



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea Magistrale in  
Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**AGGRESSIONI A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI:  
ANALISI DEL FENOMENO E CREAZIONE DI STRUMENTI DI  
GOVERNANCE PER  
L'AST FERMO**

**VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE PROFESSIONALS:  
AN ANALYSIS OF THE PHENOMENON AND DEVELOPMENT  
OF GOVERNANCE TOOLS FOR AST FERMO**

Relatore

**Dott.ssa Baglioni Isabella**

Tesi di Laurea di:

**Martina Ciuccarelli**

Correlatore

**Dott. Renato Rocchi**

**A.A. 2025/2026**

# INDICE

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUZIONE.....                                                                         | 1  |
| 1.1 Aggressioni sui luoghi di lavoro.....                                                    | 2  |
| 1.1.1 Descrizione del problema.....                                                          | 2  |
| 1.1.2 Definizione del termine aggressività.....                                              | 5  |
| 1.1.3 Ciclo dell'aggressività.....                                                           | 8  |
| 1.2 Il quadro normativo di riferimento e l'inquadramento nell'AST Fermo.....                 | 10 |
| 1.2.1 Analisi epidemiologica dei dati INAIL e dell'ONSEPS.....                               | 12 |
| 1.2.2 Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro.....                                     | 17 |
| 1.3 Governance e Sicurezza sul Lavoro in Sanità.....                                         | 19 |
| 1.3.1 Clinical Governance: la tutela del professionista come<br>valore aziendale. ....       | 19 |
| 1.3.2 Risk Management e Aggressioni:<br>Identificazione, Valutazione e Trattamento.....      | 21 |
| 1.3.3 La formazione come strumento di governance strategica.....                             | 23 |
| 1.4 Rilevanza del problema nel contesto.....                                                 | 24 |
| 1.4.1 Contesto in cui si sviluppa il fenomeno e Strategie<br>di prevenzione a confronto..... | 24 |
| 1.4.2 Revisione della letteratura disponibile.....                                           | 31 |
| 1.4.3 Campagne di sensibilizzazione per contrastare le aggressioni.....                      | 33 |
| 2. OBIETTIVO.....                                                                            | 38 |
| 3. MATERIALI E METODI.....                                                                   | 40 |
| 3.1 Campione sottoposto a indagine.....                                                      | 40 |
| 3.2 Strumento di raccolta dati.....                                                          | 42 |
| 3.4 Sezioni e contenuti del questionario .....                                               | 43 |
| 3.4 Elaborazione e trattamento dei dati.....                                                 | 44 |
| 3.5 Il “cono d'ombra” delle aggressioni: limiti metodologici.....                            | 45 |
| 4. RISULTATI.....                                                                            | 47 |
| 5. DISCUSSIONE.....                                                                          | 51 |
| 6. PIANO DI MIGLIORAMENTO: progetti per la sicurezza nell'AST Fermo.....                     | 53 |
| 6.1 Lo strumento di Governance Procedurale: opuscolo “AGRESSIONE ZERO”....                   | 54 |
| 6.2 Lo strumento di Governance Formativa: Il Corso di De-escalation.....                     | 54 |
| 6.3 Sinergia e Miglioramento Continuo.....                                                   | 56 |
| 7. CONCLUSIONE.....                                                                          | 58 |
| 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....                                                            | 61 |
| 9. ALLEGATI E GRAFICI.....                                                                   | 71 |

## 1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito a un inquietante aumento degli episodi di violenza contro il personale sanitario, un fenomeno che ha assunto i contorni di una vera emergenza per la sostenibilità e la qualità dei sistemi sanitari a livello globale. Gli operatori, che dedicano la propria attività alla cura e al benessere altrui, si trovano sempre più spesso ad affrontare aggressioni fisiche, verbali e psicologiche. Questa criticità, in costante crescita sia in Italia che nei paesi dell'area OCSE, non solo mette a rischio la salute dei singoli professionisti, ma mina profondamente l'erogazione delle cure e il benessere organizzativo complessivo. Le radici di tale violenza sono complesse e multifattoriali. L'analisi della letteratura scientifica e del quadro normativo vigente permette di identificare una combinazione di fattori critici: la frustrazione dell'utenza per le lunghe liste d'attesa, la vulnerabilità emotiva dei pazienti e dei familiari in condizioni di stress, il sovraffollamento delle strutture e l'erosione del rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni. Questi elementi, interagendo tra loro, creano un ambiente ad alta tensione dove gli operatori risultano particolarmente esposti. Inoltre, la diffusa tendenza all'under-reporting, ossia la mancata denuncia degli episodi per rassegnazione o timore, rende difficile disporre di una visione completa del problema, ostacolando l'adozione di misure correttive realmente efficaci. A partire dal consolidamento dei contorni teorici e regolamentari del fenomeno, il presente lavoro di ricerca si propone di delineare soluzioni operative concrete, calate nella specifica realtà dell'AST di Fermo. L'obiettivo principale è passare dalla comprensione del "cosa" e del "perché" alla definizione del "come", traducendo le evidenze della letteratura in strumenti di governance e in precise strategie di miglioramento organizzativo.

Il nucleo metodologico della tesi è rappresentato da un'indagine conoscitiva sul campo che ha coinvolto il personale sanitario dell'AST Fermo, sia nell'ambito ospedaliero sia in quello territoriale. Attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, sviluppato integrando le linee guida dell'Osservatorio Nazionale (ONSEPS) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), si è mirato a ottenere una fotografia nitida e dettagliata della realtà locale, quantificando gli episodi, mappando le aree a maggior rischio e facendo luce sul fenomeno sommerso delle mancate segnalazioni.

I dati così raccolti non costituiscono un semplice punto d'arrivo, ma la base scientifica

imprescindibile per l'elaborazione di un Piano di Miglioramento aziendale personalizzato. L'analisi dei risultati ha guidato la progettazione di interventi mirati e integrati, articolati su assi strategici fondamentali come la prevenzione del rischio, la gestione dell'evento acuto e la formazione continua del personale. Attraverso questo approccio multidisciplinare, lo studio intende fornire all'Azienda strumenti operativi per mitigare un rischio lavorativo critico, salvaguardando la sicurezza, la dignità professionale e il benessere di chi opera quotidianamente al servizio della comunità.

## **1.1 Aggressioni sui luoghi di lavoro**

### **1.1.1 Descrizione del problema**

Quando si parla di violenza sul luogo di lavoro, si intendono situazioni in cui i lavoratori vengono aggrediti, intimiditi verbalmente, fisicamente o psicologicamente, spaventati o uccisi, da pazienti, familiari o altri individui esterni all'organizzazione sanitaria.

Si tratta di un problema in crescita che ha assunto proporzioni allarmanti, in tutti gli ambienti di lavoro, in particolare in quei settori in cui è più frequente il contatto con il pubblico, come le amministrazioni pubbliche, le istituzioni sanitarie e l'assistenza sociale. Il fenomeno è difficoltoso da quantificare in quanto complicato da definire e sono necessari molti studi per chiarire quali operatori sono più soggetti alle aggressioni sul luogo di lavoro.

Sebbene ogni operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari, sono a rischio più alto in quanto sono a diretto contatto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari, che si trovano in uno stato di frustrazione, vulnerabilità e perdita di controllo.

Negli ultimi anni, il fenomeno delle aggressioni contro il personale sanitario sui luoghi di lavoro ha assunto proporzioni allarmanti, diventando una questione di primaria importanza per la salute e la sicurezza degli operatori. Gli episodi di violenza possono manifestarsi in diverse forme, tra cui aggressioni fisiche, verbali e psicologiche, e possono essere perpetrati da pazienti, familiari o altri individui esterni all'organizzazione sanitaria.

La frustrazione dei pazienti e dei loro familiari per i lunghi tempi di attesa e il

sovraffollamento delle strutture sanitarie può sfociare in comportamenti aggressivi.

Le differenze culturali e socioeconomiche possono influenzare il comportamento dei pazienti e dei loro familiari, portando a incomprensioni e tensioni.

Gli operatori sanitari lavorano spesso in condizioni di elevato stress, con carichi di lavoro pesanti e turni prolungati, che possono aumentare il rischio di conflitti e aggressioni.

Le conseguenze delle aggressioni sui luoghi di lavoro sono gravi e possono avere un impatto significativamente negativo sull'efficacia organizzativa, sui costi della sanità pubblica, interferendo con l'erogazione di cure di qualità e provocando danni agli individui, intaccando la dignità del personale sanitario e la fiducia verso sé stessi. A tal fine, occorre garantire l'efficacia dei servizi assicurando agli infermieri un ambiente di lavoro sicuro e un trattamento rispettoso.

Gli operatori sanitari vittime di aggressioni possono sviluppare disturbi psicologici come ansia, depressione e stress post traumatico.

Le aggressioni fisiche possono causare lesioni che richiedono cure mediche e periodi di assenza dal lavoro, provocando una diminuzione della produttività e a un aumento del turnover del personale. Inoltre, un ambiente di lavoro insicuro può danneggiare il morale dei dipendenti e compromettere la qualità delle cure offerte ai pazienti.

Nel novembre 2007, il Ministero della Salute ha pubblicato la Raccomandazione n.8, con l'obiettivo di prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari. Questa raccomandazione promuove l'adozione di misure volte a eliminare o ridurre le condizioni di rischio e a migliorare le competenze degli operatori. Secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute, gli episodi di aggressione si verificano più frequentemente nei seguenti settori della sanità:

- Pronto Soccorso: Gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso sono frequentemente esposti a situazioni di emergenza e stress elevato, che possono aumentare il rischio di aggressioni;
- Reparti di Psichiatria: I pazienti con disturbi mentali possono manifestare comportamenti aggressivi, rendendo i reparti di psichiatria particolarmente a rischio;
- Servizi di Emergenza: Gli operatori del 118 e delle ambulanze possono trovarsi in situazioni pericolose durante gli interventi di emergenza, esponendosi a rischi di aggressioni.

Gli atti di violenza nelle realtà sanitarie sono dei veri e propri eventi sentinella, in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione da parte dei soggetti preposti, di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

In Italia, secondo quanto stabilito dall'articolo 28 del D.Lgs 81/08, ogni struttura sanitaria dovrebbe sviluppare e attuare un programma di prevenzione della violenza. Questo programma mira a promuovere una politica di intolleranza verso qualsiasi forma di violenza, sia fisica che verbale, nei servizi sanitari. È fondamentale che operatori, pazienti e visitatori siano informati di questa politica, e che il personale sia incoraggiato a segnalare tempestivamente gli episodi di violenza subiti, suggerendo misure per ridurre o eliminare i rischi. Inoltre, è importante facilitare il coordinamento con le forze di polizia e altri enti che possano offrire supporto per identificare le migliori strategie di prevenzione.

Purtroppo, mancano dati statistici precisi e completi sulla reale diffusione e gravità del problema, che è probabilmente sottostimato. La difficoltà nel quantificare l'estensione del problema è dovuta alla frequente mancanza di segnalazione degli episodi di aggressione, un comportamento influenzato da fattori sociali e culturali. Significativo il fatto che gli operatori sanitari spesso considerino la violenza come parte integrante del loro lavoro.

Il contesto nel quale si verificano le aggressioni contro gli operatori sanitari è caratterizzato da un forte allarme sociale e da una crescente preoccupazione per la sicurezza nelle strutture sanitarie. La legge 113/2020, approvata in Italia, ha tentato di affrontare la questione delle aggressioni nei confronti del personale medico, inasprendo le pene per chi commette tali atti.

Tuttavia, nonostante queste misure, il problema persiste e i dati delle aggressioni continuano a registrare una crescita allarmante. Secondo le più recenti rilevazioni INAIL relative al triennio 2021-2023, si registrano mediamente oltre 2.200 casi di infortunio sul lavoro all'anno accertati come aggressioni, violenze o minacce, segnando un netto incremento rispetto ai dati del 2022. Il settore della Sanità e Assistenza Sociale si conferma il più colpito, assorbendo la stragrande maggioranza degli eventi: la distribuzione vede il 37% dei casi concentrato nell'assistenza sanitaria propriamente detta, il 33% nei servizi di assistenza sociale residenziale e il 30% nell'assistenza sociale non residenziale. Il dato relativo al genere rimane costante nella sua criticità: le donne

continuano a essere le vittime principali, rappresentando oltre il 70% del totale degli infortunati.

### **1.1.2 Definizione del termine aggressività**

Comprendere la distinzione tra il concetto “violenza” e “aggressività” è importante per sviluppare strategie efficaci di prevenzione e gestione, soprattutto in contesti lavorativi come quello sanitario.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) descrive la violenza sul luogo di lavoro come qualsiasi forma di aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nell'ambiente lavorativo. La violenza può essere definita un atto contro un altro con l'intenzione di provocare una sofferenza o una ferita. La violenza è una forma estrema di aggressività che comporta l'uso di forza fisica o coercizione con l'intenzione di causare danno grave o lesioni a un'altra persona, a livello fisico o psicologico con conseguenze legali e sociali gravi. La maggior parte degli atti di violenza non ha esiti mortali e comprende aggressioni o tentativi di aggressione, sia fisiche che verbali, spesso caratterizzate dall'uso di un linguaggio offensivo.

L'aggressività è un impulso naturale, espressione della forza vitale dell'individuo e può manifestarsi in modi meno intensi e non necessariamente fisici, è un comportamento sia intenzionale che spontaneo, non necessariamente porta a comportamenti violenti volti a causare danno o disagio a un'altra persona. Questo comportamento può manifestarsi in diverse forme, ciascuna con caratteristiche e implicazioni specifiche. Comprendere i vari tipi di aggressività è fondamentale per sviluppare strategie efficaci di prevenzione e gestione, al fine di garantire la sicurezza e il benessere degli operatori sanitari e di tutti i lavoratori.

L'aggressività fisica è forse la forma più evidente e comprende qualsiasi atto che comporta contatto fisico con l'intento di causare danno o lesione. Esempi di aggressività fisica includono colpire, spingere, calciare o usare oggetti per ferire qualcuno. Questo tipo di aggressività può avere conseguenze immediate e visibili, come contusioni, fratture o altre lesioni fisiche.

L'aggressività verbale si manifesta attraverso l'uso di parole per offendere, minacciare o intimidire un'altra persona. Gli insulti, le minacce e le urla sono esempi comuni di aggressività verbale. Sebbene non comporti danni fisici diretti, l'aggressività verbale può

causare stress emotivo e psicologico significativo, influenzando negativamente il benessere della vittima.

L'aggressività psicologica include comportamenti manipolativi, vessatori e intimidatori che mirano a destabilizzare emotivamente la vittima. Questo tipo di aggressività può manifestarsi attraverso il bullismo, il mobbing sul posto di lavoro, la manipolazione emotiva e altre forme di abuso psicologico. Le conseguenze dell'aggressività psicologica possono essere gravi, portando a disturbi come ansia, depressione e stress post-traumatico.

L'aggressività passiva è una forma di aggressività meno diretta, caratterizzata da comportamenti ostili o negativi espressi in modo indiretto. Esempi di aggressività passiva includono il rifiuto di comunicare, il sabotaggio delle attività lavorative, il sarcasmo e l'ostruzionismo. Questo tipo di aggressività può essere difficile da identificare e affrontare, ma può comunque causare tensioni e conflitti significativi.

L'aggressività strumentale è un comportamento aggressivo utilizzato come mezzo per raggiungere un obiettivo specifico. A differenza dell'aggressività reattiva, che è una risposta emotiva a una provocazione, l'aggressività strumentale è pianificata e deliberata. Un esempio potrebbe essere l'uso della forza per ottenere il controllo su una situazione o per intimidire un avversario.

L'aggressività reattiva è una risposta emotiva immediata a una provocazione percepita. Questo tipo di aggressività è spesso impulsiva e può essere scatenata da situazioni di stress, frustrazione o minaccia. Le reazioni aggressive reattive possono includere esplosioni di rabbia, attacchi verbali o fisici e comportamenti impulsivi.

Nel contesto sanitario, le aggressioni possono essere particolarmente frequenti e gravi e gli operatori sanitari sono spesso esposti a situazioni di alta tensione e stress, che possono aumentare il rischio di aggressioni da parte di pazienti e familiari. Le aggressioni nei contesti sanitari possono includere tutte le forme di aggressività sopra descritte e possono avere conseguenze devastanti per la sicurezza e il benessere degli operatori.

L'aggressività ha accompagnato l'essere umano lungo tutta la sua storia, suscitando l'interesse di filosofi, storici, psicologi e biologi, che ne hanno proposto interpretazioni diverse: da pulsione innata a risposta appresa, da strumento evolutivo a prodotto delle strutture sociali. Questo termine viene generalmente utilizzato in due accezioni principali: nella prima, in ambito psicoanalitico, si riferisce all'insieme di tendenze che si

manifestano in comportamenti reali o immaginari volti a danneggiare, costringere o umiliare un altro, se stessi o parti di sé; nella seconda, che fa riferimento all'etimologia del termine (dal latino "aggredior" che significa "cammino in avanti"), indica una tendenza all'autoaffermazione. Nel pensiero greco antico, l'aggressività veniva addirittura considerata positivamente, come espressione di coraggio in battaglia.

Un importante teorico dell'aggressività umana è stato Hobbes, il quale sosteneva che la rabbia si attiva quando una persona si sente disprezzata da un suo simile e si trasforma in comportamento aggressivo quando il denigrato è spinto dal desiderio di vendetta nei confronti di chi lo ha svilito. Questo concetto è riassunto nella famosa espressione "homo homini lupus".

Per Cartesio, l'aggressività corrisponde alla collera che si scatena quando qualcuno subisce un torto da un altro individuo; mentre per Schopenhauer, l'aggressività è endemica all'essere umano ed è presente in tutte le specie animali.

Nel corso del ventesimo secolo, sono state formulate varie ipotesi in ambito psicologico riguardo al tema dell'aggressività. Secondo la teoria etologica di Konrad Lorenz, l'aggressività è un istinto innato dell'essere umano, una pulsione interiore che genera e dirige i comportamenti aggressivi. Questa forza interna è attivata da elementi specifici, come la difesa di ciò che si possiede, la lotta per il potere e il bisogno di organizzare il proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di garantire la sopravvivenza e il futuro per sé e per i propri discendenti. Freud, invece, riteneva che l'aggressività fosse una pulsione istintiva che deriva dall'istinto di morte, il quale coesiste con l'istinto di vita all'interno dell'individuo. Per preservare la propria integrità, l'aggressività deve essere espressa verso l'esterno, idealmente attraverso attività socialmente accettate, come le competizioni e le rivalità tra gruppi, che permettono di canalizzare questa energia in modo costruttivo.

Secondo Dollard e Miller, alla base dell'aggressività c'è un meccanismo di frustrazione, l'individuo prova questa emozione quando incontra ostacoli che impediscono il raggiungimento dei suoi obiettivi. L'aggressività aumenta man mano che ci si avvicina alla meta, quindi, più l'individuo è vicino a raggiungere il suo obiettivo e viene interrotto, tanto più cresce la sua aggressività. Solitamente, questo stato emotivo non è diretto verso le persone che hanno causato la frustrazione, ma verso individui che, per caratteristiche personali (maggiore debolezza e minore potere), sono più facilmente oggetto di comportamenti aggressivi.

Partendo dal presupposto che esista o meno una pulsione aggressiva innata, la sua attivazione è quasi sempre stimolata da una qualche forma di sofferenza da parte del soggetto. È importante distinguere un'aggressività di natura "biologica", mobilitata dall'urgenza di una necessità percepita come minaccia all'interno del proprio corpo (ad esempio, una persona affamata o che prova dolore), da una di natura "simbolica", in cui la sofferenza può derivare, ad esempio, da un senso di colpa. Se l'utilità pratica dell'aggressività di tipo biologico è facilmente comprensibile (mettere in atto un comportamento che rimuova la causa della sofferenza), non è altrettanto chiara la funzione dell'aggressività di tipo simbolico, poiché non si evidenzia in modo esplicito l'utilità pratica della stessa. Bleichmar afferma che nell'essere umano l'aggressività può costituire un movimento difensivo contro la sofferenza psichica generata dai sensi di colpa o dalle fantasie persecutorie, perché tramite essa il soggetto riesce a ristrutturare la rappresentazione di sé e dell'altro. L'aggressività come strumento può diventare il mezzo privilegiato a cui ricorrono alcuni soggetti per tentare di costringersi ad essere in un determinato modo.

### **1.1.3 Ciclo dell'aggressività**

Per affrontare in modo efficace situazioni di potenziale crisi, è fondamentale conoscere le dinamiche che regolano l'insorgere e l'evolversi del comportamento aggressivo. In ambito clinico e psicosociale, si parla spesso di ciclo dell'aggressività, un modello che descrive le fasi progressive attraverso cui si sviluppa un episodio aggressivo.

Questo schema si basa su due concetti chiave: attivazione (arousal) e de-escalation, ovvero la riduzione controllata della tensione.

L'arousal rappresenta lo stato di attivazione psicofisica che precede e accompagna l'aggressività. Si manifesta con alterazioni fisiologiche (come l'aumento della frequenza cardiaca, la tensione muscolare e l'attivazione del sistema nervoso), emotive (rabbia, frustrazione) e cognitive (pensieri rigidi, difficoltà di ragionamento). L'organismo si prepara così a reagire, innescando meccanismi di attacco o fuga.

Il ciclo dell'aggressività si articola in cinque fasi principali (Allegato 1):

- 1) Fase del fattore scatenante (trigger): è il momento in cui un evento, reale o percepito come minaccioso, rompe l'equilibrio emotivo della persona. Può trattarsi di una provocazione, un'umiliazione, un evento stressante o l'effetto

di sostanze. In questa fase è cruciale individuare e, se possibile, rimuovere la causa scatenante.

- 2) Fase dell'escalation: la tensione cresce visibilmente. La persona può diventare verbalmente ostile, agitata, con segnali corporei evidenti di disagio. È il momento in cui è ancora possibile intervenire per evitare il peggioramento, utilizzando tecniche comunicative assertive e strategie di contenimento emotivo.
- 3) Fase critica: l'aggressività raggiunge il suo apice. La persona può agire in modo impulsivo, pericoloso per sé o per gli altri. In questa fase, la priorità assoluta è la sicurezza: si ricorre a misure di contenimento fisico o ambientale, evitando qualsiasi confronto diretto.
- 4) Fase di recupero: dopo il picco, l'attivazione fisiologica comincia a diminuire. La persona appare stanca, disorientata, ma ancora vulnerabile. È importante non stimolare eccessivamente né cercare di discutere l'accaduto troppo presto, per evitare una nuova escalation.
- 5) Fase post-critica (depressione reattiva): subentrano emozioni come senso di colpa, vergogna o tristezza. È il momento più adatto per un confronto costruttivo, in un clima empatico e non giudicante, che favorisca la riflessione e la prevenzione di futuri episodi.

Comprendere queste fasi consente agli operatori di sviluppare strategie di intervento efficaci, mirate e tempestive, adattando soluzioni specifiche per ogni fase specifica del ciclo, al fine di riconoscere i segnali precoci di escalation e intervenire tempestivamente per prevenire l'escalation della violenza e proteggere sia gli operatori sanitari che i pazienti. Non sempre l'aggressività è legata a una patologia psichiatrica: spesso è espressione di tratti caratteriali o di difficoltà relazionali. Per questo motivo, la gestione delle crisi non può basarsi solo su interventi terapeutici, ma richiede competenze comunicative, empatia e capacità di lettura del contesto.

## 1.2 Il quadro normativo di riferimento e l'inquadramento nell'AST Fermo

Negli ultimi anni, il fenomeno degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e sociosanitari ha assunto le caratteristiche di una vera e propria emergenza di sanità pubblica, configurandosi come un rischio occupazionale e strutturale di prioritaria rilevanza per le direzioni strategiche delle aziende sanitarie. Questo progressivo aumento degli episodi di violenza ha spinto le autorità italiane a intervenire con un'evoluzione normativa specifica e progressiva, finalizzata a introdurre misure sanzionatorie più severe, a garantire una risposta penale immediata e a promuovere un ambiente di lavoro sicuro e protetto.

Tale criticità non colpisce soltanto l'integrità fisica e psicologica del singolo professionista, ma compromette profondamente la qualità delle cure erogate e l'efficienza organizzativa, alimentando fenomeni deleteri come lo stress lavoro correlato, il burnout e la demotivazione professionale. All'interno dell'AST Fermo, la complessità dei servizi offerti, che spaziano dall'urgenza/emergenza ospedaliera alle cure primarie distribuite sul territorio, espone quotidianamente medici, infermieri, ostetriche e operatori sociosanitari a situazioni di potenziale conflitto. L'azione dell'Azienda si inserisce in un solido solco legislativo nazionale, affrontando l'aggressione non come un evento ineluttabile legato alla natura della professione, ma come un rischio clinico ed organizzativo da governare attraverso precise strategie di management.

Il quadro regolatorio e sanzionatorio nazionale sviluppatosi nel periodo 2020 - 2025 ha trasformato la tutela del personale sanitario da questione marginale a priorità legislativa, articolandosi attraverso i seguenti provvedimenti fondamentali:

- **Legge n. 113 del 14 luglio 2020:** Recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”, rappresenta il primo intervento organico volto a riconoscere la specificità e la vulnerabilità del personale, configurando il fenomeno come rischio strutturale del sistema. Dal punto di vista repressivo, la legge ha introdotto rilevanti modifiche al Codice penale:
  - **Art. 583-quater, comma 2 c.p.:** Prevede una pena più severa per chi cagiona lesioni personali gravi o gravissime a danno di operatori sanitari o sociosanitari, nonché di chi svolge attività ausiliarie di cura, assistenza

o soccorso nell'esercizio delle loro funzioni.

- **Art. 61, n. 11-octies c.p.:** Introduce una specifica circostanza aggravante per i reati commessi con violenza o minaccia ai danni del personale sanitario.
- **Articoli 581 e 582 c.p.:** Estende la procedibilità d'ufficio per i reati di percosse e lesioni personali quando aggravati dalle disposizioni sopra citate, eliminando la necessità di querela da parte della vittima e consentendo l'intervento diretto dell'autorità giudiziaria.
- Sul piano della governance, la legge ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (**ONSEPS**), con compiti di monitoraggio, raccolta dati e supporto strategico, richiamando le aziende allo sviluppo di protocolli operativi specifici per la sicurezza del lavoro e la gestione del rischio clinico.
- **Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2023 (convertito in Legge n. 56/2023):** Ha riformulato il comma 2 dell'art. 583-quater c.p., estendendo l'inasprimento delle pene anche alle lesioni personali semplici e non solo a quelle gravi o gravissime, garantendo una tutela più ampia e uniforme per tutte le forme di aggressione fisica.
- **Decreto Legislativo n. 31 del 15 febbraio 2024:** Ha eliminato ogni residua ambiguità interpretativa, stabilendo in modo tassativo che i reati di lesioni semplici, gravi e gravissime ai danni del personale sanitario sono procedibili d'ufficio, rafforzando la capacità dello Stato di intervenire tempestivamente anche in assenza di una denuncia formale da parte della vittima.
- **Decreto-Legge n. 137 del 1° ottobre 2024 (convertito in Legge n. 171/2024):** Adottato in risposta a un'escalation di episodi di violenza soprattutto nei servizi di pronto soccorso, introduce misure urgenti e incisive:
  - **Art. 635, comma 4 c.p.:** Prevede una pena aggravata per i danneggiamenti commessi all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private, riconoscendo la particolare gravità degli atti vandalici ai beni assistenziali.
  - **Art. 380 c.p.p.:** Dispone l'arresto obbligatorio in flagranza per i reati di lesioni personali e danneggiamento aggravato commessi all'interno delle

strutture.

- **Art. 382-bis, comma 1-bis c.p.p.:** Introduce l'istituto della flagranza differita, consentendo l'arresto a distanza di tempo (entro le 48 ore) laddove vi siano prove video-fotografiche o digitali che identifichino inequivocabilmente l'autore del reato.
- **Aggiornamento della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute (2025):** Rilasciato in piena sinergia con il testo aggiornato del **Decreto Legislativo 81/2008**, estende la protezione a tutte le figure operanti nelle strutture (compresi amministrativi, addetti al CUP e tecnici), sancendo che la violenza non è un rischio esclusivamente clinico, ma ambientale e organizzativo. Impone alle Aziende linee guida stringenti, tra cui l'implementazione obbligatoria di sistemi di segnalazione semplici (incident reporting), l'uso di tecnologie di supporto (videosorveglianza, allarmi, body-cam), l'attivazione di percorsi protetti e l'adozione di protocolli operativi di de-escalation.

Questo consolidamento dell'impostazione sanzionatoria e repressiva del sistema evidenzia tuttavia come l'inasprimento delle pene, sebbene necessario, non sia di per sé sufficiente a contrastare il fenomeno in maniera efficace se non affiancato da interventi organizzativi, formativi e strutturali capaci di agire sulle cause profonde delle aggressioni.

### 1.2.1 Quadro epidemiologico e sistemi di monitoraggio

Nel 2022, l'INAIL ha registrato oltre 1.600 casi di aggressioni contro il personale sanitario, un numero in netto aumento rispetto agli anni precedenti. Questo incremento è particolarmente significativo se si considera che durante il biennio 2020-2021, a causa delle restrizioni legate alla pandemia di Covid-19, l'accesso alle strutture sanitarie era fortemente limitato, riducendo temporaneamente il numero di episodi di violenza. Tuttavia, guardando alla serie storica pre-pandemica, il fenomeno era già in chiara espansione: tra il 2015 e il 2020 si era infatti registrato un incremento del 38% degli episodi, attribuito a una serie di fattori strutturali quali la carenza di personale, il sovraffollamento dei Pronto Soccorso e le lunghe liste d'attesa.

A conferma di questa tendenza progressiva, la Relazione ONSEPS 2025 evidenzia un quadro nazionale ancora più critico, segnalando oltre 16.000 episodi di aggressione nell'ultimo anno di rilevazione complessiva. Di questi, circa il 70% è costituito da

violenza verbale, mentre il restante 30% riguarda aggressioni fisiche o atti contro i beni mobili e immobili delle strutture. Sotto il profilo temporale, l'ONSEPS 2025 sottolinea inoltre che la fascia oraria più a rischio risulta essere quella notturna e i momenti di cambio turno, fasi in cui la percezione di vulnerabilità degli operatori è fisiologicamente maggiore.

Un apporto fondamentale alla comprensione del fenomeno giunge dall'analisi sul campo promossa dalla FNOPI, la quale ha raccolto le risposte ai questionari somministrati dagli ordini territoriali ai propri iscritti tra il 18 dicembre /2023 e il 21 gennaio 2024, mediante un form online raggiungibile dall'area riservata. Alla FNOPI afferiscono istituzionalmente le professioni di Infermiere e Infermiere Pediatrico, per un totale, rispettivamente, di circa 446.900 e 9.100 iscritti. La Federazione rappresenta 102 Ordini provinciali, la cui totalità ha capillarmente somministrato il questionario. Dalle risultanze dell'analisi descrittiva di questa indagine, il numero totale degli aggrediti è stato pari a 469 professionisti su un totale di 1.096 rispondenti. I dati FNOPI aggiornati al 2025 ribadiscono l'endemicità del problema, rilevando come l'80% degli infermieri abbia subito una qualche forma di violenza durante l'intera carriera lavorativa.

La massiccia partecipazione alla raccolta dati e le relative risultanze confermano come la professione infermieristica sia costantemente in “prima linea” nei fenomeni di aggressione e violenza, un rischio trasversale a tutti i diversi setting di lavoro, sia a livello di territorio e di assistenza domiciliare, sia all'interno dei presidi ospedalieri. L'esposizione al rischio si concentra principalmente nei Pronto Soccorso, durante gli interventi degli operatori del 118 e nei reparti di psichiatria. Questi contesti, caratterizzati da situazioni di emergenza e alta tensione, risultano storicamente i più vulnerabili; la maggior parte delle aggressioni viene perpetrata da pazienti o dai loro parenti e caregiver, spesso esasperati dai ritardi e dalle difficoltà oggettive di accesso ai servizi sanitari.

Un altro aspetto cardine emerso dalle statistiche nazionali riguarda la composizione di genere delle vittime: oltre il 78% delle aggressioni coinvolge donne, un dato coerente con la forte presenza femminile nel settore che evidenzia la necessità di misure specifiche per la tutela della lavoratrice. Mappando l'incidenza tra le diverse categorie professionali colpite, i dati indicano che gli infermieri e i fisioterapisti rappresentano circa 1/3 delle vittime, seguiti dagli operatori sociosanitari (OSS) con il 30%, dagli operatori socioassistenziali con il 16% e dai medici con il 3%. Tali evidenze indicano chiaramente

che le professioni sanitarie più esposte sono quelle che richiedono un'interazione costante e diretta con i pazienti, spesso in situazioni di emergenza o fragilità. Secondo i dati 2025, la categoria infermieristica rimane in assoluto quella più colpita, rappresentando quasi il 65% delle segnalazioni totali registrate negli Osservatori regionali.

A livello di distribuzione geografica, le regioni più colpite risultano quelle del Nord Italia, con la Lombardia in testa, seguita da Emilia-Romagna, Campania, Puglia, Lazio e Sicilia; una concentrazione che riflette la maggiore densità di strutture sanitarie e il numero elevato di operatori in tali aree. All'interno di questo panorama, il contesto lavorativo in cui si consumano gli episodi appare fortemente variegato: il 37% dei casi si concentra nell'assistenza sanitaria propriamente detta (che include ospedali, case di cura e studi medici); il 33% degli episodi si verifica nei servizi di assistenza sociale residenziale (come case di riposo, strutture di assistenza infermieristica e centri di accoglienza); il restante 30% avviene nell'ambito dell'assistenza sociale non residenziale (come i servizi domiciliari e i centri diurni). Questi dati dimostrano che il rischio di aggressione è diffuso e non si limita alle sole aree critiche ospedaliere, ma si estende capillarmente alle strutture a lungo termine e territoriali. Nonostante la precisione di queste rilevazioni, la Relazione ONSEPS 2025 conclude evidenziando come l'under-reporting rimanga una grave criticità metodologica: si stima infatti che solo un'aggressione su quattro venga regolarmente denunciata tramite i canali ufficiali, rendendo i dati disponibili solo la punta dell'iceberg di un fenomeno sommerso molto più vasto.

### **Il contesto epidemiologico della Regione Marche**

Il quadro della Regione Marche si inserisce coerentemente all'interno del trend di crescita e delle criticità rilevate a livello nazionale. Secondo i dati elaborati dalla Consulenza Statistico Attuariale dell'INAIL, aggiornati al 31 ottobre 2023, sul territorio marchigiano si sono verificati 68 casi nel 2020, 62 casi nel 2021 e 59 casi nel 2022, per un totale di 189 infortuni da aggressione accertati positivamente nel triennio 2020-2022. Le proiezioni consolidate e i dati pubblicati nella Relazione ONSEPS 2025 indicano una ripresa della tendenza di crescita nel periodo post-pandemico (2023-2024), con una media regionale che si è attestata sopra i 65 casi annui accertati come infortuni sul lavoro. Nello specifico, i dati riferiti al 2024 (e validati nel report 2025) mostrano una chiara prevalenza ripartita nei seguenti settori occupazionali regionali:

- 69 casi nel settore dell'assistenza sanitaria (Codice Ateco 86);
- 59 casi nell'assistenza sociale residenziale (Codice Ateco 87);
- 61 casi nell'assistenza sociale non residenziale (Codice Ateco 88).

Sotto il profilo causale, le aggressioni in ambito regionale sono state classificate in due grandi macrocategorie. La prima è rappresentata dalla violenza da parte di persone esterne all'impresa (es. pazienti, caregiver): questa si conferma la categoria più numerosa, strettamente legata a tensioni nelle aree di attesa e nei reparti di emergenza. La seconda riguarda la violenza tra dipendenti ed episodi di sorpresa/sbigottimento: una casistica meno frequente ma in leggero aumento, segno di un progressivo logoramento del clima organizzativo e del benessere lavorativo interno.

Anche a livello marchigiano, il monitoraggio 2025 evidenzia come il fenomeno colpisca prevalentemente la componente femminile (circa il 75% dei casi regionali), ponendosi in linea con il dato nazionale. L'Osservatorio ha inoltre sottolineato che, accanto agli infortuni ufficialmente accertati dall'INAIL, esiste un massiccio sommerso di aggressioni verbali che nelle Marche ha registrato un incremento del 12% rispetto all'anno precedente, portando l'attenzione sulla necessità impellente di implementare sistemi di segnalazione più snelli all'interno delle varie AST.

A completare la mappatura intervengono i dati raccolti dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e dal SIMES (Sistema Informativo per il Monitoring degli Eventi Sentinella). Secondo i dati SIMES e AGENAS, la regione Marche ha registrato un aumento significativo delle aggressioni contro il personale sanitario negli ultimi anni. Nel 2023 sono stati formalmente segnalati 90 episodi di aggressione, avvenuti principalmente nei Pronto Soccorso e nei reparti ospedalieri. L'ultimo monitoraggio consolidato nel 2025 conferma la persistenza di questa criticità: nella regione Marche le segnalazioni complessive (comprendenti sia la sfera fisica che quella verbale) hanno superato le 115 unità nell'ultimo anno rilevato. Questi episodi costituiscono una parte viva e rilevante dei circa 16.000 casi registrati a livello nazionale, che l'ONSEPS, nella sua Relazione al Parlamento 2025, ha confermato essere in ulteriore lieve aumento a livello globale, ribadendo l'urgenza di interventi coordinati anche a livello locale.

In perfetta analogia con le tendenze nazionali, le aggressioni nelle Marche si verificano principalmente nei Pronto Soccorso, nei reparti di psichiatria e nei servizi per le

tossicodipendenze (SERT), ambiti in cui il contatto diretto con pazienti in situazioni di crisi è più comune. Tuttavia, i dati 2025 evidenziano un incremento degli episodi critici legati alla gestione dei pazienti fragili e anziani anche nelle aree di degenza ordinaria. Sotto il profilo strutturale, una delle cause principali dell'aggravamento del contesto marchigiano è da rintracciarsi nella chiusura di 13 ospedali nella regione Marche; tale riorganizzazione ha inevitabilmente determinato un sovraffollamento delle strutture sanitarie rimanenti, esasperando le condizioni di lavoro del personale e aumentando vistosamente i tempi di attesa nei servizi di pronto soccorso. Questi fattori contribuiscono direttamente ad alimentare la frustrazione dei pazienti e dei loro familiari, spesso esasperati dalle oggettive difficoltà di accesso e fruizione dei servizi sanitari.

### **La governance dei dati: frammentazione locale e modelli di centralizzazione**

L'analisi epidemiologica evidenzia una forte criticità legata ai flussi informativi: attualmente, la Regione Marche non dispone di un sistema centralizzato unico per la raccolta dei dati sulle aggressioni. Ogni Azienda Sanitaria Territoriale (AST) inserisce autonomamente i dati nel portale SIMES con validazione regionale, rendendo difficile ottenere una visione completa, immediata e aggiornata del fenomeno a livello d'insieme. Nonostante le chiare indicazioni contenute nella nuova Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute (aggiornata al 2025), la frammentazione rimane una criticità locale. Le cause principali di questa decentralizzazione includono:

- **Autonomia delle AST:** Le Aziende Sanitarie Territoriali hanno una propria autonomia nella gestione dei dati e delle risorse, il che può portare a una frammentazione e a una disomogeneità nelle procedure di raccolta delle informazioni.
- **Capacità Organizzativa:** La decentralizzazione è spesso dovuta a limitazioni di natura organizzativa e tecnica che impediscono la creazione di un sistema centralizzato efficiente e interconnesso.
- **Risorse Limitate:** La mancanza di risorse adeguate a implementare e mantenere un sistema centralizzato regionale stabile costituisce un fattore determinante.

Al fine di superare tali lacune e delineare possibili traiettorie di miglioramento, appare utile guardare a virtuosi esempi di centralizzazione della raccolta dati già operativi in altre regioni italiane, capaci di garantire una gestione efficiente e una visione completa del

fenomeno:

- **Toscana:** La regione Toscana ha istituito l'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie, che centralizza interamente la raccolta dei dati sulle aggressioni. Questo sistema permette di monitorare in tempo reale gli episodi di violenza e di adottare misure preventive e di intervento tempestive.
- **Emilia-Romagna:** In Emilia-Romagna, la raccolta dei dati è centralizzata attraverso il sistema regionale di monitoraggio degli eventi sentinella. Questo approccio consente una gestione coordinata delle informazioni e facilita l'implementazione di strategie di prevenzione e sicurezza. Nel corso del 2025, la Regione ha ulteriormente potenziato il software di incident reporting per includere la rilevazione sistematica e strutturata anche delle aggressioni verbali.

### **1.2.2 Prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro**

La sicurezza degli operatori sanitari è una priorità assoluta per il sistema sanitario italiano, soprattutto alla luce del crescente numero di episodi di violenza registrati negli ultimi anni. Per garantire ambienti di lavoro più sicuri, sono state implementate diverse strategie che integrano aspetti formativi, organizzativi, strutturali e normativi.

La formazione del personale rappresenta il primo livello di prevenzione. Gli operatori sanitari devono essere adeguatamente preparati per riconoscere e gestire situazioni potenzialmente aggressive. In Italia, molte strutture sanitarie hanno introdotto corsi specifici che includono tecniche di de-escalation, gestione dei conflitti e comunicazione efficace. Questi interventi formativi, spesso mutuati dall'ambito psichiatrico e adattati ai contesti ad alto rischio come i Pronto Soccorso, si sono dimostrati efficaci nel ridurre la tensione e prevenire l'escalation della violenza. La formazione continua è fondamentale per mantenere il personale aggiornato sulle migliori pratiche e strategie di intervento.

Parallelamente, le strutture sanitarie hanno investito nell'implementazione di misure di sicurezza fisica. L'installazione di telecamere di sorveglianza, sistemi di allarme, dispositivi di controllo degli accessi e la presenza di personale di sicurezza addestrato contribuiscono a dissuadere comportamenti aggressivi e a proteggere gli operatori. Questi strumenti permettono di monitorare le aree critiche e di intervenire tempestivamente in caso di emergenza. In alcune realtà, è stata rafforzata la collaborazione con le forze

dell'ordine, attraverso protocolli di intervento condivisi e la presenza di pattuglie nelle vicinanze delle strutture sanitarie, con funzione preventiva e di pronto intervento.

Le misure di prevenzione e protezione devono essere parte integrante di una strategia aziendale complessiva, orientata alla promozione della sicurezza e del benessere degli operatori. Le strutture sanitarie sono chiamate a adottare procedure chiare per la segnalazione e la gestione degli episodi di violenza, garantendo che ogni caso venga trattato con la massima serietà e che le vittime ricevano il supporto necessario. In questo contesto, ogni aggressione deve essere considerata un evento sentinella, da analizzare attraverso un sistema di audit interno che coinvolga il Servizio di Prevenzione e Protezione, la Gestione del Rischio Clinico, il Medico Competente e il supporto psicologico individuale e di gruppo.

La prevenzione richiede anche l'adozione di misure tecnico-organizzative e comportamentali. Gli operatori devono essere in grado di valutare e gestire situazioni di rischio, attraverso l'acquisizione di competenze specifiche che permettano di riconoscere i segnali di escalation della violenza e di intervenire tempestivamente. È inoltre essenziale promuovere un ambiente di lavoro collaborativo e supportivo, in cui gli operatori si sentano sicuri, rispettati e valorizzati.

Infine, la promozione di una cultura della sicurezza e del rispetto, sostenuta da campagne di sensibilizzazione rivolte sia al personale che all'utenza, rappresenta un elemento chiave per la prevenzione delle aggressioni. Solo attraverso un approccio multidisciplinare e integrato, che coinvolga tutti gli attori del sistema sanitario, è possibile costruire ambienti di lavoro realmente protetti e capaci di garantire non solo la sicurezza degli operatori, ma anche la qualità delle cure offerte ai pazienti.

## **1.3 Governance e Sicurezza sul Lavoro in Sanità**

### **1.3.1 Clinical Governance: la tutela del professionista come valore aziendale**

Il concetto di Governo Clinico (Clinical Governance) rappresenta una delle più significative evoluzioni nel management sanitario degli ultimi decenni. Introdotto formalmente nel Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito alla fine degli anni '90, esso definisce un approccio sistemico e integrato attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono pienamente responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, ponendo la sicurezza e l'esito delle cure al centro di ogni attività. L'obiettivo ultimo è la creazione di un ambiente di eccellenza, dove le migliori pratiche vengono promosse, gli errori vengono analizzati per imparare e i rischi vengono gestiti proattivamente.

Tuttavia, per lungo tempo, l'applicazione di questo modello si è concentrata quasi esclusivamente sulla figura del paziente, visto come il beneficiario finale del processo di cura. Sebbene questa prospettiva sia stata fondamentale per superare un approccio autoritario e chiuso della medicina, una sua interpretazione moderna non può esimersi dal considerare un attore altrettanto cruciale dell'ecosistema salute come l'operatore sanitario. Oggi è ampiamente riconosciuto che la sicurezza del paziente (patient safety) e la sicurezza dell'operatore (staff safety) non sono ambiti separati, ma dimensioni ampiamente connesse. L'una è il prerequisito e la garanzia dell'altra.

L'idea che un professionista della salute possa erogare cure sicure ed efficaci in un ambiente di lavoro insicuro è un paradosso insostenibile. L'esposizione a eventi aggressivi, siano essi verbali o fisici, innesca una catena di conseguenze che si ripercuotono inevitabilmente sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni fornite. Questo legame si manifesta attraverso diversi meccanismi:

1. **Impatto Cognitivo ed Emotivo:** Un operatore che lavora in un clima di paura o che ha recentemente subito un'aggressione è un professionista le cui risorse cognitive sono parzialmente compromesse. Lo stato di stress acuto o cronico consuma energie mentali preziose, portando a una riduzione della capacità di attenzione, a un rallentamento nei processi decisionali e a una maggiore propensione all'errore. Un medico o un infermiere

preoccupato per la propria incolumità è meno lucido nell'interpretare un quadro clinico complesso, nel calcolare un dosaggio farmacologico o nel comunicare efficacemente con il paziente e i suoi familiari. La sicurezza dell'ambiente di lavoro è, quindi, una condizione essenziale per garantire la piena performance cognitiva del professionista.

2. Deterioramento della Relazione di Cura: La relazione terapeutica si fonda su fiducia, empatia e comunicazione. Un operatore che si sente minacciato può sviluppare, anche inconsciamente, meccanismi di difesa che minano questa relazione. Può diventare più distaccato, meno empatico, più sbrigativo o incline a praticare una medicina difensiva. Questo non solo peggiora l'esperienza di cura percepita dal paziente (patient experience), ma può avere conseguenze cliniche dirette, come una minore aderenza del paziente alle terapie (compliance) o una comunicazione incompleta di sintomi importanti. Un ambiente sicuro per l'operatore è la base per costruire un'alleanza terapeutica solida e sicura per il paziente.

3. Impatto Organizzativo del Burnout e Turnover: L'esposizione continua ad aggressioni è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo del burnout, una sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, spersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale. Il burnout ha costi enormi per l'organizzazione sanitaria, in quanto aumenta i tassi di assenteismo e il turnover del personale, costringendo le aziende a ricorrere a personale meno esperto o a lavorare costantemente in condizioni di sottorganico. Questa instabilità del gruppo di cura è un noto fattore di rischio per la sicurezza dei pazienti, poiché compromette la continuità assistenziale e la trasmissione di informazioni critiche.

4. Il Fenomeno della Seconda Vittima: Quando si verifica un evento avverso in sanità, l'attenzione è giustamente rivolta alla prima vittima, ovvero il paziente. Tuttavia, come teorizzato dal Dr. Albert Wu, esiste quasi sempre una seconda vittima che è l'operatore sanitario coinvolto. Questo professionista, che sia stato l'obiettivo di un'aggressione o abbia commesso un errore, vive un profondo trauma psicologico fatto di ansia, senso di colpa e perdita di fiducia nelle proprie capacità. Un'organizzazione che non si prende cura delle sue seconde vittime, lasciandole sole a elaborare il trauma, non solo le espone a conseguenze personali devastanti, ma crea un rischio per i futuri pazienti. Un operatore traumatizzato e non supportato è un operatore più incline all'errore. La presa in carico della seconda vittima è, pertanto, una strategia fondamentale di Governo Clinico.

Integrare la sicurezza del personale nel framework del Governo Clinico non è un'opzione,

ma una necessità strategica. Riconoscere il benessere e la tutela dei professionisti non rappresenta solo un obbligo etico e legale, oggi ulteriormente sancito da normative specifiche come la Legge n. 113/2020, ma costituisce l'investimento fondamentale per garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di alta qualità. Un sistema che non protegge i propri operatori fallisce, inevitabilmente, nel suo mandato primario che è la cura del paziente.

### **1.3.2 Risk Management e Aggressioni: Identificazione, Valutazione e Trattamento**

Il Risk Management, o gestione del rischio, è un processo sistemico, proattivo e continuo che costituisce uno dei pilastri fondamentali del Governo Clinico. Rappresenta un elemento centrale nel sistema sanitario italiano dalla Legge n. 24 del 2017 (legge Gelli-Bianco), il suo scopo è governare l'incertezza, identificando e gestendo tutti i potenziali rischi che possono minacciare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Applicato al fenomeno delle aggressioni, il Risk Management permette di superare una visione reattiva e fatalistica in cui l'aggressione è vista come un evento inevitabile per abbracciare una cultura proattiva della prevenzione. Il processo si articola in un ciclo logico composto da tre fasi principali: identificazione, valutazione e trattamento del rischio.

Fase 1: Identificazione del Rischio: La prima fase consiste nel riconoscere e registrare i pericoli. Per il rischio aggressioni, l'identificazione non può basarsi solo sull'analisi reattiva degli eventi avversi già accaduti (es. denunce di infortunio, segnalazioni ufficiali), ma deve avvalersi di strumenti proattivi capaci di far emergere anche il potenziale latente e il fenomeno sommerso.

Gli strumenti principali includono:

- Indagini conoscitive e questionari anonimi: Come quello al centro di questa tesi, rappresentano lo strumento d'elezione per quantificare il reale numero di aggressioni (verbali e fisiche) e superare l'ostacolo dell'under-reporting.
- Safety walk-around o giro per la sicurezza: Sopralluoghi mirati nelle aree a maggior rischio (es. Pronto Soccorso, sale d'attesa, servizi psichiatrici) per osservare le dinamiche, le condizioni ambientali e le vulnerabilità strutturali.
- Focus group e interviste al personale: Momenti di confronto diretto per raccogliere le

percezioni, le esperienze e i bisogni degli operatori che vivono quotidianamente il contesto lavorativo.

Fase 2: Valutazione del Rischio: Una volta identificato, il rischio deve essere analizzato per comprenderne la portata e stabilire le priorità di intervento.

La valutazione si basa su due dimensioni:

1. Probabilità (o Frequenza): Con quale frequenza si verificano gli eventi aggressivi? L'analisi dei dati raccolti permette di stimare se il rischio è raro, occasionale o frequente.
2. Gravità (o Impatto): Quali sono le conseguenze di un'aggressione? Il danno può variare da un impatto puramente psicologico (stress, ansia) a lesioni fisiche lievi, gravi o addirittura mortali.

L'incrocio di queste due dimensioni in una matrice di rischio permette di visualizzare e classificare i rischi, distinguendo quelli a bassa priorità (es. bassa probabilità e bassa gravità) da quelli intollerabili (es. alta probabilità e alta gravità), sui quali concentrare le prime azioni di trattamento.

Fase 3: Trattamento del Rischio: Questa è la fase operativa in cui si implementano le misure per mitigare il rischio. Le strategie di trattamento non sono un'unica soluzione, ma un pacchetto integrato di interventi di diversa natura:

- Interventi di Prevenzione: Mirano a ridurre la probabilità che l'evento si verifichi. Includono la formazione del personale sulle tecniche di de-escalation, il miglioramento della comunicazione con l'utenza (es. gestione delle attese), e la revisione degli ambienti (es. illuminazione, vie di fuga, arredi sicuri).
- Interventi di Protezione: Mirano a ridurre la gravità del danno qualora l'evento si verifichi. Ne sono un esempio l'installazione di sistemi di allarme (tasti antipanico), la definizione di protocolli di emergenza chiari e la presenza di personale di vigilanza.
- Interventi Organizzativi: Riguardano le procedure e le policy aziendali, come la semplificazione della procedura di segnalazione e la garanzia di un supporto immediato (psicologico e legale) alla vittima.

Questo ciclo non si conclude con il trattamento, ma richiede un monitoraggio costante per valutare l'efficacia delle misure adottate e avviare, se necessario, un nuovo processo di valutazione, in un'ottica di miglioramento continuo della sicurezza.

### **1.3.3 La formazione come strumento di governance strategica**

All'interno di un programma di gestione del rischio, la formazione del personale non rappresenta soltanto un obbligo normativo o un adempimento burocratico, ma si configura come uno strumento strategico di governance, capace di orientare il cambiamento organizzativo e culturale. In questo senso, investire nella formazione significa agire in modo proattivo sulla qualità del lavoro, sulla sicurezza degli ambienti e sul benessere degli operatori. Una formazione efficace non può limitarsi alla trasmissione di contenuti teorici o nozionistici, ma deve essere esperienziale, continua e mirata allo sviluppo di competenze pratiche, che permettano agli operatori di affrontare situazioni complesse con maggiore consapevolezza e padronanza. In particolare, nel contesto della prevenzione delle aggressioni, la formazione assume un ruolo cruciale nel fornire strumenti operativi per la gestione del conflitto e per la costruzione di relazioni professionali basate sul rispetto reciproco. Gli obiettivi di un piano formativo strategico si articolano su più livelli:

- **Sviluppare la capacità di prevenzione:** Gli operatori devono essere in grado di riconoscere i segnali premonitori di un'escalation di aggressività, intervenendo tempestivamente con tecniche di comunicazione efficace e de-escalation verbale. Questo tipo di competenza consente di ridurre il rischio di violenza prima che si manifesti in forma conclamata.
- **Aumentare la preparazione nella gestione dell'evento:** È fondamentale che il personale conosca e condivida protocolli di comportamento chiari da attuare in caso di aggressione. Tali protocolli devono garantire la sicurezza dell'operatore, dei pazienti e persino dell'aggressore, evitando reazioni impulsive.
- **Promuovere la cultura della segnalazione:** La formazione deve sensibilizzare il personale sull'importanza di segnalare gli episodi di violenza, anche quelli ritenuti di lieve entità. Contrastare il fenomeno dell'under-reporting è essenziale per fornire alla direzione dati reali e affidabili.
- **Fornire strumenti di gestione dello stress post evento:** Dopo un'aggressione, è necessario offrire supporto psicologico e strumenti di debriefing per aiutare gli operatori a elaborare l'impatto emotivo dell'accaduto. La conoscenza dei percorsi di supporto aziendali e l'accesso a risorse dedicate contribuiscono a rafforzare la resilienza individuale e collettiva.

## **1.4 Rilevanza del problema nel contesto**

### **1.4.1 Contesto in cui si sviluppa il fenomeno e strategie di prevenzione a confronto**

La prevenzione degli episodi di aggressione nei contesti sanitari rappresenta una sfida complessa, che non può essere affrontata con soluzioni uniche o standardizzate. È necessario adottare un insieme di strategie integrate, capaci di adattarsi alle specificità del contesto operativo, alle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e alle esigenze del personale coinvolto. L'analisi dei modelli organizzativi proposti a livello nazionale e internazionale evidenzia un consenso crescente sull'efficacia di un approccio multifattoriale. Questo approccio si fonda sull'interazione tra interventi strutturali, organizzativi e formativi, con l'obiettivo di costruire una cultura della sicurezza diffusa e condivisa a tutti i livelli dell'organizzazione. Da questa analisi comparata emerge che i modelli di successo sono proprio quelli integrati, i quali non si limitano a un singolo intervento estemporaneo, ma mirano a valorizzare il benessere degli operatori, a riconoscere precocemente i segnali di rischio e a favorire la collaborazione sistematica tra i professionisti.

Calando tale quadro metodologico nella realtà del nostro Paese, l'aumento dell'incidenza di atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari in Italia è tale da richiedere urgente chiarezza ed attenzione, al fine di poter prevenire, riconoscere e trattare tempestivamente il paziente potenzialmente aggressivo. Le conseguenze a lungo termine di questo fenomeno si estendono ben oltre l'episodio di violenza in sé, influenzando profondamente sia gli individui coinvolti che l'intero sistema sanitario.

Nonostante la pubblicazione della Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute, specificamente volta a promuovere la prevenzione degli atti di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie, la realtà operativa odierna mostra ancora gravi lacune. Le strutture sanitarie risultano spesso impreparate ad affrontare in modo sistematico e condiviso il comportamento aggressivo dei pazienti. L'assenza di protocolli standardizzati finisce per lasciare in capo ai singoli operatori la responsabilità di gestire autonomamente le situazioni critiche, aumentando il rischio di interventi inefficaci o controproducenti. Inoltre, il forte coinvolgimento emotivo dei professionisti coinvolti può compromettere la loro stessa capacità di problem solving in tempo reale, aumentando la

probabilità di errori clinici e peggiorando inevitabilmente la qualità dell'assistenza erogata.

Proprio per questo motivo, gli atti di violenza nelle realtà sanitarie non possono essere considerati incidenti isolati, ma vanno inquadrati come veri e propri eventi sentinella. Essi sono segnali espliciti della presenza, all'interno dell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio o di profonde vulnerabilità strutturali che richiedono l'adozione immediata, da parte dei soggetti preposti, di opportune e stringenti misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Le ripercussioni delle aggressioni, infatti, si estendono in una spirale negativa ben oltre l'evento in sé. Sotto il profilo psicologico, gli operatori sanitari vittime di violenza possono sviluppare una serie di disturbi severi, tra cui ansia, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e depressione. Tali quadri clinici si manifestano attraverso sintomi invalidanti quali insonnia, irritabilità, difficoltà di concentrazione e attacchi di panico; la paura di subire ulteriori attacchi può indurre un costante stato di allerta e una persistente sensazione di insicurezza sul posto di lavoro. Oltre agli effetti psicologici, non vanno trascurati i danni fisici che frequentemente richiedono cure mediche e periodi di convalescenza, compromettendo la capacità dell'operatore di svolgere le proprie mansioni. A livello organizzativo, tutto ciò si traduce in un drammatico aumento delle assenze per malattia, in un elevato *turnover* del personale e in un progressivo deterioramento del clima lavorativo, con pesanti ripercussioni sulla coesione della squadra e sulla sicurezza delle cure. Infine, è fondamentale sottolineare che il fenomeno non risparmia i contesti assistenziali meno evidenti o apparentemente protetti, come le case di riposo e i reparti di medicina generale, oncologia e geriatria, dove la violenza verbale non risulta meno lesiva per l'integrità psicofisica del personale.

### **Il panorama Internazionale**

A livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove un approccio di sanità pubblica che riconosce la necessità di agire su più fronti. Le linee guida dell'OMS sottolineano l'importanza di definire politiche di "tolleranza zero" verso la violenza, modificare l'ambiente di lavoro per renderlo più sicuro e formare il personale per affrontare situazioni conflittuali in modo efficace. Nel 2025, la stessa OMS ha ribadito che la violenza nel settore sanitario rappresenta una delle principali cause di "fuga di cervelli" e abbandono della professione a livello globale, spingendo verso l'adozione di

standard internazionali di sicurezza sul lavoro ancora più stringenti.

In modo analogo, l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) negli Stati Uniti propone una classificazione degli interventi in tre categorie ben definite:

1. Controlli ingegneristici, come l'installazione di barriere fisiche;
2. Controlli amministrativi, che includono la pianificazione degli organici e la gestione dei turni;
3. Pratiche lavorative, come l'evitare di lavorare da soli in situazioni potenzialmente a rischio.

La situazione delle aggressioni contro il personale sanitario nei Paesi OCSE riflette una serie di sfide comuni affrontate con strumenti diversificati:

- **Stati Uniti:** Le aggressioni sono aumentate significativamente, con un'incidenza di violenza sul lavoro cinque volte superiore rispetto alla media degli altri settori. Secondo il Bureau of Labor Statistics (BLS), il tasso di infortuni non fatali causati da aggressioni intenzionali nel settore sanitario era di 10,4 per 10.000 lavoratori a tempo pieno, rispetto a 2,1 degli altri settori. Dati aggiornati al 2025 confermano che oltre l'80% degli infermieri americani ha subito almeno un'aggressione nell'ultimo anno, spingendo molti Stati a introdurre il “Safety from Violence for Healthcare Employees (SAVE) Act” per equiparare a livello federale le aggressioni ai sanitari a quelle contro il personale di volo.
- **Regno Unito:** Il *National Health Service* (NHS) ha registrato oltre 56.000 episodi di aggressione nel 2023, legati a lunghi tempi di attesa e carenza di organico. Le rilevazioni NHS del 2025 mostrano un ulteriore inasprimento del fenomeno, concentrando l'attenzione sulla protezione del personale durante le visite domiciliari, dove l'isolamento aumenta il rischio di incidenti non tracciati.
- **Francia:** Con un aumento del 23% degli episodi negli ultimi cinque anni (soprattutto in Pronto Soccorso e psichiatria), l'Osservatorio Nazionale della Violenza in Sanità (ONVS) francese ha segnalato nel 2025 una recrudescenza legata alle tensioni sociali, portando il governo a testare l'uso di “body-cam” per il personale dei servizi d'urgenza in diverse regioni pilota.
- **Germania:** A fronte di un aumento del 15% delle aggressioni, i report del 2025 evidenziano come la digitalizzazione (cartelle cliniche elettroniche e terminali di triage) stia venendo utilizzata per segnalare in tempo reale i pazienti con

precedenti aggressivi, al fine di allertare preventivamente il turno.

- **Canada:** Con gli operatori sanitari cinque volte più a rischio rispetto ad altri settori, le linee guida canadesi aggiornate al 2025 pongono un nuovo accento sulla “*progettazione ambientale sicura*”, promuovendo la ristrutturazione strutturale delle sale d'attesa per ridurre i fattori di stress ambientale che scatenano l'aggressività.

### **Il contesto Nazionale e gli studi di letteratura**

Nel contesto italiano, la prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari ha assunto negli ultimi anni una rilevanza crescente, trovando una solida base di documentazione scientifica in diversi studi locali. Uno studio condotto in un importante ospedale della Regione Lombardia, che ha coinvolto 198 infermieri, ha evidenziato che il 43% del campione (n=85) aveva subito almeno un'aggressione nei 12 mesi precedenti, per un totale di 325 episodi (media di 4 aggressioni per persona, di cui il 68,8% verbali e il 6,1% fisiche), perpetrate principalmente da pazienti maschi tra i 36 e i 50 anni in reparti di medicina, chirurgia e terapia intensiva, con un tasso di segnalazione di appena il 54,7%. Un altro studio cross-sectional, intitolato “Emergency nurses and workplace violence: a cross-sectional study in Campania, South Italy” (2019), ha analizzato il fenomeno nei Pronto Soccorso di due ospedali campani su 83 questionari validati (tasso di risposta: 92,3%). I dati mostrarono che il 48,2% degli infermieri aveva subito violenza verbale nell'ultimo anno, il 21,7% sia verbale che fisica, e solo l'1,2% violenza fisica isolata, evidenziando nei professionisti aggrediti livelli invalidanti di ansia e rabbia.

A livello macroscopico, un'indagine condotta da AMSI (Associazione Medici di Origine Straniera in Italia), UMEM e Uniti per Unire rileva che nel 2024 sono stati registrati ben 25.940 episodi di violenza contro i sanitari (+33% rispetto al 2023). Nei primi tre mesi del 2025, il trend ha mostrato un ulteriore aumento del 37% (6.483 aggressioni, media mensile di 2.161 episodi). L'analisi consolidata nella Relazione ONSEPS 2025 corrobora questa emergenza nazionale, documentando stime complessive vicine a 18.000 aggressioni per oltre 23.000 operatori coinvolti. Nel primo trimestre del 2026, i monitoraggi preliminari sindacali indicano che la percezione di insicurezza è aumentata nel 45% degli operatori. La distribuzione geografica vede il Nord Italia in testa (64% nei primi mesi del 2025), seguito dal Sud (26%) e dal Centro (11%). Sotto il profilo di genere

e qualifica, le vittime sono per oltre il 70% donne e gli infermieri rappresentano la categoria in assoluto più colpita (60%), seguiti da medici (15%) e OSS (12%), con moventi primari legati alle carenze strutturali e all'aumento di utenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive.

### **Ambito Regionale Marche**

Nella regione Marche, il fenomeno si manifesta in modo diffuso anche in centri di medie dimensioni, come dimostrano i recenti e gravi fatti di cronaca avvenuti a Civitanova Marche, Fermo, e l'aggressione a cinque operatori nel pronto soccorso di San Benedetto del Tronto. Accanto alle risposte strutturali introdotte nel 2025 tramite le nuove linee guida regionali per l'applicazione della Raccomandazione n. 8 (videosorveglianza attiva e pulsanti antipanico), permangono forti criticità organizzative. Particolarmente allarmante risulta il settore della salute mentale, nelle Marche, la spesa si attesta appena al 2,9% del Fondo Sanitario Regionale, ben al di sotto del 5% raccomandato, determinando una forte e critica dipendenza dai trattamenti residenziali (59,1% contro la media nazionale del 39%) e lasciando esposti a rischi crescenti anche i medici di medicina generale e i professionisti del territorio.

### **Il fenomeno all'interno dell'AST FERMO**

Nel contesto sanitario dell'AST Fermo, il fenomeno delle aggressioni agli operatori sanitari è stato oggetto di un'attenta analisi e di un piano di intervento strutturato. Negli ultimi anni, infatti, si è assistito a un incremento degli episodi di violenza, sia fisica che verbale, nei confronti del personale sanitario, circostanza che ha spinto l'Azienda a mettere in atto una serie di misure preventive e correttive. La Raccomandazione Ministeriale n. 8, che invita le strutture sanitarie a prevenire gli atti di violenza, ha rappresentato il punto di partenza per un percorso di crescente consapevolezza e azione sistemica. L'AST Fermo ha focalizzato l'attenzione sulle aree maggiormente esposte al rischio, quali il Pronto Soccorso, i servizi di emergenza-urgenza, le strutture psichiatriche, i servizi per le dipendenze patologiche, la Continuità Assistenziale e l'Assistenza Domiciliare Integrata. In tali contesti, spesso caratterizzati da condizioni di stress elevato, sovraffollamento e presenza di pazienti con problematiche complesse, si sono riscontrati numerosi episodi di aggressione.

Le cause scatenanti più frequenti risultano riconducibili a lunghe attese, incomprensioni sulle prescrizioni, rifiuto di certificazioni e, più in generale, a un'aspettativa distorta da parte dell'utenza, che tende a percepire come inaccettabili l'attesa, l'errore e persino l'esito infausto delle cure. L'analisi dei dati raccolti nel triennio 2022-2024 evidenzia un quadro già significativo, che trova ulteriore conferma nei dati della scheda di sintesi ONSEPS per l'anno 2025, la quale registra 39 segnalazioni complessive per l'AST Fermo, afferenti interamente al settore pubblico (Grafico num.1: Settore - Dati 2025). Le aggressioni verbali si confermano la tipologia più diffusa, nel triennio precedente erano stati registrati 30 episodi (71,4%), mentre nel solo 2025 se ne contano 36. Le aggressioni fisiche, che nel triennio erano stati 11 (26,2%), risultano in aumento nel 2025 con 18 episodi. Gli atti contro la proprietà, precedentemente marginali, nel 2025 ammontano a 5 episodi. (Grafico num. 2: Tipo di aggressione - Confronto 2022-2024 vs 2025). È opportuno sottolineare che tali dati sono verosimilmente sottostimati rispetto alla reale incidenza del fenomeno, in considerazione della persistente tendenza alla sotto-segnalazione da parte degli operatori.

Per quanto riguarda il profilo dei responsabili degli atti violenti, se nel triennio 2022-2024 la maggior parte degli episodi era attribuibile agli utenti o pazienti, i dati ONSEPS 2025 mostrano un sostanziale equilibrio tra le diverse tipologie di aggressore: 22 episodi sono riconducibili all'utente/paziente e 18 episodi a parenti, caregiver o conoscenti. (Grafico num. 3: Tipo di aggressore - Confronto 2022-2024 vs 2025). Le categorie professionali maggiormente colpite confermano la tendenza degli anni precedenti. Nel 2025, la figura dell'infermiere risulta la più esposta, con 31 episodi segnalati. Seguono i medici chirurghi con 6 episodi e il personale OSS, dipendenti non sanitari e front office con 2 episodi. (Grafico num. 4: Qualifica professionale - Confronto 2022-2024 vs 2025). Per quanto riguarda le altre categorie professionali previste dalla rilevazione ONSEPS, nel 2025 non risultano segnalazioni per le seguenti macroaree e professioni:

- Macroarea della Riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali, educatori professionali sanitari;
- Macroarea Tecnica: tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici di neurofisiopatologia, tecnici audiometristi, tecnici audioprotesisti, tecnici ortopedici, dietisti, igienisti dentali;

- Macroarea della Prevenzione: assistenti sanitari, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

Sotto il profilo anagrafico, i dati 2025 indicano come fascia maggiormente colpita quella 30-39 anni (17 operatori), seguita dalla fascia 50-59 anni (12 operatori) e 40-49 anni (8 operatori). Si registrano infine un operatore con età fino a 29 anni e un operatore oltre i 60 anni. (Grafico num. 5: età - Dati 2025). La distribuzione degli eventi nel 2025 mostra una presenza significativa sia in ambito ospedaliero sia territoriale. In ambito ospedaliero prevalgono l'Area di degenza (15 episodi) e il Pronto Soccorso (7 episodi), seguiti dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (2 episodi) e dagli ambulatori ospedalieri (1 episodio). In ambito territoriale, si rilevano episodi presso il domicilio del paziente (5 episodi), nei Servizi per le Dipendenze (4 episodi) e nelle Case/Ospedali di Comunità (3 episodi), oltre a segnalazioni presso RSA/Residenze Protette (1 episodio) e Segreteria Cure Domiciliari (1 episodio). (Grafico num. 6: Setting assistenziale - Confronto Ospedale/Territorio 2025).

Anche l'analisi temporale conferma elementi di continuità: nel 2025 la maggior parte degli episodi si è verificata in giorni feriali (33 casi) rispetto ai festivi (6 casi). (Grafico num. 7: Giorno dell'evento – Dati 2025 e Grafico 8: Fascia oraria - Confronto 2022-2024 vs 2025). La fascia oraria più critica risulta quella del pomeriggio (20 episodi), seguita dalla mattina (13 episodi) e della sera/notte (6 episodi). (Grafico num. 8: Fascia oraria – confronto 2022-2024 vs 2025). Dal punto di vista del genere, l'analisi comparativa evidenzia un drastico mutamento nel profilo delle vittime negli ultimi quattro anni. Se nel 2022 e 2023 il sesso maschile risultava maggiormente colpito, a partire dal 2024 si è assistito a un'inversione di tendenza. I dati ONSEPS 2025 consolidano questa criticità, registrando ben 30 episodi ai danni di operatrici a fronte di 9 casi che hanno coinvolto uomini. Questa evoluzione sottolinea la specifica vulnerabilità del personale femminile nei contesti assistenziali dell'Azienda. (Grafico num. 9: Sesso - Confronto 2022-2024 vs 2025). Le misure adottate dall'AST Fermo sono state molteplici. Sul piano strutturale, sono stati installati videocitofoni e sistemi di videosorveglianza agli ingressi principali, potenziata l'illuminazione esterna e attivato un servizio di vigilanza attiva H24 presso l'Ospedale di Fermo. Nei presidi territoriali è stato introdotto un servizio di pattugliamento notturno, con ispezioni serali e chiusura degli accessi secondari. Particolare attenzione è stata rivolta ai medici di Continuità Assistenziale, per i quali è

stato previsto un sistema di tracciamento GPS collegato alla Centrale Operativa 118.

Sul piano organizzativo, sono stati avviati percorsi formativi annuali per il personale maggiormente esposto al rischio, quali operatori del Pronto Soccorso, del 118, dei servizi psichiatrici e delle dipendenze. È stato inoltre migliorato il sistema di segnalazione degli episodi di violenza e rafforzata la collaborazione con le forze dell'ordine. Tra le azioni in corso si segnalano l'introduzione di dispositivi di allerta per gli infermieri di triage, il potenziamento del supporto psicologico per gli operatori vittime di aggressione e la progettazione di sistemi di sicurezza avanzati per il nuovo Ospedale di Fermo. L'approccio adottato dall'AST Fermo si fonda su alcuni pilastri essenziali come l'identificazione del rischio, prevenzione e gestione dell'evento. Tale strategia mira non solo a intervenire successivamente agli episodi, ma soprattutto a costruire un ambiente di lavoro sicuro, in cui il personale sia formato, supportato e adeguatamente protetto. La promozione di una cultura di tolleranza zero verso ogni forma di violenza rappresenta un elemento centrale di questo percorso, insieme alla tutela del benessere psicologico degli operatori.

#### **1.4.2 Revisione della letteratura disponibile**

La letteratura disponibile sulle aggressioni contro il personale sanitario in Italia evidenzia un fenomeno complesso e diffuso, che ha attirato l'attenzione di ricercatori e istituzioni sanitarie. Diversi studi hanno analizzato le cause, le conseguenze e le possibili soluzioni per affrontare questo problema.

Negli ultimi dieci anni, la letteratura scientifica ha evidenziato un crescente interesse verso il fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari, in particolare infermieri e personale dei reparti di emergenza. Le ricerche condotte a livello internazionale hanno documentato un aumento significativo degli episodi di aggressione, sia verbale che fisica, in diversi contesti clinici.

Uno studio sistematico internazionale condotto da Liu et al. (2019), con sede in Cina e Regno Unito, ha analizzato 65 articoli pubblicati tra il 2000 e il 2018 (incluso dati da diversi paesi, con una prevalenza più alta di violenza riportata in Asia e Nord America), rilevando che oltre il 60% degli infermieri ha subito almeno un episodio di violenza sul lavoro, con una prevalenza maggiore nei reparti di emergenza e psichiatria. La revisione ha sottolineato l'impatto negativo della violenza sulla salute mentale degli operatori, con

conseguenze quali ansia, burnout e riduzione della qualità dell'assistenza.

Un'altra revisione internazionale condotta da Spector et al. (2014), che ha analizzato dati raccolti tra il 2000 e il 2012 da oltre 150.000 infermieri in diverse regioni del mondo (Anglo (es. Stati Uniti, Regno Unito, Australia), Asia, Europa e Medio Oriente), ha evidenziato che circa il 30% ha subito violenza fisica sul lavoro, mentre oltre il 60% ha riportato episodi di violenza verbale, con una prevalenza maggiore nei contesti anglosassoni, asiatici ed europei.

Uno studio condotto da Zhao et al. (2020) in nove ospedali pubblici in Cina ha analizzato la correlazione tra violenza sul lavoro e turnover del personale infermieristico. I dati, raccolti tra agosto 2016 e gennaio 2017, hanno evidenziato che l'esposizione a comportamenti aggressivi, sia fisici che psicologici, aumenta significativamente l'intenzione degli infermieri di abbandonare la professione.

In Italia, studi come quello di Magnavita e Heponiemi (2012), condotto presso una struttura sanitaria pubblica nel Distretto 1 della ASL RMF (Civitavecchia), hanno documentato una prevalenza di aggressioni verbali pari al 42,5% tra gli infermieri, con incidenza maggiore nei reparti di emergenza e psichiatria. Lo studio si è basato su tre indagini trasversali condotte nel 2005, 2007 e 2009, durante le quali la percentuale di esposizione a violenza non fisica è risultata rispettivamente del 35,2%, 39,4% e 42,5%, evidenziando una crescita progressiva del fenomeno. Inoltre, la ricerca di Zampieron et al. (2010), svolta in un grande ospedale della Lombardia su un campione stratificato di 198 infermieri, ha mostrato che quasi il 50% ha subito almeno un episodio di violenza nell'anno precedente. I dati, raccolti tramite questionario anonimo, risalgono presumibilmente al periodo 2008–2009. Le conseguenze della violenza non si limitano all'evento in sé, ma si estendono alla sfera emotiva, relazionale e professionale dell'operatore. La letteratura concorda sulla necessità di adottare strategie multidimensionali per la prevenzione e la gestione della violenza. Tra le misure più efficaci emergono:

- la formazione del personale sulla gestione dei conflitti;
- l'adozione di protocolli di sicurezza;
- la promozione di una cultura organizzativa basata sulla "tolleranza zero" verso la violenza;
- la creazione di sistemi di segnalazione anonima e supporto psicologico per le

vittime.

Nonostante gli sforzi, permane una sottostima del fenomeno, dovuta alla scarsa propensione alla denuncia da parte degli operatori, spesso per timore di ritorsioni o per la percezione che la violenza sia parte integrante del lavoro. Inoltre, la mancanza di standard internazionali condivisi e la variabilità dei contesti sanitari rendono difficile l'uniformità degli interventi. È pertanto auspicabile un maggiore investimento nella ricerca applicata, finalizzata a valutare l'efficacia delle misure adottate e a sviluppare strumenti di valutazione del rischio specifici per ciascun setting assistenziale.

### **1.4.3 Campagne di sensibilizzazione per contrastare le aggressioni ai sanitari**

Parallelamente all'evoluzione normativa, l'Italia ha avviato negli ultimi anni una serie di campagne di sensibilizzazione per contrastare la crescente ondata di aggressioni nei confronti del personale sanitario e sociosanitario. Queste iniziative, promosse principalmente dal Ministero della Salute e dalle Regioni, sono fondamentali per informare la popolazione sulla gravità del problema delle aggressioni ai sanitari e per promuovere un atteggiamento di rispetto verso gli operatori sanitari.

L'obiettivo è creare una cultura di rispetto e collaborazione, riducendo il rischio di comportamenti aggressivi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le campagne educative sono strumenti chiave per modificare le norme sociali che tollerano la violenza e per migliorare la sicurezza nei luoghi di cura.

Le campagne possono includere messaggi sui media, materiali informativi distribuiti nelle strutture sanitarie e programmi educativi rivolti ai pazienti e ai loro familiari. L'obiettivo è creare una cultura di rispetto e collaborazione, riducendo il rischio di comportamenti aggressivi. In Italia, diversi studi e rilevazioni epidemiologiche condotte da enti istituzionali come il Ministero della Salute e l'INAIL hanno evidenziato che fino al 70% degli episodi di violenza contro gli operatori sanitari non viene denunciato, e che la sensibilizzazione è essenziale per favorire la consapevolezza e la denuncia, contribuendo così a migliorare la sicurezza nei luoghi di cura.

Le campagne di sensibilizzazione in corso hanno diversi obiettivi comuni:

- Responsabilizzare i cittadini: Informare il pubblico sull'importanza del rispetto

verso il personale sanitario e sulle conseguenze legali delle aggressioni.

- Promuovere la sicurezza: Implementare misure preventive e protocolli di sicurezza per proteggere gli operatori sanitari.
- Educare e formare: Offrire corsi di formazione sulla gestione dei conflitti e sulla prevenzione della violenza per il personale sanitario.
- Sensibilizzare l'opinione pubblica: Utilizzare i media e le piattaforme social per diffondere messaggi di rispetto e riconoscenza verso chi lavora nel settore sanitario.

Queste iniziative rappresentano un passo importante verso la creazione di un ambiente di lavoro più sicuro e rispettoso per gli operatori sanitari, ma è fondamentale che continuino a essere supportate e ampliate per affrontare efficacemente il problema delle aggressioni. Le campagne di sensibilizzazione contro le aggressioni al personale sanitario in Italia mirano a ottenere diversi risultati chiave:

- Riduzione delle Aggressioni: Uno degli obiettivi principali è la diminuzione del numero di episodi di violenza fisica e verbale contro gli operatori sanitari. Attraverso la sensibilizzazione del pubblico e l'implementazione di misure preventive, si spera di creare un ambiente di lavoro più sicuro e rispettoso.
- Aumento della Consapevolezza Pubblica: Le campagne mirano a educare i cittadini sull'importanza del rispetto verso il personale sanitario e sulle conseguenze legali delle aggressioni. Questo include la diffusione di informazioni sulle nuove normative, come la Legge 171/2024, che prevede pene più severe per gli aggressori.
- Miglioramento delle Condizioni di Lavoro: Un altro obiettivo è migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari attraverso l'adozione di protocolli di sicurezza, la formazione sulla gestione dei conflitti e il supporto psicologico per le vittime di aggressioni.
- Promozione di una Cultura del Rispetto: Le campagne cercano di promuovere una cultura del rispetto e della comprensione reciproca tra cittadini e personale sanitario, riducendo così la tensione e i conflitti nei luoghi di cura.

### **1) Campagna “Ti ha salvato, rispettalo”**

Una delle campagne più rilevanti è quella promossa dal Ministero della Salute, intitolata “Ti ha salvato, rispettalo”. Lanciata il 12 marzo 2025, in occasione della Giornata

nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari. Questa campagna mira a sensibilizzare il pubblico sull'importanza del rispetto verso chi si prende cura della salute altrui e sottolinea che almeno una volta nella vita, ognuno di noi o una persona cara ha ricevuto cure da un operatore sanitario, creando un legame emotivo e inducendo alla riflessione sulla riconoscenza e il rispetto dovuti. La campagna è diffusa su tutte le piattaforme social del Ministero della Salute. Inoltre, campagna informa sulle novità della Legge 171/2024, che prevede l'arresto in flagranza anche differita e pene più severe per chi danneggia beni delle strutture sanitarie.

## **2) Campagna “Più cura per chi cura”**

Un'altra importante iniziativa è la campagna “Più cura per chi cura”, promossa a livello regionale, ad esempio in Emilia-Romagna. Questa campagna si concentra sulla costruzione di un rapporto di fiducia tra cittadini e operatori sanitari, sottolineando il valore umano e professionale di chi lavora ogni giorno per la salute pubblica. I messaggi chiave invitano a riconoscere l'impegno degli operatori, a rispettare i tempi e le modalità di assistenza, e a evitare comportamenti aggressivi o intimidatori.

In un'altra regione italiana, la Puglia, è stata avviata una campagna di sensibilizzazione che include diverse misure per affrontare il problema delle aggressioni. La regione ha implementato un sistema uniforme di rilevamento dei dati sulle aggressioni, uno schema di protocollo operativo tra Asl e Prefetture, la presenza nei Pronto Soccorso di personale dedicato all'accoglienza, corsi di formazione sulla gestione dei conflitti per gli operatori e una campagna di comunicazione per promuovere una cultura del rispetto verso il personale sanitario. Queste iniziative mirano a creare un ambiente di lavoro più sicuro e a ridurre il numero di episodi di violenza.

## **3) Campagna #Bastaggressioni**

- Un'altra iniziativa significativa è la campagna #Bastaggressioni, promossa da Anao Assomed, il principale sindacato dei medici ospedalieri italiani. Questa campagna è stata lanciata in occasione della Giornata nazionale contro la violenza sugli operatori sanitari e utilizza foto e video per sensibilizzare il pubblico sull'importanza di rispettare e proteggere il personale sanitario. Il messaggio della campagna è chiaro: la violenza contro chi si prende cura della nostra salute non è mai giustificabile e deve essere fermata.

## **4) Iniziative Regione Marche: Recenti dati statistici sulle Aggressioni nella regione**

Marche, evidenziano la necessità di interventi immediati e strutturali per garantire la sicurezza degli operatori sanitari e migliorare l'accesso e la qualità delle cure per i pazienti. Nel corso del 2022 sono stati organizzati alcuni eventi formativi specifici come: Corso di formazione su Stress Lavoro Correlato; Corso “Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti a danno degli operatori sanitari”; Corso di formazione “Dal rischio psicosociale alla patologia stress lavoro- correlata - Strategie di prevenzione, di assistenza e di supporto nei luoghi di lavoro per la conquista del benessere organizzativo”.

Recentemente ad Ascoli Piceno, il sindacato delle professioni infermieristiche NurSind ha organizzato un corso gratuito di autodifesa per medici e infermieri per il 2025 presso la palestra EC Studio Production di San Benedetto del Tronto, in collaborazione con AWTI - Autodifesa Wing Tsun Italia. Durante le otto ore di formazione, suddivise in due incontri, i partecipanti hanno la possibilità di apprendere tecniche di difesa personale basate sui principi del Wing Tsun, un'arte marziale cinese pensata per contrastare aggressori fisicamente più forti. L'obiettivo è fornire strumenti pratici per gestire situazioni di pericolo e aumentare la consapevolezza dei rischi che caratterizzano il lavoro in ambito sanitario. Un'altra strategia più innovativa è stata introdotta recentemente a Fermo per contrastare le aggressioni nei pronto soccorso è l'adozione di dispositivi tascabili di allarme rapido per il personale sanitario. Questi strumenti, piccoli ma estremamente efficaci, permettono agli operatori di inviare un segnale immediato alla vigilanza o alle forze dell'ordine semplicemente premendo un pulsante. In situazioni di pericolo, anche un gesto rapido può fare la differenza. Il tasto rosso attiva una comunicazione vocale diretta, mentre il tasto blu invia un allarme silenzioso, utile nei casi in cui è necessario agire con discrezione. Questa tecnologia, unita alla presenza costante delle forze dell'ordine e a un sistema di monitoraggio ambientale, rappresenta un passo concreto verso un ambiente di lavoro più sicuro e protetto per chi ogni giorno si prende cura della nostra salute.

Le novità del 2025-2026 trasformano la sensibilizzazione da iniziativa sporadica a obbligo strutturale:

- **Campagna Multicanale ONSEPS 2025:** In occasione della Giornata nazionale

di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari il 12 marzo 2025, il Ministero della Salute e l'ONSEPS hanno lanciato una campagna di comunicazione di massa. L'obiettivo non è solo informare, ma promuovere un nuovo patto di fiducia tra cittadino e operatore, utilizzando lo slogan nazionale volto a umanizzare la figura del professionista (“Chi cura, non si cura delle offese, ma la tua violenza ferisce tutti”).

- **Focus sul Front-Office (Raccomandazione n. 8 del 2025):** Il nuovo framework ministeriale impone alle Aziende di estendere la sensibilizzazione anche ai settori amministrativi e ai CUP. La novità risiede nell'obbligo di affiggere nei punti di attesa materiale informativo che ricordi all'utenza le conseguenze penali (inasprite dalle leggi 2024) per chi aggredisce il personale, agendo come deterrente visivo immediato.
- **NOVITA' IN AST FERMO:** Nel contesto locale di Fermo, la sensibilizzazione per il 2025-2026 si sposta dall'esterno (paziente) all'interno (operatore):
  - Campagna contro l'Under-Reporting: Una novità specifica per l'AST Fermo riguarda la sensibilizzazione interna volta a combattere la normalizzazione della violenza verbale. L'Azienda è chiamata a promuovere incontri di reparto per spiegare che la segnalazione non è un peso burocratico, ma uno strumento di autotutela.
  - Percorsi di De-escalation come Sensibilizzazione: La formazione del personale non è più vista solo come apprendimento tecnico, ma come una campagna permanente di sensibilizzazione interna. L'AST Fermo sta implementando gruppi di lavoro (Risk Manager, Medico Competente, RLS) per diffondere un linguaggio comune interprofessionale, riducendo il divario tra la realtà percepita in prima linea e gli standard di sicurezza aziendali.
  - Umanizzazione dei Tempi d'Attesa: Poiché il sovrappopolamento e le attese sono cause scatenanti, le nuove linee guida locali prevedono campagne di comunicazione diretta all'utenza nei Pronto Soccorso dell'AST, volte a spiegare il sistema del Triage per ridurre la frustrazione dei caregiver e prevenire il conflitto alla radice.

## 2. OBIETTIVI

Il presente lavoro di tesi si pone l'obiettivo di affrontare in modo organico e multidimensionale il fenomeno delle aggressioni ai danni del personale sanitario, evolvendo da una fase di studio teorico-normativa a una fase propositiva e gestionale applicata alla realtà dell'AST Fermo:

1. Obiettivo Primario: Indagine conoscitiva e analisi comparativa multilivello. Il primo asse portante della ricerca è finalizzato alla costruzione di un quadro conoscitivo esaustivo che permetta di superare la frammentarietà dei dati attuali. Tale obiettivo si articola attraverso:

- Analisi dei contesti macro e dei micro-sistemi: Una revisione sistematica della letteratura e dei flussi informativi internazionali (OCSE, WHO) e nazionali (INAIL, ONSEPS) per inquadrare l'epidemiologia del fenomeno e l'efficacia della Legge 113/2020. Questo confronto permette di verificare quanto le dinamiche dell'AST Fermo siano in linea con le tendenze globali.
- Mappatura del rischio locale e analisi del “Sommerso”: Il cuore dell'indagine risiede nella somministrazione di un questionario validato su base ONSEPS-WHO a tutto il personale dell'AST Fermo. L'intento è far emergere l'under-reporting, ovvero quella zona d'ombra costituita da aggressioni verbali e psicologiche che, sebbene quotidiane, non vengono formalmente segnalate.
- Identificazione delle determinanti del rischio: L'indagine punta a descrivere analiticamente i fattori concausali (sovraffollamento, carenza di risorse, stress emotivo dell'utenza e lacune comunicative) che trasformano una situazione assistenziale in un evento critico, permettendo così di individuare i setting e le categorie professionali a maggiore vulnerabilità.

2. Secondo Obiettivo: Definizione di strategie di miglioramento e strumenti di Governance. Il secondo asse della tesi mira a tradurre i risultati dell'indagine in soluzioni operative concrete, volte a instaurare un modello di gestione del rischio proattivo e partecipato:

- Sviluppo dello strumento procedurale “AGGRESSIONE ZERO”: Progettazione

di un opuscolo informativo e procedurale volto a uniformare la risposta degli operatori post-evento. L'obiettivo è duplice: da un lato, fornire un supporto immediato e chiaro su “cosa fare”; dall'altro, semplificare il processo di segnalazione (Reporting), rendendolo una prassi consolidata e non più percepita come un onere burocratico.

- Progettazione della Governance Formativa (Corso “Prevenire è Proteggere”): Elaborazione di un piano formativo multidisciplinare focalizzato sulle tecniche di De-escalation. Questo obiettivo mira a dotare i professionisti di competenze relazionali avanzate (gestione della prossemica, controllo del linguaggio para verbale, ascolto empatico) indispensabili per intercettare i segnali precursori della violenza e disinnescare il conflitto prima che degeneri in aggressione fisica.
- Istituzione di un sistema di monitoraggio basato sui KPI: Definizione di Indicatori Chiave di Prestazione che consentano alla Direzione delle Professioni Sanitarie e al Risk Management di valutare l'efficacia degli interventi nel tempo. Questo garantisce che il piano di miglioramento non sia un evento isolato, ma un processo ciclico (PDCA) di apprendimento organizzativo.

### **3. MATERIALI E METODI**

#### **3.1 Campione sottoposto a indagine**

L'indagine conoscitiva è stata rivolta ai professionisti sanitari dell'AST Fermo, coinvolgendo le principali figure che operano nei diversi Dipartimenti e Servizi dell'Azienda. Il campione ha partecipato su base volontaria attraverso la compilazione del questionario online, garantendo così una raccolta dati spontanea e non condizionata. La popolazione target dell'indagine è stata individuata nel personale sanitario e sociosanitario afferente all'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Fermo. Al termine del periodo di somministrazione, il campione finale è risultato composto da 154 rispondenti multiprofessionali. Al fine di contestualizzare l'adesione allo studio, i dati raccolti sono stati messi in relazione con la dotazione organica teorica prevista dalla programmazione aziendale (Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO AST Fermo 2026). Dai documenti programmatori, il personale di riferimento stimato sul quale si innesta l'indagine comprende circa 700 infermieri, 160 Operatori Socio-Sanitari (OSS), 270 dirigenti medici e 30 ostetriche.

Si precisa che tale consistenza numerica complessiva viene considerata come un valore di riferimento indicativo e flessibile. La natura intrinsecamente dinamica del turn-over del personale sanitario, legata a molteplici variabili fisiologiche e organizzative che determinano continue fluttuazioni quotidiane nella dotazione effettivamente in servizio, non consente infatti di stabilire un denominatore assoluto e immutabile nel tempo. Tuttavia, il confronto percentuale evidenzia come la risposta del campione abbia registrato una partecipazione trasversale, con una marcata proattività da parte della componente infermieristica, la quale rappresenta il nucleo principale sia dei rispondenti sia dell'assetto assistenziale dell'azienda, configurando così una base informativa solida per l'analisi del fenomeno.

Pur considerando la natura dinamica di questi dati storici, l'incrocio delle frequenze evidenzia un'eccellente risposta epidemiologica all'interno della componente più esposta al rischio: la quota di infermieri rispondenti rappresenta infatti circa il 16% dell'intera dotazione teorica aziendale per questa specifica qualifica. Se si analizza l'adesione sul totale complessivo del personale stimato nei piani programmatori, la percentuale di

risposta si attesta in una forchetta indicativa compresa tra il 12% e il 15%. Tale proporzione, sebbene risenta fisiologicamente del fenomeno dell'under-reporting e delle fluttuazioni quotidiane della popolazione in servizio, si colloca perfettamente all'interno degli standard metodologici della letteratura scientifica per le indagini organizzative basate su partecipazione volontaria e anonima, confermando la solidità statistica e la significatività del materiale informativo raccolto per orientare le scelte di governance dell'AST Fermo.

Il gruppo dei rispondenti può essere definito multiprofessionale, comprendendo: infermieri, medici, ostetriche e operatori sociosanitari. Questa pluralità di profili ha permesso di ottenere una visione trasversale e completa del fenomeno delle aggressioni nei contesti sanitari dell'AST Fermo.

Dal punto di vista sociodemografico, il campione rispecchia la struttura del personale dell'Azienda, caratterizzata da una predominanza femminile e da un articolato equilibrio tra fasce d'età più giovani, adulte e senior. Tale varietà consente di cogliere percezioni ed esperienze riconducibili a differenti momenti del percorso professionale.

Anche sotto il profilo organizzativo, i partecipanti provengono da molteplici aree operative, tra cui Area Medica, Chirurgica, Emergenza Urgenza, Materno-Infantile, Salute Mentale, Servizi e Case della Salute, garantendo una rappresentazione eterogenea dei diversi contesti assistenziali e dei relativi livelli di esposizione al rischio di eventi aggressivi. Particolare rilievo rivestono i professionisti operanti nei setting ad alta intensità relazionale e a contatto diretto con l'utenza, come le degenze e il Pronto Soccorso, tradizionalmente più esposti a situazioni critiche.

Per quanto riguarda l'esperienza professionale e l'inquadramento orario, il campione comprende operatori con differenti livelli di anzianità di servizio e con regimi di lavoro diversificati (turni diurni, turni H24, continuità assistenziale). Tale composizione permette di analizzare il fenomeno delle aggressioni anche in relazione ai modelli organizzativi e ai ritmi di lavoro che caratterizzano le varie unità operative.

Complessivamente, il campione risulta adeguato, rappresentativo e in grado di restituire un quadro realistico delle dinamiche vissute dai professionisti sanitari dell'AST Fermo. I dati quantitativi dettagliati relativi alla composizione del campione (genere, età, qualifica, area operativa, anzianità e turnazione) sono presentati nel capitolo dei risultati, al fine di garantire una chiara distinzione tra descrizione metodologica e analisi dei dati rilevati.

### **3.2 Strumento di raccolta dati**

Lo strumento utilizzato per la conduzione dell'indagine è un questionario strutturato, elaborato integrando e adattando i modelli di riferimento proposti dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie (ONSEPS) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO).

Al fine di garantire la pertinenza metodologica e l'allineamento con le politiche aziendali, lo strumento è stato sottoposto a un preventivo iter di validazione interna: prima dell'autorizzazione finale concessa dal Direttore Generale, il questionario è stato visionato e approvato dal Direttore del Servizio Professioni Sanitarie, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e l'UOC Governo Clinico e Rischio Clinico. Il questionario è stato somministrato in formato digitale tramite la piattaforma Google Moduli. Tale scelta metodologica ha favorito una distribuzione capillare e una compilazione agevole da parte dei professionisti, accessibile sia da postazioni pc aziendali che da dispositivi mobili.

La diffusione del link è avvenuta attraverso un canale istituzionale, il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie ha inoltrato lo strumento via e-mail aziendale alle Funzioni Organizzative delle aree ospedaliere e territoriali dell'AST Fermo, i quali hanno successivamente provveduto a veicolarlo ai singoli professionisti afferenti ai propri servizi. La raccolta dati è stata effettuata in un arco temporale compreso tra il 27 gennaio 2026 e il 20 febbraio 2026.

La raccolta dati è stata effettuata in forma completamente anonima, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003 s.m.i. 23 e Regolamento UE 2016/679 24 - GDPR).

Il questionario richiedeva un tempo medio di compilazione di circa 10 minuti e indagava i seguenti ambiti principali:

- Dati socioprofessionali e anagrafici;
- Esperienze dirette di aggressioni (verbali e fisiche) occorse negli ultimi 12 mesi;
- Caratteristiche dell'episodio percepito come più significativo;
- Conseguenze fisiche e impatto psicologico dell'evento;
- Conoscenza e utilizzo delle procedure di segnalazione aziendale;
- Percezione delle misure di prevenzione vigenti e proposte di miglioramento.

### **3.3 Sezioni e contenuti del questionario**

Il questionario è stato progettato con una serie di domande chiuse, utilizzando item a risposta singola, a scelta multipla e menu a tendina. (Allegato 2) In alcuni quesiti specifici è stata prevista la possibilità di selezionare più opzioni; questa scelta metodologica è stata adottata per permettere ai partecipanti di descrivere in modo più accurato la complessità degli episodi di aggressione.

Lo strumento è stato articolato in sei sezioni principali, ognuna dedicata all'approfondimento di una specifica dimensione del fenomeno:

- 1) Sezione A “Informazioni professionali”: finalizzata a delineare il profilo dei rispondenti attraverso la raccolta di dati anagrafici (genere ed età), la qualifica professionale, il dipartimento o servizio di appartenenza, la tipologia di turno e l'anzianità di servizio.
- 2) Sezione B “Esperienze dirette di aggressione (ultimi 12 mesi)”: volta a rilevare l'incidenza degli episodi occorsi nell'ultimo anno, distinguendo tra violenza verbale e fisica e tra eventi isolati o ripetuti nel tempo.
- 3) Sezione C “Analisi dell'episodio più grave o recente”: dedicata all'approfondimento del contesto dell'aggressione. Sono stati indagati la tipologia dell'aggressore (paziente, familiare, collega o superiore), il setting fisico dell'evento (stanze di degenza, ambulatori, corridoi o domicilio) e i determinanti che hanno favorito l'episodio, quali lunghe attese, criticità comunicative, condizioni cliniche dell'utente o disservizi organizzativi.
- 4) Sezione D “Conseguenze e impatto dell'evento”: orientata a valutare gli esiti psicofisici sugli operatori, indagando la presenza di sintomi quali stress, disturbi del sonno, ansia o paura nel tornare al lavoro, oltre all'eventuale necessità di astensione dal servizio e al supporto ricevuto dall'Azienda.
- 5) Sezione E “Procedure di segnalazione”: focalizzata sulla conoscenza degli strumenti aziendali di reporting e sull'effettivo utilizzo della procedura ufficiale. Una parte specifica è stata dedicata all'analisi delle motivazioni che portano all'eventuale mancata segnalazione (under-reporting).
- 6) Sezione F “Percezione della sicurezza e proposte migliorative”: sezione rivolta alla totalità del campione per valutare il grado di sicurezza percepito nei vari setting operativi e raccogliere suggerimenti pratici per l'implementazione di future misure

preventive.

Tale struttura ha permesso di raccogliere sia dati descrittivi che informazioni di natura esperienziale, garantendo una base informativa solida per l'analisi dettagliata del fenomeno nell'ambito dell'AST Fermo.

### **3.4 Elaborazione e trattamento dei dati**

L'analisi dei dati raccolti è stata condotta integrando le funzionalità della piattaforma Google Moduli con il software Microsoft Excel, scelto per la sua versatilità nella gestione di dataset complessi e nella produzione di analisi statistiche personalizzate.

Il processo di elaborazione si è articolato nelle seguenti fasi operative:

1. Raccolta e prima analisi: I dati, raccolti in tempo reale tramite Google Moduli, hanno permesso una prima visualizzazione delle tendenze generali attraverso la generazione automatica di grafici di sintesi, utili per monitorare l'andamento delle risposte durante il periodo di rilevazione.
2. Esportazione e validazione: Al termine della raccolta, i dati grezzi sono stati esportati in Microsoft Excel per essere controllati e riordinati. Si è proceduto quindi a verificare che non vi fossero errori o risposte mancanti, preparando il database per le analisi successive.
3. Statistica Descrittiva: Si è proceduto con una descrizione quantitativa dei risultati, trasformando i dati raccolti in percentuali e tabelle riassuntive. Questa analisi ha permesso di fotografare con precisione la composizione del campione e l'incidenza delle aggressioni all'interno dell'Azienda.
4. Rappresentazione Grafica: La costruzione di grafici a colonne e a torta è stata finalizzata per facilitare la visualizzazione delle tendenze principali, rendendo immediatamente leggibili aspetti critici come i setting fisici degli eventi, l'identità degli aggressori e l'impatto psicologico percepito dagli operatori.

Successivamente, i risultati ottenuti sono stati sintetizzati e organizzati in categorie tematiche. Tale categorizzazione ha costituito la struttura portante per la stesura del capitolo dedicato ai Risultati, permettendo di trasformare i dati numerici in informazioni utili per l'identificazione delle aree di miglioramento e delle strategie preventive per l'AST Fermo.

### **3.5 Il “cono d’ombra” delle aggressioni: limiti metodologici**

Lo studio, pur offrendo una panoramica significativa del fenomeno nell’AST Fermo, deve confrontarsi con il “cono d’ombra” generato dall'under-reporting e da altri limiti metodologici che devono essere tenuti in considerazione nell'interpretazione dei risultati:

- Contestualizzazione dello strumento alla realtà aziendale: data l'assenza di un questionario universale precompilato specifico per l'AST Fermo, si è reso necessario elaborare uno strumento ad hoc adattando i modelli nazionali (ONSEPS) e internazionali (OMS). Tale adattamento è consistito nella personalizzazione delle opzioni di risposta per includere l'esatto elenco dei Dipartimenti, dei Servizi e dei profili professionali operanti nell'Azienda, oltre a richiamare le specifiche procedure di segnalazione interne già esistenti. Sebbene questa calibrazione renda il dato estremamente preciso per l'analisi del contesto locale, essa potrebbe limitare parzialmente il confronto statistico diretto con studi che utilizzano versioni dei questionari standard non modificate.
- Adesione volontaria e bias di selezione: la partecipazione all'indagine è avvenuta spontaneamente. Tale modalità può aver introdotto un bias di autoselezione, i professionisti maggiormente coinvolti nel fenomeno o con una spiccata sensibilità sul tema potrebbero aver risposto con più frequenza, mentre chi ha vissuto esperienze particolarmente traumatiche o, al contrario, chi non ha mai subito aggressioni, potrebbe essersi astenuto, influenzando la distribuzione del campione rispetto alla totalità dei professionisti invitati.
- Rappresentatività del campione e completezza delle risposte: nonostante l’invio capillare dello strumento, si è registrata una partecipazione numericamente contenuta rispetto alla totalità della popolazione sanitaria avente diritto, confermando le difficoltà di coinvolgimento tipiche delle indagini su base volontaria. Tuttavia, è opportuno sottolineare come i professionisti che hanno scelto di aderire abbiano mostrato una certa accuratezza nella compilazione. Questo garantisce la qualità e la coerenza interna dei dati raccolti, rendendoli attendibili per l'analisi del vissuto di quella parte di personale che ha scelto di contribuire alla ricerca.
- Natura dei dati auto riportati: tutte le informazioni raccolte derivano dalle percezioni e dai ricordi dei partecipanti. Questo introduce il rischio di recall bias

(errore di memoria) o di una sottostima degli eventi, in particolare per le aggressioni verbali. Queste ultime, infatti, vengono spesso normalizzate dagli operatori e considerate erroneamente come parte integrante della routine lavorativa, portando a una mancata percezione dell'evento come aggressione reale.

- Fenomeno dell'under-reporting: la parziale conoscenza delle procedure di segnalazione aziendale e la percezione di una scarsa efficacia del sistema di reporting formale rappresentano un limite alla rilevazione dell'entità del problema. È verosimile che i dati raccolti rappresentino solo una parte del fenomeno effettivamente presente nella quotidianità operativa, riflettendo solo la punta di un iceberg comunicativo.
- Nonostante queste limitazioni, lo studio fornisce una fotografia inedita e preziosa del fenomeno delle aggressioni all'interno dell'AST Fermo, permettendo di identificare con chiarezza le aree di criticità e di orientare lo sviluppo di future strategie di intervento e prevenzione.

## 4. RISULTATI

L'analisi dei risultati si articola in due percorsi d'indagine complementari: il primo analizza l'esperienza diretta e la percezione soggettiva degli operatori raccolta tramite un'indagine conoscitiva mirata, mentre il secondo esamina i flussi informativi ufficiali delle segnalazioni pervenute agli uffici aziendali, offrendo una prospettiva sull'evoluzione storica del fenomeno nell'ultimo quadriennio.

### 1) L'indagine conoscitiva presso l'AST Fermo (Dati del Questionario)

L'indagine condotta presso l'AST Fermo ha visto la partecipazione attiva di 154 professionisti sanitari. La componente femminile risulta prevalente, attestandosi al 75% del campione, contro il 25% della componente maschile, dati in linea con la composizione tipica delle professioni sanitarie (vedi grafico 10). La distribuzione per età appare ampia e bilanciata, comprendendo 13 rispondenti sotto i 30 anni, 54 tra i 31 e i 40 anni, 31 tra i 41 e i 50 anni e 56 operatori con un'età superiore ai 50 anni (vedi grafico 11). Sotto il profilo della qualifica professionale, prevalgono gli infermieri con il 75%, seguiti da operatori sociosanitari (OSS) (11%), dai medici (10%) e da ostetriche (4%) (vedi grafico 12). In termini organizzativi, la maggior parte dei rispondenti afferisce dall'Area Medica (45%), seguiti dall'Area Chirurgica (17%), dall'area Emergenza/Urgenza (12%) e con ulteriori quote distribuite tra area Materna - Infantile (8%), Servizi (7%), Salute Mentale (6%), Case della salute (3%), Blocco Operatorio (2%) (vedi grafico 13).

Focalizzando l'attenzione sull'area dell'Emergenza/Urgenza, su un sottocampione di 30 operatori, la quota maggiore lavora in MCAU "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza – Pronto Soccorso" (70%), seguita da OBI, Cardiologia e UTIC (13%), POTES (10%), Rianimazione (7%) (vedi grafico 14). Osservando la situazione all'interno dell'Area delle Case della Salute, considerando 4 risposte, il 75% proviene dalle Cure Domiciliari, il 25 % dalla degenza e nessuna risposta dall'hospice e dalle specialistiche ambulatoriali (vedi grafico 15). Per quanto riguarda il Dipartimento di Salute Mentale, su 8 risposte l'88% proviene dal territorio e il 12% dall'ospedale (vedi grafico 16). Infine, per l'Area Materno-Infantile su 12 risposte il 100% appartengono all'ospedale, ma nessuna risposta rilevata dal territorio, in considerazione del fatto che lo stesso personale ruota tra le due aree (vedi grafico 17).

L'anzianità di servizio si presenta eterogenea, con il 37 % dei professionisti inserito da

15 anni, il 31% tra 6 e 15 anni, il 23% tra 1 e 5 anni di esperienza e il 9% sotto un anno (vedi grafico 18). Per quanto riguarda i regimi di lavoro, prevale il turnista H24 (59%), seguito dal diurnista (33%) e dalla continuità assistenziale o pronta disponibilità (8%) (vedi grafico 19).

Complessivamente, il campione si delinea come numeroso e multiprofessionale, caratterizzato da un mix di seniority dove la forte rappresentanza infermieristica e la quota in turnazione H24 configurano un profilo altamente esposto all'interazione con l'utenza. L'incidenza delle aggressioni negli ultimi 12 mesi rivela un dato strutturale preoccupante, con quasi un operatore su due che riferisce di aver subito almeno un'aggressione verbale nell'ultimo anno. Nello specifico, il 51% del campione ha sperimentato ostilità verbali più di una volta, il 31% nessuna e il 18% una sola volta (vedi grafico 20). Parallelamente, le aggressioni fisiche risultano meno frequenti ma comunque presenti: se l'80% non ha subito violenza fisica, il 10% l'ha subita una volta e un ulteriore 10% riferisce episodi multipli (vedi grafico 21). In totale, circa il 19% del campione ha sperimentato almeno un episodio di violenza fisica nell'ultimo anno, un valore estremamente significativo per le implicazioni sulla sicurezza e sul benessere lavorativo. Sempre riguardo la violenza fisica il 91% non ha riportato lesioni, il 7% lesioni senza prognosi e il 2 % lesioni con prognosi in giorni (vedi grafico 22).

Analizzando i contesti e gli autori degli episodi, emerge come il rischio sia prevalentemente esterno e relazionale, legato al front office clinico assistenziale. Le aggressioni sono attribuite quasi esclusivamente all'utenza e agli accompagnatori, con i pazienti responsabili del 45% degli eventi e i familiari del 43%, mentre le quote residue coinvolgono superiori (7%) e colleghi (5%) (vedi grafico 23). I luoghi più citati come teatro di tali episodi sono le stanze di degenza (37%) e i corridoi o spazi comuni (35%), seguiti da ambulatori (16%), sale d'attesa (6%) e contesto domiciliare (6%) (vedi grafico 24). La concentrazione degli eventi nelle aree a più alta interazione e la presenza di criticità nel setting territoriale evidenziano la vulnerabilità dell'operatore, spesso isolato durante le attività.

Le cause percepite come fattori contribuenti sono molteplici e spesso sovrapposte: emergono i disservizi organizzativi (24%), le condizioni cliniche o psicologiche del paziente (21%), stati di alterazione psico fisica (16%), comunicazioni inefficaci (15%), lunghe attese (13%) e carenza di personale (11%) (vedi grafico 25). Il fenomeno si

conferma dunque multifattoriale, dove componenti organizzative e relazionali si intrecciano con i fattori clinici dell'utenza.

L'impatto sugli operatori è prevalentemente psicologico ed emotivo, con esiti che includono rabbia e frustrazione (34%), stress o insicurezza (22%), ansia e paura di tornare al lavoro (13%) e disturbi del sonno (9%), mentre le conseguenze fisiche dirette sono riportate dal 4% dei casi e nessuna conseguenza fisica (18%) (vedi grafico 26). Le ricadute sul clima di reparto e sulla qualità del lavoro sono evidenti. Tuttavia, l'assenza dal lavoro post evento risulta rara, interessando solo il 4% dei casi, a fronte di un 96% di operatori che non si è assentato (vedi grafico 27).

Dopo l'evento i rispondenti hanno segnalato: di non aver ricevuto alcun supporto (74%); di aver ricevuto supporto inadeguato/insufficiente (21%) e di aver ricevuto un supporto che hanno ritenuto adeguato (5%) (vedi grafico 28).

Un aspetto critico riguarda tuttavia il fenomeno dell'under reporting: alla domanda sulla segnalazione ufficiale dell'evento, il 60% dichiara di non aver segnalato, il 26% non conosce la procedura di segnalazione aziendale ufficiale e solo il 14% ha formalizzato l'accaduto (vedi grafico 29). Tra le motivazioni del mancato reporting prevalgono la percezione di inutilità (47%) e la normalizzazione delle aggressioni come parte del lavoro (33%), seguite dal timore di conseguenze (8%), mancanza di tempo (7%) e complessità della procedura di segnalazione (5%) (vedi grafico 30).

Infine, la percezione della sicurezza appare critica: il 55% dichiara di sentirsi abbastanza sicuro, il 35% poco sicuro, l'8% molto sicuro e il 2% per nulla sicuro (vedi grafico 31). Per le misure di prevenzione: il 48% giudica le misure preventive presenti ma da migliorare, il 33% le ritiene inadeguate o assenti, mentre solo il 19% le considera adeguate (vedi grafico 32).

Tra gli interventi che gli utenti riterrebbero più utili per prevenire e contrastare le aggressioni nell'AST Fermo si evidenzia: per il 21% miglioramenti organizzativi per la gestione dei flussi e delle attese; per il 16% migliorare la comunicazione con l'utenza (es. più informazione nelle sale di attesa); per il 15% maggiore presenza di personale di vigilanza/Posto di Polizia; per il 15% corsi di formazione specifici sulla gestione dei conflitti e tecniche di de-escalation; per il 13% installazione e potenziamento dei sistemi di allarme e video sorveglianza; per il 12% supporto psicologico e legale garantito e facilmente accessibile per le vittime; per l'8% procedure più chiare e rapide per la

segnalazione e la gestione degli eventi (vedi grafico 33).

## 2) Analisi delle segnalazioni ufficiali e confronto storico (Dati ONSEPS)

Parallelamente all'indagine soggettiva, l'analisi delle segnalazioni ufficiali formalizzate agli uffici aziendali (flusso ONSEPS 2025) permette di quantificare il fenomeno attraverso i dati registrati istituzionalmente. Per l'anno 2025, l'AST Fermo ha registrato 39 segnalazioni totali, tutte afferenti al settore pubblico. Sotto il profilo anagrafico e professionale, i dati ufficiali confermano le criticità emerse nel questionario: la vittima tipo è donna (30 casi su 39) e di professione infermiera (31 casi). La fascia d'età più colpita è quella tra i 30 e i 39 anni (17 operatori), seguita dai 50-59enni (12). Gli episodi si concentrano nell'Area di Degenza (15 casi) e nel Pronto Soccorso (7 casi), con una presenza rilevante anche sul territorio, specialmente presso il domicilio del paziente (5 casi). La tipologia di aggressione vede una prevalenza di violenza verbale (36 casi), ma con una quota significativa di violenza fisica (18 casi) e alcuni atti contro la proprietà (5 casi). Il dato più rilevante emerge dal confronto con la serie storica del triennio precedente, che evidenzia un'impennata esponenziale delle segnalazioni formalizzate: Anno 2022: 8 segnalazioni. Anno 2023: 6 segnalazioni. Anno 2024: 17 segnalazioni. Anno 2025: 39 segnalazioni. Nel quadriennio analizzato si è passati da una prevalenza di vittime maschili nel biennio 2022-2023 (rispettivamente 5 e 4 maschi contro 3 e 2 femmine) a una netta inversione di tendenza a partire dal 2024, culminata nel 2025 con il sesso femminile colpito in oltre il 75% dei casi. Anche la gravità degli episodi sembra aumentare: nel triennio 2022-2024 la violenza fisica rappresentava il 26,2% degli eventi, mentre nel solo 2025 essa è presente in circa il 46% delle segnalazioni totali (18 casi su 39). In conclusione, l'incrocio tra l'elevato numero di eventi riferiti nel questionario e la crescita delle segnalazioni ufficiali conferma che, sebbene l'under-reporting resti un problema culturale rilevante (visto il divario tra i 154 rispondenti al questionario e le sole 39 segnalazioni ufficiali), vi è una progressiva emersione del fenomeno e una crescente necessità di interventi strutturali e formativi mirati.

## 5. DISCUSSIONE

L'analisi condotta evidenzia come il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario non sia un evento sporadico, ma una problematica strutturale radicata nella realtà sanitaria, riflettendo una profonda crisi relazionale tra sistema di cura e utenza. La transizione dall'analisi teorica generale alla rilevazione puntuale presso l'AST Fermo ha permesso di delineare un panorama di marcata criticità, evidenziando una distanza significativa tra le tutele formali e l'esperienza quotidiana dei professionisti. I dati raccolti delineano un campione prevalentemente femminile (75%) e composto in larga misura da infermieri (75%), confermando come queste figure rappresentino il fulcro dell'assistenza ma anche il bersaglio principale delle tensioni, dato che trova riscontro anche nelle rilevazioni ufficiali ONSEPS 2025 dove si contano 31 infermieri su 39 segnalazioni totali e una schiacciante prevalenza di vittime donne. Un dato di estremo interesse emerge dall'anzianità di servizio, poiché la presenza di una solida quota di professionisti esperti, con il 37% che vanta oltre 15 anni di esperienza, suggerisce che l'aggressività subita non sia affatto legata all'inesperienza individuale, quanto piuttosto a un rischio occupazionale strutturale che colpisce trasversalmente il personale. Le condizioni di lavoro agiscono come catalizzatori del conflitto: la carenza di personale, i turni prolungati con il 59% dei rispondenti impegnati in turnazioni H24 e la pressione emotiva costante creano un ambiente ad alta tensione in cui la mappatura dei reparti mostra come l'Area Medica (45%) e l'Emergenza/Urgenza (12%) siano i principali luoghi di scontro. In particolare, si rileva un picco specifico nell'area della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU) che, da sola, assorbe il 70% degli eventi dell'intero settore emergenza, ma l'analisi mette in luce vulnerabilità significative anche nei contesti territoriali, come le Case della Salute e il Dipartimento di Salute Mentale, dove l'elevata incidenza di attività sul territorio espone l'operatore a rischi legati all'isolamento e alla mancanza di barriere protettive immediate. Sotto il profilo dell'incidenza, il dato dell'AST Fermo appare preoccupante, con oltre la metà del campione (51%) che ha subito aggressioni verbali ripetute nell'ultimo anno e circa uno su cinque (19%) vittima di violenza fisica. Un elemento di riflessione cruciale riguarda la resistenza emotiva dei professionisti, poiché la difficoltà riscontrata da alcuni nel completare l'indagine digitale riflette non solo il carico di lavoro, ma anche la fatica nel rievocare episodi traumatici. Il

vero nodo critico resta tuttavia l'under-reporting: nonostante il triennio 2022-2024 abbia registrato ufficialmente 42 episodi complessivi, l'indagine conoscitiva rivela una realtà molto più vasta e sommersa, considerando che il solo dato ONSEPS 2025 registra 39 casi in un unico anno, segnando un'impennata rispetto alle 8 segnalazioni del 2022 e alle 17 del 2024. Il fatto che il 60% dei professionisti scelga di non segnalare ufficialmente gli eventi, principalmente per un senso di inutilità nel 47% dei casi o per una pericolosa normalizzazione della violenza nel 33% dei casi, indica che l'aggressione è spesso considerata erroneamente come una componente inevitabile del lavoro. Molti operatori, inoltre, lamentano una scarsa conoscenza delle procedure da seguire, ignorando i propri diritti e il supporto post-evento. L'identità degli aggressori, ripartiti quasi equamente tra pazienti (45%) e familiari (43%), conferma che la tensione è alimentata da una gestione deficitaria dell'attesa e dell'informazione, dove i disservizi organizzativi citati dal 24% e le lunghe attese indicate dal 13% trasformano l'operatore nel capro espiatorio di carenze strutturali indipendenti dalla sua volontà. L'impatto è devastante, con rabbia, frustrazione e stress che colpiscono la maggioranza con ripercussioni sulla salute mentale e sul riposo, eppure il 96% degli operatori non si assenta dal lavoro post-evento, garantendo la continuità assistenziale a scapito del proprio benessere e rischiando una cronicizzazione dello stress. Dal punto di vista normativo, l'Italia ha introdotto strumenti importanti come la Legge 113/2020, ma la discussione evidenzia come la sola risposta legislativa sia insufficiente se non accompagnata da una trasformazione della cultura organizzativa, dato che l'81% dei professionisti ritiene le attuali misure preventive inadeguate o da migliorare drasticamente. Le richieste degli operatori sono precise e puntano a miglioramenti organizzativi (21%), potenziamento della comunicazione (16%) e formazione specifica sulla de-escalation (15%). In ultima analisi, per eliminare il cono d'ombra nell'AST Fermo è necessario passare da un approccio reattivo a una strategia proattiva tramite la creazione di strumenti di governance come l'opuscolo procedurale e l'organizzazione di percorsi formativi dedicati, come il corso denominato Prevenire è Proteggere, che rispondono direttamente alla necessità di semplificare l'accesso alle tutele. Solo integrando prevenzione, formazione e supporto psicologico sarà possibile trasformare la segnalazione da un onere burocratico a uno strumento di reale protezione, promuovendo un ambiente di lavoro sicuro e basato sul rispetto reciproco.

## **6. PIANO DI MIGLIORAMENTO: progetti per la sicurezza in AST Fermo**

### **6.1 Lo strumento di Governance Procedurale: l'opuscolo "AGGRESSIONE ZERO"**

Il primo pilastro del piano di miglioramento proposto per l'AST Fermo è rappresentato dall'opuscolo denominato "AGGRESSIONE ZERO" (Allegato 3), concepito come un dispositivo di governance procedurale e comunicativa volto a colmare il divario tra teoria normativa e pratica assistenziale. La scelta di sviluppare questo vademecum risponde alla necessità, emersa chiaramente dall'analisi dei dati, di fornire ai dipendenti uno strumento operativo immediato, capace di tradurre le complesse direttive aziendali in azioni chiare e sequenziali. L'obiettivo primario risiede nell'abbattimento dell'under-reporting, trasformando la segnalazione da un onere burocratico a uno strumento di tutela attiva del professionista.

L'architettura dell'opuscolo, strutturata su sei colonne, segue una logica gerarchica che guida l'operatore dalla fase di prevenzione alla gestione post evento. Nella facciata esterna, il messaggio si focalizza sull'identità e sulla missione dell'AST Fermo, definendo la segnalazione come un atto di responsabilità collettiva e un pilastro della Clinical Governance. Questa sezione è fondamentale per legittimare il professionista nel segnalare l'accaduto, sottolineando come ogni dato inserito nel sistema contribuisca a generare una rete di sicurezza che protegge l'intera équipe sanitaria. Attraverso un linguaggio diretto, si chiarisce che la tutela del lavoratore è una priorità strategica aziendale, attivando immediatamente la percezione di un supporto istituzionale concreto.

Il cuore operativo dello strumento risiede nella parte interna, dove la procedura viene semplificata e resa accessibile attraverso una suddivisione cronologica in tre fasi:

- 1) La prima fase riguarda la gestione immediata dell'evento e integra le procedure specifiche già in uso presso l'Ospedale Murri, come l'attivazione dei dispositivi antiaggressione tascabili per l'allerta immediata della Polizia di Stato e della vigilanza privata.
- 2) La seconda fase rappresenta il fulcro tecnologico della tesi, introducendo un QR Code che permette l'accesso istantaneo alla scheda di "Segnalazione atti di

violenza a danno degli operatori sanitari”. Questo automatismo abbatte le barriere temporali che spesso scoraggiano il reporting, garantendo al Risk Management un flusso informativo costante e veritiero.

- 3) Infine, l’integrazione interprofessionale è consolidata da una sezione dedicata specificamente ai servizi di supporto e tutela legale, medica e psicologica. Inserire queste informazioni all'interno del vademecum trasforma la segnalazione in una porta d'accesso ai diritti del lavoratore, rendendo manifesto l'impegno dell'azienda nel non lasciare solo il professionista dopo il trauma.

La sottolineatura dell'importanza della refertazione in Pronto Soccorso, essenziale per le pratiche INAIL e per l'eventuale azione penale, chiude il cerchio della tutela legale. In definitiva, l'opuscolo “AGGRESSIONE ZERO” si configura come un elemento di raccordo essenziale nel modello di gestione integrata, fornendo agli operatori sanitari di Fermo una bussola operativa per navigare le situazioni di crisi con maggiore consapevolezza e sicurezza.

## **6.2. Lo strumento di Governance Formativa: Il Corso di De-escalation**

Il secondo pilastro del modello integrato è rappresentato dallo strumento di governance formativa, identificato nel Corso Multidisciplinare di De-escalation denominato “Prevenire è Proteggere: Tecniche di De-escalation e Gestione del Conflitto”. Se l’opuscolo procedurale agisce sulla standardizzazione della risposta e sulla raccolta del dato, la formazione si configura come l’intervento proattivo volto a modificare i comportamenti e a fornire ai professionisti dell’AST Fermo le competenze tecniche necessarie per disinnescare il conflitto prima che questo sfoci in violenza fisica. In questa ottica, la formazione non viene intesa come un evento isolato o meramente didattico, ma come un processo continuo di aggiornamento professionale che trasforma la consapevolezza del rischio in capacità operativa di gestione della crisi.

Il fulcro del percorso formativo “Prevenire è Proteggere: Tecniche di De-escalation e Gestione del Conflitto” risiede nelle tecniche di de-escalation, un insieme di strategie comunicative verbali e non verbali finalizzate a ridurre l’intensità della rabbia e dell’agitazione del paziente o del caregiver. La governance formativa si realizza attraverso l’insegnamento di abilità specifiche e strumenti scientificamente validati, tra cui:

- Gestione dello spazio interpersonale (Prosemica): il mantenimento della distanza di sicurezza e il posizionamento angolato rispetto all'interlocutore per non risultare minacciosi e garantire una via di fuga.
- Comunicazione Para verbale: il controllo consapevole del tono, del ritmo e del volume della voce, che deve rimanere basso e costante per influenzare positivamente lo stato emotivo dell'altro.
- Ascolto Attivo ed Empatico: l'uso di tecniche di riformulazione e validazione dei sentimenti per dimostrare comprensione, riducendo il bisogno dell'utente di ricorrere all'aggressività per essere ascoltato.

L'efficacia di questo approccio dipende strettamente dalla tempestività dell'intervento, in quanto il professionista istruito è in grado di intercettare i segnali precursori dell'aggressività (come il linguaggio del corpo contratto o l'innalzamento del volume della voce), agendo tempestivamente per riportare la comunicazione su un piano di reciproca comprensione e sicurezza.

Un elemento distintivo e imprescindibile di questa proposta è la sua natura multidisciplinare e interprofessionale. Le aggressioni in ambito sanitario non colpiscono mai il singolo in isolamento, ma impattano sull'intero ecosistema del reparto o del servizio territoriale. Per tale ragione, il corso è progettato per formare simultaneamente medici, infermieri, ostetriche e operatori sociosanitari, promuovendo la creazione di un linguaggio comune e di protocolli di intervento coordinati. Formare il team nel suo insieme permette di sviluppare una risposta di squadra efficace, dove ogni membro conosce il proprio ruolo e le modalità di supporto reciproco durante l'evento acuto, riducendo drasticamente il senso di isolamento e di vulnerabilità percepito dai singoli operatori.

Dal punto di vista della struttura metodologica, il corso prevede l'integrazione della teoria normativa, legata all'applicazione della Legge 113/2020, con sessioni di addestramento pratico e simulazioni di scenari reali basati sulle criticità emerse nell'analisi del contesto dell'AST Fermo. L'utilizzo del role-playing e del debriefing guidato da esperti del settore consente ai partecipanti di sperimentare le tecniche di de-escalation in un ambiente protetto, analizzando le proprie reazioni emotive e affinando le capacità di controllo del linguaggio corporeo. Questo tipo di apprendimento esperienziale è fondamentale per

garantire che le competenze acquisite diventino un patrimonio comportamentale stabile, pronto per essere attivato con lucidità nei momenti di reale tensione.

### **6.3 Sinergia e Miglioramento continuo**

L'ultimo tassello della proposta di miglioramento per l'AST Fermo consiste nel consolidamento della sinergia tra i due strumenti presentati, inquadrando l'intero lavoro all'interno della metodologia del miglioramento continuo il “ciclo PDCA: Plan-Do-Check-Act” (Allegato 4). La governance integrata non deve essere intesa come la somma di due interventi isolati, ma come un sistema circolare dove l'output di uno strumento diventa l'input strategico dell'altro. In questo modello, l'opuscolo “AGGRESSIONE ZERO” e il corso di formazione “Prevenire è Proteggere: Tecniche di De-escalation e Gestione del Conflitto”, creano un circolo virtuoso in cui la segnalazione costante fornisce i dati reali necessari per misurare i contenuti formativi, mentre la formazione accresce la consapevolezza dell'operatore, rendendolo più propenso a segnalare ogni evento in modo corretto e tempestivo.

Il monitoraggio dell'efficacia di tale sistema si basa sull'introduzione di specifici Indicatori Chiave di Prestazione (KPI: Key Performance Indicators). Questi rappresentano variabili quantitative e qualitative che permettono alla Direzione Strategica, al Servizio delle Professioni Sanitarie e al Risk Management di misurare l'impatto reale delle politiche intraprese. Nello specifico, il piano prevede il monitoraggio dei seguenti indicatori:

- Tasso di segnalazione (Reporting Rate): Misura il volume totale delle segnalazioni inviate. È fondamentale interpretare questo dato in modo dinamico: un incremento del numero di segnalazioni nel breve periodo è da considerarsi un indicatore paradossalmente positivo. Esso non riflette un aumento della violenza reale, ma l'efficacia dell'opuscolo nell'abbattere l'under-reporting, segnalando una ritrovata fiducia del personale verso le procedure aziendali.
- Indice di Gravità degli Eventi: Valuta la tipologia di aggressione (fisica, verbale, contro proprietà). L'obiettivo della governance formativa è modificare il mix degli eventi: nel tempo, si punta a osservare una diminuzione delle aggressioni fisiche a favore di quelle verbali intercettate e gestite precocemente.
- Tempo di latenza della segnalazione: Misura quanto tempo intercorre tra l'evento

e l'invio del modulo. La semplificazione procedurale introdotta dal vademecum mira a ridurre questo tempo, garantendo dati freschi e interventi di supporto più rapidi.

- Partecipazione interprofessionale: Verifica la distribuzione delle segnalazioni tra le diverse figure (Medici, Infermieri, OSS, Ostetriche). Un'equa distribuzione indica che la cultura della sicurezza è diventata realmente trasversale.

Per garantire che questo processo sia efficace, è fondamentale istituire momenti di revisione periodica, come audit e briefing post evento, volti ad analizzare le criticità emerse e a validare la tenuta dei protocolli. Questo approccio permette all'azienda di passare da una gestione dell'aggressione evento correlata (reattiva) a una gestione sistema correlata (proattiva), dove ogni episodio di violenza non viene vissuto solo come un trauma individuale, ma come un'opportunità di apprendimento organizzativo. La governance proattiva si realizza quindi nella capacità di aggiornare dinamicamente sia l'opuscolo che i moduli formativi in base all'evoluzione del fenomeno e dei bisogni espressi dai professionisti sanitari.

La proposta qui delineata per l'AST Fermo dimostra che la tutela della sicurezza sul lavoro non può prescindere da una visione integrata. La sinergia tra la precisione della procedura e la competenza della formazione crea una cultura della sicurezza che trasforma l'organizzazione in un'entità resiliente, capace di proteggere le proprie risorse umane. Implementare questo modello significa non solo adempiere agli obblighi di legge, ma investire nella qualità delle relazioni e nella dignità del lavoro sanitario, garantendo che l'ospedale e i servizi territoriali rimangano luoghi di cura sicuri per chi vi accede e, soprattutto, per chi vi opera quotidianamente con dedizione e professionalità

## 7. CONCLUSIONE

Il percorso di ricerca ha permesso di affrontare in modo sistemico e approfondito il tema delle aggressioni rivolte agli operatori sanitari, un fenomeno che negli ultimi anni ha assunto i contorni di una vera emergenza organizzativa e professionale. Il presente lavoro di ricerca conferma come il fenomeno delle aggressioni ai danni degli operatori sanitari nell'AST Fermo non sia un'emergenza sporadica, bensì un rischio occupazionale strutturale e spesso normalizzato dai professionisti stessi. In tal senso, emerge con chiarezza come ci si trovi di fronte a una criticità sistemica che richiede interventi mirati e costanti.

Attraverso una prospettiva integrata, che coniuga il framework del Governo Clinico, gli strumenti del Risk Management e le più recenti evidenze nazionali e internazionali, è stato possibile costruire un percorso di ricerca capace di trasformare una criticità diffusa in un'opportunità di miglioramento per l'AST Fermo. In particolare, l'indagine conoscitiva ha permesso di squarciare il "cono d'ombra" dell'under-reporting, a fronte di un trend in crescita delle segnalazioni ufficiali passate dalle 8 unità del 2022 alle 39 del 2025, i dati raccolti tramite il questionario mostrano una realtà sommersa in cui quasi un operatore su due ha subito aggressioni verbali nell'ultimo anno. Questo divario tra il dato amministrativo e l'esperienza vissuta quotidianamente sottolinea l'urgenza di semplificare i processi di segnalazione. La figura dell'infermiere emerge come il bersaglio principale di questa tensione, in un contesto dove il genere femminile è colpito in oltre il 75% dei casi. Alla luce delle considerazioni emerse, risulta evidente quanto sia strategico e urgente promuovere una maggiore uniformità nella raccolta e gestione dei dati. La frammentazione attuale e la mancanza di coordinamento tra i diversi attori istituzionali, come AGENAS, SIMES, FNOPI e l'INAIL, ostacolano non solo la comprensione reale del fenomeno, ma anche l'efficacia delle risposte. Le statistiche INAIL, in particolare, rivelano come un numero considerevole di infortuni sul lavoro sia correlato a episodi di violenza, spesso non esplicitamente etichettati come tali, confermando l'impatto deleterio sulla salute dei lavoratori. Questa evidenza rafforza l'urgenza di un'azione coordinata che superi la "normalizzazione" della violenza e risponda al bisogno di supporto espresso dagli operatori. L'indagine conoscitiva ha rappresentato il cuore operativo della tesi, fornendo una fotografia puntuale della situazione aziendale. La partecipazione di un

campione multiprofessionale ha consentito di cogliere la complessità del fenomeno, dalla prevalenza delle aggressioni verbali alla presenza non trascurabile di episodi fisici, fino all'elevato livello di under-reporting. È proprio quest'ultimo elemento a configurarsi come il principale “cono d'ombra”, un ostacolo metodologico e culturale che impedisce all'organizzazione di attuare politiche efficaci di tutela. La discussione dei risultati ha evidenziato come il rischio non sia imputabile all'esperienza individuale, ma rappresenti una vulnerabilità sistemica legata a carenze organizzative e comunicative.

In definitiva, i risultati emersi da questa indagine conoscitiva, sebbene basati su un campione di 154 rispondenti, offrono uno spaccato estremamente nitido e coerente delle criticità vissute nei presidi dell'AST Fermo. Ciononostante, se si confronta l'adesione ottenuta con la dotazione organica complessiva e teorica prevista dai piani programmatori aziendali (PIAO 2026), emerge chiaramente come la strada verso una mappatura totale del fenomeno sia ancora parzialmente condizionata dal sommerso e dalle naturali fluttuazioni della popolazione lavorativa in servizio. Questo scostamento tra la platea teorica dei dipendenti e le risposte effettivamente raccolte non inficia la validità del modello proposto, ma anzi avvalora e giustifica la necessità stringente di implementare gli strumenti di governance procedurale e formativa sviluppati in questa tesi. Solo attraverso l'adozione di sistemi di segnalazione rapidi e digitalizzati, come l'opuscolo "Aggressione Zero" e la promozione di una cultura organizzativa capillarmente diffusa sarà possibile, in futuro, estendere la partecipazione a una quota sempre più vicina alla totalità del personale in organico, trasformando il monitoraggio in un processo strutturato, continuo e sistemico. Da questa analisi è nato il Piano di Miglioramento per l'AST Fermo, costruito su due pilastri operativi fortemente sinergici:

1. L'opuscolo “AGGRESSIONE ZERO”: strumento di governance procedurale volto a semplificare la gestione dell'evento e la segnalazione formale.
2. Il Corso Multidisciplinare “Prevenire è Proteggere: Tecniche di De-escalation e Gestione del Conflitto”: strumento di governance formativa per fornire ai professionisti competenze relazionali e operative indispensabili per disinnescare precocemente il conflitto.

I due strumenti agiscono in un circolo virtuoso in cui la segnalazione costante garantisce l'afflusso di dati necessari per tarare i contenuti formativi, mentre la formazione aumenta la consapevolezza dell'operatore verso l'importanza del reporting. Il monitoraggio di tale

sistema, basato su specifici Indicatori Chiave di Prestazione (KPI), permette alla Direzione Strategica, al Servizio delle Professioni Sanitarie e al Risk Management di misurare l'impatto reale delle politiche intraprese in un'ottica di miglioramento continuo (Ciclo PDCA).

In conclusione, la tesi dimostra che la sicurezza dei professionisti non è una componente accessoria, ma un prerequisito essenziale per la sicurezza del paziente e per la qualità delle cure. Proteggere il personale significa rafforzare l'intero sistema assistenziale, garantendo un ambiente di lavoro in cui le persone possano operare con competenza, serenità e dignità. Le prospettive future includono l'integrazione strutturale di questi percorsi nel Piano di Formazione Aziendale, offrendo risposte concrete alle esigenze emerse. La strada verso una reale “tolleranza zero” alla violenza richiede impegno continuo, ma il percorso avviato rappresenta un passo strategico verso un'Azienda più sicura, consapevole e orientata al benessere dei suoi professionisti.

## 8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2012). *Strumenti e metodi del Governo Clinico*. Monitor, n. 30.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2024). *Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (SIMES) Report regionali*. Roma: AGENAS. <https://www.agenas.gov.it/simess/report-simess>
- Associazione Medici di Origine Straniera in Italia (AMSI). (2024, 9 settembre). Indagine Amsi: carenza personale ha causato il 38% di aumento delle aggressioni negli ultimi 5 anni. *AssoCareNews.it*. <https://www.assocarenews.it/indagine-amsi-carenza-personale-ha-causato-il-38-di-aumento-delle-aggressioni-negli-ultimi-5-anni>
- Associazione Medici di Origine Straniera in Italia (AMSI), Unione Medica Euromediterranea (UMEM), & Uniti per Unire. (2025, 15 gennaio). Aggressioni al personale. 25.940 episodi nel 2024. *Quotidiano Sanità*. [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=126952](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=126952)
- Anaa Assomed. (2025). *#Bastaggressioni: Campagna nazionale contro la violenza sugli operatori sanitari*. Roma: Anaa Assomed. <https://www.anaao.it/content.php?cont=42397>
- Anaa Assomed Toscana. (2024, 31 luglio). *Le aggressioni al personale sanitario: Dati e misure di prevenzione e protezione*. Anaa Toscana. <https://www.anaaotoscana.it/pillole-di-genere/le-aggressioni-al-personale-sanitario-dati-e-misure-di-prevenzione-e-protezione/>
- Basta violenza contro il personale sanitario, anche nelle Marche dati preoccupanti. (2024, 3 marzo). *Cronache Maceratesi*. <https://www.cronachemaceratesi.it/2024/03/03/basta-violenza-contro-il-personale-sanitario-anche-nelle-marche-dati-preoccupanti/1834251/>
- Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A

review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.004>

- Bureau of Labor Statistics. (2020). *Fact Sheet: Workplace Violence in Healthcare, 2018*. U.S. Department of Labor. <https://www.bls.gov/iif/oshfastfacts.htm>
- Canadian Federation of Nurses Unions. (2023). *Enough is Enough: Putting a Stop to Violence in the Health Care Sector*. Ottawa: CFNU. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2023/02/ENOUGH-IS-ENOUGH-Report-EN-Final.pdf>
- Canadian Institute for Health Information. (2025). *Workplace Violence in Canadian Health Care, 2024*. Ottawa (ON): CIHI.
- Care Quality Commission. (2025). *The state of health care and adult social care in England 2024/25*. Newcastle upon Tyne: CQC. <https://www.cqc.org.uk>.
- Chênevert, D., Kilroy, S., & Bosak, J. (2019). The longitudinal relationship between workplace violence, burnout, and turnover intentions among healthcare professionals. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(6), 681–690.
- Colombo, M., & Lancellotti, D. (2023). Aggressione sul posto di lavoro verso gli operatori sanitari: costruzione e sperimentazione di uno strumento di valutazione del rischio. *Journal of Biomedical Practice*, 7(2).
- D'Ettorre, G., & Pellicani, V. (2019). Emergency nurses and workplace violence: a cross-sectional study in Campania, South Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 55(3), 211-215. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_19\\_03\\_06](https://doi.org/10.4415/ANN_19_03_06)
- Department of Health and Social Care. (2025, 9 aprile). *One million NHS staff to benefit from new support measures*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/one-million-nhs-staff-to-benefit-from-new-support-measures>
- Deutsches Krankenhausinstitut. (2025, 14 maggio). *Gewalt im Gesundheitswesen: Ursachen, Folgen & Tipps für Patienten*. Sanego. <https://www.sanego.de/ratgeber/gewalt-im-gesundheitswesen>

- de' Micheli, A. G., & Salvo, F. (2014). L'aggressività: storia e ipotesi interpretative. *Brainfactor*. <https://www.brainfactor.it/laggressivita-storia-e-ipotesi-interpretative>
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. Yale University Press.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2024a). *Aggressioni agli infermieri: i dati 2023*. Roma: FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/03/12-marzo-2024-FNOPI-I-dati-2023-sulle-aggressioni-agli-infermieri-1.pdf>
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2024b). *Indagine nazionale sulla violenza verso gli infermieri: report 2023-2024*. Roma: FNOPI.
- Gravante, F., Lombardi, A., Cecere, L., Russo, G., De Rosa, F., Gagliardi, A. M., Gili, A., & Ramacciati, N. (2020). Emergency nurses and workplace violence: a cross-sectional study in Campania, South Italy. *Professioni Infermieristiche*, 73(2), 89–97. <https://doi.org/10.7429/pi.2020.732089>
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). (2023a). *La gestione degli episodi di violenza a danno dei lavoratori della sanità: Linee guida per la prevenzione e la gestione dello stress post-traumatico*. Roma: INAIL.
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). (2023b). *Rapporto annuale 2022: Dati analitici sugli infortuni nel settore sanitario*. Roma: INAIL.
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). (2023c). *Rapporto annuale 2022*. Roma: INAIL. <https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/pubblicazioni/rapporti-e-relazioni-inail/rapporti-e-relazioni-inail-dettaglio.2023.09.relazione-annuale-2022.html>
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Consulenza Statistico Attuariale. (2023d). *Infortuni da aggressione al personale*

sanitario: focus Regione Marche (dati aggiornati al 31 ottobre 2023). Roma: INAIL.

- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). (2024). *Relazione Annuale 2023: Dati sull'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*. Roma: INAIL. <https://www.inail.it>
- Infermiere aggredito al Pronto soccorso di Civitanova da un paziente in attesa. (2025, 4 febbraio). *Il Resto del Carlino*. <https://www.ilrestodelcarlino.it/macerata/cronaca/infermiere-aggredito-al-pronto-soccorso-di-civitanova-da-un-paziente-in-attesa-c6c8b550>.
- International Organization for Standardization. (2018). *Gestione del rischio - Linee guida* (UNI ISO 31000:2018).
- Italia. (2017). 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. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- Italia. (2020). Legge 11 agosto 2020, n. 113. Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 224 (9 settembre 2020).
- Italia. (2023). Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34. Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 76 (30 marzo 2023). [Convertito con modificazioni dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56].
- Italia. (2024a). Decreto Legislativo 19 marzo 2024, n. 31. Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150 (Riforma Cartabia). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 67 (20 marzo 2024).
- Italia. (2024b). Decreto-legge 4 luglio 2024, n. 92. Interventi in materia di giustizia penale e civile. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2024-07->

- Italia. (2024c). Decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137. Misure urgenti per il contrasto ai fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 230 (1° ottobre 2024). [Convertito con modificazioni dalla Legge 14 novembre 2024, n. 171].
- Kaltwasser, A., et al. (2025). Gewalt gegen Pflegende im Gesundheitswesen: Aktuelle Daten und Präventionsstrategien 2024. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 120(1), 12-18. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01120-x>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., et al. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105747>
- Luciani, M., Spedale, V., Romanenghi, M., Villa, C. E., Ausili, D., & Di Mauro, S. (2016). Atti di violenza verso gli infermieri e fattori associati alla violenza nel contesto ospedaliero: uno studio trasversale. *La Medicina del Lavoro*, 107(3), 191-204.
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Violence and medical malpractice: Moderating role of ethical climate, social support, and workplace health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(11), 4340-4354. <https://doi.org/10.3390/ijerph8114340>
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in

a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, articolo 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>

- Maier, G. J., et al. (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In B. Eichelman et al. (Eds.), *Patient violence and the clinician* (pp. 129-150). American Psychiatric Association Press.
- Mamo, C., Penasso, M., & Quarta, D. (2020). Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 1(2), 15–21. <https://www.epicentro.iss.it/ben/2020/4/aggressioni-personale-sanitario>
- Ministero della Salute. (2018). *Monitoraggio errori in sanità ed eventi sentinella (SIMES)*. Roma: Ministero della Salute. <https://www.salute.gov.it/new/it/sistema-informativo/monitoraggio-errori-sanita-ed-eventi-sentinella-simes/>
- Ministero della Salute. (2025a). *Raccomandazione n. 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari - Aggiornamento 2025*. Roma: Direzione generale della programmazione sanitaria.
- Ministero della Salute. (2025b, 12 marzo). *Ti ha salvato, rispettalolo: la campagna contro la violenza ai sanitari*. ANSA. [https://www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/sanita/2025/03/12/ti-ha-salvato-rispettalocampagna-contro-violenza-ai-sanitari\\_fa06396b-412b-4aa8-aa3e-2c454b85be80.html](https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2025/03/12/ti-ha-salvato-rispettalocampagna-contro-violenza-ai-sanitari_fa06396b-412b-4aa8-aa3e-2c454b85be80.html)
- Ministero della Salute. (2026). *Monitoraggio degli episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie: Rapporto ONSEPS 2025*. Roma: Direzione generale della programmazione sanitaria.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. (2018). *Manuale per la Formazione in tema di Prevenzione e Gestione del Rischio Sanitario per la Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori*. Roma: Ministero della Salute.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (1996). *Definitions of Workplace Violence*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and

Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html>

- NHS England. (2025). *NHS Staff Survey 2024: National results*. London: National Health Service. <https://www.nhsstaffsurveys.com>
- NurSind Ascoli Piceno. (2025, 21 marzo). *Corso di autodifesa per il personale sanitario*. ANSA. [https://www.ansa.it/marche/notizie/2025/03/21/corso-di-autodifesa-per-il-personale-sanitario-ad-ascoli-piceno\\_39f98ce2-4ce0-458a-aea9-63a0ec99ad23.html](https://www.ansa.it/marche/notizie/2025/03/21/corso-di-autodifesa-per-il-personale-sanitario-ad-ascoli-piceno_39f98ce2-4ce0-458a-aea9-63a0ec99ad23.html)
- Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (ONSEPS). (2025). *Relazione ONSEPS 2025: Analisi nazionale e regionale degli episodi di violenza*. Roma: Ministero della Salute.
- Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). (2025). *Rapport annuel 2024: Les signalements de violences dans les établissements de santé*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers (OSHA 3148-06R)*. Washington (DC): U.S. Department of Labor. <https://www.osha.gov/publications/osha3148.pdf>
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., & Addey, B. (2018). Workplace violence against nurses in Italy: A survey in a Lombardy hospital. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 37(1), 15-22. <https://doi.org/10.1702/2896.29184>
- Regione Emilia-Romagna. (2023). *Aggressioni ai lavoratori della sanità della Regione Emilia-Romagna: andamento al 2022*. Bologna: Regione Emilia-Romagna. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/aree-tematiche/sicurezza-e-salute-in-ambiente-di-vita-e-di-lavoro/corsi-formazione/corso-prevenzione-aggressioni-operatori-sanitari/report-violenza-a-danno-di-operatore-dei-servizi-sanitari-giugno-2023-def.pdf>
- Regione Emilia-Romagna. (2025). *Più cura per chi cura: campagna di sensibilizzazione contro la violenza sul personale sanitario*. Bologna: Regione Emilia-Romagna. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cura-per-chi-cura>

- Regione Marche. (2025a). *Linee guida regionali per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*. Ancona: Giunta Regionale.
- Regione Marche. (2025b, 8 maggio). *Dispositivi anti-aggressione per sanitari ospedale di Fermo*. ANSA. [https://www.ansa.it/marche/notizie/2025/05/08/dispositivi-anti-aggressione-per-sanitari-ospedale-di-fermo\\_92fad009-6ec6-4d33-bca7-8ed5607e1aaf.html](https://www.ansa.it/marche/notizie/2025/05/08/dispositivi-anti-aggressione-per-sanitari-ospedale-di-fermo_92fad009-6ec6-4d33-bca7-8ed5607e1aaf.html)
- Rossi, P., Borromeo, F., & La Peccerella, L. (2022, 31 maggio). Episodi di violenza verso gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni: metodologie operative in capo alla redazione di denuncia e referto alla luce delle recenti disposizioni normative. *Rivista Infortuni INAIL*. <https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/pubblicazioni/rivista-infortuni/sommario/sommario-2-2022-dettaglio.html>
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, 317(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
- Sexton, J. B., & Adair, K. C. (2019). Forty-five years of patient safety research: it's time for a new manuscript submission category: "the science of safety". *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609-611. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008736>
- Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (2025, 13 maggio). *Violences contre les soignants: les sénateurs adoptent un renforcement de la réponse pénale*. SFMU. <https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/violences-contre-les-soignants-les-senateurs-adoptent-un-renforcement-de-la-reponse-penale>
- Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP). (2020). *Dati sulla spesa per la salute mentale nelle Regioni italiane*. Roma: SIEP. <https://www.siep.it/wp-content/uploads/2020/10/QEP-6-ITALIA.pdf>
- Smith, M. H. (2002). Vigilance ensures a safer work environment. *Nursing Management*, 33(11), 18-19, 56.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and

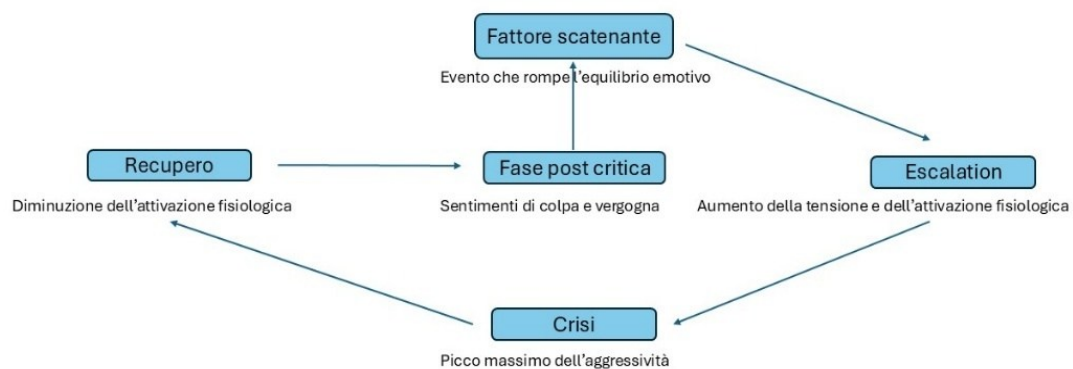
nonphysical violence, bullying and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstud.2013.01.010>

- Tardiff, K. (1992). The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 49(7), 493-499. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820070067011>
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020). *Workplace violence in healthcare, 2018*. U.S. Department of Labor. <https://www.bls.gov/iif/oshwc/cfoi/workplace-violence-healthcare-2018.htm>
- UNISON. (2024). *Reducing violence in the NHS*. UNISON National. <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2024/01/Reducing-violence-in-the-NHS.pdf>.
- Viotti, S., Gilardi, S., Guglielmetti, C., & Converso, D. (2015). Verbal aggression from patients and its impact on medical staff burnout: The mediating role of work-family conflict. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(1), 111–125.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Preventing violence against health workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- World Health Organization (WHO). (2025). *Preventing violence against health workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3-10. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00813.x>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, 320(7237), 726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2329–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03115.x>
- Zhao, S., Xie, F., Wang, J., Shi, Y., Zhang, S., Han, X., et al. (2020). Prevalence of workplace violence against Chinese nurses and its association with mental health: a cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 277–282.

## 9. ALLEGATI E GRAFICI

### Ciclo dell'aggressività



Allegato 1: Ciclo dell'aggressività

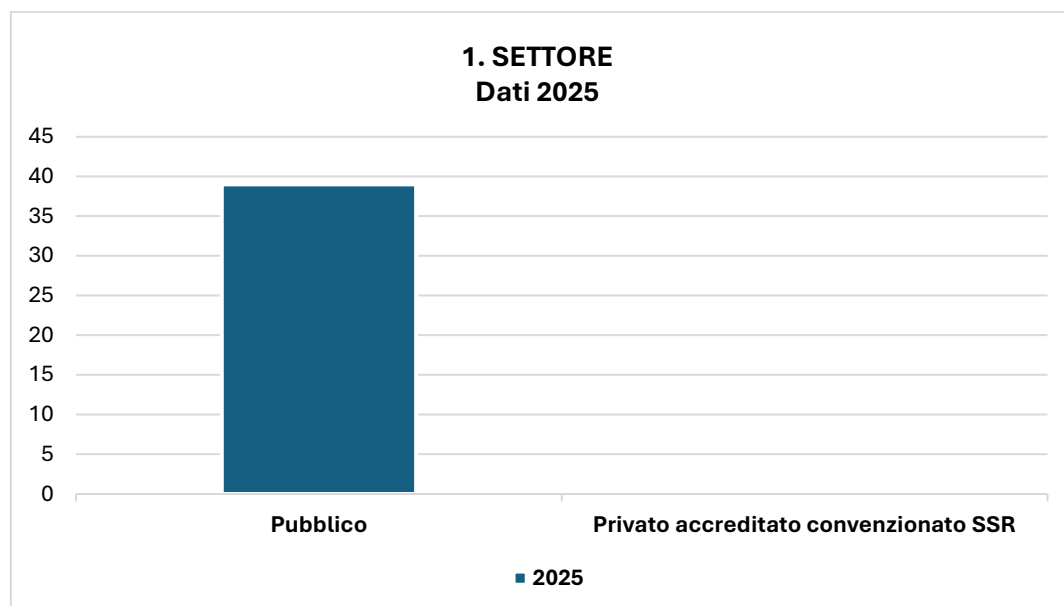


Grafico 1: Settore – Dati 2025

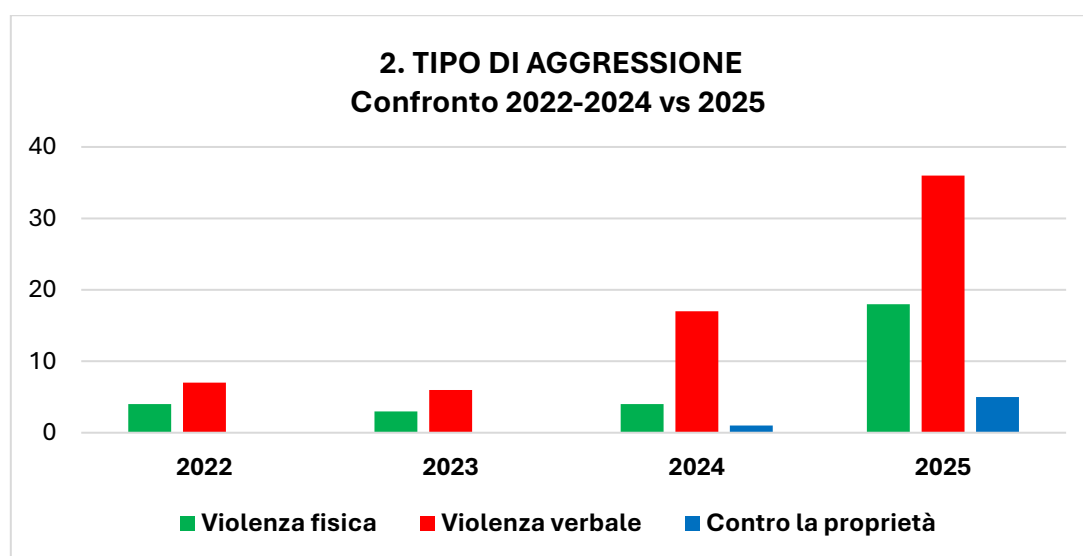


Grafico 2: Tipo di aggressione – confronto 2022-2024 vs 2025

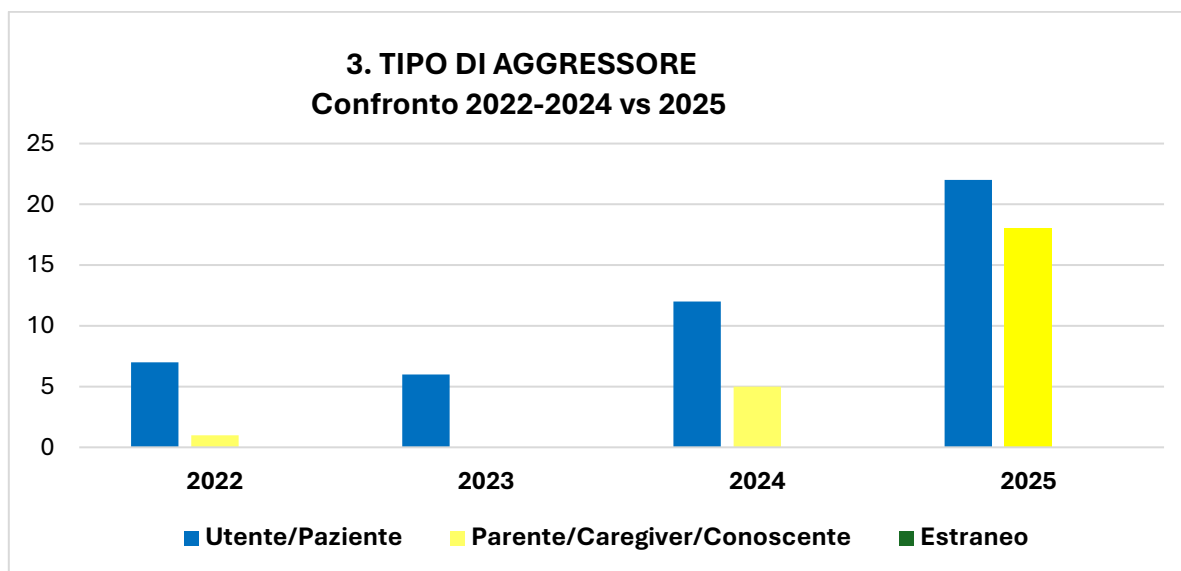


Grafico 3: Tipo di aggressore – confronto 2022-2024 vs 2025

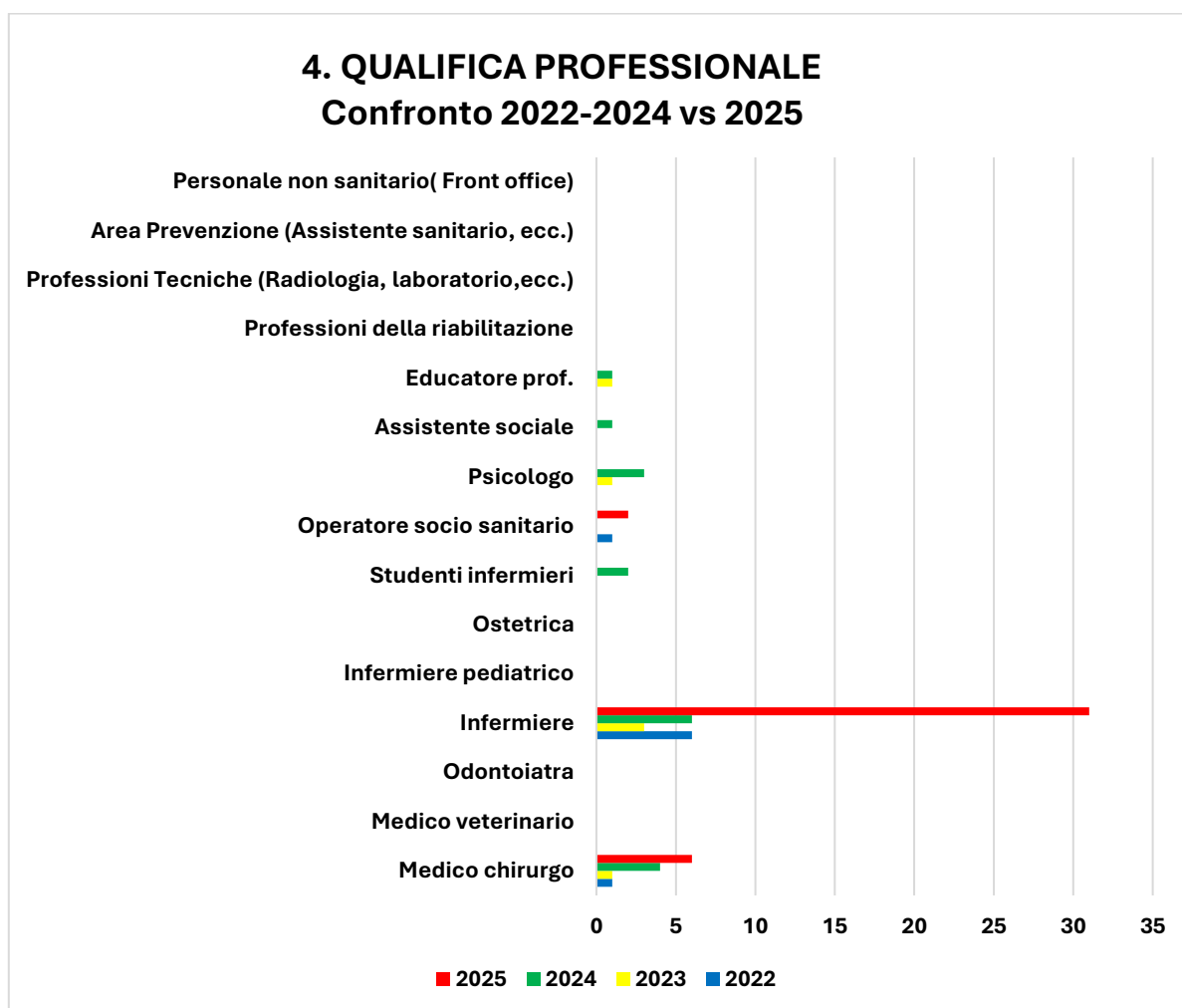


Grafico 4: Tipo di qualifica professionale – confronto 2022-2024 vs 2025

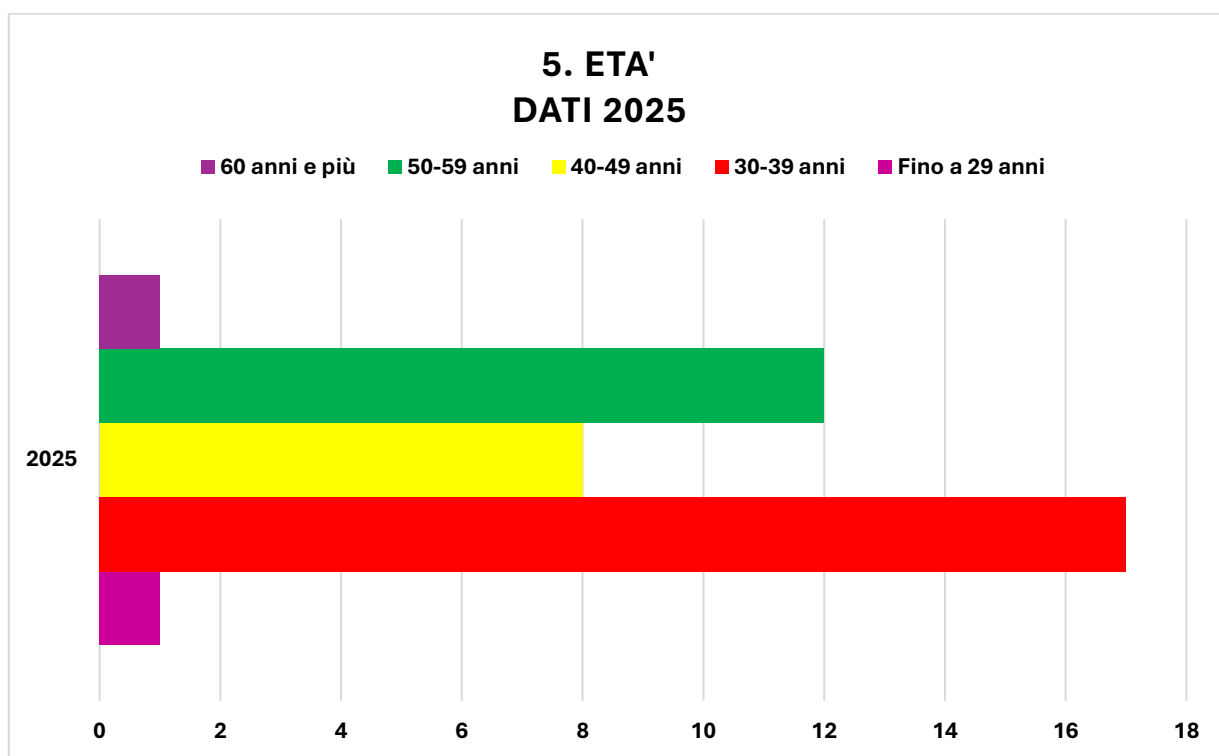


Grafico 5: Età – dati 2025

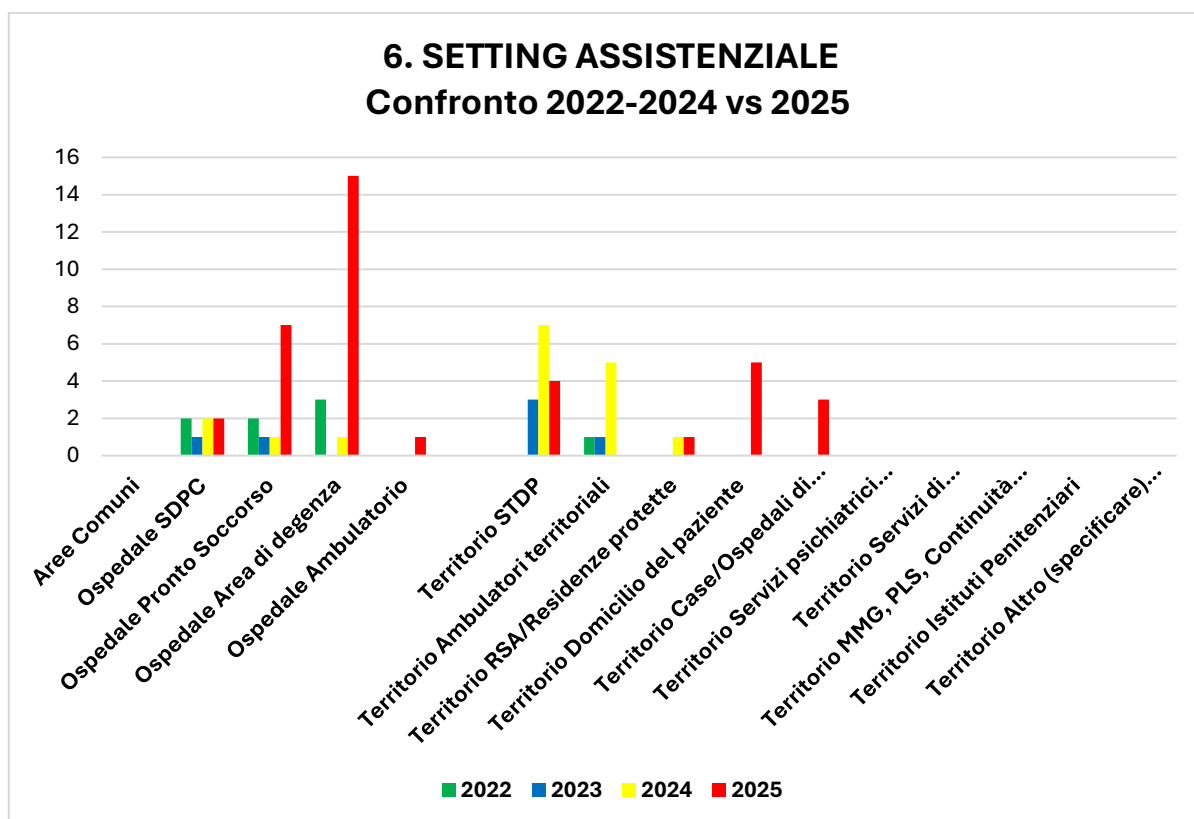


Grafico 6: Setting assistenziale – confronto 2022-2024 vs 2025

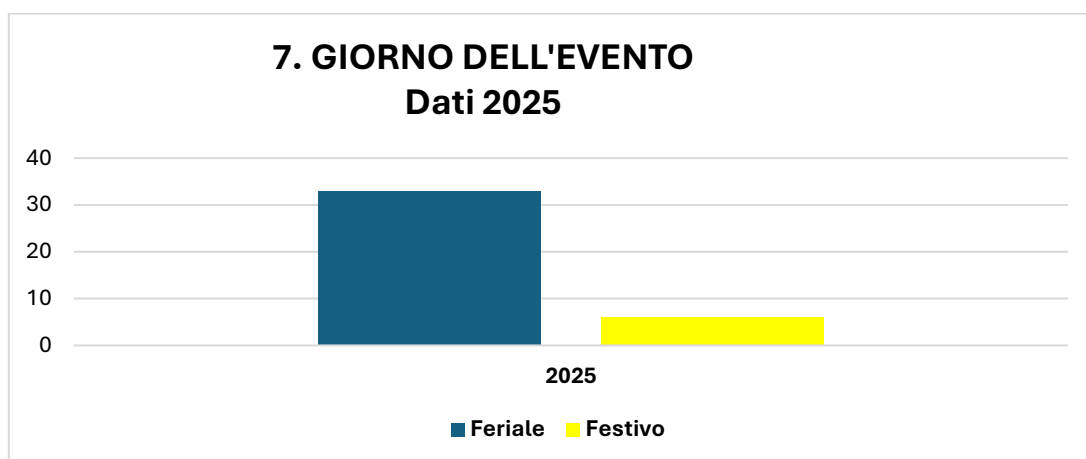


Grafico 7: Giorno dell'evento – dati 2025

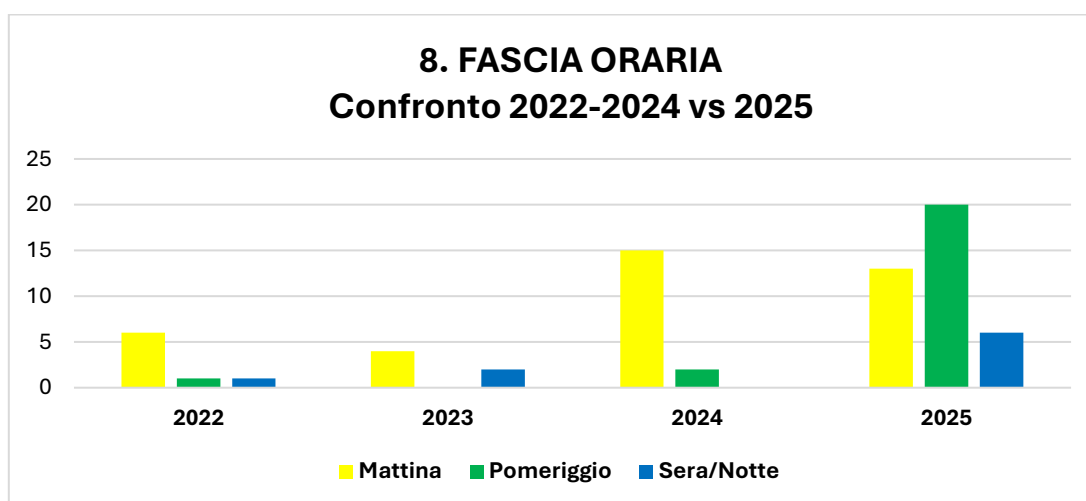


Grafico 8: Fascia oraria – confronto 2022-2024 vs 2025

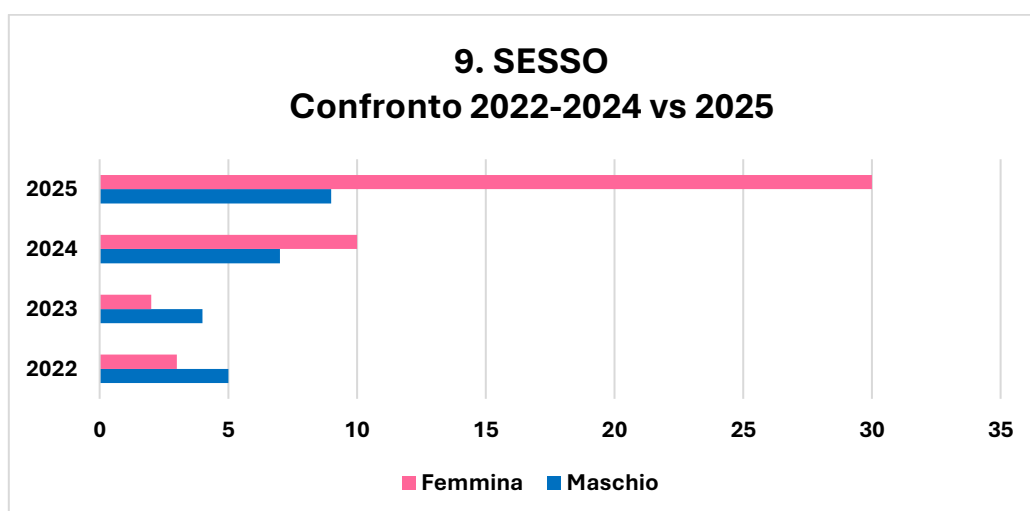


Grafico 9: sesso – confronto 2022-2024 vs 2025

## Allegato 2. Questionario

Oggetto: Presentazione del questionario per la rilevazione di episodi di aggressione nel contesto lavorativo

Mi chiamo Martina Ciuccarelli e sono una studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche della sede di Fermo. Nell'ambito del mio percorso accademico, sto conducendo una ricerca finalizzata all'elaborazione del progetto di tirocinio del secondo anno e della tesi di laurea, in collaborazione con il Dipartimento delle Professioni Sanitari e il Dipartimento di Prevenzione e Protezione. La finalità dello studio è quella di indagare la presenza di episodi di aggressione, nonché identificare le aree e le situazioni di maggiore criticità e, soprattutto, per sviluppare strategie concrete ed efficaci finalizzate a migliorare la sicurezza e il benessere di tutti i professionisti sanitari.

Il questionario che verrà somministrato in formato online è stato strutturato integrando i modelli di riferimento dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e sociosanitarie (ONSEPS) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Lo strumento è completamente anonimo e le informazioni raccolte saranno trattate nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30 giugno 2003, n.196, come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018, in attuazione del Regolamento UE 2016/679). I dati saranno analizzati in forma aggregata, pertanto non sarà possibile risalire all'identità dei singoli partecipanti.

La compilazione del questionario richiederà circa dieci minuti. La preghiamo di rispondere a tutte le domande basandosi sulla sua esperienza personale.

Ringrazio sin d'ora per la disponibilità e per il prezioso contributo alla ricerca.

---

### Sezione A: Informazioni Professionali

(Queste informazioni saranno utilizzate esclusivamente per analisi statistiche aggregate)

1. Genere:

☐ M ☐ F

2. Fascia d'età: da specificare

3. Qualifica/Professione:

- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Operatore Socio-Sanitario (OSS)
- ☐ Ostetrica

4. Dipartimento di appartenenza: medico, chirurgico, blocco operatorio, emergenza/urgenza, case della salute, salute mentale, materno infantile, servizi.

Per il Dipartimento di Emergenza e Urgenza specificare se: Rianimazione, POTES, MCAU, OBI/Cardiologia/UTIC.

Per le case della salute specificare se: degenza, cure domiciliari, specialistico ambulatoriale, hospice.

Per la salute Mentale specificare se: ospedale o territorio.

Per l'area materno infantile specificare se: ospedale o territorio.

5. Anzianità di servizio nell'AST Fermo:

- ☐ < 1 anno ☐ 1-5 anni ☐ 6-15 anni ☐ > 15 anni

6. Tipo di turno prevalente:

- ☐ Diurnista
- ☐ Turnista
- ☐ Continuità/ Guardia/ Pronta Disponibilità

Sezione B: Esperienza Diretta di Aggressioni (ultimi 12 mesi)

7. Negli ultimi 12 mesi, durante l'attività lavorativa, le è capitato di subire AGGRESSIONI VERBALI?

(es. insulti, minacce esplicite o velate, urla, linguaggio volgare e offensivo)

- ☐ No
- ☐ Sì, una volta
- ☐ Sì, più di una volta

8. Negli ultimi 12 mesi, durante l'attività lavorativa, le è capitato di subire VIOLENZA FISICA?

(es. spintoni, graffi, morsi, calci, pugni, lancio di oggetti, uso di armi)

- ☐ No

☐ Sì, una volta

☐ Sì, più di una volta

9. Se ha subito violenza fisica, ha riportato lesioni?

☐ No, nessuna lesione

☐ Sì, lesioni senza prognosi

☐ Sì, lesioni con prognosi in giorni

Se ha risposto No a tutte le domande della Sezione B, può passare direttamente alla Sezione F.

Sezione C: Analisi dell'Episodio più Grave (o Recente)

(Pensi all'episodio di aggressione, verbale o fisica, più significativo che ha subito negli ultimi 12 mesi)

10. Chi è stato l'aggressore?

☐ Paziente/Utente

☐ Familiare/Accompagnatore del paziente

☐ Un collega

☐ Un superiore

11. Dove è avvenuto l'episodio?

☐ Sala d'attesa

☐ Stanza di degenza

☐ Ambulatorio/Studio medico

☐ Corridoio o altro spazio comune

☐ Durante un servizio domiciliare/territoriale

12. Secondo lei, quali fattori hanno contribuito all'aggressione? (È possibile selezionare più risposte)

☐ Lunga attesa per la prestazione

☐ Scarsa o inefficace comunicazione

☐ Stato di alterazione psicofisica dell'aggressore (alcol, droghe, ecc.)

☐ Particolari condizioni cliniche o psicologiche del paziente

☐ Disservizi organizzativi percepiti dall'utente

☐ Carenza di personale

#### Sezione D: Conseguenze e Supporto Ricevuto

13. A seguito dell'episodio, ha sperimentato una o più delle seguenti condizioni? (È possibile selezionare più risposte)

☐ Conseguenze fisiche (es. contusioni, ferite)

☐ Ansia, paura di tornare al lavoro

☐ Rabbia, frustrazione

☐ Disturbi del sonno

☐ Stress e senso di insicurezza

☐ Nessuna conseguenza significativa

14. Ha dovuto assentarsi dal lavoro (malattia/infortunio) a causa dell'aggressione?

☐ Sì

☐ No

15. Dopo l'evento, ha ricevuto supporto dall'Azienda (es. dal suo responsabile, dalla Direzione, dal Medico Competente)?

☐ Sì, un supporto che ho ritenuto adeguato

☐ Sì, ma un supporto non adeguato/insufficiente

☐ No, non ho ricevuto alcun supporto

#### Sezione E: Segnalazione del Fenomeno (Under-reporting)

16. L'aggressione subita è stata segnalata tramite la procedura aziendale ufficiale?

☐ Sì

☐ No

☐ Non conosco la procedura di segnalazione

17. Se ha risposto NO alla domanda precedente, per quale motivo non ha effettuato la segnalazione? (È possibile selezionare più risposte)

☐ Ho ritenuto fosse inutile o non sarebbe cambiato nulla

☐ Per paura di possibili conseguenze negative

☐ Mancanza di tempo per compilare la modulistica

☐ Considero le aggressioni (specialmente verbali) parte del lavoro

☐ La procedura di segnalazione mi è sembrata troppo complessa

Sezione F: Percezione della Sicurezza e Proposte Migliorative

(Questa sezione è rivolta a tutto il personale, anche a chi non ha subito aggressioni dirette)

18. In generale, quanto si sente sicuro/a nel suo ambiente di lavoro?

☐ Molto sicuro/a

☐ Abbastanza sicuro/a

☐ Poco sicuro/a

☐ Per nulla sicuro/a

19. Ritiene che le misure di prevenzione e sicurezza attualmente presenti nella sua Unità Operativa/Servizio siano adeguate?

☐ Sì, sono adeguate

☐ Sono presenti ma andrebbero migliorate

☐ No, sono inadeguate o assenti

20. Quali dei seguenti interventi riterrebbe più utili per prevenire e contrastare le aggressioni nell'Ast Fermo? (Indicare un massimo di 3 opzioni)

☐ Maggior presenza di personale di vigilanza/Posto di Polizia

☐ Installazione/potenziamento di sistemi di allarme e videosorveglianza

☐ Corsi di formazione specifici sulla gestione dei conflitti e tecniche di de-escalation

☐ Miglioramento della comunicazione con l'utenza (es. più informazione nelle sale d'attesa)

☐ Procedure più chiare e rapide per la segnalazione e la gestione degli eventi

☐ Supporto psicologico e legale garantito e facilmente accessibile per le vittime

☐ Miglioramenti organizzativi per la gestione dei flussi e delle attese

La compilazione del questionario è terminata.

La ringraziamo nuovamente per la sua preziosa collaborazione.

## Allegato 3. Brochure “AGGRESSIONE ZERO”



**CONTATTI:**

- CENTRALINO: 0734625111
- SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: 07346252817  
spp.ast.fm@sanita.marche.it
- RISCHIO CLINICO: 07346252083  
rischioclinico.ast.fm@sanita.marche.it

### AGGRESSIONE ZERO

GUIDA RAPIDA ALLA GESTIONE E SEGNALAZIONE



**No alla violenza sul personale sanitario**

#### LA CLINICAL GOVERNANCE: UN IMPEGNO PER LA TUA SICUREZZA

► Il Governo Clinico è il sistema integrato attraverso cui l'AST Fermo garantisce qualità e sicurezza

♥ Proteggere gli operatori dalle aggressioni non è solo un dovere etico, ma un pilastro dell'eccellenza assistenziale: un operatore sicuro garantisce una cura migliore

🎯 Segnalare ogni evento è la chiave per monitorare il rischio e costruire un ambiente di lavoro sereno per tutti

#### FASE 1

FASE 1: GESTIONE DELL'EVENTO

- **PRIORITÀ ASSOLUTA: LA TUA SICUREZZA**
  - Mantieni la distanza di sicurezza (almeno un braccio).
  - Non farti “chiudere” in un angolo.
- **ATTIVA LA RETE DI SUPPORTO**
  - Allerta i colleghi.
  - Attiva i tasti di allarme (se presenti).
- **TECNICHE FLASH DI DE-ESCALATION**
  - Tono di voce basso e calmo.
  - Ascolto attivo.
  - Evita contatto visivo fisso.
- **RICHIESTA DI INTERVENTO ESTERNO**
  - Vigilanza Interna
  - Forze dell'ordine: 112 (se degenera).

#### FASE 2

FASE 2: COME SEGNALARE

- **LA PROCEDURA UFFICIALE**
  - Accedi al portale aziendale per segnalare l'evento alla Direzione/Ufficio preposto.
  - QR CODE per il link diretto al modulo di segnalazione.
  - Utilizza la scheda di segnalazione eventi sentinella/near miss per l'analisi dei rischi.
  - Tempi: segnalare entro 24 ore.
  - Cosa scrivere: fatti oggettivi, non giudizi.



#### FASE 3

FASE 3: TUTELA E SUPPORTO

- **DOPO L'EVENTO NON SEI SOLO:**
  - Supporto psicologico.
  - Tutela legale
  - Visita in Medicina del Lavoro
  - Refertazione immediata: se vittima di aggressione fisica, recati subito in Pronto Soccorso per le cure e la refertazione dei danni. E' fondamentale per la pratica INAIL e l'eventuale azione penale.

**L'AST FERMO TI TUTELA**

La Direzione condanna fermamente le aggressioni e sostiene ogni azione a tutela del personale, collaborando attivamente con le Forze dell'Ordine

## IL CICLO PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT) PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO



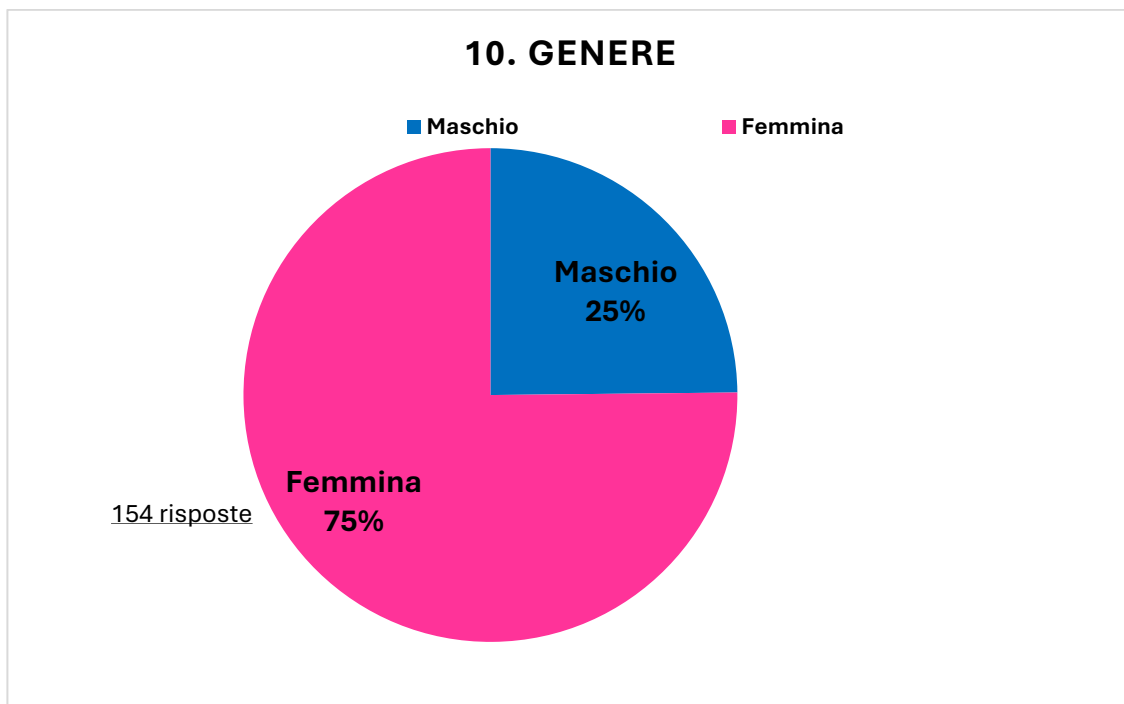


Grafico 10: Genere

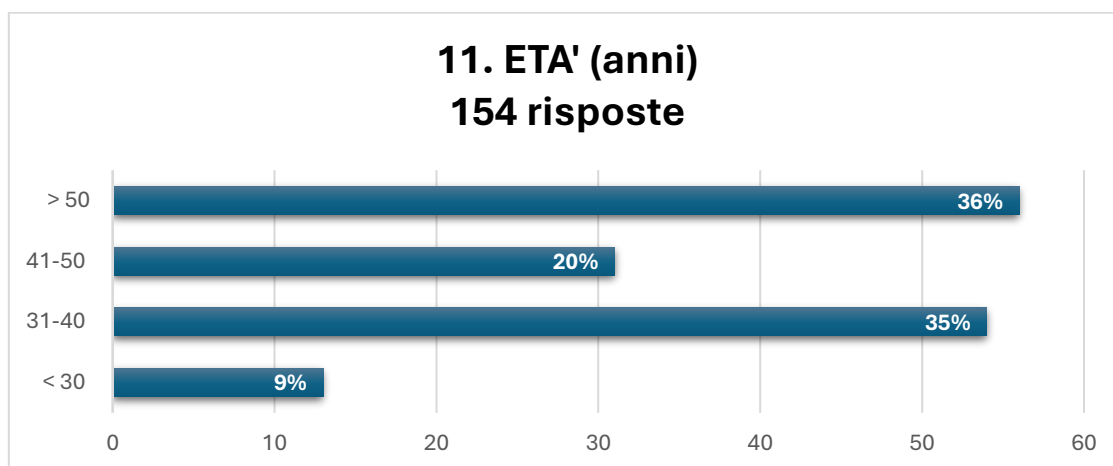


Grafico 11: Fascia di età

## 12. QUALIFICA PROFESSIONALE

Medico Infermiere OSS Ostetrica

154 risposte

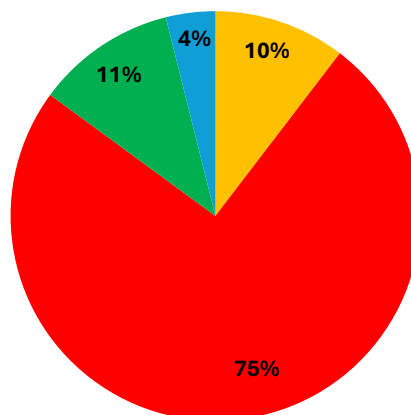


Grafico 12: Qualifica/Professione

## 13. DIPARTIMENTO/AREA DI APPARTENENZA

Medico Chirurgico Emergenza/Urgenza Blocco Operatorio  
Case della salute Salute Mentale Materno Infantile Servizi

154 risposte

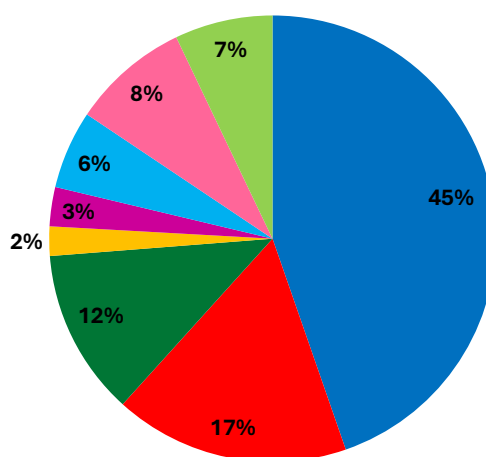


Grafico 13: Dipartimento/Area di appartenenza

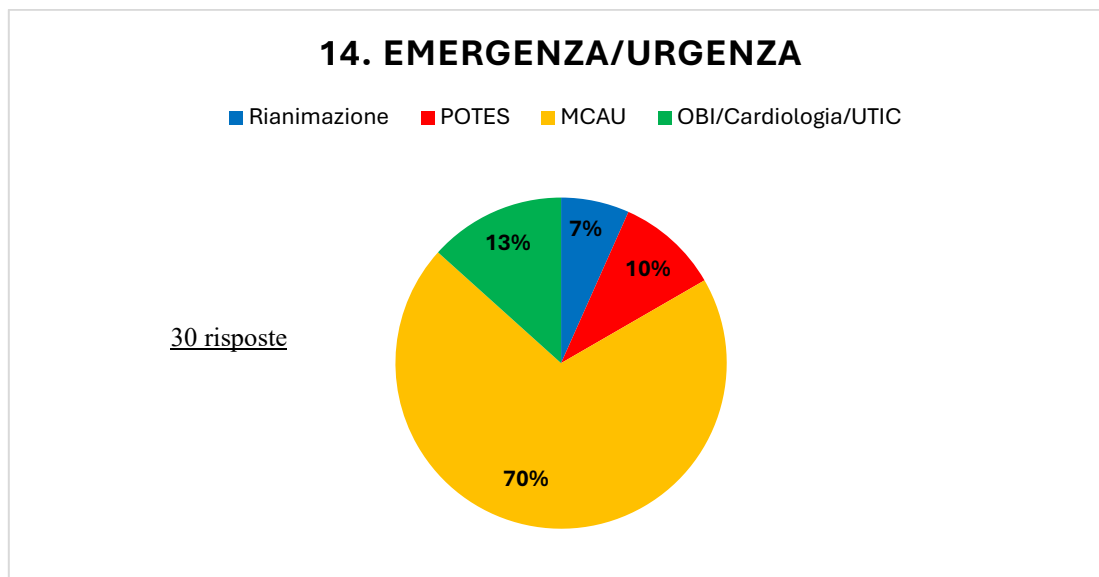


Grafico 14: Dipartimento Emergenza/Urgenza

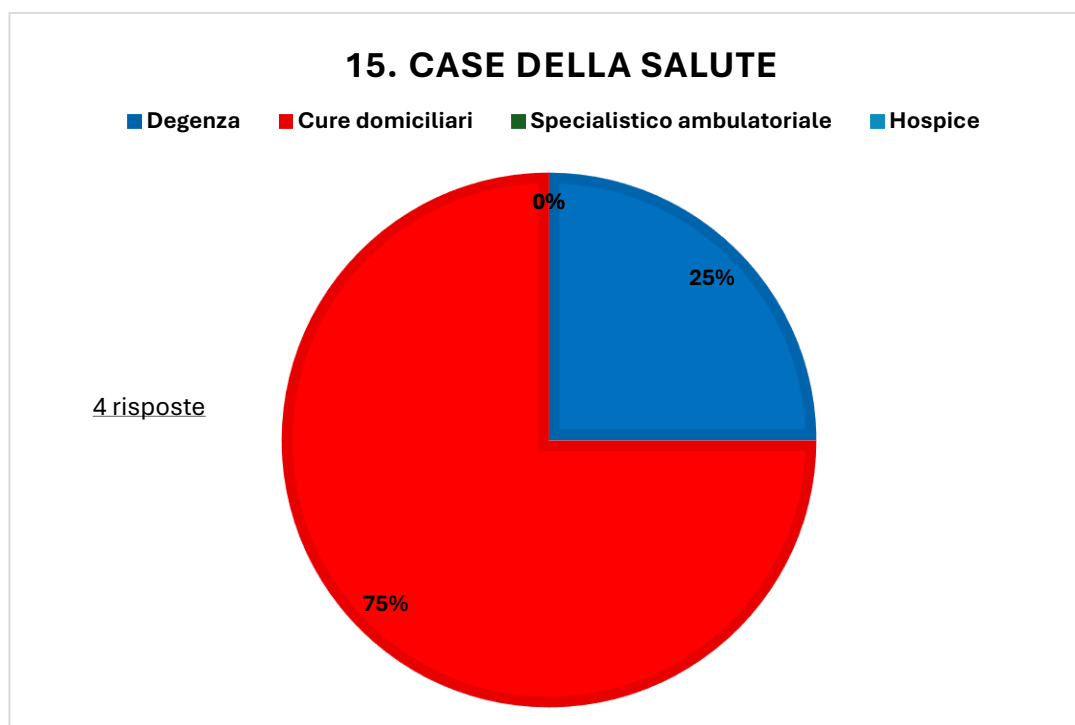


Grafico 15: Dipartimento Case della Salu

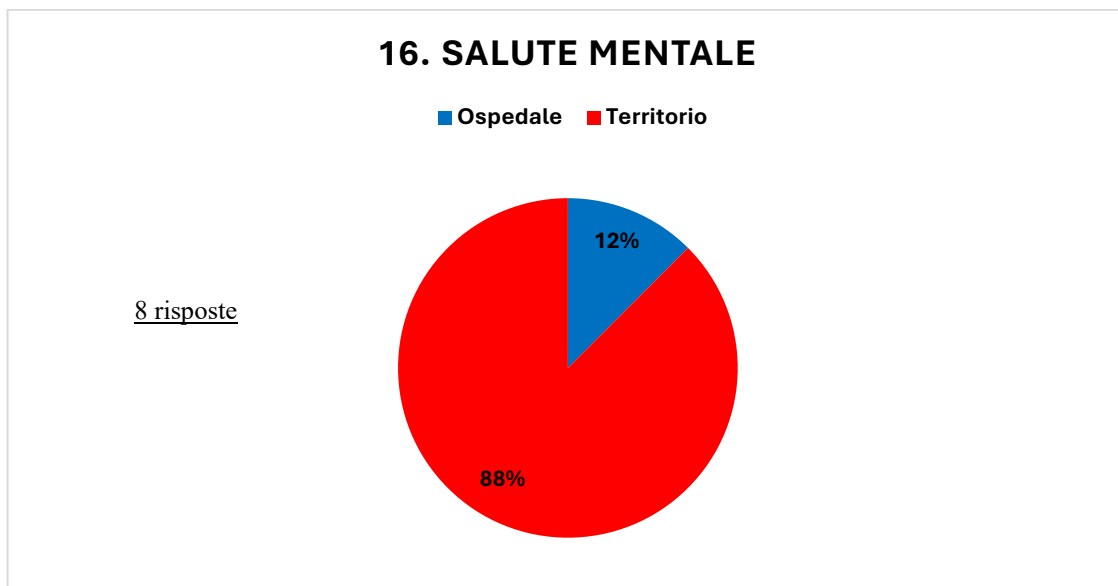


Grafico 16: Dipartimento Salute Mentale

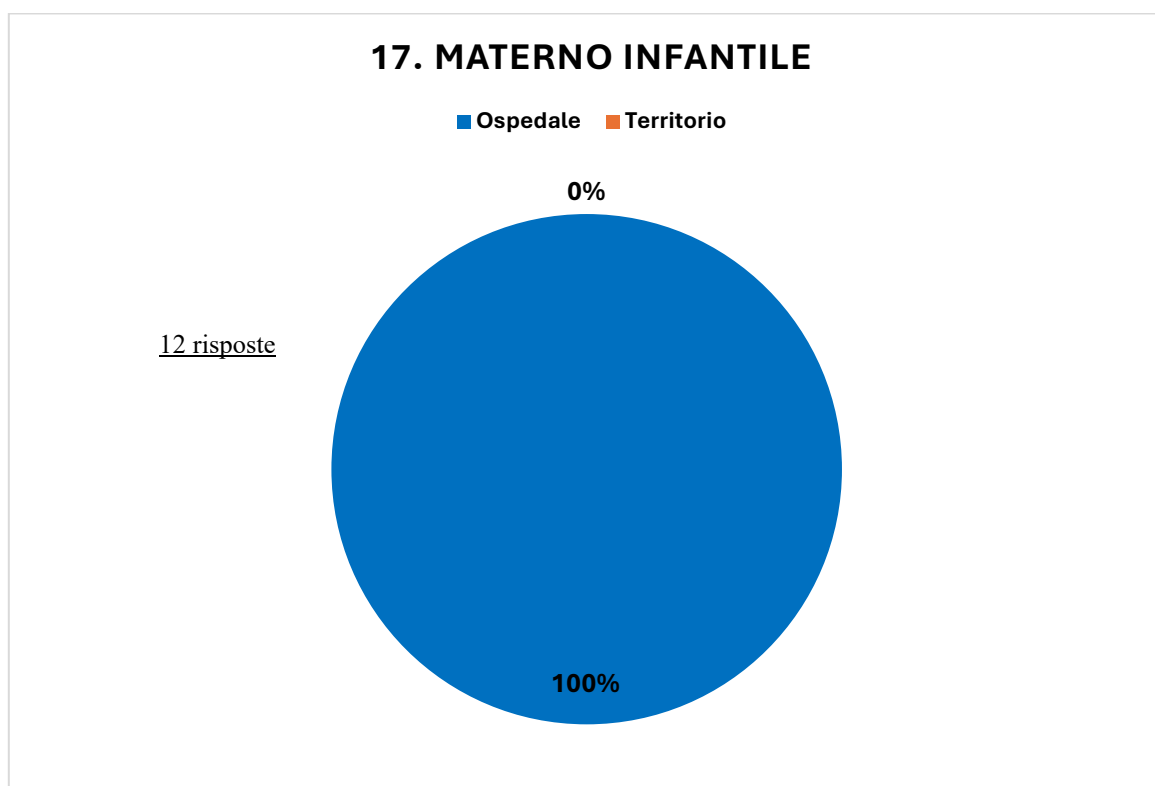


Grafico 17: Dipartimento Materno Infantile

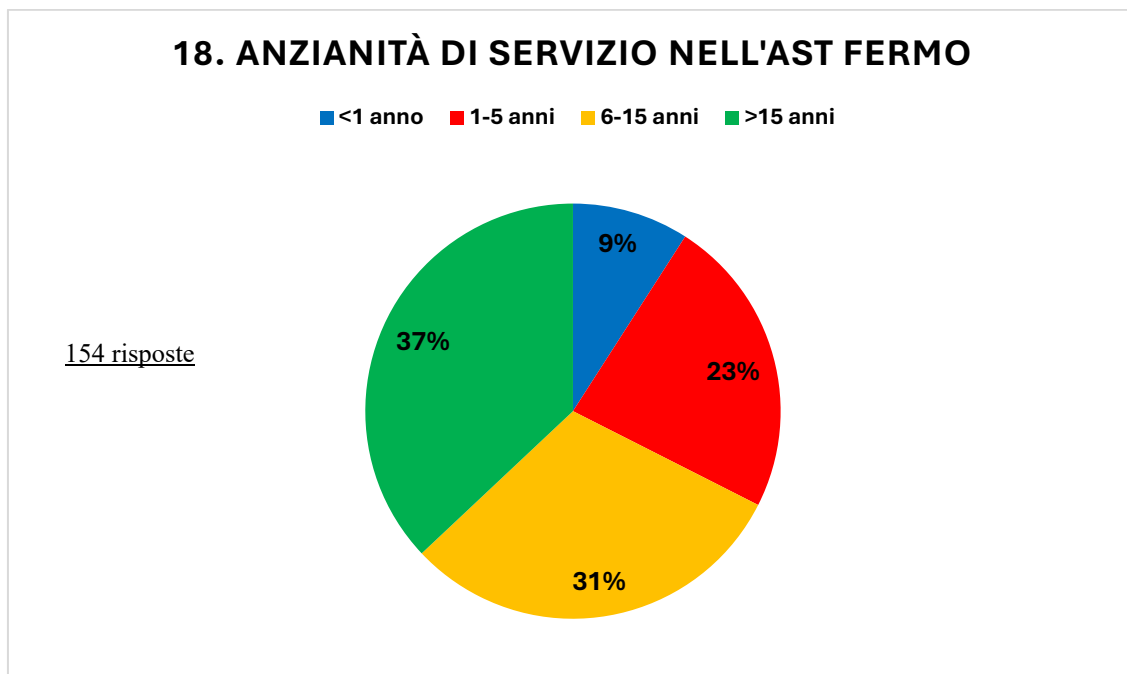


Grafico 18: Anzianità di servizio nell'AST Fermo

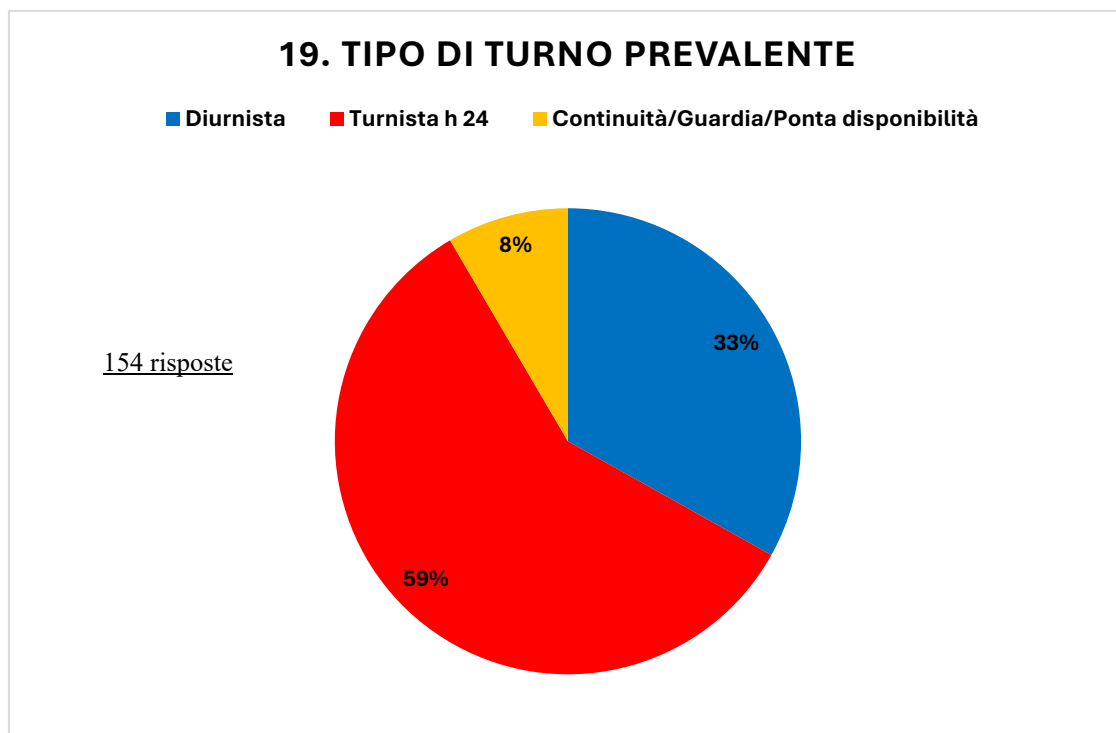


Grafico 19: Tipo di turno prevalente

**20. NEGLI ULTIMI 12 MESI, DURANTE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA LE È CAPITATO DI SUBIRE AGGRESSIONI VERBALI?**

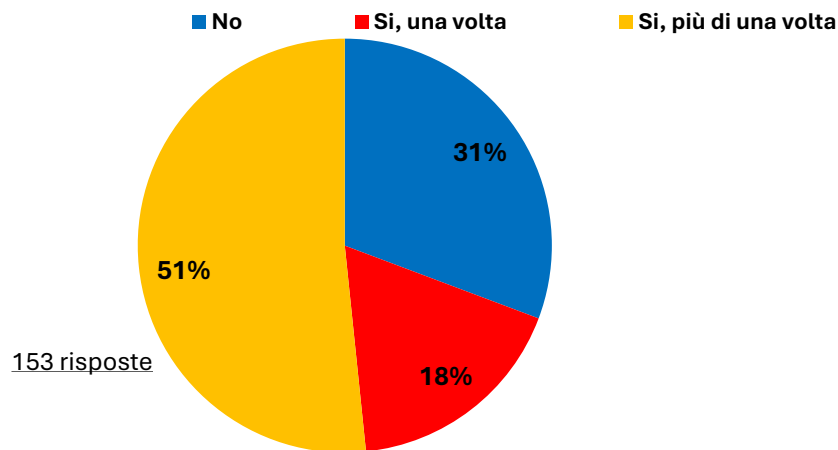


Grafico 20: Negli ultimi 12 mesi, durante l'attività lavorativa le è capitato di subire aggressioni verbali?

**21. NEGLI ULTIMI 12 MESI, DURANTE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA LE È CAPITATO DI SUBIRE VIOLENZA FISICA?**

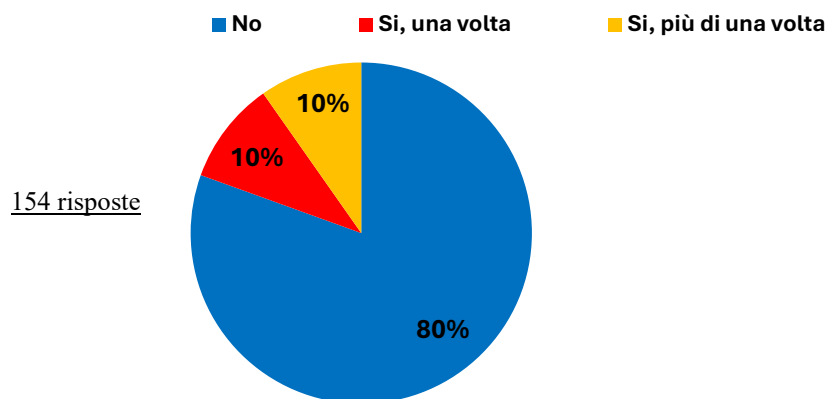


Grafico 21: Negli ultimi 12 mesi, durante l'attività lavorativa le è capitato di subire violenza fisica?



Grafico 22: Se ha subito violenza fisica, ha riportato lesioni?

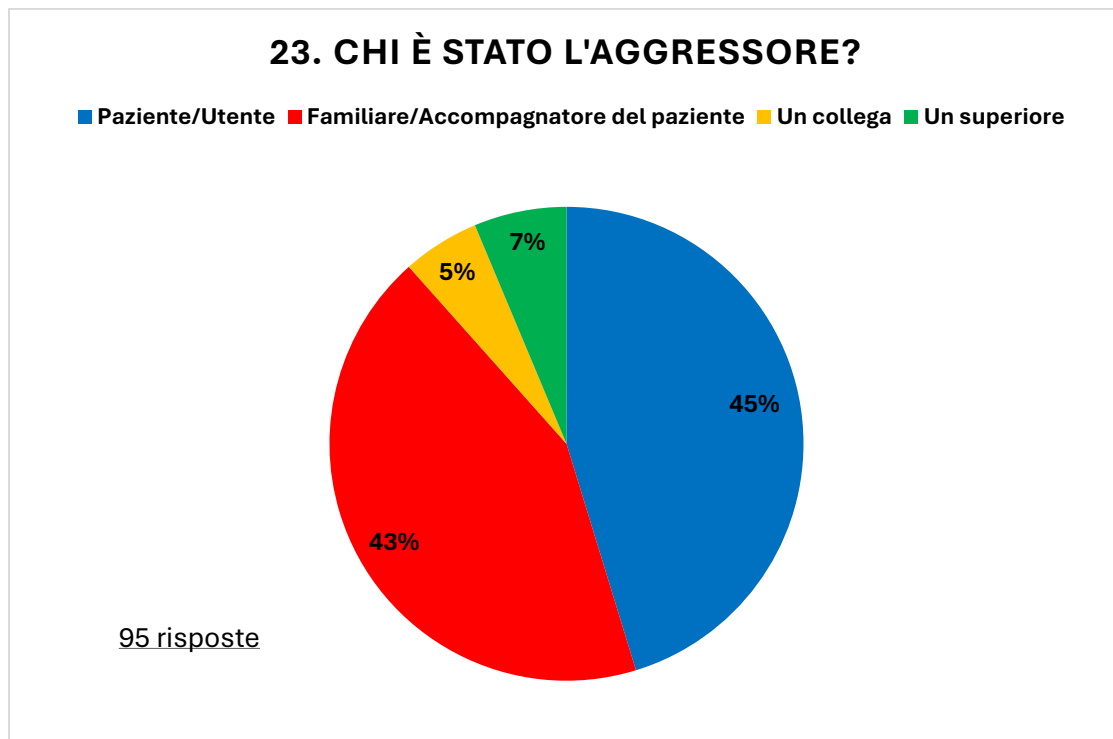
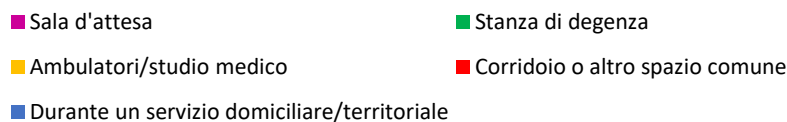


Grafico 23: Chi è stato l'aggressore?

## 24. DOVE È AVVENUTO L'EPISODIO?



95 risposte

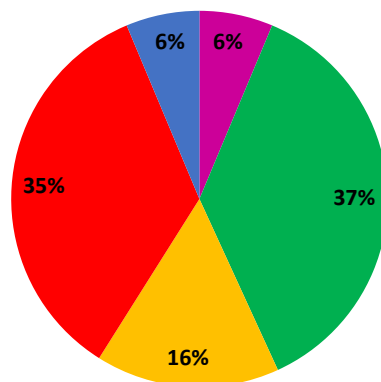


Grafico 24: Dove è avvenuto l'episodio?

## 25. SECONDO LEI, QUALI FATTORI HANNO CONTRIBUITO ALL'AGGRESSIONE?

(e' possibile selezionare più risposte)

100 risposte



Grafico 25: Quali fattori hanno contribuito all'aggressione?

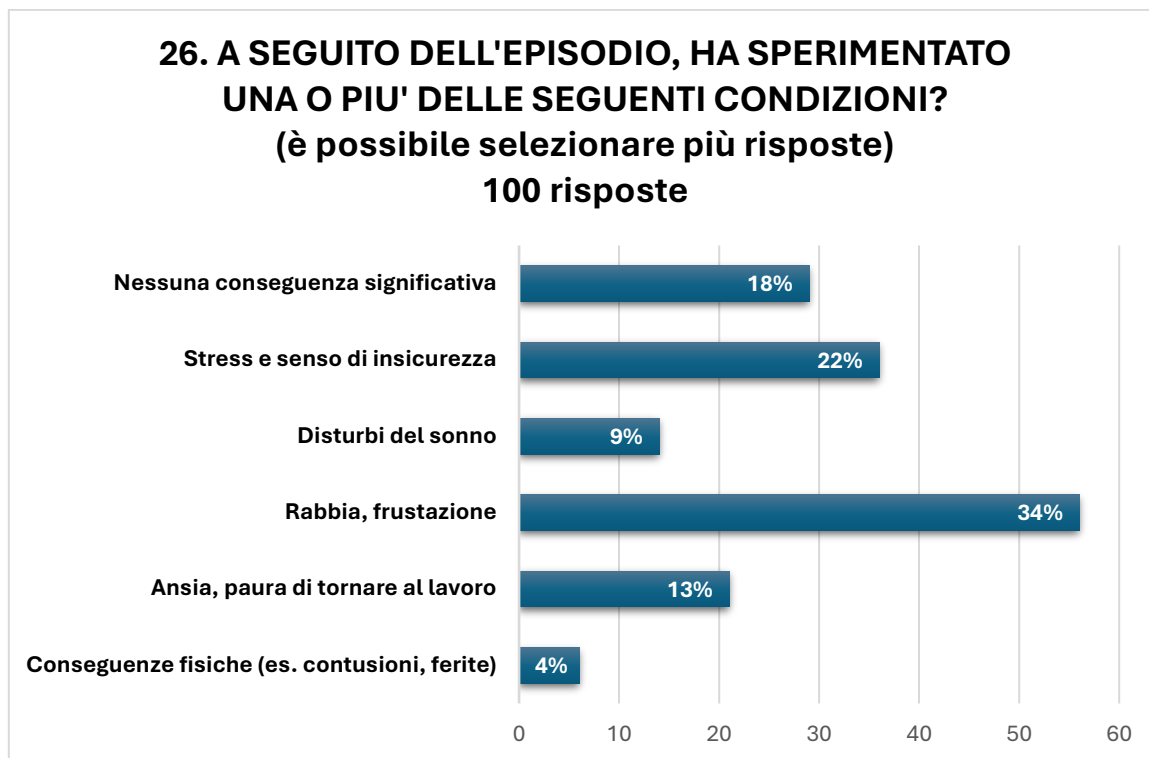


Grafico 26: A seguito dell'episodio, ha sperimentato una o più delle seguenti condizioni?

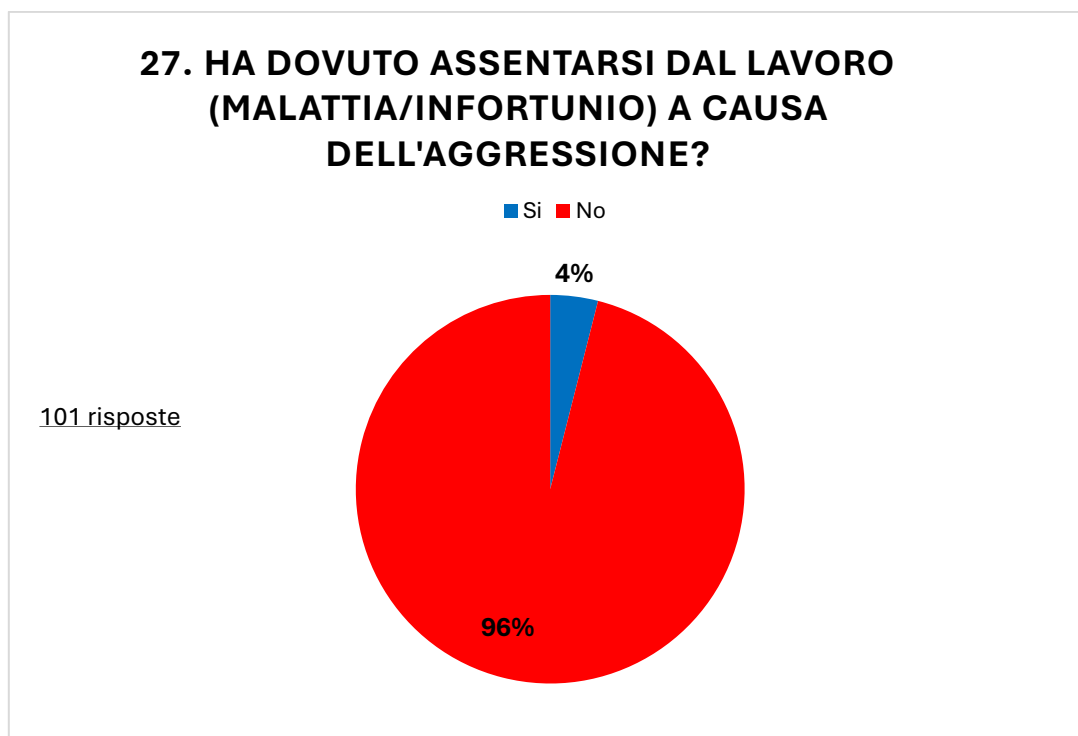


Grafico 27: Ha dovuto assentarsi dal lavoro a causa dell'aggressione?

## 28. DOPO L'EVENTO, HA RICEVUTO SUPPORTO DALL'AZIENDA?

- Sì, un supporto che ho ritenuto adeguato
- Sì, ma un supporto non adeguato/insufficiente
- No, non ho ricevuto alcun supporto

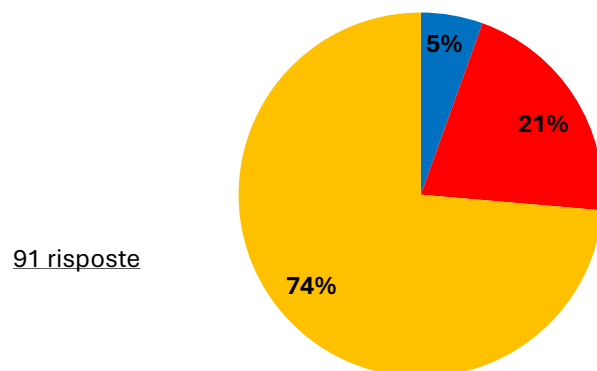


Grafico 28: Dopo l'evento, ha ricevuto supporto dall'Azienda?

## 29. L'AGGRESSIONE SUBITA È STATA SEGNALATA TRAMITE LA PROCEDURA AZIENDALE UFFICIALE?

- SÌ
- NO
- Non conosco la procedura di segnalazione

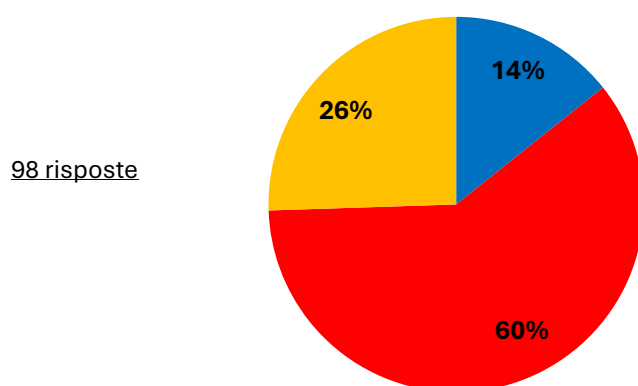


Grafico 29: L'aggressione subita è stata segnalata tramite la procedura aziendale ufficiale?

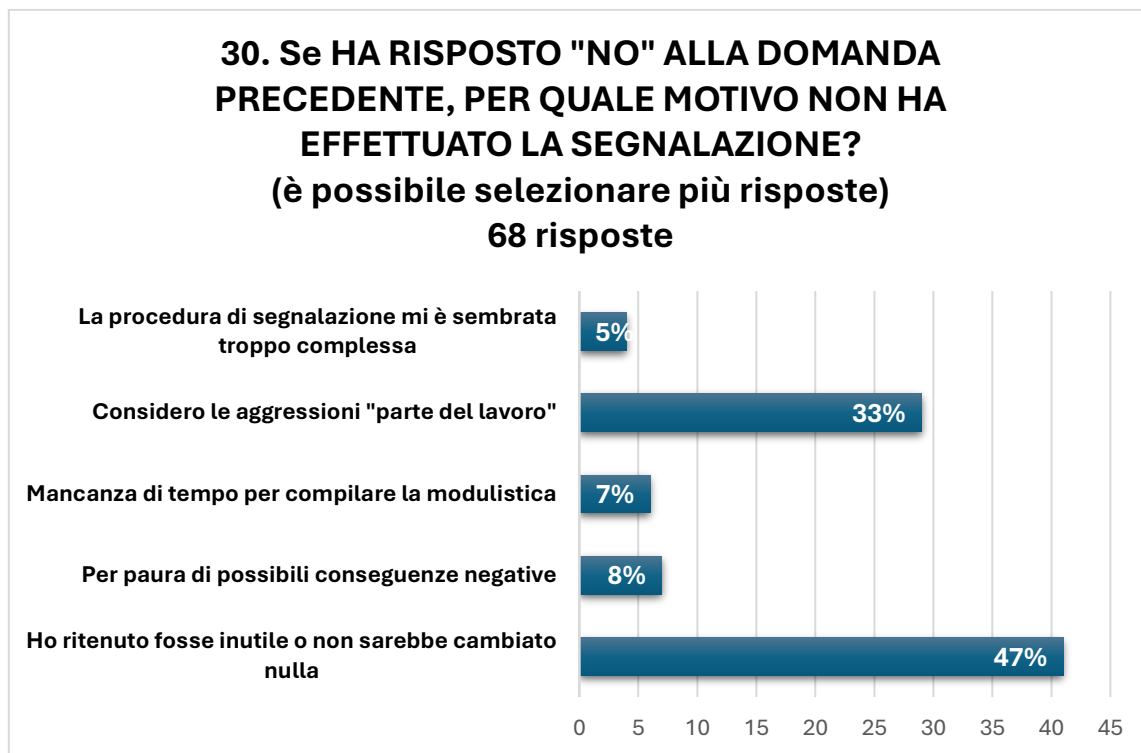


Grafico 30: Se ha risposto "NO" alla domanda precedente, per quale motivo non ha effettuato la segnalazione?

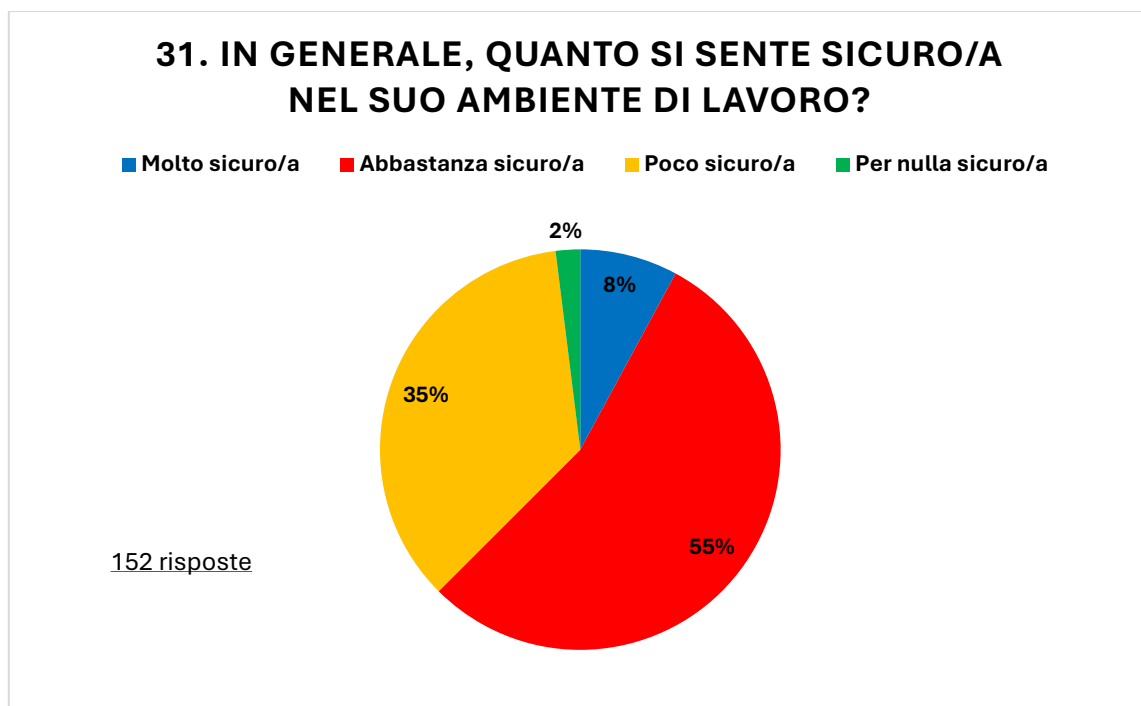


Grafico 31: In generale, quanto si sente sicuro/a nel suo ambiente di lavoro?

### 32. RITIENE CHE LE MISURE DI PREVENZIONE E SICUREZZA ATTUALMENTE PRESENTI NELLA SUA UNITÀ OPERATIVA/SERVIZIO SIANO ADEGUATE?

■ Sì, sono adeguate ■ Sono presenti ma andrebbero migliorate ■ No, sono inadeguate o assenti

153 risposte

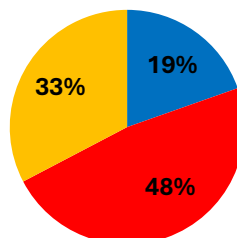


Grafico 32: Ritiene che le misure di prevenzione e sicurezza attualmente presenti nella sua Unità Operativa/Servizio siano adeguate?

### 33. QUALE DEI SEGUENTI INTERVENTI RITERREBBE PIU' UTILI PER PREVENIRE E CONTRASTARE LE AGGRESSIONI NELL'AST FERMO? (indicare un massimo di 3 opzioni)

151 risposte

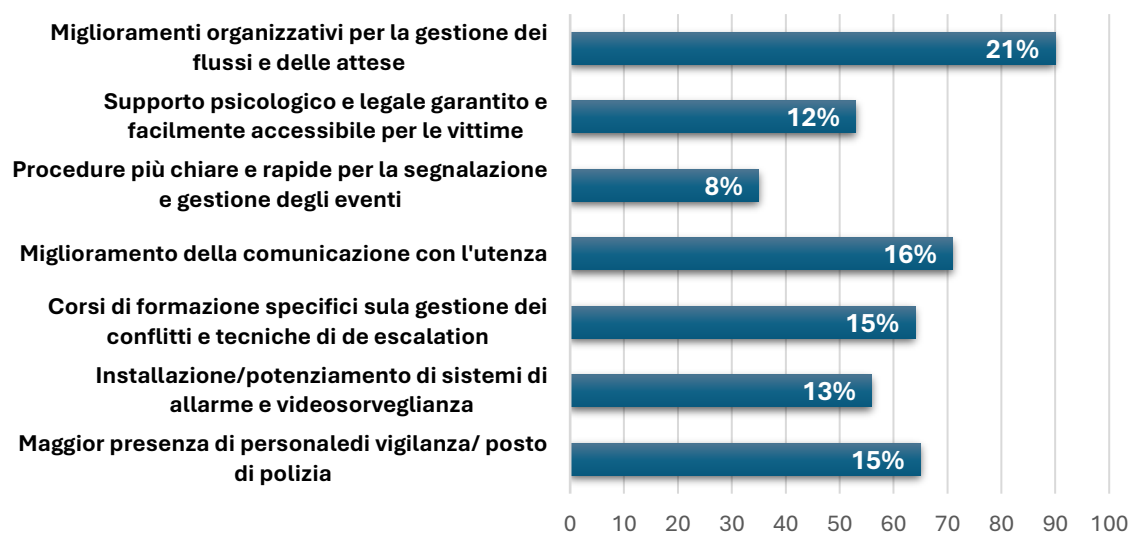


Grafico 33: Quale dei seguenti interventi riterrebbe più utili per prevenire e contrastare le aggressioni nell'AST Fermo?