



## PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

### **PREVENZIONE E GESTIONE DELLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI: IL RUOLO DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

**Elisabetta Trincherò**  
CERGAS, SDA Bocconi

Milano, 3 dicembre 2025



**Università  
Bocconi**

**CERGAS**  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# AGENDA

- Domanda di ricerca
- Metodologia
- Rappresentazione del fenomeno (numeri e vulnerabilità)
- Diagnosi
- Strategie multilivello (micro, meso e macro)
- Conclusioni: implicazioni per la leadership



# Domande di ricerca

- Qual è la rappresentazione del fenomeno in Italia?
- Quali sono le principali cause?
- Quali sono le strategie più efficaci per prevenire e mitigare la violenza verso gli operatori?



# Metodologia

- Revisione della **letteratura** scientifica, grigia e della normativa
- **Analisi quantitativa**: banche dati esistenti (Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie, INAIL, Ministero dell'Interno, Sistema Informativo monitoraggio Errori in Sanità)
- **Analisi qualitativa**: focus group con rappresentanti delle direzioni aziendali e dei servizi di psichiatria, analisi dei lanci di agenzia 2024



# Rappresentazione del fenomeno: i numeri

Scarsa comparabilità (n. personale/ professione/ volumi/ setting/ tipologia di aggressione)

Fonte	Periodo	N. eventi/denunce	Note
ONSEPS/ Agenas	2024	18.000 episodi (22.000 operatori)	+15% rispetto 2023, quasi solo strutture pubbliche
INAIL	2021–2023	6.903 denunce di infortunio	+25% tra 2021 e 2023 (finalità assicurative e previdenziali)
Ministero dell'Interno	2021–2024	2.614 reati denunciati (583 quater)	Violenza privata, percosse, lesioni gravi, aggravanti (dipende da cosa si denuncia e da cosa inserisce l'operatore)
SIMES	2024	111 episodi (evento sentinella n.12)	1 decesso, 2 traumi maggiori, 4 supporti psicologici, 104 minori; criticità organizzative/comunicative (super selettivo, che circoscrive ulteriormente il dato)



# Rappresentazione del fenomeno: le vulnerabilità

**Contesti a rischio:** Pronto Soccorso ma non solo, rischio in estensione a materno-infantile, territoriale/domiciliare, front office (CUP/accettazione/vigilanza)

*«Nell'assistenza domiciliare sono avvenute aggressioni inaspettate, anche nei confronti di figure femminili giovani, da parte di caregiver apparentemente pacifici»*

**Profili di vulnerabilità:** per composizione della forza lavoro e prossimità (frontline): giovani donne infermiere

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

**Profilo aggressore:** prevalentemente paziente/utente, poi familiare/caregiver

**Trigger ricorrenti:** lunghe attese, percezione di scarsa attenzione, disaccordi clinici, richieste improprie



# Diagnosi

## Contesto socio-culturale

- Legittimazione di rabbia e aggressività
- Frammentazione dei legami sociali e perdita di fiducia
- Aspettative irrealistiche

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

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

## Crisi interna al SSN

- Debolezza della leadership di prossimità -> stress, burnout, conflitti
- Debolezza della funzione HR -> rigidità organizzative e scarso riconoscimento e valorizzazione professionale
- Deterioramento dei servizi -> lunghi tempi di attesa

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



# Strategie multilivello

## Livello micro (individuale)

### Competenze e strumenti individuali

- Formazione continua su comunicazione, de-escalation, gestione di situazioni critiche (p.e., frasi chiare e neutrali per stabilire limiti e confini per contenere comportamenti aggressivi)
- Tecniche di autoregolazione emotiva e protezione psicologica.

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

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

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





# Strategie multilivello

## Livello meso (team)

- **Coesione del team e supporto reciproco** (p.e., debriefing, risposta rapida, meccanismi di rotazione)
- **Cultura interna e clima relazionale** (p.e., monitoraggio dei “punti caldi” di tossicità organizzativa)
- **Processi operativi** (p.e., percorsi di escalation, informazioni tra operatori e con il paziente/caregiver su processi, tempi, triage, limiti della cura per ridurre conflitti legati a false aspettative)

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



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Strategie multilivello

## Livello macro (aziendale)

- **Sicurezza fisica e ambientale:** Sicurezza reale (non simbolica) nelle aree a rischio (p.e., porte sicure, percorsi di fuga, pulsanti di allarme testati e funzionanti, policy chiare per accessi e protezione della privacy del personale (p.e., badge anonimizzati, gestione minacce online).
- **Politiche HR e giustizia organizzativa** (p.e., turni equi e trasparenti, rotazioni in caso di comportamenti clanici, feedback e azione dopo segnalazione, di segnalazione e gestione del trauma (anche vicario), con spazi sicuri per il riconoscimento e la narrazione)
- **Ruolo attivo** dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale (valorizzando le risorse esistenti)
- **Investimenti strutturali** (p.e., potenziamento dell'assistenza territoriale per ridurre afflussi impropri in PS)
- **Comunicazione pubblica e gestione delle attese** (p.e., educazione sanitaria per contrastare aspettative irrealistiche)

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

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

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



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Conclusioni: implicazioni per la leadership

## Oltre il silenzio organizzativo (under-reporting interno over-reporting mediatico)

- Essere visibili, accessibili e capaci di spiegare decisioni e cambiamenti.
- Promuovere una cultura del rispetto.
- Dare seguito alle segnalazioni e comunicarne gli effetti.
- Promuovere cultura di team, fiducia e confini professionali chiari.
- Garantire equità nei turni, carichi di lavoro e opportunità.
- Proporre piani di sicurezza concreti, testati e non solo "su carta".
- Riconoscere il carico emotivo e il rischio psicologico di chi è in prima linea.

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

*«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.»*



## Team di Ricerca



*Franco Gabrielli*



*Roberta Montanelli*



*Elisabetta  
Trincherò*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**  
**[elisabetta.trincherò@unibocconi.it](mailto:elisabetta.trincherò@unibocconi.it)**

CERGAS Bocconi  
Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia |  
| [www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT