



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 3** Elogio del silenzio
di Giannelli A.
- 11** Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 15** Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.
- 30** Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.
- 37** Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.
- 46** Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.
- 54** L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.
- 64** L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere
di Grecchi A.

- 74** ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.
- 88** L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.
- 95** La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

- 100** La posizione di garanzia e il medico psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

- 111** Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza*, 1705-08
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici

Esiti di un'indagine sul dipartimento salute mentale e dipendenze

Silvia Carnevali, Alfio Lucchini*,
Federico Durbano**

ABSTRACT

Introduzione e obiettivi. I dati della cronaca evidenziano come gli operatori della Sanità, ed in particolare quelli dell'area Salute Mentale, siano esposti ad eventi traumatici (aggressioni e violenze, dirette o indirette) in maniera significativa. Il presente studio è finalizzato ad indagare i vissuti degli operatori esposti a eventi traumatici e gli effetti che ne derivano, sia a livello individuale che organizzativo dei Servizi. Collocandosi nell'ampio panorama di ricerche sul costrutto di Trauma Vicario, lo studio si è posto l'obiettivo, non tanto di misurare il PTSD negli operatori della Salute Mentale, quanto di evidenziare la portata del fenomeno del trauma professionale, con un'indagine all'interno di un intero Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Metodologia e strumenti. La ricerca è stata compiuta tramite questionario costruito ad hoc, indirizzato a tutti gli operatori del Dipartimento dell'ASST Melegnano e Martesana, contenente domande anagrafiche e specifiche, per rilevare l'eventuale presenza e la qualità di vissuti "traumatici" degli operatori rispetto a eventi della loro vita professionale (aggressioni fisiche e verbali, suicidi o TS dei pazienti, racconti di traumi o reati da parte dei pazienti, con o senza implicazioni giudiziarie). Inoltre il questionario era volto a raccogliere informazioni sulla presenza di fattori facilitanti piuttosto che ostacolanti l'elaborazione del trauma attraverso le risorse dei Servizi.

Risultati e conclusioni. Sono stati raccolti complessivamente 203 questionari. Il 71,9% dei rispondenti ha riferito di aver vissuto un evento professionale traumatico, prevalentemente aggressioni, fisiche o verbali,

suicidi di pazienti e racconti di traumi. Il disagio negli operatori si è manifestato soprattutto come pensieri intrusivi (52,3%), ha generato insicurezza (34,7%) e sensazioni di inutilità (41,7%). La risorsa con cui gli operatori hanno gestito tale evento è stata l'équipe (52,8%), tuttavia è emerso anche un bisogno di cambiamento nell'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale (in parte evidenziato come già in atto), in modo che siano capaci di fornire agli operatori strumenti formativi e competenze per fronteggiare traumi e promuovere non solo il benessere degli utenti ma anche di coloro che se ne prendono cura.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si è assistito ad un crescente interesse, nello studio del trauma, per quella che viene definita traumatizzazione secondaria. A partire dal concetto sviluppato e descritto da Fingley (Fingley, 1995) che definì *Compassion Fatigue* il "disagio di ordine psicologico indotto dalla conoscenza e dalla frequentazione ravvicinata del dolore altrui", diversi studi sono stati compiuti per rilevare il costo della cura nelle professioni di aiuto. Uno dei possibili esiti è infatti il cosiddetto Trauma Vicario, ovvero "la compromissione dell'orizzonte di senso e della visione del mondo dell'operatore che viene indebolita e privata di efficacia dalle vicende esistenziali dolorose alle quali deve assistere o di cui viene a conoscenza attraverso il racconto dei pazienti" e che rischia di far sperimentare agli operatori psico-socio-sanitari, che si confrontano con i traumi dell'utenza, la condizione del burn out.

Il tema del trauma viene pertanto affrontato dal punto di vista degli operatori, cercando di mettere a fuoco quali possano essere gli eventi o le situazioni che possano alterare l'equilibrio psichico di chi è costantemente confrontato con le sofferenze altrui e che ricaduta questo possa avere sull'agire professionale, del singolo e dell'organizzazione nel suo complesso.

Obiettivi

All'interno della delicata cornice dello studio di questi temi, la presente ricerca ha voluto indagare che impatto possano avere gli eventi potenzialmente traumatici presenti nella vita professionale degli operatori della Salute Mentale e delle Dipendenze sul benessere individuale e sull'organizzazione del Servizio. Il trauma è pertanto qui inteso in un'accezione ampia, ovvero considerando sia i traumi diretti nei confronti degli operatori, come per esempio le aggressioni, fisiche e verbali, sia i traumi indiretti, ovvero il confronto con le esperienze traumatiche riferite dall'utenza o con eventi traumatici agiti dall'utenza stessa ma non sugli operatori, come ad esempio i tentativi di suicidio o le morti per suicidio. All'interno di questo concetto ampio di trauma, l'indagine è stata estesa anche all'esplorazione della ricaduta sugli operatori, nell'esercizio del proprio ruolo di pubblico ufficiale, degli eventuali risvolti giudiziari, conseguenti al venire al corrente di traumi che si costituiscono come reati, subiti o commessi, dall'utenza.

Obiettivo della ricerca è stato quindi quello di far luce su questo ampio fenomeno all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, per acquisire consapevolezza sulla sua portata e fornire l'occasione per riflettere su possibili strategie di gestione, già esistenti o ancora da individuare.

METODOLOGIA

Contesto e soggetti

L'indagine ha coinvolto l'intero Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'ASST Melegnano e Martesana, che comprende

- 2 Unità Operative di Psichiatria (UOP 33 e UOP 34) composte da servizi territoriali ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali (CPS, CD, CRA) afferenti ai poli di Gorgonzola, Melegnano e Vaprio d'Adda e 2 reparti (SPDC di Melzo e di Vizzolo P.),
- i presidi territoriali dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (poli

di Gorgonzola, San Donato e Rozzano e ambulatori dislocati sul territorio)

- i servizi dedicati alle dipendenze (4 Sert e 2 Noa degli stessi territori di competenza).

La ricerca è stata rivolta a tutti gli operatori, qualunque fosse il ruolo e l'inquadramento professionale; il campione ha quindi compreso medici, infermieri, educatori / terapisti (psicomotricisti, logopedisti), psicologi, assistenti sociali e altri operatori (oss). La popolazione del DSMD comprende un numero di operatori stimato attorno a 300 soggetti (il fatto che il numero sia una stima con una variabilità di 5 soggetti in eccesso o in difetto, è data dal fatto che è stato incluso nella ricerca tutto il personale, sia strutturato che in rapporto di libera professione, con un numero variabile di ore e presenze di servizio e, per il personale a contratto con possibile e frequente turn over). La popolazione risulta così distribuita sui tre Servizi Dipartimentali: 54,3% operatori della Psichiatria, 27,3% operatori della UONPIA e 18,3% operatori delle Dipendenze.

Strumento

È stato costruito un questionario ad hoc finalizzato ad indagare le aree di interesse, indirizzato a tutti gli operatori del DSMD, da compilarsi in forma anonima e volontaria, preceduto da una lettera di presentazione dello scopo dell'indagine e indicazioni per la restituzione. La distribuzione è avvenuta con consegna di copie del questionario cartaceo e via mail, in un arco temporale di due settimane, con restituzione entro le due settimane successive. Il questionario era strutturato in 15 domande, di cui 13 chiuse a risposta multipla e 2 aperte. Le domande chiuse comprendevano l'iniziale richiesta di fornire dati anagrafici relativi a: età, sesso, professione, Servizio Dipartimentale di appartenenza e anni di anzianità di servizio. Erano proposte successivamente domande specifiche inerenti il tema del trauma nell'ambito dell'esercizio della professione, e nello specifico era chiesto anzitutto se fosse capitato di vivere come "traumatico" un evento della

vita professionale, e nel caso di risposta positiva di che tipo di evento si fosse trattato, come si fosse manifestato il disagio conseguente, che ricaduta avesse avuto sulla vita lavorativa e quale soluzione fosse stata trovata per gestire l'evento. Era di seguito ulteriormente indagato il tema degli obblighi di denuncia o implicazioni in procedimenti giudiziari, conseguenti all'eventualità di essere venuti a conoscenza di notizia di reato, nell'esercitare come operatori la funzione di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio. Infine le ultime due domande, in forma aperta, erano volte a raccogliere informazioni su fattori ostacolanti piuttosto che favorevoli l'elaborazione del trauma attraverso le risorse personali e del Servizio.

Validità

Sono stati raccolti in totale 203 questionari, che corrispondono al 67,6% degli operatori del Dipartimento, pertanto il campione risulta valido e sufficientemente rappresentativo della popolazione indagata. I dati complessivi sono stati analizzati in termini quantitativi, calcolando le percentuali delle risposte chiuse a domanda multipla risultate valide. La richiesta era di fornire una sola risposta per domanda, quindi per risposte multiple o di dubbia interpretazione, la singola domanda è stata invalidata. Pertanto, su un totale di N= 203 questionari raccolti, il numero di N per ogni singola domanda può essere inferiore, se la risposta è stata omessa o invalidata. Oltre alle percentuali sul campione complessivo, sono stati analizzati anche i dati delle variabili suddivisi per sub-campioni (corrispondenti agli operatori dei tre diversi macro Servizi: Psichiatria, UONPIA e Dipendenze), rispetto ad alcune domande di particolare salienza (presenza o meno di evento traumatico, tipo di evento e esperienza di denuncia o implicazione giudiziaria) e valutata la significatività delle differenze tramite Test del Chi Quadrato. Infine, le risposte fornite alle domande aperte sono state organizzate per categorie logiche e calcolate le percentuali sulla base delle categorie formate. Nel caso delle domande aperte erano possibili più risposte e sono state tutte considerate valide, pertanto il totale di

N relativo alle risposte multiple risulta superiore al 100% (in quanto conteggiato rispetto alle risposte fornite e non sul numero dei questionari).

Analisi dei dati

Il *campione analizzato* è descritto nella tabella 1. Si tratta di un campione a prevalenza di operatori di sesso femminile (73,9%), con una distribuzione di età spostata sulle fasce alte: solo circa il 7% è composto da giovani fino a 30 anni, quasi il 44% supera i 50 anni, indicando una condizione di popolazione lavorativa "vecchia", che si riflette sull'anzianità di servizio: il 18,2% lavora da meno di 5 anni, 15,8% da 5 a 10 anni, 19,2% da 10 a 20 anni, 46,8% oltre 20 anni; le categorie professionali maggiormente rappresentate sono quelle infermieristiche (32%) e quelle meno rappresentate sono quelle degli assistenti sociali (5,9%) e degli operatori socio-sanitari (3%). In base ai Servizi Dipartimentali di afferenza il campione è composto per il 29,6% da operatori della UONPIA, per il 57,6% della Psichiatria e per il 11,8% delle Dipendenze.

Del campione complessivo così composto, il 71,9% (N=146) dei rispondenti ha dichiarato di avere vissuto come "traumatico" *almeno un evento della propria vita professionale*. La distribuzione per Servizio non ha evidenziato differenze statisticamente non significative (Chi-sqr 5,194, df=2, p=0,074), pertanto i risultati dei tre Servizi verranno analizzati nel loro complesso; da notare, tuttavia, che gli operatori della Psichiatria riportano una frequenza leggermente superiore all'attesa di esposizione a eventi traumatici (91/117) rispetto a quelli delle dipendenze (15/24) e della UONPIA (38/60). I dati analitici sono riportati nella tabella 2.

Indagando il tipo di trauma cui sono stati esposti gli operatori, il più frequente è risultato essere aggrediti fisicamente da un paziente o aver saputo della morte per suicidio di un paziente (23,6 e 24,3% del campione, rispettivamente); sempre nell'ambito dell'aggressività, anche l'aggressione verbale da parte di un paziente è risultata

riferita con una frequenza discretamente elevata (17,9%). Le altre categorie di eventi traumatici sono risultati meno frequenti.

In questo caso invece risultano differenze significative tra i tre Servizi rispetto al tipo di trauma riportato (tabella 3).

Tabella 1 – descrizione del campione

ETÀ (4 missing)		
<30	14	6,9
31-40	32	15,8
41-50	64	31,5
>50	89	43,8
Totale	199	98,03
SESSO (4 missing)		
F	150	73,9
M	49	24,4
Totale	199	98,03
PROFESSIONE (4 missing)		
Assistente sociale	12	5,9
Educatore / TeRP	28	13,8
Infermiere	65	32
Logopedista/psicomotricista/altro	31	15,3
Medico	29	14,3
Oss	6	3
Psicologo	28	13,8
Totale	199	98,03
SERVIZIO (2 missing)		
Dipendenze	24	11,8
Psichiatria	117	57,6
UONPIA	60	29,6
Totale	201	99
ANNI DI SERVIZIO (1 missing)		
<5	37	18,2
5 - 10	32	15,8
11 - 20	39	19,2
>20	95	46,8
Totale	203	100

Tabella 2 – esposizione a eventi traumatici

ESPOSIZIONE A TRAUMA		
sì	146	71,92%
TIPO DI TRAUMA		
Aggressione verbale da parte di un paziente	25	17,86%
Aggressione fisica da parte di un paziente	33	23,57%
Racconto, notizia di un trauma/reato subito da un paziente	15	10,71%
Racconto, notizia di violenza/reato commesso da un paziente	6	4,29%
Coinvolgimento come professionista in un procedimento giudiziario riguardante un paziente	15	10,71%
Tentativo di suicidio di un paziente	6	4,29%
Morte per suicidio di un paziente	34	24,29%
Altro evento	6	4,29%
Totale risposte valide	140	

In particolare, gli operatori della UONPIA descrivono una significativamente più alta prevalenza dei seguenti eventi traumatici: racconto di trauma o violenza subita da parte di un paziente, coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario e altro (morte di un utente minore per cause naturali). Lo stesso sottogruppo descrive invece con frequenza significativamente inferiore rispetto al campione principale l'esposizione al trauma morte per suicidio di pazienti e l'esposizione ad aggressione fisica da parte di paziente. Per il Servizio di Psichiatria, risultano invece riportati con maggiore significatività i seguenti eventi: aggressione fisica e morte per suicidio di un paziente. Viceversa diminuiscono: racconto di trauma o violenza subita da parte di un paziente e coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario. Infine rispetto al Servizio delle Dipendenze, risultano invece significativamente più traumatici il coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario mentre il meno frequente è la morte per suicidio di un paziente.

Tabella 3 – tipo di evento (nel campione degli esposti)

	Dipendenze	Psichiatria	UONPIA	Totali per categoria
Aggressione verbale da parte di un paziente	3	12	10	25
Aggressione fisica da parte di un paziente	3	27*	3**	33
Racconto, notizia di un trauma/reato subito da un paziente	2	3**	10*	15
Racconto, notizia di violenza/reato commesso da un paziente	2	3	0	5
Coinvolgimento come professionista in un procedimento giudiziario riguardante un paziente	4*	3**	8*	15
Tentativo di suicidio di un paziente	0	5	1	6
Morte per suicidio di un paziente	1**	30*	2**	33
Aggressione verbale da parte di un paziente	0	2	4	6
Totali per servizio	15	85	38	138
Pearson Chi-Square	=55,891	df=14	P<0,001	

* frequenza maggiore dell'atteso; ** frequenza inferiore all'atteso

Tabella 4 – reazione provata dopo esposizione all'evento

	N	%
Pensieri intrusivi / rimuginazioni sull'evento	69	52,3%
Evitamento di situazioni che richiamassero l'evento	18	13,6%
Aumentato arousal in situazioni simili	21	15,9%
Malessere fisico	12	9,1%
Labilità emotiva	12	9,1%
Campione totale con risposte valide	132	

Inoltre, rispetto all'evento traumatico, sono state indagate le *conseguenze del trauma stesso*, a livello personale (per N= 134 rispondenti) e a livello lavorativo (per N=126 rispondenti); i dati sono dettagliati rispettivamente nella tabella 4 e nella tabella 5. Le differenze tra operatori appartenenti ai diversi servizi non sono risultate statisticamente significative, viene quindi data la descrizione del campione aggregato. Emerge con chiarezza come l'evento

Tabella 5 – conseguenze sul lavoro

	N	%
Nessuna conseguenza	20	13,9%
Assenza dal lavoro	2	1,4%
Irritabilità, distraibilità, difficoltà di concentrazione	12	8,3%
Senso di sfiducia, insicurezza, incertezza su di sé, dubbi sul proprio operato, difficoltà di presa di decisione	50	34,7%
Senso di impotenza, inutilità	60	41,7%
Campione totale con risposte valide	144	

traumatico nella maggioranza degli operatori esposti abbia determinato una condizione di rimuginazione e ripresentazione costante di quanto successo, e sul piano dell'impegno lavorativo una sensazione di insicurezza e sfiducia nelle proprie capacità professionali.

Nel campione di soggetti esposti le *soluzioni trovate* per gestire l'impatto dell'evento traumatico (per N=134 rispondenti) sono descritte nella tabella 6. Anche in questo

caso le differenze tra operatori appartenenti ai diversi servizi non sono risultate statisticamente significative, viene quindi data la descrizione del campione aggregato. Il dato evidenzia come il supporto tra pari sia lo strumento più frequentemente utilizzato.

Le ultime domande chiuse erano invece volte ad esplorare il tema delle eventuali *denunce* connesse ai traumi riferiti dai pazienti e *rapporti con gli Organi Giudiziari*, occorsi nell'esercizio della propria professione, in qualità di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio. I dati hanno evidenziato come tale evento sia stato riportato in circa il 25% dei soggetti rispondenti, ma risultano in questo caso differenze significative tra i sub-campioni dei tre Servizi: in particolare il coinvolgimento in procedimenti giudiziari risulta significativamente più elevato per la UONPIA, significativamente meno elevato per la Psichiatria e in linea con il campione principale per le Dipendenze. In tabella 7 i dati di dettaglio.

Nei soggetti che hanno effettuato una denuncia, il 76% (per N= 63) dei rispondenti si riteneva al corrente dei propri diritti e doveri e dell'iter giudiziario che avrebbe dovuto affrontare.

Tabella 6 – soluzioni ricercate

	N	%
Nessuna	12	8,3%
Supporto équipe professionale/ colleghi	76	52,8%
Supervisione	22	15,3%
Richiesta di esperti/ formatori/ consulenti esterni	12	8,3%
Percorsi di supporto / sostegno psicologico a vario titolo, fuori azienda	13	9,0%
Situazione ancora non risolta	9	6,3%
Campione totale con risposte valide	144	

Chiudevano, infine, il questionario due domande aperte, relative a:

– *cosa fosse mancato nel trovarsi ad affrontare l'evento traumatico:*

Le risposte ottenute sono state suddivise nelle seguenti macrocategorie (soggetti rispondenti = 92, per risposte multiple N = 109, corrispondente al 116,28%):

- Supervisione (esterna) (n= 11): 11%
- Esperienza (distacco, competenze, conoscenze, non aver colto segnali...) (n=10): 10,8%
- Supporto équipe (emotivo, empatia, sostegno psicologico, condivisione di intenti) (n=47): 51,08%
- Collaborazione con le Forze dell'Ordine (n=4): 4,3%
- Conoscenze in ambito giuridico/legale (T.O., T.M., mancanza di informazioni per fare segnalazioni, procedure, iter da seguire) (n= 10): 10,8%
- Supporto agli operatori (Legale, psicologico, spazio di ascolto per operatori) (n=11): 11%
- Formazione specifica (n=3): 3,2%
- Mancanze strutturali (n= 6): 6,5%
- Rete, altri enti, testimoni (n=7): 7,6%

– *e che cosa potesse essere utile per la gestione futura di eventi simili:*

Le risposte ottenute sono state suddivise nelle seguenti macrocategorie (su N soggetti = 94, per risposte multiple N = 121, corrispondente al 128,51%):

- Informazioni in ambito giuridico/tutela operatori (supporto, tutela, consulenza legale, informazioni sulle procedure, riferimenti a cui rivolgersi) (n= 18): 19,1%
- Counseling psicologico per operatori (supporto psicologico/ psicoterapia) (n= 16): 17,02%
- Aiuti strutturali / ausili (es. campanello) (n= 4): 4,2%
- Collaborazione con le Forze dell'Ordine (n=5): 5,3%
- Supporto équipe (condivisione emotiva, presenza/ intervento dei colleghi) (n= 34): 36,1%
- Supervisione (esterna, periodica, gruppi di lavoro, audit) (n=25): 26,59%
- Formazione specifica (de escalation, prevenzione) (n= 19): 20,2%

Tabella 7 – denunce effettuate in servizio correlate al ruolo

	Dipendenze	Psichiatria	UONPIA	Totali per categoria
Non risposta	1	1	2	4
Sì	6	18**	26*	50
No	17	98*	32**	147
Count	24	117	60	201
Pearson Chi-Square	=17,547	Df=2	P<0,001	

RISULTATI

Questa ricerca ha indagato l'impatto del trauma sugli operatori psico-socio-sanitari di un intero Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Nella stessa ASST, nel 2016, era stato condotto uno studio analogo per valutare però un solo tipo di evenienza traumatica, l'aggressione subita ai danni dei lavoratori (Guglielmetti et al., 2016). I risultati di quel lavoro (relativo a dati raccolti nel 2013) evidenziavano un tasso inferiore di risposta ai questionari (il 48% dei 620 questionari distribuiti), una minore specificità (erano stati coinvolti tutti i lavoratori afferenti non solo all'area della psichiatria ma anche del pronto soccorso, della pediatria, della ginecologia-ostetricia e dei servizi ambulatoriali territoriali e ospedalieri), ma sostanzialmente le stesse problematiche: circa il 23% degli operatori riferiva di essere stato esposto ad eventi aggressivi (verbali o fisici) o a minacce da parte dell'utenza. Una grande quota di eventi è stato gestito con un colloquio con l'utente o con indifferenza (non è stata fatta alcuna segnalazione né sono stati presi provvedimenti di gestione di alcun tipo). Le reazioni emotive dei soggetti coinvolti hanno mostrato come molto frequenti la rabbia, la paura ma anche la tristezza. Più della metà degli operatori coinvolti ha cercato ed ottenuto aiuto per gestire le sue risposte emotive, ma ben il 15% di loro riteneva di "non averne bisogno". La maggior parte dell'aiuto derivava dal supporto dei colleghi, solo una minima parte di soggetti ha cercato aiuto strutturato esterno al servizio. Le ricadute sul piano lavorativo nella maggior parte dei soggetti non sono state negative, anche se una quota significativa ha

dichiarato disaffezione per il lavoro. Il presente lavoro è invece andato ad indagare una più ampia area di eventi traumatici: gli eventi traumatici indagati sono stati intesi in un'accezione ampia comprendente sia traumi diretti (aggressioni verbali o fisiche) sia traumi indiretti, nella misura in cui l'operatore si trova a confrontarsi con le esperienze gravemente traumatiche dei propri pazienti e con il riverbero psicologico delle stesse. Tale indagine ha permesso di mettere in luce come l'esperienza di un evento traumatico così inteso per gli operatori sia largamente diffusa e significativa, per quasi i tre quarti del campione. Inoltre questo lavoro si è limitato ad indagare un campione specifico (ancorché numericamente consistente) di lavoratori della ASST, quello del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, a fronte dell'oggettiva maggiore esposizione degli operatori ad eventi traumatici non solo diretti (comuni, questi, ad altre aree lavorative) ma soprattutto indiretti, data la peculiarità specifica della mission lavorativa. All'interno del DSMD non si evidenzia complessivamente un Servizio più esposto degli altri ad eventi traumatici, i dati di UONPIA, Psichiatria e Dipendenze risultando assimilabili. Tuttavia la tipologia dei traumi risulta diversa e specifica per i diversi Servizi del DSMD: per la UONPIA risultano più significativi i racconti dei traumi subiti dai pazienti e le implicazioni giudiziarie spesso ad essi conseguenti; per la Psichiatria prevalgono invece i suicidi dei pazienti e le aggressioni fisiche subite dagli operatori; infine per le Dipendenze emergono i racconti di reati commessi dai pazienti e il coinvolgimento degli operatori in procedimenti giu-

diziari. Il costo della cura di tali professioni di aiuto è risultato elevato e si è manifestato prevalentemente nella forma di pensieri intrusivi sull'accaduto e, anche se con minore frequenza, come aumento dello stato di arousal, dato comparabile con la citata ricerca precedente (Guglielmetti et al., 2016). Sulla vita lavorativa degli operatori, ha prodotto in larga parte sfiducia, insicurezza e dubbi sul proprio operato, fino ad arrivare a sensazioni di impotenza, inutilità e inefficacia. Anche questo dato è in linea con la citata ricerca precedente. La reattività emotiva reattiva a quanto vissuto ha prodotto in alcuni casi assenza dal lavoro, ma in chi non si è assentato il costo emotivo è stato dichiarato molto elevato nel continuare a svolgere la propria professione. Il personale ha prioritariamente utilizzato la propria équipe come risorsa per affrontare il trauma (così come nella citata ricerca del 2016), ricorrendo tuttavia talvolta anche a supporti ed esperti esterni, prevalentemente nella forma di supervisioni. Per quanto riguarda invece il tema delle denunce e dell'eventuale coinvolgimento in procedimenti di tipo giudiziario, questi risultano essere vissuti come esperienze traumatiche, in modo significativo, prevalentemente per gli operatori del Servizio per i minori e le Dipendenze, in misura inferiore invece per la Psichiatria.

Infine, gli operatori hanno avuto la possibilità di esprimersi rispetto a ciò che fosse loro mancato nell'affrontare l'esperienza traumatica e ciò che avrebbero ritenuto utile per gestire eventuali eventi futuri; ciò ha consentito di mettere in luce come sia in atto un cambiamento nei Servizi, specie in tema di sicurezza e di prevenzione, tuttavia gli operatori hanno evidenziato ulteriori bisogni specifici che spaziano da un counseling mirato sul trauma, a formazione in ambito giuridico, ad una costante attività di supervisione.

CONCLUSIONI

Lo studio mette in luce la significatività del tema del trauma sugli operatori della Salute Mentale e Dipendenze. L'operatore sanitario, anche in funzione del suo ruolo,

si trova facilmente esposto a situazioni potenzialmente traumatiche, che sono suscettibili di ripercuotersi sia sul suo benessere psicologico personale che sul suo operato professionale. Gli eventi traumatici impattano negativamente sul benessere degli operatori, determinando esaurimento emotivo, depersonalizzazione e scarsa soddisfazione al lavoro. L'impatto sul benessere degli operatori è differenziato per aree specifiche, sebbene con aspetti comuni e sovrapponibili.

Alcune risorse dell'ambiente lavorativo possono agire come fattori protettivi, in particolare il supporto tra pari, sebbene siano necessarie ulteriori riflessioni in termini di riorganizzazione dei Servizi per poter mettere in campo quante più risorse protettive e proattive a tutela della salute psicologica degli operatori dei DSMD, tra i quali una maggiore chiarezza dei ruoli professionali (spesso messa in crisi dalle carenze del personale e da comportamenti vicarianti le figure mancanti) e un maggiore coinvolgimento nella progettazione e gestione dei cambiamenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze*

ASST Melegnano e della Martesana – PreSST Gorgonzola, Via Bellini 5, 20064 Gorgonzola

Corrispondenza a: federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Figley, C. R. (Ed.). *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel (1995).
2. Manna V., Di Cuonzo F. *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica? Psychiatrist burnout or psychiatric assistance burnout?* Riv. Psichiatr. 53(2):65-79, 2018
3. Grant J., Devilly, Wright R., Varker T. *Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals*. Aust N Z J Psychiatry. 43(4):373-85, 2009
4. Lasalvia A., Tansella M. *Occupational stress and job burnout in mental health: Stress lavorativo e burnout in salute mentale*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20(4):279-285, 2011
5. De Figueiredo S., Yetwin A., Sherer S., Radzik M., Iverson E. *A cross-disciplinary comparison of perceptions of compassion fatigue and satisfaction among service providers of highly traumatized children and adolescents*. Traumatology, 20(4), 286-295, 2014
6. Sabin-Farrell R., Turpin G. *Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?* Clin Psychol Rev, 23(3):449-80, 2003
7. Kumar S. *Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?* Epidemiol Psychiatr Sci; 20(4):295-301, 2011
8. S. Priebe, U. Reininghaus, *Fired up, not burnt out – focusing on the rewards of working in psychiatry*, Epidemiol Psychiatr Sci; 20(4):303-305, 2011
9. Jaffe, P. G., Crooks, C. V., Dunford-Jackson, B. L., Town, J. M. *Vicarious Trauma in Judges: The Personal Challenge of Dispensing Justice*. Juvenile and Family Court Journal, 54: 1-9, 2003
10. Magnavita N., Heponiemi T., Bevilacqua L., Capri A., Rocca K., Quaranta D., Ciriello S., Gabriele M., Giudice A., Lilli M., Magnavita G., Polselli G., Carbone A., Quintavalle G., Squarcione S., Bergamaschi A. *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni*. G Ital Med Lav Ergon, 33(3 Suppl):274-7, 2011
11. Carmassi C., Gesi C., Simoncini M., Favilla L., Massimetti G., Olivieri M.C., Conversano C., Santini M., Dell'Osso L. *DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment*. Neuropsychiatr Dis Treat. 12: 375-381, 2016
12. Guglielmetti C., Gilardi S., Licata M., De Luca G. *L'esperienza degli operatori con i pazienti aggressivi e i loro accompagnatori: uno studio trasversale in quattro aree cliniche [The healthcare operators' experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments]*. Medicina del Lavoro, 107(3):223-234, 2016

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni