

VIOLENZA E DISTURBI MENTALI: COSA DICONO I DATI ?

Angelo Barbato

Unità di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Istituto Mario Negri, Milano

1. Introduzione

Negli ultimi tempi il problema dei comportamenti violenti messi in atto da persone con disturbi mentali è stato più volte sollevato dai mezzi di comunicazione, a partire da alcuni casi di cronaca a forte impatto mediatico, ed è stato riproposto da alcuni ambienti politici come elemento importante da porre al centro di una possibile ridefinizione del ruolo e dei compiti dei servizi psichiatrici e, più in generale, dei professionisti della salute mentale. Questi ultimi, a parere di alcuni, dovrebbero considerare la prevenzione dei comportamenti pericolosi da parte dei propri pazienti come un compito prioritario.

Naturalmente il problema del rapporto tra violenza e disturbi mentali non è affatto nuovo e ricompare periodicamente in ambito psichiatrico da oltre un secolo. Si tratta di un tema sensibile di grande risalto emotivo e coloro che lo affrontano - oggi come ieri - in genere lo fanno sulla base di opposte posizioni ideologiche ben consolidate che lasciano poco spazio a un confronto reale. Allo scopo di fare chiarezza sull'argomento, questo contributo si prefigge lo scopo di esaminare la questione a partire da un'analisi scevra di pregiudizi sui dati resi disponibili da ricerche recenti e metodologicamente corrette.

Cercheremo quindi di dare risposte per quanto possibile esaustive alle seguenti domande, certamente imbarazzanti per tutti coloro che operano nel settore della salute mentale:

- Avere un disturbo mentale aumenta la probabilità di comportamenti violenti ?
- Avere un disturbo mentale aumenta il rischio di essere vittima di violenza?
- Nei servizi psichiatrici c'è violenza ?
- Lavorare in psichiatria è pericoloso ?

2. Disturbi mentali e probabilità di comportamenti violenti

La ricerca sulla relazione tra disturbi mentali e violenza è stata contrassegnata da limiti metodologici e difficoltà concettuali che hanno reso problematico confrontare tra loro studi diversi e ricavare una sintesi accettabile delle conoscenze in materia. Tra i problemi più rilevanti segnaliamo le diverse definizioni più o meno ampie di violenza, le fonti dei dati spesso eterogenee e di incerta attendibilità, i criteri diagnostici per l'individuazione dei disturbi mentali, la scelta delle popolazioni di riferimento e di quelle di confronto, l'esame di altri fattori di rischio correlati ai comportamenti violenti, il disegno retrospettivo o prospettico.

Essendo la violenza parte integrante di ogni contesto sociale, va da sé che le domande sulla violenza in relazione alle malattie mentali hanno un senso solo se si effettua un confronto tra le persone con disturbi mentali e la popolazione generale, tenendo presente che la diffusione di comportamenti violenti cambia enormemente a seconda dei contesti: ad esempio il tasso annuo di omicidi in diversi paesi del mondo mostra variazioni molto rilevanti: si passa da 69 su 100.000 abitanti in Sudafrica a 0,5 in Giappone, con una differenza di oltre centotrenta volte (United Nations Office on Drugs and Crime, 2006).

Pertanto, al fine di valutare quanto sia elevata la probabilità per le persone con disturbi mentali di essere responsabili di comportamenti violenti bisogna disporre di tre tipi di dati:

- la percentuale di persone con disturbi mentali che in un arco di tempo definito commettono atti violenti, che si definisce con il termine *rischio assoluto*.
- il rapporto tra il rischio assoluto per le persone con disturbi mentali e il rischio assoluto per la popolazione generale nella stessa area geografica, cioè il *rischio relativo*.
- la percentuale di atti violenti di cui sono responsabili le persone con disturbi mentali sul totale degli atti violenti commessi in una determinata area geografica, cioè il *rischio attribuibile*.

Negli ultimi anni una serie di studi epidemiologici che hanno valutato contestualmente l'incidenza di disturbi mentali e di comportamenti violenti nello stesso arco di tempo e in una stessa popolazione hanno cercato di superare i limiti metodologici a cui si accennava prima e ci possono dare lo spunto per interessanti riflessioni. Per gli scopi di questo breve contributo si è fatto riferimento a studi che prendessero in esame la violenza fisica nei confronti di persone e che siano stati effettuati su popolazioni il più possibile rappresentative.

La tabella 1 è tratta dai dati della National Comorbidity Survey, un'importante ricerca epidemiologica che ha esaminato in un campione rappresentativo della popolazione statunitense diverse variabili relative ai disturbi mentali. I dati ci forniscono un'idea del rischio relativo e del rischio assoluto di atti violenti per vari gruppi diagnostici. Come si vede, se si considerano i disturbi mentali in generale, la differenza tra chi ha un disturbo mentale e chi no è minima e sostanzialmente trascurabile. Le cose cambiano per alcuni specifici gruppi diagnostici, cioè in particolare i disturbi bipolari e le psicosi. In questo caso si può dire che la diagnosi è correlata alla probabilità di violenza con un rischio relativo significativamente elevato. Tuttavia va rilevato che, in senso assoluto, anche nei gruppi diagnostici a più alto rischio, i comportamenti violenti riguardano una piccola minoranza di casi pari a poco più del 10%.

Tab.1
Incidenza annua di comportamenti violenti negli USA
Studio retrospettivo (n=5865)

	Rischio assoluto	Rischio relativo
Nessun disturbo mentale	1,9%	
Qualsiasi disturbo mentale	3,4%	1,79
Ansia generalizzata	4,2%	2,12
Depressione maggiore	4,6%	2,41
Attacchi di panico	6%	3,12
Disturbo bipolare	11,8%	6,15
Psicosi	11,9%	6,19
<i>Corrigan e Watson, Psychiatry Research, 2005</i>		

Se esaminiamo i dati dello studio prospettico, più recente e accurato, di Elbogen e Johnson, mostrati nella Tabella 2, le conclusioni diventano un po' diverse. Questi autori hanno preso in considerazione una serie di fattori correlati ai disturbi mentali e hanno verificato che in questo caso il peso dei disturbi mentali come fattore di rischio indipendente si riduce considerevolmente. Questo perché tra le persone con disturbi mentali gravi, rispetto alla popolazione generale, sono più rappresentati gruppi sociali svantaggiati in cui i comportamenti violenti sono più probabili. In particolare un aspetto che aumenta il rischio è l'abuso di sostanze.

Tab.2
Incidenza in 3 anni di comportamenti violenti
Studio prospettico in due fasi – USA
(n=34.653)

Analisi bivariata

	Rischio assoluto	Rischio relativo
Depressione maggiore	2,1%	0,72
Disturbo bipolare	4%	1,44
Psicosi	6,1%	2,17

Elbogen e Johnson, Archives of General Psychiatry, 2009

I dati della tabella 3 ci aiutano a capire quale sia il contributo che le persone con disturbi mentali danno al tasso di violenza presente nella società, considerando come indicatore il numero di crimini violenti. In sostanza, se improvvisamente si riducessero a zero i crimini compiuti da persone con disturbi mentali, anche quelli non direttamente causati dal disturbo mentale, quanto ne beneficerebbero i cittadini per quanto riguarda il rischio di subire violenze? La risposta che ci viene dagli studi effettuati in tre paesi europei è che l'impatto complessivo delle violenze commesse da persone con disturbi mentali è trascurabile e quindi la loro eventuale prevenzione darebbe un contributo minimo alla tranquillità sociale.

Tab.3
Impatto sulla popolazione della violenza associata ai disturbi mentali

Paese	Autori	Periodo	Rischio attribuibile
Svezia	Fazel e Grann, 2006	1988-2000	5,2%
USA	Corrigan e Watson, 2005	1990-1992	2%
Inghilterra	Coid et al., 2006	2000	1,2%

3. Disturbi mentali e rischio di subire violenza

Guardiamo ora l'altra faccia della medaglia, considerando cioè le persone con disturbi mentali non solo riguardo alla loro probabilità di commettere violenze, ma di esserne vittime. Si tratta di un'area relativamente poco indagata, ma negli ultimi tempi questo aspetto è giunto all'attenzione di un certo numero di ricercatori. I dati della Tabella 4 ci indicano che il rischio di subire violenza è per le persone con disturbi mentali in genere assai più elevato rispetto alla popolazione generale, anche se ci sono differenze rilevanti tra i diversi contesti geografici, con rischi assoluti e relativi molto alti negli USA (dove il fenomeno è stato più indagato) e meno alti in Australia e in Europa.

Tab.4
Incidenza di violenza subita nelle persone con disturbi mentali

Paese	Rischio assoluto	Rischio relativo
USA	17,7%	-
USA	25,6%	10,3
USA	36,7%	10
USA	22,4%	-
USA	25,3%	11,8
Finlandia	5,6%	3,3
Inghilterra	16%	2,3
Australia	4,3%	-
Australia	17,9%	3,5

Lovell et al., Annales Médico-Psychologiques, 2008

4. Servizi psichiatrici e violenza

Sapere con che frequenza i pazienti in cura presso i servizi psichiatrici si rendono protagonisti di atti violenti verso il personale che vi lavora o altri utenti è un'informazione importante ai fini della programmazione dell'assistenza e non c'è dunque da stupirsi se questo problema è stato oggetto di numerose ricerche. L'interesse si è in particolare rivolto ai servizi di ricovero, per una serie di motivi facilmente intuibili: maggiore facilità di documentazione del fenomeno, interazione prolungata sulle ventiquattro ore tra pazienti e personale, accesso al servizio di pazienti più gravi, in situazione di acuzie, in condizioni di emergenza, non di rado accolti con modalità di ricovero involontario. Su questo argomento, a differenza di quelli trattati nelle sezioni precedenti,

disponiamo di alcuni studi italiani, i cui risultati sono presentati nella Tabella 5. Per dare una percezione delle dimensioni del fenomeno abbiamo scelto un indicatore facilmente comprensibile e confrontabile, cioè la percentuale di pazienti su tutti quelli ammessi nei periodi considerati che, almeno una volta, hanno avuto durante la degenza comportamenti violenti. Come si vede, pur trattandosi del contesto di cura in cui per i motivi suddetti il rischio è più elevato, i pazienti violenti sono una piccola minoranza, anche se vi sono differenze tra un luogo e l'altro (si notino i due valori estremi registrati in due diversi servizi della città di Roma). Il dato tratto dallo studio di Biancosino et al. (2009) deriva da un campione di servizi rappresentativo sul piano nazionale, ma è probabilmente sottostimato per la brevità del periodo di osservazione. E' verosimile che valori poco al disotto del 10%, come quelli riscontrati a Ferrara, Saronno e Busto Arsizio, rappresentino la realtà per la maggior parte dei servizi italiani. I confronti internazionali ci dicono che molto probabilmente la frequenza degli episodi di violenza nei servizi ospedalieri del nostro paese è inferiore a quella che si registra in altri paesi europei e nordamericani (cfr. Aberhalden et al., 2005; Biancosino et al., 2009).

Tab.5
Violenza da parte dei pazienti nei servizi psichiatrici ospedalieri

Luogo	Autore	Periodo	% pazienti violenti
Roma	Raja e Azzoni, 2005	6 anni	3
Ferrara	Grassi et al., 2006	7 anni	7
Saronno/Busto Arsizio	Bolongaro et al., 2007	1 anno	9
Italia (74 servizi)	Biancosino et al., 2009	2 settimane	3
Roma	Salerno et al., 2009	4 anni	12

Se si affronta il problema della violenza negli ambienti psichiatrici non va tuttavia dimenticato che i pazienti anche in questo contesto possono esserne vittime. Il tema della violenza subita da parte di chi frequenta i servizi come utenti è stato solo di recente sollevato da una serie di indagini. La Tabella 6 presenta i dati emersi da uno degli studi più accurati, realizzato negli USA, e il quadro che se ne trae è piuttosto preoccupante: sembra che l'esperienza di subire varie forme di violenza, anche gravi, non sia affatto rara per i pazienti psichiatrici nei luoghi di ricovero.

Tab.6
Prevalenza nella vita di violenza subita dai pazienti in ambiente psichiatrico
Campione casuale – USA
(n=142)

Tipo di violenza	Incidenza
Essere ammanettato	65%
Stanza di isolamento	59%
Contenzione fisica	34%
Molestia sessuale	18%
Violenza fisica	13%

Frueh et al., Psychiatric Services, 2005

5. Il rischio lavorativo in psichiatria

A fronte delle preoccupazioni circa episodi di violenza nei servizi è legittimo domandarsi se questi rendano particolarmente pericoloso il lavoro degli operatori psichiatrici. Questo problema tuttavia va inquadrato nell'ambito più ampio del rischio lavorativo degli operatori sanitari. Questi ultimi sono infatti esposti a rischi specifici, soprattutto in ambiente ospedaliero (Dimitri et al., 2005), per cui il quesito a cui rispondere è se il lavoro in psichiatria rispetto ad altri settori sanitari comporti un rischio aggiuntivo, tenendo anche presente che subire un'aggressione è una causa di infortunio non solo per gli operatori psichiatrici, ma anche per il personale che lavora in altri servizi, come ad esempio il pronto soccorso, dove secondo indagini recenti si situa al secondo posto tra i rischi occupazionali, dopo la puntura da siringa (Salerno et al., 2009).

In assenza di studi comparativi sul problema nel nostro paese, riporto qui i dati da un'indagine appositamente effettuata grazie alla collaborazione del servizio del medico competente dell'Azienda Ospedaliera Salvini di Garbagnate Milanese. Questo servizio, come è noto si occupa della tutela della salute nelle aziende sanitarie e ospedaliere e, in particolare, registra tutti gli infortuni qualunque sia la causa. L'Azienda ospedaliera in questione gestisce in un'area di circa 350.000 abitanti nelle immediate adiacenze della metropoli lombarda una rete di ospedali e strutture territoriali, comprendenti una gamma completa di servizi psichiatrici (ospedalieri,

territoriali, residenziali e semiresidenziali). La tabella 7 mostra il tasso di infortuni, per qualunque causa, in relazione al numero degli operatori nelle diverse aree di lavoro. Due cose sono evidenti: il tasso di infortuni è complessivamente basso e il lavoro in psichiatria comporta un rischio professionale uguale o leggermente minore a quello di altri settori. In sostanza il maggior rischio derivante da una maggiore – anche se in assoluto limitata – esposizione a violenze è controbilanciato dalla minore rilevanza di altri rischi presenti in misura preponderante in altri ambiti specialistici (gas medicali, contaminazione con liquidi biologici, movimentazione di carichi ecc.). Va tuttavia rilevato che l'esposizione alla violenza non è distribuita uniformemente tra tutti gli operatori, ma si concentra in alcuni settori e in alcuni gruppi professionali: infatti oltre il 50% degli infortuni si sono registrati nei servizi ospedalieri, dove lavora solo il 15% degli operatori, in maggioranza infermieri, per cui per questi ultimi assume una rilevanza maggiore.

Tab.7
Il rischio di infortuni nei servizi psichiatrici
Azienda Ospedaliera Salvini Garbagnate – 2008

	N infortuni	N operatori	Tasso infortuni/ 100 operatori
Reparti medici	138	1342	10,3
Reparti chirurgici	49	425	11,5
Laboratori	14	185	7,6
Terapia intensiva	8	130	6,2
Ambulatori	14	113	12,4
Salute mentale	35	365	9,6
TOTALE AZIENDA	390	3830	10,2

6. Conclusioni

Siamo ora in grado di dare risposte ragionevoli e non ideologiche – nei limiti dei dati disponibili – alle domande imbarazzanti che abbiamo posto all’inizio:

La violenza è un problema sociale complesso legato a molteplici fattori determinanti. Tra questi i disturbi mentali hanno un ruolo, ma non è molto rilevante. Le persone con disturbi mentali in genere hanno una probabilità di commettere violenze simile alla popolazione a cui appartengono, tuttavia la probabilità è più elevata per alcuni gruppi diagnostici, segnatamente le psicosi e i disturbi bipolari, soprattutto in associazione con l’abuso di sostanze. Questa probabilità più elevata è tuttavia mediata in larga misura da fattori di rischio socio-ambientali, che le persone con questi disturbi condividono con altri gruppi svantaggiati, per cui la diagnosi psichiatrica isolatamente presa è un fattore di rischio indipendente di entità relativamente modesta.

In ogni caso la grande maggioranza delle persone con disturbi mentali non commette atti violenti e il loro contributo al tasso di violenza nella società, almeno in quelle in cui il fenomeno è stato studiato, è trascurabile.

Le possibilità di predire in base a indicatori psichiatrici eventi gravi di violenza è limitata a causa del tasso molto alto di falsi positivi. Gli strumenti di screening di cui disponiamo hanno, anche in condizioni ottimali di utilizzo e secondo le stime più favorevoli, una specificità elevata, ma una sensibilità relativamente bassa, per cui le percentuali di falsi positivi superano ampiamente il 60%.

D’altro canto, le persone con disturbi mentali sono un gruppo vulnerabile, che presenta un rischio di subire atti violenti assai più elevato del rischio di commetterli.

Nei servizi psichiatrici per acuti, dove in Italia ogni anno sono accolti poco più del 10% degli utenti in trattamento presso i dipartimenti di salute mentale, una minoranza di pazienti possono avere comportamenti violenti, anche se questo si verifica in Italia con una frequenza inferiore rispetto a quella di altri paesi. Questo può essere dovuto a un tasso di violenza inferiore nelle strutture sanitarie in generale: ad esempio un’indagine europea sul rischio di aggressioni per gli infermieri negli ospedali ha messo in luce che in Italia questo rischio è metà rispetto alla Gran Bretagna (Estryn-Behar, 2008). Tuttavia possono contribuire anche le piccole dimensioni dei servizi psichiatrici ospedalieri italiani, visto che l’affollamento è correlato a un aumento della violenza, la durata breve dei ricoveri e la maggiore integrazione tra il trattamento durante l’ammissione e quello sul territorio (Biancosino et al., 2009).

Il lavoro nei servizi psichiatrici non è in assoluto pericoloso, in quanto è associato a un rischio professionale sovrapponibile a quello presente in altri settori sanitari. Va tuttavia considerato che, soprattutto nei servizi per acuti, avere a che fare con l’aggressività, anche se non è un evento molto frequente, è un aspetto specifico della condizione lavorativa, che deve essere

tenuto presente nella formazione degli operatori, dando loro strumenti per la gestione di questo rischio, così come gli operatori di altre aree imparano a fronteggiare rischi diversi che gli operatori psichiatrici incontrano più raramente.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberhalden C, Needham I, Dassen T et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland, *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3: 30, 2005.
2. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L et al., Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: A National Survey in Italy, *J Nerv Ment Dis* 10: 772-782, 2009.
3. Bolongaro G, Di Gennaro V, Gioni M et al. Il governo clinico dell'aggressività in un SPDC, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, VIII Congresso nazionale: La salute mentale della popolazione. Analisi dei bisogni e governo clinico, Firenze, 2007.
4. Coid J, Yang M, Roberts A et al. Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications, *Br J Psychiatry* 189:12-19, 2006.
5. Corrigan PW, Watson AC: Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behaviors in individual with psychiatric disorders, *Psychiatry Res* 135: 153-162, 2005.
6. Dimitri L, Figà Talamanca I, Salerno S. Hospital as a factory: working and environmental risks. A need for an integrated approach. In: *Proceedings of the International Conference on Healthcare Systems Ergonomics and Patients Safety*, London: Taylor and Francis, 2005.
7. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder, *Archives of General Psychiatry* 66: 152-161, 2009.
8. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D et al. Violence risks in nursing. Results from the European 'NEXT' Study, *Occup Med* 58: 107-114, 2008.
9. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime, *Am J Psychiatry* 163: 1397-1403, 2006.
10. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting, *Psychiatr Serv* 56: 1123-1133, 2005.
11. Grassi L, Biancosino B, Marmai L et al. Violence in psychiatric units. A 7-year Italian study of persistently assaultive patients, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 698-703, 2006.
12. Lovell AM, Cook J, Velpy L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux, *Ann Méd-Psychol* 56: 197-207, 2008.

13. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients, *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1: 11, 2005.
14. Salerno S, Dimitri L, Figà Talamanca I. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward, *J Occup Health* 51: 349-354, 2009.
15. United Nations Office on Drugs and Crime. Intentional homicide rate per 100,000 population, 2006