

L'omicidio del medico

Murder of the doctor

LILIANA LORETTU¹, LORENZO FALCHI¹, FABRIZIA L. NIVOLI¹, PAOLO MILIA¹,
GIANCARLO NIVOLI², ALESSANDRA M. NIVOLI¹

E-mail: llorettu@uniss.it

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, AOU-Sassari, Università di Sassari

²Presidente Società Italiana di Psichiatria Forense

RIASSUNTO. Scopo. Esaminare una casistica di omicidi che ha coinvolto i medici per approfondire un eventuale rischio per il medico di essere ucciso dal paziente, nella pratica clinica. **Metodi.** Lo scopo è stato perseguito attraverso un esame retrospettivo sui medici uccisi in ambito professionale nel periodo compreso tra il 1988 e il 2013, in Italia. **Risultati.** In questo periodo in Italia 18 medici sono stati uccisi in ambito professionale, con un tasso di 0,3/100.000. In 7 casi l'omicidio è stato determinato da una forte conflittualità medico-paziente; in 7 casi l'omicidio è stato compiuto da un paziente psichiatrico; 1 caso di omicidio costituisce l'epilogo di un comportamento di stalking; 3 casi di omicidio si sono verificati in un luogo di lavoro non sufficientemente sicuro. Sono state individuate 4 categorie di situazioni a rischio. Una categoria comprende gli omicidi compiuti in un contesto di conflittualità medico-paziente. Una seconda categoria concerne omicidi compiuti da pazienti psichiatrici; una terza categoria include gli omicidi avvenuti in un luogo di lavoro non sicuro; un'ultima categoria l'omicidio nel contesto di stalking. **Conclusioni.** Si tratta di categorie che individuano delle situazioni pericolose per il medico, nelle quali vengono evidenziati gli elementi che hanno avuto un ruolo determinante nell'omicidio e per le quali vengono suggerite particolari precauzioni preventive.

PAROLE CHIAVE: omicidio del medico, malattia mentale e comportamento violento, stalking, violenza nel luogo di lavoro.

SUMMARY. Aim. To examine possible risk factors for the doctor to be killed by the patient in the clinical practice by examining a series of murders that involved physicians. **Methods.** This aim has been achieved through a retrospective review on clinical cases of doctors killed by patients within the period between 1988 and 2013, in Italy. **Results.** In this period 18 Italian doctors have been killed in the workplace, with a rate of 0.3/100,000. In 7 cases, the murder resulted in the context of doctor-dissatisfaction; in 7 cases the murder was committed by a psychiatric patient; 1 case in the context of a stalking; 3 cases occurred in a workplace which was not safe enough. Four categories of at-risk contexts have been identified. One category includes a murder in the context of a doctor-dissatisfaction, perceived by patient. The second category concerns murders committed by patients suffering from mental illness. A third category includes homicides in a workplace which is not safe. The last category comprises the murder in the context of stalking. **Conclusions.** These categories identify specific dangerous situations for physicians, in which are highlighted elements that have played a crucial role in the murder and for which special precautions are suggested preventive.

KEY WORDS: murder of the doctor, mental illness and violent behavior, stalking, violence in the workplace.

INTRODUZIONE

La letteratura indica il lavoro in ambito sanitario come un fattore di rischio per aggressioni violente. Tale elemento è confermato da numerosi studi epidemiologici. I dati del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)¹ rilevano che il 51% di tutte le aggressioni avvenute sul posto di lavoro coinvolgono operatori sanitari. Il National Crime Victimization Survey² (dal 1993 al 1999) riporta che il tasso annuale dei crimini violenti, lavoro-correlati, era del 12,6/1000 per tutti i lavoratori; tuttavia, tra i medici il tasso sale al 16,2/1000 e tra gli infermieri al 21,9/1000. In particolare, per gli psichiatri e gli operatori della salute mentale il tasso diventa del 68,2/1000. Numerosi altri studi mettono in luce le aggressioni violente ai danni di medici di famiglia, dei medici di urgenza, degli psichiatri^{3,4}. In particolare, uno studio dell'American Psychiatric Association³ sottolinea che il 45% degli psichiatri è stato vittima di un'aggressione duran-

te il proprio lavoro e uno studio dell'American Psychological Association riporta che il 35-40% degli psicologi è stato aggredito dai pazienti in ambito lavorativo⁵. Bruns et al.⁶ riportano i dati di uno studio sull'ideazione violenta del paziente nei confronti del medico. Elementi quali la conflittualità nei confronti del medico, la patologia psichiatrica e sintomi borderline sono associati con un manifesto desiderio di uccidere il medico.

In particolare, per quanto concerne l'omicidio, Goodman et al.⁷ rilevano che le professioni sanitarie sono a rischio anche di omicidio lavoro-correlato (*work-related*). Negli USA, dal 1980 al 1990, 26 medici sono stati vittime di omicidio lavoro-correlato con un tasso del 15/100.000.

La letteratura offre numerose indicazioni sui fattori di rischio di comportamenti violenti in generale; in particolare, per l'omicidio viene indicata la psicopatologia del paziente tra i fattori di rischio più frequenti⁸. Friedman⁹, nel commentare l'omicidio di uno psichiatra a opera di un paziente, ri-

propone un antico dilemma su violenza e malattia mentale. I più importanti studi epidemiologici sulla popolazione generale, come l'Epidemiologic Catchment Area Survey¹⁰, gli studi di MacArthur¹¹, Monahan¹² e Hodgins¹³ mostrano che i pazienti psichiatrici, rispetto alla popolazione di controllo, possono essere più violenti, ma anche che la maggior parte di essi non lo sono. Attualmente rimane controverso il dibattito. I numerosi pregiudizi rischiano di aumentare lo stigma nei confronti della malattia mentale, e tuttavia non parlare di malattia mentale e comportamento violento e non mettere in atto tutte le misure terapeutiche necessarie rischia altresì di aumentare il pregiudizio¹⁴. Infine, ma non ultimo in termini di importanza, viene segnalato dalla letteratura il ruolo della relazione medico-paziente. Friedman⁹ sottolinea la difficoltà del portare avanti una relazione terapeutica con un paziente di cui si ha paura. Afferma inoltre che l'utilizzo di alcuni meccanismi di difesa, quali per esempio la negazione, non sono validi perché «dobbiamo ricordare a noi stessi che il rischio di violenza, anche se piccolo, è reale, e che dobbiamo mettere in atto le necessarie precauzioni».

METODI

È stato effettuato un esame retrospettivo di omicidi di medici work-related, dal 1988 al 2013, in Italia. Sono state consultate le principali agenzie nazionali di statistica (ISTAT, EURISPES, EURES)¹⁵, i database di PubMed e, in alcuni casi, le perizie psichiatriche redatte dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Sassari. Ciascun caso di omicidio è stato analizzato al fine di isolare le variabili associate.

I dati raccolti vengono presentati secondo il criterio descrittivo della distribuzione geografica degli omicidi, delle caratteristiche bio-sociologiche delle vittime e degli autori. Le caratteristiche di ciascun omicidio sono state raggruppate, e sono state individuate 4 categorie in base all'analogia della situazione. Ciascuna categoria viene presentata attraverso la descrizione di uno specifico caso clinico secondo un criterio narrativo che mette in luce gli elementi che hanno avuto un ruolo rilevante nella dinamica delittuosa. L'esiguità del campione non ha consentito una operazione statistica dei risultati ottenuti.

RISULTATI

In Italia, nel periodo compreso tra il 1988 e il 2013, 18 medici sono stati vittime di omicidio lavoro-correlato, con un tasso di 0,3/100.000. Il dato è fortunatamente scarso e non presenta un andamento crescente nel tempo. La scarsità del numero non consente valutazioni statistiche, tuttavia l'attento studio dei singoli casi permette di porre in rilievo alcuni punti di particolare interesse ai fini della comprensione e prevenzione del fenomeno.

Gli omicidi non presentano una distribuzione geografica con significative differenze nelle 4 aree principali: 5 casi sono avvenuti al Nord (27,8%), 2 casi al Centro (11,1%), 7 casi al Sud (38,9%), 4 nelle Isole (22,2%)

I dati concernenti l'età della vittima mettono in luce una maggiore concentrazione di casi nelle fasce di età al di sotto dei 50 anni, con un decremento in quelle successive. Per quanto concerne il genere della vittima è stato rilevato che il

72,2% (n=13) delle vittime è di sesso maschile, e il restante 27,8% (n=5) di sesso femminile. I dati sulla attività lavorativa della vittima riportano 6 omicidi tra gli operatori dell'area psichiatrica, 4 omicidi di medici di medicina generale, 3 omicidi di medici di guardia medica, 2 omicidi di specialisti in urologia, 1 omicidio di un ginecologo, 1 omicidio di un chirurgo generale, 1 omicidio di un neurochirurgo (Tabella 1).

In merito alle caratteristiche degli autori degli omicidi, si sottolinea il genere maschile nel 100% dei casi (18 casi su 18). In 7 casi (38,9%) l'autore dell'omicidio è stato un paziente psichiatrico (Tabella 2).

Le circostanze sono state analizzate cercando di individuare caratteristiche comuni a più casi, che potessero permettere un raggruppamento dei casi in specifiche categorie. Ciò ha permesso di isolare 4 principali categorie in cui è dominante uno specifico elemento: una prima categoria concerne l'omicidio compiuto in un contesto di conflittualità medico-paziente (7 casi, 38,9%); una seconda categoria è caratterizzata da pazienti psichiatrici (7 casi, 38,9%); una terza categoria di omicidi correlati a un luogo di lavoro non sicuro (3 casi, 17,65%); un'ultima categoria concerne un caso di omicidio nel contesto di stalking (1 caso, 5,88%) (Tabella 2).

Tabella 1. Principali caratteristiche socio-demografiche delle vittime (n=18) e degli autori di omicidio (n=18)

| | % | n |
|--|------|------|
| Genere (maschile) | | |
| Vittime | 72,2 | 13 |
| Autori | 100 | 18 |
| Età media (anni, DS) | | |
| Vittime | 41,7 | 11,5 |
| Autori | 36,4 | 8,3 |
| Specializzazione medica (vittime) | | |
| Psichiatria | 33,3 | 6 |
| Medicina generale | 22,2 | 4 |
| Medico di guardia | 16,6 | 3 |
| Urologia | 11,1 | 2 |
| Ginecologia | 5,5 | 1 |
| Neurochirurgia | 5,5 | 1 |
| Chirurgia generale | 5,5 | 1 |

Tabella 2. Diagnosi psichiatriche principali negli autori di omicidio (n=7)

| | n (%) |
|-----------------------------|----------|
| Psicosi | 4 (57,1) |
| Disturbi dell'umore | 2 (28,6) |
| Disturbo da uso di sostanze | 1 (14,3) |

DISCUSSIONE

I dati che precedono consentono di formulare alcune considerazioni.

L'omicidio del medico

Una prima considerazione concerne l'età della vittima: l'andamento decrescente degli omicidi con l'aumentare dell'età della vittima potrebbe suggerire che l'esperienza professionale, che si acquista con il passare degli anni, depone a favore di una maggiore capacità nella gestione del paziente, in particolar modo nelle situazioni di emergenza, e costituire un probabile fattore di protezione. Il genere maschile, maggiormente rappresentato tra le vittime, conferma un trend generale dell'omicidio che raccoglie la maggior percentuale di vittime tra il genere maschile.

Gli elementi caratterizzanti le singole categorie stimolano specifiche riflessioni che aiutano a capire l'accaduto, riconoscere gli elementi di criticità e individuare elementi correttivi nell'operato del medico, i quali potrebbero avere valenza preventiva.

Conflittualità medico-paziente

La prima categoria (7 casi) si caratterizza per la presenza di un'importante conflittualità tra medico e paziente, o un suo familiare, specificamente riferita all'operato del medico, che viene accusato di aver provocato un danno al paziente (in alcuni casi letale) a causa di una diagnosi e/o una terapia ritenuta sbagliata. Tale conflittualità non si indirizza verso le vie legali di un contenzioso giudiziario, ma prende la strada della vendetta privata con l'omicidio del medico.

Caso I

G.M., chirurgo di 44 anni, esegue un intervento di appendicectomia su una bambina di 4 anni, che subito dopo entra in coma e muore. G.M. riceve numerose minacce da parte della famiglia della bambina. Il padre e lo zio della piccola uccidono G.M. dopo ripetute minacce che il medico non aveva segnalato.

Le critiche all'operato del medico sono decisamente numerose e certo non tutte evolvono in un omicidio. Tuttavia, il medico dovrebbe abituarsi a non sottovalutare la pericolosità di un'escalation della critica che diventa conflittualità, minaccia, persecuzione. Quando la critica prende la strada della minaccia, il medico dovrebbe segnalare alla polizia le minacce ricevute. La sottovalutazione delle critiche, e delle eventuali escalation, trova fertile terreno in sentimenti di insicurezza e/o colpa del medico in merito al proprio operato. In queste situazioni pensare di lasciar perdere è la cosa più ovvia, ma non sempre la più valida. In alcuni casi è importante "disfare il transfert" negativo con il paziente, affrontare un confronto chiarificatore, comunicare la propria reale empatia. Nei casi in cui la critica è diventata minaccia non è utile un confronto diretto, ma è utile la segnalazione delle intimidazioni.

Pazienti psichiatrici

La categoria dei pazienti psichiatrici che uccide il proprio terapeuta (7 casi) è l'unica categoria che accomuna una tipologia specifica di pazienti, quelli con una malattia mentale (Tabella 2).

Le diagnosi rilevate non possono acquisire un valore statistico, considerata l'esiguità del campione; tuttavia esse riporta-

no le diagnosi comprese nella definizione di Severe Mental Illness (SMI) comunemente confrontate con il comportamento violento. Questo binomio è spesso imbrigliato in un automatismo frutto di un pregiudizio che attribuisce al malato di mente una maggiore prevalenza di comportamenti violenti rispetto alla popolazione generale. Ovvero è vittima di un pregiudizio opposto che vede completamente negato il comportamento violento del malato di mente e, nella sua estremizzazione, l'esistenza della stessa malattia mentale. Pertanto, sebbene sia importante criticare l'automatismo malattia mentale-comportamento violento, è altrettanto importante sapere che alcuni disturbi psichiatrici possono costituire un fattore di rischio di comportamento violento¹⁶⁻²⁰. La gestione del malato di mente violento richiede uno sforzo organizzativo, ma anche una differente formazione dello psichiatra che consenta di procedere sul duplice binario: diagnosi e terapia della malattia mentale e valutazione e trattamento del comportamento violento²¹. Solo così la spirale malattia mentale-comportamento violento può arrestarsi. Per ultimo, ma non per importanza, sarebbe utile che la formazione dello psichiatra possa fornire gli elementi per raggiungere la consapevolezza delle proprie reazioni emotive: quei meccanismi di difesa dall'angoscia che un paziente violento provoca, quali la negazione, la minimizzazione, la scissione, la proiezione, l'identificazione²². Solo una corretta conoscenza di tali meccanismi può consentire un corretto inquadramento diagnostico e una corretta strategia terapeutica.

Caso II

L.B., psichiatra di 42 anni, viene ucciso in un agguato per strada da A.G., paziente di 47 anni. A.G. è anch'egli uno psichiatra che dopo una complessa vicissitudine lavorativa ha uno scompenso psicotico che richiede il ricovero coatto. A.G. viene gestito dai suoi ex-colleghi, la gestione non è facile; un ricovero viene effettuato dove A.G. sino a poco tempo prima lavorava. Due ricoveri vengono richiesti da L.B. che rimane solo nella gestione dell'ex-collega. L'omicidio avviene dopo numerose minacce; dopo l'arresto di A.G., nella sua borsa viene trovata una lista di 13 nomi, il primo dei quali è quello di L.B.

Il caso che precede mette in luce tutta la drammaticità della gestione di un paziente psichiatrico violento, che è anche un ex-collega. Numerose delle scelte fatte sono discutibili, purtroppo a posteriori, compresa quella di ricoverare il paziente nella struttura che lo ha visto nel ruolo di medico. È innegabile che tale condizione abbia provocato una profonda umiliazione nel paziente e abbia contribuito a percepire come nemici gli ex-colleghi. Altro elemento di criticità è la mancata diluizione delle responsabilità nel trattamento di un paziente difficile, il quale confrontandosi con un solo terapeuta ha maggiore possibilità di inglobarlo nell'attività delirante persecutoria²³.

Stalking

La categoria che comprende l'omicidio legato a un'attività di stalking comprende un unico caso. Tuttavia, la scarsità dei numeri non dovrebbe indurre a una sottovalutazione del rischio. La letteratura mette in luce come, tra le categorie lavorative, quella del medico sia spesso bersaglio di un comportamento di stalking da parte dei pazienti²⁴⁻²⁷. In particolare, alcuni autori mettono in luce le differenti dinamiche di stalking correlate alle differenti psicopatologie dei pazienti²⁸.

Tabella 3. Categorie di omicidi in ambito professionale (n=18)

| Categorie | n (%) |
|--------------------------------|-----------|
| Conflittualità medico-paziente | 7 (38,9) |
| Pazienti psichiatrici | 7 (38,9) |
| Stalking | 1 (5,88) |
| Luogo di lavoro non sicuro | 3 (17,65) |

Lo stalking è definito una “patologia della relazione” e della comunicazione interpersonale²⁴, in cui l'autore tende a violentare e limitare la libertà della vittima, e in cui spesso anche la vittima, involontariamente, contribuisce all'instaurarsi e al mantenimento del comportamento di stalking attraverso l'ambivalenza del comportamento, la non comprensione e la sottovalutazione della situazione.

Caso III

M.M. è un'urologa di 38 anni. Viene uccisa da R.G., di 31 anni, che era stato ricoverato nel reparto dove M.M. lavorava. Già durante la degenza R.G., equivocando un complimento della dottoressa, inizia un comportamento di stalking (telefonate, pedinamenti), facendole capire di conoscerne abitudini, spostamenti, turni di lavoro. M.M. sottovaluta la situazione, non sporge denuncia, pur comunicando a R.G., in una telefonata, l'intenzione di farlo. Viene uccisa con 52 coltellate.

Non tutti i comportamenti di stalking portano all'omicidio, tuttavia la strada stalking-omicidio è una strada facilmente percorribile, pertanto è importante conoscerla. È fondamentale sapere che la relazione con lo stalker va immediatamente interrotta, i colloqui chiarificatori sono inutili e alimentano le aspettative dello stalker. È importante sapere che un comportamento di stalking va immediatamente segnalato e che devono essere prese delle misure precauzionali e comportamentali specifiche.

Contesto lavorativo non sicuro

La categoria degli omicidi avvenuti in un contesto lavorativo non sicuro comprende 3 casi. La problematica della sicurezza nei posti di lavoro è complessa e va oltre gli obiettivi di questo lavoro. In questa sede è utile condividere l'affermazione secondo la quale l'obiettivo di ciascuna professione può essere perseguito solo se essa stessa viene svolta secondo un'adeguata organizzazione funzionale, che garantisca la sicurezza degli operatori. In particolare, è da segnalare che tutti e 3 gli omicidi esaminati hanno coinvolto medici del servizio di emergenza. Gli omicidi esaminati costituiscono la punta di un iceberg molto più ampio e dolorosamente misconosciuto: si tratta di una problematica che arriva alle cronache solo in casi di particolare gravità quali l'omicidio del medico, ma che si caratterizza per i numerosi comportamenti violenti che quotidianamente vedono coinvolti i medici e gli operatori del servizio di emergenza.

Caso IV

R.Z., 31 anni, è un medico di medicina d'urgenza. Svolge il turno di lavoro di notte, da sola, senza personale paramedico, in un ambu-

latorio isolato di un piccolo paese. R.Z. riceve in ambulatorio M.Z., che nel cuore della notte si è rivolto al servizio di emergenza per un mal di denti. M.Z. è ubriaco, una volta entrato nell'ambulatorio, minaccia, violenta e uccide R.Z.

Il caso riportato mette in luce vari elementi di insicurezza del posto di lavoro: un ambulatorio isolato e periferico, l'assenza di sistemi di videosorveglianza e di allarme, la mancanza di operatori sanitari e di vigilanza. Tutti questi elementi hanno avuto un ruolo importante nella realizzazione dell'omicidio e, se diversamente gestiti, avrebbero potuto evitare il verificarsi dello stesso.

Il presente lavoro ha degli innegabili limiti, quali la ristrettezza del periodo temporale esaminato, l'esiguità del campione, la fonte delle informazioni raccolte. Sarebbero opportuni la raccolta e l'esame di un numero di dati più ampio, anche in contesti culturali differenti, per meglio comprendere questo fenomeno e delinearne ulteriori elementi di prevenzione. Tali limiti non permettono di definire specifici fattori di rischio con valore statistico. Tuttavia, consentono di fare alcune considerazioni su un fenomeno, l'omicidio del medico, che fortunatamente non è particolarmente diffuso, ma che è comunque poco studiato.

L'esame degli omicidi ha consentito di isolare 4 categorie. Ciascuna categoria potrebbe essere identificata se non come un fattore di rischio, come una situazione di pericolo che merita una particolare attenzione, per la quale potremo ipotizzare dei suggerimenti con valenza di prevenzione.

In particolare, per quanto concerne la categoria caratterizzata da conflittualità medico-paziente è utile segnalare che, quando la conflittualità va oltre una “fisiologica critica” del paziente e inizia ad associarsi alle minacce sempre più “calde” e frequenti, è utile che il medico prenda misure precauzionali e difensive. Sarebbe altresì opportuno non arrivare a situazioni ad “alta tensione”, ma ricorrere a sistemi di mediazione dei conflitti, messi a disposizione dalle aziende sanitarie, che possano consentire alle parti la risoluzione dei conflitti nel rispetto della legalità, dei sentimenti, delle emozioni, del dolore delle singole parti.

La categoria che si caratterizza per gli autori con malattia mentale non deve suscitare un ulteriore allarme e stigma nei confronti di questi pazienti. Dovrebbe costituire uno stimolo forte per la formazione degli operatori della salute mentale. Da ciascun caso si potrebbe trarre una lezione formativa. Il paziente psichiatrico violento non può essere considerato e trattato alla stregua degli altri pazienti, ma necessita di un percorso specifico e differenziato. Quando un paziente minaccia un operatore, le intimidazioni non possono essere trascurate perché, per il paziente psichiatrico, le minacce, come le preghiere, hanno significati particolari dai quali diviene difficile sottrarsi una volta formulate. Inoltre, massima attenzione deve essere posta al paziente che ingloba nella sua attività delirante persecutoria un singolo operatore: la concretizzazione su uno specifico individuo è sempre particolarmente inquietante²⁹. In tali circostanze sarebbe opportuno che un operatore non venisse lasciato solo nelle decisioni “sgradite” al paziente (quali, per esempio, un ricovero coatto), ma sarebbe opportuno che la responsabilità dell'azione venisse distribuita tra più operatori. Inoltre, a un paziente che minaccia dovrebbe essere trasmesso il messaggio che verrà comunque sempre responsabilizzato delle proprie

L'omicidio del medico

azioni. Un comportamento omissivo in tal senso è fortemente diseducativo e collusivo con il comportamento violento del paziente. La minaccia di un paziente diminuisce la fiducia sull'efficacia dello staff e non può essere trascurata. Inoltre, particolare attenzione dovrebbe essere posta a una formazione degli operatori che contempli l'acquisizione di tecniche di escalation del comportamento aggressivo.

Il paziente che inizia un'attività di stalking nei confronti del medico non deve mai essere sottovalutato nella sua pericolosità. Mullen et al.²⁴ sottolineano che il medico è spesso vittima di stalking da parte del paziente. Nel caso di stalking il medico non deve colludere con il comportamento dell'autore, attraverso ambivalenze, minimizzazioni, incomprensioni, tentativi di dissuasione. Questo comportamento non fa che alimentare una relazione patologica. Un comportamento prudente dovrebbe contemplare una immediata chiusura della relazione terapeutica, qualora ancora esistente, e una tempestiva denuncia alla polizia. Tutti dovrebbero essere consapevoli che lo stalking è un reato e che, finalmente, c'è una risposta legale a tale comportamento.

Il tema degli omicidi avvenuti in un ambito lavorativo non sicuro apre uno scenario decisamente inquietante per quanto concerne il servizio di medicina di emergenza: i 3 omicidi esaminati si sono verificati in tale contesto. Considerate le numerosissime segnalazioni di aggressioni, minacce, rapine che si verificano nei servizi di medicina di emergenza a danno dei medici, l'omicidio pare essere la punta di un iceberg molto più vasto. Se è scontato che il posto di lavoro dovrebbe caratterizzarsi anche per la sicurezza, la realtà organizzativa degli ambulatori non conferma purtroppo questa affermazione. A ciò si aggiunge la peculiarità dell'intervento di medicina di emergenza, che si caratterizza per la condizione di isolamento e solitudine dell'operatore, per la non conoscenza dell'identità del paziente, per l'esposizione in prima linea senza alcuna protezione. In Italia dopo le vicende che hanno portato all'omicidio di medici, in alcuni servizi di medicina di emergenza è stato istituito un servizio di vigilanza presso gli ambulatori: allo stato attuale i dati a disposizione sembrano confermare l'efficacia di tale misura; rimane il rammarico per ciò che è successo in passato e che forse si sarebbe potuto evitare.

CONCLUSIONI

Pur con i limiti metodologici descritti, è possibile affermare, sulla base del presente studio, che: esiste un rischio specifico lavoro correlato, per il medico, di essere vittima di omicidio; esistono specifiche categorie di situazioni che presentano un rischio vittimogeno per il medico, che dovrebbero essere attentamente valutate per gestire al meglio tale rischio, con particolare attenzione a ciò che il medico deve fare e a ciò che non deve fare.

Quanto precede è da valutare alla luce della trasversalità degli elementi di rischio nelle varie categorie descritte (per es., la conflittualità tra medico e paziente), del quotidiano buon governo del rischio abituale e consentito dell'opera del medico (il rischio vittimogeno non è sempre prevedibile ed eludibile), dell'evitamento di derive pregiudiziali in tema di stigmatizzazione della malattia mentale o dell'incapacità professionale del medico (da evitare giudizi superficiali di nessi causali sulla base della descrizione dei fatti), della ne-

gazione del problema attraverso un meccanismo di difesa di minimizzazione statistica dell'omicidio del medico ("gli omicidi dei medici sono casi rarissimi").

In conclusione, è utile per la formazione del medico conoscere le situazioni a rischio descritte nel presente studio non solo per prevenire il proprio omicidio, ma anche e soprattutto per sapere cosa fare e cosa non fare nei rapporti conflittuali con il paziente e nella gestione della sicurezza della propria integrità fisica sul luogo di lavoro.

Ulteriori studi, con campioni estesi e variabili più specifiche potranno approfondire il tema e fornire un contributo per la maggiore beneficiabilità del paziente e la migliore formazione professionale del medico.

BIBLIOGRAFIA

1. OSHA (Occupational Safety and Health Administration) Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. www.osha.gov. US Department of Labor, 2004.
2. National Crime Victimization Survey (1993-1999). Department of Justice.
3. American Psychiatric Association. Task force report on clinician safety. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.
4. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. Br Med J 1991; 302: 329-32.
5. American Psychological Association. Report on education and training in behavioural emergencies. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
6. Bruns D, Fishbain DA, Disorbio JM, Lewis JE. What variables are associated with an expressed wish to kill a doctor in community and injured patient samples? J Clin Psychol Med Settings 2010; 17: 87-97.
7. Goodman RA, Jenkins EL, Mercy JA. Workplace-related homicide among health care workers in the United States, 1980 through 1990. JAMA 1994; 272: 1686-8.
8. Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. Encephale 2009; 35: 521-30.
9. Friedman RA. Violence and mental illness-how strong is the link? N Engl J Med 2006; 355: 2064-6.
10. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 761-70.
11. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 393-401.
12. Monahan J, Steadman H, Silver E, et al. Rethinking risk assessment: the MacArthur Study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press, 2001.
13. Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. Phil Trans R Soc B 2008; 1503: 2505-18.
14. Torrey EF. The association of stigma with violence. Am J Psychiatry 2011; 168: 3.
15. Eures. Banca dati sugli omicidi volontari in Italia, 2000-2008.
16. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd Psychol 2005; 63: 852-65.
17. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. PLoS Med 2009; 6: 1-15.

Loretto L et al.

18. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009; 301: 2016-23.
19. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin G, Langstrom N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 67: 931-8.
20. Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 487-503.
21. Myer GJ. Management approaches for the repetitively aggressive patient. In: Sledge WH, Tasma A (eds). *Clinical challenges in psychiatry*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 1993.
22. Loretto L. *Le reazioni emotive al paziente violento: implicazioni diagnostiche e terapeutiche*. Torino: CSE, 2000.
23. Nivoli GC, Loretto L, Nivoli LF, Nivoli AM. Psychopathology and risk of homicide committed by a patient with schizophrenia. *Riv Psichiatr* 2011; 46: 140-7.
24. Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart G. A study of stalker. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1244-9.
25. Schell BH, Lanteigne NM. *Stalking, harassment, and murder in the workplace*. London: Quorum Books, 2000.
26. Loretto L, Milia P, Nieddu G, Nivoli A, Nivoli LF, Nivoli GC. Gli psichiatri vittime di pazienti molestatorei segugi assillanti. *Psichiatri victims of stalkers*. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2004; 10.
27. Emerson RM, Ferris KO, Gardner CB. On being stalked. *Social Problems* 1998; 45: 289-314.
28. Loretto L, Milia P, Nieddu G, Nivoli A, Nivoli LF, Nivoli GC. Aspetti clinici del danno psichico alle vittime dei molestatorei segugi assillanti. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2004; 23: 62-8.
29. Loretto L, Sanna MN, Nivoli GC. Le passage à l'acte homicide du schizophrène. In: Millaud F. *Le passage à l'acte. Aspect cliniques et psychodynamiques*. Médecine et Psychothérapie. Paris: Masson, 2009.