

La governance del rischio aggressioni nel sistema sanitario pubblico: analisi organizzativa e strategie di mitigazione nell'Azienda Sanitaria Locale di Bari

Antonio Nisio, Grazia Dicuonzo, Luigi Fruscio, Federico Ruta*

L'articolo analizza la governance del rischio aggressioni nel sistema sanitario pubblico, focalizzandosi sul caso studio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Bari. Gli autori esaminano la fenomenologia della violenza contro gli operatori sanitari, evidenziando un trend statistico in costante ascesa che ha visto le segnalazioni nell'ASL Bari passare da 42 nel 2022 a 130 nel 2024. Il contributo sostiene che la sicurezza del personale non sia solo una tutela del lavoratore, ma un pilastro della *clinical governance* essenziale per la qualità delle cure. Attraverso l'analisi di strategie manageriali quali l'introduzione dell'Infermiere di Processo e la formazione sulla de-escalation, il testo propone un modello di gestione proattiva che integri interventi strutturali e innovazione organizzativa per rigenerare il patto fiduciario tra istituzioni e utenza.

* Antonio Nisio, Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa – Uniba.

Grazia Dicuonzo, Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa – Uniba.

Luigi Fruscio, Direttore Generale ASL BA.

Federico Ruta, Dirigente delle professioni sanitarie ASL BT.

Parole chiave: aggressioni al personale sanitario, governance del rischio, sicurezza sul lavoro, *clinical governance*, Infermiere di Processo, management sanitario.

Risk governance of aggression in the public healthcare system: organizational analysis and mitigation strategies in the Local Health Authority of Bari

The authors analyze the governance of aggression risks within the Italian public healthcare system, specifically examining the case of the Local Health Authority (ASL) of Bari. The article investigates the phenomenology of violence against healthcare professionals, highlighting a significant upward trend in reported incidents, which rose from 42 in 2022 to 130 in 2024 within the Bari district. The study argues that staff safety is a fundamental component of clinical governance and essential for maintaining the quality of care. By evaluating management strategies such as the implementation of the "Flow Manager" and specialized de-escalation training, the authors propose an integrated risk management model. This

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Profilo istituzionale, assetto organizzativo e analisi del contesto operativo
3. Fenomenologia della violenza nel contesto sanitario: analisi tipologica e determinanti del rischio
4. Analisi fenomenologica e trend statistico degli atti di aggressione
5. L'impatto multidimensionale delle aggressioni: conseguenze sul capitale umano e sull'organizzazione
6. Strategie di management per un modello integrato di governance del rischio
7. Conclusioni

approach aims to combine structural interventions with organizational innovation to restore the therapeutic alliance and institutional trust.

Keywords: Workplace violence, Risk management, Occupational safety, Clinical governance, Flow manager, Healthcare management.

Articolo sottomesso: 23/11/2025,
accettato: 27/01/2026

1. Introduzione

Nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale, la sicurezza degli operatori sanitari non è più solo una mera questione di tutela del lavoratore, ma assume una precipua rilevanza nell'ambito della *clinical governance*. Il personale sanitario opera in un contesto intrinsecamente carico di pressione e, purtroppo, sempre più esposto al rischio di aggressioni che si manifestano attraverso uno spettro ampio che va dall'aggressione verbale alla violenza fisica, fino alle molestie e allo stalking, specialmente, ma non solo, nei dipartimenti di emergenza (Al-Omari, 2025). L'Organizzazione Mondiale della Sanità conferma che a livello globale ci sia un elevato livello di violenza contro i professionisti del settore sanitario, il che si riverbera in effetti deleteri sulla loro salute fisica e mentale, con conseguenze sulla qualità delle cure e sul rapporto fiduciario tra sanitari e pazienti (ILO *et al.*, 2002; Liu *et al.*, 2020). Le aggressioni contro gli operatori sanitari, soprattutto infermieri e medici, avvengono con una frequenza di gran lunga superiore a quanto avviene in altri settori (Copeland & Henry, 2017). Il fenomeno delle aggressioni nei confronti del personale sanitario è ormai

una sfida globale, un fenomeno diffuso, con ripercussioni che vanno al di là del singolo episodio di violenza impattando in modo rilevante sulla qualità delle cure erogate, sulla sicurezza degli operatori e dei pazienti e sulla sostenibilità stessa del sistema sanitario. La questione non può essere affrontata caso per caso ma richiede un approccio sistematico: l'operatore sanitario è, infatti, il terminale ultimo di tensioni sociali, criticità organizzative e frustrazioni dell'utenza, in un contesto in cui la relazione di cura appare sempre meno collaborativa ed empatica.

Anche in Italia si conferma un aumento degli episodi di violenza, che si verificano non solo nei Pronto Soccorso ma anche nei reparti di degenza e nelle strutture territoriali. Nel 2024, sono pervenute oltre 18.000 segnalazioni complessive di aggressioni a personale sanitario, con un aumento del 15% nel 2023 (fonte: Ministero della Salute, Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Relazione attività anno 2024).

Il fenomeno richiede, pertanto, un approccio analitico multifattoriale, per superare la logica emergenziale attraverso la lettura del contesto ambientale, l'analisi delle evidenze scientifiche e lo sviluppo di normative nazionali. In Italia una prima fase di *soft regulation*, rappresentata dalla Raccomandazione n. 8/2007 del Ministero della Salute – la quale ha introdotto l'obbligo di analizzare i fattori di rischio ambientale e di promuovere la formazione – è stata seguita da un insieme di norme, aventi una duplice finalità, repressiva e preventiva. La Legge 14 agosto 2020, n. 113, ha segnato un cambio di paradigma. L'art. 6 ha inasprito il quadro sanzionatorio, introducendo la procedibilità d'ufficio per le lesioni gravi ai

danni dei sanitari. L'art. 7 ha imposto alle strutture sanitarie di prevedere nei propri piani di sicurezza specifici protocolli operativi in raccordo con le forze di polizia al fine di garantire interventi tempestivi. Il recente decreto legge 1° ottobre 2024, n. 137, convertito nella Legge n. 171/2024, ha introdotto misure urgenti quali l'arresto obbligatorio in flagranza e pene detentive più severe per coloro i quali provocano lesioni al personale sanitario, alle figure ausiliarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle funzioni. Da ultimo, per garantire un'efficace governance del rischio, vi è stata l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza (ONSEPS) che garantisce un monitoraggio epidemiologico costante degli eventi sentinella.

Il sistema delle norme, tuttavia, non può esplicitare efficacemente i propri effetti se non calato nella realtà operativa. Il contesto della Regione Puglia, e specificamente dell'area metropolitana di Bari, offre un osservatorio privilegiato a tal fine: dati recenti indicano che il 42% dei professionisti sanitari pugliesi dichiara di aver subito almeno un episodio di violenza nella propria carriera, con un incremento del fenomeno che, nel caso della ASL Bari, ha visto le segnalazioni da 42 nel 2022 a 113 nel 2023.

Il presente contributo si propone di esaminare il caso di studio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Bari, evidenziando come le recenti norme e le strategie di management basate sull'evidenza siano state declinate in interventi operativi concreti. Partendo dall'analisi del Protocollo Operativo sottoscritto con la Prefettura di Bari nel novembre 2025 e delle misure organizzative adottate (quali la formazione sulla de-escalation, l'introduzione degli "Infermieri

di Processo" ecc.), l'articolo intende mostrare come la ASL Bari stia costruendo una strategia sistemica di contrasto, che tuteli il personale e tenti di sanare la lesione che oggi ha intaccato pesantemente l'alleanza terapeutica e la fiducia delle persone nei professionisti sanitari.

2. Profilo istituzionale, assetto organizzativo e analisi del contesto operativo

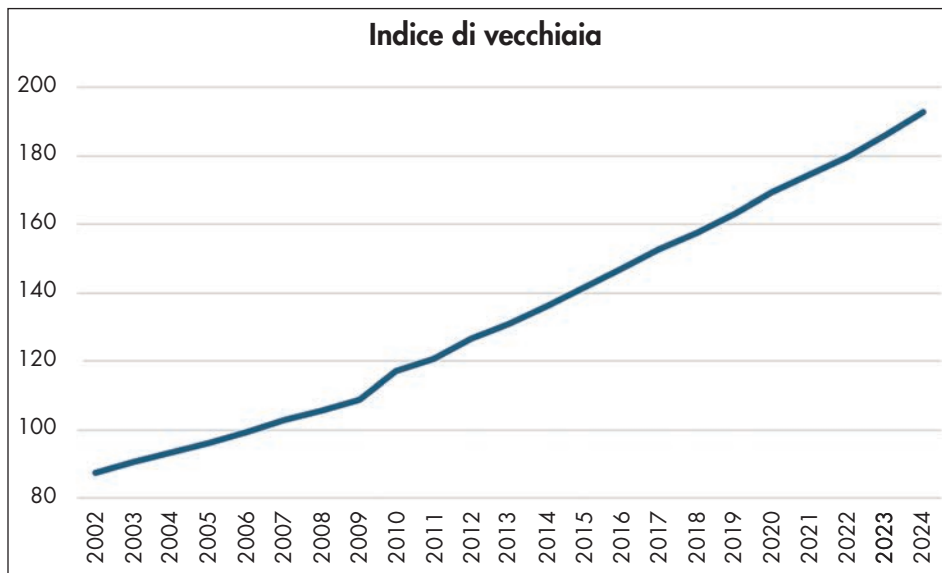
L'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Bari è una tra le aziende più complesse del Servizio Sanitario Nazionale. Il suo ambito di competenza coincide con l'intera Città Metropolitana di Bari, coprendo un territorio di 3.865,14 km² e servendo una popolazione residente di 1.221.782 abitanti (dato ISTAT al 01/01/2024) distribuita su 41 Comuni. La dimensione demografica e la correlata densità abitativa di circa 316 abitanti per km² generano una notevole domanda di servizi sanitari. Un ulteriore fattore critico di contesto, rilevante ai fini della gestione del rischio e delle tensioni con l'utenza, è dato dal progressivo invecchiamento della popolazione, che comporta un aumento delle patologie cronico-degenerative e della non autosufficienza: ciò comporta un impegno assistenziale sempre più intensivo e complesso.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2024 è stato pari a n. 9.242 unità, distribuito come esposto in Tab. 1.

Per l'anno 2024 vanno aggiunti n. 795 Medici di Medicina Generale (MMG), n. 150 Pediatri di libera scelta (PLS), n. 243 medici specialisti ambulatoriali interni, n. 223 medici di continuità assistenziale, n. 23 psicologi convenzionati, n. 25 veterinari convenzionati, n. 85

Fig. 1

Evoluzione dell'indice di vecchiaia nella popolazione residente (2002-2024)



medici del Servizio di Emergenza Territoriale e n. 9 medici della Medicina dei Servizi. Il totale degli operatori aziendali nel 2024 è stato, quindi, pari a n. 10.795. Il sistema di offerta ospedaliera a gestione diretta si compone di 7 presidi ospedalieri e 2 Plessi di Post Acuzie, per una dotazione complessiva di 1.027 posti letto utilizzabili (dato 2024). Tra questi spiccano strutture di rilievo come l'Ospedale "Di Venere" e l'Ospedale "San Paolo" a Bari (Presidi hub), affiancate dai presidi ospedalieri di Altamura, Corato, Molfetta, Mono-

poli e Putignano. In queste strutture, i punti di Pronto Soccorso (PS) costituiscono l'ambito più esposto al rischio di aggressioni. La gestione dell'emergenza-urgenza, caratterizzata da elevati flussi di accesso, tempi di attesa incompressibili per i codici minori e stati emotivi di ansia o frustrazione da parte di pazienti e accompagnatori, favorisce in queste unità operative la crescita di tensioni, che si sommano alle condizioni di stress correlato all'ambiente alle quali è sottoposto costantemente il personale.

Tab. 1 – Distribuzione del personale dipendente dell'ASL Bari per area assistenziale e ruolo professionale

Area / Livello Assistenziale	2024					TOT.
	Ruolo Sanit.	Ruolo Tecn.	Ruolo Profess.	Ruolo Amm.vo	Ruolo Socio sanitaria.	
Direzione e Aree di Gestione	127	163	10	208	9	517
Prevenzione	493	26	1	58	2	581
Assistenza Ospedaliera	3.967	254	-	147	639	5.008
Assistenza Territoriale	2.468	203	-	251	216	3.137
TOTALE AZIENDA	7.055	646	11	665	865	9.242

La medicina territoriale è strutturata in 12 Distretti Socio-Sanitari (DSS), che gestiscono l'assistenza specialistica ambulatoriale, domiciliare e residenziale. I Distretti affrontano a loro volta le criticità legate alla burocrazia, alle liste d'attesa e ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, tutti fattori questi che spesso fanno scaturire l'aggressività fisica e/o verbale.

Particolarmente a rischio di episodi di violenza sono i dipartimenti specialistici che operano in aree di fragilità psicosociale quali:

- il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), articolato in Centri di Salute Mentale (CSM) e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), i quali gestiscono l'intera domanda di cure psichiatriche della popolazione del territorio: gli operatori di queste strutture si trovano frequentemente a fronteggiare situazioni di crisi, agitazione psicomotoria e comportamenti imprevedibili legati alla patologia mentale;
- il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP), il quale si occupa della presa in carico di utenti con dipendenze da sostanze e comportamentali: il contesto nel quale operano, molto spesso caratterizzato da marginalità sociale e alterazione psicofisica dell'utenza, crea rischi specifici di sicurezza per il personale;
- il Dipartimento di Prevenzione, il quale svolge compiti di vigilanza e controllo (SISP, SPESAL, SIAN, SIAV), opera nei luoghi di lavoro e negli esercizi pubblici. Il personale è, pertanto, sottoposto a rischi di aggressione da parte dei soggetti sottoposti ad attività ispettiva e/o sanzionati.

Le caratteristiche di complessità organizzativa, l'eterogeneità e la numerosi-

tà degli utenti e le caratteristiche gestionali, che vedo l'ASL Bari operare in ambiti di grande delicatezza, comportano la necessità di tutelare l'incolumità degli operatori al fine di garantire la continuità e la qualità delle attività di prevenzione e cura.

3. Fenomenologia della violenza nel contesto sanitario: analisi tipologica e determinanti del rischio

Per violenza nei confronti degli operatori sanitari si deve intendere qualsiasi evento in cui il personale è abusato, minacciato o assalito in situazioni legate all'ambito lavorativo, con conseguenze per la sicurezza, la salute e il benessere (ILO *et al.*, 2002). Le forme di aggressione sono molteplici: minacce verbali, violenza psicologica, intimidazioni, molestie sessuali, spesso minimizzate ma che possono essere pervasive (Ramacciati & D'Artizio, 2016; Spector *et al.*, 2014), aggressioni fisiche quali sputi, calci, schiaffi, pugni fino a giungere all'uso di armi (ILO *et al.*, 2002; Al-Qadi, 2021). Al fine di studiare in maniera approfondita il fenomeno, individuarne le cause, le dinamiche e, quindi, elaborare strategie di prevenzione, deterrenza e contrasto appropriate ed efficaci, è utile distinguere le diverse tipologie di violenza (Boyle & Wallis, 2016). Si definiscono violenza di tipo I (Atti esterni o criminali) le aggressioni perpetrate da individui esterni all'organizzazione nella commissione di reati (es. rapine, intrusioni) che possono sfociare in violenza contro il personale (ILO *et al.*, 2002). Questo tipo di violenza è meno frequente nei reparti di degenza, ma costituisce un rischio notevole per i servizi di continuità assistenziale e le farmacie territoriali. La violenza di

tipo II (Utenti dei servizi) è, invece, la forma più comune in ambito sanitario, spesso agita da pazienti, familiari o visitatori in preda a frustrazione, ansia, paura, dolore o alterazioni dovute a sostanze o patologie (Ferri *et al.*, 2020; D'Etto & Pellicani, 2017; Anderson, 2002). Non va dimenticata e sottovalutata la violenza di tipo III (Interna all'Organizzazione – Bullying e Mobbing), che si consuma tra colleghi o tra superiori e subordinati e che mina profondamente il benessere lavorativo, riduce la coesione del team e aumenta il rischio di errore clinico (Hall *et al.*, 2016; Einarsen *et al.*, 2020). Infine, la violenza di tipo IV (Relazione Personale) proviene da aggressori che hanno una relazione personale con il dipendente e che si estende nel luogo di lavoro (es. violenza domestica). Il presente studio si focalizza principalmente sulla violenza di tipo II.

L'eziologia della violenza sul personale sanitario è articolata e complessa. A fini espositivi e di analisi possiamo ricondurla a tre gruppi di fattori:

- fattori clinici e legati al paziente: le cause primarie sono identificate in letteratura (Richmond *et al.*, 2012; Arnetz *et al.*, 2018) nelle condizioni di alterazione dello stato cognitivo o comportamentale, dovute a psicosi acute, a intossicazione da sostanze, a demenza, a *delirium* e a dolore non controllato. In questi casi, poiché l'aggressività non è intenzionale ma dipende dalla condizione clinica dell'aggressore, sono necessarie competenze specifiche di de-escalation verbale e di gestione clinica;
- fattori organizzativi e ambientali caratterizzati da carenze nell'erogazione dei servizi che favoriscono e

innescano la violenza. In letteratura è dimostrato che il sovraffollamento, i tempi di attesa prolungati, la frustrazione e l'ansia generate da lunghe attese, la percezione di scarsa attenzione o incomprensioni (Needham *et al.*, 2005) e la carenza di personale aumentano gli episodi violenti (Spector *et al.*, 2014; Roche *et al.*, 2010). Altri elementi che contribuiscono a elevare i rischi per gli operatori sono la scarsa illuminazione, gli accessi non controllati, la mancanza di vie di fuga ecc.;

- fattori socio-economici e culturali: l'ambiente sociale esterno ha un rapporto osmotico con le strutture sanitarie (Vento *et al.*, 2020), che evidenziano che la crisi dell'alleanza terapeutica, la crescente sfiducia istituzionale e aspettative irrealistiche di aver diritto alla guarigione o a una risposta immediata a tutte le esigenze (Emary *et al.*, 2024) diminuiscono la tolleranza ai disservizi.

4. Analisi fenomenologica e trend statistico degli atti di aggressione

La rilevazione degli eventi sentinella nell'ASL Bari evidenzia come il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari non sia un'emergenza passeggera, ma un elemento strutturale con tendenza in costante ascesa. In particolare, nel triennio 2022-2024, vi è stata una crescita, in termini sia di frequenza sia di pervasività. Il numero di segnalazioni ufficiali pervenute all'Unità Operativa di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) ha subito un incremento esponenziale: dalle 42 segnalazioni pervenute nel 2022, ai 113 eventi nel 2023 e alle 130 aggressioni del 2024. L'incremento è la risultante di una possibile maggiore pro-

pensione alla denuncia e dell'acuirsi del clima di tensione nelle strutture dell'ASL Bari. Si è registrata una netta prevalenza della violenza verbale e psicologica. Nel 2023, infatti, vi sono state aggressioni esclusivamente verbali nel 64,6% dei casi, mentre nel 26,5% gli episodi hanno riguardato violenza sia verbale sia fisica. Nel 2024, le aggressioni verbali (minacce, insulti, urla) sono cresciute all'86,7% dei casi. Ma la violenza fisica resta un rischio incombente tanto che nel 2024 circa il 22% degli operatori aggrediti è dovuto ricorrere alle cure del Pronto Soccorso, con prognosi variabili da 1 a 35 giorni, per un totale di 159 giorni di assenza per infortunio. Altro elemento di rilievo che emerge dai report aziendali è la differenza di genere. Gli atti di aggressione, nell'ASL Bari, hanno visto quali vittime le donne: nel 2023, il 71,7% delle vittime erano donne, confermandosi sostanzialmente tale percentuale nel 2024 (70,8%). La spiegazione di ciò è da ritrovare sia nella prevalenza di donne nel personale sanitario sia in una tendenziale presunta specifica vulnerabilità relazionale. Il confronto tra i dati del 2023 e del 2024 evidenzia un profondo cambiamento nella distribuzione del rischio tra le diverse categorie professionali all'interno dell'ASL Bari. La dirigenza medica è, in termini assoluti, la categoria più colpita in entrambi gli anni. Nel 2023, i medici subivano il 38,9% delle aggressioni totali, un dato che includeva anche gli specialisti in psichiatria. Nel 2024, la percentuale si attesta al 34,6%, segnando un apparente calo. Tuttavia, nel report 2024 gli psichiatri (5,4%) sono stati conteggiati come categoria autonoma. Nel biennio il personale infermieristico ha subito un incremento di aggressioni. Nel 2023,

quelle agli infermieri erano il 18,6% delle aggressioni. Nel 2024, si è registrato un incremento al 33,1% mostrando come sempre più la violenza si rivolga al *front-line* assistenziale dove l'infermiere ha un contatto immediato e continuo con il paziente. Parimenti, anche per gli operatori socio-sanitari si registra una crescita delle aggressioni: dal 5,3% del 2023 al 6,9% del 2024. Nel biennio si ha, al contrario, una riduzione delle aggressioni per le figure operanti nell'area psicosociale e riabilitativa (nel 2023, 8,8% per gli educatori professionali e 5,3% per gli psicologi; nel 2024, 1,5% ciascuna). Gli Assistenti Sociali passano dal 4,4% del 2023 all'1,5% del 2024. Il personale amministrativo si attesta intorno al 2,3% a testimonianza di elementi di tensione anche agli sportelli di interfaccia col pubblico. L'esame disaggregato della tipologia di aggressore consente di comprendere le determinanti della violenza nell'ASL Bari. La violenza di tipo II, cioè perpetrata dall'utenza, rappresenta circa l'87% degli episodi nel 2024. Un'analisi più approfondita consente di cogliere alcuni interessanti trend. I pazienti sono gli attori più frequenti, ma la quota di aggressioni fatte direttamente dal paziente è scesa dal 48,7% del 2023 al 33,8% del 2024. Di contro, vi è un incremento dell'aggressività da parte dei parenti e degli accompagnatori, salita dal 20,4% (2023) al 24,6% (2024). In un 10% dei casi paziente e parente agiscono in concorso (aggressione congiunta). Ciò suggerisce che la tensione si sta spostando dal malato al suo contesto e che le cause possano essere imputate alle attese o alla percezione di una presa in carico inadeguata. Discorso a parte e specifico va fatto per la Medicina Penitenziaria. Le

aggressioni da parte di detenuti sono quasi raddoppiate in percentuale, passando dall'8,0% del 2023 al 13,8% del 2024, evidenziando una criticità specifica di sicurezza per il personale che opera nelle carceri. Non irrilevanti sono i fenomeni di violenza di tipo III (Interna). Nel 2024, le aggressioni tra colleghi sono state il 10,8% del totale (14 episodi), in aumento rispetto al 7,1% rilevato nel 2023. Questo dato va letto come sintomo di un clima organizzativo deteriorato, correlato al burnout, al sovraccarico di lavoro e alla scarsità di risorse.

5. L'impatto multidimensionale delle aggressioni: conseguenze sul capitale umano e sull'organizzazione

Le aggressioni hanno gravi conseguenze a vari livelli, che minano l'efficacia del sistema sanitario a livello organizzativo, personale e professionale.

Gli effetti sulla salute e sul benessere degli operatori sanitari sono profondi e rilevanti. A livello psicologico molti operatori sanitari vittime di aggressioni e i loro colleghi soffrono di stress post-traumatico (PTSD), ansia generalizzata, depressione, insonnia, attacchi di panico e burnout. Si genera la paura di future aggressioni con conseguente ipervigilanza o evitamento (Hegney *et al.*, 2017; Chapman e Styles, 2006). A questo si aggiunge l'impatto fisico, che si manifesta non solo con lesioni dirette (contusioni, fratture), ma anche con lo stress cronico che si traduce in cefalee, disturbi gastrointestinali e indebolimento del sistema immunitario. Infine, non possono essere sottaciuti i cambiamenti comportamentali quali la riduzione dell'empatia, il cinismo, il distacco emotivo, l'aumento dell'assenteismo e

un incremento del turnover del personale. Molti operatori sanitari, addirittura, giungono a valutare l'abbandono della professione o il trasferimento in settori più sicuri (Arnetz & Arnetz, 2001). L'ambiente di lavoro non sicuro compromette il rapporto tra il sanitario e il paziente e ostacola la costruzione di un rapporto di fiducia fondamentale per l'efficacia della cura. Studi recenti (Kim *et al.*, 2022; O'Brien *et al.*, 2024) confermano che l'esposizione alla violenza non compromette solo la salute dell'operatore, ma innescava una catena di eventi, tra cui lo stress, la distrazione o la stanchezza dovuti agli episodi di violenza, che riducono la qualità delle cure e possono portare a errori medici, decisioni affrettate, minore attenzione, minore disponibilità del personale, minore propensione a lavorare in reparti o turni considerati a rischio, il che crea carenze e disservizi.

Le aggressioni generano, inoltre, costi significativi per le strutture sanitarie: costi diretti (spese legali, risarcimenti, cura delle lesioni del personale, danni a strutture e attrezzature) e costi indiretti (aumento dell'assenteismo, formazione di nuovo personale per il turnover, calo della produttività, perdita di morale) (ILO *et al.*, 2002; OSHA, 2015). Infine, la percezione di un ambiente di lavoro non sicuro compromette la capacità dell'ospedale di attrarre personale qualificato e mina la fiducia della comunità nei servizi offerti, configurando un grave danno reputazionale (O'Brien *et al.*, 2024).

6. Strategie di management per un modello integrato di governance del rischio

La complessità eziologica del fenomeno delle aggressioni al personale sani-

tario, come evidenziato dai dati dell'ASL Bari, richiede l'adozione di approcci che superino le logiche di intervento frammentate o puramente securitarie. L'ASL Bari ha, in tale logica, adottato un approccio olistico di *risk management* che opera contestualmente su tre livelli – individuale, organizzativo e sistemico – allineando le proprie strategie di *clinical governance* a sistema normativo nazionale e le linee guida regionali.

A livello individuale il focus è rivolto al miglioramento del capitale umano, sviluppando le competenze difensive (*soft skill*) e implementando processi di tutela della vittima. L'ASL Bari ha compiuto un importante investimento sulla formazione specifica avanzata, erogando corsi di de-escalation verbale e gestione del conflitto. La letteratura (D'Agostino & Balducci, 2019; Richmond *et al.*, 2012) sottolinea come la capacità dell'operatore di riconoscere i segnali premonitori dell'aggressività (c.d. "consapevolezza situazionale") e di utilizzare tecniche comunicative per stemperare la tensione sia la prima barriera preventiva. La maggiore innovatività del modello barese è nella gestione del *post-event*: infatti l'Azienda ha implementato, in linea con la filosofia di "tolleranza zero" verso gli abusi, la pratica dell'audit reattivo che prevede per ogni segnalazione di aggressione l'avvio di una procedura di analisi, svolta dal Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA). Nel 2024 sono stati effettuati 48 audit reattivi (31 del 2023), durante i quali, attraverso il coinvolgimento diretto del personale aggredito, sono state analizzate le cause scatenanti e l'efficacia della risposta. Inoltre, si è rafforzata la tutela legale e psicologica attraverso la garan-

zia da parte dell'Azienda di supporto per la costituzione di parte civile nei processi penali e di percorsi di supporto psicologico per prevenire il burnout e lo stress post-traumatico.

L'analisi degli audit 2024 ha rivelato che il 48% delle criticità è di natura organizzativa (tempi di attesa, percorsi confusi, carenza di informazioni). Per affrontare tali criticità l'ASL Bari ha realizzato una strategia che comprende interventi strutturali (*Hard Controls*) e di processo (*Soft Controls*). L'innovazione manageriale di maggiore rilievo per superare le criticità organizzative è stata l'introduzione dell'Infermiere di Processo (*Flow Manager*) nei Pronto Soccorso. Sono state formate specificatamente per questo ruolo 200 unità, addette esclusivamente all'accoglienza e alla mediazione relazionale, con l'obiettivo di ridurre i comportamenti aggressivi derivanti da disinformazione e sovraffollamento. L'Infermiere di Processo fornisce in maniera proattiva informazioni a pazienti e caregiver, con lo scopo di ridurre l'ansia da incertezza. La validità di tale scelta è supportata da recenti studi italiani che evidenziano come questo modello porti a una significativa riduzione dei tempi di attesa e degli abbandoni (*leftwithout-beingseen*), migliorando il flusso operativo e la soddisfazione percepita da utenti e operatori (Olagnero *et al.*, 2024). Anche la letteratura internazionale conferma che interventi infermieristici mirati in triage migliorano la sicurezza del paziente e la qualità complessiva dell'assistenza (Feller *et al.*, 2023; Xu *et al.*, 2023).

Dagli audit è emerso che nel 18% dei casi le aggressioni fossero state favorite da carenze strutturali (es. accessi incontrollati). Sono stati potenziati, pertanto, i sistemi di videosorveglianza

za e di controllo accessi, è stato attivato il sistema di telesoccorso (“pulsante antipánico”), collegato direttamente con la sala operativa della Questura, in modo da garantire l'intervento immediato delle Forze dell'Ordine. Nella logica del miglioramento continuo, a fine 2024 è stato costituito un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare aziendale che partecipa agli audit e aggiorna le Procedure Operative Standard (SOP) in base alle criticità emerse in sede di monitoraggio.

La governance del rischio nell'ASL Bari trascende i confini aziendali per integrarsi in una globale strategia di sicurezza pubblica. A tal fine il 6 novembre 2025 è stato sottoscritto un protocollo operativo con la Prefettura di Bari con il quale non ci si limita a formalizzare l'intervento repressivo, ma si istituiscono tavoli permanenti di coordinamento per il monitoraggio del fenomeno e si promuove la formazione congiunta tra operatori sanitari e Forze di Polizia. Tale sinergia è funzionale a creare convergenze nella gestione delle crisi: i sanitari apprendono protocolli di sicurezza operativa, mentre le Forze dell'Ordine imparano a operare in contesti clinici delicati (es. psichiatria), evitando che l'intervento di ordine pubblico interferisca con l'assistenza.

L'Azienda partecipa attivamente all'Osservatorio Regionale (ORSEPS) e promuove campagne di sensibilizzazione verso la cittadinanza per ricostruire l'alleanza sanitario-paziente, agendo su quei fattori culturali e sociali che, come evidenziato da Vento *et al.* (2020), alimentano la sfiducia e l'aggressività verso le istituzioni sanitarie.

7. Conclusioni

Le evidenze emerse dall'analisi del caso ASL Bari impongono una pro-

fonda riconsiderazione dei modelli di governance delle aziende sanitarie: il fenomeno delle aggressioni non può più essere letto come una mera esternalità negativa o un fenomeno di ordine pubblico. Esso è un indicatore di performance organizzativa e di tenuta complessiva del sistema. Lo studio corrobora la tesi secondo cui la risposta esclusivamente sanzionatoria, seppur necessaria, risulta inefficace se non integrata in una più ampia strategia di *risk management* proattivo e sistemico.

Sotto il profilo strettamente manageriale, i risultati validano l'efficacia di un approccio ibrido che affianchi ai tradizionali strumenti di *security* (controlli fisici, protocolli interistituzionali) precise leve di innovazione organizzativa. L'introduzione di figure di raccordo come l'Infermiere di Processo (*Flow Manager*) e l'investimento mirato sulle soft skill del personale dimostrano come la mitigazione del rischio passi, inevitabilmente, attraverso la reingegnerizzazione dei processi di accoglienza. Agire sui tempi di attesa e sulla gestione dell'incertezza informativa significa intervenire sulle determinanti del conflitto, trasformando l'efficienza operativa in uno strumento di prevenzione primaria.

L'analisi evidenzia, inoltre, un corollario etico-economico di rilievo: la tutela del capitale umano rappresenta un asset strategico non negoziabile. Vi è una correlazione positiva e diretta tra il clima organizzativo, il benessere degli operatori e la qualità dell'output clinico erogato. Preservare la forza lavoro dal burnout e dai traumi correlati alla violenza non risponde solo a un obbligo di tutela del lavoratore, ma è condizione necessaria per garantire

la continuità assistenziale e prevenire costose diseconomie legate al turnover e al contenzioso medico-legale, in un momento storico dove peraltro è difficile reclutare il personale medico e infermieristico nel settore pubblico. In prospettiva di policy making, l'esperienza dell'ASL Bari offre un benchmark replicabile per il Servizio Sanitario Nazionale. La sfida futura risiede nel consolidare il passaggio da una logica difensiva a una cultura della

“sicurezza partecipata”, in cui la prevenzione diventi strutturale e integrata nei processi decisionali. Solo istituzionalizzando tali modelli gestionali sarà possibile rigenerare il patto fiduciario con l'utenza e garantire la sostenibilità di lungo periodo dell'azienda sanitaria pubblica, la cui missione di creazione di valore pubblico non può prescindere dalla sicurezza delle persone che quotidianamente la rendono possibile.

BIBLIOGRAFIA

Al-Omari H. (2025). Predictors of workplace violence against nurses in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 70, 151659.

Al-Qadi M. M. (2021). Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12226. DOI: 10.1002/1348-9585.12226.

Anderson N. L. (2002). Sources of workplace violence in hospitals. *AAOHN Journal*, 50(6): 283-289.

Arnetz J. E., & Arnetz B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52(11): 1701-1710.

Arnetz J., Hamblin L. E., Sudan S., & Arnetz B. (2018). Organizational determinants of workplace violence against hospital workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(8): 693-699. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001345.

Boyle M. J., & Wallis J. (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. *Safety in Health*, 2(4). DOI: 10.1186/s40886-016-0015-8.

Chapman R., & Styles I. (2006). An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing*, 14(4): 176-184.

Copeland D., & Henry M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2): 65-77. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000269.

D'Agostino F., & Balducci C. (2019). Workplace violence in healthcare: A review of interventions for prevention and management. *La Medicina del Lavoro*, 110(5): 369-381.

D'Etto G., & Pellicani V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4): 337-342.

Einarsen S., Hoel H., Zapf D., & Cooper C. L. (2020). *Bullying and harassment in the workplace: Theory, research and practice* (3rd ed.). CRC Press.

Emary E. A. M., Arifin S. R. M., & Yusof M. Z. (2024). A qualitative systematic review of healthcare practitioners' experience of workplace violence. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 31(1): 51-61. DOI: 10.21315/mjms2024.31.1.4.

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) (2024). *Osservatorio sulle Aggressioni al Personale Sanitario: Rapporti annuali*.

Feller E. A., Ferri P., & Di Lorenzo R. (2023). Nursing Sensitive Outcomes evaluation in the Emergency Department: An Umbrella review. *Acta*

- Biomedica*, 94(5), e2023225. DOI: 10.23750/abm.v94i5.14982.
- Ferri P., Stifani S., Accoto A., Bonetti L., Rubbi I., & Di Lorenzo R. (2020). Violence against nurses in the triage area: A mixed-methods study. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3): 384-397.
- Hall L. H., Johnson J., Watt I., Tsipa A., & O'Connor D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burn-out and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. DOI: 10.1371/journal.pone.0159015.
- Hegney D. G., Eley R., Plank A., Buikstra E., & Parker V. (2017). The impact of workplace violence on health care professionals' mental health: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20): 2824-2839.
- International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), & Public Services International (PSI) (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. International Labour Office.
- Kim S., Mayer C., & Jones C. B. (2022). Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. *Journal of Research in Nursing*, 27(1-2): 101-111.
- Liu J., Gan Y., Jiang H., Li L., Dwyer R., Lu K., ... & You H. (2020). Workplace violence against healthcare professionals in China: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(2): 246-254.
- Ministero della Salute (2007). *Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*.
- Ministero della Salute (2024). *Relazione attività anno 2024 dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie*.
- Needham I., Abderhalden C., Halfens R. J., Fischer J. E., & Dassen T. (2005). The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: Instrument derivation and psychometric testing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3): 285-291.
- O'Brien C. J., van Zundert A. A. J., & Barach P. R. (2024). The growing burden of workplace violence against healthcare workers: Trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention – a narrative review. *eClinicalMedicine*, 72, 102641.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2015). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers* (OSHA 3148-06R). U.S. Department of Labor.
- Olagnero J. M., Silvestro A., & Deiana C. (2024). L'introduzione dell'infermiere di processo in pronto soccorso: Valutazione dell'impatto clinico. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 43(4): 181-186.
- Ramacciati G., & D'Artizio F. (2016). Violence towards healthcare workers: A review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(7): 834-842.
- Richmond J. S., Berlin J. S., Fishkind A. B., Holloman Jr G. H., Lattimore P., & Stuppy D. J. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1): 17-25.
- Roche M., Diers D., Duffield C., & Catling-Paull C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1): 13-22.
- Spector P. E., Zhou Z. E., & Che X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1): 72-84.
- Vento S., Cainelli F., & Vallone A. (2020). Violence against healthcare workers: A worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in Public Health*, 8, 570459. DOI: 10.3389/fpubh.2020.570459.
- Xu S., Gu Y. F., & Dong A. H. (2023). Impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care, and psychological symptoms. *World Journal of Psychiatry*, 13(12): 1046-1052. DOI: 10.5498/wjpv13.i12.1046.