



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI,
DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

Ufficio 3 - Definizione degli standard quali-quantitativi per la programmazione ospedaliera e il rischio clinico

Viale Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma

RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO- SANITARIO A CAUSA DELL'ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI

GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI POSSONO COSTITUIRE EVENTI SENTINELLA E RICHIEDONO LA MESSA IN ATTO DI OPPORTUNE INIZIATIVE DI PROTEZIONE E PREVENZIONE

Raccomandazione n.8

I contenuti della presente Raccomandazione si fondano sulle evidenze scientifiche emerse relativamente al tema della violenza a danno degli operatori sanitari e sociosanitari.

Con tale documento si intende promuovere la piena consapevolezza rispetto agli atti di violenza fisica, verbale e psicologica a danno degli operatori sanitari e sociosanitari, includendo tutti i lavoratori che operano nei vari contesti del Servizio Sanitario Nazionale, anche in attività ausiliarie e di supporto alla cura, incentivando, sia in ambito pubblico che privato, un'omogenea cultura della segnalazione di tali fenomeni, l'attuazione di misure funzionali per la prevenzione degli stessi nonché un continuo miglioramento della qualità in sanità.

La Raccomandazione, pertanto, intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e degli ambiti relativi alla relazione di cura, dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza; l'analisi delle segnalazioni e l'individuazione delle azioni protettive e/o l'attenuazione delle conseguenze negative, anche nell'ambito dell'attenzione al tema della salute mentale degli operatori sanitari e sociosanitari, riconoscendola come significativo fattore di protezione in ambiti in cui sono numerosi i fattori di rischio e di vulnerabilità.

Novembre 2025



Sommario

1. Premessa	3
1.1 Contesto	3
1.2 Riferimenti normativi	5
1.3 Definizione di violenza a danno degli operatori sanitari e sociosanitari	9
2. Obiettivi e ambiti di applicazione	11
3. Azioni	12
4. Implementazione	18
5. Glossario	19
6. Riferimenti bibliografici	20
Allegato	22

1. Premessa

Il rischio di violenze e aggressioni, fisiche e psicologiche, nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari a causa dell'esercizio delle loro funzioni, rappresenta un tema complesso che richiede un approccio diversificato, atteso che tale fenomeno è caratterizzato da un'eziologia multifattoriale e da impatti che hanno ricadute di natura organizzativa, sociale ed economica.

Gli episodi di violenza contro operatori sanitari, sociosanitari, impegnati nelle attività di cura ad ogni livello (inclusi CUP, servizi front-office, amministrativi, addetti alle pulizie, ecc.) devono essere segnalati, poiché legati alla possibile presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree:

- servizi di emergenza-urgenza;
- strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali (Serd, Spdc, ecc.);
- luoghi di attesa;
- servizi di geriatria;
- servizi di continuità assistenziale;
- servizi del dipartimento di prevenzione, come i servizi veterinari.

Sono numerosi i fattori di rischio significativi che connotano l'analisi del fenomeno, tra questi vi sono ad esempio i tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, il lavoro svolto in solitaria, le caratteristiche legate alla tipologia d'utenza, l'ubicazione e la dimensione delle strutture, la luminosità degli ambienti, gli aspetti socio economici.

Inoltre, nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari e sociosanitari, compreso il personale impiegato negli uffici amministrativi o addetto ai servizi di pulizia e manutenzione, in tutti gli ambiti (strutture ospedaliere, ambulatoriali, territoriali), sono esposti, nell'esercizio delle loro funzioni, a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la propria salute sia in relazione al senso di sicurezza percepito.

1.1 Contesto

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

Di seguito si riportano alcune tra le principali risultanze prodotte dalla revisione della più recente letteratura:

- Gli effetti della violenza sugli operatori sanitari, che vanno ben oltre il danno fisico, influenzano la qualità dell'assistenza sanitaria e portano a costi diretti e indiretti per il sistema sanitario. (Conor J. et al., 2024);
- Una revisione di 36 studi da parte di Guo et al. (2022) ha identificato diversi effetti, tra cui ritardi nei test diagnostici e un aumento delle complicanze post-operatorie, a causa della violenza nei confronti degli operatori. Inoltre, la violenza è stata associata al burnout, che a sua volta aumenta il rischio di errori medici (Dyrbye et al., 2022);
- Il 72% dei medici intervistati ritiene che le aggressioni subite abbiano avuto un impatto negativo sulle loro prestazioni lavorative (Alhamad et al., 2021);
- La violenza può determinare stress, burnout, assenteismo e una riduzione della qualità delle relazioni con i pazienti, con conseguenti danni economici per le strutture sanitarie (Ayasreh e Hayajneh, 2021; Parrish, 2019; Pariona-Cabrera et al., 2020);
- La violenza contro il personale sanitario può anche compromettere la sicurezza dei pazienti, riducendo la qualità delle cure e aumentando il rischio di errori medici (Nowrouzi-Kia B et al., 2019; Liu J et al., 2019; Zhang S et al., 2018);
- Le aggressioni portano anche ad assenze dal lavoro, come documentato da Viottini et al. (2017) in un ospedale universitario italiano, dove il 53% dei lavoratori che hanno subito violenza ha richiesto un periodo di assenza dal lavoro.

I dati dell'**Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS)** del Ministero della Salute, che fanno riferimento a segnalazioni su base volontaria raccolte attraverso questionari alle Regioni, evidenziano che nel 2024 sono state segnalate oltre 18mila aggressioni a livello nazionale, con il coinvolgimento di circa 22mila operatori ed un incremento delle segnalazioni del 15% rispetto al 2023.

Sono le donne ad essere più frequentemente vittime di episodi di violenza (60% delle segnalazioni) e la categoria professionale più esposta è quella del personale infermieristico (oltre il 55% delle segnalazioni).¹

I Dati Inail recenti evidenziano che i casi di aggressione e violenza ai danni del personale sanitario nel 2022 sono aumentati (più di 1600 eventi) rispetto al 2020 e 2021, quando l'accesso alle strutture ospedaliere e assistenziali è stato fortemente limitato a causa dell'emergenza Covid-19. La violenza a danno degli operatori sanitari è causata nel 60-90% dei casi dai pazienti o dai loro familiari (OMS 2022). La segnalazione delle aggressioni avviene su base volontaria, il che implica un rischio di

¹¹ Per una corretta interpretazione del fenomeno, i dati relativi alla frequenza delle vittime di violenza andrebbero sempre considerati in relazione al numero effettivo degli operatori suddivisi per genere e qualifica professionale in organico nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie

sottostima del fenomeno, evidenziando, inoltre, che un numero più elevato di segnalazioni non corrisponde necessariamente ad una maggiore incidenza del fenomeno in quella specifica area, ma piuttosto ad una più attenta attività di monitoraggio e/o ad una più consapevole cultura della segnalazione.

1.2 Riferimenti normativi

Il Ministero della salute promuove iniziative volte a condurre la popolazione verso una cultura che condanni ogni forma di aggressione nei confronti di tutti coloro che lavorano quotidianamente per il benessere del singolo e della collettività.

Proprio allo scopo di sensibilizzare e accrescere la consapevolezza della popolazione alla tematica, è stata indetta il 12 marzo di ogni anno mediante decreto del Ministro della Salute del 27 gennaio 2022, la *“Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari”*.

La campagna lanciata dal Ministero della salute per l’anno 2025 con lo slogan *“Ti ha salvato, ti salverà ancora - rispetta chi si prende cura di te e dei tuoi cari - la violenza non è mai una soluzione”*, ribadisce l’importanza di promuovere contestualmente alle iniziative richiamate, un cambiamento culturale per radicare i principi di fiducia e di rispetto.

La Legge 14 agosto 2020, n. 113 avente ad oggetto *“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”*, all’art. 2 comma 1, ha previsto l’istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS). L’ONSEPS è stato istituito, presso il Ministero della salute, Direzione generale delle Professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale, con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dell'Interno e dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, del 13 gennaio 2022 (decreto ministeriale 13 gennaio 2022, integrato dal decreto ministeriale 7 dicembre 2023).

All' ONSEPS “sono attribuiti i seguenti compiti:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
- c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti;

- d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;
- e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in equipe;
- f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti”.

Inoltre, al comma 2 del medesimo articolo 2, si stabilisce che l'ONSEPS acquisisca *“con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenas e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno di cui al comma 1, lettera a), anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro”*.

Al comma 3 si prevede, inoltre, che *“l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette, tramite l'Agenas, i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24”*.

Pertanto, gli operatori delle strutture pubbliche e private accreditate devono segnalare gli episodi di aggressione alle proprie strutture di riferimento che li trasmettono ai Centri regionali del Rischio clinico che, a loro volta, li trasmettono all'ONSEPS per il tramite dell'ONBP e di Agenas, secondo le modalità previste dalla citata Legge 113/2020.

Inoltre, come previsto sempre dal medesimo comma 2 dell'art. 2, gli Ordini professionali devono raccogliere le segnalazioni provenienti dai propri iscritti, compresi quelli operanti in modo autonomo o nelle strutture private non accreditate procedendo, poi, a trasmetterle all'ONSEPS nelle modalità e nei tempi concordati con lo stesso.

Si riportano di seguito le diverse iniziative normative, che si sono susseguite nel tempo, su cui si basano i contenuti di questa Raccomandazione; caratterizzate negli ultimi anni anche dall'intento di prevedere una severa risposta sanzionatoria a comportamenti aggressivi e violenti nei confronti degli operatori della sanità:

- gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti (d.lgs. 137/2024);
- gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano un problema di sicurezza sul lavoro che va affrontato secondo quanto previsto dal d. lgs. 81 del 9 aprile 2008 e ss.mm.ii. recante *“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*, pertanto il rischio di subire un'aggressione sul posto

di lavoro va valutato e gestito dalle organizzazioni al pari di qualsiasi altro rischio lavorativo; l'art. 28 del medesimo d.lgs 81/08 prevede che ciascuna struttura sanitaria elabori ed implementi un programma di prevenzione della violenza (Ppv), le cui finalità sono di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza;

- la già citata Legge n. 113 del 14 agosto 2020 - Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni (in vigore dal 24/09/2020) - è nata nel periodo post lockdown pandemico e promuove iniziative sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria (art. 3); al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale devono prevedere, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento (art. 7);
- il decreto legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito con modificazioni in legge n. 56 del 26 maggio 2023 e, da ultimo, il decreto legge 1° ottobre 2024, n. 137, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, legge 18 novembre 2024, n. 171, hanno introdotto modifiche all'art. 583-quater del Codice penale (lesioni personali a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, nonché a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali). Inizialmente è stata inserita una nuova fattispecie all'originaria formulazione del predetto art. 583-quater del codice penale, mediante la tipizzazione del reato di lesioni personali cagionate al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria. In particolare, l'art. 4, comma 1 della citata legge 113/2020 ha introdotto, al secondo comma dell'art. 583-quater, la disposizione secondo cui *“le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività”*.

Contestualmente, è stata adeguata la dicitura riportata nella rubrica del medesimo art. 583-quater c.p., con l'inserimento delle specifiche figure professionali sanitarie tutelate. La disposizione codicistica è stata oggetto di ulteriori modifiche da parte dell'art. 16 del richiamato d.l. n. 34 del 2023 e dalla successiva legge di conversione, prevedendo un inasprimento del regime sanzionatorio, secondo la statuizione di seguito riportata *“nell'ipotesi di lesioni cagionate al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, si applica la reclusione da due a cinque anni. in caso di lesioni personali gravi o gravissime si applicano le pene di cui al comma primo”*.

La particolare connotazione di gravità riconosciuta dal legislatore al reato di lesioni personali nei confronti dei professionisti sanitari e socio-sanitari, come declinato dal citato articolato codicistico, si evince anche dalla introduzione della procedibilità d'ufficio per tale tipologia di reato, rispetto al quale, pertanto, l'autorità giudiziaria, avutane notizia, potrà procedere indipendentemente dalla denuncia/querela della persona offesa. Specificatamente all'ambito dei servizi di emergenza-urgenza, che risultano maggiormente sensibili ed esposti a tali eventi avversi, date le circostanze connotate da un elevato grado di criticità, è intervenuto il d.l. n. 34 del 2023 sopra citato, il quale, all'art. 16, comma 1-bis, ha previsto la possibilità di costituire, con ordinanza del questore, posti fissi di polizia di stato presso le strutture sanitarie che siano dotate di un reparto di emergenza-urgenza;

- il d.l. n. 137 del 2024 ha introdotto diverse misure puntualmente rivolte a salvaguardare tutto ciò che concerne l'attività professionale in ambito sanitario, non solo relativamente alle persone che ivi operano, ma anche ai beni destinati al servizio medesimo. Con specifico riguardo al reato di danneggiamento, l'art. 1 del predetto provvedimento normativo, nel modificare l'art. 635 c.p., ha inserito la fattispecie di danneggiamento di cose destinate al servizio sanitario o socio sanitario, statuando che *“chiunque, all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero in occasione delle condotte previste nell'articolo 583-quater, secondo comma, distrugge, disperde, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose mobili o immobili altrui ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario o socio-sanitario è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa fino a 10.000 euro. se il fatto è commesso da più persone riunite, la pena è aumentata”*.

Il medesimo d.l. 137/2024 ha introdotto, inoltre, una rilevante modifica all'art. 380 c.p.p, riguardante l'arresto obbligatorio in flagranza nelle ipotesi in cui si configurassero i reati, dianzi declinati, di lesioni personali a professionisti sanitari e socio sanitari ed esercenti attività ausiliarie e di danneggiamento. Quest'ultimo intervento del legislatore sul contrasto alla violenza in ambito sanitario, nel 2024, ha apportato un'ulteriore e rilevante novità riguardante l'introduzione dell'arresto in flagranza cosiddetta differita, in tutti i casi in cui si verificassero le fattispecie di reato sinora delineate in danno dei professionisti della sanità e non fosse possibile procedere immediatamente all'arresto dell'autore del reato. In altri termini, quando non è possibile procedere immediatamente all'arresto per ragioni di sicurezza o incolumità pubblica o individuale ovvero per ragioni inerenti alla regolare erogazione del servizio, l'arresto può essere disposto nei confronti del soggetto identificato come l'autore del reato, sulla base di documentazione video-fotografica o di altra documentazione, legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica, che attestino, in modo inequivocabile, la realizzazione del fatto.

1.3 Definizione di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari

Sebbene qualunque operatore della sanità, anche chi opera in attività di supporto alla cura, possa essere vittima di violenza, le evidenze indicano che le categorie con rischio più elevato siano quelle a contatto diretto con il paziente, impegnati nella costruzione di una funzionale relazione, di una efficace alleanza terapeutica, nella proficua condivisione del percorso di cura.

Ruolo fondamentale è rappresentato dunque dalla corretta gestione del coinvolgimento del paziente e dei propri familiari/caregivers, considerando gli elementi emotivi e le vulnerabilità talvolta connesse anche a condizioni particolari di frustrazione, perdita del controllo, alterazioni della coscienza del paziente ad esempio per alcool o sostanze psicoattive.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e sostanze psicoattive;
- l'accesso senza restrizione/controllo di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
- mancata conoscenza da parte del paziente/accompagnatore delle modalità di organizzazione e dei tempi del sistema sanitario”;
- scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture;
- il lavoro in forma individuale e non in equipe, per gli aspetti inerenti le attività di ispezione e controllo;

In linea con la definizione, già sopra citata, del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) di violenza nel posto di lavoro come “*ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro*”, occorre considerare che una funzionale e

tempestiva presa in carico psicologica degli operatori sanitari vittime di violenza, consente un monitoraggio dei loro stati mentali ed emotivi, della loro capacità decisionale, delle tendenze ad evitamento ed assenteismo e, nei casi più estremi, una valutazione efficace del rischio suicidario (Evans-Lacko & Knapp, 2018).

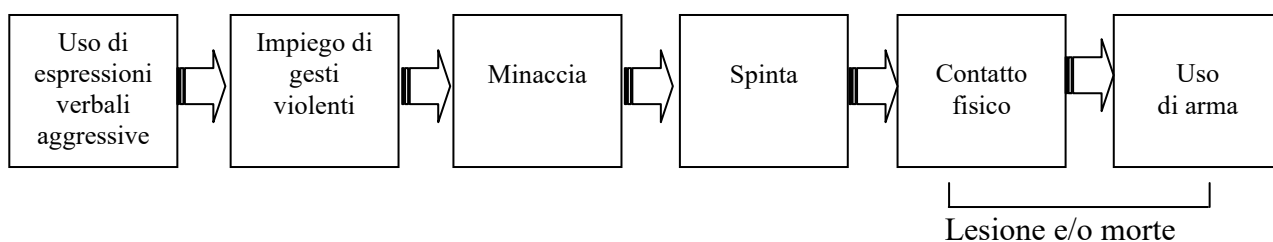
Vi sono quattro dimensioni della violenza sul posto di lavoro individuate nel 2015 da Ferris e Lian: la *molestia*, che è definita come l'umiliazione di una persona da parte di un'altra sul posto di lavoro; il *mobbing* che invece è una forma di bullismo nei confronti di un individuo da parte di un gruppo in qualunque contesto (non soltanto lavorativo); l'*ostracismo*, che prevede l'isolamento percepito da un dipendente in un ambiente lavorativo causato da colleghi o datori di lavoro che provoca mancanza di coinvolgimento e insoddisfazione lavorativa; infine lo *stalking*, che con il tempo può sfociare in violenza.

L'operatore opportunamente supportato è motivato ad operare negli ambiti sanitari costruendo una funzionale relazione terapeutica con i pazienti, favorendo la compliance nelle cure, cicli interpersonali caratterizzati da capacità di ascolto attivo ed empatico, in una generale riduzione del rischio di burnout. Ciascuna organizzazione dovrebbe promuovere un ambiente di lavoro positivo che favorisca la cooperazione interpersonale tra i dipendenti (Rasool et al., 2020).

Dal momento che stress, disagio lavorativo e burnout sono in grado di determinare un forte impatto sul benessere del personale sanitario dell'Emergenza/Urgenza, è indispensabile che i professionisti abbiano accesso a interventi evidence-based e strategie integrate in grado di favorire il benessere lavorativo e diminuire l'incidenza di fenomeni legati a stress lavoro correlato, malessere lavorativo e burnout.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5-TR)* ha dedicato un intero capitolo ai disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti, come la violenza subita o assistita, tra questi il *disturbo da stress acuto*; il trattamento deve prevedere la psicoterapia, improntata su interventi terapeutici evidence based e la terapia farmacologica.

Definire il comportamento violento significa evidenziare la progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi, quali aggressione e omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi figura sottostante) può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.



Per “atti di violenza” si devono intendere le forme fisiche, quelle verbali o riconducibili a molestie, occorre non sottovalutare le minacce più o meno esplicite tendenti a intimidire e dissuadere i sanitari dall’adottare provvedimenti prescrittivi o sanzionatori. Questa violenza si esplica spesso con fenomeni di stalking, di discredito sui social o con danneggiamenti ai beni di proprietà, talvolta con chiari segnali di morte.

La comunicazione aggressiva presenta caratteristiche relative al tono della voce, alla prossemica, alla gestualità, a contenuti di minaccia implicita o di sarcasmo, che possono rappresentare l’anticamera di fenomeni più gravi.

Ritenendo l’aggressione verbale come una delle prime azioni della escalation di una possibile violenza fisica più grave, è fondamentale che il personale, soprattutto quello operante nelle aree riconosciute più a rischio, sia preparato a riconoscere i primi segnali, che sia formato a non sottovalutarli ed inoltre che sia pronto a saper gestire correttamente gli eventi critici che precedono la violenza, in modo da contenere più possibile gli effetti.

Utile, infine, distinguere gli atti di violenza a danno dell’operatore sanitario e sociosanitario in due tipologie: *atti volontari* e *atti involontari*, quest’ultimi sono caratteristici di pazienti in cui la consapevolezza e l’intenzionalità sono compromesse da condizioni particolari, quali ad esempio: problemi cognitivi, patologie psichiatriche, disorientamento legato al risveglio post-anestesia, patologie neurodegenerative e similari.

2. Obiettivi e ambiti d’applicazione

L’obiettivo principale di questa Raccomandazione è quello di rendere possibile la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori che lavorano nei vari ambiti della sanità, attraverso l’implementazione di misure che consentano l’eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e attraverso l’acquisizione di competenze da parte degli operatori per il miglioramento della valutazione e della gestione di tali eventi, quando accadono.

DOVE 

In tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (ad esempio aree ambulatoriali, di degenza ospedaliera, di emergenza, servizi psichiatrici, Serd, continuità assistenziale, cure domiciliari, servizi di geriatria, Cup, servizi di front-office, Rems, istituti penitenziari, ecc) nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito della stesura del DVR specifico, considerando anche luoghi come i parcheggi, corridoi, spogliatoi, e tutti i

luoghi dove può avvenire una aggressione anche a conclusione dell'orario di lavoro e/o fuori dall'orario di servizio.

A CHI →

A tutti gli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario, includendo anche coloro che sono impegnati in attività di supporto alla cura (vigilanza, manutenzione, pulizia), e coloro che sono coinvolti in processi di supporto amministrativo (Urp, Cup, Front-office) oltre che agli operatori che espletano funzioni di ispezione e controllo sanitario presso i soggetti privati e/o pubblici per garantire la salute pubblica.

QUANDO →

Durante l'erogazione di prestazioni, interventi sanitari e socio-sanitari, attività di supporto alla cura o comunque per l'esercizio delle proprie funzioni.

3. Azioni

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari e sociosanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune.

Le azioni previste dal documento, per ogni area di intervento, sono da intendersi su tre indirizzi:

- *strategico*
- *gestionale*
- *operativo*

AZIONI GENERALI

- Promuovere una politica di prevenzione del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari e sociosanitari.
- Aumentare la conoscenza del fenomeno e dei suoi determinanti
- Programmare e implementare misure (strutturali e tecnologiche, organizzative, del Gruppo di lavoro, formative, per l'implementazione e il monitoraggio) che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari
- Promuovere la diffusione di competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi
- Promuovere l'offerta di supporto psicologico e/o sanitario al lavoratore che subisce l'atto di violenza
- Promuovere la tutela legale dei lavoratori
- Procedere ad azioni efficaci di implementazione della Raccomandazione

AZIONI DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

L'organizzazione sanitaria deve identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale, anche a seguito di un DVR specifico, e porre in essere le misure ritenute più opportune per la prevenzione della violenza:

- prevedere la possibilità, in caso di denuncia dell'aggressione, di domiciliazione presso l'Azienda del lavoratore e garantire efficaci azioni di supporto;
- valutare la necessità che l'Azienda sanitaria si costituisca parte civile nei procedimenti penali conseguenti alle violenze;
- garantire, in caso di violenza, la presa in carico del dipendente aggredito supportandolo psicologicamente e affiancandolo per sottolineare che la violenza al dipendente deve essere considerata violenza nei confronti dell'Azienda;
- organizzare eventi formativi aventi ad oggetto le disposizioni legislative vigenti sul tema e, per far comprendere l'importanza della segnalazione degli atti di violenza, incoraggiare il personale a segnalare e/o denunciare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- considerare, ove possibile, l'istituzione di un presidio di Forze di Polizie o comunque di forze dell'ordine, specialmente presso le strutture di Pronto Soccorso e/o presso ospedali o presidi ospedalieri con servizi per la tossicodipendenza, centri di salute mentale ed altre strutture considerate maggiormente a rischio a causa del tasso di incidenza degli episodi di violenza;
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari e socio-sanitari;
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza e per individuare le migliori pratiche ai fini di garantire la sicurezza dei lavoratori, anche quando si recano presso le strutture dei privati per fini istituzionali;
- prevedere procedure di valutazione preventiva del rischio prima degli accessi in domicilio o in contesti detentivi e di confine.
- pianificare visite e interventi secondo il principio di sicurezza operativa (es. fasce orarie protette, punti di contatto sicuri).
- istituire canali rapidi di segnalazione interna di episodi di violenza, anche verbale, come base di dati predittivi

AZIONI STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

La valutazione dei progetti di nuove costruzioni o di modifica delle strutture esistenti deve avvenire in funzione della eliminazione o riduzione dei fattori di rischio connessi alla violenza:

- valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato e assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
- valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;

- esporre l'insegna che segnala la presenza di un presidio delle forze dell'ordine all'esterno delle strutture di Pronto Soccorso o altre strutture a rischio, come deterrente per eventuali episodi di violenza, in maniera ben visibile;
- è auspicabile installare impianti di videosorveglianza a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, soprattutto nelle aree ad elevato rischio, tenendo conto che la sicurezza è da intendersi un fattore prioritario rispetto alla privacy;
- ove possibile utilizzare dispositivi audio/video e/o body-cam (per esempio salvavita attivabili a distanza collegati con centrali di polizia/uffici preposti/etc), soprattutto per il personale maggiormente esposto ai rischi, nel rispetto di quanto previsto dalla legge in materia di tutela della privacy, considerando prioritario il mantenimento della sicurezza di tutti;
- prevedere, ove possibile, l'installazione di dispositivi di geolocalizzazione sui mezzi di soccorso sanitari;
- pianificare percorsi e luoghi che consentano funzionali modalità di accoglienza e assistenza per la tutela di utenti che presentino condizioni particolari (legate ad esempio a disabilità intellettiva, funzionamento dello spettro autistico) o che mostrino alterazioni comportamentali legate ad uso di alcool e sostanze psicoattive o siano in stato di fermo, individuando stanze dotate di adeguati dispositivi di sicurezza;
- assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni, anche valutando l'installazione di alert che informino i pazienti in attesa dell'eventuale sovraffollamento;
- garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
- prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma, sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;
- assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
- mantenere in buono stato le autovetture comunemente utilizzate dagli operatori e chiuderle sempre a chiave;
- prevedere, ove possibile, l'installazione di dispositivi di geolocalizzazione dei mezzi di soccorso sanitari anche nei mezzi per l'assistenza domiciliare;
- sviluppare idonee procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare e le attività territoriali presso i privati da parte di operatori sanitari e sociosanitari prevedendo ove possibile la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;
- istituire un riferimento telefonico o fisico, uno "sportello", all'interno dell'Azienda che possa fornire agli operatori, vittima di aggressioni, le indicazioni su come procedere per la segnalazione e le attività conseguenti, anche relativamente all'attivazione delle specifiche tutele aziendali;
- utilizzare infografica e cartellonistica funzionali per messaggi di sensibilizzazione e informazione in luoghi strategici (reparti, sala d'attesa, accoglienza);
- registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione;

- monitorare regolarmente l'efficacia di queste azioni e raccogliere feedback dal personale sanitario, anche nei piccoli ambulatori, per supportarne l'implementazione e il miglioramento continuo.

AZIONI ORGANIZZATIVE

Le misure organizzative riguardano le modalità di gestione e svolgimento delle attività lavorative; si consideri che anche i cambiamenti nelle pratiche del lavoro e nelle procedure amministrative possono contribuire ad impedire, o al contrario accentuare, gli atti di violenza. Alcune azioni da compiere da parte dell'Azienda sono:

- esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati, anche utilizzando infografica prevista nelle misure sopra descritte, con segnaletica apposita affissa in tutte le aree comuni e con il riferimento alle norme penali previste;
- stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
- sensibilizzare e formare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali o tramite schede di segnalazioni aggressioni predisposte dalla struttura);
- regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria e il pronto soccorso, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure; predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto;
- garantire ove possibile che i servizi di reperibilità notturna, anche quella veterinaria, che prevedono spostamenti sul territorio e/o presso aziende private, vengano ove possibile e in funzione della tipologia di attività e in caso di rischio elevato, svolti da un team di almeno due persone;
- predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi, costituito in base al contesto di riferimento. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità di emergenza, di psichiatria o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;
- assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa;
- assicurare ove possibile e in funzione della tipologia di attività e in caso di rischio elevato che, all'atto di una visita, di un esame diagnostico siano presenti due figure professionali (ad esempio medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale o di un agente di polizia;
- definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza;
- scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni. Prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione che ne tuteli il cognome.

GRUPPO DI LAVORO

L'Azienda sanitaria, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie devono prevedere la costituzione di un Gruppo di lavoro.

Il gruppo di lavoro deve prevedere necessariamente la presenza dei seguenti componenti:

- un referente della Direzione sanitaria o medica di Presidio;
- responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Risk Manager o suo referente;
- il Medico competente;
- rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

Inoltre, compatibilmente con l'organizzazione della struttura, deve includere:

- un referente delle Direzioni sanitarie e socio sanitarie territoriali;
- un referente della Direzione delle Professioni Sanitarie;
- un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;
- uno o più rappresentanti della professione medica e della dirigenza sanitaria, delle professioni del comparto e della professione amministrativa tra gli operatori dei settori a più alto rischio nella struttura;
- ove possibile considerare l'inserimento nel gruppo di lavoro di un responsabile del servizio di Psicologia o suo delegato, di un responsabile della Comunicazione aziendale o suo delegato, di un responsabile del servizio Formazione, quali figure professionali utili alla gestione del fenomeno;
- un rappresentante della professione veterinaria individuato all'interno dei Servizi Veterinari;
- un rappresentante del Servizio di vigilanza.

Le strutture sanitarie che, a causa delle ridotte dimensioni, non riuscissero a dotarsi delle succitate figure in modo autonomo, potranno provvedervi tramite opportuni accordi di rete con analoghe realtà nella medesima ASL di riferimento.

Azioni del gruppo di lavoro sono:

- analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;
- esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;
- istituzione banca dati episodi di violenza verificatisi in Azienda;
- definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;
- implementazione e verifica dell'attuazione delle misure individuate nel DVR e nel programma di prevenzione della violenza, compreso l'inserimento dei rischi di violenza nel DVR aziendale;
- organizzare proposte formative, anche con ECM, rivolte a tutti gli operatori che lavorano in ambito sanitario e sociosanitario e soprattutto al personale maggiormente a rischio. La formazione deve contenere/comprendere le nozioni sulle modalità di denuncia dell'episodio di violenza e sulla eventuale richiesta di risarcimento dei danni subiti;
- istituzione del registro dei mancati infortuni (near miss) in struttura o effettuare una eventuale analisi dei mancati infortuni;
- elaborazione di un programma annuale delle misure di prevenzione della violenza;
- gestione degli episodi di violenza, con particolare riferimento all'assicurazione di un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di violenza o per averlo direttamente

subito, nel più breve tempo possibile come si evince dalle evidenze scientifiche in tema di trauma.

AZIONI PER LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di “precauzioni universali della violenza”, che riguarda gli episodi di violenza che possono essere evitati o mitigati mediante addestramento.

Gli operatori a rischio devono poter ricevere una formazione, anche attraverso percorsi ECM, sui rischi specifici connessi con l’attività svolta, inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione, metodologie per gestire i pazienti aggressivi e violenti e la normativa vigente.

È indispensabile che il personale medico e tutti gli operatori che lavorano in ambito sanitario e sociosanitario seguano opportuni percorsi formativi e di aggiornamento finalizzati ad operare attraverso stili di comunicazione assertiva ed empatica, al fine di migliorare la relazione terapeutica e in generale il rapporto fiduciario con gli utenti.

Ciascun operatore deve essere informato dalla propria azienda sui seguenti punti:

- conoscenza di quanto previsto dal testo della Raccomandazione ministeriale n.8;
- procedure per la segnalazione di tutti gli episodi di violenza, non solo quelli che hanno determinato un danno fisico o che sono state particolarmente significative;
- strategie e norme da adottare per ridurre il rischio che si verifichino episodi di violenza nei vari contesti sanitari e socio sanitari;
- informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili;

I dirigenti e i coordinatori dovrebbero essere in grado di riconoscere le situazioni ad alto rischio, incoraggiare gli operatori a segnalare gli incidenti, adottare le iniziative di sicurezza più opportune, assicurare che tutti gli operatori ricevano il necessario addestramento, anche mediante l’utilizzo di strumenti e tecniche funzionali a riconoscere e gestire gli episodi di violenza.

Il personale di sicurezza deve ricevere una formazione specifica che includa la conoscenza dei metodi psicologici di controllo dei pazienti aggressivi e dei sistemi per disinnescare le situazioni ostili.

AZIONI PER L’IMPLEMENTAZIONE E IL MONITORAGGIO

L’Azienda e gli operatori dovranno partecipare attivamente ad azioni efficaci volte all’implementazione e al monitoraggio di quanto indicato in questa raccomandazione:

- la Direzione Aziendale dovrà operare per il monitoraggio delle misure indicate;
- il testo della Raccomandazione dovrà pervenire da tutti gli operatori mediante strumenti che ne garantiscano l’effettivo recepimento;
- assicurarsi che ci sia un’ampia diffusione della presente Raccomandazione;
- prevedere questionari di auto somministrazione, raccolte di opinioni e feedback del personale.

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

4. Implementazione della Raccomandazione

La Direzione Aziendale è tenuta a favorire lo sviluppo e l'implementazione della presente Raccomandazione. Le Direzioni Aziendali che decidano di non utilizzare la presente Raccomandazione devono predisporre una propria procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori, la procedura dovrà essere messa a conoscenza di tutto il personale della struttura e di quello che verrà assunto successivamente e dovrà essere pubblicata sul sito aziendale.

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "*Morte o grave danno in seguito a violenza su operatore*" deve essere segnalato sul Sistema nazionale SIMES secondo quanto indicato dal Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, con specifico riferimento alla scheda descrittiva e ai relativi criteri di segnalazioni.

La segnalazione volontaria non sostituisce la denuncia all'autorità giudiziaria né all'INAIL.

Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e lavorativa.

5. Glossario

DE-ESCALATION	Letteralmente: riduzione progressiva, attenuazione. Si tratta di un insieme di interventi, basati sulla comunicazione verbale e non verbale, volti a diminuire l'intensità della tensione in un conflitto. La de-escalation è una modalità di gestione comportamentale, relazionale e psicologica degli stati di agitazione e di aggressività presenti non solo nelle persone con disturbi psichiatrici
DVR	Documento di Valutazione del Rischio
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th edition)
ECM	Educazione Continua in Medicina
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONSEPS	Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli esercenti le professioni Sanitarie e Sociosanitarie
PPV	Programma di Prevenzione degli atti di Violenza
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RM	Risk Manager - Referente per la sicurezza delle cure e gestione del rischio
REMS	Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
SERD	Servizio per le Dipendenze
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico

6. Riferimenti bibliografici

- ✓ Alhamad HA, Sweis R, Alzoubi F. The impact of workplace violence on the performance of health professionals: A study in Jordan. *J Workplace Behav Health*. 2021;36(1):46-58. doi:10.1080/15555240.2020.1767172. ✓
- ✓ Alhamad R, Suleiman A, Bsisu I, et al. Violence against physicians in Jordan: an analytical cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245192. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245192>. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/>
- ✓ American Psychiatric Association (APA). *DSM-5-TR - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Edizione italiana della Text Revision a cura di Giuseppe Nicolò e Enrico Pompili*
- ✓ Ayasreh F, Hayajneh A. Effects of workplace violence on the healthcare workforce: An analysis of healthcare workers in Jordan. *Int J Health Sci*. 2021;15(2):145-151. doi:10.2478/ijhs-2021-004
- ✓ Broset Violence Checklist (BVC)
- ✓ Checklist DASA-IV (Dynamic Appraisal of Situational Aggression)
- ✓ ✓ Conor J, Thompson S, Bell P. Workplace violence in the healthcare sector: A review of the economic costs. *Global Health Econ Rev*. 2024;12(3):91-103. doi:10.1007/s41408-024-0056- ✓ Conor J, O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review *eClinical Medicine* 2024;72: 102641
- ✓ Dati INAIL, Report Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Numero 11, novembre 2023.
- ✓ Dyrbye L, West C, Sinsky C, et al. Physicians' experiences with mistreatment and discrimination by patients, families, and visitors and association with burnout. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5): e2213080. Available from: ✓ Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky C, West CP. Burnout and its impact on medical error and patient safety. *J Patient Saf*. 2022;18(4):275-282. doi:10.1097/PTS.0000000000000840
- ✓ Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2018). Is manager support related to workplace productivity for people with depression: a secondary analysis of a cross-sectional survey from 15 countries. *BMJ open*, 8(6), e021795.
- ✓ Ferris, D. L., Lian, H., Brown, D. J., & Morrison, R. (2015). Ostracism, self-esteem, and job performance: When do we self-verify and when do we self-enhance?. *Academy of management journal*, 58(1), 279-297.
- ✓ Guo L, Ryan B, Leditschke I, et al. Impact of unacceptable behaviour between healthcare workers on clinical performance and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2022;31(9):679– 687. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/31/9/679>. ✓ Guo Y, Lu H, Wei L. A systematic review on the effects of workplace violence in healthcare settings: Costs, consequences, and interventions. *J Healthc Manag*. 2022;67(2):112-126. doi:10.1097/JHM-D21-00009.
- ✓ Liu J, Chen X, Zhang Y. The consequences of workplace violence in healthcare: A review of the literature. *J Clin Nurs*. 2019;28(5-6):978-985. doi:10.1111/jocn.14706. ✓ Liu J, Zheng J, Liu K, et al. Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nurs Outlook*. 2019;67(5):558– 566. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655418306523>.
- ✓ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh
- ✓ Nowrouzi-Kia B, Chai E, Usaba K, Nowrouzi-Kia B, Casole J. Prevalence of type II and type III workplace violence against physicians: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Environ Med*. 2019;10(3):99– 110. Available from: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6708400/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6708400/). ✓ Nowrouzi-Kia B, Macdonald S, Fenton S. Workplace violence and its impact on healthcare workers: A review of the literature. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(1):24-40. doi:10.1037/ocp0000146.
- ✓ Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. OSHA Publication No. 3148-06R. U.S.
- ✓ Pariona-Cabrera P, Manzanilla-Torres A, Cabrera P. Effects of workplace violence on the productivity of healthcare workers: A cost analysis in Peru. *Peruvian J Public Health*. 2020;18(2):115- 121.
- ✓ Parrish M. The hidden costs of workplace violence in healthcare. *J Nurs Adm*. 2019;49(8):407-413. doi:10.1097/NNA.0000000000000789.
- ✓ Rasool, S. F., Wang, M., Zhang, Y., & Samma, M. (2020). [Sustainable work performance: the roles of workplace violence and occupational stress](#). *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 912.
- ✓ Viottini EA, Bravi AD, Mancini P. The impact of violence on healthcare workers: A retrospective study of Italian hospital staff. *J Occup Health*. 2017;59(1):62-69. doi:10.1539/joh.16-0176-OA
- ✓ Zhang S, Chen S, Li L. Relationship between workplace violence and burnout among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2624. doi:10.3390/ijerph15122624. ✓ Zhang S, Liu W, Wang J, et al. Impact of workplace violence and compassionate

behaviour in hospitals on stress, sleep quality and subjective health status among Chinese nurses: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8(10):e019373. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e019373.info>.

APPENDICE - riferimenti normativi

- Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101.
- Legge 14 agosto 2020, n. 113, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie" (pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 224 del 09-09-2020).
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (*GU n.101 del 30-4-2008 - Suppl. Ordinario n. 108*).
- Decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 230 del 1° ottobre 2024), coordinato con la legge di conversione 18 novembre 2024 n. 171 recante: Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonche' di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria. (*GU n.276 del 25-11-2024*).
- Testo del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 76 del 30 marzo 2023), coordinato con la legge di conversione 26 maggio 2023, n. 56 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale, alla pag. 1), recante: «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonche' in materia di salute e adempimenti fiscali.» (*GU n.124 del 29-5-2023*)
- Codice Penale- Art. 583 quater "Lesioni personali a un ufficiale o agente di polizia giudiziaria o di pubblica sicurezza nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni, nonche' agli arbitri e agli altri soggetti che assicurano la regolarita' tecnica delle manifestazioni sportive, a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attivita' ausiliarie a essa funzionali.
- Codice Penale- Art. 635 "Danneggiamento"
- Codice di procedura penale- Art. 380 "Arresto obbligatorio in flagranza".

ALLEGATO

TECNICHE DI DE-ESCALATION prevedono che l'operatore padroneggi tre aspetti:

- ✓ Il controllo di sé stesso;
- ✓ La posizione fisica;
- ✓ La de-escalation verbale.

Le tecniche di de-escalation rappresentano la risposta di prima linea a potenziali violenze e aggressioni in ambito sanitario.

Consistono in un insieme di tecniche basate sulla comunicazione verbale e non verbale finalizzate a prevenire comportamenti violenti, ridurre la rabbia, la frustrazione, la tensione e l'aggressività nella relazione interpersonale conflittuale. La conoscenza e la padronanza di tali tecniche consentono al soggetto di gestire le proprie emozioni, riprendere il controllo di sé e mantenere la sicurezza.

I comportamenti aggressivi esprimono sovente uno stato di esasperazione ed una richiesta di aiuto, forte e distorta. Valutare le situazioni di potenziale aggressività, quando si entra in contatto con un paziente/utente, è fondamentale per la gestione dell'evento e per ridurre le conseguenze. L'episodio di violenza è frutto di una progressione di fasi la cui conoscenza può consentire al personale di comprendere quanto accade, interrompere il peggioramento della situazione e favorire il rientro alla normalità.

La progressione avviene in genere in quattro fasi:

- Fase del fattore scatenante, nella quale comportamenti verbali, mimici o comportamentali rendono percepibile l'avvio del processo;
- Fase dell'aumento progressivo di intensità, in cui le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto;
- Fase critica, rappresentata dal punto culminante di eccitamento, in cui l'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze;
- Fase del recupero, particolarmente delicata in quanto interventi troppo precoci, volti all'elaborazione dell'episodio, possono scatenare una riacutizzazione della crisi.

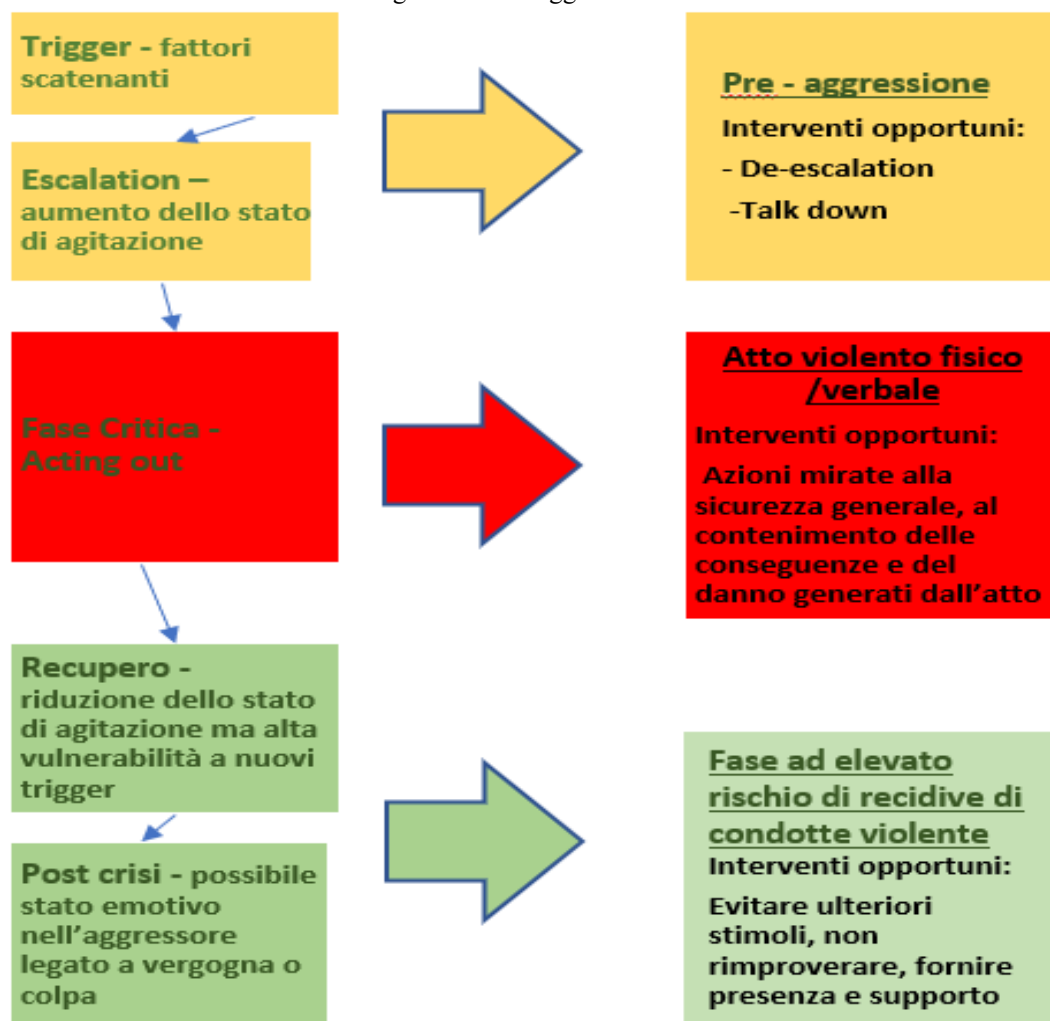
Nella fase dell'aumento progressivo di intensità, e molto meno nella fase critica, è possibile utilizzare delle tecniche di *de-escalation* che prevedono un approccio verbale (*Talk Down*) mirato al contenimento progressivo dell'aggressore, tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione, che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi deviandone il percorso comportamentale.

Le tecniche di *de-escalation* prevedono una serie di azioni da attuare in relazione al contesto con cui ci si confronta, come ad esempio:

- Ascoltare il soggetto o l'accompagnatore in luogo dedicato, al fine di evitare l'effetto pubblico che, oltre ad innescare meccanismi di teatralità, spesso produce la diffusione del malcontento;
- L'ascolto attivo è attuabile attraverso diverse modalità come il *mirroring* (ripetere le ultime parole o il senso del discorso per comunicare attenzione), l'etichettatura emozionale (identificare le emozioni del soggetto) o il riepilogare (ricapitolare il contenuto e la tipologia dell'emozione del soggetto);
- Usare un tono di voce pacato e rassicurante, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi (potrebbe essere recepito come una sfida) ed usando un linguaggio semplice e facilmente comprensibile, con frasi brevi;
- Usare sempre parole gentili che esprimano educazione e rispetto per la persona;
- È opportuno presentarsi con nome e qualifica professionale;

- Posizionarsi a fianco del paziente con asse di circa 30 gradi: la superficie esposta ad eventuali colpi è minore ed inoltre si comunica più disponibilità al dialogo;
- Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica: distanza di sicurezza minima 1,5 m, che può essere eventualmente raddoppiata;
- Disponibilità di una via di fuga: l'operatore deve sempre evitare di posizionarsi con le spalle al muro o in un angolo (ad esempio tra una scrivania e il muro);
- Avvicinarsi al paziente con atteggiamento rilassato e tranquillo, le mani aperte e ben visibili, evitando di incrociare le braccia e le gambe;
- Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio;
- Non accogliere atteggiamenti di provocazione o sfida, quanto piuttosto fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi;
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole;
- Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi;
- Negoziare con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative;
- Corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, alimentare, ecc.);
- Non indossare monili, scarpe aperte, cinture;
- Indossare eventuali Dispositivi di protezione individuale;
- Evitare di rimanere da soli con il paziente. Qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire;
- Se non si ristabilisce una situazione di normalità, attivare la vigilanza interna, con funzione prevalentemente "dissuasiva" nei confronti dell'aggressore;
- Se efficace, la de-escalation deve produrre i suoi effetti nell'arco di pochi minuti. Se inefficace è necessario chiedere aiuto ad altri operatori, al personale della sicurezza se disponibile, oppure alle forze dell'ordine;
- Se la situazione è a grave rischio evolutivo, allertare le Forze dell'ordine.

Ciclo e gestione dell'aggressività.



Il comportamento “*Stay cool*” (“stai calmo”) racchiude questi due concetti ed è molto utile di fronte ad una persona agitata e verbalmente o fisicamente aggressiva.

“*Stay cool*” è un acronimo che significa:

Stay: stare a distanza (almeno 1 metro); posizionarsi di lato piuttosto che faccia a faccia; non mettersi mai con le spalle alla porta o in un angolo, lasciando sempre accessibile una via di fuga;

Talk: parlare con tono di voce uniforme, coinvolto e chiaro;

Ask: porre domande semplici; evitare di essere provocatori o giudicanti; permettere all'altro di dire la propria;

Yellow: non temere di avere paura; se spaventati, uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto; presentarsi con più persone può avere di per sé un effetto di contenimento;

Concise: esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario, verificando di essere stati compresi;

Observational awareness: essere consapevoli di ciò che si osserva; vigilare su possibili segnali emotivi e comportamentali di agitazione;

Options: offrire alternative di trattamento e speranza per il futuro; offrire del cibo o dell'acqua, il linguaggio universale dell'accoglienza;

Look/Listen: mantenere il contatto visivo, ma non fissare negli occhi; mantenere un'espressione neutrale; negoziare: scoprire cosa vuole realmente l'altra persona e aiutarla a determinare se è ragionevole o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio.

Per applicare lo “*stay cool*” è possibile utilizzare strategie verbali e non verbali.

VERBALI	NON VERBALI
Utilizzare un tono di voce basso e monotono, calmo e rassicurante	Cercare di far sedere l'altro sedendoti anche tu; sedersi può di per sé abbassare la tensione; se l'altro non vuole sedersi, rimanere in piedi
Non aumentare il tono della voce; se l'altro aumenta il tono mantenere lo stesso tono di voce o addirittura abbassarla	Non toccare anche bonariamente l'altro; non invadere il suo spazio
Essere consapevoli che un soggetto agitato è molto sensibile alla vergogna e alla mancanza di rispetto; mostrare sempre rispetto, pur ponendo dei limiti con fermezza	Modellare una postura rilassata; evitare posture chiuse interpretabili come difensive o aggressive (non stare a braccia conserte o muoversi rapidamente o puntare l'indice o gesticolare); rendere i gesti fluidi e rilassati
Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta, senza spostare il discorso su altri temi	Non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi
Non rimproverare, non giudicare, non rispondere con toni aggressivi simmetrici o con minacce	Senza fissare negli occhi. Mantenere sempre il contatto visivo con la persona rilassando i muscoli del volto, permettendo all'altro di sospenderlo
Verificare sempre di aver compreso e di essere stato compreso, ripetendo o parafrasando quanto detto	Rilassare i muscoli del volto, non esprimere rabbia o paura, ma apparire sicuro e centrato
Non argomentare per provare a far cambiare idea, ma, se possibile suggerire nuove possibilità e scelte alternative	Non sorridere
Non dare ordini; evitare espressioni radicali come "no", "non si può", "tu devi", ecc.	Rimuovere dalle vicinanze o dalla propria persona oggetti taglienti e potenzialmente pericolosi

Occorre procedere con un approccio verbale mirato al contenimento graduale dell'aggressività tramite il riconoscimento positivo delle difficoltà/necessità/motivazioni espresse dal soggetto aggressivo al fine di innescare un cambiamento comportamentale.

Lo scopo è quello di instaurare una comunicazione adeguata e una relazione stabile e fiduciosa con il soggetto, chiamandolo per nome, utilizzando frasi brevi con termini semplici, mantenendo un tono di voce calmo, assertivo e rassicurante e ponendosi in maniera accogliente.

La fermezza, l'orientamento agli obiettivi, la razionalità e l'empatia sono aspetti fondamentali da trasmettere al soggetto nelle fasi iniziali per tentare di contenere e risolvere il comportamento dirompente.

Una volta abbassati i toni dell'interazione, occorre interagire applicando una comunicazione fondata sulle strategie di negoziazione.

La rabbia della persona aumenta spesso per la sensazione di non essere compresa, per tale ragione occorre utilizzare una comunicazione non giudicante riconoscendo in modo positivo i sentimenti e le motivazioni dell'altro, senza legittimarne i comportamenti, sviluppare comprensione volta a contenere l'aggressività e creare un clima di collaborazione finalizzato al *problem solving*.

La presente Raccomandazione è stata elaborata dall'Ufficio 3 – Definizione degli standard qualitativi per la programmazione ospedaliera e il rischio clinico della Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Dott.ssa Maria Grazia Laganà, Dott.ssa Paola Maria Placanica, Dott. Luigi De Angelis, con la collaborazione della Dott.ssa Tiziana Gagliardi e dell'Avv. Armando De Bonis, Direttore Generale Dottor Walter Bergamaschi - Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, Capo Dipartimento Prof. Francesco Saverio Mennini.

L'aggiornamento della Raccomandazione ha previsto un percorso caratterizzato da una fase iniziale di condivisione dei contributi pervenuti dall'ONSEPS con il Gruppo di lavoro, istituito per l'aggiornamento della Raccomandazione (Decreto del Direttore generale della Programmazione sanitaria - 24 aprile 2024), e da un successivo processo di consultazione con i componenti del medesimo Gruppo di Lavoro, tra i quali esperti delle seguenti Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali, Centri ed Istituzioni che si ringraziano per la collaborazione fornita:

Dott.ssa Patrizia Cuccaro; Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi; Cittadinanzattiva; Federazione Nazionale Ordini professioni infermieristiche – FNOPI; Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; Federazione Nazionale Ordini Farmacisti Italiani – FOFI; Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie – SIMG; Federazione Nazionale della professione ostetrica – FNOPO; referenti regionali individuati da Commissione salute della Conferenza delle Regioni e della Provincie autonome, Dott.ssa Mara Bernardini - Regione Emilia Romagna, Dott.ssa Giovanna Bianco - Regione Toscana e Dott. Enrico Burato - Regione Lombardia.

Si ringrazia il Comitato tecnico delle Regioni e Provincie Autonome (Sub Area Rischio Clinico della Commissione salute), coordinata dal Dott. Ottavio Nicastrò e la UOS Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure – Agenas, Dott. Michele Tancredi Loiudice, cui la Raccomandazione è stata sottoposta per il contributo fornito.