

Disturbo Post-traumatico da Stress conseguente a rapina sul lavoro: studio pilota su 136 farmacisti

G.P. FICHERA*, SAMANTHA SARTORI**, G. COSTA*

* Dipartimento di Medicina del Lavoro "Clinica del Lavoro Luigi Devoto", Università degli Studi di Milano; Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Milano

** Istituto di Statistica Medica e Biometria "G.A. Maccacaro", Università degli Studi di Milano

KEY WORDS

Post-traumatic Stress Disorder (PTSD); robbery in the workplace; psychosocial risk

SUMMARY

«Post-traumatic Stress Disorder following robbery at the workplace: a pilot study on 136 pharmacy workers».

Introduction: Robbery at the place of work is one of the most common traumatic events in both developed and developing countries. Italy is one of the European countries with a medium-to-high prevalence and pharmacy and bank employees are particularly at risk. Research on the psychological effects on workers who are victims of robbery is scarce when compared with traditional trauma studies. **Objective:** To assess the association between workplace robbery, Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), quality of life and work ability in a sample of Italian pharmacy workers. **Methods:** 136 pharmacy workers – 90 robbery victims and 46 non-victims – were recruited from the Milan area. They completed a questionnaire including: socio-demographic characteristics, robbery history and description, a self-report version of the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-1), General Health Questionnaire (GHQ), Beck Depression Inventory (BDI), Work Ability Index (WAI), Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36). **Results:** No differences were found between victims and non-victims for GHQ and BDI; WAI scores of victims were significantly lower than non-victims. Exposure to robberies was associated with lower WAI in a multivariate analysis; 10 victims reported PTSD and much lower WAI and SF-36, higher GHQ and BDI than non-PTSD victims. **Conclusions:** Workplace robbery has a mild but long-lasting effect on workers' ability to work. For a significant proportion of victims, robbery exposure is associated with the onset of PTSD, with increased risk for severe and long-lasting impairment of emotional well-being, quality of life and work ability. Early intervention programmes at the workplaces aimed at promoting a more rapid recovery after a traumatic event are needed.

RIASSUNTO

Attualmente esistono pochi studi che hanno valutato le conseguenze sulla salute psicofisica della rapina sul lavoro, nonostante il suddetto crimine rientri tra gli atti di violenza sul lavoro maggiormente diffusi in tutto il mondo e possa configurarsi come esperienza traumatica e minacciosa per la vita. L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare le conseguenze della rapina sul lavoro in un gruppo di lavoratori particolarmente esposti a questo rischio: farmacisti e collaboratori di farmacia di Milano e provincia. Sono stati reclutati 136 farmacisti, 90 vittime

Pervenuto il 27.8.2008 - Accettato il 26.9.2008

Corrispondenza: Dr. Giuseppe Paolo Fichera, Dipartimento di Medicina del Lavoro "Clinica del Lavoro Luigi Devoto", Università degli Studi di Milano, Via San Barnaba 8, 20122 Milano - Tel. 02/50320153 - Fax 02/50320150 - E-mail: giuseppapaolo.fichera@unimi.it

Il presente lavoro è stato oggetto di tesi di dottorato di ricerca e di comunicazione orale al congresso "IX International Congress on Traumatic Stress" organizzato dalla Sociedad Argentina de Psicotrauma (SAPsi) (Hotel Panamericano, Buenos Aires, 25 - 28 giugno 2008)

di rapina e 46 non vittime. I soggetti hanno compilato un questionario di autovalutazione comprendente i dati socio-anagrafici e le caratteristiche dell'esposizione a rapina; è stata inoltre somministrata una scala per la diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress (DPTS) e tre scale di autovalutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro. I soggetti vittime hanno subito, in media, più di quattro rapine nell'arco della propria storia lavorativa, alcune delle quali hanno comportato violenza fisica e causato loro danni fisici. Il confronto tra esposti e non esposti ha messo in luce una riduzione dell'indice di capacità di lavoro nelle vittime di rapina. 10 vittime hanno sviluppato un DPTS pieno o parziale a seguito della rapina. Nei soggetti con DPTS si è osservata un'importante e duratura compromissione della salute, della qualità della vita e della capacità di lavoro. Emerge pertanto la necessità di strutturare interventi preventivi di natura sanitaria basati sul supporto precoce al fine di evitare il rischio di cronicizzazione dei sintomi.

INTRODUZIONE

L'aggressione a scopo di rapina nei luoghi di lavoro rappresenta uno degli atti di violenza sul lavoro maggiormente diffusi nel mondo (11). L'Italia è considerata tra i paesi europei a "rischio medio-alto" (35), e detiene il più alto tasso di rapine agli sportelli bancari rispetto a qualunque altro paese europeo (30).

Oltre a banche ed uffici postali, anche le farmacie italiane rientrano tra i principali bersagli dei rapinatori. I dati sulla diffusione delle rapine alle farmacie di Milano e provincia negli ultimi anni, mostrano un trend in netta crescita. Dopo un primo picco registrato nel 2003 (204 rapine denunciate su 989 farmacie dislocate sul territorio) e una relativa contrazione dei tassi nei due anni successivi, nel 2006 si è registrato un nuovo e importante picco di 321 rapine (figura 1).

Considerando il biennio 2005 - 2006, si osserva un trend ancora più netto: nel 2006 il numero di rapine ai danni delle farmacie di Milano e provincia è stato più del doppio rispetto al 2005. I dati più aggiornati, relativi al primo semestre 2007, mettono inoltre in luce un aumento degli atti di violenza fisica commessi dai rapinatori ai danni delle loro vittime, e una netta diminuzione delle rapine caratterizzate da modalità relativamente "non violente" (3).

L'aggressione a scopo di rapina nei luoghi di lavoro rappresenta un'esperienza potenzialmente traumatica per chi la subisce, e si configura quindi come un rischio potenziale per la salute psichica, oltre che per l'integrità fisica. L'imponente mole di

ricerche sulle vittime di traumi gravi ha infatti messo in luce quanto le conseguenze di un evento minaccioso per la vita siano di entità variabile: dall'insorgenza di transitori sintomi di disagio psicofisico fino a vere e proprie patologie psichiatriche (7). Tra queste ultime, il disturbo che caratterizza maggiormente le vittime di traumi è il Disturbo Post-traumatico da Stress (DPTS).

Il DPTS è caratterizzato dall'insorgenza di una vasta gamma di sintomi tipici, identificati in tre grandi gruppi: sintomi "intrusivi", sintomi di "evitamento", e sintomi di "iperattivazione psicofisiologica".

I sintomi "intrusivi" sono costituiti da tutti quei fenomeni psichici lamentati dalle vittime, connessi con il rivivere in maniera persistente e intrusiva l'evento traumatico subito. Molte persone vittime di un trauma rivivono l'esperienza attraverso pensieri, ricordi e sogni notturni ricorrenti senza che vi sia possibilità di porre un controllo su tali manifestazioni. Nei casi più gravi, l'evento viene rivissuto attraverso esperienze allucinatorie e flashback. Tali sintomi possono comparire in maniera spontanea oppure essere richiamati da stimoli che, anche indirettamente, ricordano l'evento.

I sintomi di "evitamento" degli stimoli associati al trauma sono costituiti da tutti quegli sforzi compiuti dalle vittime al fine di evitare qualunque stimolo che in qualche modo ricordi o simbolizzi l'evento vissuto. Questi soggetti evitano quindi pensieri, attività, luoghi, persone e conversazioni legate all'evento, fino ad arrivare, nei casi più gravi, ad un quasi completo ritiro sociale. In questi ultimi casi si riscontra spesso, oltre all'evitamento di situazioni specifiche, anche una riduzione marcata dell'inte-

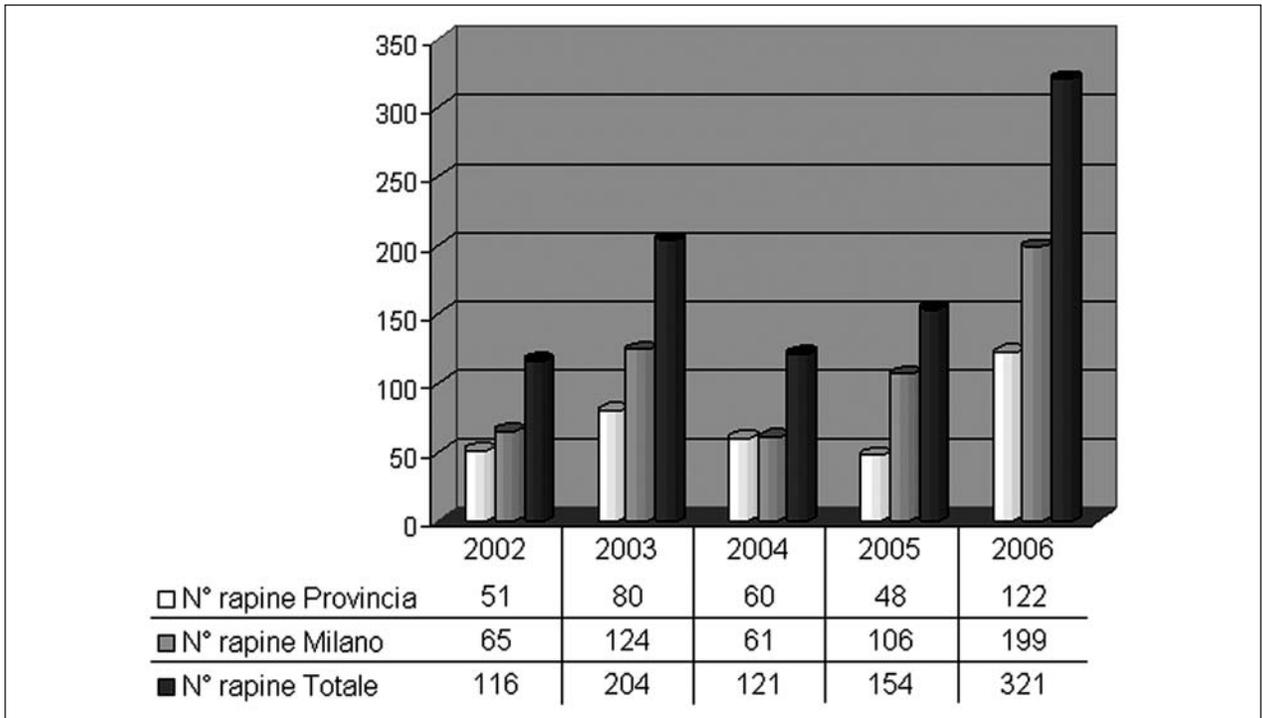


Figura 1 - Numero di rapine ai danni delle farmacie di Milano e provincia dal 2002 al 2006. Fonte: Associazione Chimica Farmaceutica Lombarda Fra Titolari di Farmacia (Milano)

Figure 1 - Number of robberies in pharmacies of the Milan area 2002 -2006. Source: Associazione Chimica Farmaceutica Lombarda Fra Titolari di Farmacia (Milan, Italy)

resse nelle attività precedentemente ritenute importanti dal soggetto, sentimenti di distacco e di estraneità verso gli altri, affettività ridotta e diminuzione delle prospettive e delle aspettative per il futuro.

I sintomi di “iperattivazione psicofisiologica” sono rappresentati da disturbi del sonno, persistente irritabilità e frequenti scoppi di collera, difficoltà e perdita della concentrazione, ipervigilanza e risposte di allarme e soprassalto di fronte a stimoli apparentemente neutri.

Per poter porre la diagnosi di DPTS il soggetto deve manifestare almeno un sintomo di reviviscenza, tre sintomi di evitamento e due sintomi di iperattivazione psicofisiologica. La durata dei sintomi deve superare le quattro settimane per differenziarsi dal Disturbo Acuto da Stress che, al contrario, si esaurisce entro un mese. La diagnosi di DPTS cronico viene posta se i sintomi persistono per un periodo superiore ai tre mesi. L'insorgenza della sindrome può essere temporalmente ravvicinata rispetto all'evento traumatico, ma anche molto lon-

tana; in questo ultimo caso viene posta la diagnosi di “DPTS ad Esordio Ritardato” (1).

Il DPTS, la cui incidenza nella popolazione generale è stimata intorno al 1,3% (31), è una patologia potenzialmente grave e invalidante che - se non tempestivamente riconosciuta e trattata - può divenire cronica. Inoltre, una delle maggiori complicanze della sindrome è l'elevata comorbilità con altri disturbi psichiatrici, come i disturbi depressivi o i disturbi dissociativi (17, 18).

Sono ancora molto poche le ricerche volte a valutare le conseguenze psicologiche della rapina sul lavoro, poiché l'attenzione degli studiosi nei confronti delle vittime di traumi si è da sempre concentrata su eventi particolarmente cruenti come stupri, guerre, deportazioni in campi di concentramento, sequestri terroristici e di guerra, sequestri a scopo estorsivo, o grandi sciagure e disastri naturali (5, 8, 25). Dalle poche indagini esistenti risulta comunque chiaro che subire una rapina sul posto di lavoro possa comportare l'insorgenza di sintomi di

DPTS e che, tali sintomi, possano includere non solo un disagio soggettivo del lavoratore ma anche una ridotta capacità lavorativa (27).

OBIETTIVI

L'obiettivo generale del presente studio è stato quello di valutare l'effetto dell'aggressione a scopo di rapina sulla salute dei farmacisti e collaboratori di farmacia.

In particolare, si è voluto valutare:

- la modalità e la frequenza dell'esposizione a rapina sul lavoro;
- gli effetti dell'esposizione a rapina sul benessere psicofisico e la capacità di lavoro;
- la prevalenza di Disturbo Post-traumatico da Stress (DPTS);
- gli effetti a lungo termine del DPTS sul benessere psicofisico, la qualità della vita e la capacità di lavoro;
- i fattori associati all'insorgenza di DPTS.

METODI

a) Soggetti e procedura

Tramite la collaborazione dell'*Associazione Chimica Farmaceutica Lombarda Fra Titolari di Farmacia* sono state contattate le farmacie di Milano e provincia, ad essa associate. A queste è stata inviata una lettera elettronica che illustrava gli scopi e la procedura della ricerca, e nella quale veniva richiesta la disponibilità da parte dei farmacisti a compilare un questionario sulla frequenza e gravità delle rapine subite sul lavoro, e sulle proprie condizioni di salute psicofisica.

Hanno aderito alla ricerca 136 tra farmacisti e collaboratori di farmacia, che prestano servizio in 40 diverse farmacie. 90 soggetti (60 donne e 30 uomini) hanno subito almeno una rapina sul posto di lavoro nell'arco della loro storia lavorativa, mentre i restanti 46 (40 donne e 6 uomini) non sono mai stati esposti all'evento.

I soggetti dichiaratisi disponibili a partecipare sono stati contattati e raggiunti di persona. Ai par-

tecipanti sono stati illustrati nel dettaglio gli scopi della ricerca, è stato consegnato il questionario e sono state fornite le istruzioni per la compilazione. Ogni soggetto ha firmato il consenso informato. Tutti i 136 questionari sono stati correttamente compilati e ritirati.

b) Strumenti utilizzati

È stato predisposto un questionario anonimo di tipo self-report costituito da sei sezioni:

Sezione Socio-anagrafica: relativa ad informazioni quali sesso, età, titolo di studio, stato civile, presenza di figli nel nucleo familiare, anzianità lavorativa, ruolo all'interno della farmacia, presenza e frequenza di eventi traumatici differenti dalla rapina sul lavoro nell'arco della vita.

Sezione "Rischio-rapina e DPTS": riservata ai soli soggetti vittime di rapina. Attraverso domande aperte e chiuse è stato valutato il numero totale di rapine subite nell'arco della storia lavorativa, e le modalità e le caratteristiche della rapina più recente. La sezione ha incluso anche una versione self-report della *Clinician Administered Post-traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)* (6) per la valutazione della severità dei sintomi di DPTS e per la diagnosi di DPTS. La versione self-report, estrapolata dalla CAPS per il presente studio, è stata testata su un gruppo di 10 pazienti ricoverati con sospetta diagnosi di DPTS presso la Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" dell'Università degli Studi di Milano. È stata osservata un'elevata concordanza tra il giudizio clinico e i dati self-report.

Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) (37): scala di misura della qualità della vita correlata allo stato di salute. Lo strumento è composto da 36 item raggruppati in otto sottoscale. Ciascuna delle otto sottoscale ha un punteggio che varia da 0 a 100; più alto è il punteggio, migliore è lo stato di salute relativo all'area specifica.

General Health Questionnaire (GHQ-12) (20): questionario per la valutazione dei sintomi di stress e di disagio psichico generico. Più alto è il punteggio (range 0-36) peggiore è lo stato di salute.

Beck Depression Inventory (BDI) (4): questionario per la valutazione della sintomatologia depressiva. Più alto è il punteggio (range 0-63) maggiore è la

severità dei sintomi depressivi. Il punteggio viene solitamente codificato in 4 livelli di gravità: Depressione minima o assente (0-9), Lieve (10-16), Moderata (17-29) e Grave (30-63).

Work Ability Index (WAI) (36): una misura della capacità di lavoro correlata allo stato di salute. Più alto è il punteggio (range 7-49) migliore è la capacità di lavoro. Il punteggio viene codificato in 4 livelli di capacità di lavoro: Eccellente (44-49), Buona (37-43), Mediocre (28-36) e Scadente (7-27).

c) Analisi dei dati

Le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico STATA 9.2 (34). Le differenze tra variabili continue sono state testate utilizzando l'analisi della varianza (ANOVA ad una via) e il test t di Student. Opportune trasformazioni sono state apportate per le variabili che non mostravano una distribuzione gaussiana sulla scala naturale. Le differenze tra variabili categoriche sono state accertate utilizzando il test χ^2 e, in caso di non soddisfazione degli assunti, è stato effettuato il test esatto di Fisher. L'associazione tra esposizione a rapina e

capacità di lavoro è stata testata mediante un modello di regressione multipla.

RISULTATI

La tabella 1 illustra i dati socio-anagrafici del campione di studio. Il gruppo dei soggetti vittime, confrontato con i 46 mai esposti a rapina, presenta un minor sbilanciamento numerico tra uomini e donne, un'età e un'anzianità lavorativa maggiori, e una maggior percentuale di titolari di farmacia rispetto ai dipendenti. I due gruppi di soggetti si differenziano inoltre per stato civile e per presenza di soggetti con figli. Non vi sono invece differenze significative nella percentuale di farmacisti laureati rispetto ai collaboratori di farmacia non laureati, e per frequenza di soggetti che hanno vissuto eventi traumatici diversi dalla rapina sul lavoro nell'arco della loro vita.

Il numero medio di rapine subite dai 90 soggetti esposti è stato di 4,55 (range 1-21). Il 39% dei soggetti esposti ha subito quattro o più rapine nell'arco della propria storia lavorativa. Il tempo intercorso

Tabella 1 - Informazioni socioanagrafiche del campione

Table 1 - Socio-demographic features of the sample

Variabili socio-anagrafiche	Totale (N=136)		Esposti (N=90)		Non esposti (N=46)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Sesso							
Maschi	36	26,47	30	33,33	6	13,04	6,44*
Femmine	100	73,53	60	66,67	40	86,96	
Avere figli	63	46,32	49	54,40	14	30,40	7,06**
Essere titolari	26	19,12	24	26,67	2	7,69	9,81**
Laurea	116	85,29	75	83,73	41	89,47	7,21
Stato civile							
Celibe/nub.	46	33,82	23	25,56	23	50,00	
Coniug/conviv	76	55,88	57	63,33	19	41,30	8,19*
Separato/ved.	14	10,29	10	11,09	4	8,70	
Traumi diversi dalla rapina	52	38,24	33	36,70	19	41,30	0,28
	Media	ds	Media	ds	Media	ds	t
Età	42,88	11,65	44,37	11,06	39,96	12,38	2,04
Anzianità lavorativa	16,94	12,11	19,20	11,22	12,52	12,67	3,14

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

tra l'ultima rapina subita e la presente indagine è risultato estremamente variabile: da un minimo di 2 mesi ad un massimo di 20 anni. Come illustra la figura 2, per il 59% dei soggetti l'ultima esposizione è avvenuta entro i dodici mesi precedenti alla valutazione.

Vengono di seguito sintetizzate le principali caratteristiche dell'ultima rapina subita dai soggetti. In quarantotto casi le rapine sono state compiute da un solo rapinatore, in trentasei casi da due rapinatori e nei restanti sei casi da tre rapinatori. In cinquantanove casi i rapinatori si sono rivolti direttamente ai soggetti, mentre in trentasei casi le vittime hanno assistito a minacce rivolte ai loro colleghi. In diciotto casi le vittime si trovavano sole in farmacia durante la rapina, in settantadue casi erano invece presenti altre vittime. Le rapine sono state condotte senza armi solo in due casi. Cinque soggetti hanno partecipato a scontri fisici e colluttazioni con i malviventi, altri cinque hanno invece assistito a scontri o scene di violenza tra i malviventi e altre vittime presenti in farmacia. In sette casi i rapinatori hanno preso in ostaggio una o più vittime durante la rapina. In sei casi le vittime hanno riportato lesioni fisiche a seguito della rapina e dello scontro con i malviventi. Due soggetti hanno riportato ferite alla testa e al volto, due agli arti superiori, uno al tronco e al bacino e uno agli arti inferiori. In ventotto casi la rapina ha

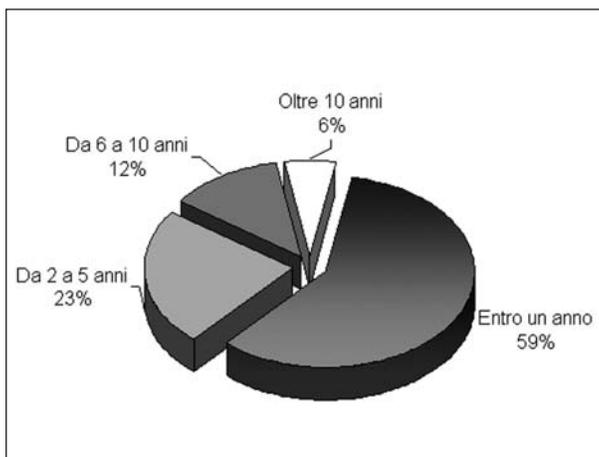


Figura 2 - Soggetti esposti in funzione del tempo trascorso dall'ultima rapina subita (%)

Figure 2 - Exposed subjects according to the time elapsed since the last robbery (%)

comportato un danno economico diretto per i soggetti.

La tabella 2 illustra le differenze nei punteggi GHQ, BDI e WAI tra i soggetti esposti a rapina e non esposti. Non sono state rilevate differenze significative tra i due gruppi per i punteggi GHQ e BDI. Le vittime di rapina hanno invece riportato un punteggio WAI significativamente minore rispetto ai soggetti non esposti ($t=-2,67$; $p<0,01$).

L'associazione tra esposizione a rapina e capacità di lavoro è stata ulteriormente testata attraverso una regressione multipla, aggiustando per le seguenti variabili: età, genere, livello d'istruzione e sintomatologia depressiva (punteggio BDI). L'esposizione a rapina era associata in modo indipendente ad un minor punteggio WAI ($\beta=-0,19$, $p<0,05$). Età, genere e livello d'istruzione non erano associate al punteggio WAI. I punteggi BDI e WAI erano associati in modo negativo e indipendente ($\beta=-0,52$, $p<0,001$).

I punteggi BDI, GHQ e WAI dei soggetti esposti sono stati stratificati in funzione del tempo trascorso dalla rapina: "< di 3 mesi" (9 soggetti); "da 3 a 6 mesi" (17 soggetti); "da 6 a 12 mesi" (13 soggetti); "da 12 a 24 mesi" (15 soggetti); "> di 24 mesi" (36 soggetti).

Tale stratificazione ha evidenziato una diminuzione significativa dei punteggi in funzione del tempo trascorso dalla rapina per il GHQ ($F_{(4,89)}=2,63$; $p<0,05$) e il BDI ($F_{(4,89)}=2,91$; $p<0,05$), e non per il WAI ($F_{(4,89)}=1,40$; ns.).

Dei 90 farmacisti esposti a rapina, sei soggetti (7%) hanno soddisfatto i criteri per la diagnosi di DPTS pieno e quattro (4%) per la diagnosi di DPTS parziale. I sei soggetti con diagnosi piena

Tabella 2 - Confronto tra esposti e non esposti in funzione dei punteggi GHQ, BDI e WAI

Table 2 - Difference between victims and non-victims in GHQ, BDI and WAI scores

	Esposti (N=90)		Non esposti (N=46)		t
	Media	ds	Media	ds	
GHQ	11,25	4,62	10,67	3,67	0,73
BDI	6,29	6,53	5,74	5,45	0,49
WAI	42,15	4,62	44,21	3,23	-2,67**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

hanno presentato una sintomatologia in atto da almeno tre mesi. I dieci soggetti con diagnosi di DPTS piena e/o parziale non si differenziano dai rimanenti soggetti esposti senza diagnosi di DPTS per nessuna delle variabili anagrafiche, tranne lo stato civile (tabella 3).

Per quanto riguarda le caratteristiche della rapina, i soggetti con DPTS hanno partecipato a coltuttazioni e scontri fisici in percentuale maggiore rispetto alle vittime senza DPTS, hanno più frequentemente riportato lesioni fisiche a causa della rapina e hanno più frequentemente sperimentato vissuti di terrore e disperazione durante la rapina. Nessun'altra variabile legata alle modalità e frequenza di esposizione a rapina ha differenziato in maniera significativa i due gruppi (tabella 4).

I due gruppi di soggetti con e senza DPTS sono stati confrontati in funzione dei punteggi GHQ, BDI, SF-36 e WAI. I soggetti con DPTS hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nella scala GHQ e BDI, e significativamente inferiori nel WAI, in tutte le otto sottoscale dell'SF-36 e nei due relativi indici sintetici, rispetto a quelli senza DPTS (tabella 5).

La tabella 6 mostra, per ognuno dei sei soggetti con diagnosi di DPTS pieno, i punteggi relativi alle scale BDI e WAI.

DISCUSSIONE

Al pari di altre indagini pilota sulle conseguenze di eventi traumatici sul posto di lavoro (10, 13, 16, 23, 29, 32), i soggetti esposti del presente studio si caratterizzano per l'eterogeneità dell'esposizione all'evento traumatico bersaglio. I soggetti si differenziano l'un l'altro per il numero totale di rapine subite, per il tempo intercorso dall'ultima rapina alla presente valutazione, e per molte delle caratteristiche dell'evento che sono state prese in esame. Ad ogni modo, i risultati confermano chiaramente quanto la rapina sul lavoro ai danni dei farmacisti sia un fenomeno assai frequente e quanto questo possa svolgersi con modalità tali da mettere a repentaglio la vita e l'integrità fisica dei lavoratori.

Gli effetti negativi sulla salute psichica, in termini di sintomi di stress e depressivi appaiono essere

Tabella 3 - Confronto tra vittime con DPTS pieno e/o parziale e vittime senza DPTS: variabili socio anagrafiche
Table 3 - Difference between full/partial PTSD and non- PTSD victims: socio-demographic features

Variabili socio-anagrafiche	DPTS pieno e/o parziale (N=10)		No DPTS (N=80)		Fisher
	N	%	N	%	
Sesso					0,06
Maschi	3	30	27	34	
Femmine	7	70	53	66	
Avere figli	7	70	42	52	1,09
Essere i titolari	4	40	20	25	1,02
Traumi pregressi	4	40	53	66	2,64
Laurea	9	90	66	83	0,36
Stato civile					
Celibe	0	0	23	29	
Coniug/conviv	7	70	50	62	6,56*
Separato/ved.	3	30	7	9	
	Media	DS	Media	DS	t
Età	48,7	8,46	43,84	11,24	-1,32
Anzianità lavorativa (in mesi)	1984	9,09	1989	11,40	1,26

* p0<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabella 4 - Confronto tra vittime con DPTS pieno e/o parziale e vittime senza DPTS: esposizione a rapina
Table 4 - Differences between full/partial PTSD and non-PTSD victims: robbery exposure

Variabili di esposizione	DPTS pieno e/o parziale (N=10)		No DPTS (N=80)		Fisher
	N	%	N	%	
Numero di rapinatori					
1 rap.	7	70	41	51	
2 rap.	3	30	33	41	1,62
3 rap.	0	0	6	8	
Interazione diretta	8	80	51	64	1,04
Altre vittime	7	70	65	81	0,70
Colluttazioni	3	30	2	2	12,81**
Ostaggi	0	0	7	8	0,54
Lesioni fisiche	3	30	3	4	9,84*
Assistere a scontri	0	0	5	6	0,66
Assistere a ferimenti	1	10	1	1	3,13
Vissuti di terrore e disperazione	7	70	21	25	7,58**
Danno economico	7	70	21	25	7,58**
	Media	ds	Media	ds	t
Numero di rapine subite	4,60	2,55	4,43	4,44	-0,21
Tempo intercorso in mesi	35,40	61,06	40,61	48,97	0,31

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabella 5 - Confronto tra vittime con DPTS pieno e/o parziale e vittime senza DPTS: punteggi GHQ, BDI, SF-36 WAI
Table 5 - Difference between full/partial PTSD and non-PTSD victims: GHQ, BDI, SF-36 WAI scores

Variabili di esposizione	DPTS pieno e/o parziale (N=10)		No DPTS (N=80)		Fisher
	N	%	N	%	
GHQ	19,40	4,58	10,24	3,49	-7,54***
BDI	16,90	9,76	4,96	4,61	-6,63***
SF-36					
Attività Fisica (AF)	84,50	18,33	94,56	10,35	2,63*
Ruolo e Salute Fisica (RF)	42,50	39,18	88,44	21,40	5,75***
Dolore Fisico (DF)	65,60	28,97	83,09	19,50	2,52*
Salute in Generale (SG)	53,70	19,01	74,64	13,94	4,30***
Vitalità (VT)	32,50	16,71	60,45	17,04	4,90***
Attività Sociali (AS)	51,25	19,05	81,09	17,79	4,96***
Ruolo e Stato Emotivo (RE)	40,00	30,63	89,58	22,25	6,36***
Salute Mentale (SM)	42,40	13,88	72,00	14,98	5,93***
Indice di Salute Fisica (ISF)	48,44	8,70	53,77	5,54	2,67**
Indice di Salute Mentale (ISM)	30,68	6,89	48,37	8,42	6,36***
WAI	35,90	4,96	42,94	3,95	5,16***

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

transitori per la maggior parte dei soggetti ed attenuarsi man mano che i mesi di distanza dalla rapina aumentano. Tale evidenza va a confermare

quanto già riscontrato in un campione di impiegati di una banca olandese aggrediti per rapina: i sintomi di stress e disagio psichico, riscontrati a distanza

Tabella 6 - Soggetti con DPTS pieno: punteggi BDI e WAI (e relative categorie)

Table 6 - Full PTSD victims: BDI and WAI scores (and related categories)

	BDI	Categorie BDI	WAI	Categorie WAI
Sogg. A	40	Grave	28	Mediocre
Sogg. B	10	Lieve	34	Mediocre
Sogg. C	15	Lieve	37	Buona
Sogg. D	23	Moderata	34	Mediocre
Sogg. E	11	Lieve	43	Buona
Sogg. F	12	Lieve	30	Mediocre

di una settimana, si erano già attenuati dopo tre mesi ed estinti dopo sei mesi (23).

La rapina sembra aver avuto effetti negativi anche sulla capacità lavorativa, nonostante la maggior parte dei soggetti esposti abbia comunque conservato una buona capacità di lavoro. Le differenze riscontrate tra esposti e non esposti e tra i vari sottogruppi di esposti, sembrano, oltretutto, suggerire una persistenza nel tempo degli effetti dell'evento sulla capacità di lavoro. Studi futuri, di tipo prospettico e condotti su campioni più ampi, potranno fornire dati accurati sul decorso degli effetti.

Sei soggetti hanno soddisfatto i criteri per la diagnosi di "DPTS pieno" e quattro di "DPTS parziale". La prevalenza di DPTS nel gruppo di vittime (11% tra pieno e parziale) appare rilevante vista la prevalenza nella popolazione generale inferiore al 2% (31). L'adesione spontanea dei soggetti potrebbe far pensare ad una possibile sovrastima di DPTS nel campione di studio, legata ad una più probabile adesione da parte di chi ha avuto problemi di salute psicofisica conseguente alla rapina. In realtà, alcuni ricercatori si sono espressi in favore di una probabile sottostima della patologia nei campioni di traumatizzati, dovuta alla resistenza (o "evitamento") tipica delle persone affette da DPTS a sottoporsi ad indagini che implicino la rievocazione di quanto accaduto (26).

Le sei vittime con DPTS pieno hanno presentato una sintomatologia persistente da un tempo pari o superiore ai 3 mesi, e sono quindi da considerarsi affetti da "DPTS cronico" secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (1).

È però da considerare che le diagnosi sono state effettuate attraverso un questionario diagnostico auto-compilato e senza l'ausilio del colloquio clinico che avrebbe garantito una maggior accuratezza diagnostica.

Per tutti i soggetti con diagnosi di DPTS pieno vi è anche una forma di depressione, come mostrano i punteggi del Beck Depression Inventory. Questo dato conferma da un lato la comorbilità tra DPTS e depressione riscontrata molto spesso nelle vittime di traumi gravi (18, 19, 24, 33, 38), dall'altro fornisce anche un'indicazione sulla presunta gravità della compromissione della salute psichica in questo ristretto gruppo di soggetti.

Il Disturbo Post-traumatico Da Stress, anche solo parziale, sembra generare effetti importanti, anche su qualità della vita e capacità di lavoro. Tutte le otto aree relative alla qualità della vita dei soggetti con diagnosi di DPTS risultano compromesse, come mostrano i punteggi dell'SF-36, in rapporto a quelli riportati dei soggetti senza diagnosi. Per tutte le aree – tranne "l'Attività Fisica" (AF) – i punteggi dei soggetti con DPTS sono inferiori anche a quelli del campione normativo italiano (2) (figura 3).

La compromissione della dimensione lavorativa nei soggetti con diagnosi di DPTS è infine testimoniata dalla ridotta capacità di lavoro che questo gruppo mostra. I soggetti con diagnosi hanno infatti un punteggio medio del *Work Ability Index* inferiore ai colleghi vittime di rapina non diagnosticati, i quali, a loro volta, avevano punteggi inferiori ai colleghi non esposti. Dei sei soggetti con diagnosi piena, oltretutto, quattro hanno ottenuto punteggi che rivelano una mediocre capacità di lavoro. Tale dato non deve essere sottovalutato dal momento che per una mediocre capacità di lavoro risultante dal *Work Ability Index* sono raccomandati interventi di tipo riabilitativo, e che recenti studi hanno messo in luce quanto una bassa capacità di lavoro sia un predittore di mortalità e pensionamento per invalidità lavorativa a distanza di dieci anni (15).

Il presente lavoro ha voluto infine valutare quali caratteristiche delle persone e dell'esposizione a rapina potessero essere associate all'insorgenza di un Disturbo Post-traumatico da Stress. La condizione

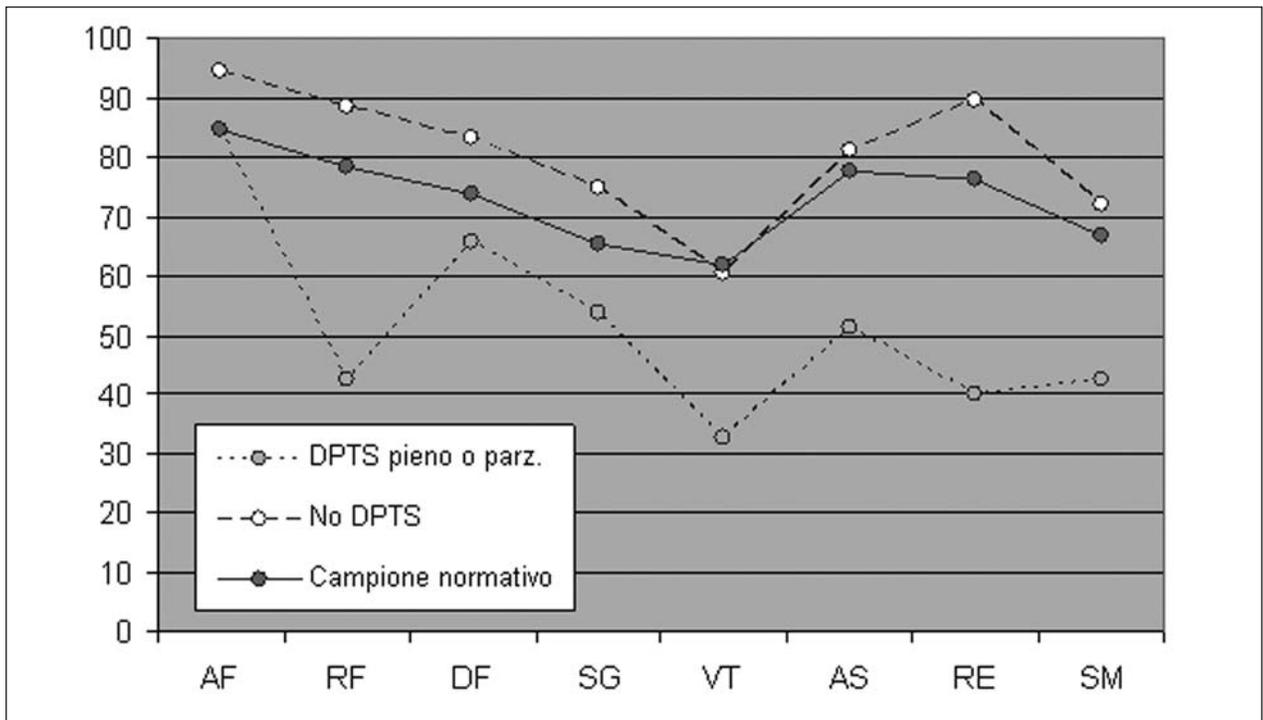


Figura 3 - Profili SF-36: Soggetti con DPTS pieno o parziale, soggetti senza diagnosi e campione normativo italiano
 Figure 3 - SF-36 profiles: full/partial PTSD victims, non-PTSD victims and Italian standard sample

di vedovanza o divorzio sembra essere associata all'insorgenza del disturbo nei soggetti del presente studio. Tale dato, da prendere con cautela per la debolezza statistica, potrebbe rappresentare una conferma di quanto già riscontrato in precedenti indagini condotte con soggetti esposti a diversi eventi traumatici (24). Nessun'altra variabile anagrafica sembra essere associata all'insorgenza. La letteratura giunge a conclusioni contrastanti in merito al peso di variabili come età, genere e scolarità nell'insorgenza del DPTS; da alcune indagini sembra che siano più a rischio i giovani (12), o gli individui con bassa scolarità (9), mentre altri studi non hanno individuato in queste variabili, chiari fattori di rischio (39).

Per quanto riguarda i fattori di rischio legati all'esposizione, l'aver avuto scontri fisici e colluttazioni durante la rapina e aver riportato lesioni fisiche sembra aver predisposto le vittime di rapina a sviluppare il disturbo. Tali fattori sono evidentemente collegati tra loro (nessuno dei soggetti ha riferito di aver riportato lesioni fisiche a seguito di

eventi diversi dallo scontro con i rapinatori), e sono considerati fattori di rischio da diverse indagini (27, 39). Infine, l'aver sperimentato vissuti di terrore e disperazione durante la rapina si è rivelato essere un altro importante fattore di rischio. Non tutte le vittime che hanno riferito vissuti di terrore e disperazione hanno subito o semplicemente assistito ad atti di violenza fisica durante la rapina. Ciò rafforza l'opinione degli studiosi relativa all'importanza dell'interpretazione personale della vittima circa il grado di minaccia dell'evento nel momento in cui si verifica. Molti sono i fattori che influenzano tale valutazione e non tutti hanno una relazione con la gravità oggettiva dell'evento (39).

CONCLUSIONI

Il presente studio ha confermato l'importanza della rapina sul lavoro quale argomento di studio e intervento nell'ambito della prevenzione e gestione dei rischi psicosociali negli ambienti di lavoro. In

particolare, è emersa la necessità di svolgere ulteriori indagini di tipo longitudinale, che possano fornire dati sul decorso della sintomatologia conseguente all'evento, e valutare quali fattori possano predire l'insorgenza di sindromi psichiatriche croniche.

Allo stesso tempo, appare necessario sviluppare e sperimentare programmi di prevenzione e supporto ai lavoratori esposti che possano ridurre il rischio d'insorgenza di sindromi croniche e favorire un più rapido processo di recupero della salute e della capacità lavorativa. E' stato infatti dimostrato che interventi di supporto tempestivi e adeguati sulle vittime di traumi riducono significativamente la probabilità di una cronicizzazione della sintomatologia (14, 21, 22, 27, 28).

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
2. APOLONE G, MOSCONI P, WARE JE: *Questionario sullo Stato di Salute SF-36. Manuale d'Uso e Guida all'Interpretazione dei Risultati*. Milano: Guerini Associati, 1997
3. ASSOCIAZIONE CHIMICA FARMACEUTICA LOMBARDA TRA TITOLARI DI FARMACIA: *Le rapine ai danni delle farmacie di Milano e provincia dal 2002 al 2007*. Dati non pubblicati
4. BECK AT, WARD C, MENDELSON M, 1961: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571
5. BISSON JI, SEARLE MM, SRINIVASAN M: Follow-up study of British military hostage and their family held in Kuwait during the Gulf War. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 247-252
6. BLAKE F, WEATHERS L, NAGY D, et al: A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-I. *Behav Ther* 1990; 18: 187-188
7. BLANK AS: The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In Davidson JRT, Foa EB: *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993
8. BREMNER D, SOUTHWICH S, BRETT E, et al: Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 328-332
9. BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, et al: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48, 216-222
10. CARLIER V, LAMBERTS RD, GERSONS BP: Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 498-506.
11. CHAPPELL D, DI MARTINO V: *Violence at work*. Geneva: ILO, 2000
12. CORDOVA MJ, ANDRYKOWSKI MA, KENADY DE, et al: Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 981-986
13. CORNEIL W, BEATON R, MURPHY S, et al: Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol* 1999; 2: 131-141
14. CORRADINI I, IACONIS M: *Antirapina. Guida alla Sicurezza per gli Operatori di Sportello*. Roma: Bancaria Editrice, 2006
15. COSTA G: *Lavoro a Turni e Notturmo*. Firenze: SEE, 2003
16. DE MOL J: Post-aggression stress disorders: Psychosocial and work repercussions. *Med Sci Monit* 1998; 5: 277-282
17. FAVARO A, MAIORANI M, COLOMBO G, et al: Traumatic experience, posttraumatic stress disorder and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 306-308
18. FAVARO A, RODELLA FC, COLOMBO G, et al: Posttraumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi camp survivors: A controlled study fifty years later. *Psychol Med* 1999; 29: 87-95
19. FICHERA GP, COLOMBO G, SANTONASTASO P, et al: Disturbo Post-traumatico da Stress e Disturbo Depressivo Maggiore nelle vittime di rapina. In Pisapia GV, Fagnoli AL (a cura di): *Il Volto Nascosto della Delinquenza*. Milano: UTET, 2006
20. GOLDBERG DP: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Oxford: Oxford University Press, 1972
21. JOSEPH S, YULE W, WILLIAMS R, et al: Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal prospective. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 177-185
22. JOSEPH S, YULE W, WILLIAMS R, et al: Correlates of posttraumatic stress at 30 months: the Herald of Free Enterprise disaster. *Behav Res Ther* 1994; 32: 521-524
23. KAMPHUIS JH, EMMELKAMP PMG: Crime-related trauma: Psychological distress in victims of bankrobbery. *J Anxiety Disord* 1998; 12: 199-208
24. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, et al: Posttrau-

- matic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
25. KILPATRICK DG, BEST CL, VERONEN, LJ, et al: Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. *J Consul Clin Psychol* 1985; 53: 866-873
26. KOREN D, NORMAN D, COHEN A, et al: Increased PTSD risk with combat-related injury: A matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 276-282
27. MACDONALD HA, COLTOLA V, FLAMER S, et al: Post-traumatic stress disorder in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *J Occup Rehabil* 2003; 13: 63-77
28. MCCANN IL, PEARLMAN LA: *Psychological Trauma and The Adult Survivors: Theory, Therapy and Trasformation*. New York: Brunner/Mazel, 1990
29. MILLER-BURKE J, ATTRIDGE M, FASS PM: Impact of traumatic events and organizational response: A study of bank robberies. *J Occup Environ Med* 1999; 41: 73-83
30. MINISTERO DELL'INTERNO: Rapporto sullo stato della sicurezza in Italia per l'anno 2005. (www.poliziadistato.it)
31. PERKONIGG A, KESSLER RC, STORZ S, et al: Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 46-59
32. ROBINSON HM, SIGMAN MR, WILSON JP: Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychol Rep* 1997; 81: 835-845
33. SOLOMON Z, NERIA Y, OHRYA A, et al: PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reactions: A longitudinal study. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 554-559
34. STATCORP: *Stata Statistical Software: Release 10*. College Station: StataCorp LP, 2007
35. TRANSCRIME: L'andamento delle Rapine in Europa dal 1995 al 2005. In *Ottavo Rapporto sulla Sicurezza del Trentino 2006/2007*. Trento: Giunta della Provincia Autonoma, 2007
36. TUOMI K, ILMARINEN J, JANKOLA A, et al: *Work Ability Index*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1998
37. WARE JE, SHERBOURNE CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483
38. YEHUDA R, SOUTHWICH SM, KRYSTAL JM: Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 83-86
39. YULE W: *Disturbo Post-traumatico da Stress. Aspetti Clinici e Terapie*. Milano: McGraw-Hill, 1999