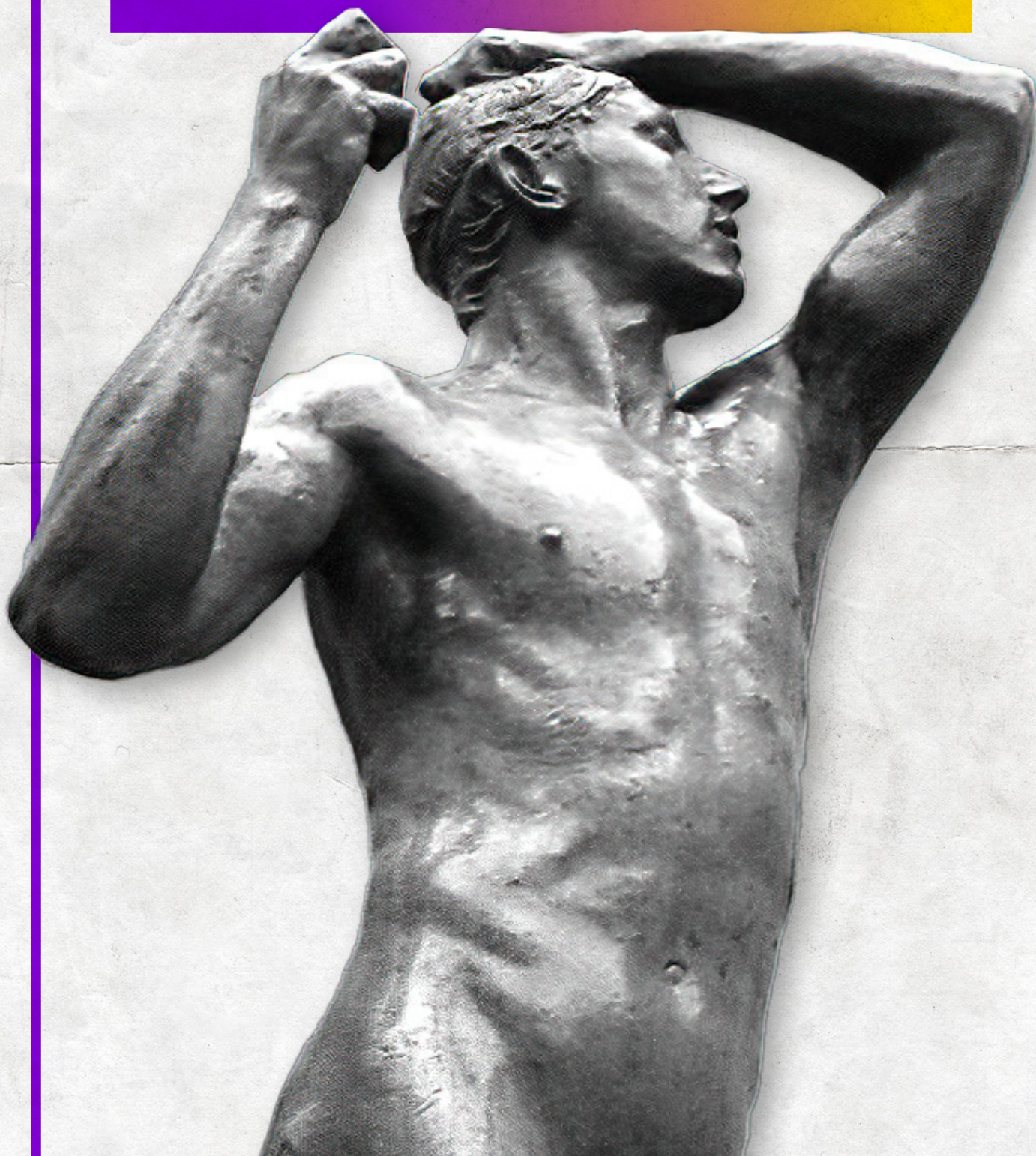




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni da Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Garbagnate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biagi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

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

4 L'antica ed irrisolta antinomia tra curare l'individuo e proteggere l'ordine pubblico
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Rimodulazione delle attività riabilitative presso una CRA pubblica: descrizione di un'esperienza sul territorio lomellino
di Figliano G., Verlich M., Quasoli R., Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.

21 Invidia degli dei e delle dee nell'antichità e nell'età moderna
di Loi M.

31 "Qua la zampa E' ell"
Esperienza innovativa di Educazione Assistita dall'Animale come integrazione e collaborazione tra servizi
di Luchini G.A., Cozzani S., Durbano F.

40 L'esperienza del Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda: studio proiettivo descrittivo
di Morganti C., Chini A., Carducci A., Lamperti M., Lanzo F., Prezioso M., Scagnoli S., Porcellana M., Percudani M.

51 Utilizzo di Esketamina nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari sull'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST LODI
di Pinto M., Arienti V., Ferrari M., Magnani G., Marcolini M., Vercesi M., Saenz M., Cerveri G.

56 Sviluppo di un modello di integrated care management per pazienti con gravi disturbi mentali e rischio cardiovascolare
di Salvi V., Sessini M., Cogrossi S., Rossetti R.

67 La violenza diretta contro l'operatore sanitario
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

77 contributo s.i.s.i.s.m. società italiana di scienze infermieristiche in salute mentale

Il Case Management: catalizzatore di cambiamento e di crescita professionale
Report sull'applicazione di una metodologia di lavoro in un DSM e riflessioni sui risultati attesi e sui risultati ottenuti
di Compagnone M., Brucchi A.R., Dentici D., Tassinari S., Dionigi G., Pizzetti M., Rossi F.

88 contributo al terapeuta associazione italiana tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale
Bildungsroman: ATS AITeRP cresce
di Fiolanti B., Fossati E.M., Scagliarini V.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

92 La Psichiatria e la difficile e forse impossibile riduzione della complessità
Riflessioni a un anno dall'omicidio di Barbara Capovani
di Amadori A. e Borghetti S.

In copertina: L'età del bronzo, Auguste Rodin 1875 - 1876
© Daniel Ulrich, [reedots / Wikimedia Commons / CC-by-sa-2.0-de](#)

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

La violenza diretta contro l'operatore sanitario

Toscano M.

Il tema delle aggressioni al personale sanitario rappresenta un aspetto emergenziale che attraversa trasversalmente l'intero campo della medicina sebbene venga percepito in maniera più acuta in alcuni ambiti quali quelli del Ps, della medicina d'urgenza e della psichiatria. Il dato INAIL di marzo 2024 segnala circa 6000 episodi aggressivi nel triennio 2020-2022 di cui 2243 solo nell'ultimo anno, valore che corrisponde ad un incremento delle segnalazioni del 14% rispetto all'anno precedente. Questo giornale ha già dedicato contributi e riflessioni sull'argomento (Vender, 2023; Camuccio et al. 2021), a testimonianza della centralità ed attualità del fenomeno. Parimenti, negli ultimi anni, il mercato dell'editoria va proponendo sempre più numerosi prodotti a sostegno degli operatori che permettano di conoscerne, nei limiti del possibile, prevenire e trattare il fenomeno (Cannavò, 2020; Camatti et al. 2023).

LA SITUAZIONE GENERALE

Se si abbraccia l'intero campo della sanità i due elementi che emergono sono l'ubiquitarietà e la crescita progressiva degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario in tutte le nazioni del globo e la rappresentazione sottodimensionata della reale entità del fenomeno dovuto ad un difetto di segnalazione (Li et al. 2018; Shea et al. 2017). La violenza verso i sanitari, un tempo appannaggio perlopiù degli scenari di guerra, oggi è divenuta di comune riscontro nei contesti ordinari di lavoro (Bellizzi et al. 2021).

Una recente *Global survey* che ha raccolto dati di 79 paesi, per un totale di 5405 risposte, ha messo in luce come il 55% di tutte le figure sanitarie intervistate abbia sperimentato almeno un episodio di violenza nei

propri confronti mentre il 16% ne è stato testimone verso colleghi. L'analisi univariata dei risultati ha consentito di tracciare il profilo della vittima-tipo: età compresa tra i 26 e i 65 anni, sesso femminile, ruolo professionale infermiere, medico e assistenziale, contesto di lavoro pubblico, ed esperienza lavorativa superiore ad un anno e turni di notte (Banga et al. 2023). Quindi un target piuttosto ampio sia per età che per competenze che consente di concludere come la violenza subita sia un fenomeno che non risparmia nessun operatore. La forma di violenza più comune è quella verbale (50,9%) seguita da quella emotiva (29,5%) e fisica (21,4%). Alle modalità "classiche" dobbiamo ora aggiungere la violenza Online/Cyber attestata al 4,8% dei casi. L'esito è prevedibile: il 55% esprime insoddisfazione verso il lavoro e calo motivazionale mentre il 25% esprime l'intenzione di abbandonare il lavoro.

Un dato ancora più inquietante è quello che emerge da una *umbrella review* che ha preso in considerazione 32 review sistematiche di cui 19 includenti una meta-analisi. Secondo questa ricerca la prevalenza degli agiti violenti nei confronti degli operatori sanitari è pari al 78,9% con un impatto particolarmente marcato sulla figura infermieristica operante in ambito di salute mentale. (Rossi et al. 2023)

In Italia, con la Legge 113 del 14 agosto 2020, è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), la cui relazione delle attività per l'anno 2023 esordisce sottolineando "La crescita esponenziale e preoccupante di episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie". Nella sezione dedicata all'inquadramento del fenomeno globale il documento mette in luce alcune criticità connesse al manifestarsi della violenza:

- L'incremento della spesa sanitaria dovuta al crescere della cosiddetta medicina difensiva il cui presupposto è il tentativo di limitare i contenziosi sia legali che, nel caso occorresse, sul campo

- Il riscontro dello scarso utilizzo di strumenti di indagine validati a livello internazionale. La letteratura esistente o i risultati contrastanti proprio per carenza di strumenti appositamente progettati e validati
- L'eterogeneità tra i diversi paesi del quadro normativo e regolatorio per la prevenzione e contrasto del fenomeno violento.
- L'assenza di iniziative che portino ad identificare regolamenti e norme condivise a livello sovranazionale, sia negli Stati Uniti che in Europa.

Non viene invece fatta menzione alcuna della conseguenza che maggiormente si sta mettendo in discussione i servizi ovvero l'effetto di disaffezione nei confronti del lavoro e, conseguentemente, la scelta di molti operatori di abbandonare una determinata area lavorativa particolarmente a rischio se non addirittura la fuoriuscita dal sistema sanitario.

Sebbene l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2022), altre organizzazioni internazionali e associazioni professionali abbiano sollevato l'attenzione sul fenomeno e promosso il suo monitoraggio, poco è stato fatto di concreto sul piano delle misure protettive e delle politiche di prevenzione (Kuhlmann et al. 2022). Anche la violenza verso i sanitari divenga un soggetto politico di rilievo ed un elemento di crisi del sistema di salute pubblica Kuhlmann (op.cit) ha avanzato alcune proposte di carattere politico e strategico:

- **Preparare gli operatori sanitari.** Integrare la prevenzione alla violenza nell'educazione e formazione del personale attraverso l'addestramento all'autoprotezione da attacchi violenti; acquisizione di *coping strategies* orientate al benessere e alla salute mentale; acquisizione di competenze comunicative finalizzate alla *de-escalation*; realizzazione di modelli di addestramento multi-professionali centrati sul team dedicati all'incremento di azioni coordinate (livello micro e di singolo attore)
- **Proteggere gli operatori sanitari.** Migliorare l'impat-

to e l'applicazione delle leggi esistenti nonchè definire la prevenzione della violenza come compito generale; implementare linee guida e strategie di prevenzione e protezione improntate a tolleranza zero; realizzare momenti di informazione, supporto telefonico e sostegno alla salute mentale (livello organizzativo e di management)

- **Approntare sistemi di monitoraggio e rilevazione,** incrementare le evidenze di ricerca ed il finanziamento di programmi (livello di politica sanitaria)
- **Coinvolgere il pubblico, i media e la comunità,** incluse le forze dell'ordine; sensibilizzare la sensibilità; promuovere campagne coordinate (livello pubblico locale e politico)
- **Rinforzare la società civile e la leadership di organizzazioni sanitarie pubbliche internazionali,** a cominciare con azioni coordinate (livello di politica sanitaria globale/europea)
- **Promuovere azioni contro la violenza sui sanitari a tutti i livelli di governance,** ponendo attenzione al *gender* e agli aspetti razziali

In materia di protezione del personale sanitario l'ONSEPS ricorda come, la legge del 2020 da cui nasce l'organismo stesso, ha stabilito che le lesioni personali riportate da operatori sanitari siano direttamente perseguibili d'ufficio. Tuttavia si avverte la necessità di sviluppare strategie preventive nella pratica quotidiana che riducano il ricorso all'autorità giudiziaria.

In merito è notevole interesse la pubblicazione di uno strumento operativo pubblicato in Italia dal titolo "Violenza nei luoghi di lavoro e rischio aggressione. Guida pratica alla prevenzione" (Camatti et al. 2023) che affronta temi quali le misure preventive, la definizione di un piano di ricorso alle emergenze, interventi di formazione-informazione e addestramento rivolti agli operatori, nonché l'analisi dei fenomeni sociali e psicologici implicati nella genesi degli episodi di violenza in ambito sanitario.

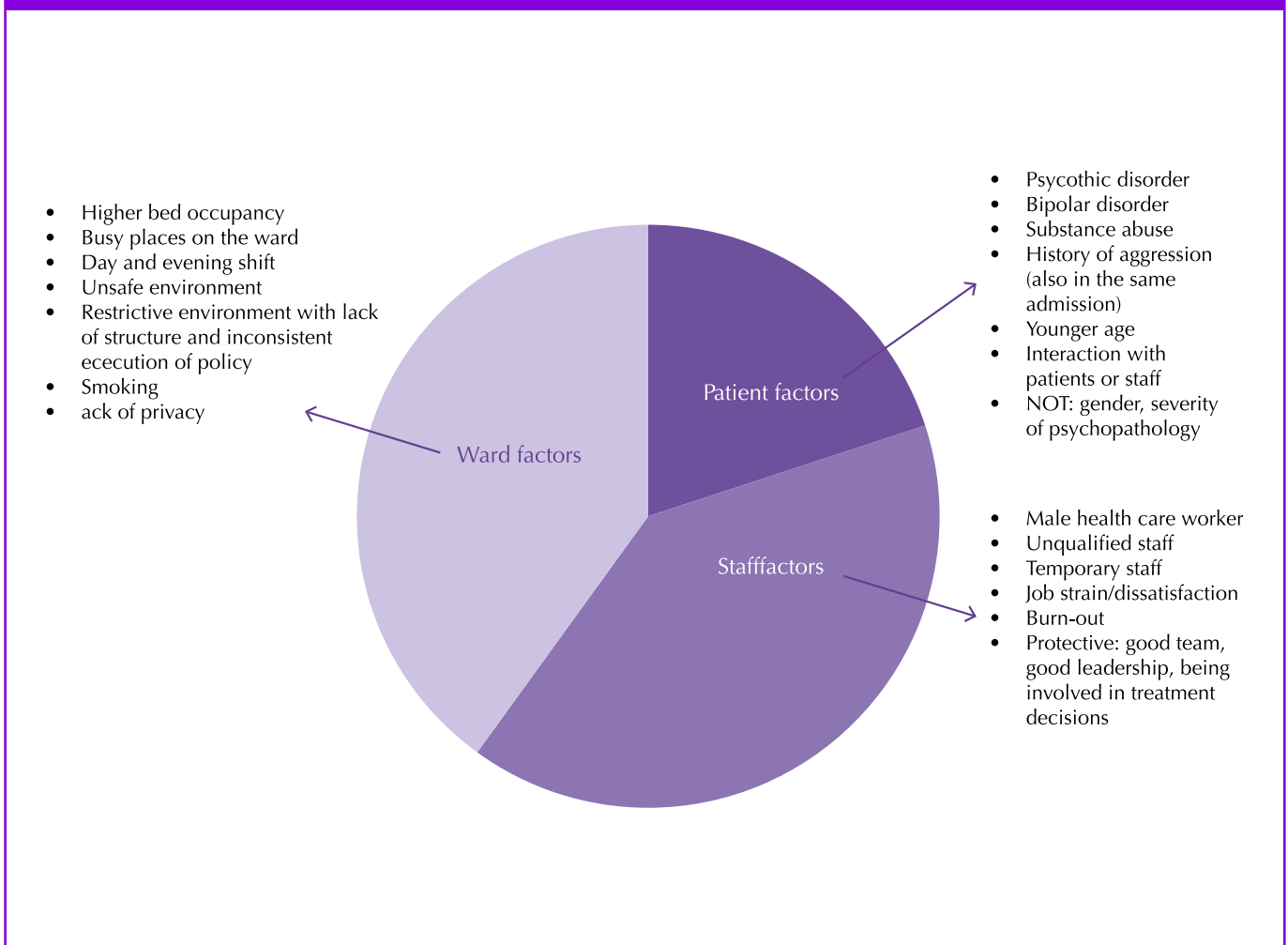
L'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE

Da qualche anno a questa parte gli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario della salute mentale sono in rapida crescita, sia nei reparti di psichiatria che all'interno dei servizi territoriali, e cioè da quando è cresciuta e omenzialmente la presenza dei pazienti con disturbo di personalità, uso di sostanze e condotte antisociali.

Una recente revisione sistematica (Weltens et al.2021) ha valutato i risultati di 146 studi relativi alla prevalenza e ai fattori di rischio per aggressioni all'interno delle corsie psichiatriche. Il dato di prevalenza è estremamente variabile (8-76%) e può essere ricondotto a tre insiemi di variabili elicative che sono il paziente, lo staff e i fattori legati alla corsia (Fig.1). Diagnosi quali psicosi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, pregressi episodi di aggressione e giovane età del paziente sono tra i principali

fattori responsabili dell'agito aggressivo sul versante del paziente. Mentre le variabili che si riferiscono all'operatore sono relative al genere maschile, alle mansioni meno qualificate ed al rapido turn over del personale, al distress lavorativo, alla scarsa soddisfazione nei confronti del lavoro ed al conseguente burn-out che mina e impoverisce la relazione con l'ospite. Per contro teams ben funzionanti, una leadership valida ed il coinvolgimento degli operatori nei processi decisionali si pongono come altrettanti fattori protettivi. Non da ultimo emerge l'importanza degli aspetti organizzativi e strutturali del contesto: corsie affollate, con alti tassi di occupazione dei posti letto, giro visite frettoloso ed itinerante, ambienti angusti e non pensati per la sicurezza, abitudine al fumo e mancanza di privacy sono tutti elementi che innescano e/o fanno detonare l'agito aggressivo.

Figura 1. Contributo dei differenti fattori allo sviluppo dell'aggressione. Tratto da PLOS ONE,2021



È interessante guardare al fenomeno violenza assumendo il punto di vista dell'operatore per rendersi conto come la percezione soggettiva dell'accaduto risulti sbilanciata ovvero vengano messe in risalto principalmente le caratteristiche del paziente e minimizzato il peso degli aspetti organizzativi e strutturali (Pelto-Piri, 2020). Lo studio raccoglie i dati relativi a 283 episodi di violenza che hanno interessato 181 membri dello staff appartenenti a 10 corsie o sale psichiatriche. Viene presa in considerazione la sequenza cronologica dei fatti: prima dell'incidente, durante e dopo. Per ciascuno dei tre momenti vengono raccolte le "cause" percepite dallo staff secondo uno schema tripartito che riconosce fattori interni al paziente, fattori esterni - intesi come le caratteristiche dello staff e la sua organizzazione - ed infine fattori situazionali ossia l'attività e le circostanze in cui si sviluppa l'agito aggressivo. Le indicazioni conclusive cui giungono gli autori sono: a) la necessità di uno sforzo di prevenzione primaria inteso ad accrescere negli operatori la consapevolezza dei fattori organizzativo/situazionali come cause rilevanti di violenza; b) un approccio di prevenzione secondaria orientato all'aumento delle competenze dello staff in materia di tecniche di de-escalation; c) lo sviluppo di misure di prevenzione terziaria da parte del management che monitori regolarmente gli incidenti violenti e offra supporto psicologico agli operatori.

I medesimi autori hanno successivamente affrontato la questione dal punto di vista dell'utente dei servizi secondo una prospettiva di *inclusione* sociale declinata nei tre principali valori che sembrano caratterizzarla e cioè la *partecipazione*, la *reciprocità* e la *giustizia sociale* (Pelto-Piri, 2021). Riguardo alla partecipazione lo studio segnala la difficoltà che gli operatori incontrano nel coinvolgere il paziente nel processo di cura mentre gli utenti sottolineano la preoccupazione connessa a quanto succederà loro una volta dimessi. In tema di reciprocità gli operatori sembrano avere una visione più positiva della relazione in corso di ricovero rispetto al vissuto del paziente. Ma è proprio sull'ultimo aspetto

che si appuntano le critiche più serrate dell'utenza. Cure invasive, mancanza di sostegno, difficoltà di accesso ai servizi, esperienze negative legate alla coercizione dei trattamenti sembrano generare nell'utenza una percezione di ingiustizia sociale che alimenta la spirale della violenza. Paradossale, quanto purtroppo suggestiva della condizione di molti pazienti psichiatrici, la conclusione che l'ambiente di reparto venga comunque percepito come luogo più sicuro rispetto all'esterno.

Sempre in tema di prevenzione degli agiti aggressivi nell'ambito della salute mentale, una recente revisione sistematica (Lopez-Ros et al. 2023) ha elencato 38 misure raggruppate in quattro categorie di intervento che ruotano attorno ad un principio unificante e cioè quello del dialogo tra operatore e utente con l'intento di modificare gli atteggiamenti dell'utente:

- Incremento della comunicazione e creazione di legami tra utente e professionisti
- Potenziamento dell'informazione ed addestramento dell'utente
- Coinvolgimento dell'utente nel processo decisionale condiviso con lo staff
- Gruppi di supporto a favore dell'utente

Questo approccio rientra in una visione del rapporto medico-paziente che si ispira al modello della *shared decision making* (NICE, 2021) che anche l'ambito della salute mentale sta cercando di sviluppare e fare proprio (O'Brien, 2022; Aoki et al. 2022).

Riguardo al contesto nazionale, la già citata indagine del Ministero della Salute (ONSEPS), sebbene molto articolata e tuttora in via di perfezionamento, non ha effettuato una specifica analisi dei dati relativi alla salute mentale. Tuttavia nella sezione dedicata alla raccolta dei dati Regionali e delle Province Autonome trasmesse dai CRGRS (Centri Regionali per la gestione del Rischio Sanitario) vengono forniti elementi di contesto tra i quali la sede ove si verificano gli agiti violenti. Il dato è relativo a tutte le Regioni e Province Autonome con

l'eccezione della Sicilia (*Tabella 1*). Si tratta di un dato meramente descrittivo che andrebbe rapportato ad altre variabili epidemiologiche che ne permettano la comparazione. Inoltre la scelta di accorpare il dato territoriale con quello proveniente dalle REMS appare, a giudizio di chi scrive, ulteriore elemento di confusione tenuto conto delle peculiari caratteristiche della popolazione autrice di reato. In ogni caso, anche ad uno sguardo superficiale, balza all'occhio una estrema variabilità dei risultati che non consente di concludere per una diversa incidenza del fenomeno quanto piuttosto per la scarsa attenzione dedicata al monitoraggio dello stesso.

Tabella 1. Numero di segnalazioni agiti violenti per singola Regione

Regione	SPDC	Territorio/ REMS
Abruzzo	13	0
Calabria	4	6
Campania	14	15
Emilia Romagna	303	151
Friuli-Venezia-Giulia	70	53
Lazio	71	66
Liguria	102	9
Lombardia	664	370
Marche	4	<3
Molise	5	-
Piemonte	206	68
P.A. Bolzano	38	5
P.A. Trento	6	20
Puglia	37	4
Sardegna	56	<3
Toscana	156	92
Umbria	14	3
Valle d'Aosta	8	-
Veneto	301	279

Fonte: Dati ONSEPS 2023

LE CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA

Una riflessione particolare va alle conseguenze della violenza che, il più delle volte, si prolunga oltre il momento dell'erosione per estendersi alla famiglia della vittima e alla rete delle relazioni sociali. La maggior parte delle ricerche che si sono focalizzate sugli esiti della violenza perpetrata ai danni degli operatori riportano in modo inequivocabile esiti di rilievo sul versante della psicopatologia (Wang et al, 2022), con l'eccezione di studi isolati che sembrano non confermare l'associazione verosimilmente a causa di debolezze metodologiche (Renwick et al, 2019). Nel citato lavoro di Wang e colleghi vengono studiati 112 psichiatri in cui si sono verificati, per la prima volta, episodi di violenza. Ciascuno psichiatra è stato valutato per depressione ed ansia in quattro momenti di riferimento (7 giorni, 1,3 e 6 mesi). La rilevazione seriale sei sintomi ha permesso di disegnare la traiettoria in crescendo del disagio. L'incidenza dell'ansia a 7 giorni, 1,3 e 6 mesi è rispettivamente del 29.46, 41.96, 45.54 e 49.11%, con una differenza statisticamente significativa tra le quattro rilevazioni ($X^2=10.112$, $P=0.018$). L'incidenza della depressione ai medesimi time points equivale al 50.89, 50.89, 47.32 e 58.04% senza che si raggiunga la significatività statistica ($X^2=2.718$, $P=0.437$).

Un elemento di particolare interesse riguarda invece la "dinamica" attraverso la quale si sviluppano le manifestazioni depressive (FU et al, 2023). Il lavoro mette in risalto come il sentimento della paura sia il mediatore emotivo del passaggio verso la depressione. Il 72,8% degli operatori che hanno subito aggressioni di vario tipo sviluppano il sentimento della paura nei confronti dell'attività lavorativa con una prevalenza di sintomi depressivi del 45,9%. In conclusione quindi l'operatore che sperimenta la violenza fisica è anche quello che presenta i sintomi depressivi più marcati. Questa conclusione aiuta nella comprensione di un fenomeno noto da tempo ovvero che dopo un episodio di violenza subita si ingenera nell'operatore una condizione psicologica di "esitazione" che, in modo del tutto controintuitivo, porta talvolta

Tabella 2. Criteri diagnostici del Post-Traumatic Embitterment Disorder Tratto da Linden e Arnold, 2021

A. Core criteria

1. The patient responds with embitterment in direct relation to a negative life event which is experienced as injustice, humiliation, or breach of trust
2. The patient suffers from recurrent intrusional thoughts concerning the event and reacts with distinct emotional arousal when reminded of what has happened

B. Additional symptoms

1. The patient suffers from long-lasting dysphoric-aggressive-depressive mood reminiscent of depression with a somatic syndrome
2. The emotional modulation is unimpaired. The patient shows normal affect if he/ she is distracted and is even able to smile at thoughts of revenge
3. Drive is reduced and seems to be blocked
4. The patient experiences him-/herself as a victim
5. The patient experiences a feeling of helplessness and finds themselves unable to cope with the event and the consequences
6. The patient blames him-/herself for not having prevented the event or being unable to handle it
7. The patient does not care about what will happen to him/her and does not even know if he/she wants the wound to heal
8. The patient suffers from unspecific somatic symptoms, .g., sleep disorder, loss of appetite, fatigue, tension
9. The patient shows phobic avoidance of people or locations related to the event
10. The patient has suicidal ideation
11. The patient has recurrent thoughts of revenge and/or fantasies of aggression or extended suicide

C. There is no mental disorder in the year before the critical life event, which can explain the symptoms

D. The disorder causes significant stress and impairment in daily life

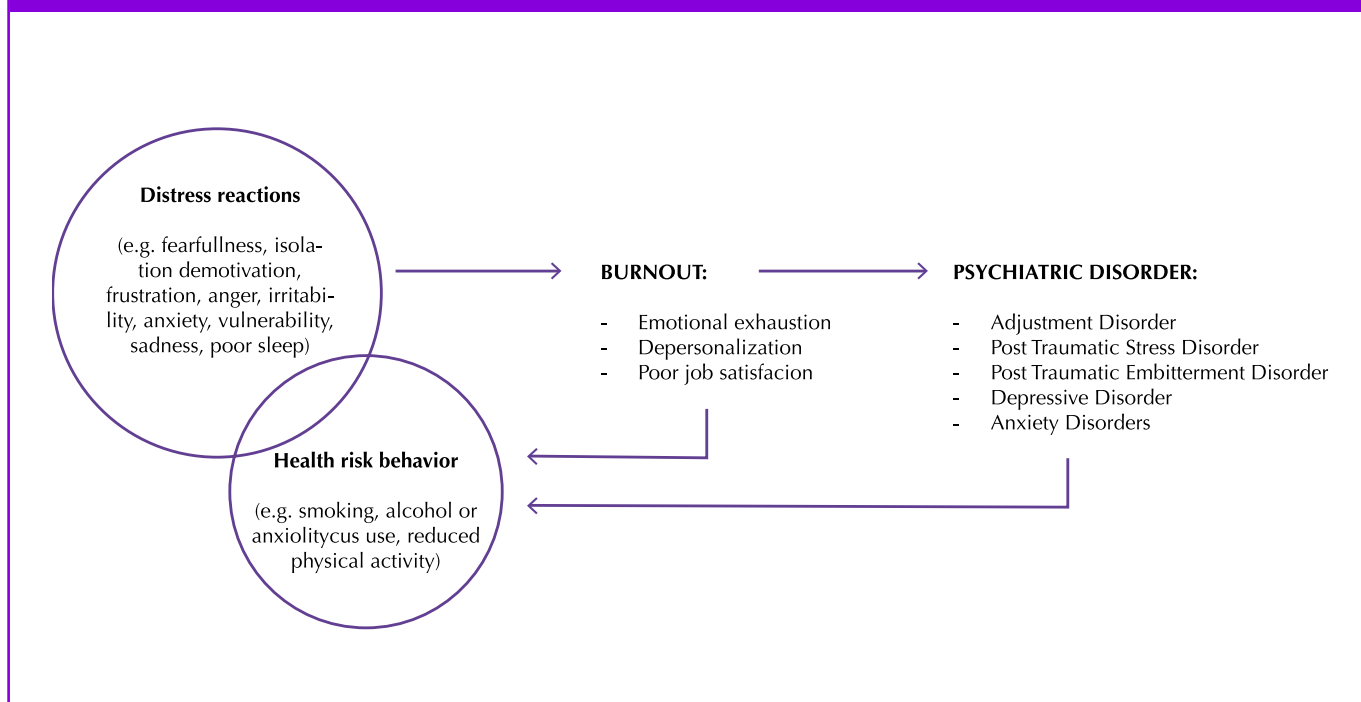
E. The problem lasts longer than 6 months

a procrastinare l'attuazione di atti necessari quali, ad esempio, la contenzione (Moylan et al, 2011). Ansia e depressione, innescatesi sulla paura, sembrano ingenerare un atteggiamento "attendi e" di fronte al pericolo che, a sua volta, incrementa il rischio di ulteriori aggressioni.

Accanto ad ansia e depressione, tra le conseguenze psicologiche della violenza, si colloca ovviamente il Disturbo post-traumatico da stress che sembra interessare il 16% degli operatori colpiti (Hilton et al, 2020). Tra i fattori di rischio che predicono all'insorgenza del PTSD sono rilevanti il genere, la scarsa preparazione ad affrontare situazioni critiche, la gravità del trauma (soprattutto fisico), l'esposizione cumulativa, la scarsa salute mentale antecedente l'episodio violento, il livello di neuroticismo (Hilton et al, 2021). Poco riconosciuto

ma ben presente alla mente di chi opera quotidianamente all'interno dei servizi è un affetto "post-traumatico" che ha a che fare con il sentimento morale dell'ingiustizia ed il vissuto di "amarezza" che ne consegue (Linden et Arnold, 2021). Gli autori, ripercorrendo la storia del concetto di "embitterment" e dei suoi legami con la querulomania di Kraepelin, richiamano l'attenzione sulle profonde ferite psicologiche che il sentimento di ingiustizia può ingenerare nella persona, ad esempio l'operatore che, pur prodigandosi nel suo lavoro, viene aggredito, ferito e talvolta scarsamente compreso e/o assistito dall'ambiente circostante. Questo scenario apre le porte ad un disturbo non riconosciuto dai sistemi diagnostici attualmente in uso (DSM e ICD) seppur descritto in letteratura come "Post-traumatic Embitter-

Figura 2. Conseguenze dell'esposizione ad atti violenti. Tratto da Caruso et al., 2022



ment Disorder” (PTED), diagnosticabile sulla scorta di alcuni che manifestano azioni (Tabella 2). Una meta-analisi condotta su 88 pubblicazioni relative a diverse professioni a rischio (militari, veterani, sanitari, soccorritori, educatori, giornalisti ed altri) ha messo in evidenza come l'esposizione ad eventi potenzialmente ingiuriosi sul piano morale interessi il 45% degli esercenti le professioni sanitarie mentre la pooled prevalence per il PTED interessa il 26% dell'intero campione (Brennan et al, 2024).

Accanto quindi alle conseguenze fisiche e psichiche sofferte dalla vittima (Caruso et al. 2022) (Fig. 2) è fondamentale considerare l'impatto sulla dimensione lavorativa. Il danneggiamento delle strutture e dei macchinari impiegati non solo è economicamente oneroso per l'amministrazione ma è anche causa di rallentamento delle attività e disservizi che, in alcuni sistemi sanitari, può tradursi nella riduzione dell'income del lavoratore. Analogamente dannoso lo subisce la vittima dell'aggressione che risponde con scadimento della performance, riduzione dell'interesse lavorativo e della produttività, aumento permanente di tensione durante il turno, riduzione al minimo dei contatti con l'utenza,

paura di nuovi episodi di violenza, assenteismo e, infine, intensa crescente al cambiamento lavorativo sino all'abbandono della professione (Pagnucci et al., 2021). Uno studio cross-sectionale effettuato su 1761 infermieri ha recentemente indagato le conseguenze della violenza sul posto di lavoro ed in particolare la determinazione delle vittime a cambiare lavoro (Liu et al. 2018). La sintesi dello studio ha confermato quanto è logico aspettarsi. La violenza sul posto di lavoro è positivamente correlata a insoddisfazione lavorativa, burn out e propensione a cambiare lavoro nel 69,1% del campione intervistato. L'elemento però di interesse è che, ancora una volta, le conseguenze effettive dipendono in larga misura dal supporto organizzativo percepito. L'attenzione alla sicurezza e ai valori del lavoratore, l'apprezzamento per i traguardi lavorativi che consegue, il benessere e la soddisfazione lavorativa e l'aiuto che gli viene fornito quando si confronta con le difficoltà è l'elemento che media tra l'episodio e le sue conseguenze.

CONCLUSIONI

La violenza nei confronti del personale sanitario è ubiquitaria ed in crescita. Il suo monitoraggio rende evidenza del fatto che il fenomeno non è adeguatamente rappresentato per difetto di segnalazione. Sebbene il Ministero della salute italiano sta dedicando al fenomeno crescente interesse non sono state intraprese, ad oggi, azioni sistematiche di contrasto. Si segnala una carenza internazionale di strumenti validati per la misurazione e analisi dell'argomento ma soprattutto è assente un quadro normativo omogeneo a livello Europeo. L'impatto sulla salute fisica e psichica della violenza è molto alto, compromette la salute fisica e psichica degli operatori indingendoli ad assumere comportamenti orientati alla medicina difensiva ma, soprattutto, amplifica il fenomeno della fuga dal posto di lavoro che rischia di impoverire ulteriormente il già precario equilibrio della nostra sanità.

BIBLIOGRAFIA

1. Vender S. Chi pensa alla salute mentale oggi? *Psichiatria Oggi*, Anno XXXVI, N.1, 2023
2. Camuccio C., Bonaldi E., Vitale E. Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Un'analisi retrospettiva. *Psichiatria Oggi*. Anno XXXIV, n.2, 2021
3. Cannavò M. «Stop alla violenza a danno degli operatori della salute». *Prevenire e gestire la violenza sul lavoro*. SEU, Roma. 2020
4. Camatti J, Ferrari G, Introvini MS, Pugliese F. *Violenza nei luoghi di lavoro e rischio aggressione - Guida pratica alla prevenzione*. Edizioni FS. 2023. ISBN: 9788867632787.
5. Li P, Xing K, Qiao H, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese Township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes* 2018;16:117.
6. Shea T, Sheehan C, Donohue R, et al. Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49:236–43.
7. Bellizzi S, Pichierri G, Farina G, et al. Violence against healthcare: a public health issue beyond clinical settings. *Am J Trop Med Hyg*. 2021;106:15–6.
8. Banga A, Mautong H, Alamoudi R, et al. ViSHWaS: Violence Study of Healthcare Workers and Systems—a global survey. *BMJ Glob Health* 2023;8.
9. Rossi M, Beccia F, Cittadini F et al. Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 2023-08-01, 221, 50-59
10. World Health Organisation (WHO). *Preventing Violence Against Health Workers*. Geneva: WHO, 2022. Available at: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
11. Kuhlmann E, Brinzac MG, Czabanowska K, Falkenbach M, Ungureanu MI, Valiotis G, et al. Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue: a call to action. *Eur J Public Health* 2022;33(1):4e5
12. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE* (2021) 16(10): e0258346.
13. Pelto-Piri V., Warg L-E and Lars Kjellin. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of case descriptions. *BMC Health Services Research* (2020) 20:362
14. Pelto-Piri V and Lars Kjellin. Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and ward managers. *BMC Health Services Research* (2021) 21:1255
15. López-Ros P, López-López R, Pina D, Puente-López E. User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*. 2023 Sep 1;9(9):e19495.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Shared decision making. NICE guideline. Published: 17 June 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng197
17. O'Brien A. No decision about me without me? Shared decision-making in mental healthcare. *BJPsych Open* (2022) 8, e122, 1–2. doi: 10.1192/bjo.2022.75
18. Aoki_Y, Yaju_Y, Utsumi_T, Sanyaolu_L, Storm_M, Takaesu_Y, Watanabe_K, Watanabe_N, Duncan_E, Edwards_AGK. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11.
19. Wang L, Ni X, Zhe Li, Ma Y, Zhang Y, Zhang Z.

- Gao L, Liu X, Yan W, Fan L, Shi L. Mental health status of medical staff exposed to hospital workplace violence: a prospective cohort study. *Front. Public Health* 10:930118.
21. Renwick L, Lavelle M, James K, Stewart D, Richardson M, Bowers L. The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing* (2019) 28, 268–277
 22. Fu C, Lv X, Cui X, Huang M, Cao F. The association between fear of future workplace violence and depressive symptoms among nurses based on different experiences of workplace violence: a cross-sectional study. *BMC Nursing* (2023) 22:123
 23. Moylan L.B., Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to remain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 526–534
 24. Hilton NZ, Ham E, Rodrigues NC, Kirsh B, Chapovalov O, Seto MC. Contribution of Critical Events and Chronic Stressors to PTSD Symptoms Among Psychiatric Workers. *Psychiatr Serv.* 2020 Mar 1;71(3):221-227.
 25. Hilton NZ, Addison S, Ham E, Rodrigues NC, Seto MC. Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022; 29:186–203.
 26. Linden ME, Arnold CP. Embitterment and Post-traumatic Embitterment Disorder (PTED): An Old, Frequent, and Still Underrecognized Problem. *Psychother Psychosom* 2021;90:73–80
 27. Brennan CJ, Roberts C, Cole JC. Prevalence of occupational moral injury and post-traumatic embitterment disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2024;14.
 28. Caruso R, Tonanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, McFarland D, Palagini L, Belvederi Murri M, Zerbinati L, Grassi L. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Current Psychiatry Reports* (2022) 24:911–924
 29. Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, Timmins F, Sasso L, Bagnasco A. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag.* 2022; 30:1724–1749.
 30. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Xinyan Liu X, Li L, Duan X, Li G, Lou F, Jia X, Fan L, Sun T, Ni X. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;8:e019525