



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e
nei Luoghi di Lavoro

**RISCHIO AGGRESSIONE AL PERSONALE
SANITARIO NELL'AZIENDA OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA DELLE MARCHE:
ELABORAZIONE DELLE PROCEDURE E VALUTAZIONE DEL
RISCHIO**

**RISK OF ASSAULT ON HEALTHCARE WORKERS IN THE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DELLE MARCHE:
DEVELOPMENT OF PROCEDURES AND RISK ASSESSMENT**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Lory Santarelli

Tesi di Laurea di
Maila Paoletti

Correlatore:
Dott. Andrea Andreanelli

A.A. 2024/2025

*Non smettere di imparare:
sia tua cura accrescere ciò che sai.*
Marco Porcio Catone “Il Censore”

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUZIONE..... | 1 |
| 2. IL FENOMENO DELLE AGGRESSIONI | 2 |
| 2.1 LE AGGRESSIONI A LIVELLO NAZIONALE..... | 5 |
| 2.2 LE AGGRESSIONI NELLA REGIONE MARCHE..... | 6 |
| 2.2.1 Le Aggressioni nell'azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche..... | 9 |
| 2.2.1.1 Rielaborazione grafica aggressioni a danno di operatori sanitari nell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche – Anno 2025..... | 13 |
| 3. OBIETTIVO DELLA TESI..... | 18 |
| 4. MATERIALI E METODI..... | 19 |
| 4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO..... | 20 |
| 4.2 STRUTTURAZIONE DELLA PROCEDURA INTERNA DI SEGNALAZIONE DELL'EVENTO..... | 21 |
| 4.2.1 Analisi del contesto organizzativo/lavorativo..... | 23 |
| 4.2.2 Procedura di Segnalazione su applicazione interna aziendale..... | 27 |
| 4.2.3 Audit di evento significativo..... | 36 |
| 4.2.4 Analisi delle conseguenze degli episodi di violenza..... | 36 |
| 4.2.5 La gestione dell'operatore vittima di aggressione..... | 37 |
| 4.2.6 La gestione dell'episodio di aggressione con diagramma di flusso..... | 39 |
| 4.3 STRATEGIE DI PREVENZIONE..... | 40 |
| 4.3.1 Informazione..... | 40 |
| 4.3.2 Misure di prevenzione strutturali/tecnologiche..... | 41 |
| 4.3.3 Misure organizzative..... | 42 |

| | |
|---|----|
| 4.3.4 Gestione dei comportamenti/Formazione..... | 45 |
| 4.4 METODICA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO.... | 47 |
| 4.4.1 Criterio di Calcolo..... | 47 |
| 4.4.2 Individuazione Fattore Probabilità (P)..... | 47 |
| 4.4.2.1 Check List per la valutazione..... | 49 |
| 4.4.3 Individuazione Fattore Danno (D)..... | 52 |
| 5. DISCUSSIONE..... | 53 |
| 6. CONCLUSIONE..... | 54 |
| 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 56 |
| 7.1 BIBLIOGRAFIA..... | 56 |
| 7.2 SITOGRAFIA..... | 58 |
| RINGRAZIAMENTI | |

1. INTRODUZIONE

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)¹ definisce la violenza sul luogo di lavoro come *“Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”*. [1]

La definizione di violenza sul luogo di lavoro elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) cita *“Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazione correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute”*. [2]

Il *“Testo Unico sulla Sicurezza”*, il Decreto Legislativo 81/2008 (D.Lgs. 81/08), è la normativa fondamentale in Italia per la salute e sicurezza sul lavoro, che ha unificato e riorganizzato le precedenti leggi (come il D.Lgs. 626/94), stabilendo obblighi e responsabilità per datori di lavoro, dirigenti, preposti e lavoratori, e promuovendo un approccio preventivo basato sulla valutazione dei rischi e la formazione del personale. È un testo complesso che integra direttive europee e definisce principi, misure di prevenzione, protezione e gestione dei rischi professionali.

I termini *“violenza”* e *“aggressione”*, non sono presenti nel testo del Decreto Legislativo 81/08, ma devono essere considerati nella valutazione del rischio, in quanto il Datore di Lavoro è tenuto a valutare tutti i rischi presenti nel luogo di lavoro. [3]

Quindi nonostante le fonti concordino sull'importanza di elaborare un programma di prevenzione per le aggressioni al personale, esse non identificano uno strumento universale chiaro e preciso per stimarne il rischio espositivo. Ciascuna azienda, perciò, svolge la valutazione del rischio aggressioni in base alle proprie conoscenze ed esperienze, utilizzando strumenti differenti.

¹ NIOSH: Istituto di ricerca federale statunitense che si occupa di sicurezza e salute sul lavoro, conducendo studi e formulando raccomandazioni per prevenire infortuni e malattie professionali; opera all'interno dei CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e sviluppa anche strumenti, come il *“Metodo NIOSH”* per la valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi (MMC).

La sicurezza sul posto di lavoro rappresenta un obiettivo perseguito nel tempo da Enti, da Istituzioni e dai lavoratori stessi e regolamentato da norme che definiscono i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali in tema di salute del lavoratore.

2. IL FENOMENO DELLE AGGRESSIONI

Secondo i dati raccolti dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), in Italia nel quinquennio 2015-2019, l'incidenza di infortuni da violenza e aggressione negli ambiti dell'industria e dei servizi è stata del 3%, mentre nel settore Sanità e Servizi Sociali è del 9% (circa 11000 casi, con una media di quasi 2000 casi l'anno). [4]

Questi ultimi dati, sono stati successivamente aggiornati al 2020 segnando una tendenza in aumento, e *“confortano l'ipotesi che vi è ancora oggi una sottostima del fenomeno”*. [5].

Vi è una sottostima, perché ad oggi molti episodi di violenza verbale, psicologica ma anche fisica, non vengono denunciati dai lavoratori, si ritiene che il fenomeno sia sottostimato fino al 70% della sua reale dimensione. [6]

Le ragioni per cui non vi è denuncia da parte dei lavoratori sono molteplici, spesso il rischio del pericolo non viene percepito dagli operatori o in alcuni reparti ospedalieri (Psichiatria o Reparti di Emergenza, Pronto Soccorso), l'aggressione viene accettata perché ritenuta *“parte integrante del lavoro”*.

Spesso mancano attività di censimento mirate, non sono definite procedure standardizzate per la gestione dell'evento e le vittime hanno una scarsa propensione a denunciare ovvero temono conseguenze professionali negative stigmatizzanti, per esempio essere considerate incapaci di adattarsi alle situazioni o di stabilire buone relazioni e un rapporto empatico con il paziente.

Diversi studi dimostrano che c'è poi una differenziazione nella partecipazione alle segnalazioni del personale, infatti solamente il 30% degli infermieri riporta episodi di aggressione occorsi sul luogo di lavoro, percentuale che scende al 26% quando si tratta di medici. [7]

In uno studio effettuato da Nursind², nel 2017, mediante un sondaggio al quale hanno aderito oltre 5.000 professionisti sanitari si evidenzia come la violenza si manifesti con aggressione verbale (48,1%), verbale e fisica (45,5%) o fisica (6,4%) e sia stata intrapresa da pazienti (40,1%), parenti (34,3%), entrambi (17%) o altri utenti casuali (8,6%).

Considerando il genere, c'è una leggera tendenza ad aggredire personale femminile, tenuto conto, però, che il personale del SSN nel 2015 era composto per il 66% di femmine e il 34% di maschi, si può ragionevolmente sostenere che, nell'indagine compiuta, l'aggressore non facesse distinzioni di genere. [8]

Inoltre, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) riporta che nel quinquennio 2015-2019, le sedi che hanno registrato più aggressioni per anno sono state: Pronto Soccorso (456), Reparti di Degenza (400), Ambulatori (320), Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura SPDC (72), Terapie Intensive (62), Ambulanze del 118 (41), Assistenza Domiciliare (37), Case di Riposo (20) e Penitenziari (11). [10]

Ancora, un'indagine di Marzo 2024, condotta da ANA OO/Assomed su un campione significativo di professionisti sanitari, ha descritto chiaramente e in maniera preoccupante il fenomeno delle aggressioni.

I responders proporzionalmente rappresentativi di tutte le fasce di età ma con prevalenza del genere femminile (60%), ha risposto per l'81%, di essere stato vittima di aggressioni, in notevole escalation rispetto ai dati della stessa indagine condotta nel 2018 (65%). Di questi il 23% riferisce aggressioni fisiche, il 77% di aggressioni verbali.

Per dare un'indicazione della gravità di questi atti di violenza fisica, viene riportato il dato che da tali aggressioni sono derivate prognosi comprese tra i 3 ed i 100 giorni di astensione dal lavoro.

² NURSIND: Principale sindacato autonomo italiano, non schierato politicamente, delle professioni infermieristiche e delle ostetriche. Nasce nel 1998 per tutelare le categorie, è autorappresentato cioè costituito da infermieri che rappresentano al meglio le istanze di altri infermieri. [9]

Va sottolineato come ben il 13% dei responders lavori in Psichiatria e l'11% in Pronto Soccorso / Medicina d'emergenza-urgenza.

Le aggressioni sono compiute dal paziente solo nella metà dei casi (51,3%) mentre i parenti sono responsabili del 42,3% degli eventi, soprattutto in Pronto Soccorso come esposto sopra.

Si conferma, anche in quest'ultima indagine la tendenza a non denunciare l'aggressore (69% di aggressioni non denunciate). [11]

Già nel 2007 il Ministero della Salute aveva emanato la *“Raccomandazione Ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”* che rientrava così tra gli eventi sentinella³ oggetto di segnalazione, ed incentivava i professionisti a comunicare ogni violenza subita utilizzando l'Incident Reporting, un applicativo informatico che consente di segnalare situazioni di rischio per la sicurezza degli operatori; suggerendo inoltre, di elaborare programmi di prevenzione di atti aggressivi. [13]

In tale contesto si inserisce, poi, la legge 14 agosto 2020, n. 113, la quale ha assunto un ruolo di particolare rilevanza per fronteggiare il fenomeno, introducendo un sistema di protezione, a tutela dei lavoratori esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, volto a rafforzare la tutela penalistica, oltre ad aver istituito un apposito organismo, l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), con compiti specifici e mirati in ambito di monitoraggio, prevenzione e comunicazione.

Tale istituzione ha il compito di raccogliere ed analizzare i dati sul fenomeno della violenza e concretizzare proposte che consentano una efficace azione preventiva, anche attraverso nuove norme giuridiche, a livello dell'organizzazione dei servizi sanitari. [12]

³ EVENTO SENTINELLA: Evento avversi di eccezionale gravità che può causare morte, danno permanente o grave compromissione del paziente, determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario ed è potenzialmente evitabile [12]

2.1 LE AGGRESSIONI A LIVELLO NAZIONALE

In base all'ultimo rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS) relativo all'anno 2024 è emerso che i casi segnalati di aggressione al personale sanitario nel pronto soccorso e in corsia sono stati circa oltre 18mila aggressioni a livello nazionale, coinvolgendo circa 22mila operatori, dato che un singolo episodio può colpire più persone. A livello nazionale, emerge un incremento generale delle segnalazioni rispetto all'anno 2023 (+15%).

Il sesso femminile è quello maggiormente colpito, con una percentuale che supera il 60% nella maggior parte delle Regioni (in linea con la composizione del personale del Servizio Sanitario Nazionale, dove oltre il 65% degli operatori sono donne).

La fascia d'età più colpita è generalmente quella compresa tra i 30 e i 49 anni, che rappresenta la parte più attiva della forza lavoro sanitaria. La maggior parte degli episodi si verifica nei giorni feriali, con un picco nelle fasce orarie mattutine e pomeridiane, coerentemente con il numero di giorni festivi e le ore notturne, suggerendo che non vi è un aumento significativo del rischio di aggressioni in giornate o orari potenzialmente caratterizzati da un organico ridotto. Il personale maggiormente colpito (oltre il 55%) è quello infermieristico, seguito da medici (17,3%) e operatori socio-sanitari (OSS) (9,5%). Circa l'8% delle segnalazioni, poi, riguarda altre categorie come dipendenti non sanitari, operatori nei front office, vigilanti, soccorritori, ecc. Gli aggressori sono prevalentemente i pazienti, seguiti da familiari/caregiver e si conferma, come nel 2023, una netta prevalenza di aggressioni verbali (70%) rispetto a quelle fisiche (24%) e contro la proprietà (6%). [14]

2.2 LE AGGRESSIONI NELLA REGIONE MARCHE

Nel 2024 delle 18mila aggressioni a livello nazionale, 251 sono state denunciate nella Regione Marche con un incremento di 161 eventi rispetto al 2023 che ne contava 90.

La distribuzione degli eventi per genere risulta così suddivisa: 166 [66%] di genere femminile e 85 [34%] di genere maschile.

La suddivisione per fascia di età mostra la seguente distribuzione: fino a 29 anni: 30 eventi [12%]; 30-39 anni: 63 eventi [25%]; 40-49 anni: 57 eventi [28%]; 50-59 anni: 77 eventi [31%]; 60 anni e più: 24 [10%].

I profili professionali maggiormente esposti ad eventi di aggressione sono: Infermiere: 174 eventi [69%]; Medico Chirurgo: 15 eventi [9%]; OSS: 19 eventi [7,6%]; Psicologo: 8 eventi [3%]; Assistente sociale: 4 eventi [2,8%].

I setting assistenziali dove maggiormente si verificano le aggressioni sono i seguenti: Pronto soccorso: 95 eventi [37%]; Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC): 27 eventi [10%]; Area di degenza: 28 eventi [11%]; Servizi Psichiatrici Territoriali (REMS): 18 eventi [7%]; Ambulatorio: 10 eventi [4%].

La tipologia di aggressione più frequente è quella verbale (nr. 157 [78%]); l'aggressore maggiormente responsabile è l'utente/paziente (nr. 169 [67%]). [14]

TABELLA 2.1 - Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2024 - Regione Marche

(Fonte: Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, Relazione attività anno 2024, p.43)

| Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2024 | | | |
|--|-------------------------|---|---|
| Regione/PA: MARCHE | | | |
| id | Variabile | Modalità | Dato aggregato a livello regionale/P.A. |
| 2 | Settore | Pubblico | X |
| | | Privato accreditato convenzionato SSR | |
| 3 | Sesso | Maschio | 166 |
| | | Femmina | 85 |
| 4 | Età | Fino a 29 anni | 30 |
| | | 30-39 anni | 63 |
| | | 40-49 anni | 57 |
| | | 50-59 anni | 77 |
| | | 60 anni e più | 24 |
| 5 | Qualifica professionale | Assistente Sanitario | 0 |
| | | Biologo | 0 |
| | | Chimico | 0 |
| | | Dietista | 0 |
| | | Educatore Professionale | < 3 |
| | | Farmacista | 0 |
| | | Fisico | 0 |
| | | Fisioterapista | < 3 |
| | | Igienista Dentale | 0 |
| | | Infermiere | 174 |
| | | Infermiere pediatrico | 0 |
| | | Logopedista | 0 |
| | | Medico chirurgo | 15 |
| | | Odontoiatra | 0 |
| | | Ortottista-Assistente di Oftalmologia | 0 |
| | | Ostetrica/o | < 3 |
| | | Podologo | 0 |
| | | Psicologo | 8 |
| | | Tecnico Audiometrista | 0 |
| | | Tecnico Audioprotesista | 0 |
| | | Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare | 0 |
| Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | 0 | | |
| Tecnico di Neurofisiopatologia | 0 | | |
| Tecnico Ortopedico | 0 | | |
| Tecnico Riabilitazione Psichiatrica | 0 | | |
| Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico | < 3 | | |
| Tecnico Sanitario di Radiologia Medica | < 3 | | |
| Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva | 0 | | |

TABELLA 2.2 - Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2024- Regione Marche

(Fonte: Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, Relazione attività anno 2024, p.44)

| Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2024 | | | |
|---|---|---|--|
| Regione/PA: MARCHE | | | |
| id | Variabile | Modalità | Dato aggregato a livello regionale/P.A. |
| | | Terapista Occupazionale | 0 |
| | | Veterinario | 0 |
| | | Assistente sociale | 4 |
| | | Operatore Socio Sanitario (OSS) | 19 |
| | | Dipendenti non sanitari / Front office | 24 |
| | | Altro: soccorritore, staff di Unità Operativa | 0 |
| 6 | N. totale operatori coinvolti | | 251 |
| 7 | Giorno evento | Feriale | 166 |
| | | Festivo | 85 |
| 8 | Fascia oraria | Mattina | 108 |
| | | Pomeriggio | 73 |
| | | Sera/Notte | 70 |
| 9 | Setting Assistenziale | Ospedale: | |
| | | Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) | 27 |
| | | Pronto Soccorso | 95 |
| | | Area di Degenza | 28 |
| | | Aree comuni | 5 |
| | | Ambulatorio | 10 |
| | | Territorio: | |
| | | Servizi per le Dipendenze | 11 |
| | | Servizi Psichiatrici Territoriali/REMS | 18 |
| | | Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale | < 3 |
| | | MMG, PLS, Continuità assistenziale | 0 |
| | | Ambulatori territoriali | 21 |
| | | Domicilio del paziente | 6 |
| | | Istituti Penitenziari | 19 |
| Case/Ospedali di Comunità | < 3 | | |
| RSA / Residenze Protette | 8 | | |
| 10 | Tipo di aggressione (si può selezionare più di una opzione) | Fisica | 85 |
| | | Verbale | 157 |
| | | Contro la proprietà | 9 |
| 11 | Tipo di aggressore | Utente / Paziente | 165 |
| | | Parente / caregiver / conoscente | 65 |
| | | Estraneo | 5 |

2.2.1 LE AGGRESSIONI NELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DELLE MARCHE

L'Azienda, "*Ospedali Riuniti Ancona Umberto I-G.M. Lancisi-G. Salesi*", nasce con la L.R. 13 del 20/06/2003 "*Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*" dalla fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera "*Umberto I*" delle Aziende Ospedaliere "*G.M. Lancisi*" e "*G. Salesi*", rispettivamente polo cardiologico e pediatrico.

L' Azienda Ospedaliera è integrata con l'Università Politecnica delle Marche di Ancona e svolge in modo inscindibile le funzioni di assistenza, didattica, ricerca e formazione, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Marche e del Sistema Universitario.

Si articola in due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario "*Umberto I*" e quello mono specialistico cardiologico "*G.M. Lancisi*", la seconda, collocata nel centro di Ancona, accoglie l'ospedale mono specialistico pediatrico "*G. Salesi*".

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche è dotata di n 938 posti letto con un organico di circa 3900 dipendenti, compresi i ricercatori e i medici universitari; vi si effettuano oltre 41.000 ricoveri (ordinari e diurni) con peso medio di complessità dell'1,6 e circa 2.200.00 prestazioni specialistiche per pazienti esterni.

Si specializzano all'interno dell'Azienda 900 medici/anno.

Perno della rete trapiantologica regionale e nazionale per trapianto di rene e fegato. L'Azienda Ospedaliero Universitaria è sede dell'unico DEA⁴ di II livello della Regione Marche e, dunque, perno della rete di emergenza-urgenza regionale.

⁴ DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione, offre, quindi servizi di Alta Specializzazione. Dispongono di reparti come neurochirurgia, cardiocirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia vascolare ecc., sono garantiti 24 h su 24 servizi di radiologia, laboratorio analisi e servizi immunotrasfusionale.

Per la sua vocazione chirurgica eroga oltre 33.000 interventi annui, con il 47% dei ricoveri di tipo chirurgico e oltre il 50% dell'attività di ricovero in regime di urgenza.

Nella rete regionale dell'emergenza territoriale gestisce il servizio di elisoccorso diurno e notturno con due mezzi di soccorso effettuando, ogni anno, oltre 1300 ore di volo.

È dotata di tre Pronto Soccorso; adulto presso la sede di Torrette, pediatrico e ginecologico presso la Sede del Salesi, che erogano oltre 80.000 accessi.

Polo di attrazione importante anche dalle altre Regioni, consolida una mobilità attiva extraregionale di oltre il 10%. [13]

Nel 2024 delle 251 aggressioni denunciate nella Regione Marche quelle riguardanti il nosocomio in considerazione sono state solamente 2.

Gli ultimi dati acquisiti durante il tirocinio nel Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, riferiti all'anno 2025, sono stati comunicati all'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio sanitarie (ONSEPS) (*pag.4*) e mostrano una netta impennata: sono state ricevute 13 segnalazioni di aggressione al personale sanitario.

TABELLA 2.3 - Monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2025- Azienda Ospedaliero- Universitaria delle Marche.

(Fonte: Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria delle Marche-Protocollo n.2025/0003763 del 03/04/2025- Allegato)

AGENAS Protocollo n. 2025/0003763 del 03/04/2025 (Allegato) Pagina 1 di 2

Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS)

Scheda di rilevazione aggressioni 2025

| SCHEDA DI SINTESI DEI DATI RACCOLTI AI FINI DELL'ONSEPS PER L'ANNO 2025 | | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|--------|
| Regione/P.A.: MARCHE - AOU MARCHE | | | |
| id | Variabile | Modalità | Numero |
| 1 | Numero di segnalazioni | | 13 |
| 2 | Settore | Pubblico | 13 |
| | | Privato accreditato convenzionato SSR | / |
| 3 | Sesso | Maschio | 6 |
| | | Femmina | 7 |
| 4 | Età | Fino a 29 anni | 4 |
| | | 30-39 anni | 6 |
| | | 40-49 anni | 3 |
| | | 50-59 anni | 3 |
| | | 60 anni e più | / |
| 5 | Qualifica professionale | Assistente Sanitario | / |
| | | Biologo | / |
| | | Chimico | / |
| | | Dietista | / |
| | | Educatore Professionale | / |
| | | Farmacista | / |
| | | Fisico | / |
| | | Fisioterapista | / |
| | | Igienista Dentale | / |
| | | Infermiere | 19 |
| | | Infermiere pediatrico | / |
| | | Logopedista | / |
| | | Medico chirurgo | 4 |
| | | Medico veterinario | / |
| | | Odontoiatra | / |
| | | Ortottista-Assistente di Oftalmologia | / |
| | | Ostetrica/o | / |
| | | Podologo | / |
| | | Psicologo | / |
| | | Tecnico Audiometrista | / |
| Tecnico Audioprotesista | / | | |
| Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari | / | | |
| Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | / | | |
| Tecnico di Neurofisiopatologia | / | | |
| Tecnico Ortopedico | / | | |

| SCHEDA DI SINTESI DEI DATI RACCOLTI AI FINI DELL'ONSEPS PER L'ANNO 2025 | | | |
|---|---|---|--------|
| Regione/P.A.: | | | |
| id | Variabile | Modalità | Numero |
| | | Tecnico Riabilitazione Psichiatrica | / |
| | | Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico | / |
| | | Tecnico Sanitario di Radiologia Medica | / |
| | | Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva | / |
| | | Terapista Occupazionale | / |
| | | Assistente sociale | / |
| | | Operatore Socio Sanitario (OSS) | / |
| | | Dipendenti non sanitari / Front office | / |
| | | Altro: specificare | / |
| 6 | N. totale operatori coinvolti | | 13 |
| 7 | Giorno evento | Feriale | 7 |
| | | Festivo | 6 |
| 8 | Fascia oraria | Mattina | 1 |
| | | Pomeriggio | 9 |
| | | Sera/Notte | 3 |
| 9 | Setting | Ospedale: | |
| | | Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) | 5 |
| | | Pronto Soccorso | 7 |
| | | Area di Degenza | 4 |
| | | Aree comuni | / |
| | | Ambulatorio | / |
| | | Territorio: | |
| | | Servizi per le Dipendenze | / |
| | | Servizi Psichiatrici Territoriali/REMS | / |
| | | Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale | / |
| | | MMG, PLS, Continuità assistenziale | / |
| | | Ambulatori territoriali | / |
| | | Domicilio del paziente | / |
| | | Istituti Penitenziari | / |
| | | Care/Ospedali di Comunità | / |
| RSA / Residenze Protette | / | | |
| Altro: (specificare) | / | | |
| 10 | Tipo di aggressione (si può selezionare più di una opzione) | Fisica | 12 |
| | | Verbale | 3 |
| | | Contro la proprietà | / |
| 11 | Tipo di aggressore | Utente / Paziente | 11 |
| | | Parente / caregiver / conoscente | 1 |
| | | Estraneo | / |

2.2.1.1 Rielaborazione grafica aggressioni a danno di operatori sanitari nell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche – Anno 2025

Anno 2025

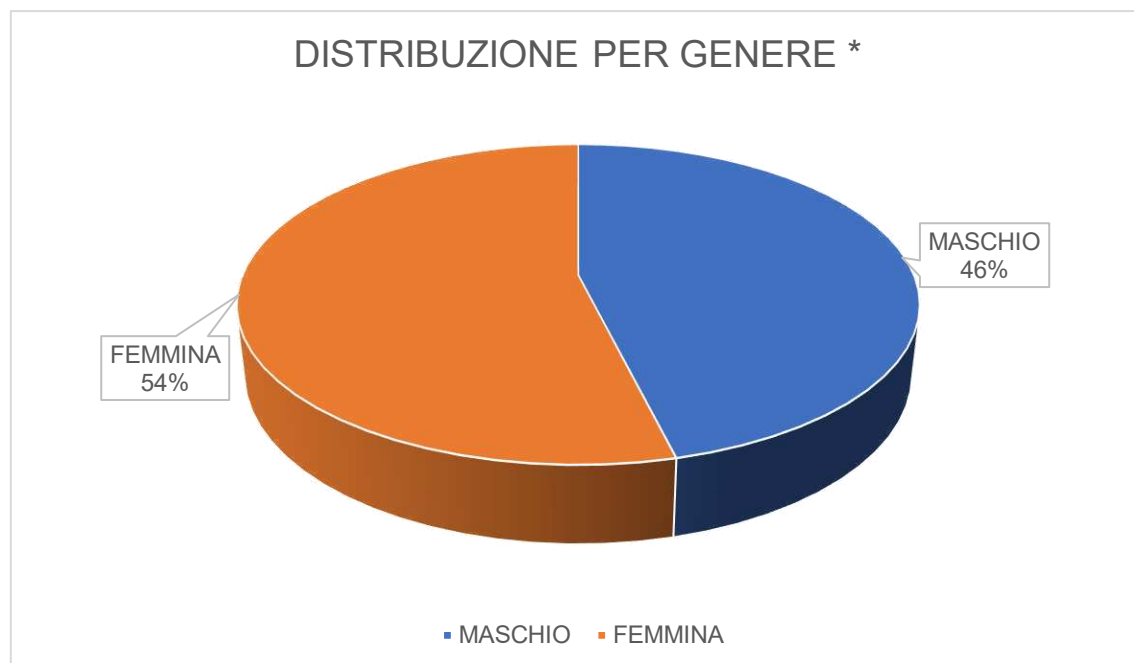


Grafico 1: Distribuzione per genere delle aggressioni anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

** La distribuzione per genere è osservata con dati assoluti, non è rapportata alla proporzione per differenza di genere nella popolazione lavorativa dell'azienda.*

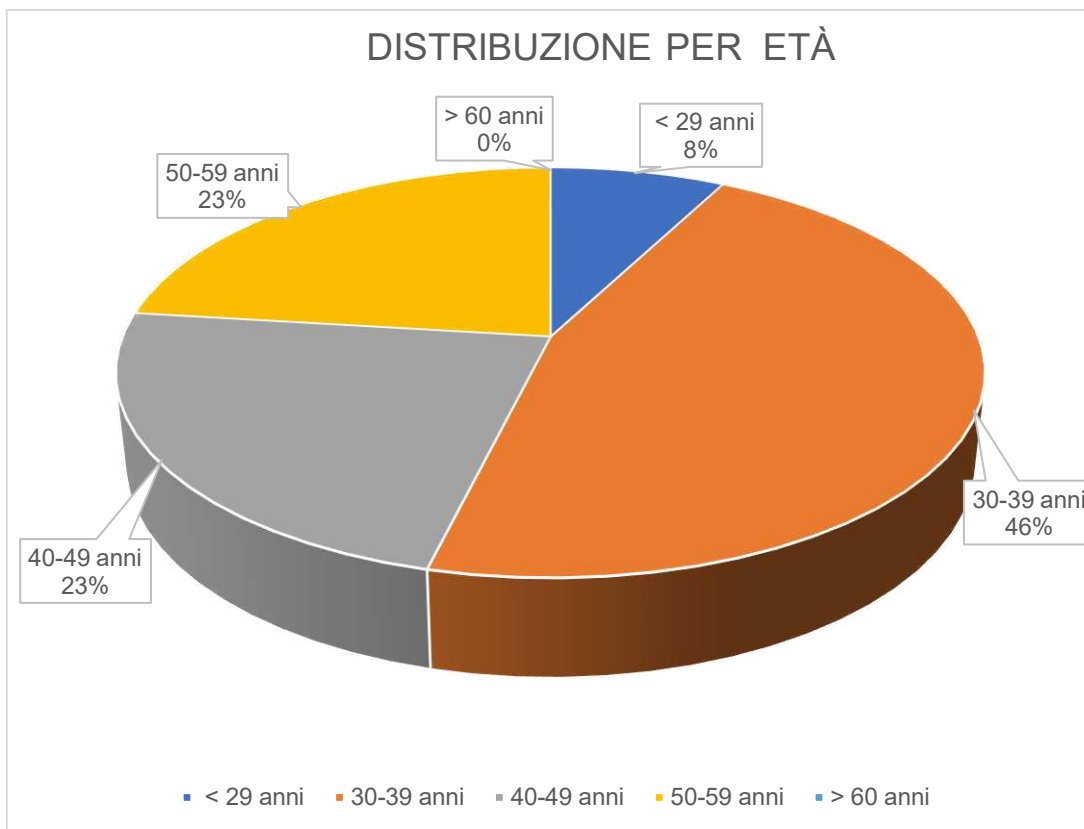


Grafico 2: Distribuzione per età delle aggressioni ad operatori sanitari - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

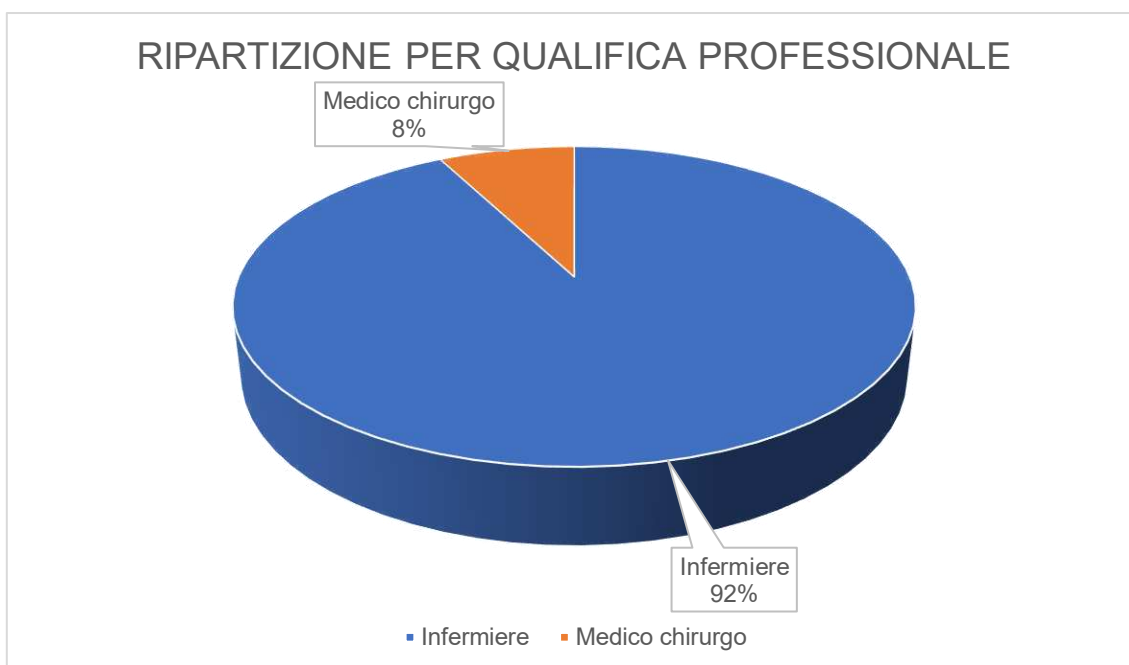


Grafico 3: Ripartizione delle aggressioni ad operatori sanitari per qualifica professionale - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche



Grafico 4: Distribuzione per giorno settimanale dell'evento dell'aggressione ad operatori sanitari - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

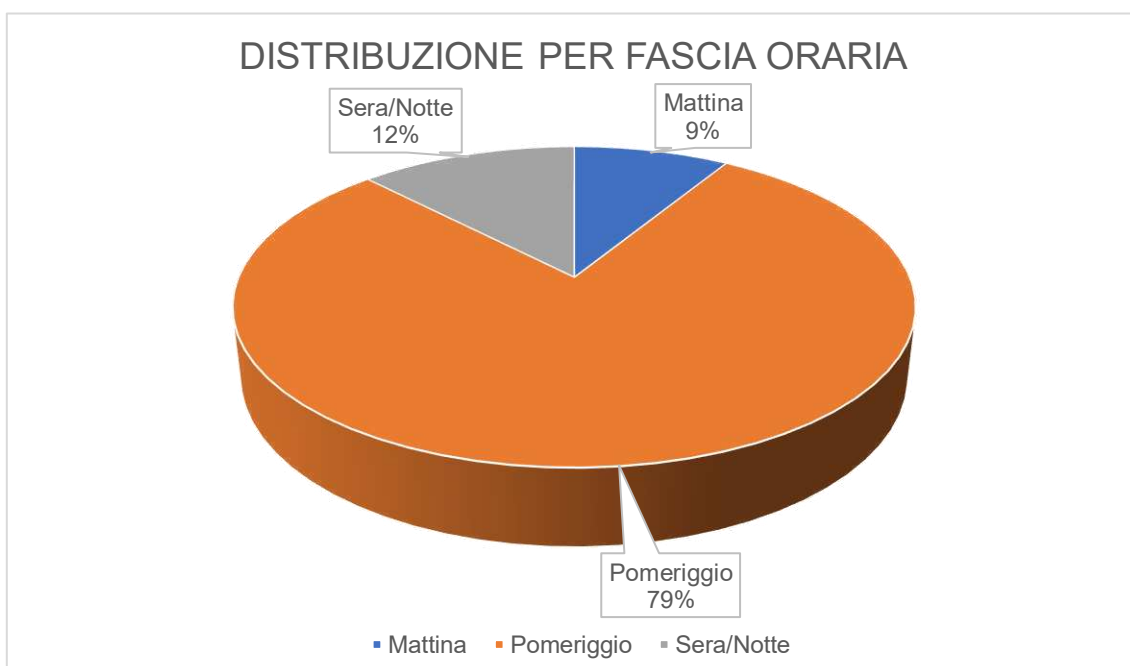


Grafico 5: Distribuzione per fascia oraria delle aggressioni ad operatori sanitari - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

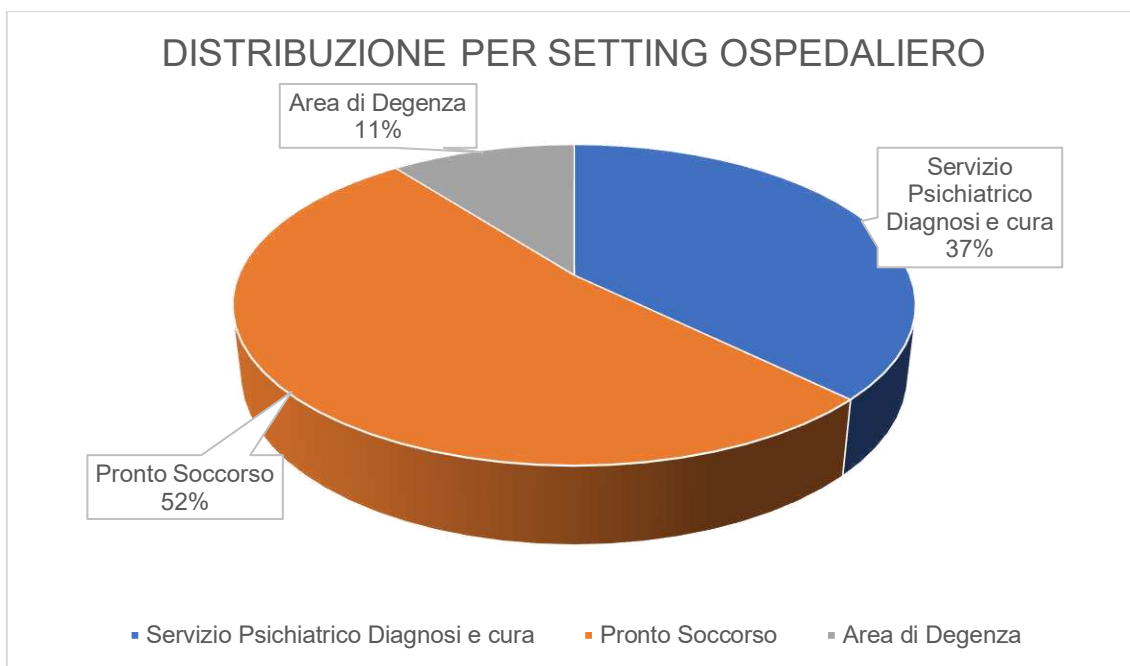


Grafico 6: Distribuzione per Setting Ospedaliero delle aggressioni ad operatori sanitari - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

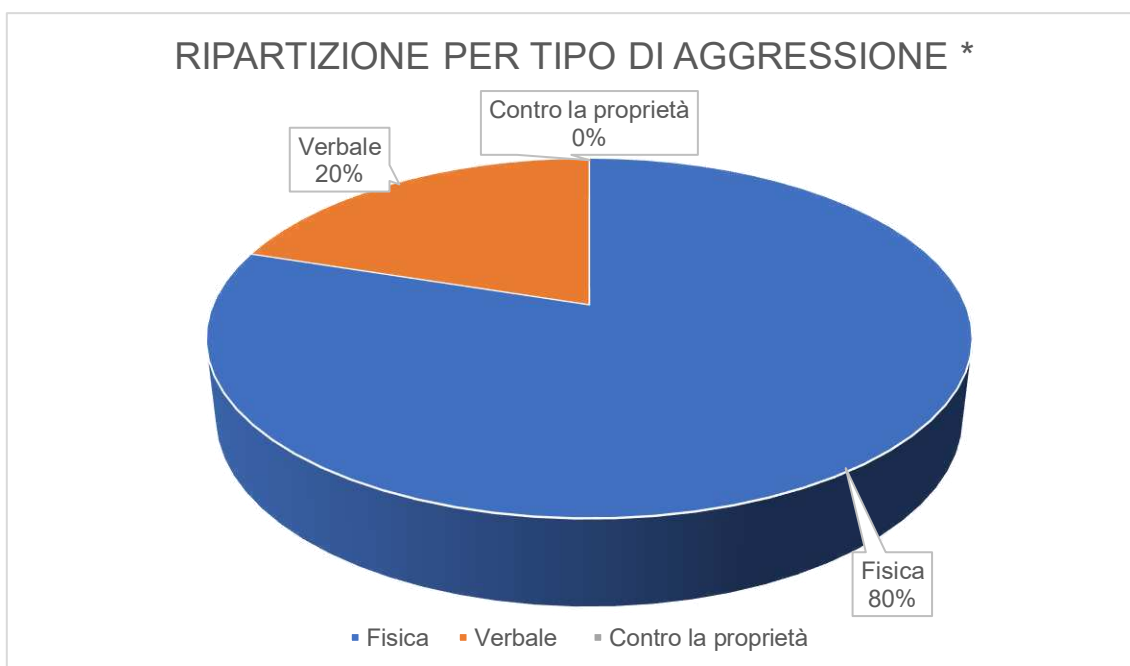


Grafico 7: Distribuzione per età delle aggressioni ad operatori sanitari - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

*** Nella segnalazione si poteva selezionare più di un'opzione, quindi oltre all'aggressione fisica poteva essere segnalata anche quella verbale.**

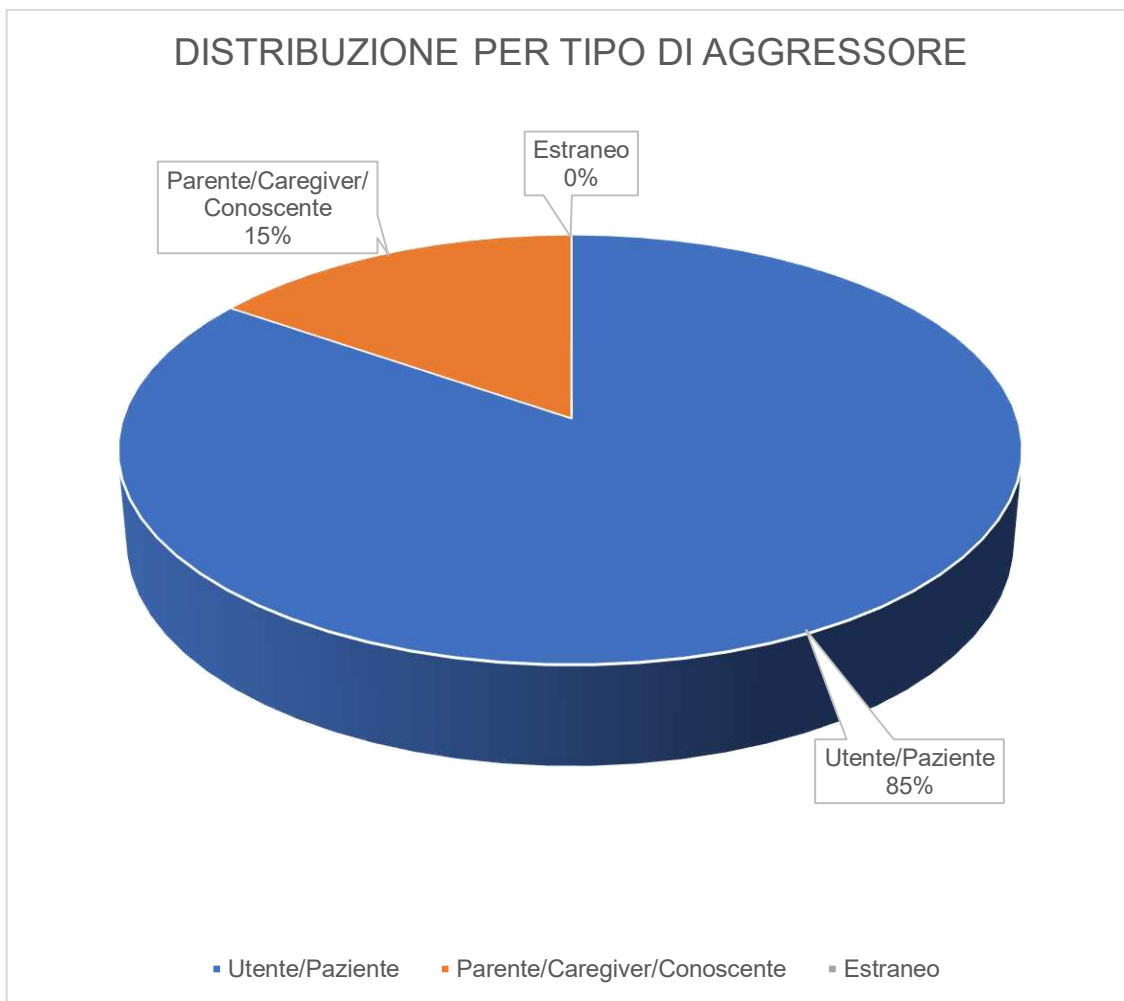


Grafico 8: Distribuzione per tipo di aggressore - anno 2025 - Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche

3. OBIETTIVO DELLA TESI

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche ha la necessità di valutare il rischio aggressioni ai lavoratori separatamente dalla valutazione del rischio "Stress Lavoro correlato" (attualmente considerato nello stesso documento).

Per quanto sopra scritto il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale confrontandosi anche con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro dell'AST Ancona (PSAL), ha raccolto metodiche valutative già utilizzate da altre realtà sanitarie del Nord Italia [20] al fine di raggiungere l'obiettivo, per predisporre un Documento di Valutazione dei Rischi dedicato al Rischio Aggressioni al personale sanitario.

L'obiettivo della tesi quindi, avendo svolto il tirocinio all'interno del Servizio, è stato proprio quello di raccogliere, strutturare, organizzare e rendere fruibile una pratica procedura di segnalazione dell'evento aggressioni e una metodologia di valutazione del rischio più rappresentativa possibile della realtà in cui operano i lavoratori, in modo da prevenire tempestivamente e gestire nel migliore dei modi gli episodi di violenza.

Tutto ciò è stato possibile grazie alla ricerca bibliografica del fenomeno in linea con la normativa vigente.

4. MATERIALI E METODI

Il lavoro è stato ideato e condotto, nell'ambito del proprio tirocinio, all'interno del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche nel periodo da ottobre 2024 ad agosto 2025, previo consenso da parte del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda.

Sono state distinte tre fasi di svolgimento dell'attività:

- Raccolta di dati e informazioni riguardanti il fenomeno a livello nazionale, regionale e relativo all'AOU delle Marche attraverso la documentazione interna, la bibliografia e le normative inerenti al fenomeno;
- Ricerca e strutturazione della procedura interna all'Azienda riguardante la segnalazione di un'aggressione subita dal personale sanitario;
- Strutturazione di una metodologia per la Valutazione del Rischio da inserire nel DVR aziendale.

4.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Lo scopo della procedura e dei criteri per la valutazione del rischio aggressione al personale sanitario parte dalla consultazione della letteratura riguardante il fenomeno, in applicazione, quindi, di quanto previsto:

- dalla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 novembre 2007 *“Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”*;
- dal Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i. (articoli 15, 17 e 28); [3,15,16]
- in osservanza alla Legge 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, stante quanto indicato nell’ art. 2 comma 4, con la DGR 1093/18 è stato istituito il CeRGeRS ossia il centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente nella Regione Marche⁵ e con DGR n. 264 del 04 marzo 2024 veniva aggiornata l’organizzazione;
- alla Legge n. 113, 14 agosto 2020 *“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”*;
- la prevenzione delle aggressioni ed atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche;
- l’acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire gli eventi quando si verificano;
- la gestione di stati cronici di disagio psicofisico derivante da atti di violenza ed aggressione.

⁵CeRGeRS: Il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente si occupa della promozione della cultura della sicurezza dei pazienti e degli operatori;

4.2 STRUTTURAZIONE DELLA PROCEDURA INTERNA DI SEGNALAZIONE DELL'EVENTO

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche è una realtà molto complessa.

Pertanto, in generale, si rende necessaria l'attivazione di una procedura che permetta di:

- segnalare adeguatamente l'episodio di aggressione verbale e/o fisica nel caso in cui non sia stato possibile prevenirlo;
- mappare i rischi di aggressione degli operatori sanitari individuando le aree più critiche per frequenza di eventi;
- rilevare tipologia e gravità in termini di esiti del fenomeno violenza;
- individuare i fattori che possono favorire l'insorgenza di fenomeni di aggressività/violenza in ambito lavorativo;
- implementare strategie di prevenzione e contenimento delle condizioni di rischio;
- collaborare sinergicamente tra le varie professionalità coinvolte nel processo di presa in carico e gestione dell'aggressione;
- contenere nell'immediato le eventuali conseguenze emotive negative sviluppate in risposta all'evento traumatico sia a livello grupppale che individuale;
- evitare l'instaurarsi di stati cronici di disagio psicofisico sia sul singolo direttamente coinvolto che sul gruppo;
- sostenere gli operatori al fine di evitare atteggiamenti di demotivazione, di evitamento dell'impegno lavorativo (malattia, richieste di trasferimento) e l'instaurarsi della sindrome di *burn-out*;
- aumentare le competenze e le abilità degli operatori attraverso specifici percorsi di formazione, sia sulla prevenzione e gestione degli atti aggressivi, sia sulla comunicazione assertiva e sulla gestione dei conflitti nel post-aggressione.

Per quanto riguarda la mappatura dei fattori di rischio chiaramente essi variano da struttura a struttura, dipendono dalla tipologia di utenza, dai servizi erogati, dall'ubicazione e dalla dimensione della struttura. Risulta basilare la raccolta dei dati relativi al fenomeno della violenza a livello aziendale in termini di:

- incidenza complessiva aziendale e frazionata per singole unità operative o servizio;
- dinamica degli eventi;
- presenza di fattori scatenanti/attenuanti;
- severità degli episodi di aggressione.

La segnalazione dell'evento violento diventa quindi fondamentale per la corretta quantificazione del fenomeno e contemporaneamente è indispensabile anche per una corretta analisi dello stesso.

Per questo andrebbe fatta sempre indipendentemente dalla natura e dalla gravità del danno occorso.

4.2.1 ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO LAVORATIVO

L'analisi del contesto organizzativo/lavorativo identifica quindi i fattori, esistenti o potenziali, che potrebbero incrementare il verificarsi degli episodi di violenza.

Per una adeguata raccolta dati risulta essenziale sostenere la segnalazione degli eventi di aggressioni/violenza ai danni degli operatori sanitari.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche segue la procedura interna ID 1698490 del 02/04/2025 e/o eventuali successivi aggiornamenti (ID 1909285 del 22/01/2026) (consultabile nella pagina intranet aziendale nella sezione "Gestione del personale"), denominata: "Procedura gestione infortuni sul lavoro-iter operativo" che riporta l'iter operativo per la gestione degli infortuni sul lavoro in Azienda.

Va infatti evidenziato che la denuncia all' Inail va effettuata dal datore di lavoro entro 48 ore dal ricevimento del primo certificato medico di infortunio.

Per garantire una gestione corretta della documentazione di infortunio è stata istituita la seguente mail dedicata *denuncia.infortunio@ospedaliriuniti.marche.it* , unico indirizzo mail da utilizzare per la trasmissione tempestiva del primo certificato medico INAIL rilasciato dal Pronto Soccorso e della denuncia di infortunio debitamente compilata la cui modulistica è scaricabile dal portale intranet sezione modulistica Gestione del Personale/Denuncia di Infortunio sul Lavoro e anche della successiva documentazione inclusi certificati di prosecuzione o definizione infortuni.

Immagine 4.1- Scheda Denuncia di infortunio sul lavoro - anno 2025-

Azienda Ospedaliero- Universitaria delle Marche

(Fonte: SO Gestione del Personale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria delle Marche)



DENUNCIA DI INFORTUNIO SUL LAVORO

A seguito di un infortunio sul lavoro, il dipendente **DEVE** compilare in ogni parte ed in modo leggibile quanto di seguito riportato:

COGNOME e NOME

nato a (prov.) il

Codice fiscale cittadinanza

Qualifica

in servizio presso la S.O./S.O.D.

Anno di Specializzazione (solo per i Dirigenti Medici Specializzandi)

Stato civile: coniugato celibe/nubile separato divorziato vedovo

Persone a carico: sì no

Residente a Via

Domiciliato a Via

Data dell'infortunio ora al momento dell'infortunio

Orario del turno nel giorno dell'infortunio (dalle ore/alle ore)

Durante quale ora di lavoro l'infortunio è avvenuto (1°, 2°, ecc.)

Data dell'effettivo abbandono del lavoro ora

Località /Reparto ove è avvenuto l'infortunio

Narrazione particolareggiata della dinamica dell'infortunio stesso, precisando cosa si stava facendo o cosa si accingeva a fare:

.....
.....
.....
.....
.....

Testimoni all' infortunio (cognome, nome, domicilio, recapito tel.):
.....
.....

Eventuali annotazioni:
.....
.....

Luogo e data di presentazione

Firma del dipendente

.....

Immagine 4.2- Scheda Denuncia di infortunio sul lavoro - anno 2025-

Azienda Ospedaliero- Universitaria delle Marche

(Fonte: SO Gestione del Personale dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria delle Marche)



Al Direttore della S.O.
Gestione del Personale
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche - Ancona

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (prov. _____)

il _____ ai sensi dell’art. 23 del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, **autorizza** l’Azienda all’uso dei dati personali per i fini connessi alla procedura per cui vengono resi.

Firma _____

Data (di presentazione) _____

Recapito telefonico _____

I presenti moduli, debitamente compilati, datati e firmati, vanno inoltrati esclusivamente via mail denuncia.infortunio@ospedaliriuniti.marche.it unitamente a copia del documento di identità personale.

Oltre a seguire la procedura sopra descritta, il dipendente in caso di infortunio ha comunque il dovere di comunicazione al proprio Titolare di Incarico/Direttore/Responsabile, l'assenza dal servizio.

Si rappresenta che è soggetto alla procedura sopra menzionata:

- il personale dipendente;
- il medico in specializzazione;
- ogni altro soggetto titolare di un contratto sottoscritto con l'Ente e coperto da assicurazione Inail.

Le denunce di infortuni vengono inviate al Servizio di Prevenzione e Protezione dalla Gestione del Personale per eventuali indagini interne qualora fossero necessarie.

Va inoltre ricordato che è attivo l'indirizzo mail spp@ospedaliriuniti.marche.it, indirizzo al quale i lavoratori possono mandare le proprie segnalazioni.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione provvede, dopo aver ricevuto le segnalazioni da parte della S.O.S.D.⁶ Qualità, Rischio Clinico, ad effettuare l'analisi delle aggressioni e riportarla nella statistica degli infortuni totali aziendali.

Tale statistica viene spiegata durante la riunione periodica (art.35 Decreto 81/08) [17] e discussa nelle riunioni del gruppo aziendale (*pagina 35*).

Il dato parziale della statistica infortunistica viene predisposto alla fine di ogni anno e il dato definitivo ufficializzato a metà di ogni anno relativo all'anno precedente.

⁶ S.O.S.D.: Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale che rappresenta un'unità funzionale specifica che organizza attività cliniche o di supporto.

4.2.2 PROCEDURA DI SEGNALAZIONE SU APPLICAZIONE INTERNA AZIENDALE

È attiva un'applicazione interna aziendale, grazie alla quale è possibile da parte dei dipendenti, inserire una segnalazione anche anonima dell'aggressione sia verbale che fisica. Al momento le modalità di segnalazione per aggressioni sono valide utilizzando solo dispositivi collegati alla rete aziendale.

Di seguito viene riportata la procedura raccolta per agevolare le segnalazioni.

Immagine 4.3 Procedura DVR Rischio Aggressioni “Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei lavoratori” - anno 2025 (Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Servizio Di Prevenzione e Protezione, Procedura DVR, p.10)

1.6.2 Istruzione per una corretta segnalazione sul Portale dell'applicazione

Di seguito le istruzioni per una corretta comunicazione dell'evento:

- dall' Intranet aziendale cliccare sopra Rischio Clinico che si trova sulla schermata a sinistra;

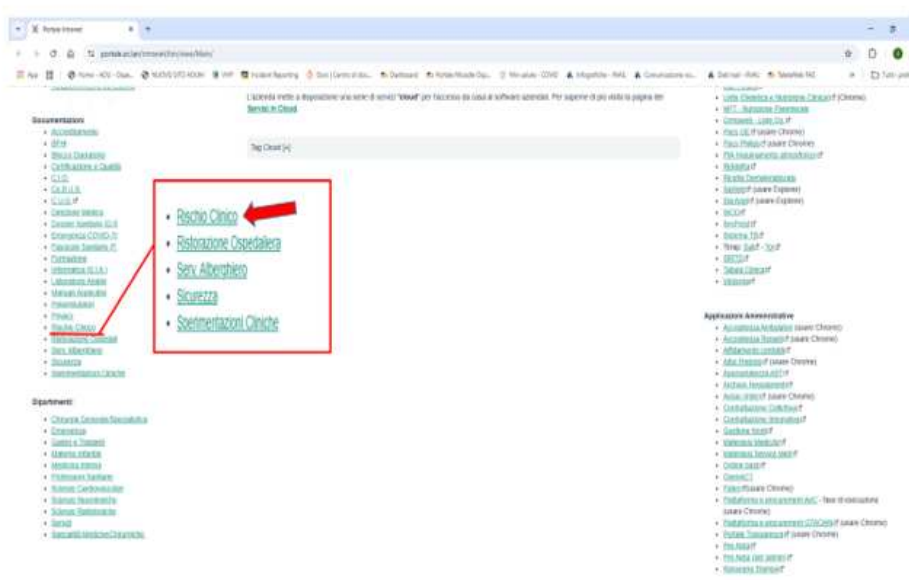
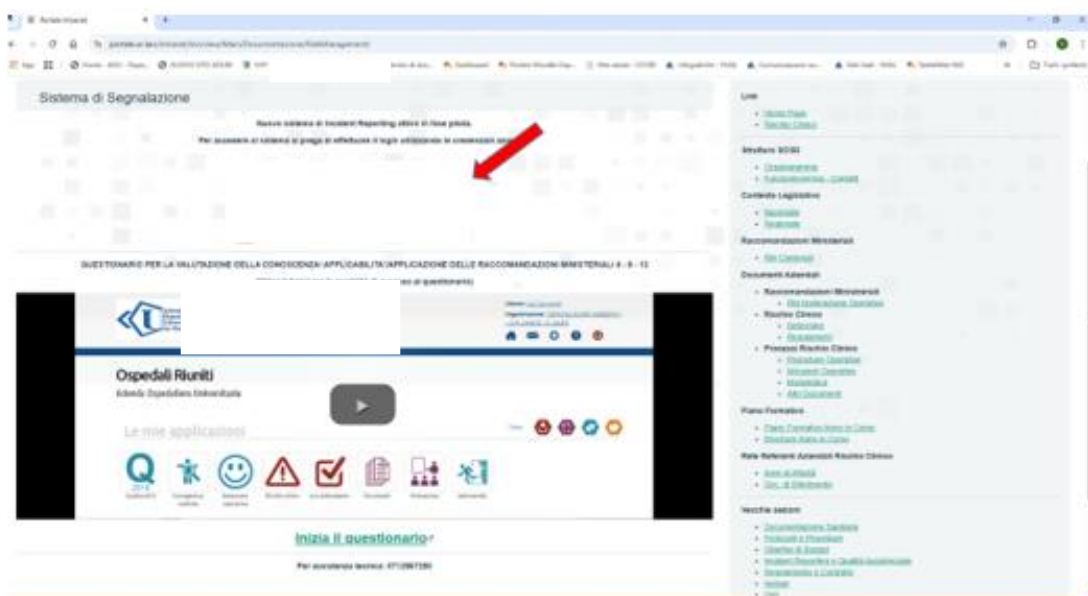


Immagine 4.4 Procedura DVR Rischio Aggressioni “Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei lavoratori” - anno 2025 (Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Servizio Di Prevenzione e Protezione, Procedura DVR, p.11)

- Cliccare sopra il logo dell'applicazione indicato dalla freccia rossa;



- Effettuare il Login con Username e Password aziendale;

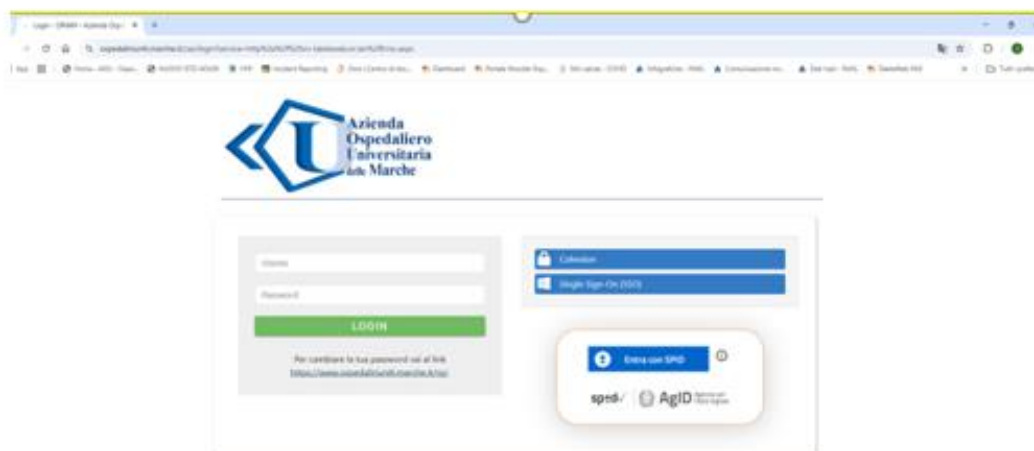
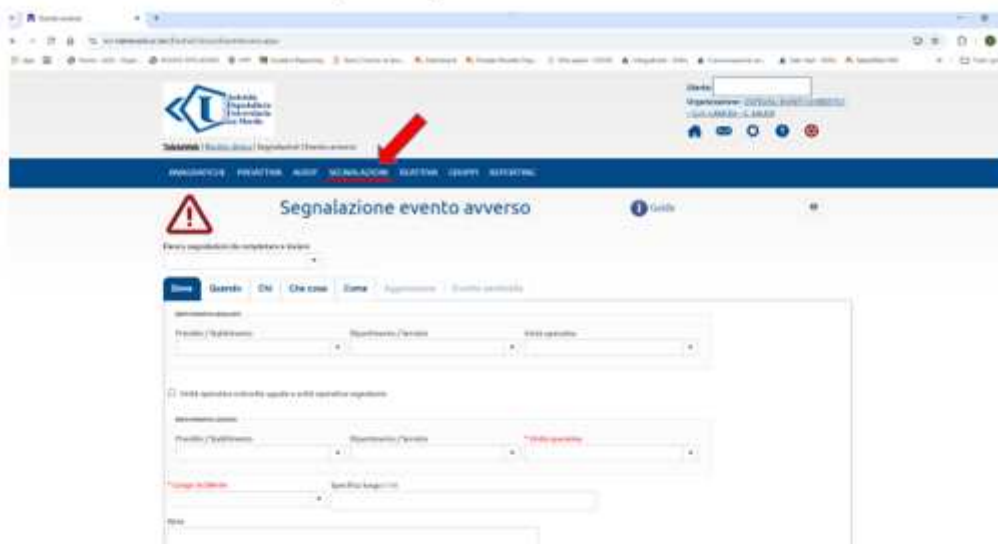


Immagine 4.5 Procedura DVR Rischio Aggressioni “Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei lavoratori” - anno 2025 (Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Servizio Di Prevenzione e Protezione, Procedura DVR, p.12)

- Si aprirà la pagina “Rischio clinico| Segnalazioni| Evento Avverso”.
Nella Barra in alto cliccare al punto “Segnalazioni”;



- Da “Segnalazioni” Si aprirà un menu a tendina, cliccare sulla voce “Aggressioni”;

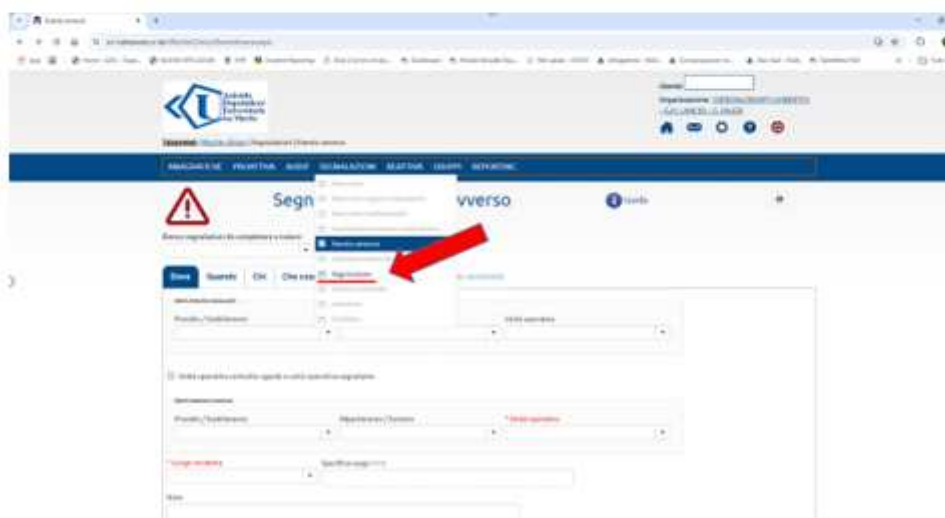
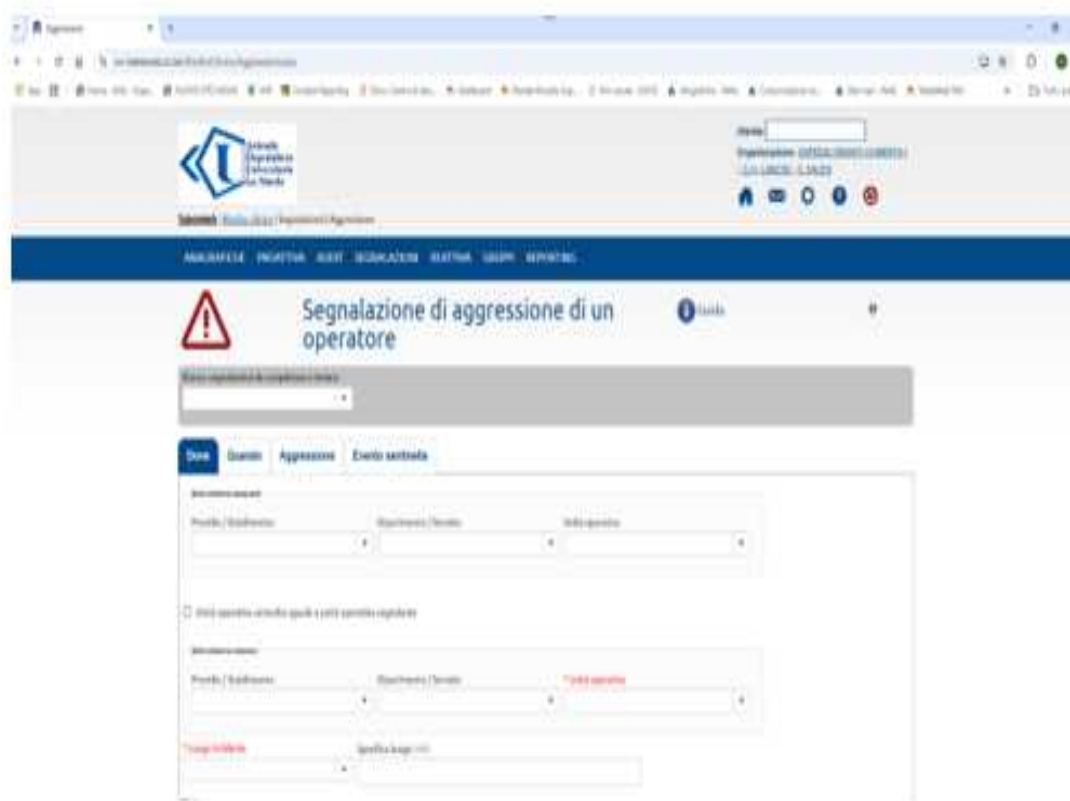


Immagine 4.6 Procedura DVR Rischio Aggressioni “Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei lavoratori” - anno 2025 (Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Servizio Di Prevenzione e Protezione, Procedura DVR, p.13)

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>PROCEDURA DVR Rischio Aggressioni "Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei Lavoratori</p> | <p>Rev 00 00/00/2025 Pag. 13/30</p> |
|---|---|---|

- A questo punto comparirà la pagina specifica "Segnalazione di aggressione di un operatore";



- Continuare con la compilazione delle pagine seguendo il percorso proposto dal sistema.

Una volta entrati nell'applicazione si prosegue con la compilazione delle pagine che servono a raccogliere dati rilevanti per il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPP), per il SODS Rischio Clinico e per la SODS Psicologia Ospedaliera.

Le informazioni postulate in prima istanza, sono generali e riguardano:

- la descrizione del soggetto verso il quale è avvenuta l'aggressione (lavoratore dell'AUO delle Marche, dipendente di ditte appaltatrici, pazienti, cc);
- il luogo dove si è verificata l'aggressione (Presidio, struttura, unità operativa, servizio, corridoio, stanza di degenza, sala d'attesa, ambulatori, ecc.);
- quando precisamente è accaduta l'aggressione (Data, ora, in itinere, in orario straordinario, ecc.).

Successivamente viene richiesto di segnalare la tipologia dell'aggressore (Lavoratore dell'AUO delle Marche, dipendente ditte appaltatrici, paziente ricoverato o in attesa al Pronto Soccorso o ambulatoriale, parente, visitatore, accompagnatore, estraneo, utente Front Office), i dati e il genere dell'aggressore, si chiede anche di fornire una descrizione dell'evento il più possibile dettagliata, chiarendo se sono state attivate delle procedure formali quali denuncia di infortunio lavorativo, querela, esposto, se è stato richiesto l'intervento delle forze dell'ordine e se l'aggressione ha interessato più operatori (in questo caso si aprono pagine ulteriori dove saranno richieste informazioni precise per ogni persona coinvolta).

La parte della segnalazione, poi, che ha un'attenzione particolare da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione è quella relativa ai fattori di rischio relativi all'evento, che vengono distinti in base a:

- Quelli che possono aver contribuito al verificarsi dell'evento:
 - Fattori ambientali (sala d'attesa/ambiente non adeguato, spazi ed arredi inadatti, assenza di sorveglianza, presenza di guardie e di videosorveglianza, ambiente affollato, ecc.);
 - Fattori individuali (Età, genere, orientamento sessuale, disabilità, limitazioni, etnia, religione, credo, ecc.);

- Altri fattori:
 - Assenza di personale a supporto;
 - Tempo prolungato di attesa;
 - Carenza di informazioni fornite;
 - Inadeguato approccio dell'operatore;
 - Disaccordo su presa in carico/assistenza/terapie;
 - Malattie mentali;
 - Effetto farmaci/alcool/droghe;
 - Competizione/conflitti irrisolti/gelosie tra colleghi;
 - Aspetti correlati alla malattia.
- Quelli che possono aver ridotto l'esito dell'evento:
 - Fattori ambientali (Sistema di videosorveglianza efficace, ambiente accogliente per l'utenza, presenza di guardie, ecc.)
 - Altri fattori:
 - Aggiornamento informativo periodico parente/accompagnatore;
 - Individuazione precoce dell'aggressore;
 - Messa in sicurezza dell'aggressore in luogo dedicato;
 - Intervento di altri operatori a supporto;
 - Utilizzo di tecniche per la comunicazione difficile (de-escalation);
 - Intervento di guardie;
 - Chiamata rapida forze dell'ordine.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale tiene monitorati questi dati perché grazie a questi fattori casuali o contribuenti può procedere con interventi preventivi e protettivi migliorativi. Sono fattori in qualche misura prevenibili per carenze di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo o professionale (l'errore umano).

Di seguito l'applicazione continua con il contrassegnare l'azione aggressiva accaduta.

Nelle schermate si riportano diverse forme di aggressione che possono essere scelte tra:

- Molestie (molestie, anche di tipo sessuale, o comportamenti che portano disagio al personale e/o interrompono e/o ostacolano il servizio);
- Aggressione verbale minore (disaccordo, voce alterata);
- Aggressione verbale (insulti, minacce non specifiche);
- Minacce/Intimidazioni (specifiche minacce per nuocere con comportamento apertamente aggressivo, abuso, minacce personali di diffamazione anche ad uso dei social media);
- Aggressione fisica minore (attacchi fisici con risultante lievi lesioni);
- Aggressione fisica specifica (azioni per colpire e provocare danni fisici tra cui spingere, afferrare, stratonare, pungere);
- Aggressione fisica severa (attacco con risultante lesioni severe, ripetuti calci e pugni);
- Aggressione fisica estrema (attacco con uso di arma);
- Aggressione fisica non specificata (aggressione fisica non rientrante tra le precedenti o per cui non è possibile risalire ad una classificazione).

E il grado di lesione riportata ossia:

- Nessuna;
- Lieve con prognosi inferiore/uguale a 3 giorni;
- Moderata con prognosi da 4 fino a 20 giorni;
- Severa con prognosi da 21 a 39 giorni;
- Grave con prognosi uguale/maggiore di 40 giorni;
- Decesso.

Si invita a riportare, qualora siano avvenute, le varie fratture, lussazioni, contusioni, escoriazioni, ferite lacero contuse e superficiali e le relative sedi di ognuna di esse.

Un particolare interesse viene poi dedicato alle conseguenze psicologiche che i lavoratori possono conseguire nell'immediatezza dopo l'evento.

L'applicazione tratta una sezione specifica sugli effetti psicologici comportamentali derivanti da un'aggressione, si interroga il lavoratore se si è provata rabbia o altre emozioni, si invita allorché a descrivere liberamente quello che si prova.

Infine l'operatore può lasciare i propri recapiti personali (numero di cellulare privato, indirizzo mail) per essere ricontattato dalla SODS di Psicologia Ospedaliera. È prevista la possibilità di usufruire del servizio di supporto psicologico, nello specifico del Servizio Sportello d'Ascolto.

I propri contatti possono essere forniti anche al Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale per indagini di approfondimento della dinamica dell'evento. Il segnalante potrà essere ricontattato per un colloquio telefonico o in presenza. Si rammenta che l'SPP a piena facoltà di intervistare il lavoratore per fare ricerche sull'accaduto anche senza il libero consenso del segnalante come da D. Lgs. 81/08.

Queste procedure sono state realizzate per stimolare la sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo degli strumenti di segnalazione, mediante la compilazione delle apposite schede informatizzate e, eventualmente, prevedere l'attivazione di iniziative di collaborazione anche con le Forze dell'Ordine, dei vigilantes, della Psicologia Ospedaliera in relazione alle caratteristiche dell'episodio occorso.

I dati delle aggressioni elaborate secondo le denunce avvenute tramite il Pronto Soccorso e quelle inviate tramite Incident Reporting sono trattate ognuno per le proprie competenze dal Servizio di Prevenzione e Protezione, e dall' Unità Operativa Rischio Clinico e discusse nell'ambito delle riunioni del gruppo di lavoro aziendale.

Il nosocomio infatti, su applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 “Raccomandazione per prevenire gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari” (ID: 1909285 del 22/01/2026) ha costituito un gruppo di lavoro composto da:

- un referente del Risk manager aziendale (Coordinatore del gruppo);
- un referente della Direzione Sanitaria DMO⁷;
- un referente della Direzione Sanitaria DMO Salesi;
- un referente dell’ Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;
- il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- un rappresentante della Professione Infermieristica, individuato tra gli operatori del settore a più alto rischio;
- un rappresentante della Professione Medica, individuato tra gli operatori del settore a più alto rischio;
- un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro – Incarico di funzione professionale;
- un Incarico di funzione organizzativa Rischio Sanitario - Qualità assistenziale ed esiti sensibili all’assistenza;
- un Responsabile SODS Psicologia Ospedaliera;
- il Dirigente psicologo SODS Psicologia Ospedaliera;
- il Medico Competente.

Qualora si ritenesse necessario, in base alle problematiche emergenti nell’ambito delle iniziative del gruppo di lavoro, potranno essere coinvolte ulteriori figure professionali.

⁷ DMO: Direzione Medico Ospedaliera

Al gruppo vengono attribuiti i seguenti obiettivi:

- analizzare le situazioni operative, al fine di identificare quelle a maggiore vulnerabilità;
 - esaminare i dati relativi agli episodi di violenza verificatesi nella struttura;
 - definire le misure di prevenzione e protezione da adottare;
 - implementare le misure individuate nei programmi di prevenzione della violenza.
- [18]

Ove la segnalazione dell'operatore o la denuncia dell'aggressione necessita un approfondimento, il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale provvederà ad effettuare un'indagine che potrà avvenire anche congiuntamente al gruppo di lavoro.

4.2.3 AUDIT DI EVENTO SIGNIFICATIVO

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, per quanto di competenza, effettua degli Audit nell'ambito delle riunioni del gruppo di lavoro "Stress Lavoro-Correlato", essendo un evento sentinella, oltre che trattare l'argomento in occasione della riunione periodica. [17]

4.2.4 ANALISI DELLE CONSEGUENZE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA

L'analisi delle conseguenze comprende la valutazione della tipologia di lesioni/menomazioni prodotte sull'operatore sanitario prestando particolare attenzione alla rilevazione di:

- danno psichico;
- danno fisico;
- giornate di assenza dal lavoro.

4.2.5 LA GESTIONE DELL'OPERATORE VITTIMA DI AGGRESSIONE

Gli operatori vittima di aggressioni e/o violenza o con conseguenze traumatizzanti per aver assistito ad un episodio di violenza necessitano di un programma di trattamento e sostegno.

Il personale coinvolto nell'episodio dovrebbe ricevere il primo soccorso ed il trattamento sanitario, inclusi la valutazione ed il supporto psicologico, a prescindere dalla severità dell'evento.

Il trauma psicologico di breve e lunga durata può influire sui rapporti interpersonali sia con la famiglia che con i colleghi di lavoro e indurre ansia nel rientro al lavoro.

Il primo soccorso all'operatore vittima di violenza deve essere garantito mediante visita al Pronto Soccorso per la valutazione e refertazione degli esiti dell'evento con contestuale segnalazione INAIL ed eventualmente referto Autorità Giudiziaria se del caso.

Qualora l'operatore vittima di aggressione e/o violenza lo desidera, è possibile attivare una consulenza psicologica e piani di trattamento per gli operatori vittime dirette di aggressione e anche per i colleghi testimoni, presso la SODS della Psicologia ospedaliera aziendale.

È stato dimostrato che, a seguito di un evento traumatico, l'adattamento psicologico dell'individuo dipende dalla sua capacità di processare cognitivamente l'esperienza, sviluppando strategie che lo aiutino a comprenderlo in modo da adattarsi (*Coping*⁸).

La normale attività lavorativa può cambiare dopo un episodio di violenza.

In letteratura sono descritti i seguenti effetti:

- trauma psicologico a breve e lungo termine;
- paura di rientrare al lavoro;
- cambiamenti nelle relazioni colleghi/familiari;

⁸ COPING: Insieme delle strategie cognitive e comportamentali che una persona utilizza per fronteggiare situazioni stressanti. Processo adattativo e dinamico che varia a seconda del contesto e della persona in modo da influenzare la capacità di resilienza.

- senso di impotenza/colpevolezza/incompetenza;
- paura del giudizio negativo.

Questo porta talvolta a problemi di tipo organizzativo: sono frequenti infatti le richieste di trasferimento in altri reparti considerati meno a rischio, il lavoratore può ridurre le proprie performance lavorative, non prestando il servizio in maniera efficiente, potrebbero aumentare le assenze al lavoro con successiva riduzione della produttività.

La psicologia dell'emergenza (Protocollo CISM⁹) adotta ormai tecniche assodate per gestire lo stress traumatico.

Sia in fase pre-critica con educazione e formazione degli operatori sanitari che tratteremo più avanti (*4.3.4 Gestione dei comportamenti/ Formazione, p.45*), sia in fase prettamente critica con le tecniche di *Defusing* e *Debriefing*.

Dopo un episodio di violenza, i lavoratori coinvolti dovrebbero procedere con il *Defusing*, un intervento della durata di 20-40 minuti, gestito da un operatore adeguatamente formato che non abbia assistito all'evento. È una tecnica di decompressione emotiva che va utilizzata "a caldo" e consente una maggior gestione dello stress da evento critico. Il *Debriefing* invece è una tecnica strutturata per dare un senso alle esperienze del lavoratore e a prevenire il disturbo da stress post traumatico o il burn-out¹⁰.

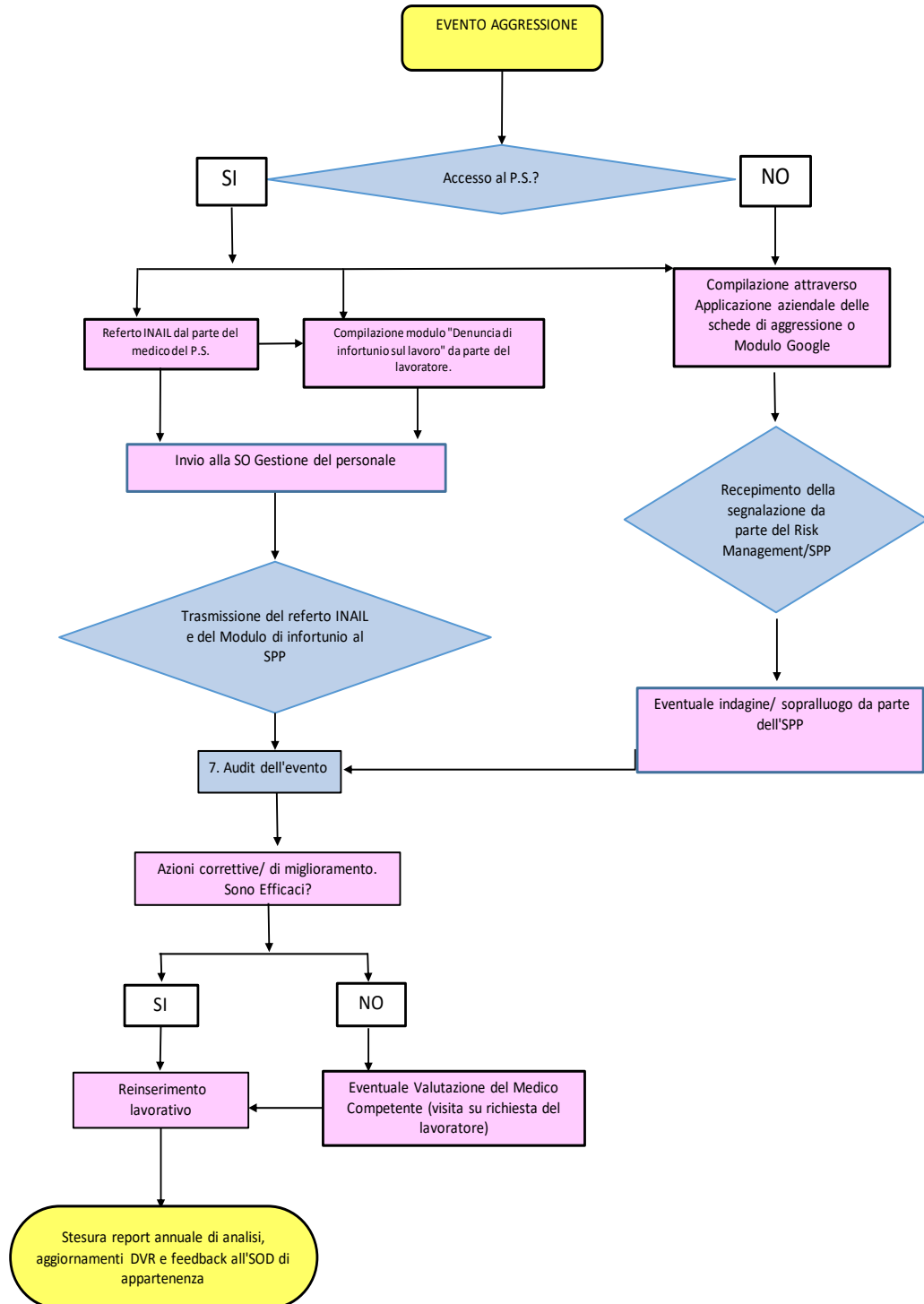
Richiede l'intervento di uno specialista opportunamente formato ed è eseguito "a freddo", 24-76 ore dopo l'evento.

Contribuisce a creare legami interpersonali per superare il senso di isolamento e di impotenza. Lo specialista, grazie a questa tecnica, è in grado di individuare i lavoratori più sensibili e vulnerabili per i quali ci potrebbe essere la necessità di percorsi più lunghi, articolati e personalizzati. [19]

⁹ PROTOCOLLO CISM: Critical Incident Stress Management è un protocollo internazionale di psicologia dell'emergenza per la prevenzione e il trattamento delle reazioni traumatiche in soccorritori e vittime.

¹⁰ BURN-OUT: Esaurimento fisico, mentale, emotivo provocato da uno stress lavorativo cronico. I maggiori sintomi sono stanchezza profonda, ridotta produttività, distacco mentale, senso di inefficacia, insonnia, mal di testa, bassa autostima. Trattamenti: terapia psicologica, gestione dello stress, cambiamenti nello stile di vita.

4.2.6 LA GESTIONE DELL'EPISODIO DI AGGRESSIONE/DIAGRAMMA DI FLUSSO



4.3 STRATEGIE DI PREVENZIONE

4.3.1 Informazione

La comunicazione tra il cittadino e il professionista sanitario risulta determinante per stabilire e mantenere nel tempo un rapporto di fiducia reciproco orientato al soddisfacimento del bisogno di cura.

Una comunicazione efficace risulta fondamentale e crea consapevolezza negli utenti relativamente ai principi che guidano gli operatori sanitari nell'esercizio della propria missione di cura verso gli assistiti.

L'operatore sanitario, contemporaneamente deve garantire l'attenzione circa l'importanza di informare correttamente e tempestivamente l'assistito, basandosi sul principio che la partecipazione attiva e informata e la piena adesione al percorso di cura proposto sono fattori determinanti per il ripristino dei livelli di salute.

Risulta determinante rafforzare l'alleanza terapeutica per garantire al clinico di esercitare la professione come prevedono i codici deontologici, in piena autorevolezza e forza intellettuale ed etica e che la persona assistita possa mantenere il diritto ad essere protagonista di scelte consapevoli del proprio percorso di cura.

Il principio fondante di una relazione assertiva efficace si basa sulla qualità delle informazioni che possano offrire al cittadino gli strumenti necessari per comprendere il contesto sanitario in cui si trova, i percorsi e le procedure che lo vedono coinvolto al fine di elevare la consapevolezza e consenso del progetto di cura necessario alla risoluzione dei suoi bisogni.

4.3.2 Misure di prevenzione strutturali/tecnologiche

Successivamente all'analisi del contesto organizzativo e all'identificazione dei rischi, occorre definire le misure necessarie a prevenire o controllare le situazioni di rischio identificate, anche in relazione alle risorse disponibili. Fra queste, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si elencano una serie di possibili misure da attuare:

- valutare (coinvolgendo il SPP e il Rischio Clinico) i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza;
- ambienti ritenuti particolarmente ad alto rischio: è possibile prevedere l'utilizzo di impianti di sorveglianza, identificati con adeguata cartellonistica con scopo informativo nei confronti dell'utenza nel rispetto delle norme sulla privacy;
- valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, dispositivi di segnalazione portatili e fissi, telefoni cellulari) nei luoghi dove il rischio è elevato. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- adeguatezza dei locali che devono possedere le caratteristiche previste dalle normative per l'autorizzazione e l'accreditamento:
 - arredi confortevoli e in numero sufficiente affinché pazienti e utenti in attesa non debbano trascorrere lunghi periodi in piedi, in modo da minimizzare fattori stressogeni;
 - numero adeguato di servizi igienici privi di elementi come corde e catene;
 - aree ristoro (distributori di acqua, bevande ecc.);
 - assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno delle strutture che all'aperto;
- essere facilmente raggiungibili ed accessibili da parte dell'utenza, prevedendo segnaletica orizzontale e verticale di facile interpretazione;
- essere privi di arredi che possono fungere da corpi contundenti, disponendo i sistemi antincendio e gli estintori ancorati alla parete o in nicchie incassate nel muro. [18]

4.3.3 Misure organizzative

Oltre agli interventi strutturali e tecnologici vanno implementate delle misure organizzative specifiche per ogni ambiente, basate sulla valutazione dei rischi. Di seguito vengono riassunti gli ambiti sui quali è opportuno favorire l'implementazione di opportune strategie:

- COMUNICAZIONE E GESTIONE DELLE ATTESE
 - Promuovere iniziative per la gestione dell'accoglienza e delle relazioni con l'utenza nelle sale di attesa.
 - Implementare progetti di informazione rivolti all'utenza circa le modalità di accesso ai luoghi di cura e i tempi di attesa nell'ottica del coinvolgimento dell'assistito.
 - Assicurare informazioni tempestive anche a familiari e accompagnatori, ovviamente nel rispetto della privacy e della volontà del paziente.
 - Garantire sportelli informativi costantemente presidiati da un operatore durante l'orario di apertura al pubblico.
 - Adottare strategie utili a garantire una comunicazione efficace in considerazione della variabilità legata agli aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici, prevedendo ove necessario il supporto della figura professionale del mediatore culturale.
 - Prevedere il rinforzo informativo all'utenza mediante l'utilizzo di cartellonistica e/o dépliant e/o video esplicativi nelle aree di maggior permanenza.
 - Promuovere nella cittadinanza, nei pazienti e nei visitatori la cultura della "tolleranza zero" verso gli atti di violenza, fisica o verbale, nei confronti degli operatori sanitari mediante l'utilizzo di cartellonistica e/o dépliant-brochure e/o video. (*Immagine 4.7*)

Immagine 4.7 Cartellonistica per promuovere la cultura della “tolleranza zero” nei confronti degli operatori sanitari- anno 2025 (Fonte: Ministero della Salute – Campagna contro la violenza verso gli operatori sanitari e socio-sanitari)



LA VIOLENZA NON TI FARÀ STARE MEGLIO. **LEI SÌ.**

Gli operatori sanitari e socio-sanitari lavorano tutti i giorni per la tua salute. **Aggredirli verbalmente e fisicamente è un reato e un atto di inciviltà che va contro il tuo stesso interesse e quello della collettività.**


Ministero della Salute

 Campagna contro
la violenza verso gli
operatori sanitari e
socio-sanitari

#laviolenzanoncura
www.salute.gov.it

- PIANI DI LAVORO

- Ove possibile prevedere piani di lavoro che comportino la collaborazione proficua tra vari operatori sanitari evitando che gli stessi lavorino isolati.
- Organizzare per le prestazioni non programmabili (come ad es. Pronto Soccorso, Centri Prelievi, ambulatori di prime cure, ecc.) le attività in modo da assicurare la presenza di un numero adeguato di operatori, specie nelle fasce orarie in cui sia prevedibile il maggior affollamento da parte degli utenti.
- Definire, in casi particolari come attività con soggetti affetti da patologie psichiatriche e/o dipendenza o problematiche socio assistenziali, procedure di lavoro che prevedano la presenza, nel momento in cui viene erogata la prestazione, di più operatori a contatto visivo, uditivo o, se necessario, fisico.
- Sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce.
- Raccomandare al personale di non indossare o lasciare incustoditi oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni.
- Fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili. [18]

4.3.4 Gestione dei comportamenti/ Formazione

Gli atti di violenza/aggressione possono verificarsi sul luogo di lavoro nonostante le misure preventive messe in atto. Per questo gli operatori sanitari che si relazionano con i pazienti e i visitatori, in contesti ospedalieri e territoriali, devono essere opportunamente formati e addestrati a prevenire e a saper gestire gli episodi di violenza e le loro conseguenze.

L'obiettivo principale delle attività formative mira ad aumentare il livello di consapevolezza rispetto ai segnali predittivi di comportamenti aggressivi mediante l'acquisizione di nuove conoscenze e la conseguente adozione di nuove strategie di contenimento da parte del personale sanitario.

A tale scopo, l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, a partire dal 2020, ha organizzato corsi di formazione annuali in più edizioni per gli operatori sanitari e non, come previsto dalla "Raccomandazione ministeriale n. 8 per prevenire atti di violenza a danno degli operatori".

Su indicazione del gruppo di coordinamento aziendale, il Servizio Prevenzione Protezione congiuntamente alla Psicologia Ospedaliera potrebbe attivare ulteriori percorsi di formazione. [18]

Immagine 4.8 Strategie di De- Escalation (cosa fare e cosa non fare) (Fonte: Ausl Latina)

Gli Interventi più efficaci da attuare per ogni fase del ciclo dell'aggressione

| Fasi | Stato Psico-Fisico | Interventi |
|--|--|---|
| 1. FATTORE SCATENANTE (TRIGGER) | Innesco della reazione | Riconoscimento e tentativo di rimozione del fattore scatenante. Intervento negoziale. Isolare il paziente in ambiente neutro, interventi di time out e diversione |
| 2. ESCALATION | Fase rapida di crescita dell'aggressività | Tempestività nel ridurre l'escalation. Tecniche de-escalation: comunicazione diretta, specifica e positiva, talk down |
| 3. CRISI | Massimo eccitamento psico-motorio: Aggressione | Sicurezza, autoprotezione e contenimento |
| 4. RECUPERO | Livello Arousal ancora elevato, normalizzazione graduale | Monitorare costantemente il paziente Interventi precoci possono scatenare altra crisi |
| 5. DEPRESSIONE POST CRITICA | Ipoarousal | Elaborazione psicologia dell'episodio |



Immagine 4.9 Esempi di Strategie di comportamento (Fonte: Ausl Latina)

SEMPRE

APPROCCIO VERBALE

- Dare informazioni
- Rivolgersi alla persona usando il Lei
- Fare domande che prevedano risposte aperte
- Usare frasi brevi, concetti semplici e concreti
- Fornire scelte alternative
- Avere sempre un atteggiamento di ascolto
- Dichiararsi d'accordo con i contenuti ma fare subito presente le proprie disposizioni
- Dare tempo al paziente per esprimere e descrivere i sentimenti
- Dare al paziente la possibilità di scegliere qualcosa (es. luogo del colloqui)
- Comunicare che la violenza non è tollerata e che sarà considerato responsabile delle azioni commesse

APPROCCIO COMPORTAMENTALE

- Mettere il paziente a proprio agio
- Atteggiamento tranquillo, accogliente ma determinato (non di sfida)
- Parlare lentamente con tono di voce caldo e rassicurante
- Posizionarsi lateralmente a 30°
- Spostare il paziente in un luogo tranquillo



MAI

APPROCCIO VERBALE

- Ordinare di stare calmo
- Minacciare o dare ordini
- Evitare di discutere
- Biasimare, rimproverare o giudicare
- Dare soprannomi
- Ironizzare o fare del sarcasmo
- Assumere toni di sfida o provocatori
- Elogiare o sminuire
- Fornire interpretazioni
- Formulare promesse
- Assecondare idee stravaganti o aspettative non realistiche

APPROCCIO COMPORTAMENTALE

- Interrompere il paziente in modo autoritario e minaccioso
- Alzare il puntato verso il paziente o stringere pugni
- Alzare il tono di voce
- Assumere atteggiamenti negativi o punitivi
- Avvicinarsi al paziente con modalità rapide e decise in senso frontale
- Avvicinarsi troppo al paziente, avvicinarsi da dietro
- Guardare fisso il soggetto negli occhi
- Non compiere movimenti bruschi



4.4 METODICA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

4.4.1 CRITERIO DI CALCOLO

Il metodo adottato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, per la valutazione del rischio si basa sulla nota formula $R = P \times D$.

4.4.2 INDIVIDUAZIONE FATTORE PROBABILITA' (P)

Il fattore della Probabilità si ricava attraverso la formula $X + Y / 2$ dove:

- X è il valore attribuito al livello scaturito dal Modello di calcolo della check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori (Check List per la valutazione, Sottotitolo 4.4.2.1).

| LIVELLO | GRAVITA' DEL RISCHIO | VALORE ATTRIBUITO (X) |
|-----------|----------------------|-----------------------|
| LIVELLO 0 | RISCHIO ASSENTE | 0 |
| LIVELLO 1 | RISCHIO BASSO | 1 |
| LIVELLO 2 | RISCHIO MEDIO BASSO | 2 |
| LIVELLO 3 | RISCHIO MEDIO | 3 |
| LIVELLO 4 | RISCHIO ALTO | 4 |

- Y è il valore scaturito dalla successiva tabella tenendo conto del numero degli infortuni denunciati per aggressioni nell'anno di riferimento.

| NUMERO INFORTUNI | GRAVITA' DEL RISCHIO | VALORE ATTRIBUITO (Y) |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| = 0 | RISCHIO ASSENTE | 0 |
| Da 1 a 5 | RISCHIO BASSO | 1 |
| Da 5 a 10 | RISCHIO MEDIO-BASSO | 2 |
| Da 10 a 20 | RISCHIO MEDIO | 3 |
| Maggiori di 20 | RISCHIO ALTO | 4 |

4.4.2.1 Check list per la valutazione

Immagine 4.8 Procedura DVR Rischio Aggressioni “Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei lavoratori” - anno 2025
(Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, Servizio Di Prevenzione e Protezione, Procedura DVR, Allegato 3)



CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE

AST/OSPEDALE _____

IO/AMBULATORIO _____

TEAM (SPP, *di, CRP, ...*) _____

| | | |
|----------------------|--|--|
| N. segnalazioni | | |
| N. infortuni | | |
| N. eventi sentinella | | |

Modello di check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori sanitari

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------|
| A) Ambiente di lavoro | B) Contesto lavorativo | C) Visite a domicilio | D) Ispezione esterna struttura | E) Spazio aree parcheggio | F) Tipologia di utenza |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------|

| A) AMBIENTE DI LAVORO | SI | NO | Notazioni correttive |
|---|----|----|----------------------|
| Il reparto/ambulatorio è strutturato in modo da consentire eventuali vie di fuga per gli operatori? | | | |
| Esistono sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza? | | | |
| Sono presenti sistemi impianti video a circuito chiuso? | | | |
| Vi sono sistemi di illuminazione idonei e sufficienti all'interno della struttura? | | | |
| Vi sono sistemi di illuminazione idonei e sufficienti all'esterno della struttura? | | | |
| Le attrezzature (finestre, serrature, vetture...) sono mantenute in buono stato? | | | |
| Gli arredi sono idonei, sono stati ridotti gli elementi potenzialmente pericolosi? | | | |
| Gli operatori lavorano da soli? | | | |
| Lavorano durante le ore serali/notturne/mattino presto? | | | |
| Altro (specificare) | | | |
| TOTALE | | | |

| B) CONTESTO LAVORATIVO | SI | NO | Notazioni correttive |
|--|----|----|----------------------|
| Gli operatori esibiscono un tesserino di identificazione privo di informazioni personali come il cognome? | | | |
| Viene promosso un clima organizzativo orientato a ridurre gli episodi di violenza? | | | |
| E' definita un'interfaccia operativa con le forze dell'ordine? O con agenzie di sicurezza esterne? | | | |
| Esistono procedure atte a garantire la sicurezza in caso di pazienti con comportamenti violenti o sottoposti a procedimenti giudiziari? | | | |
| E' assicurata la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza? | | | |
| Il sistema organizzativo favorisce l'accoglienza degli utenti? | | | |
| Gli utenti sono informati sulle modalità ed i tempi di erogazione delle prestazioni? | | | |
| E' assicurata la presenza di due figure professionali nell'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria? | | | |
| E' garantita la chiarezza della comunicazione con gli utenti? Se necessario è previsto un mediatore culturale? | | | |
| Il personale è stato sensibilizzato al corretto utilizzo dei dispositivi di barriera e della divisa? | | | |
| Il personale è stato informato di non indossare monili che possono rappresentare un potenziale pericolo di lesioni per l'operatore stesso (piercing, collane, orecchini...)? | | | |
| L'accesso ai locali di lavoro è gestito mediante regole chiare e/o sistemi controllati di accesso? | | | |



PROCEDURA DVR Rischio Aggressioni
 "Prevenzione e gestione degli atti di violenza
 e delle aggressioni verbali e/o fisiche
 a danno dei Lavoratori"

+

| B) CONTESTO LAVORATIVO (CONTINUA) | SI | NO | Notazioni correttive |
|---|----|----|----------------------|
| Gli operatori possono osservare i pazienti e gli utenti nelle aree di attesa? | | | |
| Le zone del personale di ogni unità operativa hanno almeno due accessi ed offrono un buon campo visivo? | | | |
| Le aree di attesa e di lavoro sono prive di oggetti potenzialmente utilizzabili come arma | | | |
| Le aree di attesa sono progettate in modo da garantire il massimo confort ed il minimo stress? | | | |
| I pazienti e gli utenti che stazionano nelle aree di attesa sono correttamente informati sulle modalità di funzionamento della struttura? | | | |
| Altro (specificare) | | | |
| TOTALE | | | |

| C) VISITE A DOMICILIO (COMPILARE SOLO SE APPLICABILE) | SI | NO | Notazioni correttive |
|---|----|----|----------------------|
| Un operatore sanitario può essere accompagnato da un altro collega in visite a domicilio se note situazioni di potenziale rischio | | | |
| Si sollecita la cooperazione in modo da avere la destinazione di lavoro illuminata nel punto di accesso | | | |
| E' garantito un equipaggiamento per dare allarme in caso di emergenza | | | |
| L'operatore ha punti di riferimento o mappa del territorio e buona conoscenza dello stesso | | | |
| L'operatore sanitario conosce la modalità per ricevere aiuto in caso di violenza (sede P.M.) | | | |
| Prima di effettuare una visita l'operatore sanitario chiama il cliente o il medico di medicina generale e mette in atto misure di sicurezza se necessario | | | |
| TOTALE | | | |

| D) ISPEZIONE ESTERNA ALLA STRUTTURA | SI | NO | Notazioni correttive |
|--|----|----|----------------------|
| Gli operatori si sentono sicuri quando camminano da e verso il luogo di lavoro | | | |
| L'illuminazione è sufficiente e funzionante nelle aree esterne | | | |
| È previsto un sistema di videosorveglianza nelle aree esterne alla struttura | | | |
| Altro (specificare) | | | |
| TOTALE | | | |

| E) ISPEZIONE NELLE AREE DI PARCHEGGIO | SI | NO | Notazioni correttive |
|--|----|----|----------------------|
| Esiste un parcheggio dedicato ai dipendenti | | | |
| È un parcheggio custodito o vigilato in qualche modo | | | |
| È presente un sistema di illuminazione sufficiente | | | |
| Altro (descrivere) | | | |
| TOTALE | | | |

| F) TIPOLOGIA DI UTENZA | SI | NO |
|--|----|----|
| Quale tipologia di utenza prevalente viene accolta nella OU? | | |
| • Psichiatrica? | | |
| • Demente? | | |
| • Sotto l'effetto di alcol o droga? | | |
| • Sottoposta a procedimento giudiziario? | | |
| • Confusa/Agitata? | | |
| TOTALE | | |

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDURA DVR Rischio Aggressioni "Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno dei Lavoratori" | |
|---|---|--|

Modello di calcolo check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

AMBIENTE DI LAVORO: il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

CONTESTO ORGANIZZATIVO: il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

VISITE A DOMICILIO: il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

ISPEZIONE ESTERNA ALLA STRUTTURA: il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

ISPEZIONE AREE PARCHEGGIO: il risultato finale è pari a 1 se prevalgono i NO e 0 se prevalgono i SI

TIPOLOGIA DI UTENZA: il risultato finale è pari a 2 se vi sono almeno 2 SI

Livello 0 = rischio assente

Livello 1 = rischio basso

Livello 2 = rischio medio basso

Livello 3 = rischio medio

Livello 4 = rischio alto

NB. Altri elementi da considerare: infortuni, schede di segnalazione IR, Eventi sentinella.

Si è scelto di utilizzare la precedente Check list per la valutazione del rischio specifico di atti di violenza a danno degli operatori, perché tiene conto degli aspetti che possono influenzare questo fenomeno (ambiente di lavoro, aree parcheggio, contesto organizzativo). La suddetta Check List è formulata in base alla letteratura esistente e allo storico degli episodi di violenza accaduti, in linea con la normativa vigente (Raccomandazione Ministeriale n.8). È una metodica già utilizzata da strutture ospedaliere del Nord Italia. [20]

Si analizza ogni aspetto rispondendo in modo affermativo o negativo alle specifiche domande poste. Si passa al conteggio della prevalenza delle risposte affermative e non. Viene attribuito un numero che poi sarà sommato a tutte le sezioni. A questo punto il risultato della somma che andrà da 0 ad un massimo di 6 corrisponde al livello del rischio che va da 0 sinonimo di rischio assente ad un livello 4, espressione di rischio alto.

Il livello scaturito dalla Check-list andrà sommato al numero degli infortuni denunciati per aggressioni nell'anno di riferimento e poi diviso per 2 ($(x+y)/2$), perché è una media tra due valori, uno sulla sicurezza strutturale e impiantistica e l'altro sugli accadimenti.

Si troverà così la Probabilità (P).

4.4.3 INDIVIDUAZIONE FATTORE DANNO (D)

Il fattore D tiene in considerazione il potenziale danno massimo che può creare un pericolo. È un indice che rappresenta la durata media dei giorni di assenza lavorativa derivati da infortunio per aggressioni denunciati dai lavoratori.

Il fattore del *Danno D* si ricava dalla successiva tabella effettuando il rapporto tra il totale dei giorni di assenza per infortunio e il numero totale degli infortuni per aggressioni (media dei giorni per ogni singolo infortunio).

| GG ASSENZA/N° INFORTUNI | GRAVITA' DEL DANNO | VALORE ATTRIBUITO |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Nessun giorno | DANNO ASSENTE | 0 |
| Fino a 3 giorni | DANNO BASSO | 1 |
| Da 3 a 7 giorni | DANNO MEDIO-BASSO | 2 |
| Da 7 a 15 giorni | DANNO MEDIO | 3 |
| Maggiore di 15 giorni | DANNO ALTO | 4 |

Il risultato della formula $R = P \times D$ si interpreta nel modo seguente:

| RISCHIO | VALUTAZIONE |
|------------------|----------------------------|
| R=0 | RISCHIO ASSENTE |
| R=1 | RISCHIO BASSO |
| R= Da 1 a 4 | RISCHIO MEDIO-BASSO |
| R= Da 5 a 8 | RISCHIO MEDIO |
| R= Maggiore di 9 | RISCHIO ALTO |

5. DISCUSSIONE

La strutturazione della procedura ha consentito di fare chiarezza e soprattutto ha dato una linea guida all'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche nel trattamento pratico degli episodi di violenza agli operatori sanitari.

Le diverse possibilità di segnalazione messe in campo dall'Azienda intendono sensibilizzare maggiormente i lavoratori alla denuncia, anche grazie all'anonimità.

Il fenomeno è di gran lunga sottovalutato per i motivi precedentemente descritti (paura del giudizio, eventi considerati normali in alcuni reparti, ecc.), è palese che un problema che si conosce può essere gestito e contestualizzato, diversamente risulta difficile.

La metodologia di valutazione sperimentata dal Servizio di Prevenzione e Protezione, consente di calcolare il rischio grazie alla Check List, scaturita dalle Raccomandazioni Ministeriali, dalle linee guida e dalle procedure aziendali interne, ma grazie anche ai giorni di assenza dei lavoratori derivanti dall'aggressione, riesce a soppesare la gravità del fenomeno, i fattori di rischio e la frequenza nelle diverse unità operative così da applicare misure correttive e di miglioramento su misura a seconda delle diverse realtà.

Poter valutare il rischio aggressioni al personale sanitario scorporandolo dalla valutazione Stress lavoro-correlato, che si ricorda essere calcolato su "gruppi omogenei"¹¹ di lavoratori, permette poi di osservare meglio il fenomeno sia a livello quantitativo che qualitativo e dà la possibilità di utilizzare delle strategie per prevenire il rischio. [21]

La creazione di un gruppo di lavoro focalizzato al rischio aggressioni descrive la forte volontà da parte dell'Azienda nel cercare di contrastare questi eventi. L'inclusione nel gruppo di nuove professionalità è segno che sì queste segnalazioni stanno aumentando ma c'è la determinazione nel voler affrontare, arginare e cercare di risolvere a 360 gradi, da più punti di vista questo rischio ormai non più emergente.

¹¹ GRUPPI OMOGENEI: dalle Indicazioni della Commissione Consultiva del 2010 "la valutazione prende in esame non singoli ma gruppi omogenei di lavoratori (es. per mansioni o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi del medesimo tipo" [19]

6. CONCLUSIONE

Nelle Marche, in linea con il trend nazionale, le aggressioni al personale sanitario risultano essere ormai un'emergenza presente, che registra negli ultimi anni un accrescimento.

I motivi sono svariati, il principale, il definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale che ha portato alla diminuzione dei posti letto, alla carenza di personale sanitario soprattutto nel territorio con conseguenti problemi organizzativi: sovraffollamento di reparti considerati a rischio, tempi lunghi di attesa, turni snervanti con situazioni stressogene che possono portare anche a carenze di comunicazione e inadeguato approccio dell'operatore.

Le istituzioni hanno cercato nel tempo, di regolamentare e di contenere il fenomeno con l'introduzione di Normative studiate ad hoc che, tra l'altro, prevedono sistemi per raccogliere dati in modo da monitorare il rischio aggressioni. Anche le OO.SS¹² di categoria spingono, per attuare maggiori misure di sicurezza chiedendo tavoli di confronto Nazionali, Regionali e Aziendali.

Nel contempo le aziende sanitarie hanno alzato l'attenzione per preservare la sicurezza dei propri operatori sanitari perché ricordiamo essere cruciale l'individuazione e la gestione di tutti i rischi espressi e potenziali che possono avvenire durante l'attività lavorativa. In questo clima e dato il crescente numero dei casi, l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche ha sviluppato una procedura sempre più accurata in sinergia con altri servizi deputati alla gestione di questo rischio, credendo fortemente nell'importanza di una corretta acquisizione dei dati grazie ad una pratica, veloce e snella procedura informatizzata di segnalazione dell'evento. Le segnalazioni si rammenta, hanno il merito di conoscere il problema quando questo si è già verificato ma risentono della soggettività e della volontarietà della segnalazione, è per questo che grazie al lavoro del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale si è inserita la possibilità, di segnalare in anonimato ai fini di rilievo del numero di eventi. Il fenomeno poi, in precedenza, era focalizzato solo alle aggressioni da parte di esterni all'azienda, ora invece viene studiato anche considerando le aggressioni che possono avvenire tra gli stessi operatori sanitari.

¹² OO.SS.: Acronimo delle Organizzazioni Sindacali che tutelano i diritti dei lavoratori e negoziano con le parti i contratti collettivi

Si è visto così che il rischio aggressioni è multidimensionale ed è generato da una complessa interazione di molteplici fattori, da qui la necessità di avere un approccio composito gestito da più professionalità ufficializzando un gruppo di lavoro che si incontra periodicamente, con focus l'osservazione e la gestione del fenomeno.

Infine il criterio di valutazione del rischio aggressioni al personale sanitario studiato, ha permesso, come detto in precedenza, di scorporare la valutazione del rischio dall'Allegato dedicato alla valutazione del Rischio Stress Lavoro Correlato presente nel Documento di Valutazione dei Rischi come da D. Lgs. 81/08 (Testo Unico sulla Sicurezza).

Si è definita perciò, una metodica che è in grado di tradurre in termini quantitativi e qualitativi il rischio, identificando e valorizzando le strategie più consone e immediate nella fase di prevenzione del fenomeno.

Inoltre lo studio conferma che grazie alla conoscenza della questione si è più pronti a prevenire il rischio e ad attuare idonee e specifiche misure di prevenzione e protezione soprattutto laddove l'indice di rischio è elevato.

Nei Reparti/Servizi dove il rischio risulta medio o elevato vengono studiate e applicate immediatamente misure di prevenzione e protezione adeguate alla gravità e alla potenzialità del danno. Questi luoghi di lavoro vengono, pertanto, attenzionati in modo specifico proprio per avere la situazione costantemente sotto controllo.

È attualmente in corso lo studio di una procedura di segnalazione alternativa a quella attualmente in uso, qualora il sistema informatico fosse momentaneamente non attivo, al fine di garantire al personale, una modalità certa di segnalazione.

Quanto sopra descritto, dimostra la sensibilità dell'Azienda nell'affrontare al meglio il fenomeno aggressioni senza il rischio di sottovalutarlo.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

7.1 BIBLIOGRAFIA

[3] Art. 17, Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

[4] Veronico L, Brusco A, Bucciarelli A, Mignacca FM, Frusteri L. Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Roma: INAIL; 2020. 12 p. Report No.: 10;

[5] Rossi P, Mele A, Punziano A. Gli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie Inail. I fact sheet della sovrintendenza sanitaria. Roma: Sovrintendenza sanitaria centrale. Inail; 2020. 7 p.;

[7] Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2016; 374, 1661-1669. DOI: 10.1056/NEJMra1501998;

[10] Cgil Funzione Pubblica. Stop alle aggressioni al personale sanitario. 2022. 16 p.;

[13] Ministero della Salute. Raccomandazione Ministeriale n. 8, Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Roma: Ministero della Salute; 2007. 15 p.;

[14] Ministero della Salute, Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS), Relazione attività 2024, (p.43-44);

[15] Art. 15, Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

[16] Art. 28, Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

[17] Art. 35, Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

[19] Fasanella L.: *Il rischio aggressione in ambito sanitari*. Aprile 2024. Roma:

EPC Editore (pp. 97-98);

- Legge 14 agosto 2020, n.113;
- Rossi P., Comacchio A., Mele A., *La gestione del rischio sanitario medico-legale. Dalla clinical governance ai processi medico legali*. 2014. Milano: Giuffrè;
- Becattini et al. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. ANIARTI atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI. 2007;
- Palmonari A., Cavazza N., Rubini M., *Psicologia sociale*. 2012. Bologna: Il Mulino;
- Tribunale Di Bari, Sez.1, 26 Ottobre 2021, n.1299 – *Psichiatra uccisa da un paziente del centro di salute mentale: sicurezza piegata al budget*;
- *Aggressioni al personale sanitario, Schillaci: “Arresto in flagranza differita è legge”*, Ministero della Salute. 27 Settembre 2024;
- Grottoli E., Ciriello S., Gabriele M., et al. *“Aggressioni e molestie nelle attività sanitarie”*. 2007. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 29, pp. 653-655;
- Gentile L. *Valutazione del rischio aggressione*. Cuneo: SSP Asl 15; 2004. 8 p.;
- Camatti J, et al. *“Workplace violence in Italian healthcare organizations: A multicenter survey on prevention measured and incident reporting”*. 2024. *G Ital Psicol Med Lav.*;
- Bianco L, et al. *“Violence Against Healthcare Workers in a University Hospital of Central Italy: How Risk Management Interventions Can Help Change a Trend”*. 2025;
- Direzione generale cura della persona, salute e welfare. *Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e sociosanitari*. Regione Emilia- Romagna: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna; 2018. 27 p.;
- Volonnino, et al. *“Healthcare Workers: Heroes or Victims? Context of Violence”*. 2024. I.R.I.S. (Sapienza);
- Direzione programmazione sanitaria. *Aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi. Linee di indirizzo per gli operatori del servizio sanitario della regione del Veneto*. Venezia: Azienda Zero;

2022. 34 p.;

- UOS Rischio clinico e sicurezza del paziente, UOC SPDC, UOS SPP. *Aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prevenzione e gestione degli eventi (rev.4)*. San Donà di Piave (VE): ULSS4 Veneto Orientale; 2022. 25 p.

7.2 SITOGRAFIA

[1] The National Institute for Occupational Safety and Health. A safe and sound workplace. <https://www.cdc.gov/niosh/index.htm> (consultato il 02 dicembre 2025);

[2] <https://www.who.int> (consultato il 03 febbraio 2026)

[6] Mamo C, Pensasso M, Quarta D. Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema. *Boll Epidemiol Naz* [Internet]. 2020; 1(2): 15-21. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_003 (consultato il 04 gennaio 2026);

[8] Regione Veneto. Aggressione e violenza contro il personale sanitario: dalla regione un documento di indirizzo e un corso per formare 90 istruttori “antiviolenza”. Venezia: Regione Veneto; 10 marzo 2022. <https://www.re-gione.veneto.it/web/guest/article-detail?articleId=13542489> (consultato il 02 dicembre 2025);

[9] <https://nursid.it/p11> (consultato il 02 dicembre 2025);

[11] https://www.anaao.it/public/aaa_2847066_sondaggioaggressioni_11marzo2024.pdf (consultato il 02 dicembre 2025);

[12] <https://agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitotaggio-delle-raccomandazioni/elenco-eventi-sentinella> (consultato il 04 gennaio 2026);

[13] https://portale.ospedaliriuniti.marche.it/pagina3_chi-siamo-e-struttura-aziendale.html (consultato il 15 gennaio 2026);

[18] https://buonepratiche.agenas.it/documents/recommendations/Racc.08_Violenza%20operatori.pdf (p.6-12) (consultato il 30 gennaio 2026);

[20] Regione del Veneto, ULSS9 Scaligera – 11 Aprile 2023, *Prevenzione e gestione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari*, A_A6_pr_prevenzione-gestione-atti-violenza_rev01, Prot.n.71906.

<https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=8218>;

[21] <https://www.lavoro.gov.it> (p.3) (consultato il 9 febbraio 2026);

- <http://www.larena.it/territori/est/san-bonifacio/guardia-medica-minacciata-e-aggredita-1.5854612> (consultato il 06 Febbraio 2026);
- <http://www.larena.it/home/provincia/medico-preso-a-pugni-al-pronto-soccorso-1.6302367> (consultato il 06 Febbraio 2026);
- http://www.quotidianosanita.it/lavoro-professioni/articolo.php?articolo_id=50603 (consultato il 06 Febbraio 2026);
- <https://www.infermieristicamente.it/articolo/7750/aggresioni-al-personale-sanitario-cassazione-l-azienda-e-responsabile-verso-i-dipendenti/> (consultato il 06 Febbraio 2026);
- <https://cislmarche.it/notizie/aggresione-al-pronto-soccorso-di-macerata-cisl-fp-marche-subito-misure-di-prevenzione-e-protezione-degli-operatori#:~:text=La%20scorsa%20notte%2C%20il%20personale%20del%20Pronto,una%20guardia%20giurata%20sono%20stati%20coinvolti%20nell'episodio> (consultato il 22 Febbraio 2026);
- [https://www.politicamentecorretto.com/2025/12/30/sanita-marche-rossi-uglaggresione-al-pronto-soccorso-di-ascoli-operatori-sanitari-ancora-nel-mirino-ora-basta/#:~:text=Sanit%C3%A0%20Marche%2C%20Rossi%20\(UGL\):,%2D%20politicamentecorretto.com](https://www.politicamentecorretto.com/2025/12/30/sanita-marche-rossi-uglaggresione-al-pronto-soccorso-di-ascoli-operatori-sanitari-ancora-nel-mirino-ora-basta/#:~:text=Sanit%C3%A0%20Marche%2C%20Rossi%20(UGL):,%2D%20politicamentecorretto.com) (consultato il 22 Febbraio 2026);
- <https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/infermieri-aggrediti-nelle-marche.html> (consultato il 22 Febbraio 2026);
- <https://www.rainews.it/tgr/marche/articoli/2025/02/aggresioni-ai-sanitari-ospedale-di-torrette-risponde-con-la-tecnologia-ancona-b975665b-52ff-47f0-9af2-cb7bac89de2f.html> (consultato il 22 Febbraio 2026);
- <https://www.expartibus.it/sanita-ugl-aggresione-al-personale-sanitario-a-jesi-an-atto-grave/> (consultato il 22 Febbraio 2026);
- <https://www.nonsoloflaminia.it/index.php/2024/03/13/ospedali-marche-nel-2023-sono-90-le-aggresioni-al-personale-sanitario-e-socio-sanitario/> (consultato il 22 Febbraio 2026)

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare innanzitutto la chiarissima Professoressa Lory Santarelli, per aver creduto in questo mio progetto.

Un ringraziamento particolare va a tutto il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, al mio correlatore e tutor di tirocinio, Geom. Andrea Andreanelli per la disponibilità, la pazienza, la competenza e i preziosi consigli che hanno permesso la realizzazione di questa tesi.

Ringrazio anche le SODS Rischio Clinico e Psicologia Ospedaliera, soprattutto la dott.ssa Claudia Passamonti per i suoi cari consigli e la sua disponibilità.

Ringrazio tutti i professori che mi hanno dato la possibilità di allargare le mie conoscenze e hanno risposto sempre alle mie continue domande.

Una preghiera a mio padre che è stato esempio di tenacia e perseveranza, avrebbe festeggiato alla grande questo traguardo, spero tu possa essere fiero di me, il filo non si è mai interrotto.

Un grande abbraccio a mia madre che mi ha sostenuto con amore infinito ed aiutato nei momenti in cui più di una volta ho creduto di non riuscire. Grazie infinite, questo percorso è stato possibile solo grazie a te.

Ai miei figli Filippo e Linda, spero di avervi insegnato che anche da grandi non bisogna mai smettere di credere nei propri sogni, basta avere costanza e sacrificio.

A mio marito Francesco, grazie per averci creduto insieme a me e per avermi sostenuto in questa scelta.

Grazie a tutta la mia grande famiglia, mio fratello, le mie cognate, i miei cognati, tutti i miei nipoti, la famiglia è appartenenza, è riparo, è sostegno, è aiuto e in questi tre anni siete stati tutti molto carini, e ai miei immancabili amici, siete un dono prezioso.

Ringrazio i miei compagni di corso per i tanti momenti condivisi, per aver reso leggero questo percorso.

Infine desidero dedicare questa conquista a me stessa, per non aver mollato anche quando tanti dicevano di farlo, per aver seguito il mio cuore contro mille difficoltà.

Il futuro appartiene a coloro che credono nella bellezza dei propri sogni.

