UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI ECONOMIA "GIORGIO FUÀ"

Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei Sistemi socio-sanitari

La violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie nella Regione Marche: analisi epidemiologica degli eventi segnalati e delle strategie di prevenzione nell'anno 2025

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Mariateresa Ciommi

Tesi di Laurea di:
Domenico Lombardi Fortino

Anno Accademico 2025 – 2026

INDICE

Premessa…….....……. 6

Introduzione…….....…… 7

1. Obiettivi 19

2. Materiali e metodi..... 21

3. Revisione della letteratura 22

3.1 Criteri di inclusione ed esclusione 23

3.2 Selezione e corpus analizzato 24

3.3 Modello interpretativo integrato 39

3.4 Limiti della revisione 44

4. Studio Osservazionale descrittivo retrospettivo 48

4.1 Scheda di rilevazione 51

4.2 Fonti dati Regione Marche..... 56

4.3 Campionamento 57

4.4 Rapporto Agenas “Personale del Servizio Sanitario Nazionale - Dati 2023” Edizione Settembre 2025 60

4.5 Conto annuale del personale del SSR Marche (2024 – 2025) 63

5. Analisi statistica..... 67

5.1 Metodi di Analisi Statistica..... 67

5.2 Analisi descrittiva 74

5.3 Test di omogeneità: eterogeneità tra le 19 strutture e confronto pubblico/privato 75

5.4 Fattori di rischio: modelli di Poisson e rapporti di frequenza (IRR) 76

5.5 Test di omogeneità tra le strutture 84

5.6 Fattori di rischio: rapporti di frequenza (IRR) tra categorie 89

5.7 Analisi dei tassi di aggressione in rapporto alla popolazione professionale di riferimento 91

5.8 Confronto per professione: Infermieri 102

6. CAPITOLO: Discussioni 111

7. CAPITOLO: Conclusioni 128

8. CAPITOLO: Bibliografia 134

9. CAPITOLO: Allegati 143

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 3.1 - P.C.C 23

Tabella 3.2 - Summary of Findings (S.O.F.) 28

Tabella 3.3 - Motivazione dell'esclusione 33

Tabella 3.4 - Classificazione degli interventi per-fase 41

Tabella 4.1 - Scheda di rilevazione dati 53

Tabella 4.2 - Enti partecipanti al monitoraggio della violenza sugli operatori sanitari e socio-sanitari – Anno 2025 56

Tabella 4.3 - Il personale in servizio nel SSN nell'anno 2023 61

Tabella 4.4 - Medici e infermieri del SSN nella Regione Marche: confronto anni 2013, 2019 e 2023 63

Tabella 4.5 - Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio al 31.12.2024 nel SSR 65

Tabella 4.6 - Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio al 31.12.2025 nel SSR 66

Tabella 5.1 - Numero di segnalazioni, operatori coinvolti e indicatore di multi-vittimizzazione, per tutte le 19 strutture (incluse quelle private a zero eventi). 76

Tabella 5.4 - Test chi-quadrato struttura per categoria, per ciascuna dimensione. 85

Tabella 5.5 - Confronto della composizione degli eventi tra strutture pubbliche e private: $\chi 2$ e test esatto di Fisher. 88

Tabella 5.6 - Incidence Rate Ratio (IRR) stimati mediante modelli di regressione di Poisson aggiustati per struttura. 90

Tabella 5.7 - Quadro Regionale 95

Tabella 5.8 - Totali Regionali e denominatori 96

Tabella 5.9 - Analisi comparativa degli eventi di aggressione tra le strutture considerate. 97

Tabella 5.10 - Numero operatori coinvolti 100

Tabella 5.11 - Confronto per professione: Profilo Professionale Infermiere 102

Tabella 5.12 - Confronto per professione: Profilo Professionale Medico 104

INDICE DELLE FIGURE

Figura 3.1 - PRISMA 2020 Flow Diagram (Page et al. 2021) 27

Figura 5.1 - Segnalazioni di aggressione - Marche 2025 (strutture con eventi)..... 78

Figura 5.2 - Profilo per sesso degli operatori coinvolti 79

Figura 5.3 - Profilo per qualifica professionale 80

Figura 5.4 - Distribuzione per fascia oraria e giorno della settimana..... 81

Figura 5.5 - Setting assistenziale (Ospedaliero vs Territoriale) 82

Figura 5.6 - Profilo della tipologia di aggressione 83

Figura 5.7 - Profilo dell'aggressore 84

Figura 5.8 - Segnalazioni: pubblico vs privato - Marche 2025 86

Figura 5.9 - Strutture Private: Segnalazioni per Ente - Marche 2025 87

Figura 5.10 - Tasso di segnalazione di aggressione 98

Figura 5.11 - Tasso Operatori coinvolti 101

Figura 5.12 - Tasso di coinvolgimento degli infermieri 103

Figura 5.13 - Tasso di coinvolgimento dei medici 105

Figura 5.14 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di segnalazione..... 106

Figura 5.15 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di operatori coinvolti..... 107

Figura 5.16 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di coinvolgimento degli infermieri 108

Figura 5.17 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di coinvolgimento dei medici 109

PREMESSA

La parte empirica del presente studio ha potuto beneficiare dell'esperienza professionale maturata dallo scrivente presso l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) della Regione Marche, coniugando l'attività lavorativa con uno specifico interesse di ricerca rivolto al fenomeno della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.

Nell'ambito dell'incarico ricoperto, il sottoscritto partecipa alle attività dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie, operante in raccordo funzionale con l'Osservatorio Nazionale. Tale posizione gli ha consentito di accedere, nel rispetto delle procedure istituzionali e delle norme in materia di riservatezza, ai dati e ai sistemi di monitoraggio relativi agli episodi di violenza segnalati sul territorio regionale.

Questa opportunità è stata valorizzata per sviluppare un percorso di ricerca autonomo, finalizzato all'analisi epidemiologica degli eventi registrati e all'identificazione di elementi utili a supportare la programmazione di strategie organizzative di prevenzione, il miglioramento della gestione del rischio e il rafforzamento della sicurezza degli operatori nei contesti assistenziali.

INTRODUZIONE

Il NIOSH (Istituto Nazionale per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro) definisce la violenza nei luoghi di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro"[1].

La violenza nei confronti degli operatori sanitari in ambito lavorativo rappresenta un fenomeno complesso e sistemico, con rilevanti implicazioni di natura sociale, organizzativa e di *risk management*. In tale prospettiva, il fenomeno non può essere ricondotto esclusivamente a singoli eventi critici, ma deve essere interpretato come un indicatore di vulnerabilità organizzativa, che richiede una rimodulazione strutturata dell'assetto organizzativo aziendale e dei modelli di governo clinico-assistenziale. In particolare, la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza richiedono l'integrazione strutturata della valutazione del rischio nei processi di pianificazione organizzativa, nella gestione delle risorse umane, nella progettazione dei percorsi formativi destinati agli operatori e nella revisione dei modelli assistenziali. Sebbene qualsiasi contesto lavorativo possa essere interessato da episodi di violenza, il settore sanitario risulta caratterizzato da un'elevata esposizione al rischio, in relazione alla specificità dei setting assistenziali, alla complessità dei bisogni di salute e all'intensità delle relazioni interpersonali che caratterizzano l'erogazione delle cure (López-Ros et al., 2023). Autorevoli fonti evidenziano come le aggressioni nei confronti dei professionisti sanitari, di tipo verbale, fisico o psicologico, rappresentino un rischio professionale strutturale, ampiamente documentato, con ricadute negative sia a livello individuale sia organizzativo, tra cui aumento dello stress lavoro-correlato, *burnout,* compromissione della qualità dell'assistenza e crescita del rischio clinico (Raveel e Schoenmakers, 2019).

[1] https://www.cdc.gov/niosh/index.html

Nonostante l'ampia documentazione scientifica disponibile, la rilevazione e l'analisi degli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario risultano spesso frammentarie e affidate a processi di segnalazione non standardizzati, determinando una sottostima del fenomeno. Tale criticità limita l'efficacia delle strategie di prevenzione e ostacola l'adozione di interventi organizzativi basati su evidenze, quali la revisione dei modelli di *staffing*, l'implementazione di sistemi di *incident reporting*, la formazione mirata del personale e l'integrazione della violenza occupazionale nei sistemi aziendali di gestione del rischio e della sicurezza (Geoffrion et al. 2017). Secondo la letteratura scientifica, gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari sono associati non solo a esiti fisici, ma anche a conseguenze psicologiche significative. In particolare, tali eventi risultano correlati a una riduzione della soddisfazione lavorativa, a un incremento dell'intenzione di abbandono della professione (*intention to leave*) e, conseguentemente, a un impatto negativo sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza erogata (Gates et al. 2011). L'analisi sistematica di questi eventi, condotta attraverso una valutazione approfondita dei contesti assistenziali in cui si verificano le aggressioni e dei team professionali coinvolti, consente di individuare criticità a livello sistemico, riconducibili a vulnerabilità organizzative. Tali elementi si configurano come "anelli deboli" del sistema assistenziale che richiedono interventi strutturali e integrati a livello di *policy* aziendale, orientati alla promozione di una cultura della "tolleranza zero" nei confronti della violenza, condivisa tanto dagli operatori e dai livelli direzionali quanto dai cittadini, attraverso strategie di sensibilizzazione e di accrescimento della consapevolezza del fenomeno (Naish et al. 2002).

Nel contesto nazionale, la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari costituiscono una componente delle politiche di sicurezza delle cure e governo clinico. Il principale riferimento ministeriale è rappresentato dalla Raccomandazione n. 8, emanata nel 2007 e successivamente revisionata nel novembre 2025

e pubblicata nella versione aggiornata nel marzo 2026 [2], finalizzata alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario nell'esercizio delle loro funzioni. La Raccomandazione adotta un approccio sistemico alla gestione del rischio, riconoscendo gli episodi di violenza come eventi indicativi di potenziali criticità organizzative e condizioni di vulnerabilità nei contesti assistenziali. In tale prospettiva, individua quali elementi fondamentali della strategia preventiva la segnalazione e il monitoraggio sistematico degli eventi, l'analisi dei fattori di rischio individuali, ambientali e organizzativi, nonché la definizione, l'implementazione e la valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione e protezione adottate. Il modello delineato richiede pertanto l'integrazione della gestione del rischio di violenza nei sistemi aziendali di *clinical risk management*, attraverso procedure formalizzate, sistemi di sorveglianza e analisi degli eventi e interventi organizzativi orientati alla riduzione dell'esposizione al rischio e alla tutela della salute e della sicurezza degli operatori.

La Legge n. 113/2020 [3] ha introdotto misure urgenti per la tutela degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, istituendo l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS) presso il Ministero della Salute. In particolare, l'art. 2, comma 1, della citata legge attribuisce all'Osservatorio specifiche funzioni di monitoraggio degli episodi di violenza e degli eventi sentinella, nonché di valutazione dell'attuazione delle misure di prevenzione. Sono inoltre previste attività di promozione di studi e analisi, diffusione di buone pratiche e iniziative formative rivolte agli operatori sanitari. Il comma 2 del medesimo articolo stabilisce, inoltre, l'acquisizione sistematica dei dati relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno, al fine di garantirne una valutazione strutturata e continuativa (Legge del 14/08/2020 n. 113).

[2] https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/raccomandazione-n-8-raccomandazione-prevenire-gli-atti-di-violenza-danno-degli/
[3] https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2020-08-14;113

Già il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 prevedeva che le attività di monitoraggio dovessero essere condotte secondo un criterio graduato di gravità degli eventi, articolato su tre livelli, nazionale, regionale e aziendale, ciascuno chiamato a promuovere azioni specifiche all'interno di un disegno complessivo coerente, integrato e operativamente sostenibile (Ministero della Salute – "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" - Luglio 2009) [4]. In tale quadro, l'acquisizione, la gestione e la trasmissione dei dati relativi agli episodi di violenza nei contesti sanitari configurano, per le Regioni, un adempimento istituzionale previsto a livello ministeriale e rappresentano un elemento essenziale per il funzionamento dei sistemi di sorveglianza, per l'orientamento delle politiche di prevenzione e per il rafforzamento dei modelli di governance del rischio e della sicurezza delle cure.

Alla luce di tali premesse, il presente studio si propone di approfondire il fenomeno della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso un percorso di ricerca articolato in due fasi complementari. La prima fase dello studio ha previsto la conduzione di una revisione sistematica esplorativa della letteratura (*Scoping Review*), finalizzata a identificare, mappare e sintetizzare le evidenze scientifiche disponibili relative agli interventi organizzativi adottati per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza nei contesti sanitari, con particolare riferimento alle strategie implementate per la tutela degli operatori sanitari e la gestione del rischio di aggressione. La seconda fase dello studio ha previsto la conduzione di uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo, condotto a livello regionale, basato sull'analisi di dati aggregati relativi agli episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie segnalati nella Regione Marche nel corso dell'anno 2025, nell'ambito del sistema nazionale di monitoraggio dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni

[4] https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/protocollo-il-monitoraggio-degli-eventi-sentinella-luglio-2009/

Sanitarie e Socio-Sanitarie (ONSEPS). L'analisi epidemiologica è stata finalizzata a descrivere la distribuzione degli episodi di violenza in relazione alle caratteristiche degli operatori coinvolti, ai diversi setting assistenziali e agli Enti sanitari interessati, nonché a identificare i contesti assistenziali e i gruppi professionali caratterizzati da una maggiore esposizione al fenomeno. I risultati ottenuti sono stati inoltre confrontati con i dati derivanti dal monitoraggio regionale condotto nell'anno 2024, al fine di valutare eventuali variazioni temporali nella frequenza e nei pattern di distribuzione degli episodi di violenza, nonché di evidenziare possibili modificazioni del fenomeno nel periodo considerato.

L'integrazione delle evidenze emerse dalla revisione della letteratura con i risultati dell'analisi epidemiologica regionale ha consentito di sviluppare una lettura multidimensionale del fenomeno, ponendo in relazione le principali criticità rilevate nel contesto sanitario marchigiano con le strategie organizzative di prevenzione e gestione della violenza individuate nella letteratura scientifica. Tale approccio ha permesso di delineare elementi conoscitivi utili a supportare la programmazione di interventi di prevenzione, gestione del rischio e tutela della sicurezza degli operatori, contribuendo, al contempo, alle attività istituzionali di monitoraggio e all'individuazione di strategie organizzative fondate sulle evidenze (*Evidence-Based).*

Le evidenze epidemiologiche relative alla violenza e all'esposizione a comportamenti aggressivi nei luoghi di lavoro in Europa sono state progressivamente documentate attraverso la *European Working Conditions Survey* (EWCS) [5], promossa da *Eurofound* per il monitoraggio delle condizioni di lavoro e dei principali fattori di rischio occupazionale. La Terza EWCS, condotta nel 2001, rilevava che circa il 4% dei lavoratori europei aveva riferito di aver subito episodi di violenza fisica nell'ambito dell'attività professionale, fornendo una delle prime stime comparative del fenomeno a livello europeo. Le successive

[5] https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys-and-data/surveys/european-working-conditions-survey

rilevazioni hanno progressivamente ampliato l'analisi includendo anche i fattori di rischio psicosociale e relazionale connessi all'attività lavorativa. In particolare, la Sesta EWCS, condotta nel 2015, evidenziava che circa il 16% dei lavoratori europei dichiarava di essere frequentemente esposto, nello svolgimento della propria attività, alla gestione di clienti, pazienti o utenti in condizioni di agitazione o conflittualità. La distribuzione di tale indicatore presentava una marcata variabilità tra i Paesi partecipanti: Danimarca, Finlandia e Norvegia registravano valori compresi tra il 3% e il 4%, mentre percentuali più elevate venivano rilevate in Albania (37%) e Spagna (30%). Tali differenze evidenziavano l'eterogeneità dell'esposizione ai rischi relazionali nei diversi contesti lavorativi europei e la particolare rilevanza del fenomeno nei settori caratterizzati da un'interazione diretta e continuativa con l'utenza. Nell'interpretazione di questi dati è tuttavia necessario considerare che le diverse edizioni dell'EWCS hanno analizzato dimensioni e indicatori non sempre direttamente comparabili. In particolare, il dato rilevato nel 2001 era riferito specificamente agli episodi di violenza fisica, mentre quello del 2015 descriveva l'esposizione a interazioni conflittuali con clienti, pazienti o utenti. I valori non devono pertanto essere interpretati come espressione di un incremento quantitativo della violenza tra il 2001 e il 2015, ma come evidenze complementari della rilevanza dei rischi di natura violenta, aggressiva e relazionale nei contesti lavorativi. Il quadro più recente delle condizioni di lavoro in Europa (EWCS 2024), condotta tra febbraio e novembre 2024 su 36.644 lavoratori di 35 Paesi europei. L'indagine considera, nell'ambito delle diverse dimensioni della qualità del lavoro, anche l'ambiente sociale, i rischi psicosociali, la salute, il benessere e la sicurezza dei lavoratori, offrendo una cornice aggiornata per l'interpretazione dei fattori occupazionali che possono concorrere all'esposizione a comportamenti ostili o aggressivi. In tale prospettiva, la violenza occupazionale può essere ricondotta a un fenomeno multifattoriale, derivante dall'interazione tra determinanti

individuali, relazionali, ambientali e organizzativi e di particolare rilevanza nei settori, come quello sanitario, caratterizzati da un'elevata intensità delle relazioni con l'utenza.

Le evidenze disponibili a livello internazionale confermano che gli operatori sanitari rappresentano una delle categorie professionali maggiormente esposte al rischio di violenza occupazionale.

Secondo le Linee Guida dell'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) (Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2016), nel periodo compreso tra il 2002 e il 2013 il tasso di infortuni conseguenti ad episodi di violenza sul luogo di lavoro è risultato mediamente quattro volte superiore tra i lavoratori del settore sanitario rispetto a quelli impiegati nel comparto industriale. In risposta alla crescente rilevanza del fenomeno, nel 2000 l'*International Labour Office* (ILO), in collaborazione con l'*International Council of Nurses* (ICN), la *World Health Organization* (WHO) e la *Public Services International* (PSI), ha promosso un programma internazionale finalizzato alla prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari [6] (ILO, ICN, WHO & PSI, 2002).

Le linee guida elaborate nell'ambito di tale iniziativa propongono strategie di prevenzione e gestione del rischio basate sulle migliori evidenze disponibili e riportano, tra gli esempi di buona pratica, un'esperienza realizzata nella Regione Lazio (Magnavita, 2011). Lo studio, condotto presso un'unità operativa psichiatrica, ha analizzato 167 episodi di violenza perpetrati da pazienti nei confronti degli operatori sanitari nel periodo compreso tra il 1995 e il 2009. L'implementazione di un programma strutturato di prevenzione ha determinato una riduzione statisticamente significativa del tasso di aggressioni, evidenziando l'efficacia degli interventi organizzativi nella mitigazione del rischio. Ulteriori dati provenienti dalle Aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio documentano un'incidenza annuale della

[6] https://www.who.int/publications/i/item/9221134466

violenza fisica pari a circa il 10% e della violenza verbale superiore al 30% tra gli operatori sanitari (Magnavita e Heponiemi 2011; Chirico et al. 2022; Acquadro Maran et al. 2017). Tali evidenze confermano come il fenomeno presenti una rilevanza epidemiologica significativa e costituisca una criticità persistente per la sicurezza degli ambienti di lavoro e la tutela della salute degli operatori.

La violenza nei contesti sanitari rappresenta un fenomeno complesso e multidimensionale, in grado di determinare conseguenze rilevanti sia a livello individuale sia sul piano organizzativo, gestionale ed economico. Per gli operatori coinvolti, l'esposizione ad aggressioni fisiche, verbali o psicologiche può associarsi a esiti negativi sulla salute e sul benessere professionale, con possibili ripercussioni in termini di lesioni fisiche, stress, ansia, sintomatologia post-traumatica, riduzione della soddisfazione lavorativa, *burnout* e compromissione del benessere psicologico e professionale.

Gli effetti del fenomeno, tuttavia, non si esauriscono nella dimensione individuale, ma possono estendersi all'intera organizzazione sanitaria. Gli episodi di violenza possono infatti determinare un deterioramento del clima organizzativo e della percezione di sicurezza, compromettere le dinamiche relazionali all'interno dei gruppi professionali e incidere negativamente sulla motivazione, sull'*engagement* e sulla capacità dell'organizzazione di trattenere personale qualificato. Tali conseguenze assumono particolare rilevanza nei contesti assistenziali caratterizzati da elevata complessità organizzativa, intensità dei carichi di lavoro e criticità nella disponibilità delle risorse professionali.

Un ulteriore elemento di particolare rilevanza è rappresentato dall'associazione tra esposizione alla violenza occupazionale e *intention to leave*, intesa come l'intenzione del professionista di abbandonare l'organizzazione di appartenenza o, nei casi più rilevanti, la stessa professione. L'esposizione ripetuta ad aggressioni, soprattutto quando associata a una ridotta percezione di supporto organizzativo e a un'inadeguata gestione degli eventi, può

contribuire ad aumentare la propensione all'abbandono e favorire fenomeni di turnover e dimissioni volontarie. Tali dinamiche possono determinare rilevanti ripercussioni sulla stabilità della forza lavoro, sulla conservazione delle competenze professionali, sulla continuità assistenziale e sulla capacità delle organizzazioni di garantire livelli adeguati di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Sul piano economico, l'impatto della violenza occupazionale può essere distinto in costi diretti e indiretti. I costi diretti comprendono le spese correlate ai trattamenti sanitari e ai percorsi assistenziali conseguenti agli eventi aggressivi, nonché gli eventuali interventi di supporto e riabilitazione rivolti agli operatori coinvolti. I costi indiretti comprendono invece l'assenteismo, la perdita o riduzione della produttività, il *turnover* del personale e gli oneri connessi alla sostituzione degli operatori, inclusi i processi di reclutamento, inserimento e formazione di nuove risorse professionali. A questi possono aggiungersi i costi organizzativi derivanti dalla necessità di implementare interventi correttivi, misure di sicurezza e programmi di prevenzione successivamente agli eventi.

Le conseguenze della violenza possono inoltre riflettersi sui processi e sugli esiti assistenziali. La compromissione del benessere psicofisico degli operatori, l'incremento dell'assenteismo e del turnover e la conseguente instabilità degli organici possono interferire con la continuità dei processi di cura, con il funzionamento dei gruppi multiprofessionali e con la qualità dell'assistenza erogata. In questa prospettiva, la violenza occupazionale assume rilevanza non soltanto come problema di salute e sicurezza sul lavoro, ma anche come fattore di rischio organizzativo potenzialmente in grado di incidere sulla sicurezza delle cure e sulla resilienza delle organizzazioni sanitarie.

La prevenzione e la gestione della violenza nei confronti degli operatori sanitari devono pertanto essere considerate componenti strutturali delle politiche di governance e di gestione del rischio, superando un approccio esclusivamente reattivo e orientato al singolo episodio.

L’adozione di strategie integrate di prevenzione, identificazione precoce dei fattori di rischio, formazione degli operatori, *reporting* degli eventi, supporto post-evento e monitoraggio degli esiti può contribuire non solo alla tutela della salute e della sicurezza dei professionisti, ma anche alla stabilità della forza lavoro, alla qualità e continuità dell’assistenza e, più in generale, alla sostenibilità organizzativa ed economica dei sistemi sanitari. (Gates et al. 2011; Celik et al. 2007; Hillbrand et al. 1996; Hunter e Carmel 1992).

1. CAPITOLO: OBIETTIVI

L'obiettivo primario del presente studio è stato quello di analizzare il fenomeno della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nella Regione Marche, mediante l'analisi sistematica degli episodi segnalati nel corso dell'anno 2025. L'indagine è stata finalizzata a descriverne il profilo epidemiologico, con particolare riferimento alla distribuzione degli eventi tra le diverse categorie professionali, i setting assistenziali e gli Enti sanitari coinvolti, nonché a identificare i contesti organizzativi caratterizzati da una maggiore esposizione al rischio di aggressione.

L'analisi descrittiva dei dati è stata condotta mediante la determinazione delle frequenze assolute e relative degli episodi segnalati, stratificate in relazione alle principali variabili disponibili nel sistema di rilevazione. Tale approccio ha consentito di caratterizzare la distribuzione del fenomeno e di individuare le principali aree di criticità, fornendo elementi conoscitivi utili alla definizione delle priorità di intervento e alla programmazione di strategie organizzative di prevenzione, formazione e gestione del rischio coerenti con le evidenze scientifiche disponibili.

Al fine di esplorare la dimensione temporale del fenomeno, i risultati relativi al 2025 sono stati inoltre confrontati con quelli del monitoraggio regionale dell'anno 2024, allo scopo di rilevare eventuali variazioni nella frequenza e nella distribuzione degli episodi e di identificare possibili modificazioni del profilo epidemiologico nel periodo considerato.

I dati utilizzati sono derivati dal sistema regionale di monitoraggio degli episodi di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, nell'ambito delle attività regionali connesse al monitoraggio nazionale dell'ONSEPS. In tale prospettiva, i risultati dello studio hanno contribuito alla caratterizzazione epidemiologica del fenomeno nel contesto regionale e hanno fornito elementi conoscitivi utili a supportare le attività

istituzionali di sorveglianza e a orientare la programmazione regionale degli interventi di prevenzione e gestione della violenza nei contesti sanitari e socio-sanitari.

2. CAPITOLO: MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto adottando un disegno di ricerca a metodi misti di tipo sequenziale (*sequential mixed-methods design*), strutturato in due fasi tra loro complementari e strettamente integrate, finalizzate a fornire un'analisi approfondita e multidimensionale del fenomeno oggetto di studio.

a) La prima fase ha previsto la realizzazione di una revisione della letteratura attraverso l'approccio metodologico della *Scoping Review*. Attraverso questa fase sono state individuate le principali strategie organizzative descritte in letteratura, le aree tematiche maggiormente investigate, le lacune conoscitive e gli elementi utili per l'interpretazione dei dati empirici raccolti successivamente.
b) La seconda fase è consistita nella realizzazione di uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo, finalizzato all'analisi epidemiologica degli episodi di violenza registrati nella Regione Marche nel corso dell'anno 2025. L'unità di analisi è stata rappresentata dagli Enti sanitari e dai relativi contesti organizzativi, anziché dai singoli operatori. Tale approccio ha consentito di confrontare i diversi Enti sia in termini trasversali, analizzando la distribuzione del fenomeno nei differenti contesti organizzativi, sia in termini longitudinali, confrontando i risultati con quelli del monitoraggio regionale relativo all'anno 2024, al fine di evidenziare eventuali variazioni temporali e trend evolutivi. Poiché i dati disponibili erano esclusivamente in forma aggregata, sia le esposizioni sia gli esiti sono stati definiti e analizzati a livello di popolazione e non di singolo individuo. I risultati ottenuti dall'analisi epidemiologica sono stati successivamente interpretati alla luce delle evidenze emerse dalla *Scoping Review*, consentendo di confrontare le criticità rilevate nel contesto regionale con le strategie organizzative raccomandate dalla letteratura internazionale e di formulare indicazioni operative per la programmazione di interventi di prevenzione e gestione del rischio.

3. CAPITOLO: REVISIONE DELLA LETTERATURA

La revisione della letteratura è stata realizzata mediante una *Scoping Review*, finalizzata all'identificazione, alla mappatura e alla sintesi sistematica delle evidenze scientifiche disponibili sugli interventi organizzativi volti alla prevenzione e alla gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie. La revisione è stata condotta adottando il *framework* metodologico sviluppato dal *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Tricco et al. 2016) per le *Scoping Review* e riportata in conformità alle raccomandazioni del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Review*s (PRISMA-ScR) (Page et al. 2021), al fine di garantire trasparenza, riproducibilità e rigore metodologico del processo di revisione. Successivamente, le evidenze emerse dalla revisione hanno costituito il riferimento teorico per l'interpretazione dei risultati della seconda fase dello studio, volto ad analizzare la distribuzione epidemiologica degli episodi di violenza registrati nella Regione Marche.

Il quesito di ricerca è stato formulato in maniera narrativa come segue: "Quali interventi organizzativi di prevenzione e gestione del rischio risultano efficaci nel prevenire e ridurre gli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie?". Per garantirne una definizione chiara e sistematica, il quesito è stato successivamente strutturato utilizzando il framework metodologico P.C.C. (*Population–Concept–Context*), raccomandato dal *Joanna Briggs Institute* per le *Scoping Review*, e integrato con gli elementi del modello P.I.C.O. (*Population–Intervention–Comparison–Outcomes*) (Tricco et al. 2016), al fine di definire con maggiore precisione la popolazione di interesse, gli interventi organizzativi oggetto di studio, il confronto e gli esiti attesi. La sintesi del processo di costruzione del quesito di ricerca è riportata nella Tabella 3.1.

Tabella 3.1 - P.C.C

Elemento	Definizione operativa	Applicazione nella review
Population	Esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie	Infermieri, medici, personale multiprofessionale nei setting ospedalieri, emergenza, territorio e salute mentale
Concept	Interventi organizzativi di prevenzione e gestione della violenza	*Governance, risk assessment*, formazione, *staffing*, procedure, *security*, *reporting, debriefing*, supporto e valutazione.
Context	Contesti assistenziali e organizzazioni sanitarie	Ospedale, pronto soccorso, assistenza domiciliare, psichiatria, sala operatoria e formazione sanitaria.

3.1 PARAGRAFO: CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

La selezione degli studi è stata effettuata definendo preventivamente specifici criteri di inclusione ed esclusione, al fine di garantire la pertinenza delle evidenze rispetto al quesito di ricerca. Sono stati inclusi gli studi pubblicati nel periodo compreso tra il 2010 e il 2026, redatti in lingua italiana o inglese e disponibili in testo integrale (*full text*) all'interno del corpus documentale selezionato. Sono stati considerati eleggibili tutti i contributi che affrontavano il tema della violenza e dell'aggressione nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, con particolare riferimento agli interventi organizzativi finalizzati alla prevenzione, alla gestione del rischio e al miglioramento della sicurezza degli operatori. Per

garantire una mappatura quanto più ampia possibile delle evidenze disponibili, non sono state poste limitazioni rispetto al disegno di studio. Sono pertanto stati inclusi studi quantitativi, qualitativi *e mixed methods*, nonché revisioni della letteratura, studi di implementazione, interventi educativi, programmi di formazione e contributi riguardanti modelli organizzativi, strategie di prevenzione e politiche per la sicurezza nei luoghi di lavoro.

La revisione ha preso in considerazione tutte le principali forme di violenza correlate al contesto lavorativo sanitario, comprese le aggressioni fisiche, verbali, psicologiche e sessuali, indipendentemente dal soggetto responsabile dell'evento (pazienti, visitatori, caregiver o altri professionisti sanitari), purché le evidenze fornissero indicazioni utili per la prevenzione o la gestione organizzativa del fenomeno. Sono stati invece esclusi gli studi che non riguardavano il contesto lavorativo sanitario o che non presentavano implicazioni organizzative rilevanti per il quesito di ricerca. Sono stati inoltre esclusi i lavori focalizzati esclusivamente sul trattamento clinico dell'aggressore o sugli aspetti terapeutici delle patologie psichiatriche, qualora non riportassero ricadute sulla sicurezza degli operatori sanitari. Analogamente, non sono stati considerati gli studi relativi alla violenza domestica, familiare o comunitaria non correlata all'ambiente di lavoro sanitario. Infine, sono stati esclusi editoriali, lettere e commenti privi di dati o di contenuti utili alla mappatura delle evidenze, fatta eccezione per i documenti di indirizzo, di policy o di governance che, pur non rappresentando studi empirici, fornivano indicazioni rilevanti per l'organizzazione dei sistemi di prevenzione della violenza nei contesti sanitari.

3.2 PARAGRAFO: SELEZIONE E CORPUS ANALIZZATO

La ricerca bibliografica è stata condotta mediante consultazione dei principali database biomedici e infermieristici, selezionati in funzione della loro rilevanza per il quesito di ricerca: *PubMed, Scopus e Cochrane Library*. La strategia di ricerca è stata sviluppata a

partire dal quesito formulato, combinando termini relativi alla popolazione di interesse (esercenti le professioni sanitarie), al fenomeno della violenza e dell'aggressione, agli interventi di prevenzione e gestione del rischio e alle strategie organizzative. Per l'identificazione degli studi sono state utilizzate parole chiave e termini controllati relativi alla popolazione di interesse, al fenomeno oggetto di studio e agli interventi organizzativi di prevenzione e gestione del rischio. In particolare, i principali termini impiegati hanno riguardato*: workplace violence, aggression, health personnel, healthcare workers, nurses, risk prevention and management, patient safety, safety culture, de-escalation, incident reporting, organizational support, training e organizational strategies*. La strategia di ricerca è stata sviluppata combinando descrittori controllati (MeSH) e termini liberi (*free-text*) mediante l'impiego degli operatori booleani *AND* e *OR*, adattando la sintassi alle caratteristiche di ciascun database interrogato. Tale approccio ha consentito di incrementare sia la sensibilità, favorendo il recupero del maggior numero possibile di studi pertinenti, sia la specificità, riducendo il numero di risultati non rilevanti e assicurando una selezione metodologicamente solida e riproducibile della letteratura disponibile. La stringa di ricerca utilizzata con maggiore frequenza è stata la seguente:

("Health Personnel"[Mesh] OR nurs OR physician* OR healthcare worker*) AND ("Workplace Violence"[Mesh] OR violen* OR aggress* OR assault* OR threat* OR harassment) AND (prevention OR risk assessment OR de-escalation OR reporting OR security OR training OR post-incident support) AND (organization* OR management OR policy OR program* OR intervention* OR safety climate)*.

La ricerca bibliografica condotta su *PubMed* ha identificato 12 record, dei quali 11 sono stati ritenuti pertinenti e inclusi nella fase di *screening*. L'interrogazione della *Cochrane Library* non ha restituito studi rispondenti ai criteri di eleggibilità definiti. La ricerca effettuata su *Scopus*, caratterizzata da una maggiore sensibilità e da una più ampia copertura della

letteratura scientifica internazionale, ha prodotto 6.662 record. Tali risultati sono stati sottoposti a un processo di selezione progressiva, articolato nella valutazione del titolo, dell'*abstract* e del testo completo, fino all'individuazione degli studi coerenti con il quesito di ricerca e con i criteri di inclusione prestabiliti.

Complessivamente, il processo di ricerca e selezione ha consentito di identificare un corpus documentale costituito da 21 evidenze scientifiche, successivamente sottoposte ad analisi qualitativa nell'ambito della *Scoping Review*. Il processo di selezione conclusivo ha portato all'inclusione di 12 studi, ritenuti pertinenti al quesito di ricerca e conformi ai criteri di eleggibilità precedentemente definiti. I restanti 9 contributi sono stati esclusi dopo la lettura del testo completo, poiché non rispondevano ai criteri di inclusione o non fornivano evidenze rilevanti in merito agli interventi organizzativi di prevenzione e gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie.

Per ciascuno studio sono stati estratti: autori e anno, paese e setting, obiettivo, disegno, campione o fonti, metodi, risultati pertinenti, strategie facilitanti e fattori ostacolanti. I risultati sono stati codificati e aggregati in macro-tematiche mediante sintesi narrativa. Non è stata effettuata metanalisi, in considerazione della marcata eterogeneità di popolazioni, interventi, strumenti e *outcomes*.

Il processo di identificazione, selezione e inclusione degli studi è stato documentato mediante il diagramma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al. 2021) (Figura 3.1), uno strumento standardizzato che consente di rappresentare in modo trasparente, sistematico e riproducibile l'intero percorso di selezione delle evidenze scientifiche nell'ambito di una revisione della letteratura.

Il diagramma documenta le diverse fasi del processo di *screening*, riportando il numero di *record* identificati mediante la ricerca bibliografica, quelli sottoposti a rimozione dei duplicati, gli studi esclusi durante la valutazione di titolo e *abstract*, gli articoli esaminati in

full text con le relative motivazioni di esclusione e, infine, gli studi definitivamente inclusi nella revisione. L'impiego del diagramma PRISMA ha garantito la trasparenza metodologica del processo di selezione degli studi, assicurandone la riproducibilità e consentendo al lettore di valutare criticamente il rigore metodologico adottato nella conduzione della revisione.

Figura 3.1 - PRISMA 2020 Flow Diagram *(*Page et al. 2021*)*

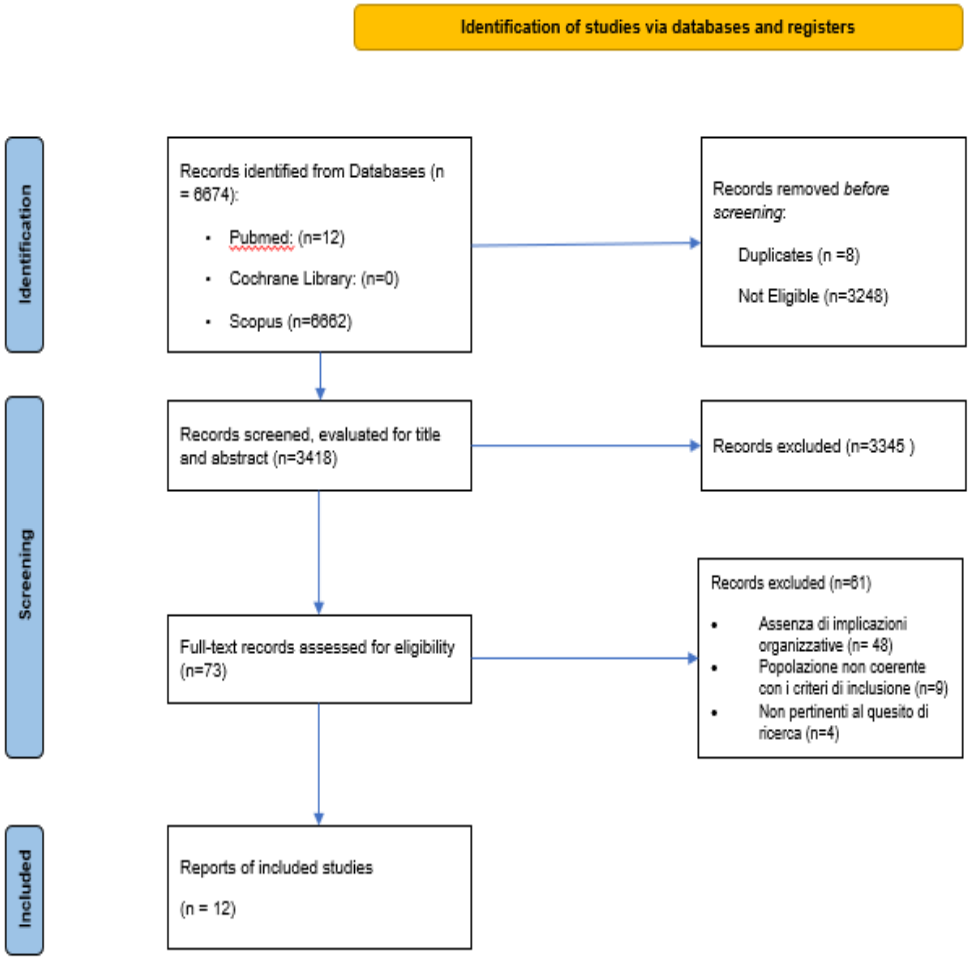


Tabella 3.2 - Summary of Findings (S.O.F.)

Studio		**Contesto/disegno**	**Risultati rilevanti**	**Indicazioni organizzative**
1.	Pich et al., 2011	Australia; triage di PS; Qualitativo descrittivo; infermieri di triage	Violenza percepita come inevitabile e crescente; attese e uso di alcol/sostanze come *trigger;* carenze in formazione, *debriefing* e *reporting*.	Supporto, formazione sulla minimizzazione dell'aggressività, procedure di *reporting* più snelle, *debriefing*.
2.	Stewart et al., 2012	Regno Unito; 84 reparti psichiatrici acuti; Studio osservazionale su 522 pazienti	Il 16% riceve osservazione speciale continua; violenza, allontanamento e autolesionismo precedono l'intervento; uso combinato con *de-escalation* e farmaci.	Osservazione graduata e relazionale, integrazione con altre misure, comunicazione empatica.
3.	Hahn et al., 2012	Svizzera; ospedale generale; *Survey* trasversale; 2.495 operatori	50% esposto nei 12 mesi; solo 16% formato; fiducia nella gestione associata all'atteggiamento organizzativo; dialogo calmante/informativo più usato.	Formazione contestualizzata, comunicazione *patient-centred*, forte *commitment* organizzativo.

Studio		Contesto/disegno	Risultati rilevanti	Indicazioni organizzative
4.	Yang et al., 2018	Cina; ospedale psichiatrico; *Survey* trasversale; infermieri di salute mentale	94,6% esposto nell'anno; rischio maggiore in unità intensive psichiatriche maschili e turni notturni; frequenza associata a *burnout*.	Strategia organizzativa integrata su aree ad alto rischio, turni, prevenibilità percepita e supporto.
5.	Berlin et al., 2025	Svezia; psichiatria forense ad alta sicurezza; Analisi di contenuto di 50 piani collaborativi	Pazienti e *staff* identificano segnali precoci, scenari, strategie, responsabilità e obiettivi con buona validità di contenuto.	Piani collaborativi e personalizzati di gestione del rischio; responsabilità condivise.
6.	Qasem & Gillespie, 2026	Revisioni di studi 2010-2023; *Integrative review*; 37 studi	Formazione strategia più comune; interventi spesso progettati dai ricercatori senza operatori; supporto manageriale post-evento limitato.	Approccio oltre la formazione, *co-design* con infermieri, *leadership* e supporto.
7.	Cesare et al., 2026	Italia; assistenza domiciliare; Studio multicentrico trasversale; 3.949 infermieri	20,49% esposto; rischio associato a giovane età, *workload*, *team* multiprofessionale, *leadership*/supporto inadeguati e *burnout*.	*Leadership*, adeguatezza delle risorse, lavoro in sicurezza nel domicilio e prevenzione del *burnout*.

Studio		Contesto/disegno	Risultati rilevanti	Indicazioni organizzative
8.	Ibrahim & Zaghamir, 2026	Egitto; ospedali; Studio trasversale; 424 infermieri	Prevalgono abuso verbale e bullismo; fattori organizzativi prima di quelli ambientali e socioculturali; esaurimento emotivo elevato.	Comunicazione di sicurezza, formazione, protocolli e programmi di supporto/*coping*.
9.	Fatai et al., 2026	Paesi a basso-medio reddito; PS; Revisione sistematica/meta-analisi; 11 studi	Prevalenza *pooled* 79%; verbale 82%, fisica 40%; attese, *overcrowding, staffing* e sicurezza inadeguati principali fattori.	Interventi mirati al contesto, sicurezza, *staffing*, supporto e standard di prevenzione.
10.	Riihimäki et al., 2026	Finlandia; emergenza territoriale; Qualitativo; *workshop* multiprofessionali n=36	Interazione dinamica tra aggressore, operatori e sistema; criticità in *assessment,* cooperazione con polizia e supporto post-evento.	*De-escalation/disengagement, safeguards* di sistema, cooperazione interistituzionale, supporto.
11.	Rigi et al., 2026	Iran; ospedali; *Grounded theory* e sviluppo modello; 39 infermieri	*Coping* adattivo o mal adattivo influenzato da colleghi e istituzioni; modello in 3 componenti:	Dignità e sicurezza come *outcomes*; *empowerment* e supporto istituzionale continuo.

Studio		Contesto/disegno	Risultati rilevanti	Indicazioni organizzative
			familiarizzazione, supporto, valutazione continua.	
12.	Zarei et al., 2026	Internazionale; sala operatoria; Revisione sistematica; 46 studi, 22.216 infermieri di SO	Prevalenza molto eterogenea; violenza verbale/psicologica prevalente, spesso da chirurghi; sotto-segnalazione per paura e inutilità percepita.	Zero *tolerance* applicabile, *reporting* confidenziale, contrasto alle gerarchie tossiche, supporto nuovi infermieri.

Al termine del processo di *screening*, sono stati inizialmente ritenuti eleggibili 15 articoli, sottoposti successivamente a una valutazione approfondita del testo integrale (*full-text review*). Tale fase ha consentito di verificare in maniera più accurata la coerenza dei contributi con il quesito di ricerca, gli obiettivi della revisione e i criteri di inclusione precedentemente definiti. L'analisi critica dei report ha evidenziato che tre studi, pur affrontando il tema della violenza nei luoghi di lavoro, non risultavano pienamente pertinenti rispetto all'obiettivo della presente *Scoping Review*, in quanto non fornivano evidenze direttamente riconducibili agli interventi organizzativi di prevenzione e gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie. Nello specifico, uno studio era focalizzato prevalentemente su un intervento formativo rivolto a studenti e medici in formazione, uno riguardava un contesto lavorativo non sanitario e un ulteriore contributo consisteva in un "*commentary*" privo di dati empirici originali. A seguito di tale rivalutazione, i tre articoli sono stati esclusi dalla sintesi finale delle evidenze. Il campione definitivo della revisione è pertanto risultato costituito da 12 studi, ritenuti pienamente rispondenti al quesito di ricerca e idonei a contribuire alla mappatura delle evidenze sugli interventi organizzativi per la prevenzione e la gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie. In Tabella 3.3 sono mostrate le motivazioni che hanno portato all'esclusione dei tre articoli.

Tabella 3.3 - Motivazione dell'esclusione

Studio	Motivazione dell'esclusione
Niedermier & Kasick, 2018	Intervento prevalentemente educativo rivolto a studenti e medici in formazione. L'obiettivo è l'acquisizione di competenze individuali e non la valutazione di strategie organizzative implementate nei contesti assistenziali.
Herrmann et al., 2022	Studio condotto su personale della sicurezza privata, non appartenente alle professioni sanitarie. Pur affrontando il tema della violenza occupazionale, il contesto non è coerente con la popolazione definita dal quesito di ricerca.
Connell et al., 2026	Privo di dati empirici originali. Sebbene proponga raccomandazioni di policy e *leadership*, non fornisce evidenze primarie o una revisione sistematica sugli interventi organizzativi.

La *Scoping Review* ha identificato dieci macro-aree:

i. La violenza come fenomeno organizzativo: normalizzazione, sotto-segnalazione e cultura del silenzio: Una delle evidenze più ricorrenti emerse dalla revisione riguarda la progressiva normalizzazione della violenza nei contesti assistenziali. Gli operatori, in particolare quelli impiegati nei servizi di emergenza, nei pronto soccorso e nei reparti psichiatrici, tendono a considerare le aggressioni verbali e fisiche come un elemento inevitabile della pratica professionale. Tale percezione

determina un progressivo innalzamento della soglia di tolleranza verso gli episodi di violenza e contribuisce a ridurre la propensione alla segnalazione. La sotto-segnalazione rappresenta una delle principali criticità organizzative evidenziate dagli studi inclusi. Essa non è riconducibile esclusivamente a fattori individuali, ma riflette la presenza di una cultura organizzativa caratterizzata da scarsa fiducia nei sistemi di *reporting*, assenza di *feedback*, timore di ritorsioni e percezione dell'inutilità della segnalazione. Pich et al. (Pich et al. 2011) descrivono come gli infermieri di triage considerino le aggressioni parte integrante del proprio lavoro, mentre Zarei et al. (Zarei et al. 2026) documentano una diffusa percezione di inutilità del *reporting* negli ambienti chirurgici. Connell et al. (Connell et al. 2026) interpretano tale fenomeno come espressione di una debole cultura della sicurezza e di una governance insufficiente. L'insieme di questi elementi evidenzia come la normalizzazione della violenza costituisca una barriera organizzativa alla prevenzione, impedendo alle organizzazioni di conoscere la reale dimensione del fenomeno e di implementare interventi correttivi basati sulle evidenze.

ii. Distribuzione del rischio e variabilità nei contesti assistenziali: Le evidenze dimostrano che il rischio di aggressione non è uniforme nei diversi *setting* assistenziali, ma varia in funzione delle caratteristiche cliniche, organizzative e ambientali dei servizi. I reparti di emergenza e i servizi di triage presentano una

maggiore esposizione a causa del sovraffollamento, dei tempi di attesa, della presenza di utenti sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti e della pressione emotiva associata alle condizioni cliniche acute. Nei servizi psichiatrici il rischio è prevalentemente correlato alle alterazioni dello stato mentale, ai disturbi comportamentali e alla necessità di mantenere un equilibrio tra sicurezza e relazione terapeutica. Nell'assistenza domiciliare assumono particolare rilevanza l'isolamento dell'operatore, l'assenza di sistemi di protezione ambientale e la limitata disponibilità di supporto immediato, mentre nell'emergenza territoriale la sicurezza dipende fortemente dalla qualità delle informazioni disponibili prima dell'intervento e dalla collaborazione con le Forze dell'Ordine. La sala operatoria rappresenta invece un contesto peculiare, nel quale prevalgono forme di violenza orizzontale e verticale legate alle dinamiche gerarchiche e organizzative.

iii. Determinanti della violenza: un modello ecologico e sistemico: La revisione evidenzia come la violenza derivi dall'interazione dinamica di molteplici fattori appartenenti a livelli differenti. Gli studi convergono verso un modello ecologico, nel quale concorrono simultaneamente: a) fattori individuali dell'aggressore, b) caratteristiche dell'operatore, c) dinamiche relazionali, d) fattori organizzativi, e) caratteristiche ambientali, f) determinanti socioculturali. In tale prospettiva la violenza non può essere interpretata come il risultato del comportamento del

singolo paziente, ma rappresenta l'esito di un'interazione complessa tra individuo, organizzazione e sistema sanitario. Il modello sviluppato da Riihimäki et al. (Riihimäki et al. 2026) costituisce una delle migliori rappresentazioni di questa visione sistemica.

iv. *Leadership*, governance e cultura della sicurezza: Uno dei risultati più consistenti riguarda il ruolo della *leadership* organizzativa. Le organizzazioni caratterizzate da *leadership* visibile, supportiva e orientata alla sicurezza presentano livelli più elevati di fiducia degli operatori nella gestione della violenza, maggiore propensione alla segnalazione e migliore implementazione delle strategie preventive. Gli studi evidenziano come una governance efficace richieda: a) politiche di "zero tolerance", b) responsabilità chiaramente definite, c) sistemi di monitoraggio, d) allocazione di risorse, e) coinvolgimento degli operatori, f) *accountability* dei livelli direzionali. La prevenzione della violenza emerge quindi come un elemento integrante della *clinical governance* e della *patient safety*.

v. Valutazione dinamica del rischio e pianificazione preventiva: La letteratura sottolinea che la valutazione del rischio deve essere considerata un processo continuo piuttosto che un'attività puntuale. Gli strumenti maggiormente efficaci integrano: a) anamnesi comportamentale, b) fattori clinici, c) segnali precoci di *escalation*, d) caratteristiche ambientali, e) informazioni provenienti dalla famiglia

e dai servizi territoriali. Particolarmente innovativi risultano i piani collaborativi personalizzati descritti da Berlin et al., (Berlin et al. 2025) che consentono di condividere preventivamente strategie di gestione tra paziente e operatori.

vi. Formazione e sviluppo delle competenze organizzative: La formazione rappresenta l'intervento più frequentemente descritto dalla letteratura. Tuttavia emerge chiaramente come la sola formazione non sia sufficiente a ridurre il fenomeno della violenza se non inserita all'interno di una strategia organizzativa più ampia. I programmi più efficaci sono caratterizzati da: a) simulazione, b) esercitazioni pratiche, c) scenari realistici, d) formazione interprofessionale, e) aggiornamento periodico, f) integrazione con protocolli organizzativi. La formazione viene quindi interpretata come uno strumento di sviluppo delle competenze organizzative e non esclusivamente individuali.

vii. Strategie organizzative di prevenzione e gestione dell'evento aggressivo: Durante l'evento aggressivo gli studi convergono sull'importanza di un approccio graduale e proporzionato. Tra gli interventi maggiormente efficaci emergono: a) comunicazione terapeutica, b) tecniche di *de-escalation*[7], c) *disengagement*[8], d)

[7] Le tecniche di *descalation* sono insiemi di strategie verbali, non verbali e ambientali volte a ridurre la tensione e l'aggressività di una persona. I pilastri fondamentali includono la comunicazione verbale calma, la gestione della postura corporea e il controllo dello spazio circostante.

[8] Il termine *disengagement* (in italiano disimpegno o distacco) indica la mancanza di coinvolgimento, interesse o partecipazione. Può riferirsi a vari ambiti, come il lavoro, la psicologia o le relazioni sociali

osservazione graduata, e) richiesta precoce di supporto, f) utilizzo appropriato delle misure contenitive. Le misure restrittive rappresentano esclusivamente l'ultima fase del processo assistenziale e devono essere integrate in procedure cliniche rigorosamente definite.

viii. Ambiente di lavoro, organizzazione dei servizi e sicurezza strutturale: La sicurezza degli operatori dipende anche dall'organizzazione fisica degli ambienti e dalla pianificazione dei servizi. Gli studi individuano come elementi prioritari: a) controllo degli accessi, b) sistemi di allarme, c) videosorveglianza, d) *layout* sicuro, e) adeguato *staffing*[9], f) gestione dei carichi di lavoro, g) riduzione del sovraffollamento. Nei servizi domiciliari assumono particolare rilevanza la valutazione preventiva del rischio, i *briefing* pre-visita, gli interventi in coppia e la disponibilità di sistemi di geolocalizzazione.

ix. *Reporting*, apprendimento organizzativo e miglioramento continuo: Gli studi evidenziano che il sistema di segnalazione rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione. Un sistema efficace deve essere: a) semplice, b) non punitivo, c) facilmente accessibile, e) orientato al *feedback*, f) integrato nei processi di gestione del rischio. L'obiettivo non consiste esclusivamente nella raccolta delle

[9] Lo *staffing* è il processo aziendale di ricerca, selezione, inserimento e gestione del personale per coprire ruoli organizzativi o progetti specifici. Comprende la pianificazione delle risorse umane, il reclutamento, la formazione, la valutazione delle prestazioni e la definizione dei compensi

segnalazioni, ma nella trasformazione delle informazioni raccolte in interventi di miglioramento organizzativo secondo i principi del ciclo di apprendimento continuo.

x. Supporto agli operatori, resilienza organizzativa e miglioramento continuo: L'ultima macro-area riguarda la gestione delle conseguenze della violenza. Le evidenze dimostrano che il supporto post-evento rappresenta una componente essenziale della prevenzione secondaria. Gli interventi maggiormente raccomandati comprendono: a) primo supporto psicologico, b) *debriefing* strutturato, c) *peer support*, d) *counselling*, e) tutela legale, f) *follow-up* programmato. Parallelamente, gli studi più recenti evidenziano la necessità di coinvolgere gli operatori nella progettazione delle strategie preventive (*co-design*), promuovendo processi partecipativi e sistemi di valutazione continua degli interventi implementati.

3.3 PARAGRAFO: MODELLO INTERPRETATIVO INTEGRATO

La sintesi permette di proporre un modello organizzativo ciclico articolato in cinque fasi. Il modello non è una nuova scala di valutazione, ma una cornice per organizzare gli interventi emersi dagli studi: a) Conoscere il rischio: Mappatura di eventi, quasi-eventi, luoghi, processi, orari, aggressori, esposizioni ripetute e conseguenze; ascolto degli operatori; b) Preparare il sistema: *Governance*, *policy*, *staffing*, ambiente,

sicurezza, collaborazione interistituzionale, *assessment* e piani personalizzati; c) Agire precocemente: Riconoscimento dei segnali, comunicazione, *de-escalation*, richiesta di supporto, *disengagement* e risposta coordinata; d) Proteggere e sostenere: Assistenza immediata all'operatore, *debriefing*, supporto psicologico e legale, protezione della dignità e rientro al lavoro; e) Imparare e migliorare: *Reporting*, analisi delle cause, *feedback*, azioni correttive, indicatori, audit e revisione periodica degli interventi.

La Tabella 3.4 propone una classificazione degli interventi organizzativi emersi dalla *Scoping Review*, organizzandoli secondo le diverse fasi del processo di gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie. In particolare, gli interventi sono distinti nelle fasi pre-evento, durante l'evento e post-evento, evidenziando per ciascuna di esse le principali componenti organizzative, alcuni esempi applicativi e i relativi *outcomes* attesi.

Tale classificazione consente di rappresentare la prevenzione della violenza come un processo continuo e integrato, nel quale gli interventi non si limitano alla gestione dell'episodio aggressivo, ma comprendono attività di pianificazione, valutazione del rischio, formazione, risposta operativa, supporto agli operatori e apprendimento organizzativo. La tabella sintetizza pertanto le principali strategie organizzative identificate dalla revisione della letteratura, offrendo un modello interpretativo utile

per la progettazione di programmi aziendali di prevenzione e gestione della violenza nei contesti sanitari.

Tabella 3.4 - Classificazione degli interventi per-fase

Fase	**Componenti**	**Esempi operativi**	**Outcomes attesi**
Pre-evento	*Governance* e *policy*	Programma aziendale, comitato multiprofessionale, responsabilità, *budget*, tolleranza zero applicata.	Chiarezza organizzativa, fiducia, riduzione dei fattori di rischio.
Pre-evento	*Assessment* e pianificazione	*Screening* dinamico, *flag* clinici proporzionati, *briefing*, piani collaborativi, criteri di *escalation*.	Anticipazione del rischio e risposta coerente.
Pre-evento	Organizzazione e ambiente	*Staffing*, controllo accessi, allarmi, *layout*, riduzione attese, visite domiciliari in coppia.	Riduzione di opportunità e gravità degli eventi.
Pre/durante	Formazione e simulazione	Comunicazione, *de-escalation,*	Conoscenze, autoefficacia, prestazione di team.

Fase	Componenti	Esempi operativi	Outcomes attesi
		disengagement, team response, reporting.	
Durante	Risposta operativa	Allarme, supporto, distanza, vie di fuga, intervento sicurezza/polizia, contenimento proporzionato.	Riduzione di *escalation*, lesioni e durata.
Post-evento	Cura e tutela	Primo soccorso, supporto psicologico, medico competente, tutela legale, *follow-up*.	Recupero, riduzione *distress*/PTSD, *retention*.
Post-evento	*Reporting* e apprendimento	Segnalazione semplice, analisi multidisciplinare, *feedback, audit*, azioni correttive.	Aumento segnalazione utile, cultura della sicurezza, miglioramento continuo.

L'organizzazione delle evidenze nelle macro-tematiche individuate riflette un approccio sistemico alla prevenzione e alla gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, in linea con i principali modelli teorici e con le raccomandazioni internazionali sviluppate nell'ambito della *Workplace Violence*

Prevention. Tale articolazione è coerente con l'impostazione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization - WHO), dall'International Labour Organization (ILO), dall'*International Council of Nurses* (ICN) e dalle più recenti revisioni sistematiche, che interpretano la violenza non come un evento riconducibile esclusivamente al comportamento del singolo aggressore, bensì come un fenomeno multifattoriale e sistemico, risultante dall'interazione tra fattori individuali, relazionali, organizzativi, ambientali e socio-culturali.

In questa prospettiva, le macro-tematiche emerse dalla *Scoping Review* non rappresentano categorie indipendenti, ma componenti strettamente interconnesse di un unico sistema di gestione del rischio. La loro organizzazione segue il percorso logico attraverso cui il fenomeno viene affrontato nelle organizzazioni sanitarie: dalla comprensione delle determinanti della violenza e dei contesti a maggiore esposizione, alla definizione delle strategie di governance, valutazione del rischio, prevenzione, gestione dell'evento, apprendimento organizzativo e supporto agli operatori. Tale impostazione consente di integrare le evidenze provenienti da studi eterogenei, facilitandone l'interpretazione e mettendo in luce le relazioni esistenti tra i diversi livelli di intervento. L'adozione di questa struttura interpretativa conferisce maggiore robustezza metodologica alla sintesi delle evidenze, favorendo una lettura organica dei risultati e consentendo di individuare con maggiore chiarezza le principali strategie

organizzative efficaci per la prevenzione e la gestione della violenza nei contesti sanitari.

3.4 PARAGRAFO: LIMITI DELLA REVISIONE

La presente *Scoping Review* presenta alcuni limiti metodologici che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, la revisione ha avuto come obiettivo la mappatura delle evidenze disponibili piuttosto che la valutazione dell'efficacia degli interventi organizzativi. Coerentemente con la metodologia delle *Scoping Review*, non è stata pertanto effettuata una valutazione critica della qualità metodologica degli studi inclusi né del rischio di *bias*, limitando la possibilità di formulare conclusioni definitive sull'efficacia comparativa delle diverse strategie di prevenzione. Un ulteriore limite è rappresentato dall'elevata eterogeneità degli studi selezionati, che differiscono per disegno di ricerca, contesto assistenziale, popolazione studiata, definizioni operative di violenza, strumenti di rilevazione e *outcomes* considerati. Tale variabilità ha reso impossibile una sintesi quantitativa dei risultati e ha richiesto un approccio narrativo orientato all'identificazione delle principali macro-tematiche emergenti.

La distribuzione geografica degli studi evidenzia inoltre una prevalenza di evidenze provenienti da Paesi ad alto reddito, con una limitata rappresentazione dei sistemi sanitari appartenenti a contesti socioeconomici differenti. Ciò può ridurre la

trasferibilità di alcune strategie organizzative in realtà caratterizzate da differenti modelli assistenziali, disponibilità di risorse e assetti organizzativi.

Infine, la maggior parte degli studi presenta un disegno osservazionale o qualitativo, mentre risultano ancora limitate le evidenze derivanti da studi sperimentali o quasi-sperimentali in grado di valutare l'efficacia delle strategie organizzative mediante indicatori oggettivi di esito.

La revisione ha evidenziato numerose aree ancora insufficientemente esplorate dalla letteratura scientifica. Una prima criticità riguarda la limitata disponibilità di studi che valutino gli effetti degli interventi organizzativi attraverso disegni sperimentali rigorosi. La maggior parte delle evidenze descrive infatti esperienze locali, programmi formativi o analisi osservazionali, mentre risultano ancora poco diffusi studi multicentrici prospettici e trial controllati finalizzati alla valutazione dell'efficacia delle strategie di prevenzione.

Un'ulteriore lacuna riguarda l'assenza di indicatori standardizzati per la misurazione degli esiti. Gli studi utilizzano definizioni differenti di violenza, strumenti eterogenei di raccolta dati e *outcomes* non uniformi, rendendo difficile il confronto tra le diverse esperienze e la produzione di evidenze cumulative.

La letteratura appare inoltre prevalentemente focalizzata sugli interventi rivolti al singolo operatore, con una minore attenzione alle componenti organizzative e

sistemiche della prevenzione. Rimangono ancora limitate le evidenze riguardanti il ruolo della *leadership*, della cultura della sicurezza, della governance clinica, della progettazione degli ambienti di lavoro, dei sistemi di *reporting* e dell'integrazione tra gestione del rischio clinico e salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Emergono inoltre limitate conoscenze relativamente ad alcuni contesti assistenziali, quali l'assistenza territoriale, i servizi domiciliari, le strutture residenziali, le centrali operative e l'emergenza extraospedaliera, nei quali le caratteristiche organizzative differiscono significativamente rispetto ai tradizionali contesti ospedalieri.

Le future linee di ricerca dovrebbero pertanto orientarsi verso lo sviluppo e la valutazione di modelli organizzativi integrati, capaci di combinare interventi di *leadership*, formazione, valutazione del rischio, progettazione ambientale, sistemi di *reporting*, supporto post-evento e monitoraggio continuo degli indicatori di sicurezza. Parallelamente, risulta necessario promuovere studi multicentrici che adottino metodologie standardizzate e indicatori condivisi, al fine di consentire confronti internazionali e favorire la trasferibilità delle migliori pratiche.

In conclusione, la prima fase dello studio, condotta attraverso una *Scoping Review*, ha consentito di mappare e sistematizzare le evidenze scientifiche disponibili relative agli interventi organizzativi finalizzati alla prevenzione e alla gestione della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie. L’analisi della letteratura ha

evidenziato la natura complessa e multifattoriale del fenomeno, sottolineandone la stretta interconnessione con i processi organizzativi e le modalità di gestione dei servizi sanitari. Le evidenze raccolte dimostrano che la prevenzione della violenza non può essere affidata a singoli interventi isolati, quali la sola formazione degli operatori o l'introduzione di specifiche misure di sicurezza, ma richiede l'adozione di un approccio sistemico e multidimensionale. In tale prospettiva, *leadership*, cultura della sicurezza, *governance* clinica, valutazione dinamica del rischio, organizzazione del lavoro, progettazione degli ambienti assistenziali, sistemi di *reporting*, supporto agli operatori e miglioramento continuo rappresentano componenti strettamente integrate di un unico modello organizzativo di prevenzione. La revisione evidenzia inoltre come la partecipazione attiva degli operatori alla progettazione degli interventi, il rafforzamento della cultura della segnalazione e l'utilizzo sistematico delle informazioni derivanti dagli eventi aggressivi costituiscano elementi fondamentali per promuovere organizzazioni sanitarie resilienti e orientate all'apprendimento. Nel complesso, i risultati della presente revisione forniscono un quadro conoscitivo utile a supportare decisori, manager sanitari e professionisti nella progettazione di strategie organizzative *evidence-based*, contribuendo allo sviluppo di ambienti di lavoro più sicuri per gli operatori e, conseguentemente, al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure erogate ai pazienti.

4. CAPITOLO: STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO RETROSPETTIVO

Il monitoraggio degli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie costituisce una delle principali attività istituzionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), istituito ai sensi dell'art. 2 della Legge 14 agosto 2020, n. 113. L'obiettivo del sistema di monitoraggio è quello di disporre di un quadro conoscitivo omogeneo del fenomeno a livello nazionale, attraverso la raccolta sistematica delle segnalazioni di aggressione subite dagli operatori durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Fin dalla propria istituzione, l'ONSEPS ha promosso la costruzione di un sistema nazionale di rilevazione finalizzato non solo alla quantificazione dell'entità del fenomeno, ma anche all'identificazione dei principali fattori di rischio, dei contesti assistenziali maggiormente esposti e delle caratteristiche epidemiologiche degli episodi di violenza. Parallelamente, l'Osservatorio ha perseguito l'obiettivo di favorire la cultura della segnalazione tra i professionisti sanitari, riconoscendo il *reporting* degli eventi quale presupposto indispensabile per lo sviluppo di efficaci strategie di prevenzione e gestione del rischio.

Il sistema di monitoraggio è attualmente interessato da un processo di progressiva evoluzione, finalizzato all'implementazione di un flusso informativo nazionale dedicato, sviluppato attraverso la collaborazione tra l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità (ONBP), AGENAS, il Ministero della Salute e i Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario (CRGRS). Tale iniziativa mira a garantire una maggiore omogeneità, completezza e qualità dei dati raccolti, favorendone la standardizzazione e la comparabilità a livello nazionale.

Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari

Il sistema nazionale di monitoraggio adottato dall'ONSEPS si fonda su un approccio integrato, che utilizza differenti fonti informative complementari, ciascuna finalizzata a rilevare specifici aspetti del fenomeno delle aggressioni.

La principale fonte informativa è rappresentata dai Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario (CRGRS), che raccolgono le segnalazioni di aggressione attraverso i sistemi regionali di *incident reporting*, coordinati dall'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità (ONBP). All'interno di tale flusso confluiscono anche gli eventi classificati nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), limitatamente agli episodi che configurano eventi sentinella con esiti permanenti o mortali.

A tale fonte si affiancano le indagini annuali promosse dalle Federazioni Nazionali degli Ordini professionali, finalizzate alla raccolta standardizzata delle informazioni direttamente dagli iscritti agli Ordini, nonché i dati relativi agli infortuni denunciati all'INAIL, limitatamente agli episodi di aggressione che abbiano determinato un'assenza lavorativa superiore a tre giorni. Completano il sistema informativo i dati provenienti da altri enti istituzionali, quali la Croce Rossa Italiana, e quelli forniti dal Ministero dell'Interno, relativi all'andamento della criminalità e alle attività di contrasto.

L'integrazione di molteplici fonti informative consente di ampliare la capacità di rilevazione del fenomeno, pur permanendo una limitata sovrapposizione tra i diversi sistemi. Uno stesso episodio può infatti essere registrato attraverso differenti flussi informativi (*Incident reporting*, *Survey* degli Ordini professionali, SIMES o INAIL), mentre nessuna delle singole fonti è in grado di descrivere in maniera esaustiva l'intero fenomeno. Per tale motivo, l'ONSEPS ha avviato un percorso di progressiva armonizzazione dei sistemi di raccolta dati, finalizzato alla realizzazione di un flusso informativo nazionale dedicato alle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari.

È opportuno evidenziare che il sistema di raccolta si basa prevalentemente sulla segnalazione volontaria degli episodi da parte degli operatori. Di conseguenza, i dati

disponibili descrivono il fenomeno in maniera verosimilmente sottostimata rispetto alla reale incidenza degli eventi; tuttavia, il progressivo sviluppo degli strumenti di segnalazione e la diffusione della cultura del *reporting* stanno contribuendo ad incrementare la completezza delle rilevazioni e a ridurre il fenomeno della sotto-segnalazione.

4.1 PARAGRAFO: SCHEDA DI RILEVAZIONE

Nell'ambito delle attività finalizzate alla costruzione del futuro flusso informativo nazionale, nel corso del 2025 l'ONSEPS, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità (ONBP), AGENAS e le Direzioni Generali della Programmazione Sanitaria e dei Sistemi Informativi del Ministero della Salute, ha adottato una scheda standardizzata di raccolta dati, utilizzata dai Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario per la trasmissione delle informazioni relative agli episodi di aggressione verificatisi nell'anno 2025. Tale strumento rappresenta il primo elemento operativo del futuro sistema informativo nazionale dedicato al monitoraggio della violenza nei confronti degli operatori sanitari. La scheda di rilevazione è stata progettata per raccogliere informazioni omogenee sulle principali caratteristiche epidemiologiche degli eventi ed è articolata in undici variabili principali. In particolare, consente di rilevare il numero delle segnalazioni, il settore di appartenenza della struttura sanitaria (pubblica o privata accreditata), il sesso, la classe

di età e la qualifica professionale dell'operatore coinvolto, il numero complessivo degli operatori aggrediti, il giorno della settimana e la fascia oraria dell'evento, il setting assistenziale in cui si è verificata l'aggressione, la tipologia di aggressione (fisica, verbale o contro la proprietà) e la tipologia dell'aggressore (utente/paziente, familiare o caregiver, soggetto estraneo).

L'ONSEPS evidenzia che alcune variabili prevedono la possibilità di risposta multipla e che non tutte le Regioni raccolgono attualmente l'intero set informativo previsto dalla scheda. Inoltre, uno stesso episodio può coinvolgere contemporaneamente più operatori sanitari oppure essere classificato con più tipologie di aggressione, determinando possibili differenze tra il numero complessivo delle segnalazioni e il numero degli operatori coinvolti. Tali aspetti devono essere attentamente considerati nella fase di interpretazione dei dati epidemiologici.

La scheda di rilevazione 2025 (Tabella 4.1) rappresenta pertanto un importante passo verso la standardizzazione della raccolta dati a livello nazionale e costituisce la base metodologica per la futura implementazione di un sistema informativo strutturato, uniforme e condiviso, finalizzato al monitoraggio epidemiologico degli episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.

Tabella 4.1 - Scheda di rilevazione dati

SCHEDA DI SINTESI DEI DATI RACCOLTI AI FINI DELL'ONSEPS PER L'ANNO:			
Regione:			
Struttura / Ente:			
id	**Variabile**	**Modalità**	**Numero**
1	Numero di segnalazioni		
2	Settore	Pubblico	
		Privato accreditato convenzionato SSR	
3	Sesso	Maschio	
		Femmina	
4	Età	Fino a 29 anni	
		30-39 anni	
		40-49 anni	
		50-59 anni	
		60 anni e più	
5	Qualifica professionale	Assistente Sanitario	
		Biologo	
		Chimico	
		Dietista	
		Educatore Professionale	
		Farmacista	
		Fisico	
		Fisioterapista	
		Igienista Dentale	
		Infermiere	
		Infermiere pediatrico	
		Logopedista	

		Medico chirurgo	
		Medico veterinario	
		Odontoiatra	
		Ortottista-Assistente di Oftalmologia	
		Ostetrica/o	
		Podologo	
		Psicologo	
		Tecnico Audiometrista	
		Tecnico Audioprotesista	
		Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	
		Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	
		Tecnico di Neurofisiopatologia	
		Tecnico Ortopedico Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	
		Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	
		Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	
		Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	
		Terapista Occupazionale	
		Assistente sociale	
		Operatore Socio Sanitario (OSS)	
		Dipendenti non sanitari / Front office	
		Altro: specificare	
6	N. totale operatori coinvolti		0
7	Giorno evento	Feriale	
		Festivo	

8	Fascia oraria	Mattina	
		Pomeriggio	
		Sera/Notte	
9	Setting	**Ospedale:**	
		Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)	
		Pronto Soccorso	
		Area di Degenza	
		Aree comuni	
		Ambulatorio	
		Territorio:	
		Servizi per le Dipendenze	
		Servizi Psichiatrici Territoriali/REMS	
		Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale	
		MMG, PLS, Continuità assistenziale	
		Ambulatori territoriali	
		Domicilio del paziente	
		Istituti Penitenziari	
		Case/Ospedali di Comunità	
		RSA / Residenze Protette	
		Altro: (specificare)	
10	Tipo di aggressione (si può selezionare più di una opzione)	Fisica	
		Verbale	
		Contro la proprietà	
11	Tipo di aggressore	Utente / Paziente	
		Parente / caregiver / conoscente	

		Estraneo	

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS) - Scheda di rilevazione aggressioni 2025

4.2 PARAGRAFO: FONTI DATI REGIONE MARCHE

Per l'analisi dei dati sono state utilizzate le schede di rilevazione compilate dagli Enti partecipanti al monitoraggio relativo all'anno 2025, elencati nella Tabella 4.2.

Tabella 4.2 - Enti partecipanti al monitoraggio della violenza sugli operatori sanitari e socio-sanitari – Anno 2025

Enti Pubblici del SSR	**Enti privati accreditati e convenzionati con il SSR**
• AST di Pesaro e Urbino • AST di Ancona • AST di Macerata • AST di Fermo • AST di Ascoli Piceno	• BIOLAB • Laboratorio Analisi Croce Azzurra • Residenza "Villa Fastiggi" – Pesaro • IRCR Macerata • CDR Frasassi • CDC "Villa dei Pini" • Bioesis (AST AN – Jesi)

• Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche (AOUM) • Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (INRCA) di Ancona	• ClinicaLab (AST MC-Civitanova Marche) • FisiomedLab (AST MC-Civitanova Marche) • CoriB (AST MC-Monte San Giusto) • Laboratorio Analisi Cliniche (AST MC Tolentino) • Biolab (AST AP)

4.3 PARAGRAFO: CAMPIONAMENTO

Il modello organizzativo della rete sanitaria e sociosanitaria della Regione Marche, delineato dalla Legge Regionale n. 19/2022, è il seguente:

a) Aziende sanitarie territoriali (AST) che si articolano in distretti, dipartimenti, uno o più presìdi ospedalieri. Sono Aziende sanitarie territoriali (AST):
    a. AST Pesaro-Urbino
    b. AST Ancona
    c. AST Macerata
    d. AST Fermo

e. AST Ascoli Piceno

b) Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche

c) Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (INRCA) di Ancona.

La raccolta dei dati è stata realizzata mediante un approccio multicentrico regionale. Per quanto concerne gli Enti Pubblici del Sistema Sanitario Regionale (SSR), è stato adottato un approccio di tipo censuario, mediante trasmissione di una nota istituzionale trasmessa dall'Agenzia regionale Sanitaria della regione Marche, a tutti i sette Enti regionali (AST PU – AST AN – AST MC – AST FM – AST AP – AOUM – INRCA), con l'obiettivo di includere l'intera popolazione di riferimento e ridurre il rischio di *bias* di selezione. Ciascun Ente comprende, al proprio interno, più stabilimenti e strutture sanitarie ad esso afferenti, come riportato nell'anagrafica regionale utilizzata per la rilevazione (allegato 3). La raccolta dei dati è stata pertanto effettuata da ogni singolo Ente in maniera aggregata e sistematica, includendo le segnalazioni provenienti da tutti gli stabilimenti di propria competenza. Ne consegue che la rilevazione, pur essendo organizzata e trasmessa a livello di Ente, ha interessato complessivamente l'insieme degli stabilimenti afferenti ai sette Enti del SSR, assicurando una copertura estesa dell'intera rete assistenziale regionale considerata nello studio (totale n=21 stabilimenti).

Parallelamente, al fine di estendere la rilevazione al comparto privato accreditato e convenzionato e garantire una più ampia rappresentatività del fenomeno a livello regionale, nell'ambito delle attività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente della Regione Marche (CeRGeRS) [10], è stata richiesta la collaborazione dei referenti delle associazioni di categoria, invitandoli a promuovere e favorire l'adesione alla rilevazione delle strutture private operanti sul territorio regionale.

In tale contesto, il reclutamento delle strutture è avvenuto su base volontaria, configurando un campionamento non probabilistico di convenienza (*convenience sampling*), mediato dal coinvolgimento delle rappresentanze associative di settore. Nel complesso, il campionamento può essere definito come un approccio misto, caratterizzato da una rilevazione censuaria per il comparto pubblico e da un arruolamento volontario non probabilistico per il comparto privato convenzionato, con l'obiettivo di garantire una copertura quanto più ampia e rappresentativa del contesto sanitario regionale. La scheda di rilevazione degli episodi di violenza è stata formalmente trasmessa a tutti gli Enti del SSR; in particolare, per gli Enti pubblici del

[10] Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (CeRGeRS) è l'organismo tecnico regionale deputato al coordinamento delle attività di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure del SSR Marche, istituito in attuazione della Legge n. 24/2017 mediante DGR Marche n. 1093/2018 e successivamente ridefinito con DGR n. 264/2024.

SSR la trasmissione è avvenuta mediante comunicazione formale indirizzata alle rispettive Direzioni Generali, mentre per le strutture private accreditate/convenzionate la diffusione della scheda è stata realizzata attraverso il coinvolgimento dei rappresentanti regionali delle associazioni di categoria di riferimento, nell'ambito delle attività di coordinamento del CeRGeRS, organismo tecnico regionale preposto al monitoraggio, all'analisi e alla prevenzione del rischio clinico.

Sono stati utilizzati i dati relativi al personale in servizio al 31/12/2025 degli Enti Pubblici del SSR, suddivisi per le professioni maggiormente colpite (Medici e Infermieri) e totale degli operatori, utilizzando i dati forniti dall'Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche.

4.4 PARAGRAFO: RAPPORTO AGENAS "PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE-DATI 2023" EDIZIONE SETTEMBRE 2025

Il Rapporto AGENAS sul personale del Servizio Sanitario Nazionale, riferito ai dati dell'anno 2023 e pubblicato nel settembre 2025[11], descrive la consistenza e la distribuzione del personale in servizio nel SSN, articolandola per categoria professionale e genere, come riportato nella Tabella 4.3.

[11] https://www.agenas.gov.it/images/2025/personale_ssn/Rapporto_personale_ssn_2025.pdf

Tabella 4.3 - Il personale in servizio nel SSN nell'anno 2023

CATEGORIA PROFESSIONALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
ASSISTENTI	13.540	24.218	37.758
BIOLOGI	805	3.797	4.602
CHIMICI	157	207	364
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	1.119	1.632	2.751
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.084	457	1.541
DIR. RUOLO TECNICO	507	463	970
DIRETTORI GENERALI	504	243	747
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE	350	459	809
FARMACISTI	714	2.777	3.491
FISICI	369	471	840
MEDICI	**50.680**	**58.344**	**109.024**
ODONTOIATRI	94	58	152
OPERATORI	28.302	67.712	96.014
PERSONALE CONTRATTISTA	45	23	68
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	61	34	95
PERSONALE DI SUPPORTO	14.527	21.002	35.529
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI - INFERMIERI	**97.595**	**295.673**	**393.268**
PROFILI RUOLO RICERCA SANITARIA	546	1.869	2.415

PSICOLOGI	954	4.688	5.642
VETERINARI	3.096	1.994	5.090
Totale complessivo	**215.049**	**486.121**	**701.170**

Fonte: Elaborazione AGENAS su Conto Annuale (CA) 2023

La Tabella 4.4 riporta, per entrambe le categorie professionali, il confronto tra gli anni 2013, 2019 e 2023, nonché le variazioni percentuali registrate nel 2023 rispetto al 2013 e al 2019. Nel 2023, nella Regione Marche risultano in servizio 3.038 medici e 8.196 infermieri, per un totale di 11.234 professionisti appartenenti alle due categorie considerate. L'andamento temporale evidenzia una sostanziale stabilità degli organici: rispetto al 2019, il numero dei medici registra un lieve incremento (+1,17%), mentre quello degli infermieri presenta una contenuta riduzione (−0,41%).

Tabella 4.4 - Medici e infermieri del SSN nella Regione Marche: confronto anni 2013, 2019 e 2023

Categoria professionale	2013	2019	2023	Δ 2023–2013	Δ 2023–2019
Medici	2.997	3.003	**3.038**	+1,37%	+1,17%
Infermieri	8.237	8.230	**8.196**	−0,50%	−0,41%
Totale Medici + Infermieri (*)	**11.234**	**11.233**	**11.234**	—	—

Fonte: Elaborazione su dati AGENAS, Il personale del Servizio Sanitario Nazionale – Dati 2023, settembre 2025; dati del Conto Annuale (CA) del personale 2013, 2019 e 2023. (*) Il totale Medici + Infermieri è stato calcolato mediante somma dei valori riportati nelle rispettive tabelle AGENAS.

4.5 PARAGRAFO: CONTO ANNUALE DEL PERSONALE DEL SSR MARCHE (2024 – 2025)

Le tabelle 4.5 e 4.6 descrivono la consistenza del personale dipendente, a tempo determinato e indeterminato, in servizio negli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale delle Marche al 31 dicembre 2024 e al 31 dicembre 2025. Nel periodo considerato, il personale complessivo passa da 17.977 unità nel 2024 a 17.622 nel 2025, con una riduzione di 355 unità (-2,0%). In controtendenza risultano le due categorie

professionali maggiormente coinvolte negli episodi di violenza analizzati nello studio: i dirigenti medici aumentano da 3.296 a 3.378 (+2,5%), mentre il personale infermieristico passa da 9.195 a 9.244 unità (+0,5%). Complessivamente, medici e infermieri aumentano quindi da 12.491 a 12.622 unità (+1,0%). Tali dati assumono particolare rilevanza nell'analisi statistica, poiché consentono di utilizzare la consistenza del personale effettivamente in servizio nei due anni come denominatore di esposizione, permettendo di rapportare il numero degli eventi e degli operatori coinvolti alla popolazione professionale di riferimento e di effettuare confronti temporali che tengano conto delle variazioni degli organici.

Tabella 4.5 - Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio al 31.12.2024 nel SSR

ENTE	DIRIGENTI MEDICI	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	PERSONALE INFERMIERISTICO	PERSONALE SANITARIO TECNICO E DELLA RIABILITAZIONE	PERSONALE RUOLO SOCIO SANITARIO	ALTRO PERSONALE	TOTALE
AST 1 PESARO URBINO	624	138	6	1882	425	470	97	**3642**
AST 2 ANCONA	623	156	5	1769	371	566	51	**3541**
AST 3 MACERATA	522	107	5	1535	329	359	35	**2892**
AST 4 FERMO	234	56	3	736	187	155	21	**1392**
AST 5 ASCOLI PICENO	392	74	7	1069	240	303	51	**2136**
AZ.OSP. UNIVERSITARIA DELLE MARCHE	695	73	2	1716	343	240	236	**3305**
I.N.R.C.A.	206	37	1	488	130	163	44	**1069**
TOTALE	**3296**	**641**	**29**	**9195**	**2025**	**2256**	**535**	**17977**

Tabella 4.6 - Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio al 31.12.2025 nel SSR

ENTE	DIRIGENTI MEDICI	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	PERSONALE INFERMIERISTICO	PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	PERSONALE SANITARIO TECNICO E DELLA RIABILITAZIONE	ALTRO PERSONALE	TOTALE
AST 1 PESARO URBINO	637	136	5	1879	352	433	92	**3534**
AST 2 ANCONA	660	163	5	1787	345	381	45	**3386**
AST 3 MACERATA	523	110	5	1531	298	325	30	**2822**
AST 4 FERMO	244	55	3	744	183	193	20	**1442**
AST 5 ASCOLI PICENO	398	77	6	1074	229	246	50	**2080**
AZ.OSP. UNIVERSITARIA DELLE MARCHE	709	74	2	1749	241	361	208	**3344**
I.N.R.C.A.	207	36	1	480	124	123	43	**1014**
TOTALE	**3378**	**651**	**27**	**9244**	**1772**	**2062**	**488**	**17622**

5. CAPITOLO: ANALISI STATISTICA

5.1 PARAGRAFO: METODI DI ANALISI STATISTICA

L'analisi statistica è stata condotta mediante un approccio descrittivo e inferenziale, finalizzato a caratterizzare la distribuzione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari, identificare eventuali differenze tra strutture e settori assistenziali e quantificare i rapporti di frequenza tra le categorie considerate.

Le frequenze assolute rappresentano il numero di osservazioni appartenenti a una determinata categoria, mentre le frequenze relative esprimono la proporzione delle osservazioni rispetto al totale. La frequenza relativa percentuale è calcolata mediante la formula:

$$f_i(\%) = \frac{n_i}{N} \times 100$$

Dove:

n_i = numero di osservazioni appartenenti alla categoria considerata
N = numero complessivo di osservazioni valide per la variabile

Queste misure consentono di descrivere la composizione degli eventi, ma non permettono di stimare il rischio individuale di aggressione in assenza di denominatori riferiti alla popolazione esposta.

Il test chi-quadrato (χ^2) è stato utilizzato per verificare l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa tra variabili categoriali, confrontando le frequenze osservate con quelle attese nell'ipotesi di indipendenza.

La statistica del test è definita dalla formula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{r} \sum_{j=1}^{c} \frac{\left(O_{ij} - E_{ij}\right)^2}{E_{ij}}$$

Dove:

O_{ij} = frequenza osservata nella cella

E_{ij}= frequenza attesa

r = numero di righe

c = numero di colonne

Le frequenze attese sono calcolate come:

$$E_{ij} = \frac{n_{i.} \times n_{.j}}{N}$$

I gradi di libertà sono:

$$df = (r-1)(c-1)$$

Valori elevati della statistica χ^2 indicano una maggiore discrepanza tra frequenze osservate e attese. Il relativo *p-value* permette di valutare la compatibilità dei dati con l'ipotesi nulla di indipendenza. Il test presenta alcune limitazioni: richiede osservazioni indipendenti e frequenze attese sufficientemente elevate. Come criterio orientativo, almeno l'80% delle celle dovrebbe presentare frequenze attese pari o superiori a 5 e nessuna inferiore a 1. Tali condizioni non rappresentano regole universali, ma indicazioni per valutare l'affidabilità dell'approssimazione statistica.

Il test esatto di Fisher è stato applicato per approfondire il confronto tra strutture pubbliche e private, caratterizzato da una marcata asimmetria nella numerosità degli eventi. Il test consente di valutare l'associazione tra variabili categoriali attraverso il calcolo esatto della probabilità delle configurazioni osservabili sotto l'ipotesi nulla. Per una tabella di contingenza 2 × 2, la probabilità della configurazione osservata è:

$$P = \frac{(a+b)!\,(c+d)!\,(a+c)!\,(b+d)!}{a!\,b!\,c!\,d!\,N!}$$

Dove a,b,c,d rappresentano le frequenze osservate nelle quattro celle e N il totale delle osservazioni. Il *p-value* bilaterale si ottiene sommando le probabilità delle tabelle considerate almeno altrettanto incompatibili con l'ipotesi nulla, secondo la definizione adottata dal metodo di calcolo. Il test è particolarmente indicato in presenza di basse frequenze attese, poiché non dipende dall'approssimazione asintotica del chi-quadrato. Può essere esteso anche a tabelle di dimensioni superiori a 2 × 2.

Limiti: la ridotta numerosità campionaria può determinare una bassa potenza statistica. Pertanto, un risultato non significativo non dimostra l'assenza di differenze tra i gruppi. Il test, inoltre, non quantifica autonomamente l'ampiezza dell'associazione.

Per quantificare le differenze nella frequenza degli eventi tra le categorie analizzate sono stati applicati modelli di regressione di Poisson, includendo la struttura sanitaria come variabile di aggiustamento. Il modello assume la seguente formulazione:

$$Y_i \sim Poisson(\mu_i)$$

$$\log(\mu_i) = \beta_0 + \beta_1 X_i + \gamma_{s(i)}$$

Dove:

Y_i= numero di eventi osservati

μ_i= numero atteso di eventi

β0=intercetta;

β1= coefficiente associato alla categoria analizzata;

γs(i)= effetto della struttura sanitaria.

Il rapporto tra le frequenze attese di due categorie è ottenuto mediante l'esponenziale del coefficiente di regressione:

$$IRR = e^{\beta_1}$$

L'intervallo di confidenza al 95%, secondo l'approssimazione di Wald, è calcolato come:

$$IC_{95\backslash\%} = \left[e^{\beta_1 - 1{,}96SE(\beta_1)}, e^{\beta_1 + 1{,}96SE(\beta_1)}\right]$$

IC95% : intervallo di confidenza al 95%

β1: coefficiente stimato dal modello di regressione

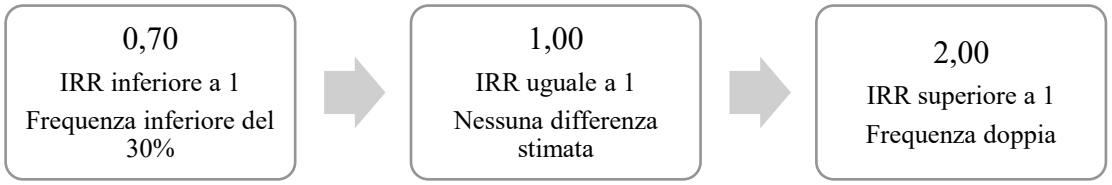
$SE(\beta_1)$: errore standard del coefficiente.

1,96: valore critico della distribuzione normale standard per un intervallo bilaterale al 95%.

e≈ numero di Eulero, circa 2,71828

Dove SE rappresenta l'errore standard del coefficiente stimato.

Interpretazione dell'IRR: il valore di riferimento è 1



Nota: esempi teorici di interpretazione rispetto alla categoria di riferimento

Nel presente studio, in assenza di denominatori di esposizione per le categorie considerate, gli IRR derivanti dai modelli del 2025 devono essere interpretati come rapporti tra frequenze attese di eventi e non come misure di incidenza o di rischio individuale. I principali limiti riguardano l'ipotesi di equidispersione della distribuzione di Poisson, secondo cui media e varianza coincidono, l'eventuale presenza di sovradispersione e la possibile dipendenza tra osservazioni. Tali condizioni possono compromettere l'accuratezza degli errori standard e degli intervalli di confidenza.

L'intervallo di confidenza al 95% esprime un intervallo di valori plausibili per il parametro stimato, costruito mediante una procedura che, in ripetuti campionamenti nelle condizioni previste dal modello, contiene il vero parametro nel 95% dei casi. La sua ampiezza rappresenta un'indicazione della precisione della stima: intervalli ampi indicano una maggiore incertezza. Per gli IRR, il valore nullo di riferimento è 1. Un intervallo di confidenza al 95% che non comprende tale valore indica generalmente una significatività statistica al livello del 5%, per un test bilaterale coerente con il metodo utilizzato. Il *p-value* rappresenta la probabilità, assumendo vera l'ipotesi nulla

e valide le assunzioni del test, di ottenere un risultato almeno altrettanto estremo di quello osservato.

Sono stati adottati i seguenti criteri convenzionali:

Valore di interpretazione	
$p < 0,05$	Statisticamente significativo
$p \geq 0,05$	Non statisticamente significativo
IC 95% dell'IRR che esclude 1	Evidenza di una differenza statisticamente significativa, con metodo coerente

Il *p-value* non esprime la probabilità che l'ipotesi nulla sia vera, né misura l'importanza clinica del risultato. La significatività statistica deve pertanto essere valutata congiuntamente all'ampiezza dell'effetto, alla precisione della stima e alla rilevanza clinico-organizzativa.

L'interpretazione dei risultati deve considerare la natura osservazionale e retrospettiva dello studio, l'utilizzo di dati aggregati e la possibile presenza di fenomeni di sottosegnalazione. Il confronto tra settore pubblico e privato risente della marcata asimmetria nella numerosità degli eventi rilevati, con 324 segnalazioni nelle strutture pubbliche e soltanto 8 in quelle private. Tale squilibrio limita la potenza statistica dei confronti e la stabilità delle stime. Inoltre, l'assenza di denominatori di esposizione per le strutture private impedisce di calcolare tassi di incidenza direttamente comparabili tra i due settori. Le frequenze percentuali e gli IRR del confronto trasversale devono quindi essere interpretati esclusivamente come misure della distribuzione degli eventi osservati, senza attribuire loro un significato causale. Infine, l'esecuzione di molteplici

confronti statistici può aumentare la probabilità di risultati falsamente positivi, rendendo necessaria un'interpretazione prudente dei risultati significativi.

Il valore di $p = 0,05$ costituisce una soglia convenzionale, non un confine assoluto tra presenza e assenza di un fenomeno. È opportuno riportare, ove possibile, i *p-value* esatti, gli intervalli di confidenza e le dimensioni dell'effetto, evitando di basare le conclusioni esclusivamente sulla significatività statistica.

A decorrere dall'anno 2025, la Regione Marche ha disposto l'estensione sistematica dei percorsi di gestione del rischio clinico anche alle strutture private accreditate e convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), includendo espressamente in tale perimetro il monitoraggio degli episodi di violenza a danno degli operatori.

Le schede restituite dai singoli Enti sono state oggetto di raccolta e consolidamento in forma aggregata all'interno di un dataset regionale unificato (allegato 1). Tale processo ha consentito l'elaborazione di analisi comparative tra strutture, setting assistenziali e categorie professionali, nonché la produzione di indicatori sintetici regionali utili alla valutazione epidemiologica del fenomeno, alla definizione di trend temporali e all'orientamento delle strategie di prevenzione e mitigazione del rischio.

L'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) delle Marche, tramite il CeRGeRS, ha richiesto agli Enti aderenti al monitoraggio la trasmissione della scheda compilata entro il 10 gennaio 2026. La scheda riassuntiva regionale e la relativa relazione di commento, riferite all'anno 2025, sono state curate dal CeRGeRS e successivamente trasmesse all'ONSEPS per il tramite dell'Osservatorio delle Buone Pratiche.

I dati analizzati sono stati raccolti, con riferimento all'anno 2025, mediante la scheda standardizzata ONSEPS per la rilevazione degli episodi di aggressione ai danni del personale sanitario, riportata nell'Allegato 6. Il dataset così ottenuto comprendeva complessivamente 19 strutture sanitarie, di cui 7 appartenenti al settore pubblico (AOUM, AST Ancona, AST Ascoli Piceno, AST Fermo, AST Macerata, AST Pesaro Urbino e INRCA) e 12 appartenenti al settore privato, rappresentate da laboratori di analisi cliniche e strutture residenziali/RSA.

5.2 PARAGRAFO: ANALISI DESCRITTIVA

Nella prima fase dell'elaborazione statistica è stata condotta un'analisi descrittiva della distribuzione degli eventi di violenza rilevati nell'anno 2025, finalizzata a caratterizzarne il profilo nelle strutture sanitarie pubbliche e private incluse nello studio. In tale ambito, non è stato possibile procedere alla stima di tassi di incidenza comparabili tra i due settori, poiché, per le strutture private, non risultavano disponibili i dati relativi alla consistenza del personale medico e infermieristico in servizio, necessari quali denominatori della popolazione esposta al rischio. Conseguentemente, le frequenze relative e le percentuali calcolate in questa fase devono essere interpretate esclusivamente come misure descrittive della composizione degli eventi osservati. Per ciascuna dimensione analizzata, il denominatore è infatti costituito dal totale degli eventi per i quali la specifica variabile risulta classificata; ad esempio, la proporzione di eventi verificatisi nella fascia serale è calcolata rispetto al totale degli episodi con fascia oraria nota. Tali misure consentono pertanto di descrivere la quota degli eventi osservati riconducibile alle differenti categorie considerate, ma non permettono di

stimare l'incidenza del fenomeno nella popolazione professionale né di inferire la probabilità individuale di un operatore di essere coinvolto in un episodio di violenza.

5.3 PARAGRAFO: TEST DI OMOGENEITÀ: ETEROGENEITÀ TRA LE 19 STRUTTURE E CONFRONTO PUBBLICO/PRIVATO

Per ciascuna delle otto dimensioni di analisi considerate (sesso, classe di età, qualifica professionale, giorno della settimana, fascia oraria, setting assistenziale, tipologia di aggressione e tipologia di aggressore) i dati sono stati preliminarmente riorganizzati in *formato long*, prevedendo una singola osservazione per ciascuna combinazione struttura–categoria. La distribuzione degli eventi è stata quindi analizzata mediante test chi-quadrato (χ^2) di indipendenza, al fine di verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative nella composizione degli eventi. L'analisi è stata condotta dapprima considerando complessivamente le 19 strutture incluse nello studio (Tabella 5.2) e, successivamente, aggregando le strutture in funzione della natura giuridica, mediante confronto tra settore pubblico e settore privato (Tabella 5.3). Per quest'ultimo confronto è stato inoltre applicato il test esatto di Fisher, particolarmente indicato in presenza di basse frequenze osservate e attese. Tale scelta metodologica si è resa necessaria in considerazione della marcata asimmetria nella numerosità degli eventi rilevati nei due gruppi, con 8 eventi complessivamente registrati nelle strutture private rispetto ai 324 rilevati nelle strutture pubbliche

5.4 PARAGRAFO: FATTORI DI RISCHIO: MODELLI DI POISSON E RAPPORTI DI FREQUENZA (IRR)

Per quantificare, oltre alla semplice significatività del chi-quadrato, quanto una categoria pesi più di un'altra, si stimano modelli di Poisson (una categoria della dimensione come variabile esplicativa, la struttura come effetto di controllo) per fascia oraria, setting, tipologia di aggressione e tipologia di aggressore, esprimendo i risultati come rapporti di frequenza (*Incidence Rate Ratio*, IRR) rispetto a una categoria di riferimento, con intervallo di confidenza al 95% (Tabella 5.4). Poiché il modello viene stimato sul pool delle 19 strutture, e il settore privato contribuisce solo 8 eventi su un totale di 332, questi IRR sono numericamente dominati dal settore pubblico: vanno quindi interpretati come rapporti di frequenza regionali complessivi, non come un confronto specifico tra pubblico e privato.

Tabella 5.1 - Numero di segnalazioni, operatori coinvolti e indicatore di multi-vittimizzazione, per tutte le 19 strutture (incluse quelle private a zero eventi).

Ente	**Settore**	**Numero segnalazioni**	**Numero operatori**	**Operatori per segnalazione**
INRCA	pubblico	18	21	1.17
AST FERMO	pubblico	39	39	1.00
AST MACERATA	pubblico	58	87	1.50
AST ANCONA	pubblico	77	77	1.00

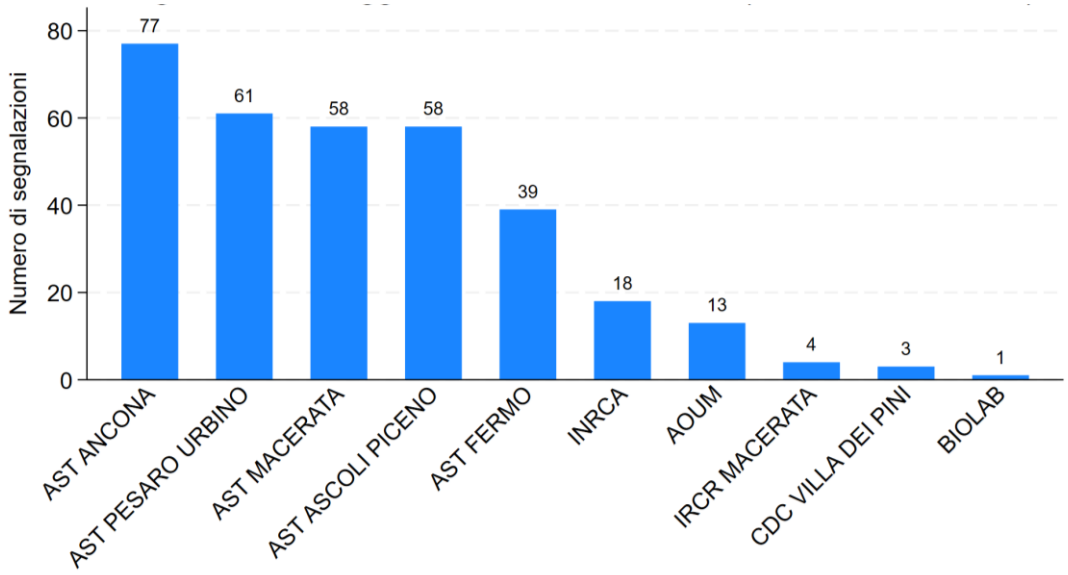
CDC VILLA DEI PINI	privato	3	7	2.33
AST PESARO URBINO	pubblico	61	83	1.36
AOUM	pubblico	13	13	1.00
AST ASCOLI PICENO	pubblico	58	65	1.12
BIOLAB	privato	1	1	1.00
IRCR MACERATA	privato	4	4	1.00
Fisiomed Laboratorio Analisi Cliniche (AST3 Tolentino)	privato	0	0	.
Clinicalab (AST3 Civitanova Marche)	privato	0	0	.
Bioaesis (AST2 Jesi)	privato	0	0	.
CASA DI RIPOSO DI FRASASSI	privato	0	0	.
Lab.An. Croce Azzurra	privato	0	0	.
CoriB (AST3 Monte San Giusto)	privato	0	0	.
Biolab (AST5 Ascoli Piceno)	privato	0	0	.
Res. Villa Fastiggi Pesaro	privato	0	0	.
Fisiomedlab (AST3 Civitanova Marche)	privato	0	0	.

Fonte: Elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche, anno 2025.

Delle 12 strutture private, solo 3 hanno riportato eventi nel 2025: CDC Villa dei Pini (3 segnalazioni, 7 operatori coinvolti - rapporto operatori/segnalazioni di 2.33, il più alto di tutta la regione, pubblico incluso), IRCR Macerata (4 segnalazioni) e BIOLAB

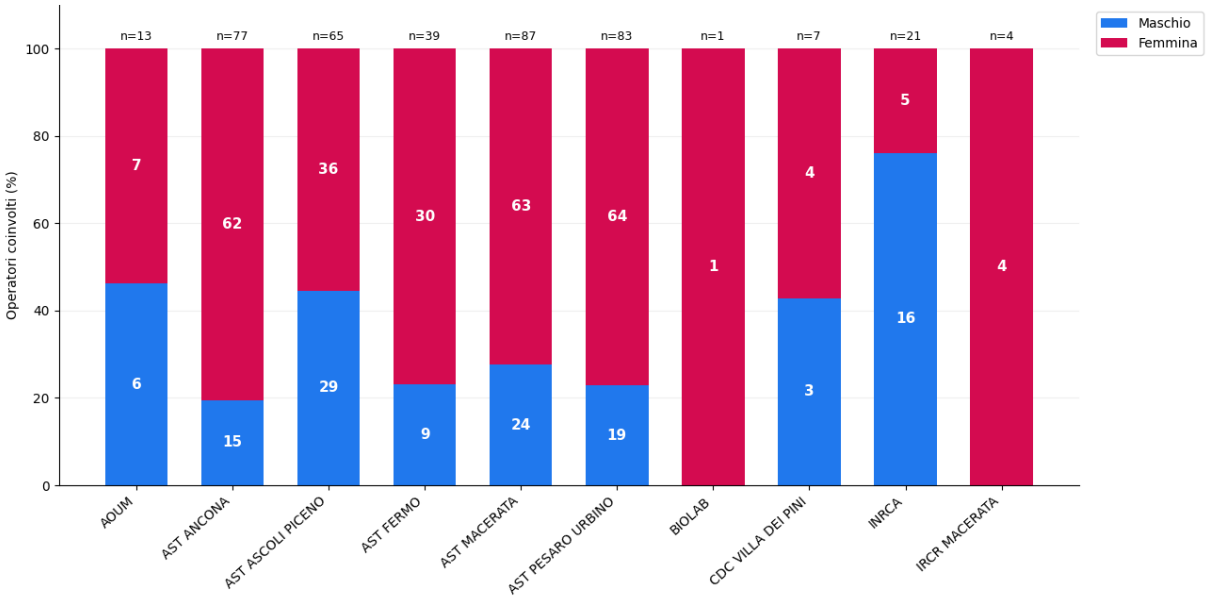
(1 segnalazione). Le restanti 9 strutture private non hanno riportato alcuna segnalazione nel 2025. Il totale regionale è di 324 segnalazioni nel pubblico contro 8 nel privato.

Figura 5.1 - Segnalazioni di aggressione - Marche 2025 (strutture con eventi)



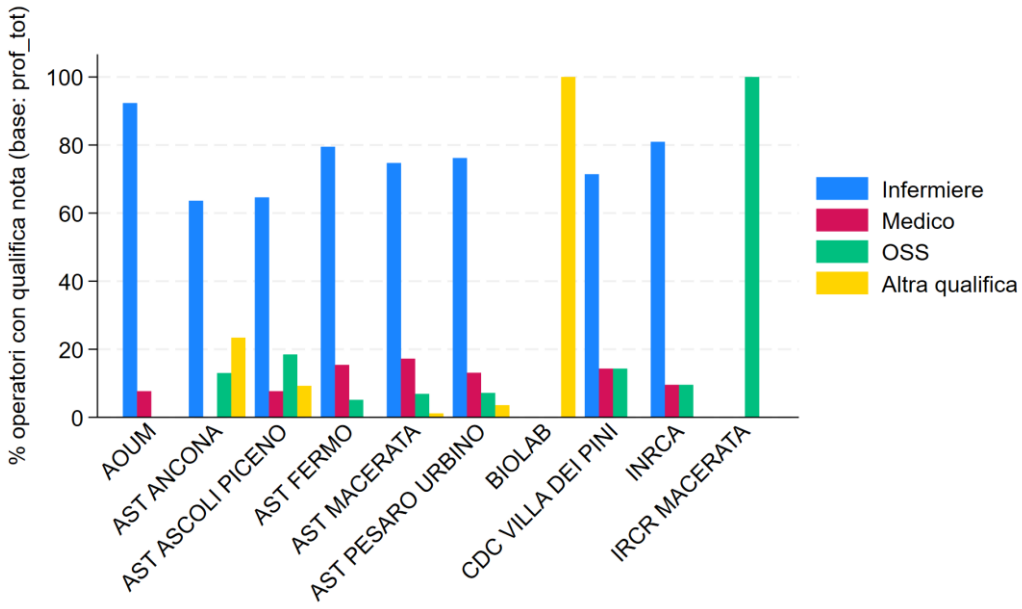
Il grafico 5.1 mostra le sole 10 strutture con almeno una segnalazione: le 7 pubbliche (da AST Ancona, 77, a AOUM, 13) e le 3 private (IRCR Macerata 4, CDC Villa dei Pini 3, BIOLAB 1), su una scala di poche unità non direttamente confrontabile con quella delle strutture pubbliche.

Figura 5.2 - Profilo per sesso degli operatori coinvolti



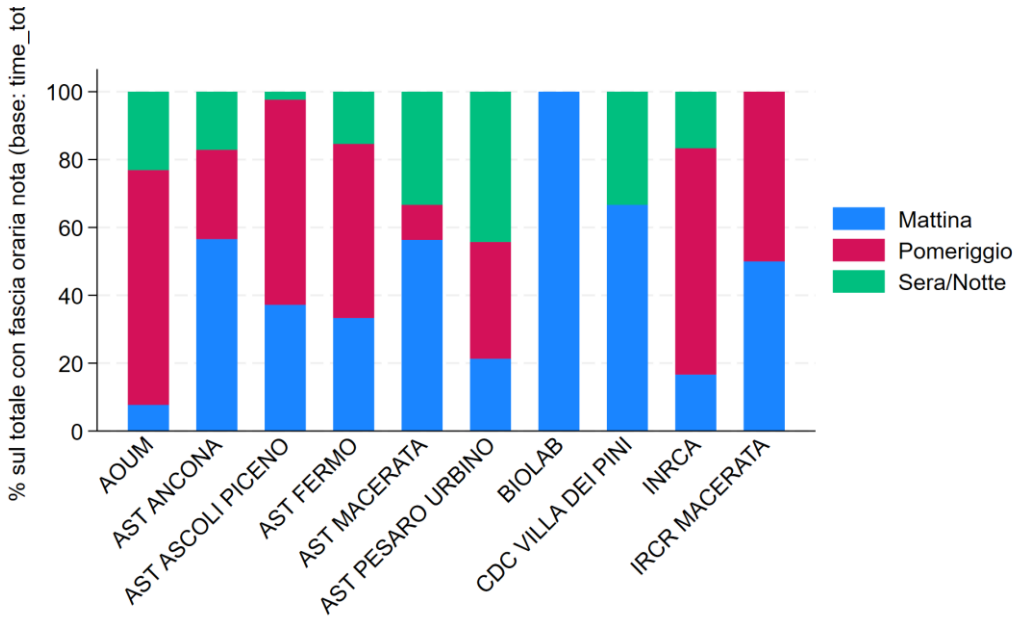
Il profilo per sesso è confrontabile in modo affidabile solo tra le strutture con un numero di eventi non troppo esiguo: le tre strutture private (1-7 operatori coinvolti complessivi) hanno percentuali costruite su numeri troppo piccoli per essere stabili, e vanno lette come indicative.

Figura 5.3 - Profilo per qualifica professionale



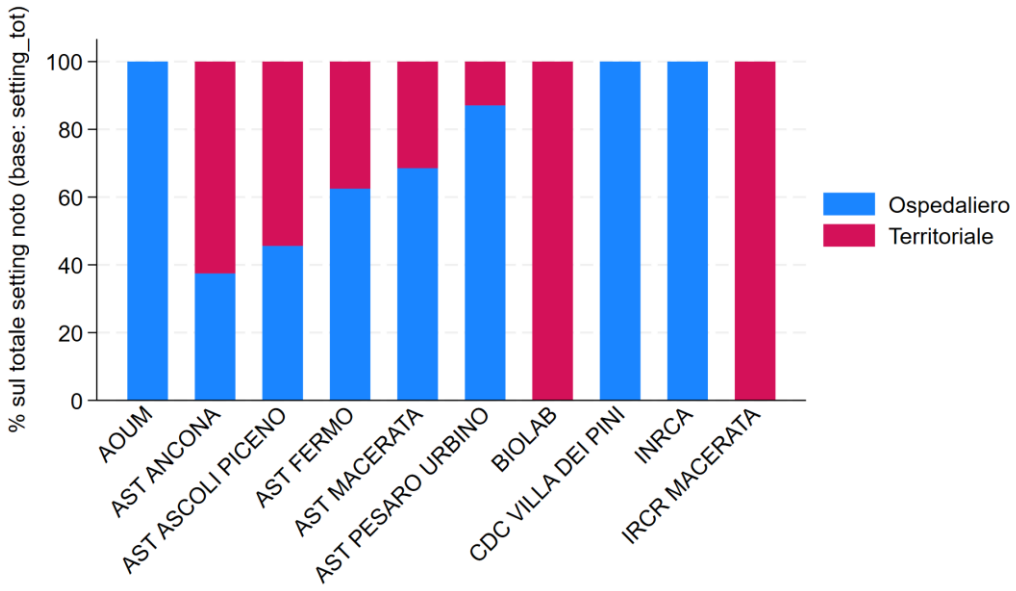
La qualifica professionale è l'unica dimensione per cui il confronto pubblico/privato risulta statisticamente significativo [Tabella 5.3: p(χ^2)=0.006, p(Fisher)=0.013]. La differenza di qualifica professionale tra gli operatori aggrediti differisce tra i due settori anche per effetto della diversa composizione professionale delle strutture private (laboratori con personale prevalentemente tecnico, RSA con personale infermieristico e OSS).

Figura 5.4 - Distribuzione per fascia oraria e giorno della settimana



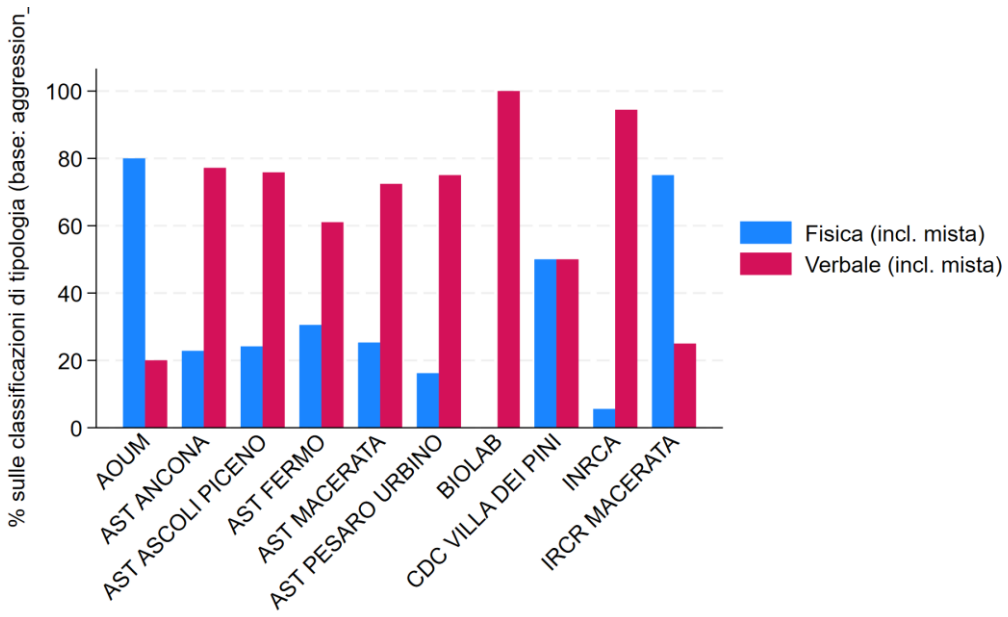
La fascia oraria differisce fortemente tra le 19 strutture nel loro insieme (Tabella 5.2, $p<0.001$), ma non tra pubblico e privato (Tabella 5.3, $p>005$). Il modello di Poisson aggiustato per struttura (Tabella 5.4) mostra un rapporto di frequenza di 0.59 per la fascia serale/notturna rispetto a quella mattutina (di riferimento): un risultato da segnalare perché' contro-intuitivo rispetto all'aspettativa comune che i turni serali/notturni concentrino più rischio, e che nel pooling qui usato riflette soprattutto il pattern delle strutture pubbliche, che generano la quasi totalità degli eventi.

Figura 5.5 - Setting assistenziale (Ospedaliero vs Territoriale)



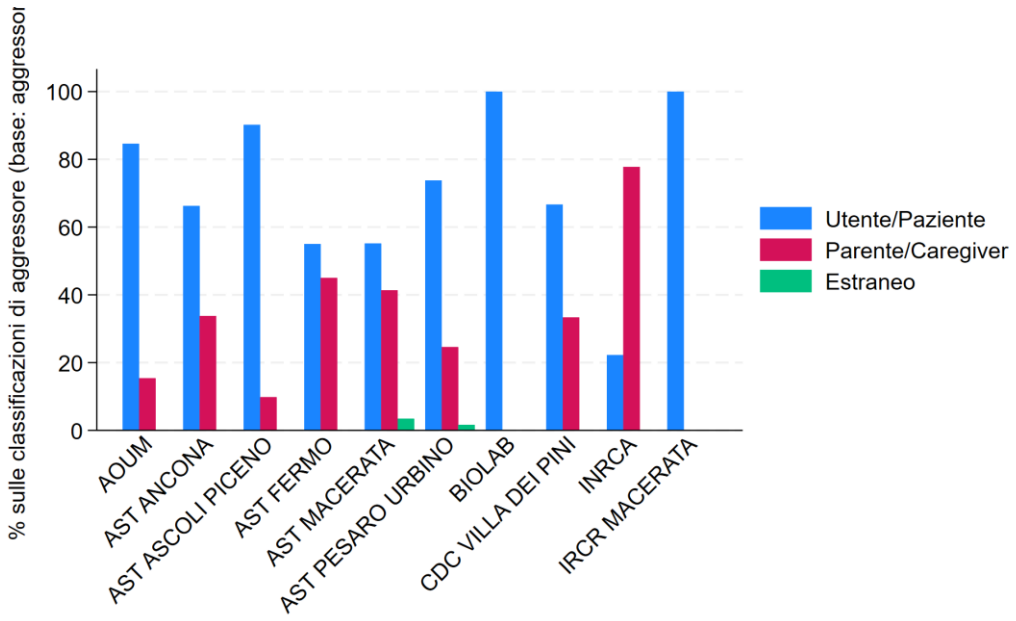
Anche il setting assistenziale differisce fortemente tra le 19 strutture (Tabella 5.2, $p<0.001$) ma non tra pubblico e privato (Tabella 5.3, $p>0.05$). Il modello di Poisson (Tabella 5.4) quantifica un rapporto di frequenza di 0.70 per il setting territoriale rispetto a quello ospedaliero (di riferimento): gli eventi si concentrano relativamente di più in ambito ospedaliero.

Figura 5.6 - Profilo della tipologia di aggressione



Il modello di Poisson (Tabella 5.4) mostra che gli eventi di tipo verbale sono quasi tre volte più frequenti di quelli fisici (IRR=2.79, 95%IC=2.22-3.49), mentre gli eventi classificati contro la proprietà sono nettamente più rari (IRR=0.27). Né la tipologia di aggressione né quella di aggressore differiscono in modo significativo tra pubblico e privato (Tabella 5.3), ma anche qui il confronto è limitato dagli 8 soli eventi privati disponibili.

Figura 5.7 - Profilo dell'aggressore



Gli eventi ad opera di un estraneo sono rarissimi rispetto a quelli ad opera dell'utente/paziente (IRR=0.04, 95%IC=0.01-0.12), e anche quelli ad opera di un parente/caregiver risultano circa la metà (IRR=0.49): l'utente/paziente resta di gran lunga la categoria di aggressore più frequente in tutte le strutture.

5.5 PARAGRAFO: TEST DI OMOGENEITÀ TRA LE STRUTTURE

Il test di omogeneità è stato utilizzato per verificare se la distribuzione degli episodi di violenza nelle diverse categorie analizzate fosse omogenea tra le strutture sanitarie considerate. A tale scopo è stato applicato il test chi-quadrato (χ^2), confrontando le frequenze osservate con quelle attese nell'ipotesi nulla di omogeneità. L'analisi ha evidenziato differenze statisticamente significative per tutte le otto dimensioni

considerate ($p < 0,05$), indicando una distribuzione eterogenea degli eventi tra le strutture. I risultati devono tuttavia essere interpretati con cautela, considerando la diversa numerosità delle segnalazioni, la presenza di strutture senza eventi e le possibili limitazioni del test dovute alle basse frequenze attese. L'eterogeneità osservata non consente, inoltre, di attribuire automaticamente le differenze a un diverso rischio di aggressione, in assenza di adeguati denominatori di esposizione.

Tabella 5.2 - Test chi-quadrato struttura per categoria, per ciascuna dimensione.

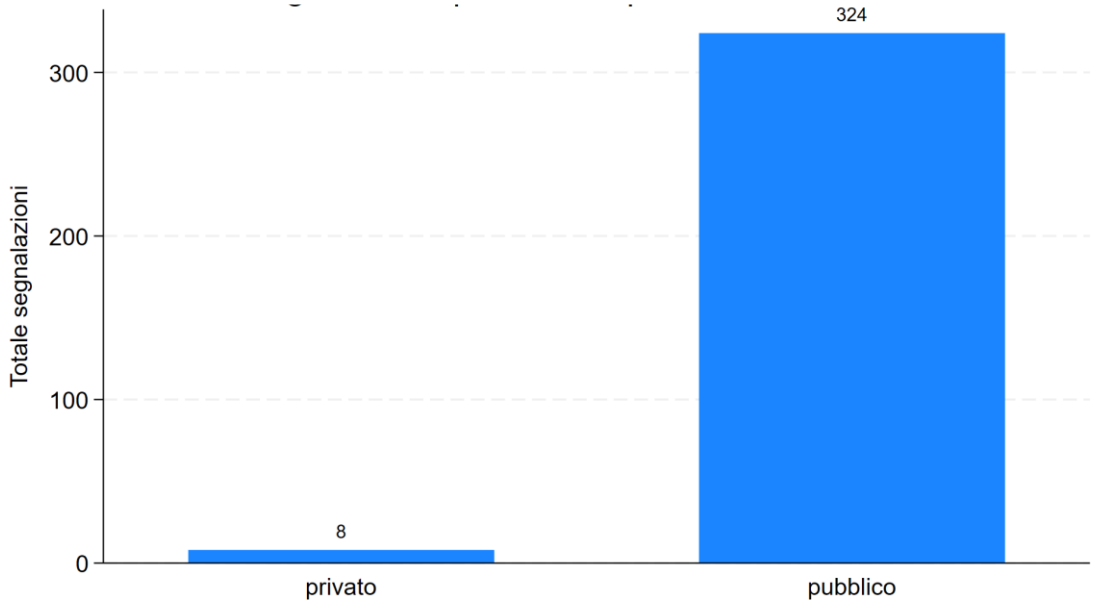
	χ^2	df	p
Sesso	39.05	9	<0.001
Classe di età	78.11	36	<0.001
Qualifica (Infermiere/Medico/OSS/Altro)	111.29	27	<0.001
Giorno (feriale/festivo)	20.32	9	0.016
Fascia oraria	88.97	18	<0.001
Setting (ospedaliero/territoriale)	77.82	9	<0.001
Tipologia di aggressione	65.00	27	<0.001
Tipologia di aggressore	46.70	18	<0.001

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Tutte le dimensioni mostrano un'eterogeneità fortemente significativa tra le 19 strutture ($p<0.001$, tranne il giorno feriale/festivo, $p=0.016$): il profilo degli eventi differisce nettamente da struttura a struttura. Va però considerato che il test è dominato

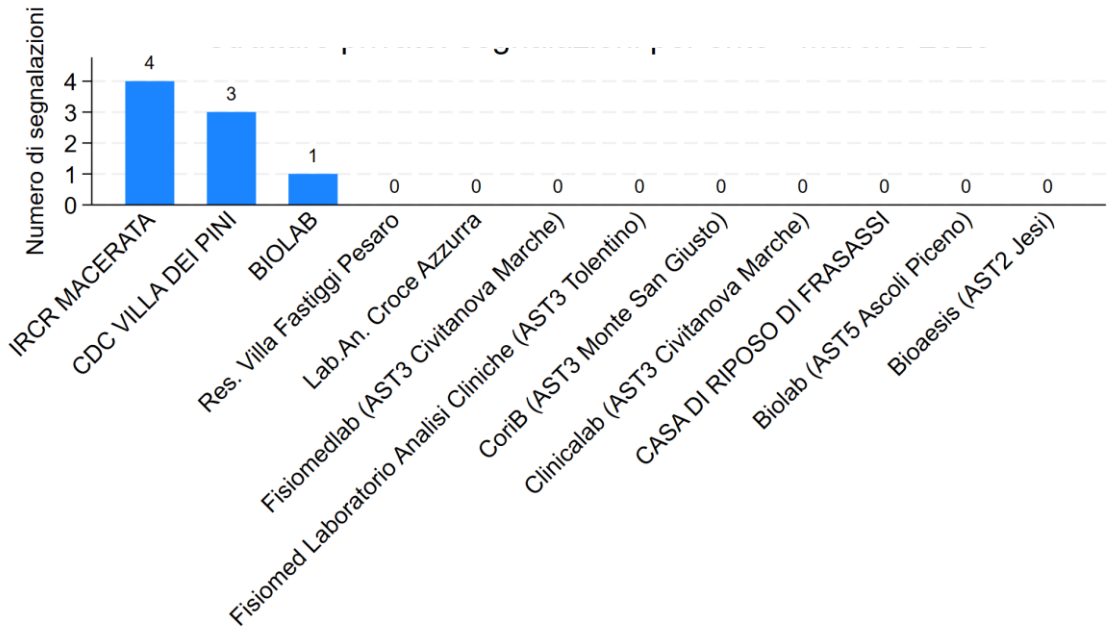
dalle 7 strutture pubbliche e dalle 3 private con eventi; le altre 9 strutture private, a zero eventi, non contribuiscono al confronto e la loro assenza va ricordata nell'interpretazione.

Figura 5.8 - Segnalazioni: pubblico vs privato - Marche 2025



Il confronto tra i totali aggregati rende visivamente evidente la sproporzione tra i due settori: le 8 segnalazioni private (concentrate in 3 sole strutture su 12) corrispondono a meno del 3% delle 324 segnalazioni pubbliche. Qualunque confronto in percentuale o in tasso tra i due settori va quindi letto come il confronto tra un campione ampio (pubblico) e uno estremamente ridotto (privato), non tra popolazioni di dimensione paragonabile.

Figura 5.9 - Strutture Private: Segnalazioni per Ente - Marche 2025



Tra le sole strutture private, il rapporto operatori coinvolti/segnalazioni più alto di tutta la Regione (2.33) si osserva proprio a CDC Villa dei Pini, una struttura residenziale/RSA: è coerente con il fatto che in questi contesti un singolo episodio può coinvolgere più operatori contemporaneamente.

Tabella 5.3 - Confronto della composizione degli eventi tra strutture pubbliche e private: χ^2 e test esatto di Fisher.

Dimensione	χ^2	**df**	**p(χ^2)**	**p(Fisher)**
Sesso	0.17	1	0.675	1.000
Classe di età	2.69	4	0.611	0.551
Qualifica (Infermiere/Medico/OSS/Altro)	12.52	3	0.006	0.013
Giorno (feriale/festivo)	1.44	1	0.230	0.611
Fascia oraria	1.54	2	0.462	0.538
Setting (ospedaliero/territoriale)	2.01	1	0.156	0.269
Tipologia di aggressione	4.56	3	0.207	0.148
Tipologia di aggressore	1.59	2	0.452	0.485

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Delle 8 dimensioni confrontate, solo la qualifica professionale mostra una differenza statisticamente significativa tra pubblico e privato (p(χ^2)=0.006, p(Fisher)=0.013). Per le altre 7 dimensioni il test non raggiunge la significatività statistica: questo riflette però soprattutto l'esiguità del campione privato (8 eventi complessivi) più che una reale omogeneità tra i due settori. Con numeri così piccoli, il test ha una capacità molto limitata di rilevare differenze anche sostanziali (bassa potenza statistica): l'assenza di significatività non va quindi letta come prova di equivalenza tra pubblico e privato.

5.6 PARAGRAFO: FATTORI DI RISCHIO: RAPPORTI DI FREQUENZA (IRR) TRA CATEGORIE

Al fine di approfondire la distribuzione degli eventi nelle diverse categorie considerate, sono stati stimati gli *Incidence Rate Ratio* (IRR) mediante modelli di regressione di Poisson aggiustati per struttura. Gli IRR esprimono il rapporto tra la frequenza degli eventi osservati in ciascuna categoria e quella rilevata nella categoria assunta come riferimento, consentendo di descrivere le differenze nella composizione degli eventi al netto dell'effetto della struttura di appartenenza. Tali stime devono essere interpretate come misure descrittive di frequenza relativa e non come indicatori di rischio individuale o di associazione causale, poiché l'analisi non dispone dei denominatori di esposizione necessari per stimare l'effettiva incidenza degli eventi nelle popolazioni considerate.

Tabella 5.4 - Incidence Rate Ratio (IRR) stimati mediante modelli di regressione di Poisson aggiustati per struttura.

Confronto	**IRR (95%CI)**
Fascia pomeriggio vs mattina	0.85(0.67-1.08)
Fascia sera/notte vs mattina	0.59(0.45-0.78)
Setting territoriale vs ospedaliero	0.70(0.57-0.87)
Aggressione verbale vs fisica	2.79(2.22-3.49)
Aggressione fisica e verbale vs fisica	0.06(0.01-0.44)
Aggressione contro la proprietà vs fisica	0.27(0.15-0.47)
Aggressore parente/caregiver vs utente	0.49(0.39-0.62)
Aggressore estraneo vs utente	0.04(0.01-0.12)

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

I rapporti di frequenza più marcati riguardano la tipologia di evento: gli eventi verbali sono quasi tre volte più frequenti di quelli fisici (IRR=2.79), mentre gli eventi ad opera di un estraneo sono rarissimi rispetto a quelli ad opera dell'utente/paziente (IRR=0.04). Anche il setting territoriale (IRR=0.70) e la fascia serale/notturna (IRR=0.59) risultano proporzionalmente meno rappresentati rispetto al setting ospedaliero e alla fascia mattutina.

Il confronto 2025 tra le 19 strutture della Regione Marche mostra un'eterogeneità marcata e diffusa nel profilo degli eventi, mentre il confronto specifico tra settore pubblico e privato è interpretabile con certezza solo per la qualifica professionale degli

operatori coinvolti: per tutte le altre dimensioni, l'assenza di significatività è più probabilmente un effetto della scarsissima numerosità del privato (8 eventi in 3 strutture su 12) che una reale equivalenza tra i due settori.

Limiti principali: (1) assenza di denominatori di esposizione per le strutture private; (2) eterogeneità di compilazione per giorno/fascia oraria tra le strutture; (3) forte squilibrio nel numero di unità con eventi tra i due settori (7 pubbliche, tutte con eventi, contro 3 private su 12); (4) eterogeneità intrinseca del comparto privato (laboratori a contatto minimo con l'utenza insieme a strutture residenziali con un'esposizione più simile a quella ospedaliera), che rende il gruppo privato poco omogeneo al suo interno.

5.7 PARAGRAFO: ANALISI DEI TASSI DI AGGRESSIONE IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO

Ai dati relativi agli eventi di aggressione sono stati associati, per ciascuna struttura e per ciascun anno di osservazione (2024 e 2025), i dati relativi al numero di medici e infermieri effettivamente in servizio. Tali consistenze di personale sono state utilizzate come popolazione professionale di riferimento al denominatore per il calcolo dei tassi di aggressione, consentendo di rapportare il numero di eventi osservati alla numerosità dei professionisti potenzialmente esposti.

Alcuni valori delle variabili principali (numero di segnalazioni, operatori coinvolti, infermieri coinvolti, medici coinvolti) vengono indicati con "<3". Questi valori vengono individuati, segnalati, e sostituiti convenzionalmente con 1 (il punto medio dell'intervallo 0-2) solo ai fini del calcolo: si tratta quindi di una stima prudenziale nei casi interessati, non del dato esatto.

Per ciascuna struttura e ciascun anno viene calcolato il personale di riferimento (personale_tot = numero di medici + numero di infermieri in servizio), usato come denominatore per due indicatori generali: il tasso di segnalazioni di aggressione (per 1.000 unità di personale) e il tasso di operatori coinvolti (per 1.000). Per gli indicatori specifici per professione, il denominatore è invece quello proprio della professione: il tasso di infermieri coinvolti è calcolato sul numero di infermieri in servizio, e il tasso di medici coinvolti sul numero di medici in servizio. È importante segnalare che i primi due tassi (segnalazioni e operatori coinvolti) hanno un numeratore che comprende operatori aggrediti di "QUALSIASI" professione (non solo medici e infermieri), mentre il denominatore comprende "SOLO" medici e infermieri: si tratta quindi di indicatori compositi, utili per il confronto relativo fra strutture e nel tempo, ma che vanno interpretati come un indice di carico per 1.000 unità di personale clinico centrale, non come una probabilità di aggressione riferita a un generico operatore. I tassi per professione (infermieri, medici), al contrario, hanno numeratore e denominatore riferiti esattamente alla stessa categoria professionale, e costituiscono quindi tassi di incidenza in senso proprio.

Per ciascuno dei quattro indicatori, i conteggi delle 7 strutture vengono sommati per ottenere un totale regionale per il 2024 e per il 2025 (sia per gli eventi, sia per i rispettivi denominatori). Il rapporto tra il tasso regionale 2025 e quello 2024 costituisce il Rate Ratio (RR). L'intervallo di confidenza al 95% e il *p-value* sono calcolati con il metodo log-lineare standard per il confronto di due tassi di Poisson.

Oltre al confronto sui totali regionali, i tassi 2025 e 2024 delle 7 strutture vengono confrontati a coppie (stessa struttura, due anni), con due test non parametrici complementari: il test di Wilcoxon per dati appaiati (signrank), che tiene conto sia della direzione sia dell'ampiezza delle differenze, e il test del segno (signtest), che considera solo la direzione del cambiamento (quante strutture aumentano e quante diminuiscono) ed è quindi più semplice ma anche più conservativo. Sono riportati entrambi perchè, con solo 7 unità di analisi, il test di Wilcoxon può essere sensibile a singoli valori estremi: la concordanza o la discordanza tra i due test aiuta a valutare la robustezza del risultato. Il test di Wilcoxon è stato utilizzato per confrontare i tassi di aggressione registrati nel 2024 e nel 2025 nelle medesime sette strutture sanitarie pubbliche, verificando la presenza di una variazione sistematica tra i due anni.

Si tratta di un test statistico non parametrico, indicato per dati appaiati quando non è possibile assumere la normalità delle differenze, particolarmente utile nel presente studio per la ridotta numerosità delle strutture analizzate.

Formula di calcolo:

$$W^+ = \sum_{i:d_i>0} R_i$$

Dove:

$W+$	=Somma dei ranghi delle differenze positive.
$\sum$	= Simbolo di sommatoria.
d_i	= Differenza tra il tasso del 2025 e quello del 2024 per la struttura iii.
$d_i > 0$	= Vengono considerate soltanto le differenze positive
R_i	= Rango assegnato al valore assoluto della differenza.

Il test considera anche la somma dei ranghi delle differenze negative (W−W^-W−). Le differenze nulle vengono generalmente escluse.

Interpretazione: un *p-value* inferiore a 0,05 indica una differenza statisticamente significativa tra i due anni, secondo le ipotesi del test.

NOTA: Non viene stimato alcun modello di regressione (es. Poisson con errori clusterizzati), data la ridotta numerosità di strutture disponibili (7): un modello multivariato con così poche unità offrirebbe scarsa affidabilità inferenziale. Inoltre, i dati restano aggregati per struttura: le analisi descritte confrontano l'eterogeneità fra strutture e nel tempo, ma non permettono di stimare un rischio individuale causale.

Tabella 5.5 - Quadro Regionale

Indicatore	Tasso 2024	Tasso 2025	RR 2025/2024	IC95%	p RR	p Wilcoxon	p segno
Segnalazioni	20.09	25.67	1.28	1.08 - 1.51	0.004	0.128	0.125
Operatori coinvolti	20.09	30.50	1.52	1.29 - 1.78	0.000	0.042	0.125
Infermieri coinvolti	19.58	30.29	1.55	1.28 - 1.87	0.000	0.063	0.125
Medici coinvolti	6.98	11.84	1.70	1.02 - 2.83	0.043	0.149	0.687

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

A livello regionale tutti e quattro gli indicatori aumentano dal 2024 al 2025: le segnalazioni del 28% (RR 1.28, IC95% 1.08-1.51), gli operatori coinvolti del 52%, gli infermieri coinvolti del 55% e i medici coinvolti del 70%; tutti gli incrementi regionali sono statisticamente significativi (p RR <0.05), anche se per i medici l'intervallo di confidenza è ampio (1.02-2.83) per via del numero contenuto di eventi. Il confronto appaiato sulle 7 strutture è invece significativo solo per gli operatori coinvolti (p Wilcoxon 0.043): per gli altri tre indicatori il test non raggiunge la significatività convenzionale, nonostante la maggior parte delle strutture mostri un incremento. Questo scarto tra il test regionale (più potente, perché basato su conteggi aggregati più alti) e il test appaiato a livello di singola struttura (meno potente, con solo 7 unità) è

atteso e va tenuto presente nell'interpretazione: il segnale regionale è solido, la sua uniformità tra le 7 strutture lo è meno.

Tabella 5.6 - Totali Regionali e denominatori

Indicatore	**Eventi 2024**	**Eventi 2025**	**Denominatore 2024**	**Denominatore 2025**	**Tipo di denominatore**
Segnalazioni di aggressione	251	324	12491	12622	Medici + infermieri in servizio
Operatori coinvolti	251	385	12491	12622	Medici + infermieri in servizio
Infermieri coinvolti	180	280	9195	9244	Infermieri in servizio
Medici coinvolti	23	40	3296	3378	Medici in servizio

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Il personale medico e infermieristico complessivo è passato da 12491 a 12622 unità tra il 2024 e il 2025: una parte dell'aumento dei tassi può quindi riflettere anche le variazioni, generalmente modeste, dell'organico tra i due anni, già automaticamente scontate nel calcolo del tasso.

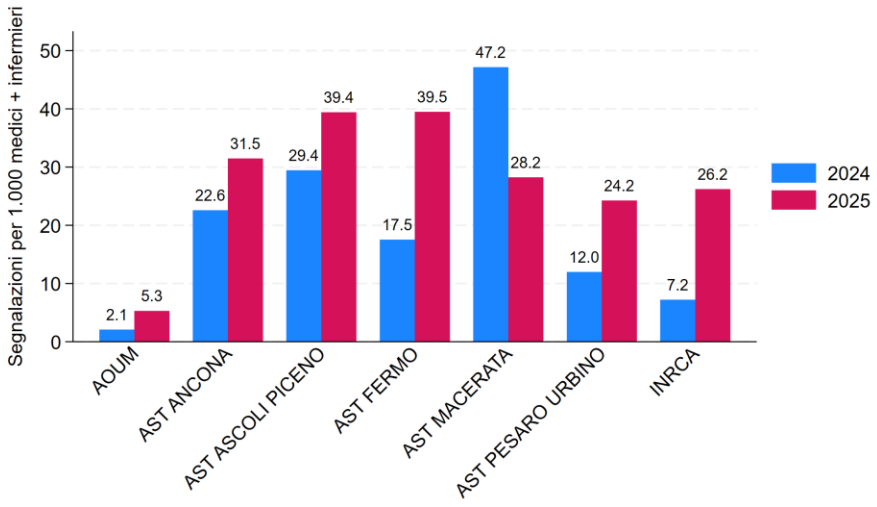
Tabella 5.7 - Analisi comparativa degli eventi di aggressione tra le strutture considerate.

Ente	Numero segnalazioni 2024	Numero segnalazioni 2025	Personale total 2024	Personale tot 2025	Tasso segnalazioni 2024	Tasso segnalazioni 2025	Variazione tasso segnalazioni	Variazione % tasso segnalazioni	RR segnalazioni
AOUM	5	13	2411	2458	2.07	5.29	3.22	155.0	2.55
AST ANCONA	54	77	2392	2447	22.58	31.47	8.89	39.4	1.39
AST ASCOLI PICENO	43	58	1461	1472	29.43	39.40	9.97	33.9	1.34
AST FERMO	17	39	970	988	17.53	39.47	21.95	125.2	2.25
AST MACERATA	97	58	2057	2054	47.16	28.24	-18.92	-40.1	0.60
AST PESARO URBINO	30	61	2506	2516	11.97	24.24	12.27	102.5	2.03
INRCA	5	18	694	687	7.20	26.20	19.00	263.7	3.64

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Il tasso di segnalazioni aumenta in 6 strutture su 7, con incrementi che vanno dal +34% di AST Ascoli Piceno al +264% di INRCA (quest'ultimo però basato su numeri piccoli: da 5 a 18 segnalazioni, quindi statisticamente più instabile). L'unica eccezione è AST Macerata, che nel 2024 aveva il tasso più alto della regione (47.2 per 1.000) e nel 2025 scende a 28.2 (-40%), convergendo verso la media regionale: può riflettere un reale miglioramento oppure, in parte, una diversa completezza della rilevazione tra i due anni in quella struttura.

Figura 5.10 - Tasso di segnalazione di aggressione



Rappresentazione grafica della Tabella 3: si nota visivamente come AST Macerata sia l'unica struttura in cui la barra 2025 (arancione) è più bassa della barra 2024 (blu).

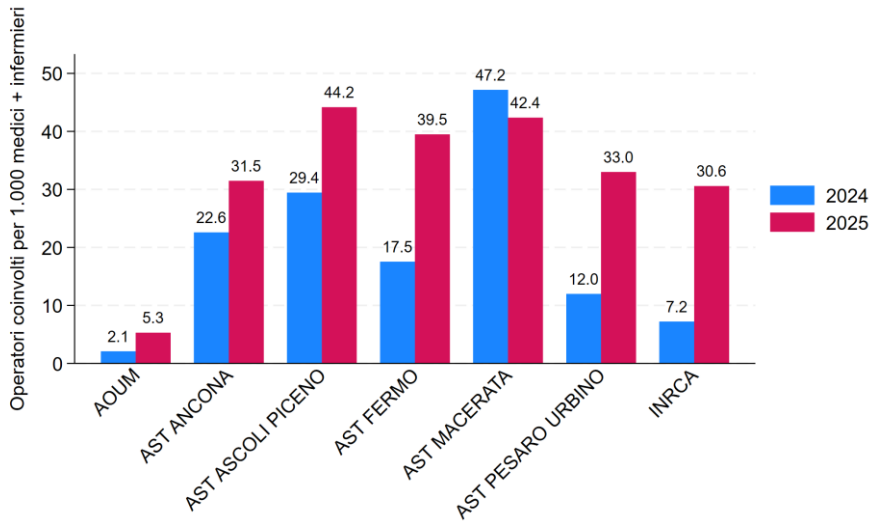
Tabella 5.8 - Numero operatori coinvolti

Ente	Numero operatori 2024	Numero operatori 2025	Tasso operatori 2024	Tasso operatori 2025	Variazione tasso operatori	Variazione % tasso operatori	RR operatori
AOUM	5	13	2.07	5.29	3.22	155.0	2.55
AST ANCONA	54	77	22.58	31.47	8.89	39.4	1.39
AST ASCOLI PICENO	43	65	29.43	44.16	14.73	50.0	1.50
AST FERMO	17	39	17.53	39.47	21.95	125.2	2.25
AST MACERATA	97	87	47.16	42.36	-4.80	-10.2	0.90
AST PESARO URBINO	30	83	11.97	32.99	21.02	175.6	2.76
INRCA	5	21	7.20	30.57	23.36	324.3	4.24

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Anche il tasso di operatori coinvolti aumenta in 6 strutture su 7 (stessa eccezione di AST Macerata, qui però con una flessione più contenuta, -10% contro il -40% delle segnalazioni: significa che, a fronte di meno eventi, ciascun evento a Macerata nel 2025 ha coinvolto in media più operatori). Questo è l'unico indicatore per cui il confronto appaiato sulle 7 strutture raggiunge la significatività statistica convenzionale (p Wilcoxon 0.043; si veda Tabella 5.2).

Figura 5.11 - Tasso Operatori coinvolti



Il profilo per struttura ricalca da vicino quello del tasso di segnalazioni (Figura 5.1), a conferma che l'aumento è diffuso e non concentrato in un singolo evento con molti operatori coinvolti.

5.8 PARAGRAFO: CONFRONTO PER PROFESSIONE: INFERMIERI

I risultati per professione sono presentati separatamente dal numero complessivo di segnalazioni. Le eventuali classificazioni professionali a risposta multipla non vengono utilizzate per ricostruire il numero di aggressioni.

Tabella 5.9 - Confronto per professione: Profilo Professionale Infermiere

Ente	Numero infermieri 2024	Numero infermieri 2025	Infermieri coinvolti 2024	Infermieri coinvolti 2025	Tasso infermieri 2024	Tasso infermieri 2025	RR infermieri
AOUM	1716	1749	2	12	1.17	6.86	5.89
AST ANCONA	1769	1787	31	49	17.52	27.42	1.56
AST ASCOLI PICENO	1069	1074	34	42	31.81	39.11	1.23
AST FERMO	736	744	6	31	8.15	41.67	5.11
AST MACERATA	1535	1531	78	65	50.81	42.46	0.84
AST PESARO URBINO	1882	1879	24	64	12.75	34.06	2.67
INRCA	488	480	5	17	10.25	35.42	3.46

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

Il tasso di infermieri coinvolti aumenta in 6 strutture su 7 (con l'eccezione di AST Macerata, -16%, che però resta la struttura con il tasso assoluto più alto in entrambi

gli anni). Gli aumenti più marcati, in termini relativi, riguardano AOUM e AST Fermo (rispettivamente da 2 a 12 e da 6 a 31 infermieri coinvolti): partendo da numeri molto bassi, questi incrementi percentuali molto elevati vanno letti con cautela.

Figura 5.12 - Tasso di coinvolgimento degli infermieri

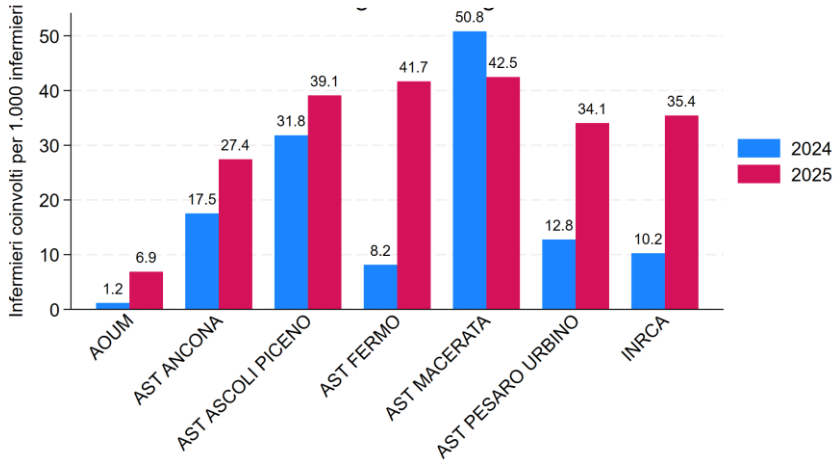


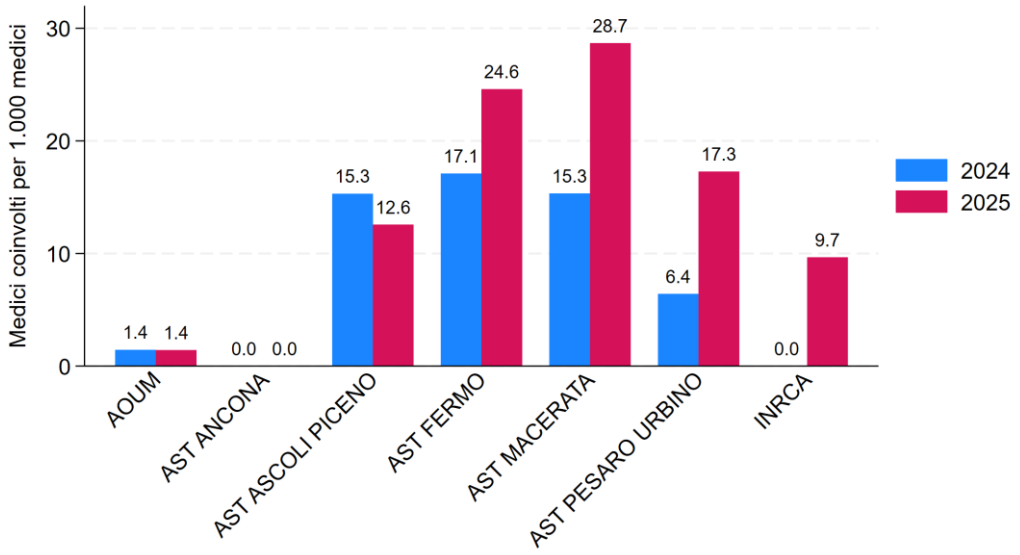
Tabella 5.10 - Confronto per professione: Profilo Professionale Medico

Ente	Numero medici 2024	Numero medici 2025	Medici coinvolti 2024	Medici coinvolti 2025	Tasso medici 2024	Tasso medici 2025	RR medici
AOUM	695	709	1	1	1.44	1.41	0.98
AST ANCONA	623	660	0	0	0.00	0.00	.
AST ASCOLI PICENO	392	398	6	5	15.31	12.56	0.82
AST FERMO	234	244	4	6	17.09	24.59	1.44
AST MACERATA	522	523	8	15	15.33	28.68	1.87
AST PESARO URBINO	624	637	4	11	6.41	17.27	2.69
INRCA	206	207	0	2	0.00	9.66	.

Fonte: elaborazione propria su dati forniti dalla Regione Marche.

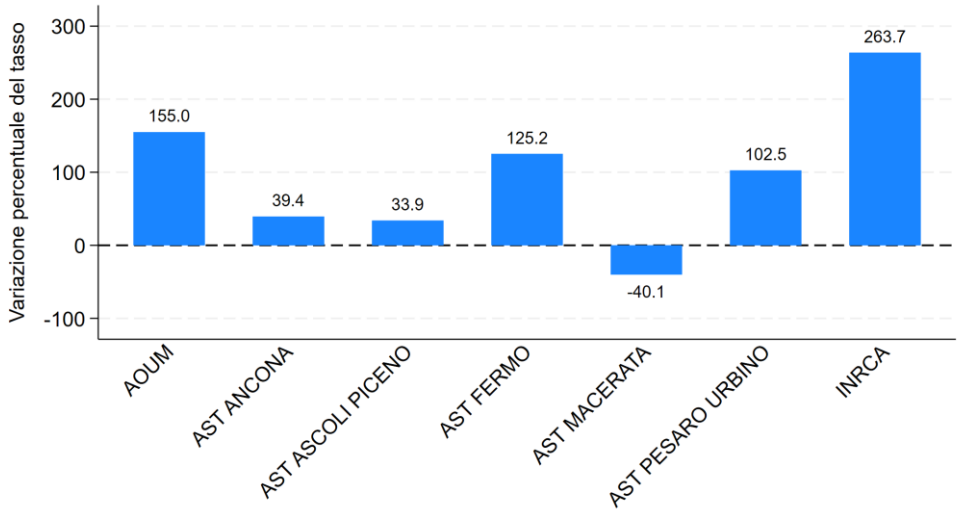
Per i medici il quadro è meno uniforme: AST Ascoli Piceno e AOUM mostrano una lieve diminuzione, mentre AST Fermo, AST Macerata, AST Pesaro Urbino e INRCA mostrano un aumento. Da segnalare in particolare AST Macerata, l'unica struttura in cui il tasso specifico dei medici aumenta (+87%, da 15.3 a 28.7) nonostante tutti gli altri indicatori della stessa struttura (segnalazioni, operatori coinvolti, infermieri) siano in diminuzione: l'andamento medio della struttura mostra quindi una dinamica diversa per la componente medica. AST Ancona non riporta nessun medico coinvolto in nessuno dei due anni (RR non calcolabile).

Figura 5.13 - Tasso di coinvolgimento dei medici



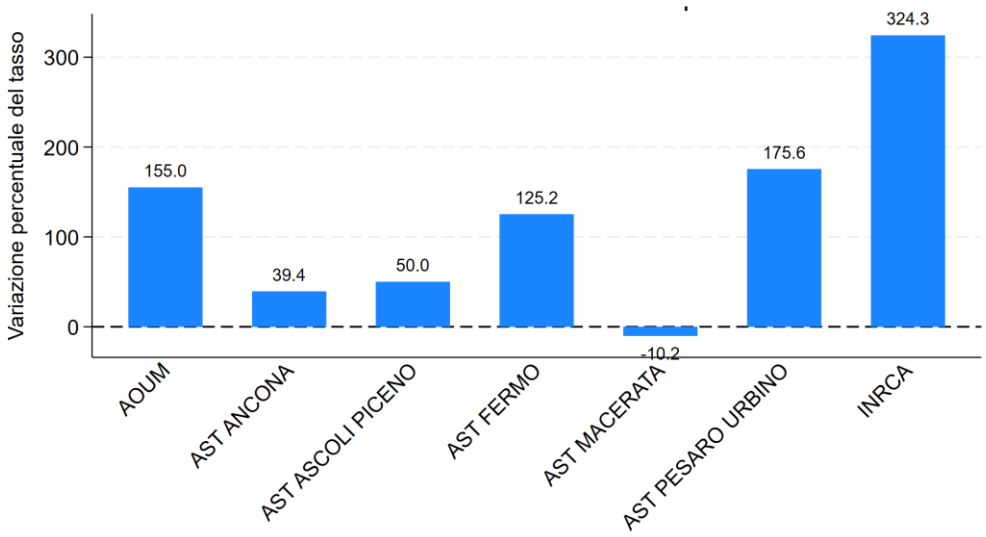
A differenza degli infermieri (Figura 5.3), il tasso dei medici non mostra un pattern uniforme di crescita tra le strutture: alcune barre 2025 sono più basse delle corrispondenti barre 2024 (Ascoli Piceno, AOUM).

Figura 5.14 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di segnalazione



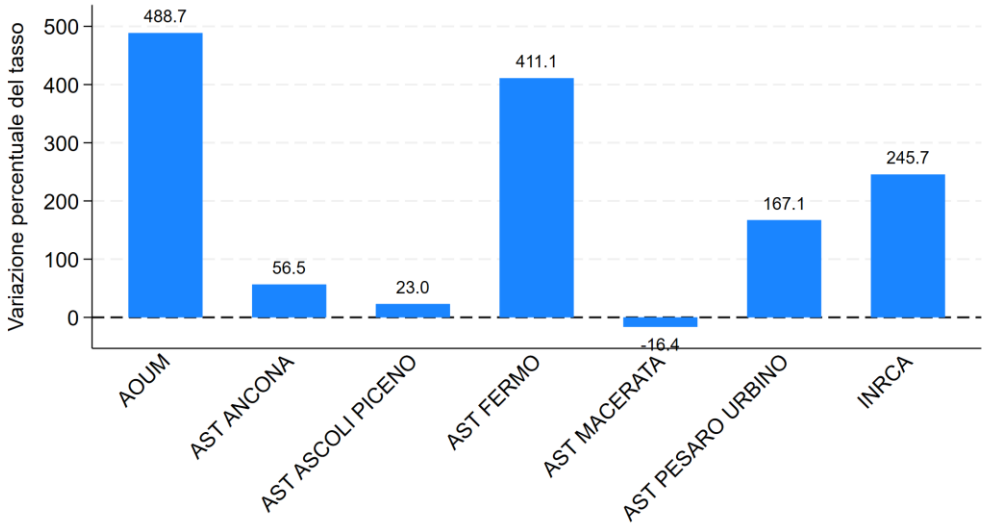
Variazione percentuale del tasso di segnalazioni 2025 vs 2024 per struttura: tutte le barre sono positive tranne AST Macerata, unica struttura sotto la linea dello zero.

Figura 5.15 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di operatori coinvolti



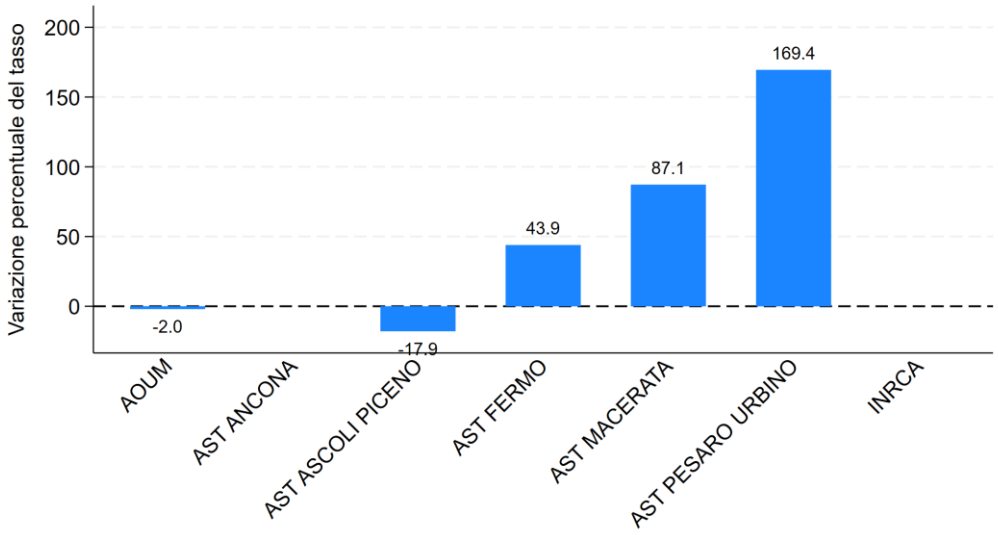
Variazione percentuale del tasso di operatori coinvolti: il pattern è molto simile a quello delle segnalazioni (Figura 5.5), con AST Macerata ancora unica eccezione ma con un calo percentuale minore.

Figura 5.16 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di coinvolgimento degli infermieri



Variazione percentuale del tasso di infermieri coinvolti: stesso pattern, AST Macerata in calo, tutte le altre strutture in aumento anche marcato.

Figura 5.17 - Variazione 2025 vs 2024 del tasso di coinvolgimento dei medici



Variazione percentuale del tasso di medici coinvolti: a differenza dei tre grafici precedenti, qui è AST Macerata a mostrare un aumento, mentre AST Ascoli Piceno e AOUM mostrano le uniche flessioni: il pattern per i medici è quindi diverso da quello delle altre categorie, come già notato in Tabella 5.

7. Interpretazione

Il confronto principale deve privilegiare i tassi rispetto ai conteggi assoluti, poiché le strutture hanno dimensioni diverse e il numero di personale è cambiato tra i due anni. Un aumento del numero di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un aumento proporzionale del rischio: il RR dei tassi consente di tenere conto del denominatore di lavoratori esposti.

I risultati relativi alle segnalazioni e quelli relativi agli operatori coinvolti devono essere interpretati come indicatori distinti. Il numero di segnalazioni non coincide necessariamente con il numero di persone coinvolte, e le classificazioni professionali possono essere a risposta multipla.

AST Macerata emerge come caso particolare in tutta l'analisi: è l'unica struttura in cui il tasso di segnalazioni, di operatori coinvolti e di infermieri coinvolti diminuisce dal 2024 al 2025, pur restando tra le strutture con i tassi assoluti più alti; al contempo, è l'unica struttura in cui il tasso specifico dei medici aumenta.

Limiti: i dati sono aggregati a livello di struttura e il confronto appaiato si basa su sette strutture. Inoltre, eventuali cambiamenti nella completezza delle procedure di rilevazione tra 2024 e 2025 possono influenzare il numero di segnalazioni osservato. I tassi di segnalazioni e di operatori coinvolti usano un denominatore (medici + infermieri) più ristretto del numeratore (operatori di qualsiasi professione): sono quindi indicatori compositi utili al confronto relativo, non tassi di incidenza in senso stretto.

6. CAPITOLO: DISCUSSIONI

Il presente studio ha consentito di analizzare il fenomeno della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nella Regione Marche attraverso un approccio integrato, articolato in due fasi complementari. La prima fase, condotta mediante *Scoping Review*, ha permesso di identificare e organizzare le principali evidenze scientifiche relative agli interventi di prevenzione e gestione della violenza nei contesti sanitari; la seconda fase, sviluppata attraverso uno studio osservazionale descrittivo retrospettivo, ha consentito di caratterizzare il fenomeno a livello regionale mediante l'analisi degli eventi segnalati nel 2025 e il confronto temporale con l'anno 2024 nelle strutture pubbliche.

L'integrazione tra i due livelli di analisi rappresenta un elemento centrale dello studio, poiché consente di interpretare i risultati epidemiologici non come semplici frequenze di eventi, ma alla luce delle determinanti organizzative, ambientali e relazionali individuate dalla letteratura. La *Scoping Review* ha infatti evidenziato come la violenza occupazionale in sanità debba essere interpretata come un fenomeno complesso e multifattoriale, risultante dall'interazione tra caratteristiche dell'aggressore, fattori professionali, dinamiche relazionali, condizioni ambientali, assetti organizzativi e cultura della sicurezza. In tale prospettiva, il fenomeno non può essere ricondotto esclusivamente al comportamento individuale dell'aggressore, ma deve essere affrontato come un rischio organizzativo che richiede strategie preventive integrate.

Nel 2025 sono state considerate complessivamente 19 strutture sanitarie, comprendenti 7 strutture pubbliche e 12 private. Il numero complessivo di segnalazioni è risultato pari a 332, di cui 324 riferite al settore pubblico e 8 al settore privato. Tra le strutture private, soltanto tre hanno riportato almeno un evento, mentre le restanti nove non hanno registrato segnalazioni nel periodo considerato.

La marcata differenza osservata tra strutture pubbliche e private deve tuttavia essere interpretata con cautela. L'assenza di denominatori di esposizione nel settore privato, il numero estremamente ridotto di eventi osservati e l'eterogeneità delle strutture incluse non consentono infatti di concludere che il rischio sia intrinsecamente inferiore nel privato. Nel campione privato coesistono realtà profondamente differenti per caratteristiche organizzative e intensità di contatto con l'utenza, come laboratori di analisi cliniche e strutture residenziali; tale eterogeneità limita la comparabilità diretta con il settore pubblico.

Questo risultato presenta una significativa associazione con quanto emerso dalla *Scoping Review*. La letteratura evidenzia infatti come il rischio di aggressione non sia uniformemente distribuito tra i diversi setting assistenziali, ma vari in funzione della complessità clinica, dell'intensità relazionale, dell'organizzazione dei servizi, dei carichi di lavoro, della presenza di condizioni di sovraffollamento, dei tempi di attesa e delle caratteristiche dell'utenza. Tale evidenza suggerisce che la variabilità rilevata tra le strutture regionali debba essere interpretata non come una semplice differenza quantitativa tra Enti, ma come possibile espressione di differenti

configurazioni organizzative e assistenziali. La *Scoping Review* ha inoltre individuato nella normalizzazione della violenza e nella sotto-segnalazione una delle principali criticità dei sistemi di sorveglianza. In particolare, gli studi inclusi descrivono una ridotta propensione alla segnalazione quando gli operatori percepiscono gli episodi aggressivi come parte inevitabile dell'attività lavorativa, quando non ricevono *feedback* a seguito della segnalazione o quando ritengono il sistema di *reporting* inefficace. Alla luce di tali evidenze, l'assenza di eventi registrati in alcune strutture non può essere automaticamente interpretata come assenza effettiva del fenomeno, ma deve essere letta anche considerando la possibile influenza della cultura organizzativa e della capacità del sistema di intercettare gli episodi.

L'analisi dei rapporti di frequenza ha evidenziato che gli eventi di natura verbale risultano quasi tre volte più frequenti rispetto a quelli esclusivamente fisici (IRR=2,79). Gli eventi perpetrati da soggetti estranei risultano invece molto meno rappresentati rispetto a quelli attribuiti all'utente/paziente, mentre il setting territoriale e la fascia serale-notturna risultano proporzionalmente meno rappresentati rispetto, rispettivamente, al setting ospedaliero e alla fascia mattutina. Tali stime descrivono la composizione degli eventi segnalati e non possono essere interpretate come misure di rischio individuale causale. La prevalenza delle aggressioni verbali trova un importante riscontro nelle evidenze della *Scoping Review*. Diversi studi inclusi evidenziano come la violenza verbale e psicologica

rappresenti una delle forme più frequenti di aggressione nei confronti degli operatori sanitari. Proprio la minore evidenza clinica immediata rispetto all'aggressione fisica può favorirne la normalizzazione e la mancata segnalazione. Tale elemento assume rilievo organizzativo, poiché comportamenti verbali offensivi, minacciosi o intimidatori possono determinare conseguenze significative sul benessere psicologico, sulla percezione di sicurezza, sul clima organizzativo e sulla soddisfazione professionale. Il ruolo prevalente dell'utente/paziente come aggressore è anch'esso coerente con il modello interpretativo emerso dalla revisione. La letteratura identifica infatti numerosi fattori potenzialmente associati all'insorgenza dell'aggressività, tra cui alterazioni dello stato mentale, condizioni cliniche acute, uso di sostanze, stress, frustrazione, attese prolungate, difficoltà comunicative e conflittualità legata al percorso assistenziale. Ne deriva che le strategie preventive devono includere non soltanto misure di sicurezza, ma anche interventi clinico-assistenziali orientati al riconoscimento precoce dei segnali di escalation, alla comunicazione terapeutica e all'impiego appropriato delle tecniche di de-escalation.

La distribuzione degli eventi tra setting ospedalieri e territoriali evidenzia una maggiore rappresentazione del contesto ospedaliero. Tale risultato non deve tuttavia essere interpretato come dimostrazione di un rischio minore nei servizi territoriali, poiché non sono disponibili denominatori omogenei riferiti all'effettiva esposizione nei diversi contesti. La *Scoping Review* evidenzia infatti che ciascun

setting presenta specifiche condizioni di vulnerabilità. Nei servizi di emergenza e nei Pronto Soccorso il rischio è frequentemente associato a sovraffollamento, tempi di attesa, elevata pressione assistenziale e presenza di utenti in condizioni di agitazione o sotto effetto di sostanze. Nei servizi psichiatrici assumono particolare rilievo le condizioni cliniche e comportamentali dei pazienti, mentre nell'assistenza domiciliare e nell'emergenza territoriale la vulnerabilità può derivare dall'isolamento dell'operatore, dalla minore disponibilità di supporto immediato e dalla difficoltà di controllare preventivamente l'ambiente di lavoro. Questa associazione tra dati regionali ed evidenze della letteratura suggerisce che la prevenzione della violenza non possa essere basata su interventi uniformi per tutti i contesti. È invece necessario adottare strategie differenziate sulla base delle caratteristiche del setting, mantenendo una cornice organizzativa comune fondata su governance, valutazione del rischio, formazione, *reporting* e supporto post-evento.

La popolazione infermieristica rappresenta una delle categorie maggiormente coinvolte negli eventi. Nel confronto regionale 2024-2025, il tasso relativo agli infermieri coinvolti passa da 19,58 a 30,29 per 1.000 infermieri in servizio, con Rate Ratio pari a 1,55 e intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,28 e 1,87. Questo risultato è coerente con le evidenze emerse dalla *Scoping Review*, nella quale numerosi studi analizzano proprio la popolazione infermieristica. La maggiore esposizione degli infermieri può essere interpretata, sul piano

organizzativo, alla luce della continuità della relazione assistenziale, della frequenza del contatto diretto con pazienti e caregiver, della presenza nei setting a elevata complessità relazionale e del ruolo svolto nella gestione quotidiana delle situazioni di disagio, conflitto o escalation comportamentale. Alcuni studi inclusi nella revisione associano inoltre l'esposizione alla violenza a fattori quali *workload*, adeguatezza delle risorse, turnistica, supporto organizzativo, *leadership* e burnout. Lo studio regionale, basandosi su dati aggregati, non consente di verificare direttamente tali associazioni a livello individuale; tuttavia, la convergenza con la letteratura indica l'opportunità di includere tali dimensioni nelle future analisi aziendali e regionali. Ne deriva che gli interventi rivolti alla popolazione infermieristica non dovrebbero essere limitati alla formazione individuale, ma dovrebbero comprendere anche la valutazione dei carichi di lavoro, l'adeguatezza dello *staffing*, la disponibilità di supporto durante l'evento, la presenza di procedure condivise e il sostegno organizzativo successivo all'aggressione.

Il confronto tra il 2024 e il 2025 nelle sette strutture pubbliche ha evidenziato un incremento regionale di tutti e quattro gli indicatori analizzati. Il tasso di segnalazioni passa da 20,09 a 25,67 per 1.000 unità della popolazione professionale di riferimento, con RR=1,28; il tasso degli operatori coinvolti passa da 20,09 a 30,50, con RR=1,52; quello degli infermieri da 19,58 a 30,29, con RR=1,55; quello dei medici da 6,98 a 11,84, con RR=1,70. Tutti gli incrementi regionali risultano statisticamente significativi nel confronto dei tassi, sebbene per i medici l'intervallo

di confidenza risulti più ampio per la minore numerosità degli eventi. Il numero complessivo di medici e infermieri in servizio passa da 12.491 unità nel 2024 a 12.622 nel 2025, variazione relativamente contenuta e già considerata nel calcolo dei tassi. Anche in questo caso, il dato deve essere interpretato con prudenza. L'aumento delle segnalazioni può corrispondere a un reale incremento degli episodi, ma potrebbe riflettere anche una maggiore capacità del sistema di intercettare e registrare gli eventi. Questa interpretazione è fortemente sostenuta dalla *Scoping Review*, che identifica la cultura del *reporting* come una componente essenziale della prevenzione. In organizzazioni caratterizzate da maggiore fiducia nel sistema, disponibilità di procedure semplici e *feedback* agli operatori, l'aumento delle segnalazioni può rappresentare anche un indicatore di miglioramento della capacità di rilevazione. Pertanto, il numero delle segnalazioni non dovrebbe essere utilizzato isolatamente come indicatore di peggioramento della sicurezza, ma interpretato congiuntamente a variabili relative alla gravità degli eventi, alle conseguenze per gli operatori, alla qualità del *reporting* e agli interventi attivati.

L'incremento osservato a livello regionale non risulta completamente uniforme tra le sette strutture pubbliche. Il confronto appaiato mostra infatti significatività statistica soltanto per il numero di operatori coinvolti, mentre per gli altri indicatori il test non raggiunge la soglia convenzionale di significatività. Tale differenza è compatibile con la ridotta numerosità delle unità di analisi e con la maggiore potenza del confronto sui conteggi regionali aggregati. AST Macerata rappresenta

un caso peculiare: è l'unica struttura nella quale il tasso di segnalazioni, di operatori complessivamente coinvolti e di infermieri coinvolti diminuisce tra il 2024 e il 2025, mentre il tasso specifico relativo ai medici aumenta. La *Scoping Review* offre una possibile chiave interpretativa per questa eterogeneità. Gli studi analizzati evidenziano infatti che le variazioni nel fenomeno possono essere influenzate da molteplici fattori locali: politiche aziendali, modificazioni organizzative, modalità di *reporting*, formazione del personale, *staffing*, sicurezza ambientale e supporto della *leadership*. Lo studio regionale non dispone di informazioni sufficienti per verificare quali di questi elementi abbiano determinato le differenze osservate; tali risultati suggeriscono tuttavia l'utilità di affiancare al monitoraggio quantitativo analisi qualitative e audit mirati a livello di singola struttura.

Uno dei risultati più rilevanti della *Scoping Review* riguarda il ruolo della *leadership* e della governance nella prevenzione della violenza. Le evidenze analizzate suggeriscono che le organizzazioni caratterizzate da *leadership* visibile, responsabilità chiaramente definite, sistemi di monitoraggio e supporto organizzativo presentano una maggiore capacità di prevenire, riconoscere e gestire gli episodi aggressivi. Questo elemento è particolarmente rilevante alla luce della variabilità riscontrata tra le strutture regionali. Una parte delle differenze osservate potrebbe essere collegata, oltre che alle caratteristiche assistenziali, anche a differenti livelli di maturità organizzativa nella gestione del rischio di violenza. Non è possibile dimostrare tale relazione con i dati disponibili, ma la convergenza con

la letteratura suggerisce che il monitoraggio regionale dovrebbe essere accompagnato dalla valutazione dei modelli organizzativi adottati dalle singole strutture. La prevenzione dovrebbe pertanto essere integrata nella clinical governance e nei sistemi aziendali di gestione del rischio, con responsabilità definite, obiettivi misurabili e indicatori di processo ed esito.

La formazione rappresenta l'intervento più frequentemente descritto negli studi inclusi nella *Scoping Review*. Tuttavia, le evidenze mostrano chiaramente che la formazione, se utilizzata come intervento isolato, non è sufficiente a garantire una riduzione stabile del fenomeno. I programmi maggiormente coerenti con le evidenze integrano formazione teorica, simulazione, esercitazioni pratiche, tecniche di *de-escalation*, comunicazione, gestione della distanza, *disengagement*, riconoscimento precoce dei segnali di rischio e attivazione coordinata del *team*. Alla luce dei risultati regionali, la formazione dovrebbe essere modulata sulla base dei *setting* e delle categorie professionali maggiormente coinvolte. Un approccio standardizzato e uguale per tutti rischierebbe infatti di non considerare le differenti condizioni di esposizione. La formazione dovrebbe inoltre essere periodicamente rivalutata sulla base dei dati di monitoraggio e degli eventi verificatisi.

La *Scoping Review* identifica il *reporting* come uno degli elementi centrali della prevenzione e del miglioramento continuo. Un sistema efficace deve essere semplice, accessibile, non punitivo, orientato al feedback e integrato nei processi di gestione del rischio. Tale evidenza assume particolare significato nello studio

regionale. La marcata eterogeneità nel numero di eventi segnalati suggerisce infatti che la qualità e la cultura del *reporting* possano influenzare la capacità di rappresentare correttamente il fenomeno. Il valore del sistema di segnalazione non risiede quindi soltanto nella raccolta quantitativa degli episodi, ma nella capacità di trasformare ogni evento in informazione utile per l'apprendimento organizzativo. Ciò implica la necessità di analizzare le cause, identificare i fattori contribuenti, attuare azioni correttive, restituire feedback agli operatori e verificare nel tempo l'efficacia degli interventi.

Un ulteriore elemento emerso con chiarezza dalla *Scoping Review* riguarda la necessità di strutturare percorsi di supporto successivi all'aggressione. Le evidenze individuano nel debriefing, nel supporto psicologico, nel peer support, nella tutela legale e nel follow-up componenti fondamentali della gestione post-evento. Tali interventi assumono particolare rilievo in relazione alle conseguenze della violenza sul benessere degli operatori, sulla soddisfazione lavorativa, sul burnout e sull'*intention to leave*. Il supporto post-evento non deve quindi essere considerato un intervento accessorio, ma una componente della prevenzione secondaria e della tutela della forza lavoro.

Il principale punto di forza del presente studio è rappresentato dall'integrazione tra analisi della letteratura e dati epidemiologici regionali. La *Scoping Review* ha fornito una cornice interpretativa utile per leggere i risultati empirici e per tradurre le evidenze osservate in possibili indicazioni organizzative. Un secondo punto di

forza è rappresentato dall'utilizzo di dati derivanti dal sistema istituzionale di monitoraggio regionale collegato all'ONSEPS, che consente di analizzare il fenomeno all'interno di un contesto reale di programmazione sanitaria. Ulteriore elemento di rilevanza è costituito dalla disponibilità, per le sette strutture pubbliche, dei dati relativi al numero di medici e infermieri in servizio, che ha permesso di rapportare gli eventi alla popolazione professionale di riferimento e di effettuare confronti temporali più informativi rispetto ai soli conteggi assoluti. Infine, l'utilizzo combinato di analisi descrittive, confronti tra strutture, test di omogeneità, rapporti di frequenza e analisi dei tassi ha consentito una lettura articolata del fenomeno senza ricorrere a modelli multivariati non adeguati alla limitata numerosità delle strutture disponibili.

Lo studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, i dati sono prevalentemente aggregati a livello di struttura e non consentono di ricostruire il profilo dei singoli operatori o degli aggressori, né di valutare associazioni causali individuali. Un secondo limite è rappresentato dal possibile fenomeno della sotto-segnalazione, intrinseco ai sistemi di *incident reporting* e potenzialmente influenzato da fattori organizzativi e culturali. Ulteriori limiti riguardano l'assenza di denominatori di esposizione per le strutture private, l'eterogeneità nella compilazione di alcune variabili, il forte squilibrio numerico tra settore pubblico e privato e l'eterogeneità intrinseca delle strutture private considerate. Per i tassi generali di segnalazioni e di operatori

coinvolti occorre inoltre considerare che il numeratore comprende operatori appartenenti a tutte le professioni, mentre il denominatore disponibile è costituito soltanto da medici e infermieri. Tali misure rappresentano quindi indicatori comparativi di carico e non tassi di incidenza in senso stretto. Anche la *Scoping Review* presenta specifici limiti metodologici. Non è stata effettuata una valutazione formale della qualità degli studi né del rischio di *bias*; inoltre, l'elevata eterogeneità dei disegni, dei contesti, delle popolazioni e degli outcome non ha consentito una sintesi quantitativa. La maggior parte degli studi inclusi presenta inoltre disegni osservazionali o qualitativi, mentre risultano ancora limitate le evidenze sperimentali o quasi-sperimentali.

I risultati ottenuti suggeriscono la necessità di consolidare il sistema regionale di monitoraggio attraverso una progressiva standardizzazione delle modalità di raccolta e classificazione degli eventi. Sarebbe opportuno rendere disponibili denominatori omogenei anche per le strutture private e ampliare gli indicatori includendo, oltre alla frequenza degli episodi, la gravità dell'evento, le conseguenze per l'operatore, le giornate di assenza, l'eventuale ricorso a cure sanitarie, il supporto post-evento ricevuto e le misure organizzative adottate. Un ulteriore sviluppo potrebbe riguardare l'integrazione dei dati quantitativi con analisi qualitative, audit e focus group rivolti agli operatori, con particolare riferimento alle strutture caratterizzate da variazioni significative o pattern divergenti. Le future ricerche dovrebbero inoltre orientarsi verso studi multicentrici, prospettici e

longitudinali, utilizzando definizioni e indicatori standardizzati e valutando l'efficacia di programmi organizzativi complessi anziché di singoli interventi isolati. Tale esigenza è coerente con le principali carenze individuate dalla *Scoping Review*, che evidenzia la limitata disponibilità di studi sperimentali e di indicatori condivisi.

La lettura dei risultati assume un ulteriore significato se il fenomeno viene considerato nella prospettiva dell'economia e del *management* dei sistemi socio-sanitari. La violenza nei confronti degli operatori non costituisce esclusivamente un problema di sicurezza sul lavoro e di tutela della salute, ma può generare conseguenze economiche e organizzative che interessano le singole aziende sanitarie e, più ampiamente, la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. Gli episodi aggressivi possono infatti determinare un impiego aggiuntivo di risorse, compromettere la continuità dei processi assistenziali e produrre costi che non sempre risultano immediatamente identificabili attraverso i tradizionali sistemi di contabilità aziendale.

Sotto il profilo economico, è possibile distinguere tra costi diretti, indiretti e intangibili. I costi diretti comprendono le eventuali prestazioni sanitarie necessarie per gli operatori coinvolti, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti terapeutici, le spese legali e assicurative, nonché gli interventi di ripristino delle attrezzature e degli ambienti eventualmente danneggiati. A questi si aggiungono le risorse impiegate per la gestione amministrativa dell'evento, la raccolta delle segnalazioni,

lo svolgimento degli approfondimenti interni e l'attivazione dei percorsi di supporto successivi all'aggressione.

I costi indiretti possono derivare dalle assenze dal lavoro, dalla necessità di sostituire temporaneamente il personale, dal ricorso a prestazioni straordinarie, dalla riorganizzazione dei turni e dalla possibile riduzione della produttività dei servizi. Un episodio aggressivo può inoltre richiedere l'intervento contemporaneo di più professionisti, sottraendo temporaneamente risorse alle attività assistenziali programmate. Nei contesti caratterizzati da elevata intensità di lavoro e limitata disponibilità di personale, tali conseguenze possono tradursi in un aumento dei costi organizzativi e in una minore efficienza nell'impiego delle risorse disponibili. Si tratta, tuttavia, di meccanismi economici potenziali, che il presente studio non ha potuto misurare direttamente.

Un'ulteriore dimensione riguarda i costi intangibili, associati al disagio psicologico, alla riduzione della soddisfazione lavorativa, al deterioramento del clima organizzativo e alla possibile intenzione di abbandonare il posto di lavoro. Sebbene tali effetti siano difficilmente traducibili in valori monetari, possono assumere rilevanza economica nel medio-lungo periodo, soprattutto quando contribuiscono all'assenteismo, alla mobilità del personale o alla necessità di reclutare e formare nuovi professionisti. In questa prospettiva, la tutela degli operatori rappresenta anche una componente delle politiche di valorizzazione e mantenimento delle risorse umane.

I risultati regionali forniscono alcuni elementi utili per inquadrare la dimensione del problema. Nel 2025 sono state registrate 332 segnalazioni nelle 19 strutture considerate, di cui 324 nel settore pubblico e 8 nel settore privato. Nelle sette strutture pubbliche, il confronto con il 2024 evidenzia un incremento del tasso di segnalazioni da 20,09 a 25,67 per 1.000 unità della popolazione professionale di riferimento e del tasso degli operatori coinvolti da 20,09 a 30,50. L'incremento degli eventi registrati e degli operatori coinvolti individua un fenomeno potenzialmente rilevante anche sotto il profilo dell'assorbimento delle risorse organizzative. Non è tuttavia possibile stabilire se a tale incremento corrisponda un aumento proporzionale dei costi, poiché gli episodi possono presentare gravità, conseguenze e fabbisogni gestionali molto differenti.

La particolare rappresentazione della popolazione infermieristica merita attenzione anche in termini di programmazione delle risorse umane. Il tasso degli infermieri coinvolti è passato da 19,58 a 30,29 per 1.000 infermieri in servizio tra il 2024 e il 2025. Considerando il ruolo centrale di questa categoria nella continuità assistenziale, eventuali assenze o limitazioni temporanee dell'attività lavorativa conseguenti alle aggressioni potrebbero comportare esigenze di sostituzione e rimodulazione dell'organizzazione dei servizi. Il dato osservato non consente di quantificare tali conseguenze, ma identifica una popolazione professionale per la quale risulta particolarmente importante integrare le politiche di prevenzione della violenza con la pianificazione del personale e la gestione del rischio organizzativo.

Da una prospettiva di economia sanitaria, la prevenzione può essere interpretata come un investimento finalizzato a ridurre le conseguenze cliniche, professionali e organizzative degli episodi aggressivi. Gli interventi di formazione, il miglioramento della sicurezza ambientale, l'adozione di procedure di gestione dell'*escalation*, il rafforzamento dei sistemi di segnalazione e l'attivazione di percorsi di supporto post-evento comportano un impiego iniziale di risorse. La loro valutazione economica dovrebbe pertanto considerare sia i costi di implementazione sia i benefici potenzialmente ottenibili attraverso la riduzione degli eventi e delle relative conseguenze. Non è possibile, sulla base dei dati disponibili, affermare che uno specifico intervento produca un risparmio netto; tale conclusione richiederebbe una valutazione economica dedicata, fondata su dati di costo e misure di efficacia.

In termini di *governance*, emerge quindi l'opportunità di affiancare agli indicatori epidemiologici un sistema di monitoraggio delle conseguenze economiche e organizzative della violenza. La rilevazione potrebbe comprendere il numero di giornate lavorative perse, le ore di straordinario necessarie per la sostituzione del personale, i costi delle prestazioni sanitarie e degli interventi di supporto, le eventuali spese legali e assicurative e il tempo dedicato alla gestione degli eventi. La disponibilità di tali informazioni permetterebbe di stimare il costo medio per episodio, analizzarne la variabilità in relazione alla gravità e al *setting* assistenziale e confrontare nel tempo l'impatto economico del fenomeno.

L’integrazione tra dati epidemiologici, informazioni organizzative e contabilità analitica consentirebbe inoltre di sviluppare valutazioni di costo-efficacia degli interventi preventivi, confrontando le risorse impiegate con gli esiti ottenuti. In questa prospettiva, il sistema regionale di monitoraggio potrebbe evolvere da strumento prevalentemente descrittivo a supporto delle decisioni manageriali, contribuendo a orientare la programmazione, l’allocazione delle risorse e la definizione delle priorità di intervento. La prevenzione della violenza assumerebbe così una duplice valenza: tutela della salute e della sicurezza dei professionisti, da un lato, e miglioramento dell’efficienza e della sostenibilità organizzativa dei servizi socio-sanitari, dall’altro.

Per rendere più concreta questa prospettiva, si potrebbe introdurre una formula per il calcolo del costo complessivo della violenza occupazionale:

$$C_{tot} = C_{diretti} + C_{indiretti}$$

I costi intangibili andrebbero descritti e valutati separatamente, salvo disporre di un metodo esplicito per monetizzarli. Il costo medio per evento potrebbe quindi essere calcolato come:

$$C_{\text{medio}} = \frac{C_{\text{tot}}}{N_{\text{eventi}}}$$

dove N_{eventi} rappresenta il numero di episodi considerati, definiti secondo criteri uniformi.

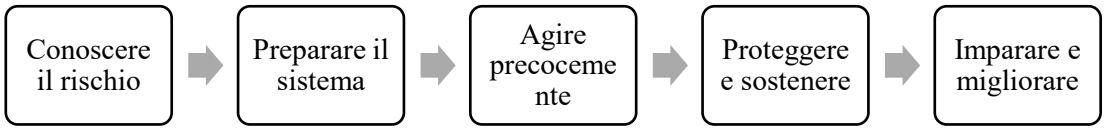
7. CAPITOLO: CONCLUSIONI

Il presente studio ha consentito di approfondire il fenomeno della violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nella Regione Marche integrando le evidenze della letteratura scientifica con l'analisi epidemiologica degli eventi segnalati. I risultati confermano che la violenza occupazionale in ambito sanitario rappresenta un fenomeno rilevante, complesso e caratterizzato da una marcata variabilità tra strutture, contesti assistenziali e categorie professionali. Tale eterogeneità appare coerente con quanto evidenziato dalla *Scoping Review*, che interpreta la violenza come il risultato dell'interazione tra fattori individuali, relazionali, ambientali e organizzativi. Il confronto temporale tra il 2024 e il 2025 nelle strutture pubbliche mostra un incremento regionale dei tassi di segnalazione, di operatori coinvolti, di infermieri coinvolti e di medici coinvolti. Tale incremento non risulta tuttavia uniforme tra le singole strutture e deve essere interpretato con cautela, poiché il numero di eventi registrati può essere influenzato sia dall'effettiva frequenza delle aggressioni sia dalla capacità del sistema organizzativo di riconoscerle e segnalarle. La convergenza tra risultati empirici ed evidenze della *Scoping Review* porta a una considerazione centrale: la prevenzione della violenza non può essere affidata a singoli interventi né limitata alla sola formazione degli operatori. È necessario adottare un modello organizzativo sistemico e multidimensionale, capace di integrare governance, valutazione dinamica del rischio, adeguatezza delle risorse professionali, sicurezza degli

ambienti, formazione, comunicazione e de-escalation, *reporting*, analisi degli eventi e supporto post-evento. In tale prospettiva, il sistema di monitoraggio assume un valore strategico. La raccolta sistematica delle segnalazioni deve rappresentare il punto di partenza di un processo ciclico di apprendimento organizzativo e non un mero adempimento informativo. I dati dovrebbero essere utilizzati per individuare priorità, identificare i contesti maggiormente vulnerabili, programmare interventi mirati e verificarne nel tempo l'efficacia. Un ulteriore elemento di rilievo riguarda la necessità di rafforzare la cultura della segnalazione. L'assenza di eventi registrati non può essere automaticamente interpretata come assenza del fenomeno, così come un aumento delle segnalazioni non deve necessariamente essere considerato un indicatore esclusivo di peggioramento della sicurezza. Una maggiore propensione al *reporting* può infatti rappresentare anche il risultato di una maggiore consapevolezza e fiducia nel sistema. Le future attività di ricerca e monitoraggio dovranno pertanto orientarsi verso una maggiore standardizzazione degli indicatori, la disponibilità di denominatori omogenei, l'integrazione di informazioni quantitative e qualitative e la valutazione degli esiti degli interventi organizzativi. Alla luce dei risultati ottenuti, la prevenzione della violenza nei confronti degli operatori sanitari dovrebbe essere considerata una componente strutturale della governance delle organizzazioni sanitarie, strettamente connessa alla sicurezza sul lavoro, alla qualità dell'assistenza, alla sicurezza delle cure e alla sostenibilità della forza lavoro. Il principale contributo del presente studio consiste quindi nell'aver

evidenziato come la conoscenza sistematica del fenomeno rappresenti il presupposto per la sua prevenzione. Monitorare gli eventi, comprenderne i contesti, identificarne i fattori contribuenti e tradurre le informazioni raccolte in azioni correttive costituiscono passaggi essenziali per sviluppare organizzazioni sanitarie più sicure e resilienti.

I risultati del presente studio, integrati con le evidenze emerse dalla *Scoping Review*, suggeriscono che la prevenzione e la gestione della violenza nei confronti degli operatori sanitari debbano essere incorporati nei processi ordinari di pratica clinico-assistenziale e di governo organizzativo. La principale implicazione consiste nel superamento di un modello esclusivamente reattivo, centrato sulla gestione dell'episodio dopo che si è verificato, a favore di un modello preventivo e ciclico fondato su cinque fasi strettamente interconnesse:



Tale impostazione, già emersa dalla sintesi della *Scoping Review*, consente di

tradurre le evidenze scientifiche in indicazioni operative applicabili ai diversi contesti assistenziali.

I. Conoscere il rischio: implica utilizzare sistematicamente i dati di segnalazione per identificare setting, momenti della giornata, tipologie di evento, categorie professionali e caratteristiche dell'aggressore maggiormente rappresentati. Il monitoraggio dovrebbe essere accompagnato da *audit* periodici e analisi dei fattori contribuenti.

II. Preparare il sistema: significa integrare la prevenzione della violenza nella *governance* aziendale, definendo responsabilità, procedure, modalità di risposta, sistemi di allarme, criteri di escalation e misure di sicurezza adeguate alle caratteristiche dei diversi *setting*. Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta allo *staffing*, ai carichi di lavoro e all'organizzazione degli ambienti.

III. Agire precocemente: richiede che gli operatori siano in grado di riconoscere tempestivamente i segnali di rischio e di utilizzare tecniche di comunicazione terapeutica, *de-escalation* e *disengagement*. La formazione dovrebbe essere periodica, contestualizzata e, ove possibile, supportata da simulazione ed esercitazioni pratiche.

IV. Proteggere e sostenere: implica garantire una risposta organizzata dopo l'evento, comprendente assistenza all'operatore, *debriefing*, supporto psicologico, *peer support*, tutela medico-legale e *follow-up*. Il supporto post-

evento deve essere considerato una componente della prevenzione e non un intervento accessorio.

V. Imparare e migliorare: significa trasformare ogni segnalazione in un'opportunità di apprendimento organizzativo. I sistemi di *reporting* dovrebbero essere semplici, accessibili e non punitivi, accompagnati da *feedback* agli operatori e da azioni correttive verificabili nel tempo.

In termini sintetici, i risultati del presente studio indicano che la pratica clinico-assistenziale dovrebbe essere orientata verso un modello in cui la sicurezza dell'operatore e la sicurezza delle cure siano considerate dimensioni interdipendenti. La prevenzione della violenza non dovrebbe pertanto essere affidata esclusivamente alla capacità del singolo professionista di gestire la situazione aggressiva, ma deve essere sostenuta dall'intera organizzazione attraverso *leadership*, formazione, risorse, procedure, sistemi di *reporting* e supporto post-evento. Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta alla popolazione infermieristica, risultata significativamente coinvolta nel fenomeno e frequentemente identificata dalla letteratura come categoria esposta, soprattutto nei contesti caratterizzati da elevata intensità assistenziale e relazionale.

In conclusione, la principale ricaduta per la pratica clinica consiste nel passaggio da una gestione episodica della violenza a un sistema strutturato di prevenzione e gestione del rischio**,** nel quale dati epidemiologici, evidenze scientifiche e

conoscenza del contesto organizzativo siano utilizzati congiuntamente per orientare decisioni, interventi e processi di miglioramento continuo.

8. CAPITOLO: BIBLIOGRAFIA

Acquadro Maran, Daniela, Antonella Varetto, Massimo Zedda, e Nicola Magnavita. 2017. «Workplace Volence Toward Hospital Staff and Volunteers: A Survey of an Italian Sample». Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 27 (dicembre): 1–20. https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1405314.

Berlin, Johan, Malin Hildebrand Karlén, Thomas Nilsson, e Märta Wallinius. 2025. «An Inductive Content Analysis of Collaborative Violence Risk Management Plans in a High-Security Forensic Psychiatric Hospital». Issues in Mental Health Nursing 46 (6): 566–78. https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2483248.

Celik, S. S., Y. Celik, I. Ağirbaş, e O. Uğurluoğlu. 2007. «Verbal and Physical Abuse against Nurses in Turkey». International Nursing Review 54 (4): 359–66. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x.

Cesare, Manuele, Marco Di Nitto, Paolo Iovino, et al. 2026. «Prevalence and Determinants of Workplace Violence Against Nurses in the Italian Home Care Settings: A Cross-Sectional Multicentre Study». Journal of Clinical Nursing 35 (5): 2288–98. https://doi.org/10.1111/jocn.70007.

Chirico, Francesco, Gabriella Nucera, e Angelo Sacco. 2022. La violenza da parte di pazienti e accompagnatori a danno degli operatori di pronto soccorso: una

revisione della normativa vigente e delle linee guida internazionali per la valutazione e la gestione del rischio.

Connell, Kathryn A., Juliana Gabrielle Byers, e K. Jane Muir. 2026. «Workplace violence against nurses is a patient safety crisis, not “part of the job”». Health Affairs Scholar 4 (4): qxag077. https://doi.org/10.1093/haschl/qxag077.

«Documentazione Economica e Finanziaria - Dettaglio Atto Normativo». s.d. Consultato 4 agosto 2026. https://def.giustiziatributaria.gov.it/DocTribFrontend/getAttoNormativoDetail.do?ACTION=get

Eurofound. 2025. «European Working Conditions Survey (2010)». febbraio 13. https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys-and-data/surveys/european-working-conditions-survey/ewcs-2010/.

Fatai, Aekkachai, Chakrit Sattayarom, Wiwat Laochai, e Ekkalak Faksook. 2026. «Workplace Violence Against Emergency Department Nurses in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis». Journal of Clinical Nursing 35 (7): 3000–3010. https://doi.org/10.1111/jocn.70286.

García-Pérez, María Dolores, Adriana Rivera-Sequeiros, Tomás María Sánchez-Elías, e Marta Lima-Serrano. 2021. «Workplace Violence on Healthcare Professionals and Underreporting: Characterization and Knowledge Gaps

for Prevention». Enfermeria Clinica 31 (6): 390–95. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.05.001.

Gates, Donna M., Gordon L. Gillespie, e Paul Succop. 2011. «Violence against Nurses and Its Impact on Stress and Productivity». Nursing Economic$ 29 (2): 59–66, quiz 67.

Geoffrion, Steve, Jane Goncalves, Richard Boyer, André Marchand, e Stéphane Guay. 2017a. «The Effects of Trivialization of Workplace Violence on Its Victims: Profession and Sex Differences in a Cross-Sectional Study among Healthcare and Law Enforcement Workers». Annals of Work Exposures and Health 61 (3): 369–82. https://doi.org/10.1093/annweh/wxx003.

Geoffrion, Steve, Jane Goncalves, Richard Boyer, André Marchand, e Stéphane Guay. 2017b. «The Effects of Trivialization of Workplace Violence on Its Victims: Profession and Sex Differences in a Cross-Sectional Study among Healthcare and Law Enforcement Workers». Annals of Work Exposures and Health 61 (3): 369–82. https://doi.org/10.1093/annweh/wxx003.

Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. 2016

Hahn, Sabine, Virpi Hantikainen, Ian Needham, Gerjo Kok, Theo Dassen, e Ruud J. G. Halfens. 2012. «Patient and Visitor Violence in the General Hospital, Occurrence, Staff Interventions and Consequences: A Cross-Sectional

Survey». Journal of Advanced Nursing 68 (12): 2685–99. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x.

Herrmann, Alexander, Christian Seubert, e Jürgen Glaser. 2022. «Consequences of Exposure to Violence, Aggression, and Sexual Harassment in Private Security Work: A Mediation Model». Journal of Interpersonal

Violence 37 (11–12): NP9684–711. https://doi.org/10.1177/0886260520984432.

Hillbrand, M., H. G. Foster, e R. T. Spitz. 1996. «Characteristics and Cost of Staff Injuries in a Forensic Hospital». Psychiatric Services (Washington, D.C.) 47 (10): 1123–25. https://doi.org/10.1176/ps.47.10.1123.

Hinsenkamp, Maurice. 2013. «Violence against Healthcare Workers». International Orthopaedics 37 (12): 2321–22. https://doi.org/10.1007/s00264-013-2129-5.

Hunter, M., e H. Carmel. 1992. «The Cost of Staff Injuries from Inpatient Violence». Hospital & Community Psychiatry 43 (6): 586–88. https://doi.org/10.1176/ps.43.6.586.

Ibrahim, Ateya Megahed, e Donia Elsaid Fathi Zaghamir. 2026. «Navigating the Storm: Exploring Triggers, Preventive Strategies, and Sociocultural Dynamics of Violence in Healthcare Settings-A Cross-Sectional Study in Damietta Governorate, Egypt». Journal of Clinical Nursing 35 (5): 2320–32. https://doi.org/10.1111/jocn.70131.

International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: International Labour Office; 2002. ISBN 92-2-113446-6

Legge del 14/08/2020 n. 113

López-Ros, Paloma, Reyes López-López, David Pina, e Esteban Puente-López. 2023. «User Violence Prevention and Intervention Measures to Minimize and Prevent Aggression towards Health Care Workers: A Systematic Review». Heliyon 9 (9): e19495. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19495.

Magnavita, Nicola. 2011. «Violence Prevention in a Small-Scale Psychiatric Unit: Program Planning and Evaluation». International Journal of Occupational and Environmental Health 17 (4): 336–44. https://doi.org/10.1179/107735211799041779.

Magnavita, Nicola, e Tarja Heponiemi. 2011. «Workplace Violence against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience». Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing 43 (2): 203–10. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x.

Mamo, Carlo, Maria Penasso, e Denis Quarta. 2021. «Infortuni lavorativi da aggressioni nel personale sanitario: dimensioni e trend del problema».

Bollettino epidemiologico nazionale (IT) 1 (2): 15–21. https://doi.org/10.53225/ben_003.

Marte, Mattia, Ernesto Cappellano, Cristina Sestili, Alice Mannocci, e Giuseppe La Torre. 2019a. «Le aggressioni al personale sanitario, uno studio osservazionale nei medici dell'Ordine di Roma». La Medicina del Lavoro 110 (2): 130–41. https://doi.org/10.23749/mdl.v110i2.7807.

Marte, Mattia, Ernesto Cappellano, Cristina Sestili, Alice Mannocci, e Giuseppe La Torre. 2019b. «[Not Available]». La Medicina Del Lavoro 110 (2): 130–41. https://doi.org/10.23749/mdl.v110i2.7807.

Ministero della Salute. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. Pubblicato Luglio 2009

Ministero della Salute. Raccomandazione n. 8. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni. Roma: Ministero della Salute; 2025. Pubblicata 11 marzo 2026

Naish, Jeannette, Yvonne H. Carter, Richard W. Gray, Tony Stevens, Josephine M. Tissier, e Madeleine M. Gantley. 2002. «Brief Encounters of Aggression and Violence in Primary Care: A Team Approach to Coping Strategies». Family Practice 19 (5): 504–10. https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.504.

Niedermier, Julie, e David Kasick. s.d. «Maintaining Personal Safety: Understanding and Addressing Aggression and Violence in the Health Care

Setting». MedEdPORTAL : the Journal of Teaching and Learning Resources 14: 10722. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10722.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Caring for Our Caregivers: Workplace Violence in Healthcare – Understanding the Challenge. OSHA 3826. Washington, DC: U.S. Department of Labor; 2015.

Page, Matthew J., Joanne E. McKenzie, Patrick M. Bossuyt, et al. 2021. «The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews». BMJ, marzo 29, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71.

Pich, Jacqueline, Michael Hazelton, Deborah Sundin, e Ashley Kable. 2011. «Patient-Related Violence at Triage: A Qualitative Descriptive Study». International Emergency Nursing 19 (1): 12–19. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.007.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2016

Qasem, Islam, e Gordon L. Gillespie. 2026. «Intervention and Strategies to Prevent Workplace Violence From Patients and Visitors Against Nurses: An Integrative Review». Journal of Advanced Nursing 82 (5): 4786–99. https://doi.org/10.1111/jan.70192.

Raveel, Ann, e Birgitte Schoenmakers. 2019. «Interventions to Prevent Aggression against Doctors: A Systematic Review». BMJ Open 9 (9): e028465. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465.

Rigi, Zahra Ebrahimi, Parvin Mangolian Shahrbabaki, Fazlollah Ahmadi, e Ali Ravari. s.d. A Prescriptive Model for Protecting Nurses' Dignity and Safety: Understanding Coping Processes in the Face of Workplace Violence. https://doi.org/10.1002/nop2.70557.

Riihimäki, Heikki, Laura-Maria Peltonen, Mari Lahti, e Jani Paulin. 2026. «Exploring Violence towards EMS Personnel: A Multiprofessional Qualitative Study». BMC Emergency Medicine 26 (1): 119. https://doi.org/10.1186/s12873-026-01530-x.

Stewart, Duncan, Len Bowers, e Jamie Ross. 2012. «Managing Risk and Conflict Behaviours in Acute Psychiatry: The Dual Role of Constant Special Observation». Journal of Advanced Nursing 68 (6): 1340–48. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05844.x.

Tricco, Andrea C., Erin Lillie, Wasifa Zarin, et al. 2016. «A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews». BMC Medical Research Methodology 16 (febbraio): 15. https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4.

Wirth, Tanja, Claudia Peters, Albert Nienhaus, e Anja Schablon. 2021. «Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency

Departments: A Systematic Review». International Journal of Environmental Research and Public Health 18 (16): 8459. https://doi.org/10.3390/ijerph18168459.

Yang, Bing Xiang, Teresa E. Stone, Marcia A. Petrini, e Diana L. Morris. 2018. «Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-Sectional Survey». Archives of Psychiatric Nursing 32 (1): 31–38. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013.

Zarei, Mohammadreza, Mahboubeh Rezaei, e Mohammadreza Abedzadeh. 2026. «Workplace violence against operating room nurses: A systematic review». Perioperative Care and Operating Room Management 43 (giugno): 100640. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2026.100640.

9. CAPITOLO: ALLEGATI

Allegato 1: Data-Set - dati aggregati

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

Scheda di rilevazione aggressioni 2025

SCHEDA DI SINTESI DEI DATI RACCOLTI AI FINI DELL'ONSEPS PER L'ANNO 2025

Regione Marche

			BIOLAB	Lab.An. Croce Azzurra	Res. Villa Fastiggi Pesaro	IRCR MACERATA		CASA DI RIPOSO DI FRASASSI	CDC VILLA DEI PINI	Bionexis (AST2 Jesi)	Clinicalab (AST3 Civitanova Marche)	Fisionedlab (AST3 Civitanova Marche)	CorIB (AST3 Monte San Giusto)	Fisiomed Laboratorio Analisi Cliniche (AST3 Tolentino)	Biolab (AST5 Ascoli Piceno)	AST FERMO	AST PESARO URBINO	INRCA	AOUM	AST MACERATA	AST ANCONA	AST ASCOLI PICENO	TOT.
	DATA ACQUISIZIONE		30/12/25	07/01/26	08/01/26	08/01/26		12/01/26	12/01/26	13/01/26	13/01/26	13/01/26	13/01/26	13/01/26	13/01/26	08/01/26	08/01/26	09/01/26	12/01/26	14/01/26	12/01/26	13/01/26	
	ID ACQUISIZIONE		######	######	39519235	39521293		######	######	39550221	39550221	39550221	39550221	39550221	39550221	251	250	319	392	616	######	493	
id	**Variabile**	**Modalità**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	**Nr.**	
1	Numero di segnalazioni		1	0	0	4	0	0	3	0	0	0	0	0	0	39	61	18	13	58	77	58	332
2	Settore	Pubblico				3	1									1	1	1	1	1	1	1	11

		Privato accreditato convenzionato SSR	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1								11
3	Sesso	Maschio							3							9	19	16	6	24	15	29	121
		Femmina	1			4			4							30	64	5	7	63	62	36	276
4	Età	Fino a 29 anni							1							1	7		1	9	1	1	21
		30-39 anni	1						3							17	33		6	24	13	7	104
		40-49 anni				4			1							8	23	10	3	19	28	20	116
		50-59 anni							2							12	19	11	3	28	26	22	123
		60 anni e più														1	1			7	9	8	26
5	Qualifica professionale	Assistente Sanitario																					0
		Biologo																					0
		Chimico																					0
		Dietista																					0
		Educatore Professionale																					0
		Farmacista																					0
		Fisico																					0
		Fisioterapista																					0
		Igienista Dentale																					0
		Infermiere							5							31	64	17	12	65	49	42	285

		Infermiere pediatrico																				0
		Logopedista																				0
		Medico chirurgo						1							6	11	2	1	15		5	41
		Medico veterinario																				0
		Odontoiatra																			1	1
		Ortottista-Assistente di Oftalmologia																				0
		Ostetrica/o	1																			1
		Podologo																				0
		Psicologo																			1	1
		Tecnico Audiometrista																				0
		Tecnico Audioprotesista																				0
		Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare																				0
		Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro																				0

		Tecnico di Neurofisiopatologia																					0
		Tecnico Ortopedico																					0
		Tecnico Riabilitazione Psichiatrica																					0
		Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico																					0
		Tecnico Sanitario di Radiologia Medica																					0
		Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva																					0
		Terapista Occupazionale																					0
		Assistente sociale														1			1	1	1	4
		Operatore Socio Sanitario (OSS)				4			1							2	6	2		6	10	12	43
		Dipendenti non sanitari / Front office																			9	3	12
		Altro: specificare															1				8		9
		operatore tecnico servizio veterinario															1						
6	N. totale operatori coinvolti		1	0	0	4	0	0	7	0	0	0	0	0	0	39	83	21	13	87	77	65	397
7	Giorno evento	Feriale	1			4			3							33	55	13	7	71	72	48	307

		Festivo														6	6	5	6	16	5	10	54
8	Fascia oraria	Mattina	1			2			2							13	13	3	1	49	43	16	143
		Pomeriggio				2										20	21	12	9	9	20	26	119
		Sera/Notte							1							6	27	3	3	29	13	1	83
9	Setting	**Ospedale:**																					
		Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)														2	3		5	1	15	8	34
		Pronto Soccorso														7	46	7	7	20	3	1	91
		Area di Degenza							2							15	5	6	1	27	18	7	81
		Aree comuni																5		3		3	11
		Ambulatorio							1							1				10		7	19
		Territorio:																					
		Servizi per le Dipendenze														4	2			1		1	8
		Servizi Psichiatrici Territoriali/REMS																		1	2		3
		Servizio di Emergenza/Urgenza territoriale																			1		1
		MMG, PLS, Continuità assistenziale																					0

		Ambulatori territoriali	1																	10	10	1	22
		Domicilio del paziente														5				5	1		11
		Istituti Penitenziari																			6	21	27
		Case/Ospedali di Comunità														3	1			7	2		13
		RSA / Residenze Protette				4										1	3			4	4	8	24
		Altro: (specificare)														1	1				17		19
		Parcheggio Dip. Prevenzione															1						1
		CUP																			17		17
		Segreteria Cure														1							1
10	Tipo di aggressione (si può selezionare più di una opzione)	Fisica				3			2							18	10	1	12	22	21	14	103
		Verbale	1			1			2							36	50	17	3	63	71	44	288
		Fisica e Verbale															1						
		Contro la proprietà														5	7			2			14
11	Tipo di aggressore	Utente / Paziente	1			4			2							22	45	4	11	32	51	46	218
		Parente / caregiver / conoscente							1							18	15	14	2	24	26	5	105
		Estraneo															1			2			3

Allegato 2: Scheda di rilevazione

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

Scheda di rilevazione aggressioni 2025

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

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

Allegato 3: Anagrafica degli Stabilimenti afferenti ad ogni Ente del SSR

Azienda	**Codice**	**Descrizione**
AST PESARO URBINO	11000101	STABILIMENTO DI URBINO
	11000102	STABILIMENTO DI PERGOLA
	11000106	STABILIMENTO DI PESARO
	11000107	STABILIMENTO DI FANO
AST ANCONA	11000201	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
	11000202	STABILIMENTO DI JESI
	11000204	STABILIMENTO DI FABRIANO
	11000206	STABILIMENTO DI CINGOLI

AST MACERATA	11000301	STABILIMENTO DI CIVITANOVA
	11000302	STABILIMENTO DI MACERATA
	11000303	STABILIMENTO DI CAMERINO
	11000304	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AST FERMO	11000401	STABILIMENTO DI FERMO
	11000402	STABILIMENTO DI AMANDOLA
AST ASCOLI PICENO	11000501	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO
	11000502	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO
AZIENDA OSP. UNIVERSITARIA DELLE MARCHE	11090501	STABILIMENTO UMBERTO I° - G.M. LANCISI
	11090503	STABILIMENTO G. SALESI

INRCA	11092101	STABILIMENTO INRCA DI ANCONA
	11092102	STABILIMENTO INRCA DI FERMO
	11092103	STABILIMENTO INRCA DI OSIMO