

Giacomo Gualtieri¹, Andrea Pozza², Roberto Gusinu¹, Valtere Giovannini¹, Fulvio Carabellese²,
Alessandra Masti², Fabio Ferretti², Anna Coluccia²

Aggressioni al personale sanitario ed effetto della vittimizzazione indiretta sul benessere psicofisico dei lavoratori

¹ Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

² Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena

RIASSUNTO. Le aggressioni fisiche e verbali sono eventi che possono verificarsi con una frequenza significativa nella carriera dei lavoratori dei servizi pubblici. Sono numerosi gli studi che evidenziano l'effetto di tali eventi sulla salute psicofisica delle vittime di tali abusi sul luogo di lavoro, ma non è ancora stato studiato l'effetto indiretto che queste violenze possono provocare. Lo scopo di questo lavoro è di indagare l'effetto della vittimizzazione indiretta sui livelli di stress lavorativo di un campione di dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Hanno partecipato all'indagine 297 lavoratori che hanno risposto volontariamente ad un questionario online per rilevare le esperienze di vittimizzazione (diretta/indiretta) vissute in merito alle aggressioni sul luogo di lavoro e per valutare il livello di burnout nelle dimensioni analizzate dal Maslach Burnout Inventory (MBI). È stato utilizzato un modello MANOVA a due vie per analizzare l'effetto della vittimizzazione fisica e verbale, sia diretta che indiretta, sui livelli di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione lavorativa. La forma diretta di vittimizzazione fisica produce un effetto significativo su tutte le dimensioni dell'MBI, mentre quella verbale ha un impatto significativo sull'esaurimento emotivo e sulla depersonalizzazione, ma non sulla realizzazione lavorativa. Secondo i risultati dello studio, la vittimizzazione indiretta dovuta ad aggressioni verbali produce un effetto significativo sulla depersonalizzazione. Affrontare il fenomeno delle aggressioni con interventi di prevenzione e di contenimento del rischio è importante per la tutela dei singoli da eventi violenti, ma lo è altrettanto per preservare la percezione dei lavoratori di un ambiente lavorativo sicuro e tutelato nei confronti di ogni forma di aggressione.

Parole chiave: aggressioni, burnout, servizi sanitari, vittimizzazione indiretta.

ABSTRACT. Physical and verbal aggressions can frequently occur in the workplace during the career of workers of public healthcare services. Numerous studies show the effects of these events on the psycho-physical health of the victims but the indirect effect that this violence can cause has not yet been studied. The present study aimed to investigate the effect of indirect victimization on the levels of work stress in a sample of workers of the University Hospital of Siena. Two hundred ninety-seven workers completed online questionnaires on direct/indirect victimization experiences in the workplace and burnout dimensions assessed by the Maslach Burnout Inventory (MBI). A two-way MANOVA model was used to analyse the effect of physical and verbal direct/indirect victimization on the levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Physical victimization had a significant effect on all MBI dimensions, while verbal victimization had a significant impact on emotional exhaustion and depersonalization but not on personal accomplishment. Indirect victimization due to verbal aggressions had a significant effect on depersonalization.

Introduzione

Il fenomeno delle aggressioni sul luogo di lavoro ha assunto una rilevanza significativa ed è ormai oggetto di numerosi studi internazionali. Secondo la definizione di Rahmani e colleghi (1) è da considerare aggressione in ambiente lavorativo ogni incidente o condizione nella quale i membri dello staff sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate all'attività lavorativa. Schat e colleghi (2, 3) hanno fornito una descrizione più dettagliata di questa definizione, identificando nell'aggressione sul luogo di lavoro un comportamento che rispecchia tre caratteristiche: a) è potenzialmente dannoso, b) la vittima è motivata ed evitarlo, c) si verifica mentre la vittima sta lavorando.

Gli studiosi concordano nel distinguere le violenze fisiche dalle aggressioni psicologiche: le prime necessitano di un atto il cui effetto primario è quello di produrre un danno fisico (colpire con un pugno, schiaffeggiare, utilizzare un'arma o un corpo contundente); le aggressioni psicologiche sono, invece, atti simbolici o aggressioni verbali (insultare, minacciare, ...) il cui effetto è quello di indurre nella vittima una conseguenza psicologica quale, per esempio, ansia o paura. Una recente revisione di letteratura (4) ha indicato anche gli atti di bullismo e le molestie sessuali tra le diverse forme di aggressione nel luogo di lavoro.

Sebbene tale fenomeno sia trasversale ai diversi settori produttivi, il personale dei servizi sanitari risulta essere tra i più esposti al rischio di aggressioni in ambiente lavorativo (5). I dati internazionali sulla prevalenza delle aggressioni a operatori sanitari offrono un quadro molto eterogeneo, sia sul piano numerico che geografico (6). Lo studio di Kerr e colleghi (7) ha evidenziato che il 98% dei lavoratori di questo settore ha subito un'aggressione durante la propria vita lavorativa, mentre secondo una recente ricerca la prevalenza delle aggressioni fisiche o verbali a carico degli operatori della sanità nell'arco di un anno è pari al 34,3% (8). Si tratta comunque di un fenomeno la cui dimensione è sottostimata in quanto è nota la tendenza a non denunciare gli episodi di violenza subiti dai lavoratori di questo settore (9, 10).

La letteratura sul tema è concorde sulla maggiore frequenza degli episodi di violenza verbale rispetto a quella fisica: per fare un esempio dell'ampiezza di tale divario, Gascón e colleghi hanno indagato questo aspetto in un

Aggressions in the workplace should be addressed by prevention and risk management strategies to protect healthcare workers from violent events and to allow their perception of a safe work environment to be preserved.

Key words: aggression, burnout, healthcare services, indirect victimization.

campione di lavoratori spagnoli della sanità, in cui la prevalenza di aggressioni verbali è stata rilevata nel 64% dei casi, mentre quelle fisiche sono state riscontrate nell'11% del personale (11). Va comunque sottolineato che la maggior parte degli studi sono stati dedicati all'analisi delle aggressioni verso il personale infermieristico (4, 11-17), in quanto ritenuto più esposto a queste situazioni rispetto ad altri profili professionali, oppure hanno considerato esclusivamente alcuni settori della sanità, soprattutto il servizio di emergenza (6, 11, 17-20), dove tali situazioni critiche si possono presentare con maggiore frequenza.

Alcune indagini qualitative hanno evidenziato che gli episodi di violenza verso il personale sono ritenuti inevitabili, quasi facessero parte dell'attività lavorativa, e che questa convinzione è accompagnata da sentimenti di paura e rabbia, oltre che dalla percezione di non essere supportati dall'organizzazione, la quale, secondo gli operatori, può addirittura generare processi di colpevolizzazione della vittima di violenza, per non essere stata in grado di gestire la situazione di conflittualità (17, 19, 20, 21).

L'effetto delle aggressioni sul benessere psico-fisico del personale sanitario è stato ampiamente indagato in letteratura. Lanctôt e Guay in una loro revisione del 2014 (22), hanno individuato 7 tipologie di conseguenze della violenza nel posto di lavoro: tra queste gli aspetti psicologici, emozionali e quelli correlati alla sfera della soddisfazione lavorativa sono quelli più frequenti e che subiscono il maggiore impatto dagli episodi di aggressione. In letteratura sono presenti evidenze sull'associazione della violenza sul lavoro con elevati livelli di burnout (9, 23-26), soprattutto nella dimensione della depersonalizzazione, e con l'insorgere di una sintomatologia appartenente allo spettro post-traumatico (8, 9, 27, 28). Alcuni studi hanno evidenziato l'effetto negativo delle aggressioni sulla produttività e sulla soddisfazione lavorativa degli operatori sanitari (8, 9, 12, 27), ma non mancano ricerche che hanno fatto emergere gli effetti somatici a carico dell'apparato digerente (29) o di quello muscolo-scheletrico (29, 30).

Sebbene, come abbiamo visto, l'effetto delle aggressioni sulla salute psicofisica dei lavoratori dei servizi sanitari sia stato ampiamente studiato in letteratura, non esistono ricerche sull'effetto che tali episodi hanno sul personale non direttamente coinvolto in tali episodi. È ipotizzabile, infatti, che l'impatto delle violenze verbali o fisiche non sia limitato alla sola vittima dell'abuso, ma che abbia una risonanza tale da modificare la percezione di sicurezza dell'ambiente lavorativo dove questi episodi si sono verificati, insicurezza che a sua volta può influire sul benessere lavorativo. Mutuando una terminologia criminologica, mancano studi sulla cosiddetta "vittimizzazione indiretta" (31) correlata alle aggressioni al personale sanitario. Tale termine, a differenza della "vittimizzazione diretta" che ri-

guarda unicamente il soggetto che ha subito l'abuso, identifica quelle condizioni di preoccupazione e insicurezza generate dagli episodi di violenza che colpiscono le persone vicine alla vittima per motivi di parentela, amicizia, o perché, come nel nostro caso, condividono lo stesso ambiente lavorativo. In questo lavoro, sono presentati i risultati di una ricerca realizzata su un campione di operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, il cui scopo è quello di analizzare se esiste un effetto della vittimizzazione indiretta sul logoramento psicofisico ed emozionale dei lavoratori ed in che misura questo differisca da quello prodotto dalla vittimizzazione diretta.

Materiali e metodi

Campione e disegno dello studio

Lo studio è stato realizzato nel periodo Febbraio-Aprile 2019 ed ha coinvolto un campione di 297 operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. La ricerca è di tipo osservazionale trasversale ed è stata condotta mediante la partecipazione volontaria dei lavoratori appartenenti ai profili professionali di medico, infermiere, operatore socio-sanitario e tecnico sanitario. Gli operatori sono stati invitati a rispondere all'indagine utilizzando una piattaforma online per web-survey. Lo studio è stato condotto secondo i principi e le indicazioni della Dichiarazione di Helsinki.

Misure

Allo scopo di preservare l'anonimato dei partecipanti è stato raccolto un insieme minimo di informazioni individuali: genere, profilo professionale, anzianità di servizio e struttura di appartenenza.

Le esperienze di vittimizzazione hanno riguardato i 2 anni precedenti l'intervista ed il self-report dei lavoratori è stato richiesto per la presenza/assenza di violenze verbali (esemplificate con termini quali "insulti, minacce, ...") e fisiche ("spintoni, botte, ...") ricevute dai pazienti o dai loro familiari. Allo scopo di rilevare le diverse esperienze vissute dal personale, agli operatori intervistati è stato chiesto se avessero subito personalmente un'aggressione fisica o verbale o se invece avessero assistito o semplicemente sentito parlare di questo genere di violenze in ambiente lavorativo. L'evento nel quale il lavoratore ha dichiarato di aver subito un'aggressione fisica o verbale è stato classificato come *vittimizzazione diretta*, mentre le altre circostanze ("aver assistito" o "aver sentito parlare") sono state classificate come *vittimizzazione indiretta*.

L'outcome primario dell'effetto delle violenze è stato individuato nel livello di stress dichiarato dagli operatori ed è stato valutato mediante il Maslach Burnout Inventory (MBI) nella sua versione italiana (32, 33). L'MBI è una scala composta da 22 item, ognuno misurato su una scala Likert a sei livelli, il cui scopo è quello di valutare il livello di logorio psicofisico ed emotivo, con vissuti di demotivazione, di delusione e disinteresse, i cui effetti possono avere concrete conseguenze nella realtà lavorativa, personale e sociale dell'individuo.

Questa scala è stata originariamente studiata per le cosiddette "professioni d'aiuto", ovvero per quelle professioni le cui mansioni e caratteristiche di svolgimento im-

plicano una significativa interazione interpersonale tra il lavoratore e l'utente della prestazione lavorativa. Sono un esempio tipico le professioni sanitarie e mediche, ma fanno parte delle "professioni d'aiuto", per esempio, anche gli psicologi, gli assistenti sociali e gli insegnanti. Nel tempo, questo modello di analisi è stato esteso ad una platea molto più ampia di professioni, diventando uno strumento di valutazione dello stress per tutti quei lavori nei quali è richiesto un continuo contatto con il pubblico.

Il costrutto generale della scala rileva uno stato di malessere, di disagio dovuto alla percezione di una situazione lavorativa particolarmente pesante e difficile da affrontare, a tal punto da essere avvertita come stressante, al punto da modificare il comportamento lavorativo degli operatori. Dimostrarsi apatici nei confronti degli eventi lavorativi, mostrare cinismo con i propri "utenti", essere indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro sono tutti segnali di un elevato livello di burnout.

L'MBI valuta un costrutto multidimensionale riguardante tre aspetti della vita lavorativa e professionale: a) l'esaurimento emotivo: la sensazione di essere sottoposti ad una continua e insostenibile tensione lavorativa, sensazione che toglie agli operatori l'energia per affrontare le persone, al punto da percepirsi emotivamente inariditi nei rapporti interpersonali; b) la depersonalizzazione: questa dimensione valuta la presenza di atteggiamenti di distacco, cinismo, freddezza e ostilità messi in atto dall'operatore nei confronti del soggetto che riceve la prestazione, nel tentativo di proteggersi dall'esaurimento lavorativo; c) la realizzazione lavorativa: gli items utilizzati definiscono una situazione nella quale, nel lavoro a contatto con gli altri, l'operatore si percepisce inadeguato e incompetente, perdendo la fiducia nelle proprie capacità e la motivazione al successo lavorativo.

Analisi statistica

Le caratteristiche generali del campione sono state esaminate mediante le opportune statistiche descrittive (distribuzioni di frequenza, indici di tendenza centrale e di dispersione). È stata calcolata la prevalenza delle aggressioni fisiche e verbali ed il corrispondente intervallo di confidenza al 95%. Il livello di burnout è stato confrontato nelle categorie di variabili utilizzate per descrivere le caratteristiche individuali dei lavoratori. Data la violazione della normalità distributiva delle misure effettuate sulle tre dimensioni del-

l'MBI, verificata mediante il test di Komogorov-Smirnov, i confronti sono stati effettuati mediante i test non parametrici di Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Un'analisi multivariata della varianza a due vie (MANOVA) è stata utilizzata per verificare gli effetti principali delle tipologie di vittimizzazione, derivanti dalle aggressioni fisiche e verbali, sul livello di stress lavorativo misurato dal burnout. In particolare, le tre dimensioni dell'MBI (esaurimento emotivo-EE, depersonalizzazione-DE, realizzazione lavorativa-RL) sono state utilizzate nel modello come variabili dipendenti, mentre le tipologie di vittimizzazione per aggressione verbale e fisica (diretta, indiretta, nessun tipo di vittimizzazione) sono state inserite come variabili indipendenti. Gli assunti del modello di analisi (assenza di valori estremi, linearità, assenza di multicollinearità tra le variabili dipendenti, omogeneità delle varianze e delle covarianze) sono stati verificati ed i parametri risultanti dall'analisi sono stati analizzati considerando la violazione dell'assunto riguardante la normalità distributiva delle variabili dipendenti. Seppure l'analisi della varianza multivariata (MANOVA) non sia il metodo più opportuno quando è violato l'assunto riguardante la normalità distributiva delle variabili, sono presenti studi in letteratura che ne certificano la robustezza, purché non siano violati gli altri assunti (34). I confronti post-hoc tra i livelli sono stati effettuati mediante il metodo di Scheffe, vista la diversa numerosità dei gruppi di soggetti nelle diverse tipologie di vittimizzazione. La numerosità campionaria utilizzata in questo modello di analisi garantisce una potenza pari al 95%, con un effect size del 3,8% ed un valore di α pari al 5%. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$ e le analisi statistiche sono state realizzate con il software SPSS-IBM v23.

Risultati

Dei 297 partecipanti allo studio quasi il 71% erano di sesso femminile ed il 79,2% presentavano un'anzianità lavorativa superiore ai 10 anni (Tab. I). Compatibilmente con la composizione dell'organico aziendale, il 22,9% era rappresentato da medici, mentre il 45,5% degli intervistati apparteneva alla professione infermieristica; il restante 31,6% di lavoratori include operatori sociosanitari (OSS) e tecnici sanitari. Il 12,8% del personale coinvolto nello studio lavorava nei servizi di Pronto Soccorso/Emergenza.

Tabella I. Caratteristiche generali degli addetti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria che hanno partecipato allo studio (n=297)

		n	%
Genere	F	210	70,7
	M	87	29,3
Ruolo professionale	Medico	68	22,9
	Infermiere	135	45,5
	Altro personale	94	31,6
Anzianità di servizio	Meno di 5 anni	25	8,4
	Da 5 a 10 anni	37	12,5
	Da 11 a 20 anni	105	35,4
	Da più di 20 anni	130	43,8
Struttura di appartenenza	Pronto Soccorso/Emergenza	38	12,8
	Altro reparto	259	87,2
Esperienze di aggressione verbale	Vittimizzazione diretta	122	41,1
	Vittimizzazione secondaria	80	26,9
	Nessuna esperienza	95	32
Esperienze di aggressione fisica	Vittimizzazione diretta	16	5,4
	Vittimizzazione secondaria	58	19,5
	Nessuna esperienza	223	75,1

La prevalenza di aggressioni fisiche al personale, identificata dalla vittimizzazione diretta, è risultata pari al 5,4% (IC: 2,8%-8,0%), mentre per le aggressioni verbali è stata stimata nel 41,1% (IC: 35,5%-46,7%). Il personale infermieristico risultava più esposto alle aggressioni fisiche (8,2%; IC: 3,6%-12,8%), mentre quello medico mostrava una prevalenza più alta degli altri profili professionali per quanto riguarda le aggressioni verbali (53,7%; IC: 41,8%-65,6%). Confermando le evidenze presenti in letteratura, il personale delle strutture afferenti al Pronto Soccorso e all'Emergenza risultava essere più frequentemente soggetto ad aggressioni rispetto al personale degli altri reparti: in questi servizi la prevalenza della vittimizzazione diretta per aggressioni verbali è stata del 75,7% (IC: 61,9%-89,5%) e del 13,5% (IC: 2,5%-24,5%) per quelle fisiche.

Nessuna delle caratteristiche individuali presentava differenze significative nei livelli di burnout rispetto alle tre dimensioni dell'MBI (Tab. II): i valori medi delle scale relative all'Esaurimento Emotivo (EE), alla Depersonalizzazione (DE) e alla Realizzazione Lavorativa (RL) non mostravano differenze significative rispetto alle categorie del genere, del ruolo professionale, dell'anzianità di servizio e della struttura di appartenenza. È stata invece regi-

strata una diversa intensità dello stress lavorativo rispetto alle tipologie di vittimizzazione per le aggressioni verbali e fisiche. I valori medi di EE risultavano significativamente diversi nelle tipologie di vittimizzazione sia per le aggressioni verbali che per quelle fisiche (rispettivamente: $p=0,000$ e $p=0,007$), così come per la dimensione DE (aggressioni verbali: $p=0,000$; aggressioni fisiche: $p=0,006$).

La dimensione della RL, invece, assumeva livelli diversi nelle categorie della tipologia di vittimizzazione solo nel caso delle aggressioni fisiche ($p=0,011$) ma non risultava significativamente diversa per le aggressioni verbali.

I risultati della MANOVA a due vie (Tab. III) indicavano un effetto principale significativo sia per la vittimizzazione derivante da violenze fisiche (Traccia di Pillai=0,060; $F_{(6,576)}=2,982$; $p=0,007$; $\eta^2_p=0,030$), che per la vittimizzazione per violenze verbali (Traccia di Pillai=0,112; $F_{(6,576)}=5,706$; $p=0,000$; $\eta^2_p=0,056$). Nonostante l'impatto della vittimizzazione sia risultato significativo, occorre sottolineare come l'effetto di questi eventi nel modificare i livelli di stress del personale sia modesto: solo il 3% della varianza del modello è spiegata dall'effetto della vittimizzazione per aggressioni fisiche, mentre il 5,6% può essere imputata all'effetto di quelle verbali.

Tabella II. Confronto dei livelli di stress lavorativo rispetto alle caratteristiche individuali dei lavoratori rispetto alle dimensioni dell'MBI

		MBI - Esaurimento emotivo	MBI - Depersonalizzazione	MBI - Realizzazione lavorativa
Genere	F	29,99±13,11	8,78±4,69	44,00±8,25
	M	27,72±12,96	10,59±6,54	43,67±9,62
	M-W U	8133,5	8024,5	9118
	p	0,137	0,094	0,98
Ruolo professionale	Medico	28,25±12,00	10,18±6,54	45,97±7,70
	Infermiere	30,60±13,01	9,58±5,27	43,74±8,53
	Altro personale	28,27±13,25	8,29±4,32	42,64±9,28
	K-W H	3,143	5,217	5,702
	p	0,208	0,074	0,058
Anzianità di servizio	Meno di 5 anni	26,2±11,14	8,96±4,87	46,16±6,76
	Da 5 a 10 anni	30,70±12,65	10,95±6,70	43,30±6,44
	Da 11 a 20 anni	28,54±12,94	9,61±5,78	43,89±9,47
	Da più di 20 anni	30,16±13,66	8,66±4,54	43,65±8,85
	K-W H	2,616	3,982	2,669
	p	0,455	0,263	0,446
Struttura di appartenenza	Pronto Soccorso/Emergenza	29,26±13,62	10,16±6,92	44,95±9,11
	Altro reparto	29,33±13,04	9,18±5,09	43,75±8,59
	M-W U	4892,0	4767,5	4394,5
	p	0,953	0,752	0,286
Esperienze di aggressione verbale	Vittimizzazione diretta	33,52±13,92	10,76±6,06	43,34±8,00
	Vittimizzazione secondaria	25,59±10,55	9,01±4,59	45,21±7,75
	Nessuna esperienza	27,08±12,52	7,68±4,45	43,53±10,05
	K-W H	19,873	22,735	2,582
	p	0,000	0,000	0,275
Esperienze di aggressione fisica	Vittimizzazione diretta	39,25±13,43	13,81±6,87	38,81±8,41
	Vittimizzazione secondaria	27,48±12,58	8,76±4,37	46,26±6,59
	Nessuna esperienza	29,09±12,94	9,13±5,34	43,65±8,98
	K-W	9,806	10,118	9,084
	p	0,007	0,006	0,011

Tabella III. Risultati dell'analisi multivariata della varianza a due vie (MANOVA) per l'effetto delle tipologie di vittimizzazione fisica e verbale sui livelli di stress nelle dimensioni dell'MBI

Effetto	Valore della Traccia di Pillai	F	Gdl dell'ipotesi	p	η quadrato parziale
Tipo di vittimizzazione fisica	0,060	2,982	6,000	0,007	0,030
Tipo di vittimizzazione verbale	0,112	5,706	6,000	0,000	0,056

La Tab. IV mostra i risultati del test degli effetti tra soggetti sulle singole variabili dipendenti. Le diverse tipologie di vittimizzazione fisica mostravano un impatto significativo su tutte le dimensioni dello stress lavorativo (EE: $p=0,017$; DE= 0,001; RL=0,008), mentre le forme di vittimizzazione verbale presentavano un effetto significativo solo sull'EE ($p=0,000$) e sulla DE ($p=0,000$), ma non sulla RL. La dimensione degli effetti più ampia è stata rilevata per le tipologie di vittimizzazione verbale sulle dimensioni DE ed EE dell'MBI (rispettivamente: $\eta^2_p=0,068$ e $\eta^2_p=0,065$). Per quanto riguarda l'effetto della vittimizzazione da aggressioni fisiche l'effetto più rilevante, seppur sempre modesto, ha riguardato la dimensione della DE, il cui η quadrato parziale è risultato pari a 0,045.

L'analisi dei confronti multipli post-hoc per determinare a quali livelli delle variabili indipendenti siano da imputare queste differenze ha evidenziato che, per quanto riguarda la vittimizzazione da aggressioni fisiche, la forma diretta era associata a livelli più alti di stress in tutte le dimensioni dell'MBI sia rispetto a quella indiretta (EE: $p=0,004$; DE: $p=0,001$; RL: $p=0,006$) che rispetto all'assenza di vittimizzazione (EE: $p=0,005$; DE: $p=0,000$; RL: $p=0,048$), mentre gli effetti della vittimizzazione secondaria non risultavano significativamente diversi da quelli dell'assenza di vittimizzazione su nessuna delle dimensioni dello stress lavorativo.

Per quanto riguarda, invece, le aggressioni verbali la forma diretta mostrava livelli di stress significativamente diversi dall'assenza di vittimizzazione soltanto rispetto all'EE ($p=0,001$) e alla DE ($p=0,000$). I risultati riguardanti il confronto tra la vittimizzazione diretta e quella indiretta evidenziavano come i livelli di burnout erano significativamente diversi solo per l'EE ($p=0,001$), ma non per la DE e per la RL. Infine, la differenza tra i livelli di burnout associati alla vittimizzazione indiretta e all'assenza di vittimizzazione risultava significativa per la dimensione della DE ($p=0,033$), ma non per l'EE e per la RL.

Discussione

Gli studi presenti in letteratura hanno ampiamente dimostrato quanto il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario siano un problema molto diffuso e con una frequenza crescente, seppure con una marcata eterogeneità tra i diversi contesti nazionali (6). Molti sono i fattori che possono contribuire al verificarsi di eventi violenti nei setting assistenziali, tra cui per esempio, la percezione del paziente di condizioni ambientali insoddisfacenti o scarsa comunicazione (35), gli eccessivi tempi di attesa, le aspettative disattese sull'attenzione dedicata alla cura da parte del personale (36, 37). I dati del presente lavoro confermano parzialmente la magnitudine del problema, offrendo un quadro meno problematico della realtà riscontrata a livello internazionale. Le prevalenze di aggressioni verbali e fisiche riscontrate nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, rispettivamente 41,1% e 5,4%, sono in parte sovrapponibili a quelle riportate da Pourshaikhian e colleghi (6), per i quali le aggressioni verbali variano tra il 21% e l'82% mentre quelle fisiche presentano un range compreso tra il 13 ed il 79%. Il tasso specifico riguardante le violenze fisiche al personale infermieristico dell'ospedale oggetto del presente studio (8,2%) si colloca ben al di sotto del dato fornito dalla revisione di Spector e colleghi (4), corrispondente al 36,4%. Sono invece confermate alcune specificità del fenomeno: come evidenziato in altri studi (13) il personale infermieristico è maggiormente esposto alle violenze fisiche e alcuni setting assistenziali risultano potenzialmente più rischiosi di altri (16).

L'effetto di tali eventi sulla salute psicofisica dei lavoratori è ben noto ed è stato brevemente discusso in questo lavoro, così come esistono evidenze che il ripetersi di queste situazioni, unitamente alla mancanza di un supporto da parte dell'organizzazione, è in grado di peggiorare lo stress lavorativo (38). Come è stato detto, l'insor-

Tabella IV. Risultati del test di effetti tra soggetti per l'analisi multivariata della varianza a due vie (MANOVA)

Origine	Variabile dipendente	Somma dei quadrati di tipo III	Gdl	Media quadratica	F	p	η quadrato parziale
Tipo di vittimizzazione fisica	MBI - EE	1248,592	2	624,296	4,143	0,017	0,028
	MBI - DE	303,485	2	151,742	6,844	0,001	0,045
	MBI - RL	654,207	2	327,103	4,976	0,008	0,033
Tipo di vittimizzazione verbale	MBI - EE	3037,419	2	1518,709	10,078	0,000	0,065
	MBI - DE	467,953	2	233,977	10,553	0,000	0,068
	MBI - RL	85,638	2	42,819	0,651	0,522	0,004

gere di una sindrome da burnout (9, 17, 23-26, 39) o l'instaurarsi di un quadro di sintomi inquadrabili nel disturbo post traumatico da stress (8, 9, 21, 22, 27, 28) sono considerate in letteratura possibili conseguenze degli abusi subiti dai lavoratori e perpetrati dai pazienti o dai visitatori. Ma la presenza di tali sintomatologie è rilevante non solo per la situazione patologica in sé, ma anche perché questa può generare ulteriori problemi al benessere fisico delle vittime di violenza (40, 41).

L'ipotesi che le aggressioni al personale sanitario abbiano un impatto non solo sulla vittima, ma anche sui lavoratori che condividono l'ambiente organizzativo è stata suggerita nel 2000 da Rippon (42), senza però trovare una risposta nelle ricerche che sono seguite negli anni successivi. I dati di questo lavoro hanno fatto emergere che tale ipotesi, almeno in parte, trova un suo fondamento nelle evidenze empiriche. Considerando i dati riguardanti la vittimizzazione diretta, le violenze verbali hanno un maggiore impatto di quelle fisiche sullo stress dei lavoratori e che la dimensione della depersonalizzazione nel burnout è quella che subisce il maggiore effetto dalle aggressioni sia di tipo fisico che verbale (26), confermando quando già emerso in letteratura (9, 26) e in linea con studi che correlano i vissuti di depersonalizzazione al trauma derivante da un abuso interpersonale (43). Per quanto riguarda, invece, la relazione tra lo stress lavorativo e le esperienze di vittimizzazione indiretta i risultati di questo lavoro mostrano che un clima percepito come rischioso a causa delle violenze può generare un incremento dei livelli di stress nei lavoratori in genere e non solo nelle vittime, e che tale effetto, ancora una volta, va ricercato nella dimensione della depersonalizzazione (44).

Non sono molte, però, le evidenze a supporto di questo risultato. In campo criminologico gli effetti della vittimizzazione indiretta sull'insicurezza sono stati indagati con maggiore frequenza. Per esempio, è possibile menzionare lo studio di Xie e McDowall (45), secondo cui la vittimizzazione indiretta per crimini commessi contro la proprietà nel quartiere può indurre a decidere di cambiare residenza al pari dell'effetto della vittimizzazione diretta, oppure la ricerca di Buck sulla criminalità in ambiente scolastico (46), secondo cui l'esposizione diretta o indiretta a forme di violenza fisica o verbale produce un incremento nell'esaurimento emotivo e nella depersonalizzazione. Tali risultati sembrerebbero confermare quanto emerge dalla presente ricerca, ovvero che, pur non essendo vittime di aggressioni, i lavoratori che prestano il proprio servizio in ambienti caratterizzati da un elevato livello di violenza interpersonale perpetrata da soggetti esterni all'organizzazione possono sviluppare sintomi più o meno ricorrenti caratterizzati dalla sensazione di scollegamento dal proprio corpo o dai propri processi mentali, ovvero corrono il rischio sviluppare un disturbo di depersonalizzazione.

Le implicazioni dei risultati dello studio sono molteplici, a cominciare dalla necessità di rafforzare la sicurezza nei luoghi di lavoro rispetto alle aggressioni o agli atti di violenza sia verbale che fisica. Non secondaria è la necessità di implementare interventi specifici sui lavoratori più esposti a questo genere di violenze, quali ad esempio protocolli basati sulla costruzione di aggression

management teams e su tecniche di debriefing di gruppo, per i quali esistono prove di efficacia in studi randomizzati controllati (47, 48).

È opportuno sottolineare come lo studio abbia messo in luce il modesto contributo di fattori esterni all'organizzazione, quali possono essere le aggressioni al personale, alla determinazione dello stress lavorativo. I dati hanno anche evidenziato che, seppure i reparti di Emergenza siano notoriamente caratterizzati da un più elevato tasso di aggressioni rispetto alle altre strutture, il livello di burnout rilevato nel personale di queste strutture non sia significativamente diverso, da quello di altri reparti. Tutto ciò lascia ipotizzare che lo studio dell'impatto delle aggressioni sullo stress lavorativo non può essere disgiunto dall'analisi degli *stressors* interni all'organizzazione stessa. Sarebbe ipotizzabile, per esempio, l'inserimento dell'Organizational Checkup System (OCS) (49) nella batteria di strumenti di valutazione. L'OCS rappresenta un'evoluzione della scala MBI che, oltre a misurare i livelli di burnout, permette di identificare le principali cause di stress lavorativo e di sviluppare percorsi di recupero in direzione dell'engagement del personale.

Vista l'associazione tra la percezione del paziente di condizioni ambientali insoddisfacenti, la scarsa comunicazione con il personale e il burnout dei lavoratori (35-37, 50), un'ulteriore prospettiva per ricerche future potrebbe essere l'indagine degli effetti di interventi di gestione del rischio di violenze nei lavoratori sulla qualità del servizio ospedaliero percepita dai pazienti (51). Studi futuri potrebbero infine beneficiare dell'introduzione di misure multidimensionali di paura della vittimizzazione nei lavoratori, già validate in altri contesti, che potrebbero moderare l'associazione tra esperienze di vittimizzazione e burnout (52).

I risultati devono comunque tenere in considerazione i limiti dello studio. Le ricerche presenti in letteratura su questo tema sono in gran parte trasversali e, come la presente, permettono di interpretare l'associazione tra gli eventi violenti e la presenza di elevati livelli di burnout, senza però riuscire a distinguere se ed in che misura lo stress sia riconducibile anche alle stesse situazioni lavorative, argomento da approfondire in future ricerche.

Conclusioni

Il settore dei servizi sanitari è uno dei settori produttivi maggiormente interessati dal fenomeno delle aggressioni sul posto di lavoro, sia per la frequenza degli eventi che per il livello di allarme da questi generati. Si tratta di un problema sottostimato in quanto le violenze subite non sempre vengono denunciate, talvolta per la lieve entità del danno subito, talvolta per il senso di indifferenza del management rispetto all'esperienza vissuta dal lavoratore. La letteratura sul tema fornisce consolidate evidenze riguardanti le conseguenze delle violenze sul posto di lavoro, effetti sulla salute psico-fisica che possono minare la capacità lavorativa degli individui e la loro motivazione. Affrontare il fenomeno delle aggressioni con interventi di prevenzione e di contenimento del rischio ha certamente il

fine di tutelare i singoli da tali eventi, ma ha anche lo scopo non secondario di preservare la percezione dei lavoratori di un ambiente lavorativo sicuro e tutelato nei confronti di ogni forma di violenza, visto che, come evidenziano i dati dello studio, gli effetti delle aggressioni non si limitano al danno individuale subito dalla vittima, ma impattano anche sul resto dei lavoratori dell'organizzazione.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i membri del Gruppo di Lavoro Aggressioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese per il contributo fornito all'organizzazione dello studio.

Bibliografia

- 1) Rahmani A, Hassankhani H, Mills J, Dadashzadeh A. Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: A cross-sectional analysis. *Emerg Med Australas* 2012; 24(1): 105-110.
- 2) Schat A, Frone MR. Exposure to psychological aggression at work and job performance: the mediating role of job attitudes and personal health. *Work Stress* 2011; 25(1): 23-40.
- 3) Schat ACH, Kelloway EK. Workplace violence. In Barling J, Kelloway EK, Frone MR. "Handbook of work stress". Sage, London 2005; 189-218.
- 4) Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(1): 72-84.
- 5) Leeper Piquero N, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000-2012. *Aggression and Violent Behavior* 2013; 18: 383-394.
- 6) Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res* 2016; 5(1): e28734.
- 7) Kerr K, Oram J, Tinson H, Shum D. Health Care Workers' Experiences of Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing* 2017; 31: 457-462.
- 8) Rosenthal LJ, Byerly A, Adrienne D, Taylor AD, Martinovich Z. Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. *Psychosomatics* 2018; 59: 584-590.
- 9) Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* 2016; 19: 75-81.
- 10) Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(10): 1368-1376.
- 11) Gascón S, Casalod Y, Martínez Jarreta B, Abecia E, Luna A, Pérez Cárcelos MD, Santed MA, González-Andrade F, Bolea M. Aggressions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychological effects. *Legal Medicine* 2009; 11: S366-S367.
- 12) Demir D, Rodwell J. Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2012; 4(4): 376-384.
- 13) Partridge B, Affleck J. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2017; 20: 139-145.
- 14) Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L, Zhang J. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2017; 72: 8-14.
- 15) Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(3-4): 479-488.
- 16) Edward K, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing* 2014; 23(12): 653-4, 656-9.
- 17) Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *International Emergency Nursing* 2015; 23: 274-280.
- 18) Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(7-8): 1072-1085.
- 19) Angharad Ashton R, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing* 2018; 39: 13-19.
- 20) Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 81: 21-29.
- 21) Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 49: 283-96.
- 22) Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior* 2014; 19: 492-501.
- 23) Cenk SC. An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2019; 19: 21-25.
- 24) Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, Albesa A, Montero-Marín J, García-Campayo J, Martínez-Jarreta B. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 22: 3120-3129.
- 25) Galián-Muñoz I, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, López-García C. User Violence and Nursing Staff Burnout: The Modulating Role of Job Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence* 2016; 31(2): 302-315.
- 26) Guglielmetti C, Gilardi S, Licata M, De Luca G. The healthcare operators' experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments. *Med Lav* 2016; 26; 107(3): 223-34.
- 27) Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ* 2011; 29(2): 59-66.
- 28) Hogh A, Viitasara E. A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2005; 14(3): 291-313.
- 29) Yang LQ, Spector PE, Chang CH, Gallant-Roman M, Powell J. Psychosocial precursors and physical consequences of workplace violence towards nurses: A longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital settings. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49: 1091-1102.
- 30) Miranda H, Punnett L, Gore R, Boyer J. Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers. *Occupational Environmental Medicine* 2011; 68(1): 52-57.
- 31) Walklate S. *Criminology: the basics*. Routledge 2017; London and New York.
- 32) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
- 33) Sirigatti S, Stefanile C, Menoni E. Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Bollettino di Psicologia Applicata* 1988; 187-188: 33-39.
- 34) Finch H. Comparison of the Performance of Nonparametric and Parametric MANOVA Test Statistics when Assumptions Are Violated. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences* 2005; 1(1): 27-38.
- 35) Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(5): 469-478.
- 36) Hamdan M, Abu HA. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2015; 13(28): 2-9.
- 37) Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J Emerg Nurs* 2014; 40: 218-28.
- 38) Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 51.

- 39) Corsino de Paiva L, Gomes Canario AC, Corsino de Paiva China EL, Goncalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics* 2017; 72(5): 305-309.
- 40) Ferretti F, Pozza A, Bossini L, Del Matto L, Desantis S, Olivola M, Gualtieri G, Coluccia A, Fagiolini A. A comparison of physical comorbidities in patients with posttraumatic stress disorder developed after a terrorist attack or other traumatic event. *J Neurosci Res* 2019; 97(5): 543-553.
- 41) Ferretti F, Pozza A, Bossini L, Desantis S, Olivola M, Del Matto L, Gualtieri G, Gusinu R, Bezzini D, Fagiolini A, Coluccia A. Post traumatic stress disorder in Italy: a comprehensive evaluation of all the ICD comorbidities and gender related differences. *BMC Res Notes* 2019; 12: 747.
- 42) Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(2): 452-460.
- 43) Aponte-Soto MR, Martínez-Taboas A, Vélez-Pastrana MC, González RA. The relationship between interpersonal abuse and depersonalization experiences. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 2019; 30(1): 048-059.
- 44) Leibowitz GS, Laser JA, Burton DL. Exploring the Relationships Between Dissociation, Victimization, and Juvenile Sexual Offending. *Journal of Trauma & Dissociation* 2010; 12(1): 38-52.
- 45) Xie M, McDowall D. Escaping crime: the effects of direct and indirect victimization on moving. *Criminology* 2008; 46(4): 809-840.
- 46) Buck CA. The Effects of direct and indirect experiences with school crime and violence on high school teacher burnout. Dissertation, Georgia State University, 2006.
- 47) Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42(6): 649-655.
- 48) Tuckey M, Scott JE. Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial. *Anxiety, Stress & Coping* 2014; 27(1): 38-54.
- 49) Leiter MP, Maslach C. OCS Organizational Checkup System. Come prevenire il burnout e costruire l'impegno. O.S. Organizzazioni Speciali 2005, Firenze, Italia.
- 50) Coluccia A, Lorini F, Ferretti F, Pozza A, Gaetani M. Organizational well-being and work-related stress in health care organizations: validation of the Work-related Stress Assessment Scale. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2015; 37(4): 209-219.
- 51) Cioffi R, Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Saggino A, Furnham A. A psychometric study of the Quality Perception Questionnaire. *Swiss Journal of Psychology* 2012; 71(2): 101-106.
- 52) Ferretti F, Pozza A, Coluccia A. Urban safety: A re-reading of the sense of unsafety through individual and ecological dimensions. *European Journal of Criminology* 2019; 16(2): 188-209.

Corrispondenza: Gualtieri Giacomo, U.O.C. Medicina Legale, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Viale Bracci, 53100 Siena, Italy, Tel. 0577586409, giacomo.gualtieri@ao-siena.toscana.it