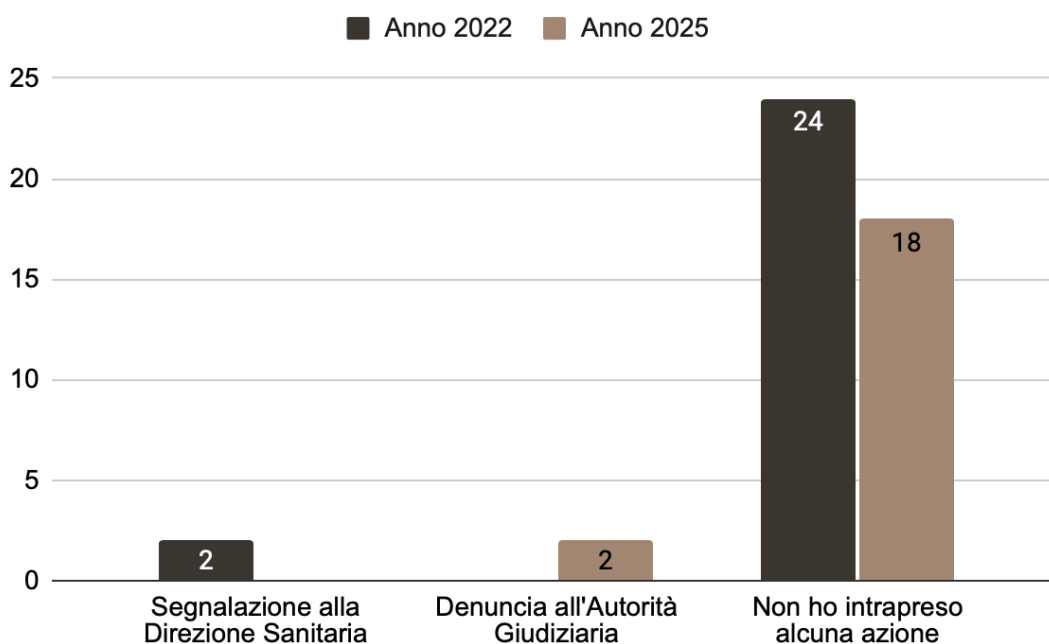


Grafico 6. – Provvedimenti degli infermieri a seguito dell'accaduto.

Domanda n.15: “È a conoscenza delle misure preventive che l'azienda ha individuato?”.

Questa domanda è stata oggetto di un fraintendimento da parte degli infermieri, problematica emersa quando è stata fatta una comparazione visiva dei risultati con quelli dell'AST di Pesaro e Urbino del 2022, in quanto quelli dell'AST di Ancona non erano presenti. Dalla comparazione i risultati presentavano delle discrepanze abbastanza evidenti, in quanto nel 2022 risultavano più risposte positive che negative, rispetto a quelli del 2025. Con le opportune valutazioni è emerso che la domanda in oggetto fa riferimento alla domanda n.14. Da ciò ne consegue che verranno comunque menzionati i risultati ottenuti nel 2025, ovvero: 15 infermieri hanno risposto di non essere a conoscenza delle misure preventive, rispetto a 7 infermieri che hanno risposto positivamente.

Domanda n.16: “Negli ultimi 12 mesi ha partecipato a corsi formativi su questa tematica?”.

Dalle risposte ottenute emerge che nel biennio di riferimento quasi la totalità degli infermieri non hanno partecipato ai corsi di formazione sulla violenza, come riportato nel grafico di seguito, solo in 10 hanno partecipato.

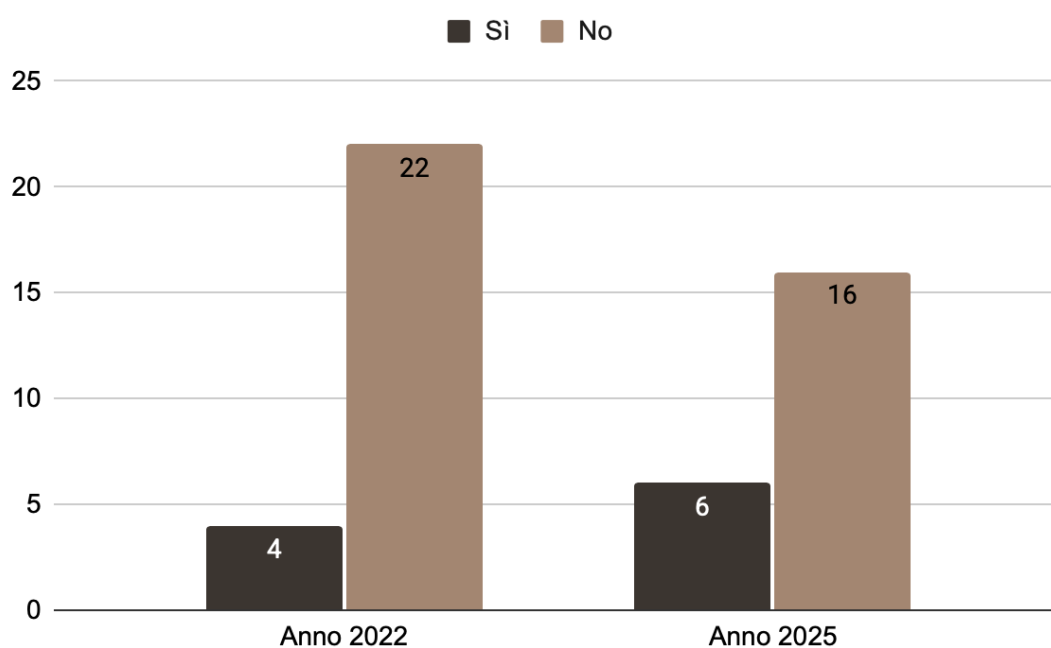


Grafico 7. – Partecipazione a corsi di formazione

Domanda n.17: “Ritiene di possedere le giuste conoscenze per poter affrontare una comunicazione difficile?”.

Nel 2025 metà infermieri (n.11) ritengono di possedere le competenze necessarie per affrontare una comunicazione difficile; rispetto all'altra metà (n.11) che ritiene di non possederle. Nel 2022 sono 14 gli infermieri che hanno risposto positivamente alla domanda rispetto a chi ha dato una risposta contraria, anche se la differenza è molto minima (grafico 8 a pagina 31).

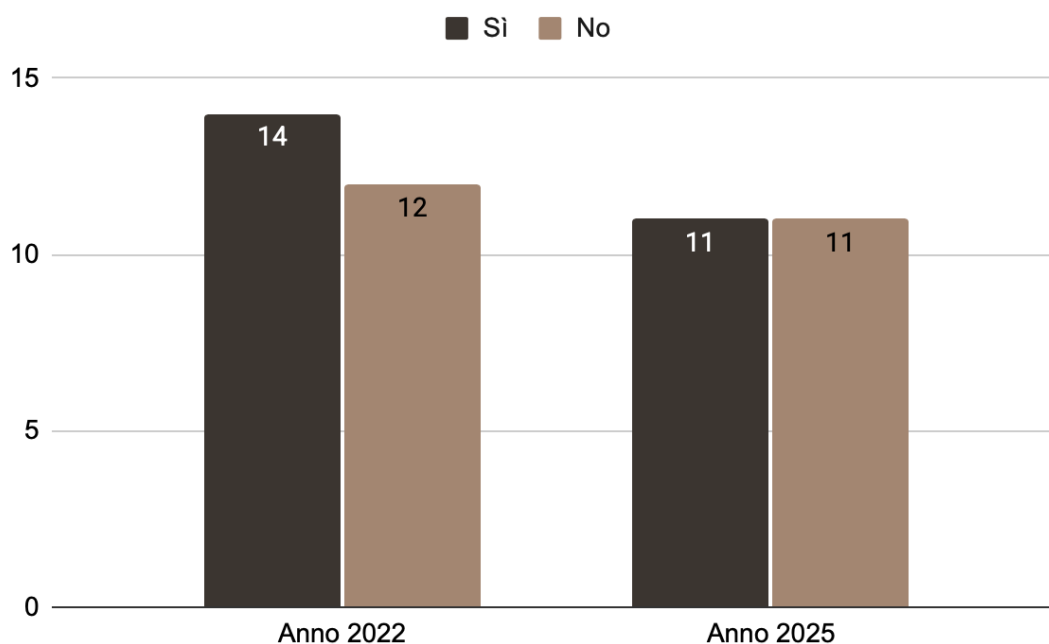


Grafico 8. – Capacità comunicative.

4.1.4 Impatto emotivo e professionale

Domanda n.13: “Quali sono state le sensazioni che ha provato nell’immediato o subito dopo aver subito la violenza?”.

Nel 2025 la maggior parte degli infermieri si sono sentiti impotenti, spaventati e agitati; in minoranza abbiamo sensazioni di calma, coraggio, di colpa e 1 infermiere ha sottolineato di aver provato tantissima rabbia. Nel 2022 erano emerse maggiormente sensazioni di agitazione, solo 2 infermieri hanno provato sentimenti di calma.

Domanda n.18: “Quali emozioni ha provato nei mesi successivi?”.

Anche le emozioni provate nei mesi successivi hanno avuto una certa rilevanza in entrambi gli anni oggetto di studio, soprattutto la privazione di gratificazione professionale, la demotivazione e la rabbia; a seguire abbiamo emozioni come la paura e panico.

Domanda n.19: “Hai mai pensato, per le risposte date nella domanda precedente, di abbandonare la professione?”.

Nonostante le risposte ottenute precedentemente , nel 2025 c’è una lieve discrepanza tra chi ha avuto il pensiero di abbandonare la professione (n.11) e chi, invece, non lo ha mai avuto (n.9). nel 2022 invece c’è una differenza più marcata tra chi ha risposto “No” (n.17) e chi ha risposto “Sì” (n.9).

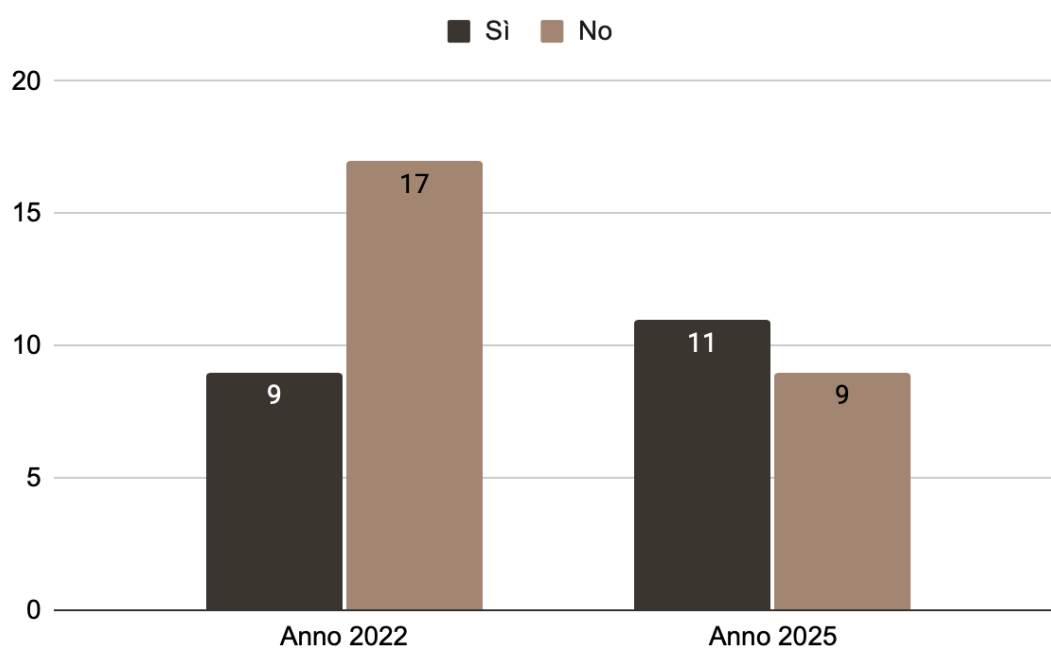


Grafico 9. – Pensiero di abbandonare la professione.

4.2 AST Pesaro e Urbino

4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione

Domanda n.2: “Sesso”.

Nell'anno 2022 avevano partecipato allo studio 26 femmine e 19 maschi; mentre nell'anno 2025 hanno partecipato 27 femmine e 17 maschi.

Domanda n.3: “Età”.

Nell'anno 2022 la maggior parte degli infermieri hanno risposto di avere un'età che va dai 30 ai 39 anni (n. 25); successivamente c'è quella di 18-29 anni (n.9), 40-49 anni (n.6), 50-59 anni (n.4), 60 anni in poi (n.1). Anche per l'anno 2025, la fascia d'età più rilevante è quella che va dai 30 ai 39 anni con 21 infermieri. In seguito, c'è quella che va dai 40 ai 49 anni con 9 infermieri; quella dai 18 ai 29 anni con 8 infermieri; poi dai 50 ai 59 anni con 7 infermieri; infine, quella dai 60 anni in poi con 2 infermieri.

Domanda n.4: “Anni di servizio come infermiere in PS”.

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa come infermiere di Pronto Soccorso, nel 2022 non c'è un range di anni di esperienza prevalentemente alto rispetto agli altri ma possono essere classificati nella seguente modalità: 5-10 anni (n.19), più di 10 anni (n. 14), meno di 5 anni (n.12). La situazione è pressoché equivalente per l'anno 2025: più di 10 anni di esperienza in Pronto Soccorso (n.19), in numero pari (n.13) abbiamo infermieri sia con esperienza inferiore ai 5 anni sia dai 5 ai 10 anni; invece, 2 infermieri non hanno risposto alla domanda.

Domanda n.5: “Anni di carriera come infermiere”.

Gli infermieri che hanno risposto di avere una carriera come tali superiore a 10 anni corrispondono a 26; a seguire abbiamo quelli con una carriera lavorativa che va dai 5 ai 10 anni (n.13); poi quelli che hanno sotto i 5 anni di esperienza (n.6); ed infine, 2 infermieri che non hanno risposto alla domanda.

4.1.2 Caratteristiche della violenza

Domanda n.6: “Hai mai subito episodi di violenza verbale negli ultimi 12 mesi?”.

La situazione nell’anno 2022 è in linea con quella dell’anno 2025, poiché nel biennio i numeri di infermieri vittime di violenza corrispondono a 36. Di questi 36 infermieri, 28 hanno subito violenza verbale. (grafico 10 a pag.35).

Domanda n.7: “Hai mai subito episodi di violenza fisica negli ultimi 12 mesi?”.

Come per la domanda precedente, anche il numero di episodi di violenza fisica è rimasto stabile con 8 infermieri che hanno risposto di aver subito violenza fisica in entrambi gli anni di riferimento. Coloro che hanno risposto di aver subito violenza fisica, hanno risposto di aver sperimentato anche la violenza verbale, per questo motivo i numeri di casi totali sono 36.

Domanda n.8: “Tipologia di aggressore”.

In entrambi gli anni i principali responsabili di questi eventi sono i pazienti (n. 28) ma nell’anno 2025 è stato rilevato un aumento di +10 casi per quanto riguarda i familiari, rispetto al 2022 (n.17); stessa cosa per gli accompagnatori con un aumento di + 11 casi nel 2025 quando, in realtà, nel 2022 erano 0 (grafico 11 a pag.35).

Domanda n.9: “In quale area del PS si è verificato l’evento?”.

Sulla base delle risposte ottenute in entrambi gli anni il triage è quell’area del Pronto Soccorso che ha ricevuto un numero maggiore di risposte, più precisamente: 34 risposte nell’anno 2022 e 30 risposte nell’anno 2025. Seguito poi dalla sala visite con 11 risposte nell’anno 2022 e 12 risposte nell’anno 2025, infine il pre-triage con 0 risposte nell’anno 2022 e 10 risposte nell’anno 2025 (grafico 12 a pag.36).

Domanda n.10: “Hai mai ricevuto minacce con qualche oggetto?”.

Nell’anno 2022 non erano stati menzionati casi di minacce con oggetti, mentre 7 infermieri, nell’anno 2025, hanno risposto di essere stati minacciati con degli oggetti.

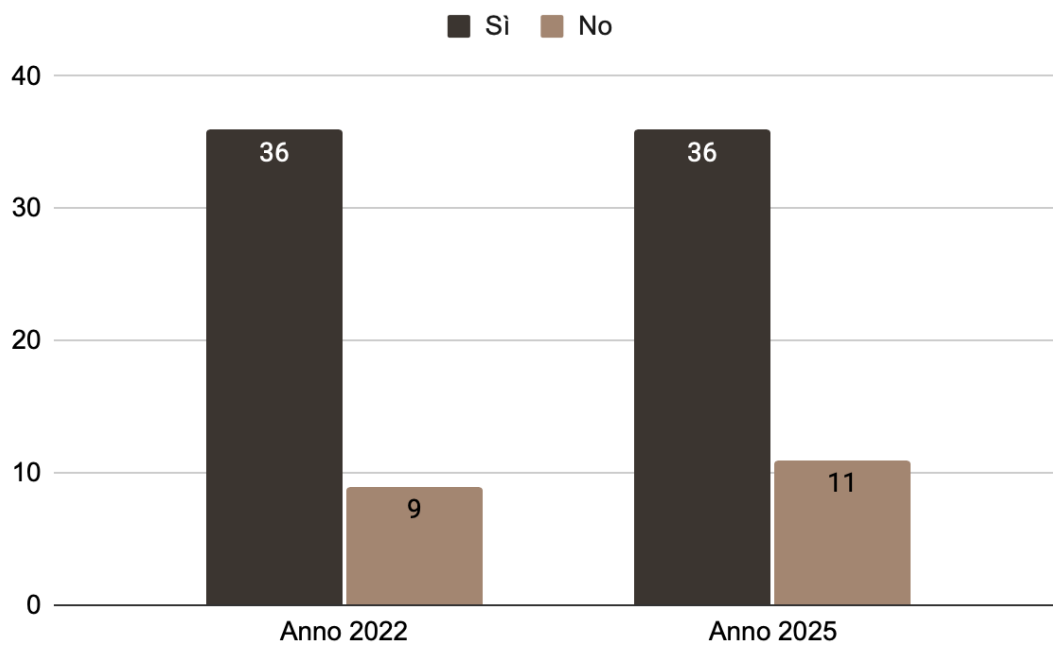


Grafico 10. – Numero di infermieri che hanno subito episodi violenti.

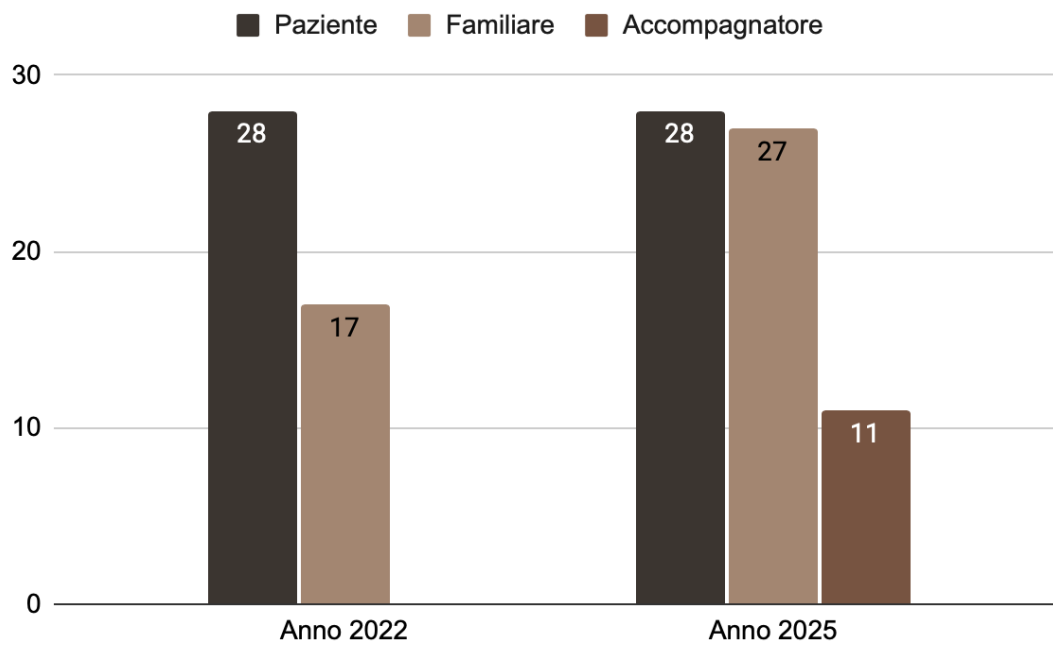


Grafico 11. – Tipologia di aggressore.

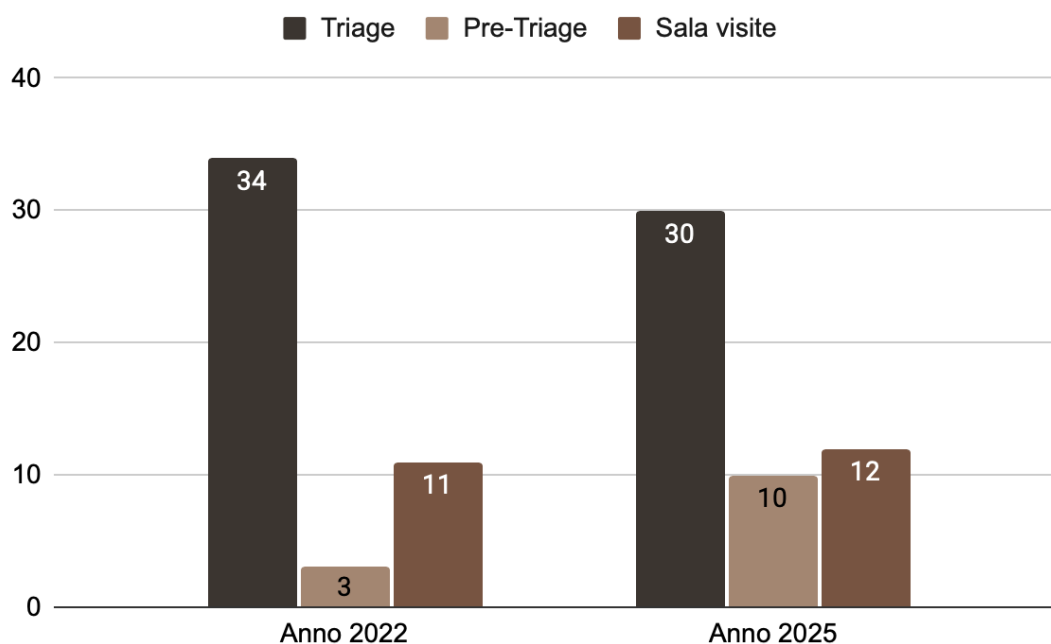


Grafico 12. – Aree del Pronto Soccorso coinvolte.

4.2.3 Gestione della violenza

Domanda n.11: “Quale azione è stata messa in atto?”.

Sostanzialmente, come si può vedere nel grafico 13 a pagina 37, non ci sono differenze evidenti sulle azioni intraprese nell'immediato sia nel 2022 sia nel 2025. Quelle messe maggiormente in atto sono il chiedere aiuto ai colleghi e l'intervento delle forze dell'ordine. Nell'anno 2025 si osserva una piccola diminuzione di casi associati all'allontanamento dell'aggressore in autonomia.

Domanda n.12: “Quale provvedimento ha adottato dopo l'evento?”.

A seguito dell'evento, nel 2022, la maggior parte degli infermieri non ha preso provvedimenti; solo pochi infermieri hanno segnalato l'accaduto alla Direzione Sanitaria o sporto denuncia all'Autorità Giudiziaria. Nell'anno 2025 la situazione è un po' diversa, in quanto il numero degli infermieri che non hanno segnalato l'episodio rimane alto ma non così tanto rispetto a quelli che, invece, hanno segnalato l'evento alla Direzione

Sanitaria. Un leggero calo lo si nota nelle segnalazioni fatte all’Autorità Giudiziaria, come mostrato nel grafico 14 nella medesima pagina.

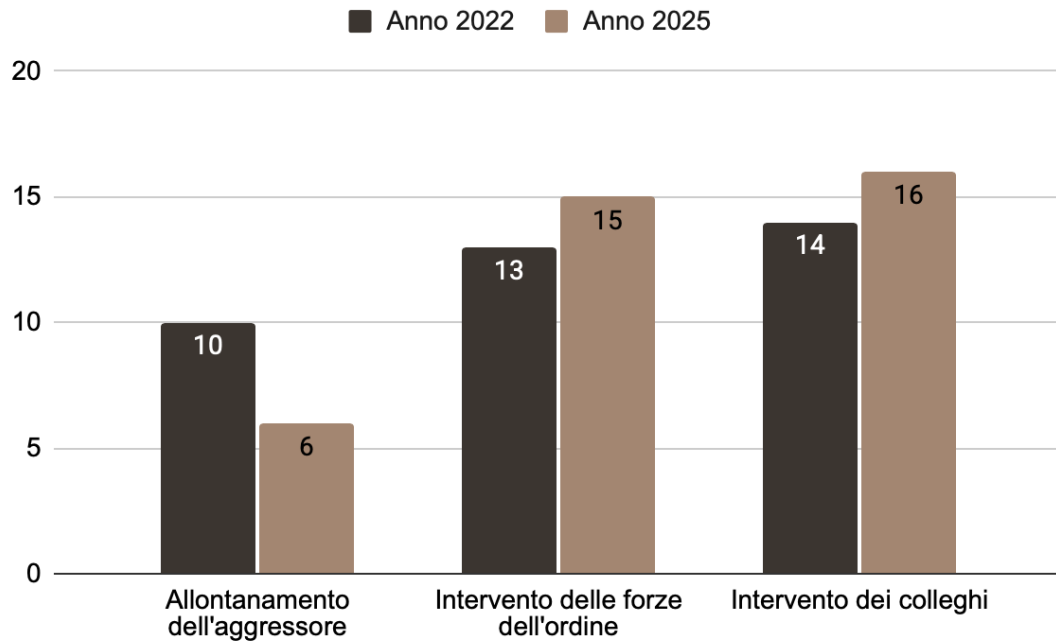


Grafico 13. – Azioni immediate degli infermieri.

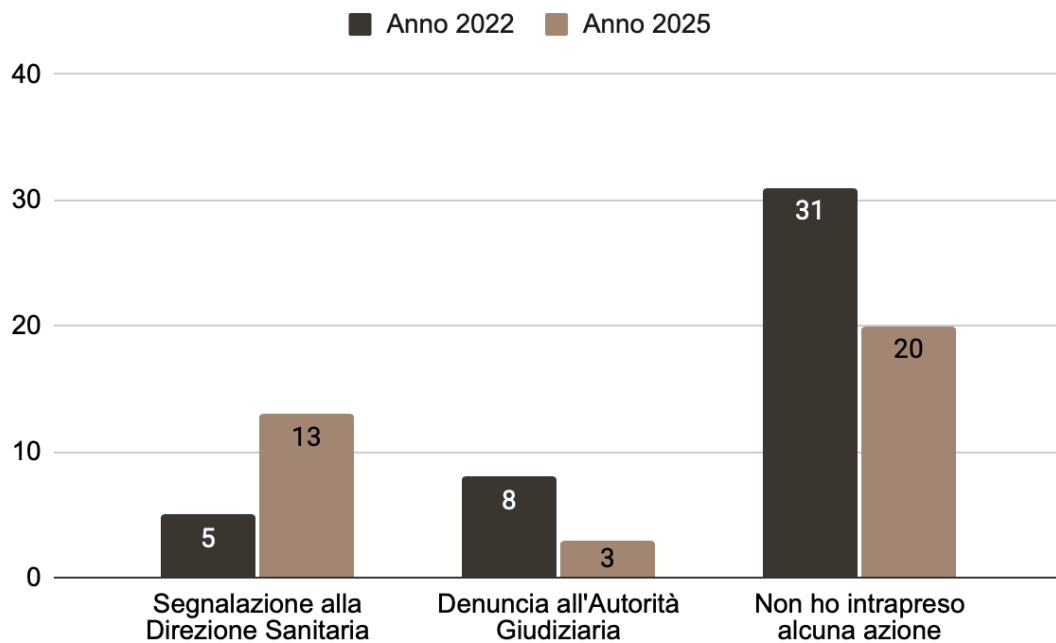


Grafico 14. – Provvedimenti degli infermieri a seguito dell’accaduto.

Domanda n.14: “Nell’azienda dove lavora, vi è la presenza di almeno uno di questi mezzi di protezione attiva e/o passiva?”.

Nell’anno 2022 gli infermieri avevano menzionato solo la vigilanza h24 e il sistema di allarme; invece, nel 2025 sono stati segnalati anche: il campanello e le porte blindate, oltre alla vigilanza e il sistema di allarme.

Domanda n.15: “È a conoscenza delle misure preventive che l’azienda ha individuato?”.

Come per la parte dei risultati dell’AST di Ancona, questa domanda non verrà presa in esame ma verranno solo menzionati i risultati. Dalle risposte ottenute, nell’anno 2025, è emerso che 35 infermieri hanno risposto di non essere a conoscenza delle misure preventive rispetto ai restanti 12 infermieri.

Domanda n.16: “Negli ultimi 12 mesi ha partecipato a corsi formativi su questa tematica?”.

Come mostrato nel grafico 15 a pagina 39, circa il totale degli infermieri partecipanti allo studio nel biennio in analisi, non hanno partecipato a corsi formativi sulla violenza.

Domanda n.17: “Ritiene di possedere le giuste conoscenze per poter affrontare una comunicazione difficile?”.

Dalle risposte ottenute è emerso che nell’anno 2022 – 2025 il numero di infermieri che ritiene di possedere le competenze per affrontare una comunicazione difficile è circa molto vicino a quelli che hanno ritenuto il contrario (grafico 16 a pag.39)

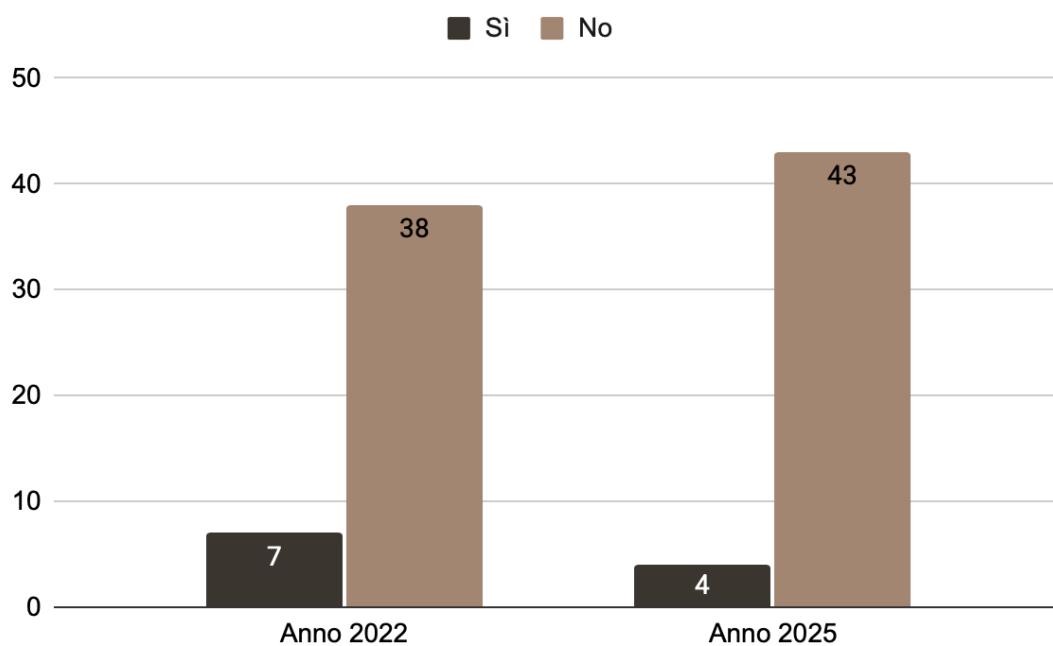


Grafico 15. – Partecipazione a corsi di formazione.

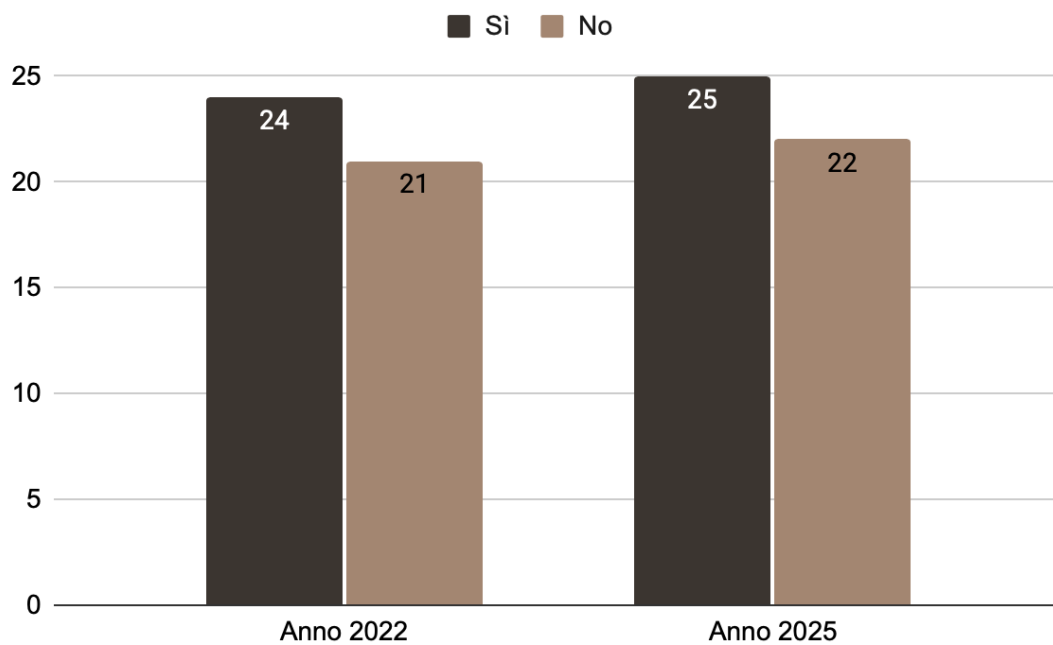


Grafico 16. – Capacità comunicative.

4.2.4 Impatto emotivo e professionale

Domanda n.13: “Quali sono state le sensazioni che ha provato nell’immediato o subito dopo aver subito la violenza?”.

Tenendo conto degli anni 2022-2025, durante il verificarsi dell’episodio violento sostanzialmente la maggior parte degli infermieri ha provato sentimenti di agitazione, spavento e impotenza; altri infermieri hanno espresso sensazioni di calma, coraggio e colpa e poi c’è chi, invece, non ha provato alcuna sensazione.

Domanda n.18: “Quali emozioni ha provato nei mesi successivi?”.

A seguito all’accaduto, sia nell’anno 2022 sia nell’anno 2025, gli infermieri hanno provato principalmente emozioni di demotivazione, rabbia e privazione di gratificazione professionale; altre emozioni che si sono manifestate sono: paura, panico e rassegnazione.

Domanda n.19: “Hai mai pensato, per le risposte date nella domanda precedente, di abbandonare la professione?”.

Nonostante le emozioni e sensazioni provate, non c’è una differenza sostanziale tra chi ha avuto il pensiero di abbandonare la professione (n. 20) e chi no (n.18) per quanto riguarda l’anno 2025. Invece, per l’anno 2022 la situazione è ben diversa poiché il numero di coloro che non hanno avuto il pensiero di abbandonare la professione (n. 29) è nettamente superiore rispetto a chi l’ha avuto (n.16), (vedi grafico 17 a pag.41).

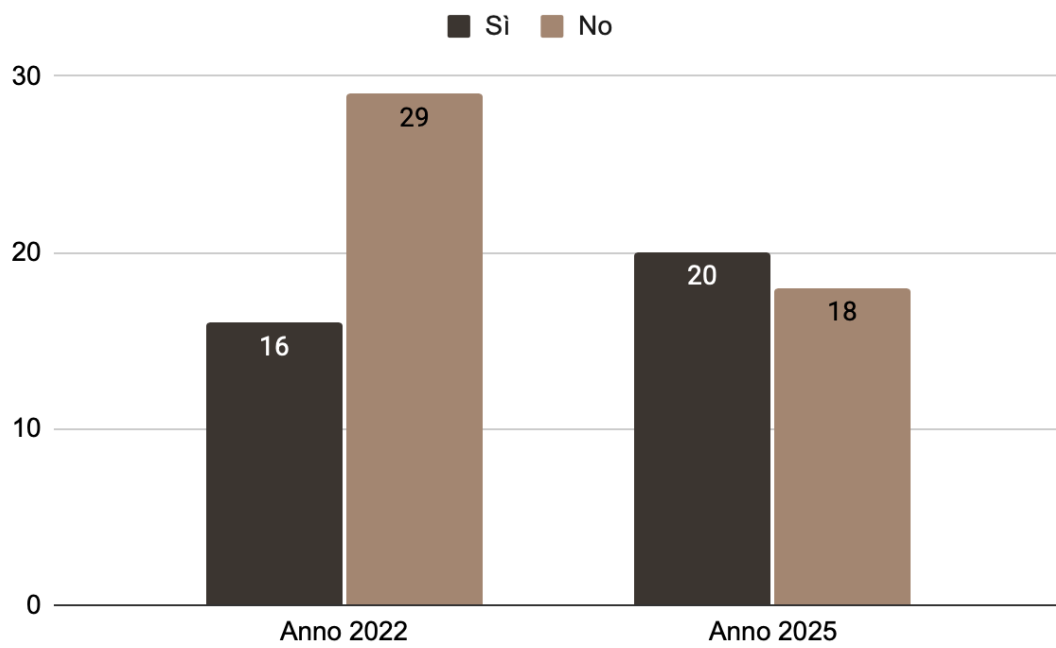


Grafico 17. – Pensiero di abbandonare la professione.

5. DISCUSSIONE

Il Pronto Soccorso è quel reparto ospedaliero riservato esclusivamente a patologie e situazioni in fase acuta, non trattabili dal medico di medicina generale, dalla guardia medica o dai servizi ambulatoriali ed è l'unico reparto dove possono accedere tutti 24 ore su 24.

La priorità di accesso alle cure di Pronto Soccorso viene stabilito attraverso un processo decisionale suddiviso in 4 fasi: valutazione immediata, valutazione soggettiva ed oggettiva, decisione e rivalutazione; viene effettuato dall'infermiere triagista che, una volta completato, attribuisce un codice priorità. Quest'ultimo non è altro che un numero o colore che indica il livello di urgenza delle cure del paziente e il tempo standard di attesa, per quando riguarda l'identificazione numerica va da 1 a 5 (1-emergenza, 5-non urgente); invece, per l'identificazione attraverso i colori abbiamo: rosso (emergenza), arancione (urgenza), azzurro (urgenza differibile), verde (urgenza minore) e bianco (non urgente). Ogni codice/colore ha un suo tempo massimo di attesa, ma non rappresentano una metodica rigorosa in quanto i tempi di attesa possono subire delle variazioni sulla base del numero dei pazienti presenti in Pronto Soccorso; dalla disponibilità del personale, sia infermieristico che medico, e se ci sono momenti di attività intensi; condizioni che riguardano soprattutto i codici di minore gravità, quindi i tempi massimi stimati sono utili più per una rivalutazione del paziente da parte dell'infermiere.

Purtroppo, le lunghe attese possono rendere suscettibili alcune persone a mettere in atto comportamenti spiacevoli, come minacce verbali o aggressioni dirette agli infermieri. La regione Marche dal 2024 al 2025 ha subito un incremento di episodi violenti, corrispondenti a +134 casi e il Pronto Soccorso è rimasto il luogo principalmente colpito con 91 episodi registrati. In particolare, nell'anno 2025, all'interno del Pronto Soccorso di Senigallia sono stati registrati in totale 20 casi di episodi violenti rispetto al 2022 che ne contava 24; mentre all'interno dei due Pronto Soccorso dell'AST di Pesaro e Urbino, i casi di violenza nel 2025 corrispondono a 36, stessa cosa nel 2022 che ne contava 36.

Ad un primo impatto la situazione può definirsi stabile ma questo potrebbe dipendere da un bias di selezione: le risposte ottenute nell'anno 2025 potrebbero provenire dagli stessi infermieri che hanno partecipato allo studio nel 2022; infatti i numeri di risposte pervenute nell'anno 2022 e 2025 è molto simile, poiché nel 2022 avevano partecipato allo studio 26 infermieri di sesso femminile e nel 2025 sono 27; stessa cosa anche per il personale di sesso maschile: 2022 (n. 19), 2025 (n. 17). Con l'aumento del personale infermieristico (+4 infermieri) evidenziato nell'anno 2025, avrebbe potuto registrare un lieve peggioramento del fenomeno oppure la differenza che intercorre tra l'anno 2022 e 2025 potrebbe rientrare anche nella popolazione di infermieri che non hanno subito episodi violenti, un'altra motivazione è che i 4 infermieri in più non hanno partecipato allo studio; quindi, questo potrebbe confermare il bias di selezione. Un'altra possibile spiegazione della stabilità del fenomeno è legata condizioni di sovraffollamento che non necessariamente hanno causato l'escalation dei comportamenti di pazienti e/o familiari, ovvero che non hanno portato variazioni significative sulla gravità del fenomeno.

Per quanto riguarda l'AST di Senigallia la situazione potrebbe definirsi migliorata, ma nel 2022 le risposte pervenute erano 26, mentre nel 2025 corrispondono a 22; essendoci una differenza di 4 risposte, queste avrebbero potuto determinare una stabilità come per i due Pronto Soccorso dell'AST di Pesaro e Urbino, perché nel 2022 il numero di infermieri coinvolti erano 24 e nel 2025 corrispondono a 20. Se considerassimo il dato solo da un punto di vista osservazionale, questo miglioramento potrebbe dipendere dal fatto che negli ultimi 12 mesi si sono verificati meno episodi violenti rispetto all'anno 2022 oppure da una riduzione degli accessi impropri.

Sulla base dei dati provenienti dalla relazione dell'ONSEPS, nella regione Marche gli infermieri maggiormente presi di mira sono quelli di sesso femminile con 276 episodi registrati. Questo potrebbe associarsi sia ad una condizione di vulnerabilità maggiore rispetto agli infermieri di sesso maschile sia perché all'interno del reparto di Pronto Soccorso c'è una maggiore prevalenza di infermieri di sesso femminile rispetto a quelli di sesso maschile e questo ce lo dimostrano i dati sociodemografici degli studi dell'anno 2022 e 2025. Infatti, nei Pronto Soccorso di Senigallia, Fano e Pesaro gli infermieri che avevano partecipato allo studio erano 71 in totale: 44 infermiere di sesso femminile e 27 infermieri di sesso maschile; nel 2025 in totale hanno partecipato 69 infermieri: 44 di sesso femminile e 22 di sesso maschile.

La fascia d'età maggiormente colpita è quella compresa tra i 30 e i 39, probabilmente dovuto ad un pregiudizio secondo cui la giovane età è sinonimo di inesperienza. Ovviamente questo è quello che ci dicono i dati di questo studio, poiché quelli dell'ONSEPS hanno evidenziato la fascia d'età che va dai 50 ai 59 anni. C'è da precisare che questo dato non prende in considerazione solo il Pronto Soccorso e il personale infermieristico ma coinvolge anche altri setting assistenziali e figure professionali, quindi è un dato molto generalizzato.

Per quanto riguarda i principali responsabili di questi eventi, la letteratura ha menzionato frequentemente i pazienti e i relativi familiari; in numero minore anche gli accompagnatori. Sostanzialmente ciò che enuncia la letteratura supporta quello che è stato ottenuto con questo studio; infatti, i risultati dell'anno 2025 e in parte quelli del 2022 dell'AST di Pesaro e Urbino evidenziano i pazienti come principali responsabili, a seguire: i propri familiari e gli accompagnatori (solo nel 2025 perché nel 2022 non sono stati associati ad alcun caso di violenza). Nel Pronto Soccorso di Senigallia invece, nel 2022 i casi di violenza commessi dai pazienti erano relativamente pochi (n.3) rispetto al 2025 (n.15), infatti nel 2022 erano più i familiari a commettere tali atti.

C'è da precisare che gli infermieri non hanno specificato la tipologia di paziente e le motivazioni dei familiari/accompagnatori che li hanno portati a commettere tali atti; quindi, non è stato possibile conoscere le caratteristiche e le cause di questi comportamenti. Le ragioni potrebbero essere legate a fattori intrinseci del paziente che possono alimentare sentimenti di frustrazione e stress, come ad esempio il dolore o uno stato emotivo alterato a causa della loro condizione clinica; ci possono essere anche fattori estrinseci, definibili anche trigger, che possono alimentare il senso di frustrazione e stress già presenti, ovvero il sovraffollamento del Pronto Soccorso; questo perché causa lunghe attese che possono superare anche 8 ore e portare alcuni pazienti a perdere il controllo. Per quanto riguarda i familiari e/o accompagnatori, questi molto spesso si trovano in una condizione di preoccupazione verso i loro cari e talvolta questo senso di timore potrebbe portarli a minacciare gli infermieri e/o aggredirli, probabilmente anche per una lunga attesa che subisce il paziente oppure per una percezione di scarse attenzioni da parte dell'infermiere sull'utente. Se nel 2022 gli episodi erano maggiormente associati ai familiari perché questi apparivano più frustrati rispetto ai pazienti; invece, se nel 2025 sono aumentati di molto i casi associati ai pazienti (+ 12), quasi in linea con quelli

associati ai familiari, probabilmente perché c'è stato un maggior coinvolgimento situazionale del Pronto Soccorso (lunghe attese ecc.) sia diretto al paziente stesso sia al proprio familiare.

C'è un luogo specifico del Pronto Soccorso che presenta un rischio più alto di episodi violenti quando ci sono le lunghe attese, ovvero il triage; tant'è che durante la compilazione del questionario un'infermiera ha rilasciato una testimonianza nella domanda n.7: "Tipologia di aggressore", selezionando tutte le voci disponibili e aggiungendo: "si sentono tutti in diritto di controbattere, tutti specialmente in triage"; inoltre, ha aggiunto il simbolo "+" accanto alla risposta: "triage" nella domanda n.8 (figura 7 nella medesima pagina), sottolineando quanto questo luogo sia diventato rischioso per gli infermieri stessi. Questo "diritto" di controbattere un operatore sanitario che sia un infermiere, come in questo caso, o un medico, potrebbe derivare da un'insistenza da parte del paziente infastidito dalla lunga attesa; l'infermiera non ha espresso il motivo dell'accaduto; perciò, l'associazione di questa testimonianza alle lunghe attese è del tutto probabilistico.

7. Tipologia di aggressore *
contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

Paziente
 Familiare
 Accompagnatore
 Altro: SI SENTONO TUTTI IN DIRITTO DI
CONTROBATTERE, TUTTI SPECIALMENTE
IN TRIAGE

8. In quale area del PS si è verificato l'evento? *
contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

Pre-triage
 Triage +++
 Sala
 Altro: OPERAIO ACCOMPAGNATORE

Fig.7. – Testimonianza di un'infermiera riportata nell'anno 2025.

Un'altra motivazione sul perché il triage è quell'area di Pronto Soccorso più soggetta ad episodi violenti è legata alla posizione in cui è situato, essendo vicino e facilmente raggiungibile dalla sala d'attesa per le persone è più facile accanirsi contro gli infermieri di triage; soprattutto perché non hanno il libero accesso alle altre aree del Pronto Soccorso, in quanto gli accessi sono regolati dagli infermieri triagisti.

All'interno del Pronto Soccorso di Senigallia è stato osservato un aumento del numero di casi anche nelle sale visite nel 2025 (n.8), rispetto al 2022 (n.3). Per i due Pronto Soccorso dell'AST di Pesaro e Urbino invece, il numero dei casi di violenza nelle sale visite è aumentato solo di 1 rispetto al 2022. Il pre-triage, in confronto al 2022, ha subito un aumento del numero di episodi (n.7) per un totale di 10 episodi registrati nel 2025; nonostante questo si trovi adiacente al triage, ha un numero inferiori di casi perché l'uso è riservato esclusivamente o all'ingresso dei soccorritori 118 con il paziente in barella oppure per eseguire protocolli specifici su pazienti in determinate condizioni cliniche (es. dolore toracico). Purtroppo, non sono stati identificati articoli in letteratura che menzionassero le cause di violenza all'interno del pre-triage e delle sale visite, ma su quest'ultime si potrebbe avanzare un'ipotesi secondo cui la violenza provenga da minacce dirette al personale medico con conseguente coinvolgimento anche della figura dell'infermiere.

Tuttavia, con l'obiettivo di tutelare e proteggere gli operatori sanitari da possibili aggressioni, i Pronto Soccorso di Pesaro, Fano e Senigallia hanno implementato delle misure di sicurezza all'interno dei propri Pronto Soccorso. In quelli di Pesaro e Fano sono presenti misure come: la vigilanza armata, inizialmente attiva dalle 22 alle ore 6 di mattina e successivamente il servizio è stato esteso 24 ore su 24 e 7 giorni su 7; la presenza delle porte blindate e due sistemi di allerta, uno è il campanello che si trova in triage ed è un alert locale, quindi l'avviso rimane all'interno del reparto, l'altro sistema è la chiamata automatica (nelle risposte del questionario è indicato come: "sistema di allarme") attivabile nel caso in cui non è possibile effettuare la chiamata telefonica, infatti la chiamata automatica invia un messaggio pre-registrato al centralino delle Forze dell'Ordine che, successivamente, invierà una pattuglia sul posto e contemporaneamente effettuerà una chiamata al reparto per ottenere maggiori informazioni; in caso di mancata risposta la pattuglia verrà mandata con urgenza. Se la situazione si dovesse risolvere spontaneamente il Pronto Soccorso dovrebbe comunicare tempestivamente il cessato

allarme alle Forze di Polizia; in alternativa, al termine dell'intervento della polizia, il Pronto Soccorso dovrà mandare una relazione dettagliata sull'accaduto alla Direzione Medica di Presidio per una successiva analisi dell'accaduto (AST Pesaro e Urbino, 2021).

Nell'anno 2022 gli infermieri del Pronto Soccorso di Pesaro e Fano avevano segnalato la presenza sia della vigilanza 24 ore su 24 che il sistema di allarme; in aggiunta un infermiere aveva dichiarato la presenza di facilitatori comunicativi, probabilmente dei volontari, per gestire le dinamiche relazionali e comunicative tra l'utente e il personale sanitario. Nessun infermiere aveva segnalato la presenza delle porte blindate e del campanello al triage nel 2022.

Nel Pronto Soccorso di Senigallia gli infermieri hanno indicato la presenza delle seguenti misure: campanello al triage; vigilanza dalle ore 22 alle ore 6; vetro di protezione al triage e, infine, il sistema di allarme, ove due infermieri hanno citato i dispositivi tracker. Infatti, il Pronto Soccorso di Senigallia è dotato di un sistema di allarme (all'incirca attivo dal mese di agosto 2025) attivato da dispositivi tracker, questi sono dei piccoli dispositivi dotati di SIM telefonica e ricevitore GPS con un pulsante che viene premuto dall'operatore in caso di emergenza (aggressione), tra le funzioni appena menzionate è presente anche il rilevamento "uomo a terra", questo allarme viene inviato in caso di caduta a terra dell'operatore aggredito. Quando un operatore preme il pulsante del dispositivo tracker, questo avvia la chiamata di emergenza alla Centrale Operativa 112/118 e invia le coordinate geografiche dell'operatore chiamante alle Forze dell'Ordine.

Invece, per il Pronto Soccorso di Senigallia nel 2022 è stata segnalata la presenza della vigilanza 24 ore su 24, del sistema di allarme e della presenza di porte blindate; c'è chi aveva riposto che non erano presenti misure di gestione e non era stato citato il campanello al triage. Il passaggio del servizio della vigilanza da 24 ore su 24 a quello notturno 22-6 potrebbe essere dovuto al fatto che gli episodi violenti si manifestavano maggiormente durante il turno notturno degli infermieri, mentre prima erano più distribuiti durante la giornata. Per quanto riguarda il sistema di allarme, nel 2022 non erano state spiegate le modalità di funzionamento; quindi, non è possibile effettuare una comparazione con i dati disponibili del 2025.

Tutte queste misure sono state implementate anche grazie all'articolo 7, della Legge n.113 del 14 febbraio 2020, il quale stabilisce che per prevenire gli episodi di aggressione

e violenza le strutture devono avere dei protocolli specifici fatti in collaborazione con le Forze di Polizia per poter garantire degli interventi tempestivi.

Una parte di questo studio verte anche sulle modalità di gestione della violenza, sia durante il suo manifestarsi sia a seguito dell'accaduto; quanto agli infermieri dell'AST di Pesaro e Urbino, per gestire la situazione, essi hanno chiesto principalmente aiuto ai propri colleghi e alle Forze dell'Ordine nell'anno 2025, invece gli interventi per allontanare l'aggressore in autonomia sono diminuiti nello stesso anno, questo è fondamentale poiché in caso di violenza è importante non agire in autonomia; mentre nel 2022 si può dire che sostanzialmente la situazione veniva gestita in autonomia, con l'aiuto dei colleghi o delle Forze dell'Ordine (grafico n.31 a pag.52). Quanto al Pronto Soccorso di Senigallia la situazione è ben diversa, perché nel 2022 gli infermieri hanno chiesto maggiormente il supporto alle Forze dell'Ordine e ai propri colleghi, non si erano verificati casi di allontanamento dell'aggressore in autonomia; invece, nel 2025 le azioni sembrano essere più "distribuite", ovvero che hanno quasi lo stesso numero di risposte. Una supposizione che si potrebbe fare è sulla diversa intensità degli episodi che si sono verificati nel 2025: alcuni erano solo minacce verbali o fisiche e che quindi, è stato sufficiente agire in autonomia, senza chiedere l'intervento delle Forze dell'Ordine; altri invece erano più intensi e difficili da gestire in autonomia. Nel 2022 gli episodi potrebbero essere stati più pericolosi per l'incolumità del personale e che quindi, sono stati richiesti maggiormente gli interventi dei colleghi e delle Forze dell'Ordine.

Sebbene gli infermieri abbiano messo in atto diverse azioni per gestire la violenza nell'immediato, diversa è la situazione successivamente all'accaduto perché nei Pronto Soccorso di Pesaro, Fano e Senigallia la maggior parte degli infermieri non hanno segnalato l'evento; sono pochi quelli che hanno fatto la segnalazione alla Direzione Sanitaria e sporto denuncia all'Autorità Giudiziaria. Le cause di una mancata segnalazione non sono state indagate direttamente né da questo studio né da quello nell'anno 2022, quelle più plausibili provengono dalla letteratura consultata. I motivi di una mancata segnalazione possono derivare da questioni personali, esempio l'impatto della violenza, o contestuali, ovvero che gli infermieri potrebbero percepire il comportamento aggressivo di un paziente come non intenzionale o che deriva dalla sua condizione di salute attuale; un'altra motivazione è che gli infermieri potrebbero reputare

questi episodi non sufficientemente gravi o che l'iter procedurale della segnalazione è complesso e richiede molto tempo (Song C, 2021).

Le linee guida dell'Emilia – Romagna sulla prevenzione e gestione della violenza contro gli operatori sanitari evidenziano il fatto che tutti gli atti di violenza (verbali o fisici) devono essere segnalati anche in caso di dubbi sulla natura della violenza, ad esempio nel caso di un paziente incapace di intendere e di volere oppure legato allo stato di salute momentaneo, perché una volta effettuata la segnalazione saranno poi le Strutture di Rischio Clinico e il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale che analizzeranno il caso e decideranno la giusta misura da adottare. Le medesime linee guida sottolineano anche l'importanza della formazione del personale, poiché il personale deve conoscere i rischi per la sicurezza e le procedure da seguire quando accadono questi eventi. In particolare, la mancata o non adeguata formazione del personale è stata categorizzata dalla Raccomandazione n.8 del Ministero della Salute come un fattore di rischio perché il non saper riconoscere e/o trattare preventivamente gli atteggiamenti potenzialmente minacciosi e non segnalarli quando vengono messi in atto (verbalmente o fisicamente) hanno come conseguenze dirette l'aumento degli episodi violenti e la difficoltà da parte delle aziende di implementare misure preventive idonee. Dai risultati è emerso che la maggior parte degli infermieri non ha partecipato a corsi formativi sia nell'anno 2022 sia nell'anno 2025; problematica sottolineata anche nella Raccomandazione n.8 del 2007, la quale ha identificato la mancanza di formazione del personale come un possibile fattore di rischio (Ministero della Salute, 2007) perché ritiene fondamentale che il personale infermieristico debba conoscere la progressione dei comportamenti violenti per interrompere il processo evitando di arrivare alle lesioni fisiche, anche gravi.

In seguito ai risultati ottenuti, sono state chieste spiegazioni ai rispettivi Coordinatori dei Pronto Soccorso di Pesaro e Fano nel 2025, essi hanno dichiarato che non sono stati fatti corsi formativi aventi come oggetto principale la violenza ma sono stati tenuti dei corsi all'interno della Unità Organizzativa con la psicologa ospedaliera, dove principalmente venivano trattate tematiche sulla gestione emotiva dell'aggressione, dello stress e del burnout. Invece, nel Pronto Soccorso di Senigallia la Coordinatrice ha riferito che si è tenuto solo un corso sull'escalation. Probabilmente ci saranno altre motivazioni in merito ad una mancata partecipazione da parte degli infermieri che potrebbero essere personali.

Nonostante la quasi totalità degli infermieri partecipanti allo studio hanno riferito di non aver partecipato a corsi formativi sul tema della violenza, quando gli viene posta la domanda: “Ritieni di possedere le giuste conoscenze per poter affrontare una comunicazione difficile?” si può dire che per i tre Pronto Soccorso le risposte date nel 2022 e nel 2025 sono pressoché sovrapponibili, perché in entrambi gli anni la prevalenza delle risposte affermative e negative evidenziano una stabilità sull’auto percezione delle capacità di affrontare una comunicazione difficile, intesa come l’interazione tra un infermiere e un paziente in stato di agitazione psicomotoria. In un reparto come il Pronto Soccorso questi eventi sono caratteristici perché da una parte abbiamo il paziente con la sua condizione di salute compromessa e le lunghe ore di attesa, dall’altra abbiamo l’infermiere in condizioni lavorative stressanti perché il Pronto Soccorso è un ambiente molto dinamico e molto soggetto al fenomeno del sovraffollamento con tanti pazienti da gestire; quindi, la comunicazione potrebbe non essere efficace da parte di entrambe le parti a causa dello stress.

In genere la gestione di una persona in stato di agitazione, attraverso la comunicazione, rientra nel programma dei corsi di formazione sul tema della violenza e i numeri riportati riflettono un po’ la mancata partecipazione a questi corsi perché ci sono ancora alcuni infermieri che ritengono di non avere capacità comunicative sufficienti per potersi interfacciare con una persona in stato di agitazione.

Si può affermare per certo che la violenza porta con sé delle conseguenze significative per chi la subisce; infatti, nei Pronto Soccorso di Pesaro e Fano, sia nel 2022 che nel 2025, durante l’episodio gli infermieri hanno provato maggiormente un senso di agitazione. Anche per il Pronto Soccorso di Senigallia, nel 2022, la maggior parte degli infermieri hanno provato un senso di agitazione nell’immediato; nel 2025 invece, le emozioni provate durante l’episodio sono diverse, gli infermieri hanno provato maggiormente un senso di spavento, impotenza e agitazione; mentre in minoranza si sono sentiti coraggiosi, calmi e in colpa. Una spiegazione che si potrebbe dare, per i Pronto Soccorso oggetto di questo studio, è che probabilmente nel 2025 gli episodi di minacce verbali, fisiche o aggressioni, erano più intensi rispetto al 2022, poiché sono state provate più emozioni, soprattutto quella di spavento ed impotenza, indici di intensità del fenomeno.

Sostanzialmente può definirsi “normale” provare delle emozioni quando si manifestano questi episodi; invece sono da ritenere preoccupanti le emozioni provate tardivamente perché queste si riflettono soprattutto sull’attività professionale e sono state principalmente: la demotivazione, rabbia e mancata gratificazione professionale. Come conseguenze di queste emozioni la letteratura ha evidenziato: lo stress, il burnout, l’abbandono della professione e il turnover; queste sono tutte condizioni legate tra di loro poiché elevati periodi di stress causano il burnout, il quale può portare ad una negativizzazione del lavoro che si sta svolgendo, con conseguente abbandono della professione ed infine, il turnover. L’abbandono della professione è stato descritto dalla letteratura come quella condizione che causa il turnover con conseguente aumento del carico di lavoro, ma dai risultati ottenuti in questo studio si può dire che non necessariamente l’abbandono della professione causi direttamente il turnover; perché i numeri di coloro che hanno avuto il pensiero di abbandonare la professione sono pressoché molto vicini, se non uguali, a quelli che hanno risposto il contrario tra l’anno 2022 e 2025. Questo può significare che nonostante gli infermieri abbiano avuto questo pensiero di lasciare il lavoro, stanno comunque proseguendo con l’attività lavorativa poiché credono ancora nella professione e nella loro pratica per assistere chi ha veramente bisogno.

6. CONCLUSIONI

Definire il reale andamento del fenomeno è possibile farlo solo parzialmente, come specificato nell'obiettivo, perché la parte del questionario dedicata alle caratteristiche degli episodi violenti indaga solo la quantità di infermieri coinvolti; quindi, non è stato possibile conoscere anche il numero di episodi diretti ad ogni singolo infermiere perché nel questionario non era presente una domanda dedicata; non è stato possibile conoscere anche le tipologie di pazienti e le motivazioni dell'escalation degli episodi e delle segnalazioni non pervenute da parte degli infermieri. Inoltre, non sono stati coinvolti tutti i Pronto Soccorso della regione Marche e non hanno partecipato allo studio circa il 30% degli infermieri, i quali avrebbero potuto influire su un eventuale aumento o riduzione degli infermieri coinvolti rispetto al 2022. Quindi, i risultati possono essere definiti come statisticamente non significativi.

Resta comunque certo che il fenomeno della violenza è tutt'oggi presente e dai risultati ottenuti si può affermare visivamente che la situazione è rimasta stabile per quanto riguarda l'AST di Pesaro e Urbino; diverso è per l'AST di Ancona dove si è osservato un piccolo miglioramento per quanto riguarda il numero di infermieri coinvolti.

Il triage si conferma come luogo principale dove vengono messe in atto minacce verbali, fisiche e/o aggressioni, aventi come principali responsabili i pazienti e i relativi familiari; le cause derivano da fattori multipli, il cui connubio porta all'escalation di questi episodi.

Le conseguenze sono significative, soprattutto per quanto riguarda le emozioni provate tardivamente come rabbia, demotivazione e privazione di gratificazione professionale; per alcuni infermieri queste emozioni hanno influito sul proseguimento dell'attività professionale; invece, per altri non ci sono stati risvolti importanti sulla professione nonostante le emozioni provate nei mesi successivi. Quindi, non c'è un rischio reale che gli infermieri possano lasciare la loro professione ma ciò non esclude un eventuale presenza di una condizione di stress persistente.

La violenza è una questione complessa perché per le Aziende Ospedaliere è molto difficile implementare delle misure preventive per evitarla in toto, perché è un evento imprevedibile caratterizzato da variabili modificabili e non. Quelle che possono ritenersi modificabili al fine di migliorare il contesto lavorativo del Pronto Soccorso, ad esempio, riguardano il miglioramento della gestione degli accessi impropri attraverso campagne di informazione sull'uso appropriato del Pronto Soccorso, le quali mirano ad orientare consapevolmente il cittadino sull'uso dei servizi e di individuare la struttura più adeguata alle sue esigenze.

Quelle non modificabili riguardano le caratteristiche delle persone e qui subentrano i corsi di formazione contro la violenza, in quanto puntano ad un riconoscimento e gestione di un atteggiamento potenzialmente minaccioso o violento ed è giusto che il personale abbia gli strumenti per poterlo gestire. Quindi è importante che l'Azienda promuova e sensibilizzi il personale a partecipare regolarmente a questi corsi, perché un giusto riconoscimento degli episodi porta anche ad una giusta segnalazione.

Inoltre, è utile prestare particolare attenzione anche al personale infermieristico perché è una professione ad alto impatto emotivo e pratico, specialmente all'interno del Pronto Soccorso e visti i risvolti emotivi che la violenza ha sugli infermieri, potrebbe essere utile un maggior coinvolgimento degli stessi in corsi di gestione dello stress periodici sia a seguito della violenza, com'è già stato fatto all'interno dell'AST di Pesaro e Urbino, sia a seguito delle condizioni lavorative.

In conclusione, la violenza contro gli operatori sanitari è un fenomeno multifattoriale, poiché non riguarda solo un problema di pubblica sicurezza, quindi l'aggressione diretta da parte dei pazienti e/o familiari, ma è anche indice di un sistema che al suo interno presenta delle fragilità. Intervenire su queste problematiche porterebbe ad un miglioramento dell'ambiente del Pronto Soccorso, dei pazienti e del benessere di chi lavora.

BIBLIOGRAFIA

Bernaldo De Quirós M, Piccini A.T, et al. (2015). *Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: corss selectional survey*. International Journal of Nursing Studies, 52 (1), 260-70. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011.

Chapaman R, Styles I, et al. (2010). *Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation*. International Journal of Mental Health Nursing, 19 (3), 186-94. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00663.x.

De Freitas L, Goodcare S, et al. (2018). *Intervention to improve patient flow in emergency departments: an umbrella review*. Emergency Medicine Journal, 35 (10), 626-637. DOI: 10.1136/emmermed-2017-207263.

Gómez-Urquiza J.L, De la Fuente-Solana E.I, et al. (2017). *Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis*. Critical Care Nurse, 37 (5), 1-9. DOI: 10.4037/ccn2017508.

Hou Y, Corbally M et al. (2022). *Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis*. Journal of Nursing Management, 30 (6), 1688-1699. DOI: 10.1111/jonm.13721.

Husu M.C, Chou M.H, et al. (2022). *Dilemmas and Ripercussions of Workplace Violence against Emergency Nurses: A Qualitative Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19 (5), 2661. DOI: 10.3390/ijerph19052661.

National Istitute for Occupational Safety and Health. (2002). Occupational Hazards in Hospitals: Violence. CDC Workplace Safety and Health, 101, 1. DOI: <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB2002101>

Natale A, Costabile M. (2024). Indagine sulla violenza nei confronti del personale infermieristico del Pronto Soccorso di un'azienda ospedaliera toscana. *Rivista L'infermiere*, 66 (3), 66-71.

O'Brien-Pallas L, Griffin P, et al. (2006). *The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study*. *Political & Nursing Practice*, 7 (3), 169-79: DOI: 10.1177/1527154406291936.

Pich J, Hazelton M, et al. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 19 (1), 12-19. DOI: 10.1016/j.ienj.2009.11.007.

Song C, Wang G, et al. (2021). Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China. *International Journal of Nursing Sciences* 8 (1), 65-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.11.006>.

Winasti W, Elkhuizen S, et al. (2017). *Inpatient flow management: a systematic review*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31 (7), 718-734. DOI: 10.1108/IJHCQA-03-2017-0054.

Woo T, Ho R, et al. (2019). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.12.015.

SITOGRAFIA

Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute. (2020). Triage di Pronto Soccorso per l'adulto. Tratto da:
https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/files/manuale_di_triage_per_ladulto_28VbM8T_0LPFt8e.pdf

Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro e Urbino. (2025). Accedere al Pronto Soccorso. Tratto da: <https://www.ospedalimarchenord.it/cosa-devi-fare/accedere-al-pronto-soccorso/>.

Bartoloni. M. (2025). Da Palermo a Torino ecco i Pronto Soccorso dove si aspetta anche più di 8 ore per farsi visitare. Tratto da: <https://www.ilsole24ore.com/art/da-palermo-torino-ecco-pronto-soccorso-dove-si-aspetta-anche-piu-8-ore-farsi-visitare-AIjFbMC>

Bonetti M, Melani C. (2019). Il ruolo degli accessi impropri in Pronto Soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. Istituto Superiore di Sanità. Tratto da: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano>

Decreto Presidente della Repubblica. (1992). Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. Tratto da: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-03-31&atto.codiceRedazionale=092A1471&elenco30giorni=false

Deliberazione della Giunta Regionale delle Marche n.1707. (2023). Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza. Tratto da: https://www.grusol.it/informazioni/28-11-23_1.PDF

Gruppo Formazione Triage. (2025). Triage. Tratto da: <https://www.triage.it/index.php/definizione>.

Legge 14 febbraio 2020, n.113 (2020). Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Gazzetta Ufficiale n.224 del 9 settembre 2020. Tratto da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/09/20G00131/s>

Lerza R, Grazia G, et al. (2012). L'infermiere di Triage in Pronto Soccorso: una moderna figura di dirigente sanitario. Italian Journal of Medicine. Tratto da: https://www.itjem.org/wp-content/uploads/2019/06/Triage_ProntoSoccorso_Nursing.pdf

Ministero della Salute. (2007). Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Tratto da: https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_721 Allegato.pdf

Ministero della Salute. (2013). Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso. Tratto da: https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_1934 Allegato.pdf

Ministero della Salute. (2019). Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero. Tratto da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf

Ministero della Salute. (2019). Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Tratto da: https://www.ghcspa.com/sites/default/files/2024-08/C_17_linee-di-indirizzo-nazionali-per-lo-sviluppo-del-piano-di-gestione-del-sovrappollamento-in-pronto-soccorso.pdf

Ministero della Salute. (2025). Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie. Tratto da:

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/professioni-sanitarie/osservatorio-nazionale-sulla-sicurezza-degli-esercenti-le-professioni/>

Ministero della Salute. (2026). Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie. Tratto da:

<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/relazione-sulle-attivita-dellosservatorio-nazionale-sulla-sicurezza-degli-esercenti-2/>

Ministero della Salute. (1992). Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica. Tratto da:

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: international classification of diseases. Tratto da:

https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

Organizzazione delle Professioni Infermieristiche di Bologna. (2017, 14 giugno). Essere PRONTO aiuta il Soccorso. Tratto da:

<https://www.ordineinfermieribologna.it/2017/essere-pronto-aiuta-il-soccorso.html>

Servizio Sanitario Regionale Emilia – Romagna . (2019, 19 marzo). Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari. Tratto da: https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/le-raccomandazioni-regionali-1/linee-di-indirizzo-prevenzione-atti-di-violenza_np.pdf

Sistema sanitario Regionale Lazio. (2023, 06 febbraio). Manuale regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore). Tratto da: <https://www.regione.lazio.it/documenti/80088>

VIOLENZA SUL PERSONALE INFERMIERISTICO IN AREA CRITICA: UN'ANALISI COMPARATIVA DELLA REGIONE MARCHE

Gentilissimi, mi chiamo Camilla Grassi e sono una studentessa del CdL Di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche presso la sede di Ancona. L'obiettivo di questo studio è quello di confrontare i risultati, che otterrò con questo questionario, con quelli riportati nella tesi di un'altra ragazza (nell'anno 2022) per verificare l'andamento di questo fenomeno, quindi se ci sono stati dei miglioramenti oppure no. Vi chiedo la vostra massima collaborazione cosicché io possa avere dei risultati attendibili sulla situazione.

Il questionario è in forma totalmente anonima nel rispetto della vostra privacy.

Confido nel vostro contributo e vi ringrazio per il tempo e l'attenzione che mi avete dedicato.

Vi lascio la mia email in caso di difficoltà a compilare il questionario:
cami.grassi01@gmail.com

* Indica una domanda obbligatoria

1. In quale AST svolge la professione di infermiere? *

Contrassegna solo un ovale.

AST Pesaro-Urbino

AST Ancona

2. 1. Sesso *

Contrassegna solo un ovale.

Maschio

Femmina

Preferisco non specificarlo

3. 2. Età *

Contrassegna solo un ovale.

18-29

30-39

40-49

50-59

60+

4. 3. Anni di servizio come infermiere in PS *

5. 4. Anni di carriera come infermiere *

6. 5. Ha mai subito episodi di violenza verbale negli ultimi 12 mesi? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

7. 6. Ha mai subito episodi di violenza fisica negli ultimi 12 mesi? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

8. 7. Tipologia di aggressore *
contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Paziente
 Familiare
 Accompagnatore
 Altro: _____

9. 8. In quale area del PS si è verificato l'evento? *
contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Pre-triage
 Triage
 Sala
 Altro: _____

10. 9. Ha mai ricevuto minacce con qualche oggetto? Se sì, specificare nella casella "Altro". *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Sì
 No
 Altro: _____

11. 10. Quale azione è stata messa in atto? *

Contrassegna solo un ovale.

Allontanamento dell'aggressore

Intervento delle forze dell'ordine

Intervento dei colleghi

Altro:

12. 11. Quale provvedimento ha adottato dopo l'evento? *

Contrassegna solo un ovale.

Segnalazione alla Direzione Sanitaria

Denuncia alle Autorità Giudiziarie

Non ho intrapreso alcuna azione

Altro:

13. 12. Quali sono state le sensazioni che ha provato nell'immediato o subito dopo aver subito la violenza?

contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

Spaventato/a

Agitato/a

Coraggioso/a

Impotente

Calmo/a

In colpa

Altro: _____

14. 13. Nell'Azienda dove lavora, vi è la presenza di almeno uno di questi mezzi di protezione attiva e/o passiva?

contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Vigilanza
- Campanello
- Porte blindate
- Sistema di allarme
- Altro: _____

15. 14. È a conoscenza delle misure preventive che l'Azienda ha individuato? *
- Se sì, specificare nella casella "Altro".

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Sì
- No
- Altro: _____

16. 15. Negli ultimi 12 mesi ha partecipato a corsi formativi su questa tematica? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

17. 16. Ritieni di possedere le giuste conoscenze per poter affrontare una comunicazione difficile?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

18. 17. Quali emozioni ha provato nei mesi successivi? *
contrassegna una o più risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Paura
- Rabbia
- Panico
- Demotivazione
- Privazione di gratificazione professionale
- Altro: _____

19. 18. Ha mai pensato, per le risposte date nella domanda precedente, di abbandonare la professione?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

Al Direttore di Direzione Sanitaria AST Ancona Dott.ssa
Benedetta Raffaella Ruggeri

Al Direttore/Dirigente Area Professioni Sanitarie
Dott.ssa Donatella Giovannini

Oggetto: Richiesta Analisi comparativa di dati

In merito all'oggetto, La Sottoscritta Grassi Camilla, iscritta al 30 anno del CdL in
Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche sede di Ancona

CHIEDE

La Vs autorizzazione a condurre uno studio dal titolo: "Violenza sul personale infermieristico in
area critica : un'analisi comparativa della Regione Marche". È prevista, per una miglior raccolta dati, la
somministrazione di un questionario generato con ^o oogle Moduli.

Le informazioni ottenute saranno trattate in maniera da garantire la privacy degli operatori, e
saranno oggetto del progetto di tesi di laurea della studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica
dell'Università Politecnica delle Marche sede di Ancona.

La raccolta dati è prevista per il periodo aprile-luglio 2025, successivamente alla Vs
autorizzazione, sarà mia cura prendere accordi specifici con i referenti dei Dipartimenti in indirizzo,
nonché con il

Coordinatore Infermieristico.

Si allega copia del questionario

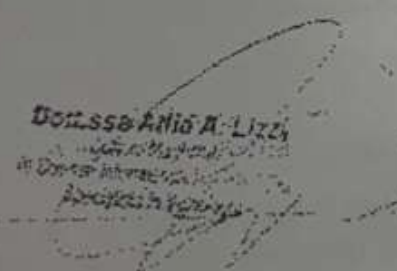

Al termine del lavoro di tesi verrà messo a disposizione un report all'Azienda che riassumerà le
principali conoscenze desunte dallo studio stesso.

Ringraziando anticipatamente per la Vs attenzione, si porgono i più cordiali saluti.

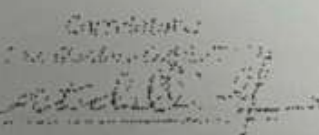
Ancona, 17 /02/2025

La studentessa

Camilla Grassi



Dott.ssa Anna A. Lizzi
Coordinatore Infermieristico
Dipartimento Infermieristico



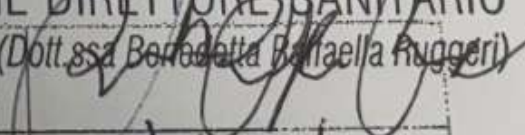
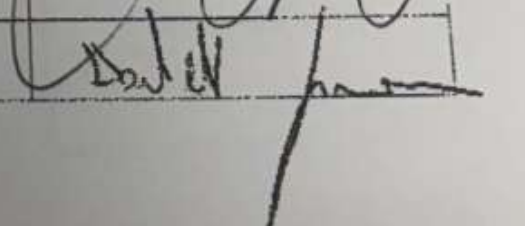
Dirigente Area Professioni Sanitarie



Direttore Sanitario

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott.ssa Benedetta Raffaella Ruggeri)

Data	Approvazione	Direttore Direzione Medica	
Data	Approvazione	Dirigente APS	



AZIENDA SANITARIA TERRITORI/

Prot. n.

Id. n.

Pesaro, li

UNIVERSITA' POLITECNICA
DELLE MARCHE
POLO DIDATTICO DI PESARO

Oggetto: RILASCIO: Autorizzazione alla somministrazione di un questionario per la tesi di laurea

Con riferimento alla V/s richiesta : 0021566|26/02/2025|AST-PU|AAGG|A di pari oggetto, si rilascia autorizzazione in favore della studentessa : Grassi Camilla

Distinti saluti.

PROFESSIONI SANITARIE
Dott.ssa Stefania Rasori

Direttore Sanitario
Dott. Edouardo Berselli