

13 Prevenzione e gestione della violenza contro gli operatori sanitari: il ruolo dell'organizzazione del lavoro

di Franco Gabrielli, Roberta Montanelli, Elisabetta Trinchero¹²

13.1 Non sparate al personale sanitario: introduzione

In una vignetta di Jacovitti, un cartello nel solito saloon fantastico chiede ai clienti di “non sparare al pianista dalle 15:00 alle 22:00”. Dal 2018, cartelli simili sono apparsi nelle strutture sanitarie pubbliche italiane: “Si prega di non colpire il personale”, “Ricorda che insultare o aggredire il personale della struttura è un reato”.

Cosa ci dicono questi cartelli? Cosa sappiamo dell'efficacia di queste azioni?

Oggi, le aggressioni agli operatori sanitari si trovano nella fase ascendente del ciclo dell'attenzione e le notizie al riguardo sono ampiamente diffuse. Gli episodi vengono quasi sempre descritti come esplosioni di rabbia contro vittime innocenti, e la reazione naturale è garantire maggiore sicurezza. L'approccio principale sembra essere l'aumento delle normative per contrastare il fenomeno. La L. 113/2020 e il recente D. Lgs. 137/2024 sulle norme per il contrasto alla violenza nei confronti del personale sanitario hanno introdotto nuove circostanze aggravanti e aumentato le pene per le lesioni gravi e gravissime, nonché le sanzioni per chiunque adotti comportamenti violenti.

Può davvero il fenomeno essere governato attraverso normative più severe?

¹ Si ringraziano tutte e tutti coloro che hanno generosamente contribuito alla discussione: Mara Barcella, Alessandra Bruschi, Giuseppe De Filippis, Luigi Ferrannini, Cristina Matranga, Ida Ramponi, Felicia Russo, Alessio Saponaro, Fabrizio Starace, Livio Tranchida.

² Sebbene il capitolo e in particolare gli aspetti metodologici siano stati definiti dall'intero team di ricerca, i §§ 13.1 e 13.5 sono da attribuirsi a Franco Gabrielli, Roberta Montanelli ed Elisabetta Trinchero, i §§ 13.2 e 13.4.1, 13.4.2, 13.4.3, 13.4.4, 13.4.5 a Elisabetta Trinchero, il § 13.3 a Franco Gabrielli e il § 13.4.6, 13.4.7, 13.4.8 e 13.4.9 a Roberta Montanelli.

L'insicurezza e la sfiducia sono tratti distintivi del nostro tempo e si manifestano in ogni aspetto della vita delle persone. Secondo il 52° Rapporto CENSIS, “il 63,6% degli italiani ritiene che nessuno difenda i propri interessi e la propria identità, quindi deve occuparsene da solo, e la percentuale sale al 72% tra coloro con un basso livello di istruzione (al massimo la scuola media) e al 71,3% tra chi ha un reddito basso.” Questa condizione vale per i pazienti, ma anche per gli operatori sanitari. Se a ciò si aggiungono problemi legati alla insoddisfazione lavorativa, i luoghi di erogazione dei servizi sanitari rischiano di diventare vere e proprie polveriere, pronte a esplodere. I fattori scatenanti dell'aggressione sono infatti molteplici e, di conseguenza, molteplici devono essere le prospettive per la loro gestione.

Date queste premesse, la ricerca presentata in questo capitolo si propone di rispondere alle seguenti domande:

- ▶ Qual è l'entità del fenomeno in Italia?
- ▶ Quali sono le principali cause della violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario?
- ▶ Quali sono le strategie più efficaci per prevenire e mitigare la violenza nei confronti degli operatori sanitari?

Questa ricerca mira a offrire un contributo concreto alla comprensione del fenomeno della violenza nei luoghi di cura, proponendo un approccio che coniuga dati empirici con l'ascolto di manager e operatori sanitari, unica strada per individuare soluzioni sostenibili.

Lo studio adotta una metodologia mista, combinando l'analisi di fonti documentali e dati empirici. Sul piano teorico e normativo, è stata condotta una analisi della letteratura scientifica e delle disposizioni legislative rilevanti in materia. La componente quantitativa della ricerca si è basata sull'analisi dei dati presentati nel Report 2024 dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSPS) istituito presso il Ministero della Salute. Accanto a questa componente statistico-descrittiva, si è ritenuto essenziale esplorare i fattori che generano e alimentano le tensioni nei contesti sanitari, attraverso una prospettiva qualitativa. Il percorso di indagine qualitativa ha preso innanzitutto in considerazione un'analisi delle agenzie di stampa del 2023 relative al fenomeno oggetto di studio. L'analisi condotta dagli autori ha estrapolato dalle notizie apparse sui principali organi di stampa nell'anno informazioni relative al profilo degli aggressori nei casi di violenza contro gli operatori sanitari (Trinchero *et al.*, 2024). Sono stati, infine, realizzati due focus group che hanno coinvolto, l'uno direttori generali di aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e IRCCS, e l'altro un gruppo di psichiatri con esperienza clinica, gestionale e istituzionale. Oltre alla prospet-

tiva aziendale del focus group delle Direzioni Strategiche, quello degli psichiatri nasce dal riconoscimento della competenza specifica della disciplina nella prevenzione e nella gestione dell'aggressività, tratto distintivo di alcune patologie psichiatriche. Si è ritenuto utile valorizzare gli apprendimenti e le strategie della Psichiatria a beneficio dell'intero sistema. La scelta di attivare il focus group degli psichiatri si basa sul riconoscimento della competenza specifica che la disciplina ha nella prevenzione e nella gestione dell'aggressività che i pazienti psichiatrici possono portare come tratto distintivo di malattia. È sembrato utile far tesoro degli apprendimenti e delle strategie della Psichiatria a beneficio dell'intero sistema. I partecipanti ai focus group sono stati selezionati per garantire una rappresentanza ampia e significativa di esperienze, visioni e collocazioni geografiche (Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio e Puglia). Partendo dalla presentazione dei dati quantitativi e dei temi emergenti l'analisi della letteratura e delle agenzie di stampa, i focus group hanno approfondito la percezione del fenomeno, la cultura della sicurezza, le criticità organizzative e le possibili soluzioni da implementare.

La combinazione di metodi adottata nel testo ha avuto come obiettivo quello di restituire una lettura multilivello e realistica del fenomeno, nella convinzione che solo uno sguardo ampio possa fornire strumenti efficaci per governare un fenomeno complesso come quello della violenza nei luoghi di cura.

Nel prosieguo del capitolo, si propone quindi innanzitutto un excursus sulla letteratura internazionale relativa al fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari, con particolare attenzione ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione documentate. A seguire, viene analizzata l'evoluzione del quadro normativo italiano, con riferimento alle recenti disposizioni legislative che hanno inasprito le sanzioni e ampliato le tutele. Il capitolo prosegue con la presentazione dei dati quantitativi del fenomeno e dei temi emersi dall'indagine empirica condotta. In chiusura, vengono proposte alcune riflessioni e considerazioni conclusive, orientate a supportare un approccio integrato e sostenibile alla prevenzione della violenza nei contesti di cura.

13.2 La violenza sul lavoro contro gli operatori sanitari: evidenze dalla letteratura scientifica internazionale

13.2.1 Un fenomeno trasversale

Negli ultimi due decenni, la violenza nei luoghi di cura è emersa come un problema strutturale e globale, tanto da configurarsi come una vera e propria emergenza per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari. Non si tratta più di episodi isolati o marginali, ma di un rischio professionale ricorrente e trasversale, che colpisce ogni livello del sistema sanitario: dagli ospedali ai servizi

territoriali, dalla psichiatria alla medicina generale, incluse le residenze per anziani. Secondo una metanalisi di Liu *et al.* (2019), circa il 62% degli operatori sanitari ha subito almeno una forma di violenza sul lavoro, con il 42,5% che ha sperimentato abusi verbali o minacce, e il 24,4% che ha riportato episodi di violenza fisica. Aljohani *et al.* (2021) sottolineano come i pronto soccorso siano tra i contesti più colpiti, con punte del 77% di violenza verbale e una media del 18% di aggressioni fisiche. Anche le unità psichiatriche si confermano ambienti ad altissimo rischio (Jang *et al.*, 2021). Ulteriori studi ampliano la portata del fenomeno portando la prevalenza complessiva fino al 78,9%, mentre in ambito di cure prima e dopo i tassi oscillano tra il 45,6% e il 90% a seconda del contesto organizzativo e del paese (Rossi *et al.*, 2023; Yusoff *et al.*, 2023). Il dato allarmante è che nessun settore dell'assistenza sanitaria risulta immune: anche ambiti percepiti come "protetti", come le strutture per anziani o gli ambulatori di medicina generale, presentano livelli significativi di esposizione.

La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato il fenomeno, amplificando le condizioni di stress sia tra i pazienti che tra gli operatori, e contribuendo a un incremento degli episodi violenti (Ramzi *et al.*, 2022; Bellman *et al.*, 2022). Questo aumento si è verificato in un quadro già compromesso da fattori di pressione cronica, come il sovraccarico di lavoro, l'insufficienza di risorse e il deterioramento del clima organizzativo.

Un elemento cruciale emerso dalla letteratura è il tema dell'under reporting: molti episodi non vengono denunciati né formalmente registrati, compromettendo la capacità delle organizzazioni sanitarie di reagire in modo adeguato e prevenire ulteriori violenze (Liu *et al.*, 2019; Yusoff *et al.*, 2023). Le ragioni dell'under reporting includono la percezione di inutilità della segnalazione, la mancanza di fiducia nelle misure organizzative, e la tendenza diffusa a considerare la violenza come una parte inevitabile del lavoro di cura.

Infine, la natura sistematica del fenomeno emerge anche dal profilo degli aggressori, che non sono limitati ai pazienti, ma includono frequentemente familiari, visitatori e accompagnatori, e talvolta anche altri membri dello staff (Wirth *et al.*, 2021). Questo dato conferma la complessità del problema e la necessità di risposte organizzative multilivello, capaci di affrontare la violenza non solo come evento acuto, ma come rischio integrato nella quotidianità dei contesti di cura.

13.2.2 Fattori di rischio multi-livello: organizzativo, ambientale ed individuale

La letteratura sottolinea con forza la natura multifattoriale del problema. Le cause della violenza non si esauriscono nell'impulsività di singoli individui, ma affondano le radici in variabili interconnesse, che si distribuiscono su tre livelli principali: organizzativo, ambientale ed individuale.

Il livello organizzativo rappresenta uno dei nodi più critici nella comprensione e prevenzione della violenza nei contesti sanitari. Numerosi studi indicano che fattori come la carenza di personale, i tempi di attesa prolungati, l'assenza di formazione specifica sulla gestione dei conflitti, la mancanza di protocolli di sicurezza, nonché la presenza di una cultura istituzionale tollerante o riluttante a rendere palesi gli atti di violenza, amplificano significativamente il rischio e ostacolano l'efficacia delle strategie preventive (Spelten *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020). Quando l'organizzazione non riconosce esplicitamente la violenza come rischio lavorativo, o non supporta adeguatamente le vittime, si consolida un clima di normalizzazione e rassegnazione, che può compromettere sia la sicurezza operativa sia la salute mentale del personale. Oltre a questi aspetti strutturali, la letteratura più recente sottolinea con forza l'importanza della comunicazione organizzativa interna come fattore protettivo. Come evidenziano Doo e Choi (2020), livelli elevati di soddisfazione nella comunicazione tra colleghi e con i livelli gestionali si associano a una riduzione dell'impatto psicologico degli episodi di violenza, mentre il "silenzio organizzativo", ovvero l'assenza di spazi di espressione e ascolto, ne amplifica gli effetti negativi. Inoltre, la violenza orizzontale tra colleghi, spesso sottovalutata, può generare un clima tossico e riflettersi negativamente anche sulla sicurezza del paziente. Un altro elemento chiave riguarda il coinvolgimento attivo del personale nella definizione dei piani di prevenzione. In sintesi, emerge con forza l'idea che la prevenzione della violenza non può prescindere da un'organizzazione che ascolti, coinvolga e sostenga i propri operatori. Un sistema che promuova la trasparenza comunicativa, il riconoscimento dei rischi e la partecipazione collettiva non solo protegge i lavoratori, ma favorisce un ambiente di cura più sicuro anche per i pazienti.

Il livello ambientale, invece, riguarda la conformazione fisica degli spazi di lavoro. Strutture sanitarie con layout inadeguati, assenza di vie di fuga, illuminazione scarsa, aree sovraffollate o prive di controllo accessi, risultano essere più esposte ad episodi di violenza (Li *et al.*, 2020; Jang *et al.*, 2021). L'ambiente, quindi, non è solo uno sfondo neutro, ma un attore silenzioso che può facilitare oppure ostacolare l'escalation dei conflitti.

Accanto ai fattori organizzativi e ambientali, la letteratura evidenzia con chiarezza il ruolo di specifici fattori individuali e sociodemografici nell'aumentare il rischio di subire violenza sul luogo di lavoro. Tra questi, età, genere, esperienza professionale e ruolo ricoperto emergono come variabili predittive significative. Gli operatori più giovani, con minore anzianità di servizio, e in particolare le donne, risultano essere le categorie più esposte (Liu *et al.*, 2019; Hossain *et al.*, 2020; Jang *et al.*, 2021; Keyvanara *et al.*, 2015). Tra le professioni sanitarie, gli infermieri appaiono come i più esposti al rischio, sia per la loro posizione di prossimità al paziente, sia per il loro ruolo comunicativo e di mediazione. Anche il personale impiegato in ruoli amministrativi o di front-

office, frequentemente coinvolto nel primo contatto con l'utenza in situazioni di frustrazione o attesa prolungata, presenta livelli elevati di esposizione alla violenza. Sul fronte opposto, i pazienti che perpetrano atti violenti sono spesso affetti da patologie psichiatriche, in stato di dolore acuto, sotto l'effetto di sostanze psicoattive o in situazioni di grave stress emotivo (Fricke *et al.*, 2022). Questi dati suggeriscono la necessità di interventi mirati e differenziati, capaci di rispondere in modo specifico alle esigenze dei gruppi professionali più vulnerabili. Ad esempio, per le lavoratrici più giovani è utile promuovere programmi di mentoring e formazione precoce sulla gestione del conflitto, mentre per il personale di sportello sono fondamentali presidi strutturali e protocolli chiari per la segnalazione tempestiva degli episodi critici. È tuttavia fondamentale che l'analisi delle vulnerabilità non si trasformi in uno strumento di colpevolizzazione delle vittime, bensì in una leva conoscitiva per orientare politiche di prevenzione efficaci. Comprendere chi è più a rischio non significa attribuirgli responsabilità, ma permette di progettare ambienti di lavoro più sicuri, consapevoli e capaci di proteggere il proprio capitale umano. Una gestione del rischio centrata sulle persone non può prescindere dalla valorizzazione delle differenze individuali, trasformandole in chiavi di lettura utili per anticipare e contenere le situazioni di potenziale conflitto.

13.2.3 Strategie di intervento (prevenzione e protezione)

La letteratura concorda nel sostenere che nessuna singola misura può risultare sufficiente a prevenire o gestire in modo efficace la violenza contro gli operatori sanitari. Occorre un approccio integrato e multilivello, in grado di intervenire contemporaneamente su formazione, cultura organizzativa, sicurezza ambientale e comunicazione con l'utenza. Le strategie più efficaci includono (Karlsen *et al.*, 2023; Timmins *et al.*, 2023; Wirth *et al.*, 2021 e Yusoff *et al.*, 2023):

- ▶ programmi di formazione su tecniche di de-escalation, riconoscimento precoce della violenza e competenze comunicative;
- ▶ modifiche ambientali, come la progettazione di spazi sicuri, l'installazione di videocamere e sistemi di allarme, e il controllo degli accessi;
- ▶ politiche organizzative chiare e partecipate, con protocolli di segnalazione e procedure di supporto psicologico post-evento;
- ▶ interventi sul personale, come il rafforzamento degli organici e l'impiego di personale di sicurezza;
- ▶ approcci centrati sul paziente, che mirano a ridurre i tempi di attesa, migliorare la comunicazione e gestire le aspettative.

Con particolare riferimento alla formazione del personale, numerosi studi (Baby *et al.*, 2018; Spelten *et al.*, 2020; Rossi *et al.*, 2023) confermano il suo

ruolo cruciale come leva strategica per affrontare la violenza. Dai contributi analizzati emergono alcuni elementi ricorrenti. Innanzitutto, la necessità di strutturare percorsi formativi periodici, basati su simulazioni reali e calati nei contesti specifici di lavoro, tenendo conto delle differenze tra setting. L'utilità di integrare nei programmi moduli dedicati al riconoscimento delle emozioni, alla gestione dello stress acuto, e allo sviluppo di una comunicazione empatica, particolarmente rilevante nelle interazioni ad alto contenuto emotivo. Il valore della formazione interprofessionale, che coinvolga non solo infermieri e medici, ma anche operatori socio-sanitari, amministrativi e addetti alla sicurezza. Questo approccio contribuisce a costruire un linguaggio condiviso e una cultura organizzativa più coesa e orientata alla prevenzione. In tal senso, dunque, la formazione non si limita a fornire strumenti tecnici, ma rafforza anche il senso di autoefficacia, la coesione del team e la percezione di sicurezza da parte degli operatori, elementi ritenuti fondamentali per contenere l'impatto psicologico delle aggressioni e prevenire il turnover.

Tuttavia, l'implementazione di queste strategie incontra numerose barriere operative: carenza di risorse, resistenza al cambiamento, turnover del personale, vincoli architettonici, leadership non ingaggiata e scarsa cultura del rischio (Fricke *et al.*, 2022; Rossi *et al.*, 2023). Per questo motivo, la letteratura insiste sull'importanza di strategie adattive e partecipate, capaci di coniugare standard evidence-based e sensibilità organizzativa (ad esempio, Karlsen *et al.*, 2023).

Uno degli aspetti più trascurati ma cruciali nella gestione della violenza sul lavoro in ambito sanitario è rappresentato dal supporto psicologico e relazionale offerto al personale dopo un'aggressione. Diversi studi evidenziano come la presenza di colleghi solidali e di supervisori capaci di ascolto e riconoscimento svolga un ruolo determinante nel mitigare gli effetti traumatici dell'evento e nel rafforzare il senso di appartenenza (Kelly *et al.*, 2021). In ambienti altamente stressanti, come i reparti di emergenza o le unità psichiatriche ad alta sicurezza, questa dimensione di supporto assume un valore ancora più rilevante. Tuttavia, proprio in questi contesti, è frequente osservare atteggiamenti di "normalizzazione" della violenza, ovvero una forma di adattamento organizzativo in cui l'aggressione viene percepita come una componente "fisiologica" della professione. Questa attitudine, se da un lato può rappresentare un meccanismo difensivo individuale, dall'altro rischia di generare distacco emotivo, senso di isolamento e una rassegnazione istituzionale che compromette la salute psicologica degli operatori e alimenta il turn-over (Wright *et al.*, 2013). La letteratura sottolinea quindi la necessità di promuovere strategie strutturate di supporto post-evento, che vadano oltre la gestione emergenziale e includano momenti di debriefing, accompagnamento psicologico, riconoscimento dell'accaduto e coinvolgimento attivo dei team di lavoro. La presenza di una cultura organizzativa che legittimi l'esperienza della vittima, favorisca la narrazione

del trauma e ne accolga le emozioni può fare la differenza non solo nella ripresa individuale, ma anche nella coerenza e coesione del gruppo professionale.

Per una sintesi dei principali spunti emersi dalla analisi della letteratura si veda la Tabella 13.1.

Tabella 13.1 Analisi tematica della letteratura sulla violenza nei luoghi di cura

| Tema | Evidenze principali |
|---|--|
| Contesti prevalenti di vulnerabilità | Elevata incidenza della violenza nei pronto soccorso e nei reparti psichiatrici. Incremento degli episodi dalla pandemia da COVID-19. |
| Condizioni organizzative di vulnerabilità | Comunicazione inefficiente e “silenzio organizzativo” aumentano la vulnerabilità. Pianificazione partecipata, protocolli chiari di segnalazione e politiche strutturate riducono il rischio. La segnalazione ridotta è diffusa e ostacola la prevenzione. |
| Fattori individuali di vulnerabilità (età, genere e profilo professionale e ruolo) | Essere donne, giovani, e in ruoli di front-line o amministrativi aumenta l'esposizione alla violenza. Anche fattori socio-culturali e di contesto influiscono in modo significativo. |
| Strategie di intervento (prevenzione e protezione) | La formazione su comunicazione e de-escalation è efficace. La preparazione del personale, la progettazione sicura degli spazi e una cultura preventiva rafforzano la protezione. Si rileva un forte bisogno di linee guida unificate e basate su evidenze. Il supporto sociale e manageriale dopo un'aggressione riduce lo stress e favorisce la permanenza in servizio. Nei contesti psichiatrici ad alta sicurezza, la normalizzazione della violenza può compromettere la sicurezza e la motivazione del personale. |

13.3 La risposta normativa in Italia alla violenza contro il personale sanitario: dall'emergenza sociale alla strategia penale

Negli ultimi anni, anche in Italia le aggressioni verbali e fisiche contro il personale sanitario hanno suscitato una crescente attenzione da parte dell'opinione pubblica e delle istituzioni. La risposta normativa si è orientata prevalentemente verso un rafforzamento dell'apparato repressivo, attraverso l'inasprimento delle pene, l'estensione della procedibilità d'ufficio e l'ampliamento delle fatti-specie punibili.

Il primo intervento organico è rappresentato dalla L. 113/2020, che ha riconosciuto la specificità della condizione lavorativa degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, spesso esposti a rischi non solo fisici, ma anche psicologici ed emotivi. Al centro della riforma vi è l'introduzione dell'art. 583-quater del Codice penale, che prevede pene più severe per le lesioni personali arrecciate a tali operatori nell'esercizio delle loro funzioni: per le lesioni gravi (prognosi superiore a 40 giorni) la reclusione va da 4 a 10 anni, mentre per le lesioni gravissime (come la perdita di un senso o di un arto) da 8 a 16 anni. L'aggravamento sanzionatorio incide anche sul bilanciamento tra attenuanti e aggravanti, rafforzando la funzione stigmatizzante della norma.

Accanto al profilo penale, la legge introduce anche misure di carattere procedurale e amministrativo: procedibilità d'ufficio per i reati di lesioni e percosse ai danni degli operatori sanitari; sanzioni amministrative da 500 a 5.000 euro per comportamenti violenti non penalmente rilevanti (come ingiurie o molestie); istituzione dell'ONSEPS con compiti di raccolta dati, promozione di misure preventive, formazione e strategie organizzative.

Il percorso normativo prosegue con il D.L. 34/2023, convertito nella L. 56/2023, che, oltre a confermare l'impianto sanzionatorio, introduce un'importante misura di prevenzione attraverso l'istituzione di nuovi presidi di polizia presso le strutture sanitarie maggiormente esposte a episodi di violenza. Tale misura mira a rafforzare la presenza dello Stato nei luoghi della cura, fungendo da deterrente concreto e da presidio di sicurezza operativa.

L'evoluzione più recente si realizza con il D.L. 137/2024, convertito nella L. 171/2024, che amplia sensibilmente la platea dei soggetti tutelati dall'art. 583-quater, includendo: operatori sanitari e socio-sanitari, personale ausiliario di cura e assistenza, operatori del soccorso, specialmente in contesti di emergenza, addetti alla sicurezza impiegati nelle strutture sanitarie. L'obiettivo è quello di proteggere l'intero ecosistema della cura, riconoscendone il valore pubblico essenziale. Tra le innovazioni più significative, si segnala l'introduzione dell'arresto obbligatorio in flagranza e del cosiddetto arresto in flagranza differita, consentito entro 48 ore dal fatto in presenza di: videoregistrazioni o documentazione fotografica attestante il reato; motivata impossibilità di intervento immediato (es. disordini pubblici o pericolo per gli operatori). Infine, la stessa legge introduce una nuova fattispecie penale per il danneggiamento delle strutture sanitarie, punita con la reclusione da uno a cinque anni, a conferma dell'intento di tutelare non solo le persone, ma anche i luoghi della cura, intesi come beni pubblici essenziali.

13.4 La mappatura del fenomeno delle aggressioni al personale sanitario

La comprensione approfondita del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari presuppone la disponibilità di dati affidabili, sistematici e comparabili.

Negli ultimi anni, anche in Italia si è registrato un rafforzamento dell'impegno istituzionale nel monitoraggio degli episodi di aggressione in ambito sanitario, attraverso l'attivazione di canali formali, la messa a regime di piattaforme informative e la crescente sistematizzazione dei flussi informativi regionali e nazionali, funzionali sia all'analisi del rischio sia alla valutazione dell'efficacia delle misure adottate. Tali fonti, pur differenziandosi per finalità, metodologia e ambito di applicazione, sono state utilizzate in questo studio per la co-

struzione di un primo quadro conoscitivo. I dati disponibili a livello nazionale per rileggere le vulnerabilità organizzative e individuali non sono rapportati alla composizione del personale e ai volumi di attività. Per una lettura corretta del fenomeno sarebbe quindi necessario contestualizzarlo rispetto alle specificità dei setting, alle tipologie di aggressioni e al grado di esposizione delle varie professioni come, ad esempio, è stato fatto in Emilia-Romagna (Nobilio *et al.* 2024). Ad integrazione delle rilevazioni quantitative, si è ritenuto fondamentale affiancare gli esiti di alcune analisi qualitative, in grado di restituire la profondità dei vissuti professionali e organizzativi. In questo senso, viene presentata un'analisi dei contenuti delle agenzie di stampa del 2023 condotta dagli autori che ha permesso di intercettare le narrazioni prevalenti sul fenomeno, offrendo una prima lettura delle rappresentazioni pubbliche e istituzionali della violenza in sanità. Queste esplorazioni sono state ulteriormente approfondite mediante la conduzione di due focus group, rispettivamente con direttori generali di aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS, e con un gruppo di psichiatri rappresentativi di diverse aree geografiche. Tali momenti di confronto hanno consentito di far emergere percezioni, criticità e traiettorie di intervento, contribuendo a restituire una lettura multilivello del fenomeno. Il confronto tra dati quantitativi e qualitativi rappresenta dunque il cuore della presente sezione, che si propone di offrire una mappatura integrata delle aggressioni al personale sanitario, articolata in base alle principali dimensioni individuate grazie all'analisi della letteratura sul tema: contesti e profili di vulnerabilità, condizioni organizzative e strategie di intervento, non prima di aver fornito una sintesi del fenomeno nel nostro Paese (i dati e le forme di violenza).

13.4.1 I dati e le principali fonti di rilevazione del fenomeno

Negli ultimi anni, in Italia si è assistito a un crescente interesse verso il fenomeno delle aggressioni contro operatori sanitari. Diverse fonti contribuiscono oggi a monitorare e documentare tali eventi, ciascuna con proprie finalità e metodologie di raccolta.

A partire dal 2022, l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (ONSEPS) istituito presso il Ministero della Salute, raccoglie e sistematizza a livello nazionale i dati relativi alle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. Nel 2024, attraverso l'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche istituito presso l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), sono stati trasmessi all'ONSEPS i dati raccolti dai Centri Regionali per la Gestione del Rischio Sanitario. Complessivamente, sono stati segnalati oltre 18.000 episodi di aggressione, con un coinvolgimento stimato di circa 22.000 operatori (ONSEPS, 2024).

La rilevazione ha coinvolto quasi esclusivamente strutture pubbliche. Ri-

spetto all'anno precedente, si registra un incremento del 15% dei casi segnalati, che risulta attribuibile secondo l'ONSEPS non solo a un possibile aumento effettivo degli episodi, ma anche a una maggiore propensione alla segnalazione e al progressivo affinamento del monitoraggio (ONSEPS, 2024).

I dati INAIL relativi al triennio 2021–2023 segnalano un totale di 6.903 denunce di infortunio per aggressione sul lavoro nel settore sanitario. Tali dati evidenziano una crescita costante del fenomeno, con un incremento del 25% delle denunce tra il 2021 e il 2023.

Parallelamente, il Ministero dell'Interno fornisce dal 2021 informazioni sull'andamento dei reati commessi ai danni del personale sanitario e socio-sanitario, alla luce della normativa introdotta in materia. Al 2024 sono stati segnalati 2.614 reati che includono violenza privata, percosse, lesioni personali gravi, lesioni personali e circostanze aggravanti (ONSEPS, 2024).

Infine, un ulteriore canale di rilevazione è rappresentato dal SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella), che ogni anno registra, tra gli altri, gli eventi relativi a “Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore” (evento sentinella n. 12), che riguarda aggressioni avvenute all'interno di strutture sanitarie, perpetrata da pazienti, familiari, accompagnatori o visitatori, con conseguenze gravi o fatali per il personale coinvolto. Nel 2024 sono stati segnalati al SIMES 111 episodi riconducibili all'evento sentinella 12 in 13 Regioni italiane. L'analisi degli esiti associati a tali eventi mostra che, in un caso, l'aggressione ha provocato il decesso dell'operatore; in due casi si è verificato un trauma maggiore; in quattro casi è stato necessario attivare percorsi di supporto psicologico o psichiatrico per gli operatori coinvolti; mentre in 104 casi l'esito è stato classificato come di minore entità. Nella maggior parte degli episodi analizzati, le cause e i fattori contribuenti hanno evidenziato criticità di natura organizzativa, in particolare legate all'assenza o inadeguatezza di procedure e linee guida, oltre a problemi nella comunicazione sia interna sia con l'utenza (ONSEPS, 2024).

13.4.2 Forme di violenza

Si registra un significativo allineamento tra i dati raccolti direttamente dalle Regioni e quelli forniti dal Ministero dell'Interno con particolare riferimento alle forme di violenza prevalenti. Al 2024, in entrambi i casi, le aggressioni verbali si confermano le più frequenti, rappresentando il 70% degli episodi secondo i dati regionali e il 66% secondo quelli ministeriali. Anche le aggressioni fisiche, pari al 24% secondo i dati forniti dalle Regioni e al 21% secondo i dati raccolti dal Ministero dell'Interno, e i danneggiamenti a beni o strutture (6% e 13%, rispettivamente) costituiscono una componente rilevante del fenomeno. I dati forniti da INAIL contribuiscono a delineare meglio la natura delle lesioni riportate: le aree corporee più frequentemente colpite sono il cranio, il volto e

il torace. Le contusioni rappresentano la tipologia di lesione più comune, seguite da lussazioni, distorsioni e distrazioni (ONSEPS, 2024).

13.4.3 Contesti prevalenti di vulnerabilità

I luoghi in cui si registra il maggior numero di episodi di aggressione sono i Pronto Soccorso, seguiti dai reparti di degenza e dagli ambulatori (ONSEPS, 2024). Le Regioni che segnalano di più sono Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. Tale andamento risulta coerente anche con i dati INAIL, secondo i quali Lombardia ed Emilia-Romagna sono le Regioni con il più alto numero di infortuni registrati (ONSEPS, 2024).

In linea con quanto sostenuto dall'ONSEPS (2024), è plausibile ritenere che le Regioni che presentano un numero più elevato di segnalazioni coincidano con quelle in cui si è maggiormente consolidata una cultura della sicurezza e della segnalazione. Ne deriva un apparente gradiente Nord-Sud che, più che riflettere una reale distribuzione geografica del fenomeno, evidenzia una disomogeneità nei sistemi di reporting e nelle capacità istituzionali di rilevazione.

L'analisi dei focus group ha evidenziato come le aggressioni al personale sanitario e sociosanitario si distribuiscano trasversalmente in diversi contesti operativi, con caratteristiche e criticità specifiche. I pronto soccorso sono riconosciuti come spazi ad alta intensità di rischio, soprattutto per la tensione accumulata dagli utenti in attesa e per l'esposizione diretta del personale a forme di disagio generalizzato.

«Il pronto soccorso oggi è un punto terminale dove il cittadino “riversa” tutto il suo disagio.»

Un elemento ricorrente nei racconti riguarda inoltre la progressiva estensione del rischio di aggressione anche ad altri ambiti assistenziali, come le aree materno-infantili, i servizi territoriali e domiciliari, nonché in strutture prive di pronto soccorso. Questo conferma, come emerso dalla letteratura, la crescente trasversalità del fenomeno.

Un'ulteriore area critica riguarda il personale di front office, CUP, accettazione, vigilanza, che, pur non essendo coinvolto in attività cliniche, viene spesso percepito dall'utenza come “interfaccia del sistema” e dunque esposto a tensioni latenti. Tale esposizione si intensifica nel caso di utenti fragili o marginalizzati (senza fissa dimora, persone con dipendenze), i cui bisogni complessi faticano a essere accolti e gestiti all'interno dei percorsi standardizzati.

Particolarmente significative risultano le testimonianze riferite all'assistenza domiciliare e alle USCA, dove le aggressioni assumono forme meno esplicite, spesso “a freddo”, in contesti di relazione continuativa e apparentemente protetta:

«Mi ha colpito come nelle USCA e nell'assistenza domiciliare siano avvenute aggressioni inaspettate, anche nei confronti di figure femminili giovani, da parte di caregiver apparentemente pacifici.»

Nel complesso, il quadro che emerge dai focus group conferma che il fenomeno è complesso e la necessità di strategie di prevenzione e tutela che tengano conto della diversificazione dei contesti, delle tipologie di rischio e della loro evoluzione nei diversi setting di cura.

13.4.4 Fattori individuali di vulnerabilità (età, genere, ruolo)

Pur con i limiti legati alla sotto segnalazione, in valore assoluto il personale infermieristico, soprattutto nelle fasce più giovani, risulta la categoria professionale più colpita, sia secondo i dati raccolti dalle Regioni (55%), sia secondo quelli forniti dall'INAIL. Le Regioni indicano come seconda categoria più coinvolta i medici (17,3%), seguiti dagli operatori sociosanitari (9,5%). In misura minore (8%) risultano interessate altre figure professionali, come i vigilanti e gli operatori dell'accoglienza (ONSEPS, 2024).

Dal punto di vista anagrafico, gli episodi di violenza coinvolgono con maggiore frequenza i lavoratori più giovani, mentre l'incidenza risulta più contenuta tra coloro che presentano una maggiore anzianità di servizio (ONSEPS, 2024).

Per quanto riguarda il genere, le donne rappresentano la netta maggioranza delle vittime in termini assoluti, pari al 63% secondo i dati segnalati dalle Regioni. Un andamento coerente emerge anche dall'analisi dei dati INAIL, che confermano come le denunce di infortunio presentate da donne siano sistematicamente più del doppio rispetto a quelle presentate da uomini. Questo dato riflette anche la composizione strutturale del personale impiegato nel settore sanitario e socio-sanitario, a prevalenza femminile, con una quota superiore al 65% (ONSEPS, 2024).

L'analisi qualitativa ha confermato come alcune caratteristiche individuali, quali il genere, l'età, il livello di esperienza e il ruolo professionale, configurino specifici profili di vulnerabilità rispetto al rischio di aggressione. In particolare, le operatrici giovani, soprattutto se infermiere, volontarie o studentesse in tirocinio, risultano essere le categorie più esposte, spesso inserite in contesti ad alta complessità relazionale senza un'adeguata preparazione o affiancamento.

«Le più esposte sono le ragazze giovani, magari al primo incarico, lasciate sole in contesti relazionali difficili»

Nel complesso, i dati qualitativi evidenziano come la protezione degli operatori non possa prescindere dal riconoscimento della dimensione soggettiva della

vulnerabilità e dalla costruzione di spazi sicuri, sia fisici che relazionali, in cui il disagio possa essere espresso, riconosciuto e accompagnato.

13.4.5 Profilo dell'aggressore

Il profilo dell'aggressore mostra una prevalenza di utenti/pazienti (67%), seguiti da familiari e caregiver (29%), con una quota residuale di soggetti estranei (4%). (ONSEPS 2024)

L'analisi dei temi emergenti delle agenzie di stampa del 2023 ha permesso di evidenziare tra gli aggressori prevalenti individui socialmente isolati, affetti da disturbi psichici o influenzati da sostanze, oppure in preda a un intenso stress emotivo. In molti casi si tratta di persone già conosciute ai servizi, con precedenti episodi di aggressività o familiarità con dinamiche violente, anche in assenza di una volontà preordinata.

Le cause scatenanti più ricorrenti comprendono la percezione di una mancanza di attenzione da parte del personale sanitario, la sensazione che cure essenziali siano state negate o ritardate, la frustrazione per i lunghi tempi di attesa, il disaccordo rispetto a decisioni cliniche e la convinzione che siano stati commessi errori medici. Sono inoltre emersi episodi legati a richieste improprie, come il rilascio di certificazioni non legittime, o a pressioni per ottenere il trasferimento in specifiche strutture sanitarie. In alcuni casi, la violenza è generata da un'errata interpretazione del ruolo del personale sanitario.

A un livello più profondo, si evidenziano cause remote come l'insoddisfazione generale nei confronti del sistema sanitario e un crescente deficit di fiducia nelle istituzioni sanitarie, che contribuiscono a creare un terreno fertile per il conflitto.

13.4.6 Condizioni organizzative di vulnerabilità

Le condizioni organizzative rappresentano un fattore determinante nella generazione e nella gestione del rischio di aggressione. Dai focus group emerge con chiarezza come le situazioni di vulnerabilità non derivino esclusivamente da dinamiche cliniche o interpersonali, ma siano radicate in carenze di natura strutturale e gestionale.

«Le cause principali delle situazioni di rischio e aggressività sono spesso di natura organizzativa, seguite da fattori strutturali e tecnologici.»

In molti casi, i partecipanti identificano nelle disfunzioni organizzative il principale elemento di fragilità, sottolineando la presenza di contesti sovraccarichi, strutture progettate per volumi non adeguati, e un evidente disallineamento

tra domanda e risorse disponibili, anche in termini di unità di personale date le tensioni sul mercato del lavoro.

«Le nostre aziende sono progettate secondo modelli pensati in un'altra epoca.»

«Il nostro DEA è stato progettato per 20.000 accessi e ne assorbe 60.000.»

La debolezza o l'assenza di una leadership di prossimità aggrava il senso di disorganizzazione e alimenta dinamiche di isolamento professionale, con effetti rilevanti sul clima interno e sul turnover. La difficoltà comunicativa con i referenti gerarchici è stata sottolineata da diversi partecipanti.

«L'azienda di recente ha responsabilizzato ogni capo sul tema del benessere organizzativo.»

Accanto a queste criticità, emergono anche elementi più sommersi ma ugualmente rilevanti, come la diffusione di conflitti tra colleghi, spesso sottovalutati o non riconosciuti come elementi generatori di disagio, nonché atti di violenza e molestie

«Sappiamo che ci sono comportamenti violenti tra colleghi, ma non vengono fatti emergere.»

Va segnalata peraltro una scarsa efficacia dei sistemi di segnalazione dei casi di violenza, che risultano spesso frammentati, burocratizzati e incapaci di generare cambiamenti organizzativi tangibili. Cassette, sportelli o moduli isolati non sembrano incentivare la rilevazione degli episodi, anche perché gli operatori faticano a percepire un reale sostegno o una restituzione significativa da parte dell'organizzazione.

«Manca un'analisi di processo e non si chiude il ciclo: se arriva una segnalazione, cosa accade dopo? Cosa cambia per l'organizzazione?»

«Si segnala solo quando l'evento è clamoroso o molto traumatico, altrimenti si tende a lasciar perdere.»

L'assenza di riconoscimento formale della percezione di insicurezza, del trauma vicario e del disagio vissuto dagli operatori contribuisce a una sotto segnalazione sistematica, alimentata dal timore dello stigma e dalla percezione di inutilità del gesto.

«La mancanza di validazione di questo malessere costituisce un fattore di rischio latente.»

Il benessere organizzativo, pur emergendo come leva strategica per la tenuta del sistema, non è ancora pienamente integrato nella funzione di gestione delle risorse umane. Alcune aziende sanitarie hanno introdotto pratiche innovative (es. “stanze del silenzio”, eventi aggregativi, survey di uscita), ma manca una sistematizzazione che riconosca la condizione psicologica degli operatori come elemento strutturale e non come eccezione episodica.

«*La vulnerabilità non è una fragilità individuale, ma una condizione organizzativa da accogliere e accompagnare.*»

«*Le storie degli operatori vanno ascoltate, narrate e riconosciute. Solo così possiamo costruire una cultura organizzativa capace di imparare.*»

Nel complesso, emerge la necessità di una revisione profonda delle logiche organizzative, che passi dalla mera gestione amministrativa alla costruzione di un sistema capace di apprendere dalle segnalazioni, prendersi cura delle équipe e riconoscere la dimensione relazionale ed emotiva del lavoro sanitario come parte integrante della sicurezza. Il tutto nella consapevolezza che si tratta di un momento storico in cui la tensione sul fronte del mercato del lavoro introduce elementi di tensione strutturali nelle équipe.

13.4.7 Strategie di intervento: prevenzione e protezione

All'interno dei focus group è emersa la necessità di adottare approcci integrati, multilivello e intersettoriali per la prevenzione e la gestione delle aggressioni al personale sanitario. Le strategie più efficaci risultano essere quelle che combinano misure strutturali, formazione relazionale e modelli organizzativi capaci di sostenere il benessere psicosociale degli operatori.

Tra gli strumenti di protezione maggiormente apprezzati figurano gli interventi ambientali e architettonici: l'installazione di pulsanti d'allarme collegati alle forze dell'ordine, la presenza di sistemi di videosorveglianza, vigilanza qualificata e presidi di polizia rappresentano soluzioni tangibili che, oltre a garantire una maggiore sicurezza operativa, agiscono anche sulla percezione soggettiva di protezione.

Anche l'attenzione alla cura degli ambienti di attesa assume un valore sia simbolico che pratico: da un lato esprime la volontà di costruire relazioni di qualità, dall'altro contribuisce alla prevenzione dei rischi, ad esempio evitando la presenza di oggetti che potrebbero essere utilizzati in modo improprio per causare danni, come carrelli medicali, estintori o sedie non fisse.

Tuttavia, emerge con chiarezza come la sola dimensione infrastrutturale non sia sufficiente.

Un'altra leva fondamentale è rappresentata dalla formazione, in particolare quella centrata sulle tecniche di de-escalation, la comunicazione efficace

e la gestione dei conflitti Tali percorsi, se ben progettati e sostenuti da figure esperte (psicologi, avvocati, formatori), si dimostrano determinanti per rafforzare la preparazione degli operatori nelle situazioni a rischio. In questo senso, la preparazione relazionale rappresenta il primo presidio di prevenzione, da affiancare a interventi di mentoring, lavoro d'équipe e momenti di confronto strutturati.

Un ruolo strategico è attribuito al ruolo dei capi: la loro capacità di riconoscere le condizioni di rischio e promuovere soluzioni organizzative volte ad attenuarle, è percepita come leva cruciale per generare fiducia, coesione e senso di appartenenza.

«Occorre restituire senso alla relazione. Se si crea alleanza tra professionista, contesto e istituzione, si riduce la vulnerabilità.»

Viene inoltre riconosciuto il valore delle micro-alleanze organizzative, incontri periodici tra professionisti, coordinatori e figure di riferimento, quali spazi per l'ascolto preventivo e la gestione condivisa del rischio. Da questo punto di vista, risultano molto interessanti gli incontri tra le aziende sanitarie e le forze dell'ordine per costruire alleanze sui modelli di intervento da mettere in atto. Rispetto, infine, alle figure di riferimento interne è stato evidenziato il ruolo potenziale del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) come attore prezioso nel monitoraggio del fenomeno al fine di rafforzare i processi interni e prevenire la cronicizzazione del rischio. In questo contesto, segnali come l'assenza di feedback, la scarsa visibilità dei vertici o la mancanza di ascolto, possono generare la percezione di un sistema distante o disfunzionale.

«Gli SPPA possono offrire indicazioni utili per migliorare i processi interni e rafforzare la prevenzione.»

13.4.8 Supporto post-evento

Il supporto agli operatori sanitari successivamente a un episodio di aggressione costituisce una dimensione cruciale ma ancora marginale nelle politiche di gestione del rischio e nella promozione del benessere organizzativo. L'analisi dei focus group ha evidenziato come le risposte attivate nel post-evento risultino spesso sporadiche, poco strutturate e prevalentemente reattive, dipendenti più dalla sensibilità individuale dei responsabili locali che da protocolli sistematici codificati. In tale quadro, l'attivazione del supporto psicologico tende a verificarsi solo in occasione di eventi particolarmente gravi, mentre nella quotidianità l'accesso a forme di accompagnamento è lasciato all'iniziativa personale degli operatori.

I canali formali disponibili, come gli sportelli di ascolto, risultano sottouti-

lizzati e percepiti come strumenti eccessivamente formali o scarsamente efficaci. Parallelamente, alcune esperienze riportate nei focus group hanno messo in evidenza il valore della presenza attiva e diretta del vertice aziendale nei momenti successivi all'aggressione, capace di generare un senso di vicinanza e riconoscimento particolarmente apprezzato dal personale. Tuttavia, tali iniziative restano episodiche e non istituzionalizzate. Da qui emerge una richiesta chiara e trasversale: l'istituzione di figure di riferimento accessibili, non necessariamente cliniche, capaci di offrire ascolto, orientamento e accompagnamento nei percorsi di rielaborazione dell'esperienza vissuta.

«Non possiamo più pensare che basti la disponibilità di un capo 'illuminato'.»

Al di là dell'intervento immediato, è stata sottolineata l'importanza di promuovere una cultura del riconoscimento, fondata sulla fiducia e sulla legittimazione delle emozioni degli operatori. Il trauma vicario, ovvero il disagio psicologico vissuto da chi è testimone o coinvolto indirettamente in situazioni traumatiche, è un rischio diffuso ma ancora sottovalutato. In quest'ottica, la narrazione post-evento, se accolta in uno spazio sicuro e non giudicante, assume un potenziale trasformativo per il singolo e per l'intera organizzazione.

«Il racconto condiviso dell'esperienza, se accolto senza giudizio, può diventare elemento rigenerativo e trasformativo.»

Tra i fattori di maggiore criticità emerge con forza il vissuto di abbandono emotivo successivo all'aggressione, che tende ad accentuare la solitudine percepita dagli operatori e a compromettere la fiducia nei confronti dell'organizzazione.

«Non tanto l'evento, quanto il silenzio successivo è ciò che ha lasciato più ferite.»

«Spesso non è tanto l'aggressione a ferire, quanto il sentirsi soli, non ascoltati, non riconosciuti.»

In questo contesto, il riconoscimento della vulnerabilità come dimensione legittima e condivisibile dell'esperienza professionale rappresenta un passaggio necessario per la costruzione di ambienti di lavoro più sicuri, sostenibili e capaci di generare cura anche per chi cura.

«La condivisione, da parte della figura di riferimento, delle proprie emozioni di paura ha contribuito a legittimare il vissuto degli operatori.»

Nel complesso, emerge la necessità di un cambiamento di paradigma: dall'approccio emergenziale e individuale a un'integrazione strutturale del benessere psicologico all'interno della cultura organizzativa della sicurezza, attraverso

strumenti riconosciuti, accessibili e capaci di generare apprendimento collettivo e fiducia.

13.4.9 Crisi sistemica e fiducia istituzionale: narrazioni trasversali sulla violenza

L'analisi qualitativa dei focus group ha fatto emergere una serie di tematiche trasversali che eccedono i singoli livelli organizzativi, evidenziando questioni più ampie, di natura culturale, istituzionale e sistemica. Tra queste, il nodo della fiducia rappresenta un elemento centrale e trasversale. La violenza contro gli operatori non è percepita come un fatto isolato, bensì come il sintomo evidente di una crisi del patto fiduciario tra cittadini e istituzioni, che investe profondamente il senso stesso del servizio pubblico. La fragilità degli spazi di affidamento, la frammentazione dei percorsi assistenziali e la debolezza delle risposte istituzionali generano una diffusa percezione di solitudine e sfiducia, che mina alla radice la relazione di cura.

«Basta poco per dare l'impressione di un sistema che non funziona.»

«Se non ci crediamo noi, non ci crede nessuno.»

A ciò si aggiunge la persistenza di un modello “ospedalocentrico”, sempre meno adeguato a fronteggiare una domanda in continua trasformazione. L'ospedale, e in particolare il pronto soccorso, viene rappresentato come un luogo di approdo forzato di molteplici forme di disagio sociale, relazionale, psicologico, che il territorio non riesce a intercettare o gestire. In questo scenario, le aziende sanitarie si ritrovano a esercitare un ruolo di contenimento che eccede le proprie competenze originarie, con un conseguente sovraccarico strutturale e simbolico.

«La gestione della violenza non può essere ricondotta unicamente alla competenza clinica [...] il contesto ambientale e organizzativo ha un impatto maggiore.»

«Scaricare tutto sugli ospedali è un errore gravissimo.»

Questa consapevolezza attraversa in modo trasversale i diversi profili professionali coinvolti, e si accompagna a una crescente richiesta di presa d'atto politica e interistituzionale. Le aziende sanitarie, da sole, non possono più sostenere il peso del disagio che si concentra nei luoghi della cura. È necessario un ripensamento profondo delle politiche pubbliche, che riconosca la natura sistemica del fenomeno e attivi risposte integrate tra sanità, servizi sociali, istituzioni educative e comunità locali.

«Il problema non nasce nel pronto soccorso: ci arriva.»

Nel complesso, questi temi restituiscono una rappresentazione della violenza che va ben oltre il singolo gesto aggressivo, inscrivendosi in un quadro più ampio di crisi culturale, istituzionale e organizzativa. Rispondere a tale complessità implica l'attivazione di strategie intersetoriali, il rafforzamento delle alleanze tra professionisti, cittadini e istituzioni, e una revisione delle narrazioni pubbliche che modellano l'identità della cura nel sistema sanitario contemporaneo.

13.5 Discussione dei risultati e conclusioni

L'analisi condotta, attraverso un impianto metodologico misto e una triangolazione tra fonti normative, letteratura scientifica e dati empirici, restituisce un quadro complesso e sfaccettato, in cui la violenza non può essere ricondotta a episodi isolati o a devianze individuali, ma deve essere interpretata come sintomo di una più ampia crisi organizzativa, relazionale e istituzionale.

Nello specifico i temi emersi dalla letteratura internazionale mostrano una forte convergenza sulla necessità di strategie multilivello, che affrontino il fenomeno della violenza in sanità intervenendo su fattori sistematici, organizzativi e individuali.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi a operare in un contesto sociale profondamente mutato, in cui l'espressione della rabbia e della frustrazione appare sempre più legittimata. La crescente tolleranza verso atteggiamenti aggressivi riflette una trasformazione culturale più ampia, caratterizzata da una società meno coesa, contraddistinta da legami sociali deboli e da un senso diffuso di frammentazione.

In tale scenario, le aziende sanitarie devono far fronte non solo alle sfide poste da un ambiente esterno complesso e spesso ostile, ma anche a una crisi strutturale interna, che coinvolge in particolare il personale. Si osserva, infatti, una crescente difficoltà ad attrarre e trattenere professionisti in alcune aree sanitarie, con ricadute significative in termini di carenza di personale. A ciò si aggiungono elementi di rigidità nell'organizzazione del lavoro (si pensi alle difficoltà nell'introduzione di forme di *skill mix change* delineate ad esempio in Del Vecchio *et al.* 2018 e Del Vecchio *et al.*, 2022) e una certa debolezza sistematica della funzione risorse umane, soprattutto per quanto riguarda il miglioramento delle condizioni lavorative, la definizione di percorsi di carriera chiari e motivanti, e la valorizzazione delle competenze distintive degli operatori.

Il combinarsi di una crescente tensione esterna con una crisi interna rappresenta un binomio particolarmente critico e potenzialmente destabilizzante per il sistema sanitario. Da un lato, l'aumento delle pressioni provenienti dal contesto socio-culturale – segnato da una maggiore conflittualità, da richieste crescenti e da una progressiva delegittimazione delle istituzioni – impone agli operatori sanitari un carico emotivo e professionale sempre più gravoso.

Dall'altro lato, l'incapacità del sistema di rispondere efficacemente a queste pressioni a causa anche di fragilità strutturali interne – come la carenza di personale, l'organizzazione rigida del lavoro, la scarsa valorizzazione delle risorse umane – può minare la tenuta complessiva dell'intero apparato.

Quando l'ambiente esterno diventa più ostile e, simultaneamente, il sistema interno si indebolisce, si crea una condizione di vulnerabilità estrema: le risorse si riducono proprio nel momento in cui la domanda di cura, attenzione e competenza si intensifica. Questo disallineamento genera un circolo vizioso che alimenta stress organizzativo, disaffezione del personale, deterioramento della qualità dei servizi e, in ultima analisi, perdita di fiducia da parte dell'utenza.

È in questa intersezione tra fattori esterni e criticità interne che il sistema sanitario rischia le maggiori fratture: il binomio tensione esterna-crisi interna non solo amplifica le difficoltà operative, ma agisce come moltiplicatore dei rischi sistematici, rendendo più probabili fenomeni di burnout, conflitti interni, e una progressiva erosione del senso di missione che storicamente ha contraddistinto le professioni sanitarie.

Ma qual è l'effettiva portata del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari? Nonostante l'impressione di una sua crescente rilevanza, alimentata da una forte enfasi mediatica, la comprensione delle dimensioni reali di questo fenomeno rimane ancora parziale e problematica. In molti casi, si è di fronte a una dinamica ambivalente: da un lato, un fenomeno di over-reporting mediatico, che tende a enfatizzare gli episodi più eclatanti e a generare un effetto di amplificazione percepita; dall'altro, una persistente difficoltà a ottenere una rilevazione sistematica e affidabile degli eventi violenti effettivamente accaduti, per via del underreporting da parte del personale sanitario, spesso legato a fattori culturali, timore di ritorsioni, sfiducia nelle conseguenze dell'eventuale segnalazione o banalizzazione dell'accaduto.

Questa asimmetria informativa costituisce un ostacolo rilevante per le aziende sanitarie, le quali faticano a costruire strategie di prevenzione e mitigazione efficaci in assenza di dati realistici e strutturati. Di conseguenza, diventa fondamentale promuovere un approccio integrato alla raccolta, analisi e utilizzo delle informazioni, che possa coniugare la sensibilizzazione pubblica con un rafforzamento delle capacità organizzative di monitoraggio interno.

In tale prospettiva, sarebbe auspicabile l'instaurarsi di un'alleanza costruttiva tra le aziende del SSN e i mezzi di comunicazione, fondata su una rappresentazione equilibrata del fenomeno e orientata alla promozione di una cultura della sicurezza, del rispetto e della responsabilità condivisa³.

³ Un esempio utile di gestione comunicativa è rappresentato dalla collaborazione tra aziende sanitarie e media sul tema del suicidio, che ha portato alla definizione di linee guida per trattare l'argomento in modo responsabile, evitando effetti emulativi o distorsivi. In questa direzione si inserisce anche il progetto Papageno dell'Università di Torino, sviluppato con il Master di Giornalismo. Un rischio analogo riguarda la diffusione delle notizie sulle aggressioni agli operatori

Contestualmente, le aziende sanitarie potrebbero valorizzare maggiormente l'impiego dei dati raccolti internamente, anche facendo leva sugli obblighi normativi esistenti. In particolare, il D. Lgs. n. 81/2008 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e l'implementazione delle funzioni di risk management rappresentano strumenti cruciali non solo per adempiere a vincoli regolatori, ma anche per costruire modelli organizzativi capaci di rilevare tempestivamente i segnali di rischio e di intervenire in modo proattivo.

Solo attraverso un utilizzo consapevole e sistematico dei dati e una collaborazione tra istituzioni sanitarie e media sarà possibile superare la distanza tra la percezione e la realtà del fenomeno, migliorando l'efficacia delle politiche di contrasto alla violenza e contribuendo alla tutela del benessere psicofisico degli operatori sanitari.

L'elaborazione di soluzioni organizzative efficaci per affrontare fenomeni complessi, come quello della violenza nei confronti degli operatori sanitari, richiede inevitabilmente un investimento significativo in termini di tempo, risorse economiche, competenze professionali e capacità di leadership. Si tratta di processi che implicano una revisione strutturale delle pratiche gestionali, una ridefinizione dei modelli organizzativi, la promozione di una cultura della sicurezza e il consolidamento di reti interprofessionali e interistituzionali.

Tuttavia, in un sistema già sotto pressione e spesso attraversato da sentimenti di sfiducia e vulnerabilità, può prevalere una tendenza a privilegiare risposte immediate, visibili e a forte impatto simbolico. In questo contesto, misure come l'inasprimento delle pene per chi commette atti di violenza contro il personale sanitario tendono ad assumere un ruolo centrale nel dibattito pubblico e istituzionale. Tali provvedimenti, pur avendo una funzione dissuasiva e contribuendo a riaffermare la gravità del reato, rischiano di essere percepiti come soluzioni definitive a problemi che invece affondano le radici in cause sistemiche e multifattoriali. Analogamente, il più volte auspicato rafforzamento dei presidi della Polizia di Stato, peraltro previsto dalla legge n. 56 del 2023 in regime di invarianza finanziaria, rischia, in assenza di una concreta e stabile attuazione nel medio-lungo periodo, di tradursi in un ulteriore fattore di disillusione e frustrazione. Va peraltro rilevato come tali presidi, nella maggior parte dei casi limitati alla presenza di una o due unità, non possano in alcun modo configurarsi, da soli, come strumenti efficaci di contenimento degli episodi di violenza, in particolare all'interno di strutture ospedaliere di grandi dimensioni.

È dunque necessario sottolineare che gli interventi di natura sanzionatoria e la previsione di presidi di polizia possono avere un'efficacia reale solo se inseriti in una più ampia strategia integrata, che preveda misure di prevenzione primaria e secondaria. Tra queste, risultano essenziali il rafforzamento delle com-

sanitari: una narrazione non adeguatamente contestualizzata può alimentare sfiducia, percezioni di insicurezza e allarmismo, con possibili ricadute controproducenti.

petenze comunicative e relazionali degli operatori, la creazione di ambienti di lavoro sicuri e accoglienti, la formazione continua del personale, la gestione del rischio clinico e psicosociale, nonché l'attivazione di meccanismi tempestivi di segnalazione e supporto.

La sfida non è solo quella di reagire agli episodi di violenza, ma di costruire nel tempo un sistema capace di prevenire il disagio, sostenere i professionisti e rispondere in modo strutturato e coerente alla complessità dei bisogni espressi dalla società contemporanea. È un approccio articolato e multidimensionale quello che può garantire risposte realmente efficaci e sostenibili nel lungo periodo.

Tra le possibili linee di intervento si impone la necessità di ripensare e riorganizzare i servizi sanitari superando le tradizionali logiche di difesa degli spazi professionali. Alla luce dell'attuale carenza di personale nel mercato del lavoro può essere utile abbandonare assetti rigidi e autoreferenziali per promuovere modelli organizzativi più flessibili, integrati e orientati alla collaborazione tra diverse figure professionali.

Questo cambiamento richiede un aggiornamento profondo della cultura organizzativa, soprattutto nelle aziende pubbliche, dove prevale una visione amministrativa e burocratica della gestione del personale. Occorre piuttosto rafforzare le strutture organizzative in modo da creare le condizioni per valorizzare i contributi individuali, riconoscendo competenze, responsabilità e capacità di iniziativa.

Un'importante lezione proveniente dalla psichiatria riguarda in questo senso, il ruolo protettivo della relazione: sia tra colleghi, sia tra operatori sanitari e pazienti. Investire nella qualità delle relazioni professionali non è dunque un elemento accessorio, ma un vero e proprio fattore di prevenzione della violenza e di promozione del benessere organizzativo.

In ogni caso, il sistema deve essere in grado di farsi trovare pronto. La letteratura è chiara su questo punto: in ambito sanitario, più che in altri settori della pubblica amministrazione, il contatto con l'utenza avviene in momenti di fragilità, sofferenza e paura. Una certa componente di aggressività può dunque essere considerata prevedibile e, proprio per questo, gestibile attraverso strategie preventive e dispositivi adeguati.

Tra questi, accanto a misure deterrenti come l'inasprimento delle sanzioni, è fondamentale prevedere sistemi di sicurezza efficaci. Un aspetto spesso sottovalutato è l'organizzazione fisica degli spazi: il layout degli ambienti di cura può influenzare in modo significativo il clima relazionale e la gestione dei conflitti. Senza richiamare necessariamente i principi dell'architettura ospedaliera, è evidente che condizioni ambientali accoglienti e funzionali possono fare una grande differenza in termini di percezione di sicurezza e benessere.

Un'altra leva strategica è rappresentata dalla formazione: tutti gli operatori, a partire da coloro che presidiano i punti di primo contatto, dovrebbero essere dotati di competenze comunicative efficaci e strumenti per la gestione del

confitto. Anche in questo ambito, la psichiatria offre riferimenti consolidati e buone pratiche utili a tutto il sistema.

Infine, la gestione del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari non può essere lasciata all'iniziativa individuale o alla sola reattività del sistema. È fondamentale chiarire chi, oggi, si assume la responsabilità concreta di affrontare questo problema all'interno delle organizzazioni sanitarie.

In particolare, le direzioni aziendali, gli uffici qualità e gestione del rischio e, più in generale, le linee di comando e di responsabilità gestionale, devono essere pienamente coinvolti nel riconoscere, analizzare e affrontare in modo sistematico le condizioni che espongono il personale a situazioni di rischio. Ciò implica un salto culturale che porti le leadership sanitarie a considerare la sicurezza del personale non come una questione accessoria, ma come parte integrante della qualità delle cure e dell'efficacia organizzativa.

Per rendere possibile questo cambiamento è indispensabile investire nella formazione specifica dei dirigenti e dei quadri intermedi, affinché acquisiscano strumenti per leggere e affrontare anche le dimensioni latenti del disagio organizzativo, comprese quelle legate alla sicurezza e al benessere lavorativo. Solo così si può evitare quella che in letteratura viene definita come “il silenzio delle organizzazioni”, ovvero la tendenza sistematica a non dare voce, visibilità o rilevanza a fenomeni che, pur essendo diffusi, vengono normalizzati o ignorati all'interno della cultura aziendale.

Rompere questo silenzio richiede, dunque, un'assunzione esplicita di responsabilità da parte di chi guida le organizzazioni sanitarie, promuovendo un clima di ascolto, trasparenza e intervento attivo, in cui la sicurezza degli operatori sia considerata un indicatore cruciale della salute del sistema stesso.

Il fenomeno può essere governato attraverso un'organizzazione capace di accompagnare i pazienti nella comprensione dell'esperienza che stanno vivendo e di orientarli all'interno di una rete di servizi il cui funzionamento non è sempre immediato.

13.6 Bibliografia

- Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q., Chen, C., Beisenova, K., e Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 196, 186–197. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>
- Baby, M., Gale, C., e Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>
- Bellman, V., Thai, D., Chinthalapally, A., Russell, N. e Saleem, S. (2022). Inpatient violence in a psychiatric hospital in the middle of the pandemic: clin-

- ical and community health aspects. *AIMS Public Health*, 9(2), 342–356. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2022024>
- Doo, E. Y. e Choi, S. (2020). Effects of horizontal violence among nurses on patient safety: Mediation of organisational communication satisfaction and moderated mediation of organisational silence. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 526–534. <https://doi.org/10.1111/jonm.13182>
- Del Vecchio M., Montanelli R., Trinchero E., (2018) Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un'analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano in Rapporto Oasi 2018.
- Del Vecchio M., Giacomelli G., Montanelli R., Sartirana M., Vidè F. (2022) Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi in Rapporto Oasi 2022.
- Fricke, J., Siddique, S., Douma, C., Ladak, A., Burchill, C., Greysen, R., e Mull, N. (2022). Workplace violence in healthcare settings: A scoping review of guidelines and systematic reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 252–264. <https://doi.org/10.1177/15248380221126476>
- Hossain, M., Sharma, R., Tasnim, S., Al Kibria, G. A., Sultana, A., e Saxena, T. (2020). Prevalence, characteristics, and associated factors of workplace violence against healthcare professionals in India: A systematic review and meta-analysis. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.01.01.20016295>
- Jang, S., Son, Y., e Lee, H. (2021). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 303–316. <https://doi.org/10.1111/inm.12951>
- Karlsen, I. L., Andersen, D. R., Jaspers, S. Ø., Sønderbo Andersen, L. P. e Aust, B. (2023). Workplace's Development of Activities and Action Plans to Prevent Violence From Clients in High-Risk Sectors. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), 872–904. <https://doi.org/10.1177/08862605221086633>
- Kelly, E. L., Fenwick, K. M., Brekke, J. S. e Novaco, R. W. (2021). Sources of Social Support After Patient Assault as Related to Staff Well-Being. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), NP1003–NP1028. <https://doi.org/10.1177/0886260517738779>
- Keyvanara, M., Maracy, M. R. e Ziari, N. B. (2015). A study conducted on the demographic factors of victims of violence in support and administrative departments of hospital in 2013. *Journal of education and health promotion*, 4 (35). <https://doi.org/10.4103/2277-9531.157192>
- Li, Y.-L., Li, R., Qiu, D., e Xiao, S. (2020). Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 299. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010299>
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., et al. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic

- review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- Nobilio, L., Di Denia, P., Celli, M.T., Bulgarelli, K., Berti, E., (2025) Episodi di aggressioni a danno di operatori dei servizi sanitari. Rapporto Emilia-Romagna 2023-2024 <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/aggressioni-operatori-sanitari-2023-24>
- Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, Relazione attività anno 2024
- Ramzi, Z. S., Fatah, P. W. e Dalvandi, A. (2022). Prevalence of Workplace Violence Against Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in Psychology* (13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896156>
- Rossi, M., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P. E., Borrelli, I., et al. (2023). Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 217, 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021>
- Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, Fitzgerald D, Begg SJ. (2020) Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD012662. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012662.pub2>
- Timmins, F., Catania, G., Zanini, M., Ottonello, G., Napolitano, F., Musio, M. E., Aleo, G., Sasso, L., e Bagnasco, A. (2023). Nursing management of emergency department violence—Can we do more? *Journal of Clinical Nursing*, 32, 1487–1494. <https://doi.org/10.1111/jocn.16211>
- Trinchero E., Tozzi V., Gabrielli G., (2024). La buona organizzazione previene la violenza sui sanitari, SDA Insight, <https://www.sdabocconi.it/it/sda-bocconi-insight/sotto-la-lente/sanita-e-salute/la-buona-organizzazione-previene-la-violenza-sui-sanitari>
- Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., e Schablon, A. (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>
- Wright, K. M., Duxbury, J. A., Baker, A. e Crumpton, A. (2013). A qualitative study into the attitudes of patients and staff towards violence and aggression in a high security hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), 184–188. <https://doi.org/10.1111/jpm.12108>
- Yusoff, H. M., Ahmad, H., Ismail, H., Reffin, N., Chan, D., Kusnin, F., Bahari, N., Baharudin, H., Aris, A., Shen H.Z.e Rahman, M. A. (2023). Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00868-8>