

La comunicazione come strumento di prevenzione delle aggressioni al personale sanitario: l'esperienza della Regione Puglia

Giulio Guidotti, Micaela Abbinante, Michele Debitonto, Alberto Fersini, Ernesto La Salvia, Fabio Massari*

La violenza occupazionale contro il personale sanitario rappresenta una criticità crescente, con conseguenze significative sulla salute degli operatori, sulla qualità dell'assistenza e sulla sostenibilità del sistema sanitario. Il presente studio analizza l'esperienza della Regione Puglia nell'implementazione di una strategia comunicativa integrata finalizzata alla prevenzione primaria delle aggressioni, con particolare attenzione al ruolo innovativo dell'Infermiere di Processo come figura di mediazione comunicativa.

L'analisi si basa sull'esame della serie storica degli episodi registrati nel biennio 2023-2024 e sulla valutazione delle iniziative implementate nella strategia regionale di prevenzione.

I dati evidenziano un incremento degli episodi da 116 nel 2023 a 325 nel 2024, con prevalenza di aggressioni verbali. La tipologia degli aggressori conferma la natura prevalentemente esterna della violenza, con pazienti e familiari responsabili della maggioranza dei casi. La strategia regionale si articola in due dimensioni: comunicazione interna, che comprende programmi formativi su de-escalation e gestione dei conflitti, e comunicazione esterna, attraverso campagne informative multicanale. L'elemento distintivo è l'istituzione dell'Infermiere di Processo, figura dedicata alla gestione proattiva delle relazioni nelle aree ad alto rischio quali i Pronto Soccorso.

L'esperienza dimostra che un approccio sistemico, che collochi la comunicazione efficace come elemento strategico centrale, contribuisce alla riduzione delle tensioni. Le implicazioni operative includono investimenti nella formazione comunicativa del personale, consolidamento di innovazioni organizzative e integrazione di competenze comunicative nella formazione pre-laurea. Il modello pugliese fornisce indicazioni replicabili per altri contesti territoriali.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il contesto della Regione Puglia
3. La dimensione del fenomeno: analisi dei dati
4. La strategia comunicativa regionale
5. L'Infermiere di Processo: un modello innovativo
6. Interventi formativi e operativi
7. Monitoraggio e valutazione
8. Considerazioni conclusive

* Giulio Guidotti, SDA Bocconi School of Management.

Maria Micaela Abbinante, Dirigente Responsabile UOSVD Informazione Comunicazione Polo Universitario e Formazione.

Michele Debitonto, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Ospedale Dimiccoli Barletta.

Alberto Fersini, Direttore UOC Chirurgia Generale Ospedale Dimiccoli Barletta.

Ernesto La Salvia, Direttore UOC Pronto Soccorso Ospedale Bonomo Andria.

Fabio Massari, Responsabile UOS Oculistica Ospedale Bonomo Andria.

Parole chiave: violenza occupazionale, aggressioni al personale sanitario, comunicazione in sanità, Infermiere di Processo, de-escalation, prevenzione primaria, Pronto Soccorso, Regione Puglia.

Communication as a Tool for Preventing Aggression Against Healthcare Workers: The Experience of the Apulia Region

Occupational violence against healthcare workers represents a growing concern, with significant consequences for staff health, care quality, and health system sustainability. This study analyzes the Apulia Region experience in implementing an integrated communication strategy for primary prevention of aggressions, focusing on the innovative role of the Process Nurse as a communication mediator.

The analysis examines the time series of episodes recorded in 2023-2024 and evaluates initiatives implemented within the regional prevention strategy.

Data show an increase from 116 episodes in 2023 to 325 in 2024, with verbal aggressions prevailing. Perpetrator typology confirms the predominantly external nature of violence, with patients and relatives responsible for most cases. The regional strategy encompasses two dimensions: internal communication, including training programs on de-escalation and conflict management, and external communication through multi-channel awareness campaigns. The distinctive element is the establishment of the Process Nurse, a professional figure dedicated to proactive relationship management in high-risk areas such as Emergency Departments.

The experience demonstrates that a systemic approach, positioning effective communication as a central strategic element, contributes to tension reduction. Opera-

tional implications include investments in staff communication training, consolidation of organizational innovations, and integration of communication competencies into undergraduate curricula. The Apulian model provides replicable guidance for other territorial contexts.

Keywords: occupational violence, workplace aggression in healthcare, health communication, Process Nurse, de-escalation, primary prevention, Emergency Department, Apulia Region.

Articolo sottomesso: 26/11/2025, accettato: 11/12/2025

1. Introduzione

La violenza sul posto di lavoro rappresenta un fenomeno di crescente rilevanza nel contesto sanitario internazionale. Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza occupazionale come l'insieme di eventi violenti che minacciano la sicurezza, il benessere o la salute del personale durante l'attività lavorativa, comprendendo episodi di abuso fisico, verbale o psicologico. Il settore sanitario e dei servizi sociali emerge come uno dei comparti professionali a maggior rischio, con il personale che opera a stretto contatto con il pubblico particolarmente esposto (Occupational Safety and Health Administration, 2015).

In Italia, l'entità del problema ha assunto dimensioni allarmanti: secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2023 sono state registrate oltre 16.000 segnalazioni di aggressioni contro operatori sanitari, un dato che rappresenta solo la punta dell'iceberg di un fenomeno caratterizzato da significativo sottodimensionamento. Il quadro

normativo italiano ha riconosciuto la gravità della situazione attraverso la Legge 14 agosto 2020, n. 113, che ha introdotto disposizioni specifiche in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie e istituito presso il Ministero della Salute l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Più recentemente, il decreto legge n. 137/2024 ha ulteriormente rafforzato il quadro sanzionatorio, introducendo l'arresto obbligatorio in flagranza per chi aggredisce il personale sanitario e nuove fattispecie di danneggiamento nelle strutture sanitarie.

Le conseguenze di questi episodi non soltanto si manifestano sulla salute fisica e psicologica degli operatori ma compromettono la qualità dell'assistenza e il funzionamento complessivo del sistema sanitario. L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro sottolinea come la violenza esterna crei un ambiente dominato dal timore e dal risentimento, rendendo difficile per i lavoratori fornire prestazioni ottimali. In questo contesto, la comunicazione emerge come leva strategica fondamentale per la prevenzione primaria degli episodi aggressivi. La presente analisi si propone di illustrare l'esperienza della Regione Puglia nell'implementazione di strategie comunicative integrate finalizzate alla riduzione del fenomeno delle aggressioni, focalizzandosi sul ruolo centrale dell'Infermiere di Processo come figura innovativa di mediazione comunicativa.

2. Il contesto della Regione Puglia

Il sistema sanitario della Regione Puglia si articola in sei Aziende Sanita-

rie Locali, quattro Aziende Ospedaliere-Universitarie e due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, servendo una popolazione di circa quattro milioni di abitanti. La rete ospedaliera regionale comprende strutture di diverse dimensioni e specializzazione, con particolare concentrazione di servizi ad alta complessità nei presidi ospedalieri di Bari, Foggia, Lecce e Taranto.

L'analisi epidemiologica del fenomeno delle aggressioni in Puglia rivela un preoccupante incremento temporale. Nel 2024 si sono registrati 325 casi di aggressione contro operatori sanitari, rispetto ai 116 episodi segnalati nel 2023, configurando un incremento del 180% su base annua. La distribuzione per tipologia mostra una prevalenza delle aggressioni verbali, che rappresentano 224 episodi (69% del totale), seguite dalle aggressioni fisiche con 101 episodi (31%), a cui si aggiungono 42 episodi di danneggiamento. Questo pattern epidemiologico è coerente con quanto emerso da studi condotti in altri contesti regionali italiani (Magnavita & Heponiemi, 2012; Viottini *et al.*, 2020).

Le strutture maggiormente esposte al rischio di aggressioni risultano essere i Pronto Soccorso, i reparti di psichiatria e i servizi territoriali di emergenza. Nei Pronto Soccorso, il sovraffollamento, i tempi d'attesa prolungati e l'elevato carico emotivo dei pazienti e dei loro familiari costituiscono fattori di rischio ben documentati (Stufano *et al.*, 2025). Come gli autori dimostrano, le categorie professionali più frequentemente coinvolte sono gli infermieri, seguiti dal personale socio-sanitario di supporto, mentre i medici e il personale amministrativo risultano meno esposti in termini

assoluti. Gli studi condotti in Puglia confermano che le donne e i lavoratori con identità di genere non binaria presentano una vulnerabilità significativamente maggiore, con particolare riferimento alle aggressioni verbali, psicologiche e alle molestie sessuali.

3. La dimensione del fenomeno: analisi dei dati

L'analisi della serie storica degli ultimi due anni evidenzia una tendenza evolutiva allarmante delle aggressioni in Puglia. L'incremento del 180% tra il 2023 e il 2024 non può essere attribuito esclusivamente a un reale aumento degli episodi, ma riflette verosimilmente anche un miglioramento nella capacità di rilevazione e reporting del fenomeno, conseguente alla maggiore sensibilizzazione degli operatori e all'implementazione di sistemi di segnalazione più efficaci.

La caratterizzazione tipologica degli episodi conferma la netta prevalenza delle aggressioni verbali, che comprendono insulti, offese e minacce. Studi osservazionali condotti presso l'Ordine dei Medici di Roma hanno documentato che il 66,5% dei medici ha sperimentato almeno un episodio di aggressione durante la vita lavorativa, con le donne risultate vittime di aggressioni in percentuale maggiore rispetto agli uomini (71% vs 63,2%), particolarmente per quanto concerne le aggressioni verbali (Marte *et al.*, 2019). La violenza fisica, pur rappresentando una quota minoritaria degli episodi, determina conseguenze più gravi in termini di necessità di cure mediche e interruzione dell'attività lavorativa.

Il profilo degli aggressori mostra che i pazienti costituiscono il 46,7% dei

casi, seguiti dai familiari (42,3%), mentre i colleghi rappresentano solo il 3% degli aggressori. Questa distribuzione sottolinea come la violenza nel contesto sanitario sia prevalentemente di natura "esterna", secondo la classificazione dell'International Labor Organization. Tuttavia, studi condotti in setting specifici, quali le strutture correzionali e le REMS (Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza), evidenziano pattern diversi, con percentuali più elevate di violenza tra colleghi e situazioni di maggiore complessità nella gestione del rischio (Stufano *et al.*, 2021).

Le conseguenze organizzative ed economiche del fenomeno sono significative. Studi condotti in contesti ospedalieri italiani di dimensioni comparabili hanno documentato che il 56% degli operatori vittima di aggressione ha richiesto interruzioni dell'attività lavorativa, mentre l'11,3% ha necessitato di trattamento medico o psicologico (Viottini *et al.*, 2020). Una recente revisione ha stimato che la violenza contro il personale sanitario può compromettere la sicurezza dei pazienti, riducendo la qualità delle cure e aumentando il rischio di errori medici, con perdite di produttività comprese tra il 9,5% e il 22,1% e costi annuali che variano da 1.484 a 11.581 dollari per infermiere (Guo *et al.*, 2022). Oltre ai costi diretti, la violenza genera impatti psicologici significativi, con il 40,81% delle vittime che sperimentano ansia, il 21,36% disturbi del sonno e il 15,60% sintomi depressivi. Questi effetti contribuiscono al fenomeno del burnout e possono determinare l'abbandono della professione, aggravando ulteriormente la carenza di personale sanitario (Marte *et al.*, 2019).

4. La strategia comunicativa regionale

La Regione Puglia ha sviluppato una strategia comunicativa integrata che si articola su due dimensioni complementari: la comunicazione interna, rivolta agli operatori sanitari, e la comunicazione esterna, destinata alla popolazione generale. L'obiettivo primario è la creazione di un ambiente lavorativo più sicuro attraverso la promozione di una cultura di rispetto reciproco e la diffusione di competenze comunicative efficaci per la prevenzione e la gestione dei conflitti.

4.1. Comunicazione interna

La comunicazione interna si concretizza in una serie di strumenti operativi e informativi distribuiti all'interno delle strutture sanitarie. È stato predisposto un decalogo informativo per la prevenzione dei comportamenti aggressivi, che fornisce linee guida immediate e fruibili per il riconoscimento precoce dei segnali di escalation aggressiva. Parallelamente, sono state distribuite brochure specifiche per il riconoscimento del rischio e l'applicazione delle modalità di de-escalation, basate su evidenze scientifiche relative alle tecniche di comunicazione non violenta.

Un elemento centrale della strategia di comunicazione interna è rappresentato dai percorsi formativi strutturati, che integrano contenuti teorici e pratici. La formazione si focalizza su tre aree prioritarie: metodologie comunicative efficaci, corretti comportamenti da adottare nelle situazioni a rischio e utilizzo appropriato dei sistemi di rilevazione e allarme. I corsi prevedono simulazioni di situazioni critiche e role-playing per l'acquisi-

zione di competenze pratiche nella gestione delle situazioni conflittuali. Particolare enfasi viene posta sull'utilizzo di un tono di voce pacato, sull'ascolto attivo per far emergere le preoccupazioni del paziente, sulla stabilizzazione di limiti chiari e aspettative precise, e sull'attenzione alla comunicazione non verbale.

4.2. Comunicazione esterna

La campagna di comunicazione esterna si propone di sensibilizzare la popolazione generale sul fenomeno delle aggressioni e sulle sanzioni connesse, promuovendo al contempo una maggiore comprensione del funzionamento dei servizi sanitari e delle criticità che il personale affronta quotidianamente. Gli strumenti di comunicazione visiva utilizzano una metafora condivisa del manometro in equilibrio tra spinte opposte, rappresentando simbolicamente la necessità di mantenere un livello di pressione equilibrato nelle relazioni tra operatori e utenti.

La strategia prevede la diffusione di contenuti attraverso molteplici canali: una pagina dedicata sul portale Puglia Salute, notizie sul portale telematico della Regione Puglia, pubblicazione di post sui canali social istituzionali e locandine tematiche collocate nelle strutture sanitarie, con particolare attenzione ai Pronto Soccorso, agli ambulatori e alle corsie di degenza. I materiali informativi illustrano le tipologie dei codici di accesso al Pronto Soccorso e i livelli di gravità, riportano le sanzioni previste dalla normativa vigente per chi compie atti di violenza, forniscono informazioni sul modello organizzativo del Pronto Soccorso e rispondono alle domande frequenti sui tempi di attesa e sui processi assistenziali.

La campagna si caratterizza per un approccio pragmatico orientato alla soluzione, evitando toni allarmistici o colpevolizzanti e privilegiando invece una comunicazione trasparente che favorisca la comprensione delle complessità organizzative e delle limitazioni di risorse con cui il sistema sanitario si confronta quotidianamente.

5. L'Infermiere di Processo: un modello innovativo

L'istituzione della figura dell'Infermiere di Processo rappresenta uno degli elementi più innovativi della strategia pugliese di prevenzione delle aggressioni, configurandosi come risposta organizzativa a una delle cause principali di tensione nei Pronto Soccorso: la mancanza di informazioni tempestive e comprensibili sull'iter assistenziale del paziente.

5.1. Genesi e rationale dell'intervento
L'iniziativa, originariamente sviluppata dall'ASL Bat e successivamente estesa a tutte le ASL pugliesi, trova il suo fondamento normativo nelle Linee Guida Hospitality del SIRGISL (Sistema Regionale Integrato di Gestione della Sicurezza sui Luoghi di Lavoro), approvate con delibera regionale n. 1059 del 31 luglio 2024. Il rationale dell'intervento si basa sull'evidenza che una quota significativa delle aggressioni verbali e delle escalation conflittuali origina dalla percezione di abbandono e dalla mancanza di comunicazioni appropriate da parte dei familiari in attesa. L'Infermiere di Processo si configura quindi come figura dedicata alla mediazione comunicativa tra l'interno del Pronto Soccorso e i familiari in sala d'attesa.

5.2. Funzioni e competenze comunicative

L'Infermiere di Processo svolge la propria attività in un'area compresa tra la sala d'attesa e le postazioni di triage, fungendo da "facilitatore" comunicativo. Le sue funzioni principali comprendono l'accoglienza dei familiari e dei pazienti in attesa, l'aggiornamento costante sullo stato del paziente e sull'iter clinico-diagnostico-terapeutico intrapreso, la risposta alle richieste di informazioni provenienti dai pazienti stessi e la gestione delle aspettative attraverso spiegazioni chiare sui tempi e sulle modalità organizzative. Questa attività viene garantita per l'intero periodo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso, dall'ingresso fino alla dimissione a domicilio o al ricovero.

Le competenze comunicative richieste includono la capacità di utilizzare un linguaggio chiaro e privo di tecnicismi eccessivi, l'abilità nell'ascolto empatico, la gestione delle emozioni intense (ansia, frustrazione, rabbia) dei familiari e la capacità di mantenere la calma in situazioni di tensione. Il personale dedicato a questa funzione è facilmente identificabile attraverso una divisa specifica appositamente disegnata, elemento che contribuisce alla riconoscibilità del servizio e alla creazione di un riferimento stabile per l'utenza. Il servizio è operativo dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni, fascia oraria che copre il periodo di maggiore affluenza nei Pronto Soccorso regionali.

5.3. Implementazione nelle strutture pugliesi

L'implementazione dell'Infermiere di Processo nelle strutture pugliesi ha seguito un approccio graduale, con una fase pilota presso l'ASL Bat seguita da un'estensione progressiva a tutte le Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Il modello ha richiesto una riorganizzazione delle risorse infermieristiche esistenti, con l'identificazione di personale da dedicare specificamente a questa funzione e la predisposizione di percorsi formativi mirati. Le Linee Guida Hospitality del SIRGISL forniscono un framework metodologico standardizzato che garantisce l'omogeneità dell'intervento sul territorio regionale, pur consentendo adattamenti alle specificità organizzative di ciascuna struttura.

5.4. Primi risultati e impatto sulla riduzione delle tensioni

Sebbene siano necessarie valutazioni più approfondite con follow-up prolungati, i primi riscontri operativi suggeriscono un impatto positivo dell'intervento. Le strutture che hanno implementato la figura dell'Infermiere di Processo riportano una percezione soggettiva di riduzione delle tensioni nelle aree d'attesa e una diminuzione delle interruzioni dell'attività del personale di triage per richieste di informazioni da parte dei familiari. Il miglioramento della gestione dei flussi comunicativi contribuisce anche a un'esperienza complessivamente più positiva dell'utenza, elemento che può tradursi in un incremento della fiducia nel sistema sanitario e in una riduzione della conflittualità di base.

6. Interventi formativi e operativi

La strategia regionale pugliese riconosce nella formazione del personale uno strumento fondamentale per la prevenzione primaria della violenza occupazionale. I percorsi formativi si articolano su tre argomenti strutturali: metodologie comunicative, corretti comportamenti da adottare e utilizzo dei sistemi di rilevazione e di allarme.

6.1. Percorsi formativi per il personale sanitario

I programmi formativi adottano una metodologia didattica integrata che combina lezioni frontali, analisi di casi reali, esercitazioni pratiche e simulazioni, articolandosi su tre pilastri strutturali:

- 1) metodologie comunicative: acquisizione di tecniche evidence-based di comunicazione efficace, ascolto attivo e gestione empatica delle emozioni intense dei pazienti e familiari;
- 2) corretti comportamenti da adottare: formazione su protocolli standardizzati per il riconoscimento precoce dei segnali di escalation e l'applicazione di procedure di sicurezza appropriate;
- 3) utilizzo dei sistemi di rilevazione e di allarme: addestramento pratico sull'attivazione di dispositivi di emergenza (campanelli, pulsanti, comunicazioni rapide con le Forze dell'Ordine) e sulla documentazione strutturata degli eventi.

Un elemento distintivo è l'identificazione di personale dedicato alla gestione del rischio, che riceve una formazione specifica di livello avanzato sulla strategia comportamentale, sulla conoscenza approfondita dei sistemi di sicurezza e sulla normativa vigente, assumendo il ruolo di referente aziendale e punto di riferimento per i colleghi.

6.2. Tecniche di comunicazione efficace e ascolto attivo

Il nucleo centrale della formazione riguarda l'acquisizione di tecniche di de-escalation che utilizzano la comunicazione verbale e non verbale per ridurre la tensione nelle situazioni conflit-

tuali. Le tecniche insegnate comprendono l'utilizzo di un tono di voce pacato e controllato, la pratica dell'ascolto attivo per far emergere le preoccupazioni genuine del paziente o dei familiari, la stabilizzazione di limiti chiari e aspettative realistiche senza assumere atteggiamenti punitivi o giudicanti, l'utilizzo strategico del silenzio terapeutico per consentire al soggetto agitato di riflettere e l'attenzione costante alla comunicazione non verbale, sia propria sia dell'interlocutore, per cogliere precocemente segnali di escalation.

Gli operatori vengono formati a riconoscere i fattori di rischio situazionali e individuali che aumentano la probabilità di comportamenti aggressivi, quali stati di alterazione mentale, intossicazione da sostanze, patologie psichiatriche acute, presenza di familiari in condizioni di stress emotivo estremo e situazioni di sovraffollamento o attese prolungate. La formazione enfatizza l'importanza di non considerare l'aggressione come "parte normale del lavoro", contrastando la tendenza alla normalizzazione del fenomeno che ne favorisce il sottodimensionamento.

6.3. Strumenti tecnologici e organizzativi di supporto

Gli interventi formativi sono accompagnati dall'implementazione di strumenti tecnologici e organizzativi di supporto alla sicurezza. Sul piano tecnologico, le strutture sono state dotate di sistemi di allarme (campanelli o pulsanti d'emergenza) e telecamere di videosorveglianza che consentono un monitoraggio continuo delle aree critiche. Sul piano organizzativo, sono stati predisposti protocolli per l'attivazione rapida del personale di sicurezza e per l'allertamento del personale del

Pronto Soccorso prima dell'arrivo di pazienti potenzialmente aggressivi, sulla base delle informazioni fornite dai servizi di emergenza territoriale. Sono stati inoltre istituiti gruppi di ascolto per il personale che lavora in aree critiche e servizi di supporto psicologico per chi subisce aggressioni, riconoscendo l'importanza della gestione delle conseguenze psicoemotive dell'esposizione alla violenza.

6.4. Collaborazione con le Forze dell'Ordine

Un elemento essenziale della strategia è la collaborazione strutturata con le Forze dell'Ordine, che garantisce interventi rapidi nelle situazioni più critiche e una presenza deterrente nelle strutture a maggior rischio. Il coordinamento con le autorità giudiziarie facilita inoltre la denuncia degli episodi più gravi e il supporto alle vittime nelle fasi successive all'aggressione, contribuendo a contrastare la diffusa tendenza al mancato reporting degli episodi di violenza occupazionale.

6.5. Supporto post-evento

Oltre alla collaborazione preventiva e di intervento immediato, è stato istituito un sistema strutturato di supporto post-evento che include:

- 1) *gruppi di ascolto* facilitati da professionisti formati per il personale che opera in aree critiche, con incontri programmati per l'elaborazione condivisa delle esperienze traumatiche;
- 2) *supporto psicologico individuale* gratuito e confidenziale, accessibile senza necessità di autorizzazione gerarchica, per favorire l'accesso immediato nelle situazioni di maggiore stress emotivo;

- 3) *procedure di accompagnamento medico-legale* per chi decide di presentare denuncia, con supporto amministrativo dedicato per la gestione degli aspetti burocratici;
- 4) *protocolli di allerta precoce* che consentono al personale del Pronto Soccorso di ricevere informazioni tempestive dai servizi di emergenza territoriale (118) circa l'arrivo di pazienti con storia documentata di comportamenti potenzialmente aggressivi.

7. Monitoraggio e valutazione

L'implementazione di un sistema di monitoraggio efficace rappresenta una componente critica della strategia regionale, essenziale per la valutazione dell'impatto degli interventi e per l'orientamento delle politiche future. La complessità del fenomeno e la sua natura multidimensionale richiedono l'adozione di indicatori appropriati e la predisposizione di sistemi di rilevazione che minimizzino il sottodimensionamento.

7.1. Indicatori di processo e di esito

La scelta degli indicatori per il monitoraggio del fenomeno presenta sfide metodologiche significative. L'indicatore di processo primario attualmente utilizzato è il numero di eventi segnalati per unità di tempo, che consente di tracciare l'andamento temporale del fenomeno. Tuttavia, questo indicatore presenta limitazioni intrinseche legate al fatto che il numero di segnalazioni riflette non solo la reale incidenza degli episodi ma anche il livello di sensibilizzazione degli operatori e l'efficacia dei sistemi di reporting. Un incremento nel numero di segnalazioni può paradossalmente indicare un miglioramento nella capacità di rilevazione

piuttosto che un reale peggioramento del fenomeno.

Gli indicatori di esito comprendono la riduzione delle giornate lavorative perse per malattia conseguente ad aggressioni, la riduzione delle spese per il ripristino dei luoghi danneggiati, l'andamento del contenzioso derivante da episodi di violenza e la percezione dell'utenza sulle modalità operative negli ambienti sanitari. Quest'ultimo aspetto, rilevato attraverso indagini di customer satisfaction, può fornire informazioni indirette sull'efficacia delle strategie comunicative implementate.

7.2. Criticità nella rilevazione del fenomeno

La reale dimensione del problema risulta attualmente sottodimensionata rispetto alla sua effettiva entità per molteplici fattori convergenti. Ogni giorno decine di episodi conflittuali minori non vengono documentate per la rassegnata percezione di normalità e ineluttabilità degli eventi da parte degli operatori. La formazione e la sensibilizzazione del personale alla segnalazione non sono ancora adeguate in tutte le strutture, le procedure di reporting non sono uniformemente conosciute e non esistono registri standardizzati che classifichino sistematicamente i casi per gravità.

Questa situazione determina che solo gli episodi più gravi vengano sistematicamente segnalati, mentre la "violenza quotidiana" di bassa intensità – insulti, minacce verbali, atteggiamenti intimidatori – resta largamente invisibile nei sistemi di monitoraggio formali. Studi condotti in altre regioni italiane hanno documentato che il numero di eventi segnalati attraverso canali formali rappresenta una frazio-

ne minima (stimata tra il 10% e il 30%) rispetto a quanto emerge da indagini anonime condotte sul personale (Viottini *et al.*, 2020).

Per affrontare questa criticità, il sistema di monitoraggio regionale prevede una cadenza trimestrale di analisi dei dati e valutazione dell'andamento degli indicatori condivisi, con report periodici che documentino non solo le tendenze quantitative ma anche le variazioni nella propensione alla segnalazione, distinguendo tra aumento reale del fenomeno e miglioramento della rilevazione.

7.3. Prospettive di miglioramento del sistema di reporting

Il miglioramento del sistema di reporting richiede interventi su molteplici livelli. È necessaria l'implementazione di strumenti di segnalazione facilmente accessibili e user-friendly, che riducano le barriere al reporting. La digitalizzazione dei sistemi di segnalazione può contribuire a facilitare il processo e a garantire l'anonimato, elemento che favorisce l'emersione anche degli episodi meno gravi. La standardizzazione delle definizioni e delle categorie di classificazione degli eventi violenti, in linea con le raccomandazioni internazionali, consentirebbe inoltre una maggiore comparabilità dei dati tra diverse strutture e nel tempo.

È fondamentale la creazione di una cultura organizzativa che non stigmatizzi la segnalazione ma la consideri un elemento essenziale del sistema di sicurezza. Il personale deve essere rassicurato circa l'assenza di ripercussioni negative derivanti dalla segnalazione e deve percepire che le informazioni fornite vengono effettivamente utilizzate per implementare miglioramenti organizzativi concreti.

7.4. Valutazione economica degli interventi

La valutazione economica degli interventi di prevenzione deve considerare sia i costi diretti di implementazione sia i benefici derivanti dalla riduzione degli episodi violenti. I costi diretti comprendono le spese per la formazione del personale, l'implementazione di sistemi tecnologici di sicurezza, la riorganizzazione dei servizi (con particolare riferimento all'istituzione dell'Infermiere di Processo) e le campagne di comunicazione. I benefici economici derivano dalla riduzione delle giornate di assenza dal lavoro per malattia, dalla diminuzione delle spese mediche e psicologiche per le vittime, dalla riduzione dei costi per danni materiali, dal contenimento del turnover del personale e dal miglioramento complessivo della produttività.

Sebbene una valutazione economica formale richieda un follow-up prolungato e metodologie di health technology assessment appropriate, l'esperienza internazionale suggerisce che gli investimenti in prevenzione della violenza occupazionale hanno un rapporto costo-beneficio favorevole, soprattutto quando considerano gli effetti a lungo termine sul benessere organizzativo e sulla retention del personale (Stufano *et al.*, 2025).

8. Considerazioni conclusive

L'esperienza della Regione Puglia nell'implementazione di una strategia integrata per la prevenzione delle aggressioni al personale sanitario attraverso strumenti comunicativi rappresenta un modello di intervento replicabile, che coniuga approcci organizzativi innovativi, formazione mira-

ta e sensibilizzazione dell'utenza. La comunicazione emerge non come elemento accessorio ma come componente strategica centrale di un sistema di prevenzione multilivello.

8.1. La comunicazione come investimento in sicurezza e qualità

In attesa di una raccolta dati completa, i risultati preliminari dell'esperienza pugliese, coerenti con le evidenze della letteratura internazionale, confermano che investire in comunicazione efficace produce benefici tangibili in termini di riduzione delle tensioni, miglioramento del clima lavorativo e incremento della qualità percepita dei servizi. L'istituzione dell'Infermiere di Processo rappresenta un esempio paradigmatico di come una riorganizzazione relativamente semplice delle risorse esistenti, focalizzata sulla funzione comunicativa, possa generare impatti significativi sulla sicurezza degli operatori e sull'esperienza complessiva dell'utenza. Questo intervento risponde a una delle criticità più frequentemente identificate come fattori scatenanti di episodi aggressivi: l'inefficace comunicazione tra personale sanitario e pazienti o familiari, che accresce il senso di insoddisfazione e incomprensione.

8.2. Integrazione tra misure preventive, formative e sanzionatorie

L'efficacia della strategia regionale risiede nell'integrazione tra diverse tipologie di intervento. Le misure preventive di tipo strutturale e organizzativo (sistemi di allarme, videosorveglianza, riorganizzazione degli spazi) costituiscono la prima linea di difesa. Gli interventi formativi forniscono al personale le competenze necessarie per riconoscere precoce-

mente le situazioni a rischio e per gestire efficacemente la de-escalation dei conflitti. Il rafforzamento del quadro sanzionatorio, attraverso l'inasprimento delle pene previsto dalla normativa recente, completa il sistema con una funzione deterrente. Tuttavia, come sottolineato dalle evidenze scientifiche, l'approccio repressivo da solo non può essere sufficiente se non accompagnato da interventi che agiscono sulle cause profonde del fenomeno.

La relazione tra il "pubblico" e gli operatori rappresenta la prima ragione di attrito: linguaggi diversi, metodologie non chiare, luoghi vissuti come disagiati e problemi che spesso non trovano soluzione rapida in altri setting assistenziali costituiscono la mistura esplosiva pronta a generare conflitto violento. Una strategia che armonizzi le modalità di intervento integrando formazione, comunicazione e legislazione sanzionatoria, quando implementata a regime, può produrre una riduzione del numero e della gravità degli eventi avversi, una diminuzione delle giornate non lavorate per malattia conseguente ad aggressione, un miglioramento della performance delle strutture, un incremento della percezione della qualità delle cure nel pubblico e una riduzione complessiva dei costi dell'assistenza.

8.3. Prospettive future e raccomandazioni operative

Lo sviluppo futuro della strategia regionale richiede il consolidamento degli interventi avviati e l'estensione delle best practice identificate a tutte le strutture del sistema sanitario regionale. È necessario investire in studi valutativi rigorosi che quantifichino

l'efficacia delle diverse componenti dell'intervento e identifichino le aree di miglioramento. La raccolta sistematica di dati di qualità attraverso sistemi di reporting migliorati consentirà analisi più approfondite dei fattori di rischio e l'implementazione di interventi mirati ai contesti e alle situazioni specifiche.

Particolare attenzione deve essere riservata alla sostenibilità nel lungo termine delle innovazioni organizzative introdotte, con particolare riferimento all'Infermiere di Processo, che richiede un impegno di risorse umane dedicato e continuativo. La formazione del personale deve diventare un processo continuo, integrato nei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio, e non limitarsi a interventi *una tantum*. Gli aspetti comunicativi dovrebbero essere incorporati fin dalla formazione pre-laurea dei professionisti sanitari, riconoscen-

do la comunicazione efficace come competenza professionale core e non come skill accessoria.

Sul versante della comunicazione esterna, è auspicabile un coinvolgimento più attivo delle associazioni di pazienti e dei rappresentanti dell'utenza nella co-progettazione delle campagne informative, per garantire che i messaggi siano non solo scientificamente accurati ma anche culturalmente appropriati e realmente efficaci nel modificare percezioni e comportamenti. L'esperienza pugliese, seppur in una fase embrionale, dimostra che un approccio sistemico alla prevenzione della violenza occupazionale, che collochi la comunicazione al centro delle strategie di intervento, rappresenta una via promettente per la costruzione di ambienti sanitari più sicuri, in cui operatori e utenti possano interagire in un clima di rispetto reciproco e fiducia condivisa.

BIBLIOGRAFIA

Guo L., Ryan B., Leditschke I., Buettner P., Edbrooke T., Mitchell M., & Chaboyer W. (2022). Impact of unacceptable patient/clinician behaviour on clinical performance and patient outcomes: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 31(9): 679-687. DOI: 10.1136/bmjqs-2021-013955.

Magnavita N., & Heponiemi T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 108. DOI: 10.1186/1472-6963-12-108.

Marte M., Cappellano E., Sestili C., Mannocci A., & La Torre G. (2019). Le aggressioni al personale

sanitario, uno studio osservazionale nei medici dell'Ordine di Roma. *Medicina del Lavoro*, 110(2): 130-141. DOI: 10.23749/mdlv110i2.7807.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (2015). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. U.S. Department of Labor.

Stufano A., Buonvino N., Cagnazzo F., Lovreglio P., Zippitelli R., Derrico P., Stefanizzi P., Tafuri S., & Vimercati L. (2021). Efficacy of the Measures Adopted to Prevent COVID-19 Outbreaks in an Italian Correctional Facility for Inmates Affected by Chronic Diseases. *Frontiers in Public Health*, 9, 694795. DOI: 10.3389/fpubh.2021.694795.

Stufano A., De Maria L., Delvecchio G., Sifanno G., Maffione G., Giannelli G., Schino V., Ravallesse R., Caputi A., Sivo D., Lovreglio P., & Vimercati L. (2025). Gender Disparities in Workplace Violence Among Italian Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study. *Medicina del Lavoro*, 116(4), e16795. DOI: 10.23749/mdl.v116i4.16795.

Viottini E., Politano G., Fornero G., Pavanelli P. L., Borelli P., Bonaudo M., & Gianino M. M. (2020). Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Services Research*, 20(1), 215. DOI: 10.1186/s12913-020-05084-x.