

1-INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il progresso, l'acquisizione di nuove tecnologie, le modifiche apportate all'organizzazione del lavoro, come ad esempio la maggiore flessibilità hanno determinato la crescente esigenza di sviluppare interventi e modalità di lavoro diversi dal passato. Tali modelli sono caratterizzati da una più ampia disponibilità e da una maggiore specializzazione nel lavoro ai quali si aggiungono impegni di varia natura: attività di studi e ricerche, utilizzo di nuove tecnologie, percorsi di aggiornamento, tempi di trasferimento da e per le sedi di lavoro, impegni familiari e sociali. Il sovraccarico di richieste così determinato è stato ed è causa di fenomeni che definiamo con il termine "stress" e che hanno crescente importanza nella valutazione delle condizioni di benessere dal momento che, parallelamente, assistiamo ad un decremento costante dei rischi "tradizionali" proprio per l'accresciuta consapevolezza dei fattori di nocività, per la sensibilizzazione ai problemi della salute e per le innovative e migliori tecnologie via via adottate nel tempo in ogni settore produttivo.

La patologia da stress non sembra essere un fenomeno occasionale, limitato nello spazio e nel tempo, ma appare come il risultato di un malessere ampiamente diffuso, intrinseco all'attività lavorativa: i dati che ci vengono forniti dagli studi nel settore ci descrivono ormai una situazione di tipo "epidemico".

Oggi, infatti lo stress collegato al lavoro è diventato una delle maggiori preoccupazioni per gli imprenditori oltre che fonte anche di nuove responsabilità per i datori di lavoro e rappresenta una delle sfide principali con cui l'Europa deve confrontarsi nel campo della salute e della sicurezza.

Sulla scia di tutte queste considerazioni si inserisce anche la complessa ed articolata riforma della disciplina in materia di salute e sicurezza sul lavoro varata con il Decreto Legislativo n. 81 del 09.04.2008, diventato attuativo

dal 31.12.2010, che sancisce l'obbligo per il datore di lavoro di valutare anche i rischi da stress lavoro-correlato fornendo una serie di indicazioni sulla sua valutazione di per sé particolarmente complessa e di natura marcatamente interdisciplinare.

2-LO STRESS LAVORO-CORRELATO

2.1.Definizioni

Lo stress può essere definito come uno squilibrio percepito tra un eccesso di sollecitazioni e la capacità della persona a farvi fronte.

Esso è una reazione fisiologicamente utile in quanto adattiva ma può tuttavia divenire una condizione patogena se lo stressor agisce con particolare intensità e per periodi di tempo sufficientemente lunghi.

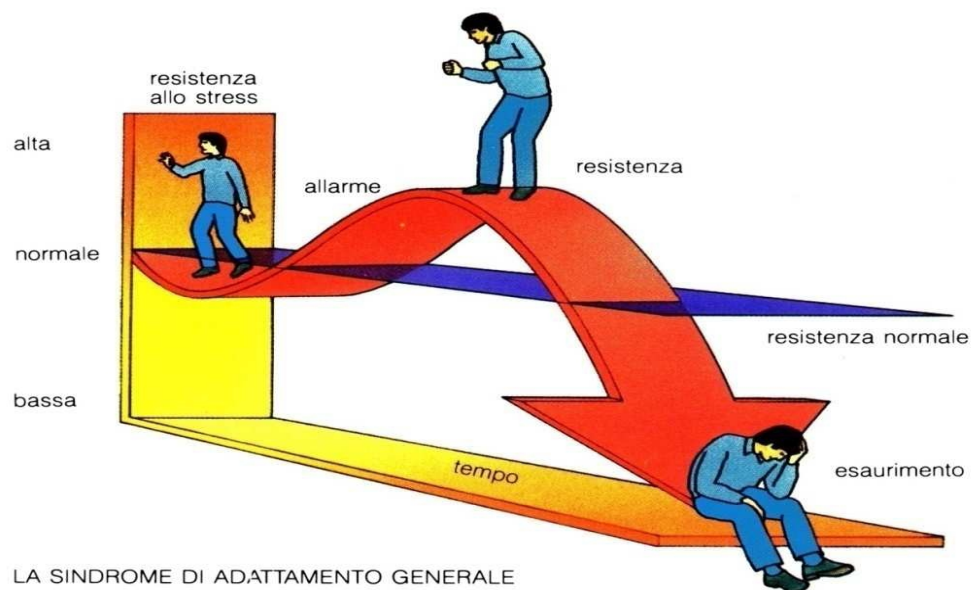
L'uso del termine "stress" è relativamente recente. Questo neologismo infatti si è diffuso in ambiente clinico nella metà degli anni cinquanta grazie ad un medico austriaco di nome Hans Selye. Egli, che è considerato il padre dell'attuale concetto di stress, inizialmente lo descrisse come "*uno stato di tensione aspecifica della materia vivente, che si manifesta mediante modificazioni morfologiche tangibili in vari organi, e particolarmente nelle ghiandole endocrine*" in seguito come "*risposta aspecifica dell'organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall'ambiente esterno*" (Selye 1936).

Queste definizioni delineano un processo di adattamento dell'organismo da lui stesso definita Sindrome Generale d'Adattamento (GAS=General Adaptation Syndrome) intesa come una modificazione fisiologica dell'organismo dovuta a sostanze nocive per adattare e organizzare le proprie difese con reazione ad agenti stressanti esterni attraverso tre fasi: allarme, resistenza, esaurimento. La "reazione d'allarme" consiste nella mobilitazione da parte dell'organismo di energie in difesa dello stimolo stressogeno, nel secondo stadio o "resistenza" l'utilizzo delle energie mobilitate è finalizzato a controllare lo stress, nel terzo o "esaurimento" non viene mantenuto un adeguato adattamento a causa di una eccessiva pressione dello stimolo (**Tab.2.1. e Fig.2.1.**).

FASE DI ALLARME	FASE DI RESISTENZA	FASE DI ESAURIMENTO
modificazioni acute, reversibili ed adattive	organizzazione stabile ma ancora reversibile. Limite delle riserve funzionali	crollo delle difese, impossibilità di ulteriore adattamento agli stressors
LIVELLO NEUROTRASMETTITORIALE		
sollecitazione acuta dei sistemi NA, 5-HT, Ach con modificazione transitoria del loro reciproco equilibrio funzionale	sollecitazione cronica dei sistemi neurotrasmettitoriali con riduzione del margine di resistenza funzionale Iperattività recettoriale reversibile	insufficienza funzionale non reversibile dei sistemi neurotrasmettitoriali. Iperattività non reversibile recettoriale
LIVELLO NEUROENDOCRINO		
attivazione acuta del sistema ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale	attivazione cronica ma reversibile del sistema ipotalamo-ipofisi-cortico surrenale	iperattività stabile, non reversibile del sistema ipotalamo-ipofisi-cortico-surrenale alterazioni stabili a livello di altri sistemi
LIVELLO COGNITIVO		
elaborazione cognitiva dell'evento perdita; disagio soggettivo; motivazione alla ricerca di soluzioni	elaborazione cognitiva secondaria all'evento perdita; organizzazione dei meccanismi di coping; disagio soggettivo	fallimento dei meccanismi di coping; lutto cronico; perdita della motivazione alla soluzione; depressione grave non reversibile
LIVELLO COMPORTAMENTALE		
comportamenti attivi di compenso; ricerca attiva di soluzioni all'evento perdita	organizzazione comportamentale di tipo depressivo ma reversibile	riduzione dell'attività; organizzazione stabile di tipo depressivo

Tab.2.1. Le 3 fasi della GAS.

Fig.2.1. La GAS.



Analogamente, è intuitivo considerare come l'eccessivo carico di fattori stressogeni in ambito lavorativo si traduca dapprima in un mix di sintomi fisici che potrebbero rappresentare la categoria sintomatologica fisiologica dello stress; successivamente con sintomi essenzialmente riconducibili ad una categoria affettivo-cognitiva; infine con comportamenti sintomatici di una ridotta produttività lavorativa che possiamo ricondurre ad una categoria sintomatica cosiddetta comportamentale (**Teoria fisiologica dello stress**).

Una definizione molto valida seppur un po' datata di stress lavoro-correlato è quella del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) del 1999. Esso individua il fenomeno come un *“insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse ed esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare infortuni”*.

Un'altra definizione è quella adottata all'art. 3 dell' Accordo europeo sullo stress lavoro-correlato del 2004: *“Lo stress è una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative”*.

Secondo alcuni autori sarebbe, inoltre, necessario distinguere il distress dall'eustress. Si è constatato, infatti, che lavorare sotto una certa pressione poteva addirittura migliorare la performance e le prestazioni, dando soddisfazione quando si raggiungevano difficili o impegnativi obiettivi. Questa tensione positiva viene definita "stress acuto" ovvero "eustress" mentre al contrario, quando le richieste (in ambito lavorativo ed extraprofessionale) con una pressione eccessiva ed esercitata a lungo determinano situazioni di disagio, si parla di stress cronico o "distress".

Lo stress acuto o eustress consisterebbe in definitiva in un:

- grado ottimale di tensione o sollecitazione esterna che si risolverebbe una volta raggiunto l'obiettivo;
- difesa dalla monotonia e attivazione di risorse utili;
- affinamento delle capacità di attenzione e concentrazione;
- stimolo all'apprendimento ed alla memoria;
- stimolo facilitatore nella risoluzione creativa dei problemi.

Lo stress cronico o distress consisterebbe in:

- continua esposizione a stimoli esterni;
- eccessiva attivazione fisiologica e psichica;
- forzatura esagerata ed innaturale delle energie organiche;
- prolungato processo di sopportazione e resistenza;
- periodo di logorio ed esaurimento.

2.2. Le dimensioni del fenomeno

Diversi studi hanno cercato di valutare le dimensioni del fenomeno: ad esempio in Danimarca è stato calcolato che sulle patologie cardiovascolari lo stress lavorativo influisce per il 20% (Olsen e Kristensen, 1991); in Svizzera i costi annuali conseguenti a spese mediche, assenze e perdita di produzione dovuti a stress sono pari a 4.2 miliardi di franchi (1,2% del PIL), (Ramacciotti e Periard 2000). In Inghilterra è stato stimato che ogni anno vengono perse 40 milioni di giornate lavorative per problemi connessi a stress (CBI 1999); in Svezia il 14% delle assenze prolungate dal lavoro sono dovute a patologie stress correlate (National Social Insurance Board 1999) mentre in USA si calcola un 15% di incidenza dello stress sulle cardiopatie lavoro-correlate con costi totali di 22.5 miliardi di dollari nel

1998 (+33% in 6 anni), pari al 25-30% della spesa sanitaria aziendale (Leigh e Schmall, 2000).

Per l'Unione Europea lo stress lavoro-correlato è un rischio emergente per la diffusione che sta assumendo e che determina costi crescenti sia per i paesi che per le aziende che sono stati quantificati nel 2002 per una cifra pari a 20 miliardi di euro. E' stato inoltre stimato che circa il 50-60% delle giornate lavorative perse in un anno sono dovute allo stress lavorativo.

Lo stress legato all'attività lavorativa, i fattori che lo determinano e le conseguenze che ne derivano apparivano alquanto diffusi in tutti gli stati membri dell'Unione Europea secondo gli studi effettuati dalla Fondazione Europea tra il 1996 ed il 2000. In particolare oltre la metà dei 147 milioni di lavoratori europei riferiva di lavorare a ritmi molto serrati e di dover rispettare scadenze pressanti, più di un terzo di essi non era in grado di influire sulle mansioni assegnate e più di un quarto non aveva la possibilità di determinare il proprio ritmo di lavoro. Il 45% riferiva di svolgere lavori monotoni, il 44% non poteva usufruire della rotazione delle mansioni, il 50% era addetto a compiti ripetitivi. Gli attuali sintomi più frequentemente accusati dai lavoratori europei erano i seguenti: il 13% di essi riferiva di soffrire di cefalea, il 17% di dolori muscolari, il 20% di affaticamento, il 28% di "stress" e il 30% di rachialgia; veniva accusate inoltre numerose altre patologie, alcune delle quali con esiti potenzialmente fatali." (Commissione Europea, 1999).

2.3. Le patologie più comunemente associate a stress lavorativo

Secondo il Documento di Consenso (2006) della SIMLII sulla "Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro" (Cesana & coll.) lo stress avrebbe grande importanza nei disturbi della funzione gastrointestinale, essendo soprattutto coinvolto nella sindrome del colon irritabile, ed avendo ovviamente riflessi anche sul

ritardo dello svuotamento gastrico, sull'accelerato transito intestinale, nella comparsa di sintomi dispeptici, nella genesi dell'ulcera peptica (come anche del resto o in associazione, l'assunzione di FANS, l'infezione da Helicobacter Piloni, l'acidità gastrica). Lo stress potrebbe contribuire anche a determinare la comparsa di patologie infiammatorie croniche intestinali o l'esacerbazione del reflusso gastroesofageo come pure l'aggravamento o la comparsa di disturbi cutanei (psoriasi, orticaria, dermatiti eczematose, patologie da HIV). Del tutto recentemente poi studi di psiconeuroimmunologia avrebbero mostrato che variazioni del comportamento e degli stati emotivi tipici delle situazioni stressanti indurrebbero complesse manifestazioni neuroendocrine che potrebbero modulare anche processi infettivi, allergici o addirittura anche neoplastici.

In situazioni di stress è evenienza comune che possono insorgere modificazioni dell'attività intellettuale con difficoltà a mantenere il ritmo di lavoro, comparsa di deficit mnemonici, attentivi, di concentrazione ed elaborazione delle informazioni. Lo stress lavorativo può favorire l'insorgenza o la slatentizzazione di qualsiasi patologia psichiatrica. Le reazioni d'ansia, frequenti ove ci si accorga di non poter far fronte alle richieste di responsabilità, adeguatezza, urgenza, precisione e quindi alla conseguente comparsa di errori, ritardi, dimenticanze significative possono associarsi o determinare depressione, irritabilità, sofferenza, vissuti di colpa. Possono comparire in taluni casi disturbi del comportamento alimentare (più frequentemente bulimia, raramente anoressia), o vi può essere abuso di sostanze psicoattive (tabacco, alcool, psicofarmaci) spesso in realtà motivate da stress prolungato, esaurimento fisico, necessità di veglia, insicurezza.

I disturbi del sonno sono frequente evenienza di situazioni stressanti. Possono manifestarsi in una forma comune di insonnia (difficoltà nell'addormentamento, risvegli frequenti, risvegli anticipati) oppure

talvolta anche in sindromi più severe come gli incubi, il bruxismo, le ipersonnie, i miocloni notturni. I disturbi del sonno, secondo gli studi condotti, sarebbero più frequenti nei lavoratori manuali, con alto carico di lavoro, con basso supporto da parte dei colleghi.

Anche il burnout, quadro che descrive l'esaurimento fisico e mentale di lavoratori particolarmente esposti allo stress con soggetti o situazioni disagiate, è una patologia stress correlata che colpisce in particolare operatori motivati addetti all'assistenza e che si estrinseca con esaurimento emotivo, distacco, perdita di interesse verso le persone con cui si lavora, disaffezione, intolleranza, sensazione di fallimento, apatia talvolta aggressività e non di rado sintomi psicosomatici cardiovascolari, intestinali, cutanei e nervosi (**Tab.2.2.**).

Tab.2.2. Riassunto delle principali patologie associate a stress lavorativo.

<u>MANIFESTAZIONI PSICOLOGICHE</u> ansia, depressione, senso di impotenza, irritabilità, rabbia, sofferenza, vissuti di colpa, diminuzione dell'autostima, disturbi del sonno, somatizzazioni (es.cefalea), ipocondria, isolamento sociale
<u>MANIFESTAZIONI COGNITIVE:</u> difficoltà di concentrazione, deficit mnesici, attentivi, di concentrazione ed elaborazione delle informazioni, diminuzione del rendimento
<u>MANIFESTAZIONI COMPORTAMENTALI:</u> disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze psicoattive (farmaci, alcool, tabacco)
<u>MANIFESTAZIONI FISICHE:</u> disturbi cardiocircolatori (ipertensione, tachicardia, extrasistoli, IMA), disturbi della funzione gastrointestinale (colon irritabile, dispepsia, RGE, ulcera, colite, patologie infiammatorie croniche), disturbi endocrinologici (aumento della glicemia fino al DM, aumento cortisolo, sindrome di Cushing) dispnea, tensione muscolare generalizzata con dolore cervico-dorso-lombare, patologie della funzione sessuale (disturbi mestruali, diminuzione fertilità e libido), disturbi cutanei (psoriasi, orticaria, dermatiti eczematose, patologie da HV), patologie autoimmuni, processi infettivi, allergici e neoplastici per effetti immunodepressivi

2.4.I Modelli interpretativi

Lo stress nei luoghi di lavoro può dipendere da diverse cause, sostanzialmente da problemi di inadeguatezza premiale (benefits, servizi, salari, contratti precari, pensioni, ecc.) strutturale (agenti nocivi, ambienti inidonei, macchine obsolete), relazionale (rapporti mal gestiti in senso verticale o orizzontale) o organizzativa (overload, turni, ritmi, pause, precarietà, ecc.). Ad esempio, il rumore eccessivo può rendere difficile la concentrazione e la comunicazione con i colleghi mentre un lavoro prolungato, come quando si realizza per protrazione di straordinari o per attività oltre 48 ore settimanali, è causa di rischio raddoppiato per decessi dovuti a malattie cardiache rispetto a coloro che lavorano meno di 40 ore, con un aumento del rischio se il ritmo di lavoro è molto sostenuto.

Ancora, la presenza di elevate responsabilità nei confronti di terzi come avviene per controllori di volo, piloti, personale delle ambulanze, medici e infermieri, può determinare elevati livelli di stress come anche l'assunzione di elevate responsabilità di gestione in contesti che non offrono un adeguato supporto e sicurezza, oppure allorché i rapporti con superiori o colleghi sono caratterizzati da competitività, scarsa considerazione o incomprensione, quando il lavoro non offre adeguate garanzie di stabilità (es. lavori "atipici") o sicurezza o quando le possibilità di avanzamento professionale sono molto scarse, allorché vi è insoddisfazione per la mancata realizzazione personale, nonostante una discreta remunerazione.

I problemi di natura relazionale che possono affiorare e verificarsi nel corso del periodo lavorativo sono stati oggetto di interessanti studi negli anni scorsi. Soprattutto le indagini svolte nei paesi scandinavi, per prime hanno posto in relazione le assenze sempre più numerose dei lavoratori, le loro dimissioni e alcune malattie professionali con i problemi di interazione personale degli individui sul posto di lavoro.

Per quanto riguarda l'Europa gli studi condotti dalla European Agency for Safety and Health at Work hanno identificato ben 5 aree critiche di variabili che rendono emergenti tali rischi ossia:

1-ricorso a nuove forme di contratti di lavoro instabili combinata con l'incertezza e l'insicurezza del lavoro stesso (scarsità del lavoro)

2-impiego di forza lavoro sempre più anziana quindi poco flessibile e poco adattabile ai cambiamenti organizzativi, per la mancanza di un adeguato turn-over

3-alti carichi di lavoro con l'effetto di significative pressioni sui lavoratori da parte del management

4-tensione emotiva elevata per violenze e molestie sul lavoro

5-interferenze e squilibrio tra il lavoro e la vita privata.

Nella letteratura dedicata allo stress lavorativo si considerano in generale due ordini di fattori all'origine delle condizioni di stress: da una parte ci sono i fattori personali, ovvero lo stile con cui una persona affronta il lavoro e i problemi dell'esistenza, il modo in cui spende le sue energie, definisce i suoi obiettivi, organizza il suo tempo, il modo in cui giudica successi e insuccessi, le emozioni che prova di fronte ai casi della vita.

Dall'altra parte ci sono i fatti e le situazioni che generano stress, e tra queste il lavoro occupa un ruolo preminente. Appare evidente che, in gruppi omogenei di soggetti o in contesti lavorativi in cui il fenomeno è molto frequente, la componente individuale e soggettiva ha un peso minore.

Gli studi condotti quindi finora sui fattori dell'ambiente lavorativo che generano stress si sono dovuti confrontare con una realtà complessa e difficile da scomporre nei suoi tratti generali.

❖ **Il modello di Cox e Mackay (approccio tecnico)**

In questo primo approccio lo stress sul lavoro viene concepito come una caratteristica avversa oppure dannosa dell'ambiente di lavoro, pertanto come una caratteristica di uno stimolo dell'ambiente che viene considerato dall'individuo in termini di carico, livello di richieste o di elementi minacciosi o che possono arrecare danno (Cox, 1990; Cox & Mackay, 1981; Fletcher, 1988 citati in Cox et al., 2000). Cox (1978), nella definizione di questo modello, parte dal presupposto che lo stress abbia origine nella relazione tra la persona ed il suo ambiente e che sia fondamentalmente un fenomeno individuale. Secondo l'autore esiste una grande variazione individuale non solo nell'esperienza dello stress, ma anche nella risposta allo stress. Inoltre, sottolinea l'importanza, spesso sottovalutata, del contesto sociale, nella valutazione dell'esperienza dello stress (Cox, 1978 citato in Favretto, 1994). Nell'elaborazione iniziale del modello, messo a punto insieme a Mackay C., Cox acquisisce e fa proprie molte delle idee proposte da Lazarus (1966). Secondo Lazarus lo stress si manifesta quando ci sono richieste che mettono alla prova o superano le risorse di adattamento della persona. Inoltre sostiene che lo stress non dipende unicamente dalla presenza di stressors nell'ambiente esterno ma, anche dalla vulnerabilità costituzionale della persona e dall'adeguatezza dei suoi meccanismi di difesa. Nello sviluppare la sua concezione dello stress l'autore pone particolare attenzione sulla "valutazione della situazione da parte dell'individuo". La valutazione rappresenta, infatti, il processo cognitivo estimativo che attribuisce alle transazioni tra la persona e l'ambiente il loro significato. Lazarus identifica due tipi di valutazione. Descrive la prima come valutazione primaria: ha luogo quando l'individuo dà significato agli eventi, e valuta l'importanza di un evento in termini di dolore, minaccia o sfida. Tuttavia, la valutazione primaria non è, di per sé, sufficiente a decidere il significato di un evento. La seconda, valutazione secondaria: definisce ulteriormente il significato di cosa sta succedendo e

identifica eventuali strategie di coping. Ignorare il processo di valutazione, comprometterebbe significativamente la possibilità di comprendere l'effetto e la capacità di intervenire (Lazarus, 1966 citato in Folkman & Moskowitz, 2004).

L'elaborazione di queste concettualizzazioni ha condotto Cox (1978) a descrivere lo stress come un processo sistematico sulla base di un modello composto da cinque fasi:

1. **La prima fase:** è costituita dalle fonti ambientali delle richieste;
2. **La seconda fase:** di fatto, coincide con una valutazione primaria e si riferisce alla percezione che la persona ha di queste richieste in relazione alla propria capacità di farvi fronte.
3. **Terza fase:** è rappresentata dai cambiamenti fisiologici, emotivi e psicologici e comportamentali associati al riconoscimento di uno stato di stress e, che comprendono il coping;
4. **La quarta fase:** è legata alle conseguenze del coping;
5. **La quinta fase:** è il feedback che si verifica in relazione a tutte le altre fasi del modello (Cox, 1978 citato in Cox et al., 2000).

Il terzo tipo di **approccio allo stress lavorativo** dopo quello **tecnico** appena descritto e quello **fisiologico** di Selye è quello **psicologico**.

Lo sviluppo di questo approccio ha rappresentato, in parte, un tentativo per superare le critiche mosse alle impostazioni precedenti. La prima si riferisce al fatto che sia il modello tecnico che quello fisiologico non forniscono un'adeguata spiegazione dei dati empirici esistenti. La seconda critica riguarda il fatto che entrambi i modelli siano concettualmente datati, poiché vengono collocati all'interno di un modello stimolo-reazione relativamente semplice e tengono in scarsa considerazione le differenze

individuali di natura psicologica ed i processi percettivi e cognitivi che li possono avvalorare (Sutherland & Cooper, 1990; Cox, 1993 citati in Cox et al., 2000). Pertanto questi modelli considerano la persona come “passiva” nella traduzione delle caratteristiche dello stimolo dell’ambiente in risposte di natura fisiologica e psicologica. Soprattutto, questi modelli ignorano le interazioni tra la persona ed i diversi ambienti che costituiscono una parte fondamentale delle impostazioni fondate su sistemi nel campo della biologia, della psicologia e delle scienze comportamentali. In particolare ignorano i contesti psicosociali ed organizzativi per lo stress occupazionale. E’ proprio su quest’ultimo punto che l’approccio psicologico pone le sue fondamenta. Lo stress viene definito in termini di interazione dinamica tra la persona e l’ambiente di lavoro; viene indotto dall’esistenza di interazioni problematiche tra la persona e l’ambiente, oppure viene misurato in termini di processi cognitivi e reazioni emotive che sono alla base di tali interazioni. Attualmente, esiste un consenso sempre maggiore nei confronti di questo tipo di approccio per la definizione dello stress. Le impostazioni psicologiche, infatti, risultano in linea con la definizione di stress quale “stato psicologico negativo, con componenti emotive e cognitive, e sugli effetti sulla salute sia dei singoli lavoratori dipendenti che delle loro organizzazioni” data dall’Organizzazione Internazionale del Lavoro (International Labour Organization, ILO 1986) e con la definizione di benessere proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (1986): “Benessere è uno stato mentale dinamico caratterizzato da un’adeguata armonia tra capacità, esigenze e aspettative di un individuo, ed esigenze e opportunità ambientali”. Queste impostazioni sono altresì in accordo con la letteratura in via di sviluppo in materia di valutazione dei rischi individuali (Cox e Griffiths, 1996). Al fine di sintetizzare il processo di stress, in accordo con l’approccio psicologico, sono stati proposti vari modelli descrittivi. Il più importante è quello di Cooper (Cooper, 1986).

❖ **Modello di Cooper**

Esso si concentra sulla natura e tipologia dello stress correlato al lavoro e sui riscontri sia individuali che organizzativi. Secondo l'autore numerosi sono i fattori fisici ambientali identificabili quali "fonti di stress" che possono incidere negativamente sui lavoratori e sull'organizzazione. Nell'analizzare i loro possibili "effetti" è necessario tener conto dell'importanza e della significatività della "reattività soggettiva" di ciascun individuo. Pertanto risposte fisiologiche e/o comportamentali allo stress sono collegate alla situazione, ma anche ad alcune caratteristiche di personalità dell'individuo. Parte del processo di stress è rappresentato dai rapporti tra l'ambiente di lavoro oggettivo e le percezioni sul lavoro del lavoratore dipendente, tra tali percezioni e l'esperienza di stress, nonché tra tale esperienza ed i cambiamenti nel comportamento, nella funzione fisiologica e nella salute. Le strategie di fronteggiamento o adattamento (coping) rappresentano una componente importante di questo processo. Cooper et al. (2001) sostengono che la sequenza di stress è rappresentata dal concetto di "adattamento" e lo stress ha luogo quando c'è un mal-adattamento o uno squilibrio tra la persona e l'ambiente in termini di richieste e di risorse per soddisfarle. L'idea di "mal-adattamento" è importante perché i ricercatori dovrebbero prestare più attenzione alla sua natura ed in particolare ai concetti coinvolti, piuttosto che semplicemente identificare quelle componenti strutturali che vi partecipano. Gli autori sostengono che "l'adattamento è significativamente dipendente dalla valutazione ed è il processo di valutazione che lega la persona all'ambiente"(Cooper et al., 2001 citati in Dewe e Cooper, 2007).

Il modello di Cooper è articolato secondo quattro elementi chiave (**Fig. 2.2.**):

Fonti di stress. Il coinvolgimento di più fattori stressogeni rappresenta in maniera più obiettiva la realtà complessa in cui viviamo. Difficilmente,

infatti esiste una netta separazione delle diverse variabili. La costante interrelazione di queste potrebbe rappresentare un elemento di peggioramento per il soggetto. Da non sottovalutare ad esempio le dinamiche casa-lavoro che costituiscono due poli affettivi determinanti nella vita personale e professionale dell'individuo.

Caratteristiche dell'individuo. Si sottolinea l'influenza che la personalità dell'individuo comporta nella determinazione-percezione dello stress. Ad esempio un alto livello di autostima o la propensione alla flessibilità costituiscono fattori di contenimento dello stress.

Sintomi di stress. Gli effetti dello stress sono studiati secondo due differenti prospettive: i sintomi individuali e i sintomi organizzativi. Quelli individuali possono rivelarsi a livello fisico, comportamentale e psicologico e a livello organizzativo in un danno, complessivamente valutabile, nello scarso livello di performance lavorativa.

Malattie somatiche e organizzative. Rappresentano l'effetto patologico di una cronicizzazione dei sintomi.

Fig. 2.2. Modello di Cooper.



Rispetto all'impostazione **psicologica** è inoltre possibile individuare due **varianti**, che dominano la teoria contemporanea sullo stress: quella **interazionale** e quella **transazionale**. La prima si concentra sulle caratteristiche strutturali dell'interazione tra l'individuo e il proprio ambiente di lavoro, mentre la seconda presta una maggiore attenzione ai meccanismi psicologici che rafforzano tale interazione. I modelli transazionali riguardano principalmente la valutazione cognitiva ed il coping (strategie di fronteggiamento). Per certi versi costituiscono uno sviluppo dei modelli interazionali e sono ampiamente in accordo con gli stessi ((Cox et al., 2000).

Teorie Interazionali

Tra le diverse teorie proposte all'interno di quelle ascrivibili alle teorie interazionali le due più accreditate sono: quella di Karasek (1979) teoria "Demand-Control" (DC Model) e quella di French et al. (1982) Person-Environment Fit (P-E Fit.). Entrambi i modelli si basano sulla definizione proposta da McGrath (1976) della discrepanza o sbilanciamento tra la persona e l'ambiente. Lo stress, secondo l'autore, insorge quando la richiesta è eccessiva rispetto alle capacità e alle risorse possedute dalla persona per fronteggiarla e l'individuo a causa di tale discrepanza o sbilanciamento percepisce la situazione come minacciosa (McGrath, 1976, citato in Dewe e Cooper, 2007).

❖ Il Modello Richiesta-Controllo (Demand-Control Model) di Karasek

Nel 1979 Robert A. Karasek pubblicò il suo primo studio sullo stress lavorativo percepito. Il suo modello originale suggerisce che la relazione tra elevata domanda lavorativa (job demand, JD) e bassa libertà decisionale (decision latitude, DL) definiscono una condizione di "job strain o perceived job stress" (stress lavorativo percepito), in grado di spiegare i livelli di stress cronico e l'incremento del rischio cardiovascolare.

Le due principali dimensioni lavorative (domanda vs. controllo) sono considerate variabili indipendenti e poste su assi ortogonali. La job demand si riferisce all'impegno lavorativo richiesto sotto forma di carico di lavoro, ritmi di lavoro e coerenza delle richieste. La decision latitude è definita da due componenti: la skill discretion e la decision authority. La prima individua condizioni connotate dalla possibilità di imparare cose nuove, dal grado di ripetitività dei compiti e dall'opportunità di valorizzare le proprie competenze; la seconda identifica fondamentalmente il livello di controllo dell'individuo sulla programmazione ed organizzazione del lavoro (Karasek, 1979). Le combinazioni tra l'alta o bassa domanda e l'alto o basso controllo danno luogo a 4 diversi tipi di esperienze psicosociali di lavoro (**Fig.2.3.**):

- Lavori ad alto strain (high strain): ad un alto livello di domanda corrisponde un basso livello di controllo. Sono quei lavori che creano al lavoratore un'alta tensione psicologica la quale si può manifestare in sintomi di ansietà, depressione, esaurimento e vari disturbi psicosomatici.
- Lavori attivi (active): ad un alto grado di controllo e discrezionalità da parte dell'individuo sulla propria attività corrisponde un elevato grado di domanda psicologica. Questo tipo di contesto lavorativo è caratterizzato da un elevato grado di apprendimento, dalla possibilità di esprimere le proprie capacità ed attitudini e da elevata responsabilità.
- Lavori a bassa domanda e alto controllo (low strain): ad una domanda psicologica poco pressante corrisponde un alto controllo. Rappresentano situazioni lavorative ottimali, in cui l'individuo può gestire in autonomia la sua attività lavorativa. I lavoratori che appartengono a questa tipologia sono spesso soddisfatti della loro professione. Secondo Karasek sono quei lavori che non procurano

nessun problema di tensione psicologica agli individui ed essendo piuttosto rilassanti tendono a proteggere il lavoratore dal rischio di effetti psicofisici.

- Lavori passivi (passive): ad una bassa domanda corrisponde un altrettanto basso controllo. Si identificano in questa tipologia quei lavori le cui mansioni non incentivano le capacità individuali per i quali si registrano marcati livelli di insoddisfazione. Secondo l'autore questi lavori non creano stress o tensione psicologica, ma disincentivano l'apprendimento e di conseguenza favoriscono l'impovertimento delle abilità lavorative.

Fig. 2.3. Modello di Karasek.



Fonte: Karasek (1979), Johnson et al. (1988)

Il modello proposto da Karasek è stato approfondito da J.V. Johnson e collaboratori fra gli Anni '80 e '90. Sostanzialmente è stata aggiunta una terza dimensione: la work place social support o social network, dando

origine ad un nuovo modello “Domanda-Controllo-Supporto” (Johnson et al., 1988). La dimensione “supporto sociale” si riferisce a tutti i livelli di interazione sociale utili disponibili sul lavoro da parte di colleghi e superiori. Sembra che il “supporto sociale” svolga un ruolo fondamentale nella gestione dello stress correlato al lavoro. Viene utilizzato come “moderatore” in relazione a eventuali effetti nocivi sulla salute di richieste psicologiche eccessive (Theorell, 1997 citato in Cox et al., 2000). In accordo con questo modello il più elevato rischio di malattie cardiovascolari è stato rilevato, da Johnson et al., (1988, 1989), nei gruppi connotati da una elevata domanda lavorativa (JD), da una bassa possibilità decisionale (DL) e da un basso supporto sociale (SS) da parte di colleghi e capi. In particolare la presenza di "altri amichevoli" sul lavoro sarebbe elemento positivo per il benessere psicologico dei lavoratori. Nel 1985 Karasek ha definito la versione base del Job Content Questionnaire (JCQ) su 49 items, che si mantiene tuttora valida. Il modello e il questionario di Karasek sono stati applicati soprattutto nello studio delle patologie cardiovascolari. Sono stati pubblicati numerosi studi, per lo più scandinavi e nord-americani, la maggior parte dei quali ha evidenziato una correlazione positiva tra job strain e malattie cardiovascolari o fattori di rischio cardiovascolare (Mastrangelo et al., 2008). Oltre a consentire un'analisi sistemica e simultanea delle due variabili considerate fondamentali nella genesi dello stress, forte anche delle ottime proprietà psicometriche dello strumento d'indagine che ne deriva (Levi, 2000), il modello di Karasek introduce un altro elemento innovativo: la possibilità di predire da un lato le conseguenze negative sulla salute dei lavoratori derivanti dall'esposizione a condizioni di job strain, dall'altro i vantaggi in termini di messa in atto di comportamenti organizzativi positivi (motivazione verso l'apprendimento organizzativo e l'innovazione) a seguito di una progettazione delle condizioni lavorative nella modalità

Active (Karasek et al., 1998). Il modello di Karasek è stato utilizzato anche in un recente studio condotto in Italia con l'obiettivo di sperimentare un modello di monitoraggio, da riproporre per un'indagine mirata su scala europea, che permettesse di fornire un quadro complessivo delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori. Tale ricerca è stata condotta in una regione italiana, il Veneto, scelta come regione-pilota. Anche in questo caso, come per lo studio precedentemente illustrato, i risultati hanno confermato la validità del modello e la sua efficacia applicativa. Inoltre i risultati hanno mostrato che la frequenza di coloro che hanno espresso un elevato stress da lavoro (high strain) è pari al 27% dell'intero campione di riferimento, 2.174 lavoratori. Il rischio di stress da lavoro è maggiore nelle donne rispetto agli uomini. Tali risultati sembrano in linea con quelli mostrati dall'indagine europea.

❖ **Il modello di French, Caplan e Van Harrison (adattamento persona/ambiente o person-environment Fit)**

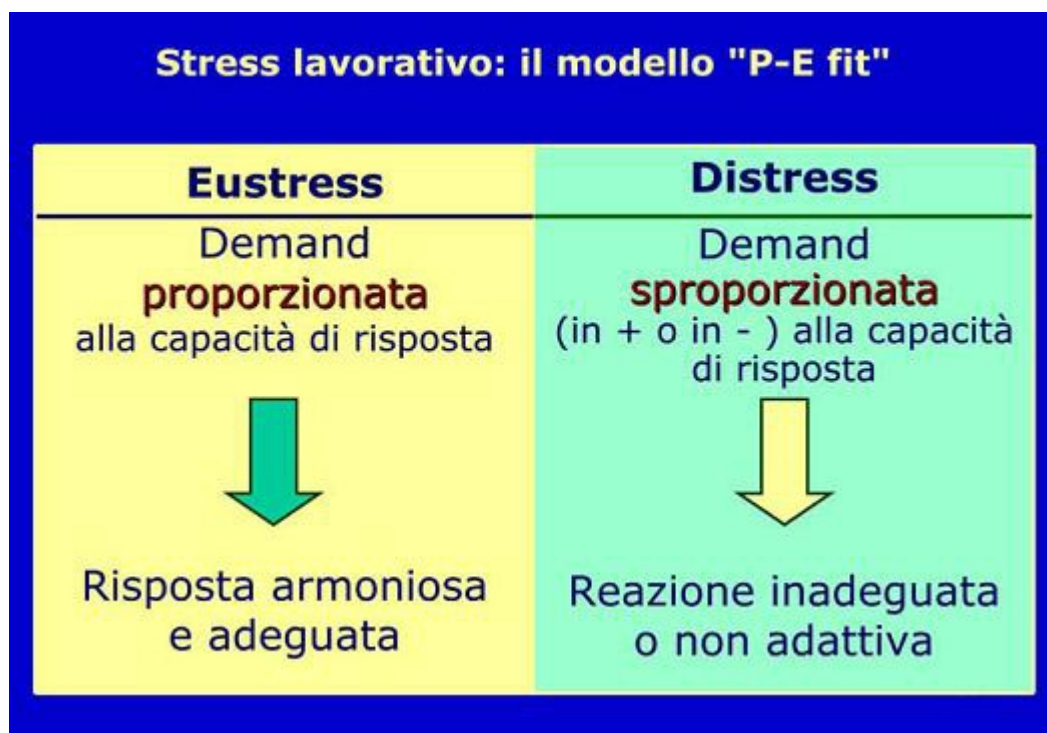
Questo modello di French, Caplan e Van Harrison (1982) è stato sviluppato da un gruppo di psicologi sociali e del lavoro dell'Institute for Social Research dell'Università del Michigan, e si iscrive nella teoria del campo psicologico di derivazione "lewiniana" in cui il comportamento umano è funzione degli aspetti personali ed ambientali. Infatti, per comprendere e descrivere il fenomeno stress, si tiene conto non solo delle abilità, aspettative, motivazioni o rappresentazioni sociali della persona (P), ma anche dei fattori e delle variabili connessi all'ambiente lavorativo (E) (**Fig.2.4**). Gli autori hanno elaborato una teoria dello stress correlato al lavoro che si basa sostanzialmente sul concetto "dell'adattamento" Persona-Ambiente. Sono stati individuati due aspetti fondamentali dell'adattamento:

- Il livello in cui gli atteggiamenti e le capacità di un lavoratore dipendente soddisfano le richieste del lavoro.

- La misura in cui l'ambiente di lavoro soddisfa le esigenze dei lavoratori, ed in particolare, la misura in cui si incoraggia e si permette all'individuo di utilizzare le proprie conoscenze e capacità nell'organizzazione del lavoro.

French et al. (1974) hanno concluso che la mancanza di adattamento ad uno o entrambi gli aspetti può dar luogo a situazioni di stress e che si possono anche verificare delle ripercussioni sulla salute (French et al., 1974 citati in Faretto, 1997).

Fig.2.4. Modello di French, Caplan e Van Harrison.



Fonte: French et al., (1982)

Il modello di French, Caplan e Van Harrison ha il merito di equilibrare la valutazione personale e soggettiva degli eventi stressanti con le dimensioni organizzative e le caratteristiche oggettive (competenze, attitudini, abilità professionali) delle risorse umane. Il modello P/E analizza infatti, i fenomeni secondo due punti di vista: soggettivo ed ambientale. Dal punto di vista del lavoratore viene studiata la relazione esistente tra i bisogni, le aspettative della persona e la possibilità che l'organizzazione ha

di soddisfarli. Dal punto di vista dell'organizzazione vengono analizzate le capacità che ha il lavoratore di far fronte alle richieste lavorative. Il modello opera quindi una distinzione tra la valutazione soggettiva dell'individuo nei riguardi dell'ambiente in cui è inserito e della propria immagine lavorativa, rispetto alla valutazione oggettiva delle caratteristiche intrinseche al lavoro ed alla persona stessa. Il modello ipotizza lo sviluppo di strain (inteso come manifestazione a breve termine di stress a livello fisiologico, psicologico e/o comportamentale), quando c'è discrepanza, ossia mancanza di adattamento, tra le richieste dell'ambiente lavorativo e le abilità della persona a rispondervi. Lo strain sarà più elevato se c'è prevalenza delle richieste sulle capacità o discrepanza tra le aspettative della persona e le risorse ambientali disponibili per soddisfarle. Le richieste ambientali includono il carico di lavoro e la complessità del lavoro. Le aspettative includono il guadagno, la partecipazione e coinvolgimento, e l'utilizzazione delle abilità. Nell'ambito del modello, quindi, "Person" fa riferimento alla relazione tra bisogni, aspettative e possibilità di soddisfarli; "Environment" alla capacità del lavoratore di far fronte alle richieste lavorative. La trasformazione del modello in un metodo di ricerca implica l'individuazione di dimensioni da misurare e di relazioni tra le dimensioni. Le dimensioni più importanti sono:

- caratteristiche dell'ambiente lavorativo: tipo di organizzazione, compiti o mansioni attribuite al singolo, regole e metodi di lavoro
- caratteristiche della risorsa: competenza e professionalità, attitudini
- valutazione soggettiva delle richieste oggettive dell'ambiente, influenzata da stati emozionali, motivazionali ecc.
- valutazione soggettiva delle doti personali: valutazione di abilità, competenza, valore personale, cioè autopercezione delle potenzialità (Baldasseroni et al., 2003).

Teorie Transazionali

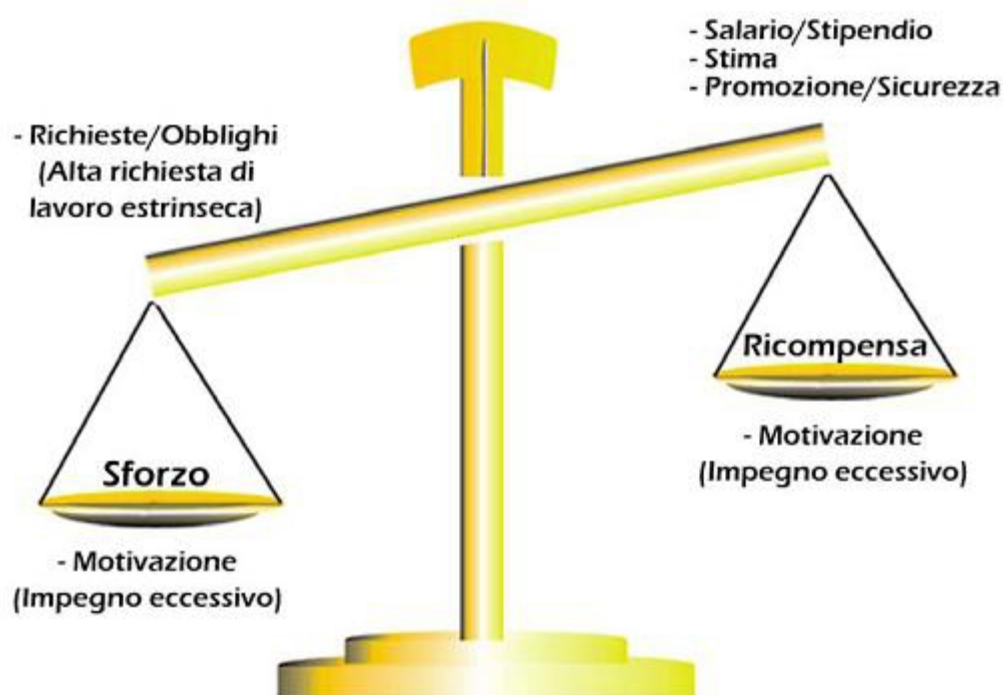
I modelli transazionali, come anticipato precedentemente, si occupano principalmente dei meccanismi psicologici alla base dell'interazione tra la persona e l'ambiente di riferimento. Tali meccanismi si riferiscono alla valutazione cognitiva ed alle strategie di fronteggiamento.

❖ Modello Squilibrio sforzo-ricompensa (Effort-Reward Imbalance)

Johannes Siegrist (1996) ha elaborato un modello alternativo di stress, basato sulla discrepanza tra l'impegno profuso nel lavoro e le ricompense, materiali e immateriali, che da esso si ottengono. In altre parole, in base a tale modello, lo stress sul lavoro è conseguenza dell'elevato sforzo realizzato in contrapposizione ad una ricompensa limitata. Si riconoscono due fonti di sforzo: una estrinseca, le richieste di lavoro, ed una intrinseca, la motivazione del singolo lavoratore in una situazione impegnativa. Esistono tre livelli di compenso importanti: le gratificazioni economiche, la ricompensa socio-emotiva ed il controllo della posizione (vale a dire le prospettive di carriera e l'insicurezza del lavoro). L'esperienza di stress cronico può essere conseguentemente definita come uno squilibrio tra gli elevati costi sostenuti e gli esigui guadagni ottenuti (**Fig. 2.5.**). Questo modello mostra e riconosce l'importanza delle percezioni di giustizia organizzativa. C'è un crescente riconoscimento che le percezioni degli addetti in merito a correttezza, equità e giusto trattamento sono importanti atteggiamenti del lavoro che possono influenzare una vasta gamma di risultati. Le meta-analisi hanno sostenuto il legame tra percezioni di giustizia organizzativa e risultati come soddisfazione sul lavoro, impegno organizzativo, valutazione dell'autorità, comportamenti di cittadinanza organizzativa, comportamenti contro produttivi sul lavoro, ritiro e prestazione (Cohen-Charash & Spector, 2001).

Fig. 2.5. Modello di Siegrist.

Squilibrio Forza - Ricompensa



Fonte: Siegrist (1986)

❖ Il modello di Kasl

Kasl (1991) propone un'interessante analisi dei diversi aspetti del lavoro collegati più alla pianificazione e organizzazione del lavoro piuttosto che ai fattori potenzialmente pericolosi per il soggetto come possono essere fumi, polveri, sostanze chimiche ecc. L'elenco offre un contributo all'analisi delle situazioni di lavoro che possono incidere sul benessere del lavoratore. Ogni fattore può rappresentare un potenziale danno o un rischio se il lavoratore non percepisce il ruolo che riveste nell'organizzazione sia per il contenuto espresso nel suo lavoro, sia nella relazione con i colleghi e supervisor, che nell'organizzazione in toto (**Tab.2.3**).

Tab.2.3. I fattori di stress lavorativo di Kasl.

Aspetti temporali della giornata di lavoro e dell'attività lavorativa:

- (a) lavoro a turni, in particolare turni a rotazione;

- (b) lavoro straordinario indesiderato o numero "eccessivo" di ore;
- (c) doppio lavoro;
- (d) ritmo di lavoro condizionato dal sistema di retribuzione;
- (e) ritmo di lavoro accelerato, soprattutto in presenza di richieste pressanti
- (f) tempo insufficiente per rispettare le scadenze di lavoro;
- (g) programmazione dei cicli di lavoro e di riposo;
- (h) variazioni della quantità di lavoro assegnata;
- (i) interruzioni.

Contenuto dell'attività lavorativa (indipendentemente dagli aspetti temporali):

- (a) lavoro frammentario, ripetitivo, monotono che prevede compiti e competenze poco variati;
- (b) autonomia, indipendenza, influsso, controllo;
- (c) utilizzo delle competenze disponibili;
- (d) opportunità di acquisire nuove competenze;
- (e) vigilanza mentale e concentrazione;
- (f) incertezza delle mansioni o delle richieste;
- (g) contraddittorietà delle mansioni o delle richieste;
- (h) risorse insufficienti in relazione all'impegno o alle responsabilità necessari per portare a termine il lavoro (per esempio: competenze, apparecchiature, struttura organizzativa).

Rapporti interpersonali nel gruppo di lavoro:

- (a) possibilità di interagire con i colleghi (durante il lavoro, nelle pause, dopo il lavoro);
- (b) dimensione e coesione del gruppo primario di lavoro;
- (c) riconoscimento per i risultati ottenuti nel lavoro;
- (d) sostegno sociale;
- (e) sostegno strumentale;
- (f) equa distribuzione del lavoro;

- (g) molestie.

Rapporti interpersonali con i supervisori:

- (a) partecipazione ai processi decisionali;
- (b) feedback e riconoscimento da parte dei supervisori;
- (c) possibilità di ricevere un feedback dalla supervisione;
- (d) grado di rigore della supervisione;
- (e) sostegno sociale;
- (f) sostegno strumentale;
- (g) incertezza o contraddittorietà delle richieste;
- (h) molestie.

Condizioni dell'organizzazione:

- (a) dimensione dell'organizzazione;
- (b) struttura (ad esempio: struttura 'orizzontale' con pochi livelli all'interno dell'organizzazione);
- (c) lavoro alla periferia dell'organizzazione;
- (d) prestigio relativo delle mansioni svolte;
- (e) struttura organizzativa non chiaramente definita (attribuzione delle responsabilità; presupposti organizzativi per conflitti di ruolo e ambiguità);
- (f) burocrazia organizzativa (amministrativa) e procedure incongrue (irrazionali);
- (g) politiche discriminatorie (per es. nelle decisioni sui licenziamenti o le promozioni)

❖ Il modello di Hurrell

Hurrell (1987) sottolinea l'influenza delle variabili personali e di quelle relazionali sia interne che esterne al posto di lavoro, nella percezione di stress lavorativo. Il modello stabilisce una correlazione tra i fattori stressogeni e le reazioni psicologiche, fisiologiche o comportamentali del soggetto che a sua volta dipendono dai tratti di personalità, dal contesto

familiare, economico e sociale del soggetto. Il legame tra rischio e malattia si stabilisce nella relazione più o meno anomala del soggetto di fronte alle richieste ambientali.

Fig.2.6. Modello di Hurrel.

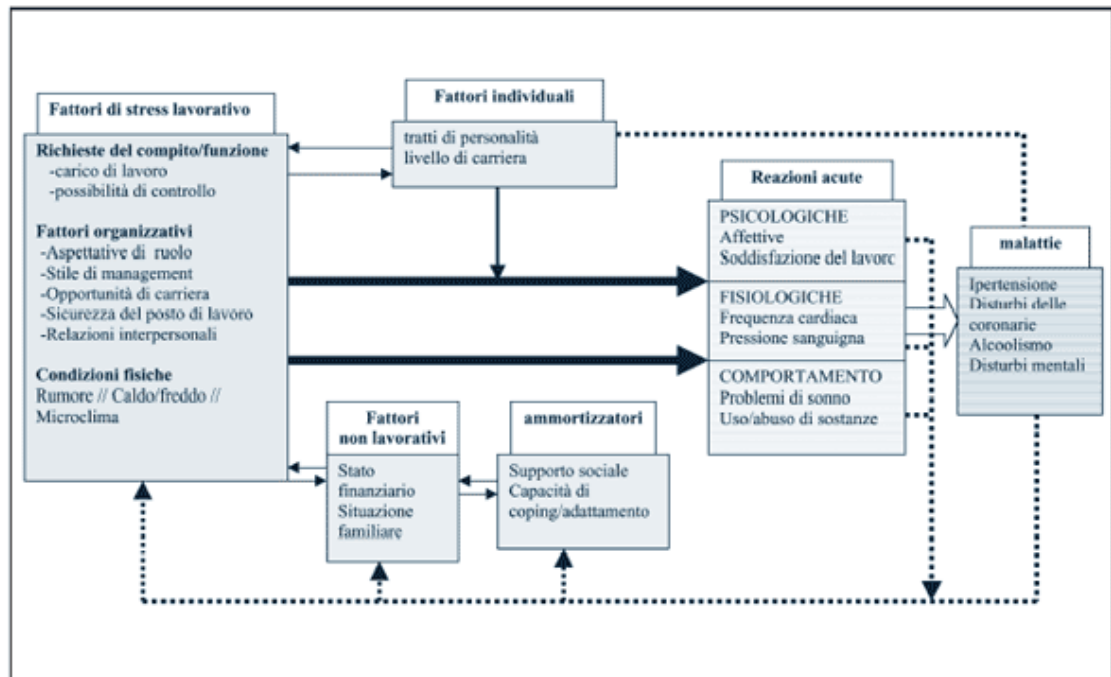


Figura 1 - Modello delle relazioni tra stress lavorativo e salute
Da Hurrel J.J., 1987 (mod.)

3-LA LEGISLAZIONE IN MATERIA DI STRESS LAVORO-CORRELATO

3.1. La normativa vigente

L'evoluzione normativa in tema di tutela del lavoratore negli ultimi anni si è saldamente consolidata ponendo le basi per una profonda trasformazione delle dinamiche organizzative in ambiente lavorativo (Tab. 3.1.).

Tab.3.1. La normativa vigente.

La tutela della salute sui luoghi di lavoro è disciplinata da diverse norme di seguito elencate:

Costituzione Italiana

Codice Civile

Decreto Legislativo 626/1994

Accordo quadro Europeo sullo stress lavoro-correlato 10/8/2004

Decreto Legislativo 81/2008

L'Art. 32 della **Costituzione Italiana** definisce la “salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” e la Repubblica, recita l'Art.2, “riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua professionalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”; anche quando l'iniziativa economica è privata essa “non può svolgersi (ex art.41) in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”.

A tutela di tali fondamentali diritti riconosciuti dalla nostra Costituzione il legislatore ha posto degli obblighi precisi al datore di lavoro (ex art. 2087 del **Codice Civile**) laddove si afferma che “l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo le particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro”, una norma “aperta” in quanto soggetta alla costante evoluzione legislativa e giurisprudenziale e che esige da parte del datore di lavoro l'adozione della massima sicurezza tecnicamente fattibile. In tale norma appare anche evidente l'impegno del legislatore per la tutela della personalità morale dei lavoratori, includendo ogni potenziale danno, e quindi anche quelli da rischio psicosociale, che possa derivare alla persona.

L'obiettivo di salvaguardia del diritto alla salute è, peraltro, richiamato con forza anche nell'art. 17 del **Decreto Legislativo 626/1994** laddove, tra gli altri, vengono definiti quali compiti del medico competente quello di collaborare con il datore di lavoro alla “predisposizione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori” e di effettuare le visite mediche richieste dal lavoratore qualora tale richiesta sia correlata ai rischi professionali. Nella stessa legge, tuttavia, vi è una sostanziale attenzione verso la responsabilizzazione di tutti i componenti dell'Azienda e, nello specifico, all'Art.5 viene sancito che il lavoratore deve prendersi cura della sicurezza “delle altre persone presenti sul posto di lavoro, sulle quali possono ricadere gli effetti delle sue azioni o omissioni” e segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi o dei dispositivi di sicurezza, nonché le eventuali condizioni di pericolo.

Intanto **l'8 ottobre 2004** è stato siglato **l'Accordo Europeo sullo stress lavoro-correlato** recepito in Italia il 9 giugno 2008 con un Accordo Interconfederale, il quale stabilisce che tra gli obblighi giuridici a carico del datore di lavoro rientra la “prevenzione, l'eliminazione o la riduzione dei problemi di stress lavoro-correlato”. In sintesi ecco alcuni principi enunciati nell'Accordo Europeo del 2004:

- Lo stress lavoro-correlato è fonte di preoccupazione sia per i datori di lavoro che per i lavoratori
- Lo stress può riguardare ogni luogo di lavoro ed ogni lavoratore
- Affrontare la questione dello stress lavoro-correlato può condurre ad una maggiore efficienza e ad un miglioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori

- L'individuo è in grado di sostenere una esposizione di breve durata alla tensione, ma ha maggiori difficoltà a sostenere una esposizione prolungata ad una pressione intensa
- Lo stress lavoro-correlato può essere causato da fattori diversi come la natura del lavoro, l'eventuale inadeguatezza della gestione dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro o carenze nella comunicazione
- Un alto tasso di assenteismo o una elevata rotazione del personale, frequenti conflitti interpersonali o lamentele da parte dei lavoratori sono alcuni dei segnali che possono denotare un problema di stress lavoro-correlato
- La prevenzione, l'eliminazione o la riduzione dei problemi di stress lavoro-correlato possono comportare l'adozione di varie misure. Queste misure possono essere collettive, individuali o di entrambi i tipi
- Una volta adottate, le misure anti-stress dovrebbero essere regolarmente riviste per valutare se sono efficaci.

L'altro tassello legislativo di fondamentale importanza, assieme all'Accordo Europeo sopra citato, è costituito dal **Decreto Legislativo del 9 aprile 2008 n. 81** in materia di tutela della salute e della sicurezza dei luoghi di lavoro (GU n.101 del 30.04.08-Supp.Ordinario n.108) ridefinito con D.Lgs. del 3 agosto 2009 n.106 (GU n.226 del 29.09.09-Supp. Ordinario 177); rispetto all'abrogato D.Lgs. 626 (1994) vi sono alcune innovazioni che rivoluzionano il tema della tutela e della sicurezza lavorativa. Oggetto di tutela è la "salute intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (ex Art.2, comma 1, lettera o). Tale definizione

segna un'importante svolta giuridica: per essere in regola il datore di lavoro deve garantire al lavoratore il completo benessere in ambito lavorativo, deve cioè perseguire il wellbeing di chi lavora, deve promuovere un clima organizzativo idoneo non solo a prevenire il disagio, ma anche a stimolare e favorire condizioni di ben-essere". Per tali motivi diventa particolarmente rilevante che l'oggetto della valutazione dei rischi (ex Art.28) deve riguardare "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004". La rilevanza della valutazione dello stress è giustamente esplicitata dal D.Lgs. 81/08. Il Legislatore sancisce anche i termini formali nei quali tale valutazione deve essere elaborata: la relazione, l'indicazione delle misure di prevenzione e protezione adottate, il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, l'individuazione delle procedure, l'indicazione dei nominativi delle persone deputate alla prevenzione. La valutazione dello stress lavoro-correlato deve essere effettuata seguendo le indicazioni di una specifica commissione ad hoc nominata (commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro) e il relativo obbligo decorre dall'elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, dal 10 agosto 2010. Sembra rilevante, inoltre, che i rischi da stress lavoro correlato siano oggetto di attività formativa. Una tale impostazione, diffusa nel contesto aziendale, tende ad evidenziare la natura preventiva offerta da una adeguata organizzazione del lavoro e dalle relazioni interpersonali che questa comporta, per ripercuotersi positivamente sull'integrità fisica e sulla personalità del lavoratore. L'obiettivo della normativa appare quindi innovativo e presuppone una modificazione culturale che va ad interessare ogni livello organizzativo. Rimangono confermati i principi già espressi

dalla 626/94 in merito all'obbligo da parte del lavoratore di “prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone” (Art.20) e del medico competente di collaborare con il datore di lavoro per la “predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori” (Art.25).

3.2.La valutazione dei rischi e la promozione del benessere organizzativo

Come abbiamo visto il Decreto Legislativo 81/2008 sancisce anche in termini formali le misure da adottare per valutare i fenomeni stress correlati. Innanzitutto ribadisce due concetti fondamentali: il primo è che la valutazione di tutti i rischi rappresenta il perno portante del meccanismo protezionistico, sul quale si reggono tutta una serie di conseguenti adempimenti, il secondo riconferma l'esigenza di una sicurezza “non episodica” ma, al contrario, programmata in tutti i suoi aspetti. Secondo questa normativa la valutazione dei rischi deve essere globalizzata, partecipata, sistematica, efficace, documentata, aggiornata ed indelegabile. La metodologia di valutazione si articola in due fasi: prima una necessaria diagnosi preliminare all'interno dell'unità produttiva, seconda una eventuale valutazione approfondita da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare abbia rilevato elementi di rischio e le misure di correzione adottate dal datore di lavoro a seguito della stessa, si siano rivelate inefficaci. Per quanto riguarda la prima fase devono essere utilizzati indicatori oggettivi e verificabili, di solito sotto forma di check list, che appartengano almeno a 3 famiglie che sono: eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro e fattori di contesto del lavoro. Nel caso sia necessaria una valutazione approfondita che preveda la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori, possono essere utilizzati alcuni strumenti come questionari, focus group e interviste semi-strutturate.

Da quanto detto risulta chiaro che primariamente è necessaria un'osservazione diretta con particolare attenzione all'analisi di alcuni indicatori importanti quali le richieste provenienti dall'ambiente (carico di lavoro, procedure ecc.), le possibilità di autonomia e controllo dei dipendenti (carichi di lavoro autogestiti o imposti con ritmi usuranti), il supporto attivo di colleghi e superiori, la disponibilità di risorse, la buona qualità dei rapporti interpersonali, la chiarezza dei ruoli.

In secondo luogo possono essere utilizzate le misure di percezione (interviste, questionari) che raccolgono informazioni affidabili, a condizione che si verifichi la chiarezza delle domande, si addestrino gli intervistatori, si predispongano gli strumenti di indagine tenendo presente il grado culturale e di istruzione degli intervistati, si preveda l'anonimato, si renda accettabile ed amichevole il tono dei quesiti posti, si enfatizzi la variabilità individuale con ampio spettro possibile di risposte. I questionari possono essere descrittivi su condizioni di salute, stili di vita, ambienti di lavoro oppure possono essere utilizzate scale di valutazione standardizzate (Job Content Questionnaire - JCQ - di Karasek oppure Effort Reward imbalance - ERI- questionarie) (**Tab.3.2.**).

Tab.3.2. Strumenti di valutazione del rischio.

Alcuni strumenti di valutazione del rischio psicosociale:

Occupational Stress Indicator (OSI) di Cooper
Job Content Questionnaire (JCQ) di Karasek
Effort-Reward Imbalance (ERI) di Siegrist
Job Satisfaction Scale (JSS) di Warr
Subjective Health Complaint Inventory (SHC)
Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)
Nottingham Health Profile (NHP)
General Health Questionnaire (GHQ) di Goldberg
Questionario ISPESL "Le Persone ed il Lavoro"

Test psicometrici sono infine finalizzati a misurare vari aspetti della personalità che poi vengono confrontati con la percezione e i disturbi accusati (es. MMPI). Misure di performance possono essere utilizzate per valutare gli effetti dello stress sullo stato di vigilanza (arousal) oppure possono essere utilizzate, in ambito clinico talune misure fisiologiche come la frequenza cardiaca, la misurazione della pressione arteriosa, il dosaggio delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina), il dosaggio del cortisolo. Possono essere utilizzati la pupillometria, l'elettromiografia (EMG), i potenziali evocati, l'EEG, i livelli di lipidi ematici, emoglobina glicosilata, le endorfine e la funzione insulinica.

Potranno, inoltre, costituire indicatori positivi e favorevoli per lo sviluppo di situazioni di benessere organizzativo condizioni ove si evidenzino:

- soddisfazione e gradimento per l'appartenenza all'organizzazione;
- voglia di impegnarsi per l'organizzazione;
- la sensazione di far parte di un team;
- la voglia di andare al lavoro;
- una sensazione di autorealizzazione;
- la convinzione di poter migliorare ancora e sempre di più
- un certo equilibrio tra lavoro e vita privata;
- l'attuazione di relazioni interpersonali positive;
- la condivisione di valori organizzativi;
- la credibilità e stima del management;
- una percezione del successo dell'organizzazione.

Al contrario, sono considerate come indicatori negativi che dovrebbero orientare verso una modifica organizzativa, altre condizioni del tipo di quelle sottoelencate:

- la presenza di risentimento larvato o diffuso verso l'organizzazione;
- situazioni di aggressività latenti e/o di nervosismo diffuse.
- la percezione da parte dei dipendenti di sentimenti di inutilità o irrilevanza;
- la percezione o sensazione di sentimenti di disconoscimento;
- le assenze specie se ripetute e diffuse, l'insofferenza, fenomeni di disinteresse al lavoro;
- le richieste di cambiare sede o mansioni;
- l'attuazione di procedure di aderenza formale alle regole ma con anaffettività lavorativa;
- la lentezza delle prestazioni;
- presenza di infortuni e disturbi con componenti psicosomatiche.

E' evidente, infine, che per perseguire un obiettivo così complesso come quello definito dal Decreto Legislativo 81/2008 il singolo datore di lavoro può ben poco; devono quindi essere chiamate in gioco varie professionalità, come ad esempio la psicologia generale, sociale e del lavoro (coping, stress, fatica, gestione risorse umane, apprendimento, studio delle organizzazioni), l'ingegneria e le scienze tecnologiche (ergonomia, sicurezza, progettazione), la medicina (clinica e valutazione dei fattori di nocività), la Chimica, Fisica, Biologia (Igiene del Lavoro) ed infine le nuove professionalità (Tecnici della Prevenzione).

3.3. La patologia psichica da stress lavorativo come malattia professionale

Per quanto riguarda il riconoscimento della malattia professionale alla patologia psichica da stress lavorativo l'INAIL ha emanato una circolare (n.71 del 17.12.2003) molto discussa riguardo alle modalità di trattazione delle pratiche di riconoscimento di malattia professionale in caso di disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro.

Un documento redatto dall'INAIL nel 2005 e qui di seguito citato, entra nel merito di questa circolare spiegandone i presupposti teorici.

❖ Le cause di danno psichico in ambiente lavorativo

Nell'ambito lavorativo vengono riconosciute due categorie di fattori in grado di determinare sofferenza psichica: il più facile da definire e unanimemente accettato nella letteratura scientifica è l'evento traumatico acuto. L'altra ampia categoria che, in ragione della sua intrinseca complessità, ancora cerca una precisa definizione, è lo stress cronico. Infine il tipo di condizione che rientra sotto il termine di mobbing, harassment, o molestia morale, viene assimilato ad un evento traumatico per il tipo di sofferenza che induce, ma più generalmente, in ragione del protrarsi nel tempo degli eventi traumatizzanti, viene considerato una forma particolare di stress cronico.

❖ Il trauma psichico

L'evento traumatico è definito dalla natura degli avvenimenti ma anche dalla componente soggettiva: il trauma psichico è tale perché supera la capacità della persona di comprendere ciò che accade e di mettere in atto strategie di adattamento cognitivo o comportamentale. "Il DPTS può essere così interpretato come espressione di una condizione di sovraccarico emozionale di informazioni troppo intense che superano le capacità di

processazione cognitiva del soggetto. L'elemento chiave che determina lo sviluppo di questa patologia è la percezione soggettiva di minaccia per la vita, l'impossibilità percepita a ricevere aiuto, l'esperienza di paura estrema. Questo contribuisce a spiegare perché soggetti diversi esposti alla stessa circostanza traumatica possono sviluppare o meno il disturbo" (Biondi, 1999). Viene cioè considerato traumatico ogni avvenimento che:

- a) coinvolga fortemente una persona con una intensa partecipazione emotiva
- b) sia tale, per la intensità, o per l'incongruenza con l'organizzazione mentale della vittima, da superare le capacità di elaborazione cognitiva della stessa.

Questa componente dell'evento "trauma" varia da persona a persona e una stessa persona può trovarsi in diversi momenti della sua vita in condizioni emotive che gli consentono una maggiore o minore capacità di "digerire", cioè elaborare, l'evento traumatico. L'individuo può, inoltre, ben adattarsi ad affrontare un'esposizione alla pressione a breve termine, cosa che può anche essere considerata positiva, ma ha una maggiore difficoltà a sostenere un'esposizione prolungata a una intensa pressione. Lo stress non è una malattia, ma un'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficienza nel lavoro e può causare malattie.

❖ **La costrittività organizzativa**

Nella varietà di azioni di mobbing possiamo inoltre individuare due ambiti ben distinti:

- a) le azioni intimidatorie, vessatorie, discriminative puramente interpersonali
- b) le azioni identificabili come "costrittività organizzativa".

Nel primo gruppo consideriamo azioni che riguardano comportamenti

personali e relazioni interpersonali come diffamare, trattare in modo sprezzante, assumere toni e comportamenti minacciosi o ricattatori, negare aspetti ordinari della relazione interpersonale (come non salutare, o negare il colloquio, negare o rendere difficile l'ordinaria collaborazione all'interno di un gruppo di lavoro ecc.). Questo tipo di azioni può determinare sofferenza emotiva nella vittima anche se non accompagnato da atti formali o sostanziali che influiscono direttamente sulla posizione lavorativa. Molto spesso questi atti creano tensione facendo sentire l'incombente e la concreta possibilità di atti concreti, creando così un clima di sospensione e di pericolo. Nel secondo gruppo comprendiamo invece tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto. Esempi di questo tipo di azioni sono (come da circolare INAIL n. 71/2003):

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro

- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

In generale si può dire che le azioni del primo tipo rientrano nella sfera della responsabilità individuale del persecutore e la causa della sofferenza non riguarderebbe in senso stretto l'attività lavorativa se non per la coincidenza di tempi e di luoghi. Le azioni rientranti nella categoria della costrittività organizzativa, invece, coinvolgono direttamente e in modo esplicito l'organizzazione del lavoro, la posizione lavorativa, assumendo pertanto un diverso rilievo dal punto di vista del riconoscimento della natura professionale del danno conseguente. Nelle condizioni di pressione psicologica o di molestia morale, molto spesso sono concomitanti azioni appartenenti a tutte e due le categorie. Sono tuttavia presenti anche casi "puri": quelli cioè in cui vengono agite solo particolari dinamiche interpersonali e quelli in cui si riscontrano solo provvedimenti del tipo costrittività organizzativa. Dal punto di vista dell'efficacia nella produzione del danno è importante prendere in considerazione un altro aspetto che può essere considerato trasversale rispetto a quello appena trattato. Tutte le azioni trattate in precedenza possono essere riscontrate come componenti espresse di una situazione conflittuale. La qualità della relazione interpersonale o alcuni provvedimenti che hanno effetti sulla posizione lavorativa possono essere impiegati dagli attori di un conflitto nel contrasto con l'altro. Il danno prodotto in questi casi è in genere commisurato alla durata dell'evento e all'effetto concreto e materiale delle azioni sul polo più debole del conflitto. In alcuni casi di conflitto l'uso strategico e sistematico di queste azioni è finalizzato alla distruzione psicologica della vittima. Il modo in cui vengono messe in atto le azioni persecutorie (talvolta definite in modo non appropriato "attacchi") conferisce ad esse un valore e un peso nella relazione interpersonale tra

persecutore e vittima che comporta spesso un danno psichico molto più grave e che talvolta non appare commisurato agli effetti evidenti sulla condizione lavorativa della vittima. Questi sono i casi di vessazione che più appropriatamente rientrano nella definizione di mobbing generalmente accettata nella letteratura specializzata. La distinzione non sempre è facile e richiede una certissima e competente valutazione della valenza relazionale delle azioni attraverso l'analisi dei vissuti della vittima e la ricostruzione della strategia del persecutore. Nella realtà le condizioni differenziate nelle tre definizioni di stress, mobbing e costrittività organizzativa si presentano spesso miste e sovrapposte, in un continuum che vede ai suoi estremi lo stress organizzativo e il mobbing: possiamo dunque affermare che **lo stress organizzativo, lo stress da costrittività organizzativa, e il mobbing sono tre dimensioni presenti in proporzioni diverse in tutte le condizioni di stress di natura psicosociale.**

❖ **Meccanismo di produzione del danno**

Gli autori di questo documento INAIL hanno elaborato un modello di interpretazione dell'esperienza soggettiva dello stress sulla base dei risultati ottenuti da un'indagine sullo stress organizzativo tra gli operatori delle aziende di credito in Campania, che dà ragione dell'interazione tra le motivazioni personali e i fattori organizzativi nella genesi del senso di inadeguatezza considerato alla base dell'esperienza di stress (**Fig.3.1**). Questo tipo di interpretazione e di modello è estendibile alla comprensione dell'esperienza psichica alla base delle condizioni di costrittività organizzativa e di mobbing.

Fig. 3.1. Modello di Pappone, Natullo e Del Castello.

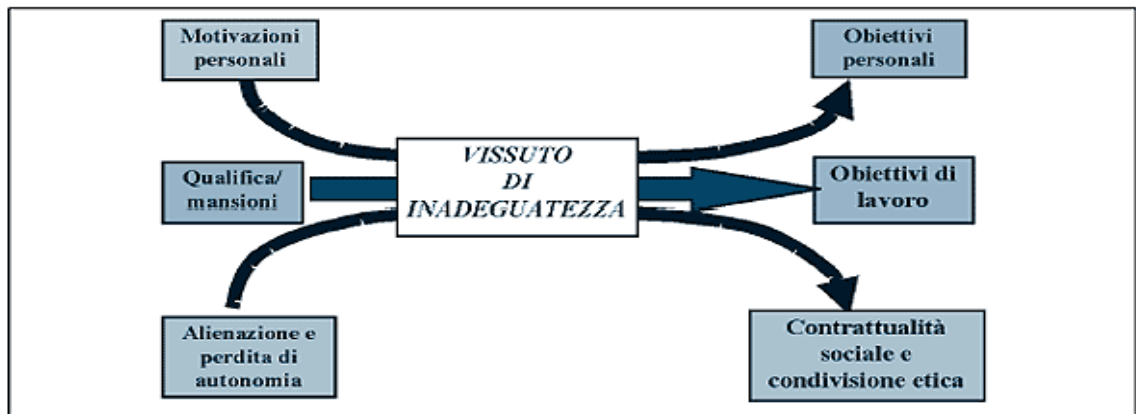


Figura 3 - Componenti soggettive dell'esperienza di Stress (Pappone, Natullo, Del Castello, 2003)

Il vissuto fondamentale delle condizioni di stress organizzativo è dunque il senso di inadeguatezza che può essere sinteticamente rappresentato nelle seguenti espressioni: “non sono in grado di:

- raggiungere il mio obiettivo
- reggere questo ritmo
- sopportare questo tipo di relazioni interpersonali
- di conciliare il lavoro con la vita personale, ecc...”.

Il senso di frustrazione indotto dal vissuto di incapacità e l'impossibilità della fuga da una condizione frustrante generano una condizione di stress che si manifesta inizialmente con sintomi d'ansia, successivamente con lo sviluppo di una condizione depressiva. Il vissuto prevalente nelle condizioni di costrittività organizzativa è quello di essere costretto in condizioni che non corrispondono al regolare svolgimento della funzione lavorativa. È presente un elemento di non comprensibilità della situazione, spesso generata da intenti discriminatori o persecutori (è parte in tal caso di una condizione di mobbing). Nel mobbing, il vissuto fondamentale è quello di “scompare”, “non esistere più” in quanto soggetto in una relazione significativa (con il datore di lavoro, con il gruppo di lavoro): questo è l'effetto intenzionale delle distorsioni della relazione messe in atto dal/dai

mobber/s. A questo vissuto corrisponde la sensazione di essere in pericolo grave, come in pericolo di vita. Il terzo elemento significativo nella genesi del danno è l'incomprensibilità o inaccettabilità (nel contesto delle convinzioni e dell'immagine di sé del soggetto che subisce) di quello che accade: il soggetto non riesce a farsi una rappresentazione omogenea e coerente di sé stesso, con i suoi valori e la sua storia, all'interno della relazione disturbata. Come è schematizzato nella tabella seguente (**Tab.3.3.**) la relazione e la comunicazione sono qualitativamente differenti nel mobbing e nelle situazioni conflittuali.

Tab.3.3. Differenze tra mobbing e conflitto.

Oggetto del contrasto	Mobbing	Conflitto
	La relazione	Un fatto
Modalità	Manipolativa Oltre le regole	Esplicita Secondo le regole
Finalità	Eliminare o soggiogare l'altro	Ottenere qualcosa
Danno per lo sconfitto	Disturbo Post Traumatico da Stress	Frustrazione

È questa sostanziale differenza che rende le situazioni di mobbing capaci di indurre vissuti profondamente destrutturanti e destabilizzanti. Le vie psicopatologiche degli stressors psicosociali sono, pertanto, così riassumibili:

Stress organizzativo: produce un senso di inadeguatezza personale la cui intensità è in relazione a fattori propri dell'organizzazione del lavoro interagenti con aspetti personali (individuali o collettivi). Il protrarsi del vissuto di inadeguatezza genera sintomi di reazione adattativa con correlati somatici e comportamentali che sviluppano nel tempo una condizione cronica di esaurimento delle capacità di adattamento con sviluppo di depressione e di patologia organica correlata.

Costrittività organizzativa: raramente presente come condizione isolata, più spesso è una condizione determinata nell'ambito di una strategia di

mobbing. Da sola è assimilabile allo stress cronico. Dal punto di vista soggettivo si differenzia per la difficoltà di trovare strategie di adattamento cognitivo rispetto ad una situazione che si presenta come non razionale o non giusta. Ne deriva in genere un disturbo dell'adattamento.

Mobbing: l'esperienza del mobbing è assimilabile ad un profondo trauma emotivo. Il sovvertimento delle regole implicite e/o esplicite su cui si fonda la relazione lavorativa, la distorsione della comunicazione, la frustrazione di ogni tentativo ragionevole di sviluppare il conflitto producono nella vittima un vissuto di grave pericolo e l'incapacità di processare cognitivamente l'evento. Il risultato patologico è in genere il Disturbo Post-Traumatico da Stress.

❖ **Patologie psichiche indotte da stress lavorativo**

Sulla base di queste considerazioni vengono quindi individuate da questo documento le seguenti patologie psichiche indotte da stress lavorativo:

Disturbi dell'adattamento

Nella più recente classificazione delle malattie psichiatriche il termine "Disturbo dell'adattamento" indica una intera classe di problemi psichici che insorgono come conseguenza di eventi o situazioni di vita.

Secondo la definizione che ne dà il DSM IV: "La caratteristica fondamentale di un Disturbo dell'Adattamento è una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi. I sintomi devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti". La sofferenza emotiva indotta da situazioni stressanti o eventi di vita sfavorevoli viene valutata secondo la durata e la gravità dei sintomi in relazione all'evento stressante. Per convenzione si adotta la diagnosi ogni volta che si verifica **una significativa compromissione funzionale**

nella vita lavorativa e/o di relazione. Le manifestazioni prevalenti appartengono all'area dei disturbi d'ansia (instabilità emotiva, stati di allerta, incapacità di rilassarsi, sonno disturbato, ansia somatizzata) o all'area dei disturbi depressivi. È fondamentale per questa diagnosi una comprensibile relazione con l'evento stressante.

Reazione acuta da stress

La reazione acuta da stress (ovvero “Disturbo acuto da stress”) è una reazione emotiva acuta che insorge molto presto dopo il verificarsi di un evento fortemente traumatico. Il tipo di evento che può causarla è dello stesso tipo di quelli che causano il disturbo post-traumatico da stress. La sindrome può presentarsi in forma grave, ma in genere regredisce nel giro di pochi giorni (secondo i criteri del DSM IV il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico). I sintomi con cui si presenta sono marcate manifestazioni d'ansia, depressione, disperazione, accessi d'ira, condizione di isolamento (la persona non comunica, sembra non percepire appieno l'ambiente circostante). Alcuni mesi dopo una reazione acuta da stress si può manifestare un disturbo post-traumatico da stress.

Disturbo (o “sindrome”) post-traumatico da stress

Il DPTS viene considerato “una risposta ritardata e protratta ad un evento stressante o a situazioni (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone” (ICD-10). Tra le sindromi psichiche conseguenti ad eventi è quella che comporta in genere una maggiore gravità ed una prognosi peggiore. Essa insorge dopo un periodo di latenza che può essere talvolta superiore ai sei mesi. Il quadro clinico, quando si presenta in forma meno grave, viene in genere assimilato ad una condizione ansioso-depressiva (tale è in genere la prima diagnosi che viene formulata per queste persone).

Spesso però, accanto a sintomi generici (depressione, manifestazioni acute d'ansia, insonnia, difficoltà di concentrazione) si presentano degli aspetti clinici peculiari che, insieme al dato anamnestico, permettono di porre diagnosi accurate. Uno dei comportamenti più frequentemente presenti e più evidente è la monotematica fissazione del pensiero sugli eventi traumatici. Le persone che soffrono di questa sindrome sono costantemente ossessionate dai ricordi dell'evento traumatico che si ripresenta in forma di immagini, di ricordi, spesso nei sogni; questa condizione si riflette nei loro discorsi che diventando nel tempo noiosamente ripetitivi. Spesso è inoltre presente una reazione emotiva intensa innescata da luoghi o fatti che hanno qualche relazione con l'evento traumatico. È spesso presente una vistosa componente somatica correlata allo stato emotivo: accessi di calore, sudorazione, tensione muscolare, tremore, puntate ipertensive, reazioni coliche o gastrointestinali in generale. La reazione emotiva si può presentare sotto forma di vere e proprie manifestazioni fobiche con connessi comportamenti evitanti. Tra le cause considerate valide a scatenare questa sindrome sono ammessi tutti gli eventi traumatici precedentemente citati. Viene inoltre ammesso, sulla base del riscontro clinico, che la sindrome può essere la conseguenza di condizioni protratte particolarmente dolorose dal punto di vista emotivo (tortura, prigionia, isolamento, ecc): in questo genere di causa vengono incluse le condizioni di mobbing particolarmente gravi.

❖ **Diagnosi differenziale**

Le patologie trattate finora sono i quadri clinici che possiamo osservare in conseguenza di eventi lavorativi che hanno costituito un elemento traumatico dal punto di vista psichico. Ogni volta che valutiamo una persona vanno però considerati gli altri disturbi psichiatrici che possono essere confusi con queste sindromi e che comportano di necessità un'attenzione differenziale. Va sottolineato a questo punto che la presenza

di un disturbo psichico pre-esistente al trauma non è in contraddizione con la formulazione di una diagnosi “correlata ad eventi lavorativi”: i due disturbi possono coesistere; talvolta si rinforzano a vicenda; talvolta la causa del disturbo viene ingiustamente attribuita alle circostanze esterne. Daremo qui solo alcuni cenni delle principali patologie che vanno prese in considerazione in sede di esame INAIL.

Depressione endogena

Con il termine “depressione” si può indicare una malattia (disturbo) che presenta una sua evoluzione temporale che appare non direttamente connessa ad eventi esterni, oppure un quadro clinico (cioè un insieme di sintomi) che possono essere espressione di una profonda sofferenza individuale più o meno direttamente dipendente dalla condizione di vita attuale o del recente passato della persona. Tra i due quadri non è facile distinguere senza un esame approfondito, e la connessione con eventi esterni può essere variamente interpretata da diversi clinici. In sede di valutazione INAIL vanno considerati in termini differenziali soprattutto la depressione unipolare ricorrente o gli episodi depressivi che compaiono nel corso di un disturbo bipolare dell’umore (malattia maniaco-depressiva). Il dato anamnestico è molto importante per la valutazione: in questi casi la persona è andata incontro negli anni precedenti ad almeno un altro episodio depressivo di un certa gravità, o, in un minor numero di casi, ad episodi maniacali. Altro elemento importante nell’individuazione di depressioni non conseguenti ad eventi è la familiarità del disturbo, la presenza cioè di disturbi dell’umore tra i consanguinei e gli ascendenti.

Disturbi d’ansia in generale

Il Disturbo d'ansia generalizzata è il disturbo delle persone intrinsecamente ansiose, apprensive per tutto ciò che è incerto o indefinito. Ovviamente quest'ansia può essere riferita anche a situazioni lavorative e comportare distorsioni nella valutazione del senso reale delle relazioni interpersonali. Spesso le persone ansiose riescono a contenere i sintomi adottando particolari forme di controllo dell'ambiente circostante che possono diventare fonte di turbamento nelle relazioni, qualche volta causa di dileggio o discriminazione. Le fobie, l'ipocondria, il disturbo da attacchi di panico e le forme meno gravi di disturbo ossessivo compulsivo rientrano in questa categoria.

Disturbo di personalità paranoide

I disturbi di personalità costituiscono una gamma di manifestazioni patologiche della sfera psichica dai confini sfumati: si pone questa diagnosi quando una persona presenta dei tratti stabili di personalità con caratteristiche "anomale" che in genere hanno riflessi concreti nella vita di relazione e lavorativa. Qui prendiamo in considerazione solo la varietà *paranoide*, per l'importanza che riveste soprattutto nella valutazione delle vittime del mobbing. Le persone che presentano un disturbo paranoide sono frequentemente caratterizzate da un elevato livello di sospettosità, il più delle volte generalizzato; non si fidano di nessuno, propendono per una interpretazione malevole degli atteggiamenti e dei comportamenti degli altri, sono propense ad intravedere attacchi al proprio ruolo e alla propria dignità anche in comportamenti non gravi. I casi marcati si presentano nell'insieme con un elevato indice di irrazionalità e indefinizione dei fatti; nei casi lievi e sfumati non è facile distinguere l'esagerazione personale dalla realtà. È da considerare che H. Leymann ha rilevato che in alcuni casi le vittime del mobbing possono sviluppare, in conseguenza degli attacchi vessatori, una condizione paragonabile al disturbo di personalità paranoide. E ancora è importante aver presente che della strategia del mobbing fa

parte la negazione della natura persecutoria degli avvenimenti e la riconduzione di questo alla paranoia della vittima.

4-UNO STUDIO NATURALISTICO NELLA REALTA'

MODENESE

4.1.Razionale dello studio

La decisione di condurre uno studio sullo stress lavoro-correlato è nata dalle evidenze scientifiche esposte nei capitoli precedenti e dall'osservazione personale di una discreta quantità di nuovi utenti che avevano accesso al Centro di Salute Mentale Modena Ovest, dove ho svolto il tirocinio formativo per il quarto ed ultimo anno della scuola di specializzazione in psichiatria, manifestando diversi gradi di disagio fino ad una vera e propria sofferenza psichica che loro correlavano a diverse vicissitudini occorse in ambito lavorativo.

La sintomatologia presentata da questi pazienti è quantomeno molto eterogenea spaziando da episodi di ansia acuta a vere e proprie sindromi depressive spesso ricorrenti e tendenti alla cronicizzazione se non precocemente ed adeguatamente trattate.

Ho deciso quindi di svolgere questo studio naturalistico in modo da poter descrivere e definire più nello specifico questa piccola popolazione di utenti che si rivolge al Centro di Salute Mentale e che, a mio avviso, possiede delle caratteristiche un po' diverse dall'utenza media del Servizio, ma che allo stesso tempo necessita di una attenta valutazione clinica e diagnostica e di una impostazione di una precoce e corretta terapia farmacologica oltre che di sostegno psicologico e di un attento monitoraggio nel breve periodo.

4.2.Materiali e metodi

4.2.1.Costituzione del campione

Il campione è stato selezionato chiedendo ai Medici Psichiatri che operano all'interno dei 3 Centri di Salute Mentale di Modena Centro (Modena

Ovest, Modena Est e Castelfranco Emilia) di fornire dei nominativi di pazienti dimessi recentemente od ancora in carico che avevano avuto accesso al Centro di Salute Mentale per una sintomatologia legata a stress lavorativo.

I Medici specialisti hanno risposto alla richiesta segnalando 45 pazienti (26 Modena Ovest, 8 Modena Est e 11 Castelfranco Emilia).

14 pazienti non sono stati ritenuti idonei perché (**tab.4.1.**):

-8 avevano avuto accesso al CSM per altre patologie psichiatriche non correlate allo stress lavorativo o le avevano manifestate in corso di cura.

-3 pazienti erano stranieri in Italia da poco tempo e quindi non potevano venire sottoposti alla versione del test MMPI da me usato perché tarato per soggetti italiani

-2 manifestavano una patologia estremamente lieve per cui è stata effettuata solo una consulenza e non sono stati presi in carico

-1 paziente era stato dimesso da molto tempo

Tab. 4.1. Criteri di inclusione ed esclusione dello studio.

Criteri di inclusione
Pazienti attualmente in carico al CSM o da poco dimessi
Accesso al CSM per patologie da stress lavorativo

Criteri di esclusione
Comorbidità con altre patologie psichiatriche
Pazienti stranieri con scarsa conoscenza della lingua italiana

Sono stati quindi selezionati in totale 31 pazienti arruolabili.

Dopo aver ricevuto il consenso verbale dello Psichiatra di riferimento, il quale in molti casi aveva già preannunciato al paziente una mia chiamata, ho proceduto a contattare telefonicamente gli utenti spiegando loro le finalità dello studio ed invitandoli al Centro di Salute Mentale per un appuntamento.

2 persone non hanno risposto al telefono mentre dei restanti 29 pazienti 26 hanno accettato di sottoporsi ai test mentre solamente 3 hanno risposto negativamente.

Dei 26 che hanno accettato 23 si sono presentati, 2 non si sono presentati senza avvertire mentre un altro si è detto disponibile a partecipare ma impossibilitato a raggiungere il Centro di Salute Mentale.

A questa prima fase, durante la quale ho raccolto dati dalle cartelle cliniche e direttamente dagli Psichiatri di riferimento e fissato telefonicamente gli appuntamenti con i pazienti, ha fatto seguito una seconda fase in cui ho personalmente incontrato i pazienti reclutati presso il CSM Modena Ovest o quello di Castelfranco. Mediamente l'incontro è durato circa un'ora durante la quale ha acquisito un consenso scritto alla conduzione dello studio, ho condotto un colloquio clinico e raccolto una anamnesi lavorativa lasciando raccontare liberamente ai pazienti le loro problematiche nell'ambiente lavorativo ed i loro vissuti.

Al termine del colloquio ho somministrato ai pazienti il questionario ISPESL "Le persone ed il lavoro" e ho consegnato loro altri 3 test (CISS, MMPI-2, SCL-90) da compilare a casa e riportare dando loro adeguate informazioni per una corretta compilazione.

In totale le persone che si sono sottoposte ai test sono state 23.

Di queste solamente 1 persona pur essendo stata ricontattata non ha riconsegnato i test compilati a casa mentre un'altra ha riconsegnato solamente una parte dei test.

4.2.2.I test utilizzati

❖ Il questionario ISPESL “ Le persone ed il lavoro”

Messo a punto dal Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro dell'ISPESL in collaborazione con il Centro per il Disadattamento Lavorativo della Clinica del Lavoro “Devoto” di Milano, è composto da 35 domande ed indaga diversi ambiti che vanno dalle caratteristiche dell'azienda e del lavoratore, al rapporto con colleghi e superiori fino alle opinioni soggettive degli intervistati riguardo all'ambiente lavorativo come si può vedere nel questionario stesso riportato per intero qui di seguito.

E' l'unico test tra quelli che ho scelto ad essere eterosomministrato; ho eseguito personalmente tutte le somministrazioni di questo test impiegando circa 15-20 minuti alla fine dei colloqui clinici.



ISTITUTO SUPERIORE PER LA PREVENZIONE
E LA SICUREZZA DEL LAVORO

Dipartimento Medicina del Lavoro: Direttore dr. Silvana Palmi

Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro
Gruppo di Studio e Ricerca sul Mobbing

Le persone ed il lavoro

Questionario

Istruzioni:

Il presente questionario ha lo scopo di rilevare alcuni fattori di rischio organizzativi. La sua compilazione è molto facile: basta mettere una crocetta nel quadratino accanto alla risposta che si intende dare, facendo attenzione alle indicazioni riportate in alcune domande per le quali sono previste più risposte.

Il questionario è anonimo.

Regione di appartenenza _____

Data di rilevazione _____

Intervistatore:

- | | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Medico |
| <input type="checkbox"/> | Psicologo |
| <input type="checkbox"/> | RLS |
| <input type="checkbox"/> | RSPP |
| <input type="checkbox"/> | RSU |

1. Sesso

- (1) M
(2) F

2. Et  _____ **anni**

3. Titolo di studio

- (1) Licenza elementare
(2) Media inferiore
(3) Media superiore
(4) Universit 
(5) Specializzazione post universitaria

4. Stato civile

- (1) Celibe/nubile
(2) Coniugato/convivente
(3) Separato/divorziato
(4) Vedovo

5. Figli

- (1) S 
(2) No

6. Natura giuridica dell'impresa in cui lavora

- (1) Pubblica
(2) Privata

7. Settore produttivo

- (1) Agricoltura
(2) Industria
(3) Servizi

7.1 Se si tratta di servizi, specificare:

- (1) Sanit 
(2) Scuola
(3) Universit 
(4) Banche
(5) Amministrazioni pubbliche diverse
(6) Altro (specificare _____)

8. Dimensione dell'impresa

- (1) Fino a 10 addetti
(2) Da 11 a 50 addetti
(3) Da 51 a 100 addetti
(4) Oltre 100 addetti

9. Anzianit  di servizio nell'impresa _____ **anni**

10. Qualifica

- (1) Operaio
- (2) Impiegato
- (3) Quadro/funziionario
- (4) Dirigente

11. Anzianità nella attuale qualifica _____ anni

12. Il lavoro che svolge (mansione) ...

- (1) Corrisponde alla sua attuale qualifica
- (2) E' superiore alla sua qualifica
- (3) E' inferiore alla sua attuale qualifica
- (4) Al momento non svolge alcuna mansione

13. Il lavoro che svolge comporta...

- (1) Un adeguato carico di lavoro
- (2) Un eccessivo carico di lavoro
- (3) Un sotto carico di lavoro

14. In generale, è a conoscenza della strategia e dei programmi a medio termine della Sua impresa?

- (1) Sì
- (2) No

15. Negli ultimi tempi l'impresa in cui opera ha subito qualche cambiamento (ristrutturazione, privatizzazione, cambiamento del management, ecc.)?

- (1) Sì
- (2) No

16. Negli ultimi tempi ci sono state nuove assunzioni nella Sua impresa ?

- (1) Sì
- (2) No

16.1 Se sì, si è trattato prevalentemente di...

- (1) Contratti di formazione lavoro
- (2) Contratti a tempo determinato
- (3) Contratti part-time
- (4) Contratti a tempo indeterminato
- (5) Altro (specificare _____)

17. Negli ultimi tempi il Suo lavoro Le ha comportato qualche cambiamento...

- (1) Trasferimento di città
- (2) Cambiamento di sede operativa
- (3) Cambiamento di reparto
- (4) Cambiamento di mansione
- (5) Cambiamento di supervisore
- (6) Nessun cambiamento

17.1 Se sì, specificare quante volte n. _____

18. Per quanto riguarda il Suo attuale lavoro, intravede nei prossimi due anni una situazione di instabilità e/o di rischio occupazionale?

- (1) Sì
(2) No

19. Come definirebbe i rapporti personali con i Suoi diretti superiori?

- (1) Collaborativi
(2) Buoni
(3) Essenziali
(4) Conflittuali
(5) Non ho rapporti

20. Come definirebbe i rapporti personali con i Suoi colleghi?

- (1) Collaborativi
(2) Buoni
(3) Essenziali
(4) Conflittuali
(5) Non ho rapporti

21. Come definirebbe i rapporti personali con i Suoi collaboratori?

- (1) Collaborativi
(2) Buoni
(3) Essenziali
(4) Conflittuali
(5) Non ho collaboratori

22. Ritiene adeguato il sistema di comunicazione in uso nella Sua impresa (scambio delle informazioni, indicazioni operative, passaggio di consegne, ecc.)?

- (1) Sì
(2) No

23. Nella Sua impresa ha mai subito molestie (sono possibili più risposte)...

- (1) Fisiche
(2) Sessuali
(3) Psicologiche
(4) Non ha mai subito molestie

23.1 Se ha subito molestie, da parte di chi?

- (1) Colleghi
(2) Superiori
(3) Collaboratori

24. Ha motivo di ritenere che nella Sua impresa altri colleghi abbiano subito molestie (sono possibili più risposte)...

- (1) Fisiche
(2) Sessuali
(3) Psicologiche
(4) Non ne sono a conoscenza

25. Dal punto di vista della sicurezza come definirebbe la Sua impresa?

- (1) Sicura
(2) Abbastanza sicura
(3) Poco sicura
(4) Per niente sicura

26. Ritiene che i Suoi diretti superiori abbiano adeguate competenze per lo svolgimento del loro lavoro relativamente alla gestione delle risorse umane?

- (1) Sì
(2) No

27. Ritiene di essere messo nelle condizioni più adeguate per svolgere al meglio il Suo lavoro (accesso alle informazioni, formazione, attrezzature, ecc.)?

- (1) Sì
(2) No

28. Ritiene che le Sue competenze professionali siano adeguatamente utilizzate dai Suoi diretti superiori?

- (1) Sì
(2) No

29. Ritiene che i risultati conseguiti Le vengano adeguatamente riconosciuti dai Suoi diretti superiori?

- (1) Sì
(2) No

30. Ritiene il lavoro che attualmente svolge Le consenta di crescere professionalmente?

- (1) Sì
(2) No

31. Si sente utile nel Suo lavoro?

- (1) Sì
(2) No

32. Nel Suo lavoro ritiene di essere maggiormente apprezzato (al massimo due risposte)...

- (1) Dai superiori
(2) Dai collaboratori
(3) Dai colleghi
(4) Non si sente affatto apprezzato
(5) Non so

33. Rispetto al Suo lavoro si definirebbe una persona (al massimo due risposte)...

- (1) Collaborativa
(2) Affidabile
(3) Cordiale/amichevole
(4) Poco conformista
(5) Onesta
(6) Competitiva
(7) Preparata
(8) Conflittuale
(9) Scomoda
(10) Creativa

34. Negli ultimi tempi come definirebbe il Suo stato di salute...

- (1) Eccellente
(2) Buono
(3) Mediocre
(4) Pessimo

35. Negli ultimi tempi come definirebbe il tono del Suo umore...

- | | | |
|-----|--------------------------|--------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Euforico |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Contento |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Sereno |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Indifferente |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Avvilito |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Depresso |

lo spazio sottostante è a Sua disposizione per osservazioni, suggerimenti e commenti.
Grazie per la collaborazione.

a cura di: **Rosina Bentivenga ***, **Maria Grazia Cassitto ****, **Patrizia Deitinger ***,
Emanuela Fattorini*, **Lucia Macciocu***

* Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro, ISPESL – Roma

Tel. 06/442801

** Centro per il Disadattamento Lavorativo – Clinica del Lavoro di Milano

Tel. 02/57992644

❖ **Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)**

Il MMPI-2 è un test ad ampio spettro per valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo.

Si compone di 567 item a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso"), consta di sei *scales di validità*, dieci *di base*, dodici *supplementari* e quindici *di contenuto*.

Le **Scale di validità** servono ad accertare con quale accuratezza e sincerità il soggetto ha compilato il questionario. La scala **L** misura la tendenza a fornire un'immagine di sé socialmente accettabile; la **F** è un indice della validità del test; la **K** evidenzia l'atteggiamento difensivo verso le indagini psicologiche; la **Fb** permette di valutare il mantenimento d'attenzione durante la somministrazione; la **VRIN** e la **TRIN** la tendenza a rispondere vero o falso alle domande per dare un'immagine non credibile di sé.

Le **Scale di base** vanno a sondare le dimensioni più significative della personalità. La scala **Hs** (*Ipocondria*) riguarda problemi fisici caratteristici dei nevrotici ipocondriaci; la **D** (*Depressione*) varie forme sintomatiche di depressione; la **Hy** (*Isteria*) problemi somatici e paure, tipici di soggetti affetti da isteria di conversione; la **Pd** (*Deviazioni psicopatiche*) riguarda personalità psicopatiche, sociopatiche, caratterizzate da carenza di controllo sulle risposte emotive; la **Mf** (*Mascolinità-femminilità*) l'insieme degli interessi maschili o femminili; la **Pa** (*Paranoide*) i sintomi paranoici (ideazioni deliranti, fragilità psicologica e manie di grandezza); la **Pt** (*Psicoastenìa*) le fobie e i comportamenti ossessivo-compulsivi; la **Sc** (*Schizofrenia*) le esperienze insolite e le sensibilità particolari tipiche degli schizofrenici; la **Ma** (*Mania*) gli stati maniacali di moderata entità (idee di

grandezza, alto livello di attività); la **Si** (*Introversione sociale*) le difficoltà sperimentate in situazioni sociali.

Le **Scale supplementari** approfondiscono la trattazione dei problemi clinici e dei vari disturbi. La scala **A** (*Ansia*) valuta il livello di stress, disagio o stato emotivo turbato; la **R** (*Repressione*) il livello di convenzionalità, sottomissione e tendenza ad evitare situazioni spiacevoli; la **Es** (*Forza dell'Io*) la capacità di trarre profitto dalla psicoterapia; la **MAC-R** (*Scala MacAndrew dell'alcolismo corretta*) la presenza di problemi di tossicodipendenza o alcolismo; la **O-H** (*Ostilità ipercontrollata*) la capacità di tollerare la frustrazione; la **Do** (*Leadership*) la tendenza ad assumere il controllo nelle relazioni interpersonali; la **Re** (*Responsabilità sociale*) il livello di responsabilità sociale percepito; la **Mt** (*Disadattamento scolastico*) discrimina tra studenti emotivamente adattati e non. Le scale **Gm** e **Gf** (*Scale di ruoli sessuali*) forniscono indicazioni sulla percezione del ruolo sessuale. Le **Pk** e **Ps** (*Scale di disturbo da stress post-traumatico*) diagnosticano questo tipo di disturbi. La **MDS** (*Scala di disagio coniugale*) identifica contrasti nelle relazioni di coppia; la **APS** (*Scala di tossicodipendenza potenziale*) la potenzialità a sviluppare problemi e dipendenza da sostanze; la **AAS** (*Scala di ammissione di tossicodipendenza*) concerne tale abuso.

Le **Scale di contenuto** permettono di descrivere diverse variabili di personalità. La scala **Anx** (*Ansia*) mette in luce sintomi generali di ansia, problemi somatici, difficoltà di sonno e concentrazione; la **Frs** (*Paure*) le fobie; la **Obs** (*Ossessività*) l'ossessività; la **Dep** (*Depressione*) pensieri significativamente depressivi; la **Hea** (*Preoccupazioni per la salute*) individua soggetti che dichiarano sintomi fisici su tutto il corpo; la **Biz** (*Pensiero bizzarro*) processi di pensiero di tipo psicotico; la **Ang** (*Rabbia*) problemi di controllo della rabbia; la **Cyn** (*Cinismo*) convinzioni

misanthropiche; la **Asp** (*Comportamenti antisociali*) soggetti che hanno avuto problemi di comportamento antisociale nel passato; la **Tpa** (*Tipo A*) soggetti del tipo A; la **Lse** (*Bassa autostima*) persone con bassa opinione di sé; la **Sod** (*Disagio sociale*) il disagio a stare in gruppo; la **Fam** (*Problemi familiari*) la presenza di conflitti familiari; la **Wrk** (*Difficoltà di lavoro*) quella di contrasti sul lavoro; la **Trt** (*Indicatori negativi di trattamento*) gli atteggiamenti negativi verso i trattamenti di salute mentale.

I punteggi grezzi alle diverse scale vengono trasformati in punti T e le elevazioni di $T > 65$ vengono considerate indicative di problematicità.

❖ **La Symptom check list 90 (SCL-90)**

E' un questionario autosomministrato composto da 90 item e si riferisce a disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo).

I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato qui di seguito elencate:

I Somatizzazione (SOM): ITEM 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58. Riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee.

II Ossessione-Compulsione (O-C): ITEM 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65. Pensieri, impulsi e azioni sperimentate come incoercibili e non volute dal soggetto.

III Sensibilità interpersonale (INT): ITEM 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73. Sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone.

IV Depressione (DEP): ITEM 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79. Riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva.

V Ansia (ANX): ITEM 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86. Insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta.

VI Ostilità (HOS): ITEM 11, 24, 63, 67, 74, 81. Pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità, risentimento.

VII Ansia fobica (PHOB): ITEM 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82. Persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento/fuga.

VIII Ideazione paranoide (PAR): ITEM 8, 18, 43, 68, 76, 83. Disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia misto ad ostilità ed idee di riferimento.

IX Psicoticismo (PSY): ITEM 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90. Pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero), è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide.

X Disturbi del sonno (SLEEP): ITEM 44, 64, 66. Insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce.

Quattro item (19, 59, 60, 89) non risultano appartenere ad alcuna dimensione descritta, ma entrano comunque nella valutazione dell'indice globale (GSI).

Per ognuna di queste scale il punteggio relativo è calcolato come medie delle domande con risposta. In generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1.00. È inoltre calcolato un indice globale (**GSI Global Score Index**) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test; taluni considerano infine il numero assoluto

delle domande con sintomo, e cioè il numero degli item cui il soggetto abbia attribuito punteggio di 1 o più.

❖ **Il Coping inventory for stressful situation (CISS)**

E' uno strumento autodescrittivo per misurare aspetti multidimensionali del coping; è composto da 48 item a cui al soggetto viene chiesto di fornire una risposta su una scala di frequenza a 5 punti che va da 1("per niente") a 5("moltissimo"). 16 item valutano il coping orientato alla manovra, 16 quello orientato all'emozione 16 orientato all'evitamento. Quest'ultimo è diviso in 2 sottoscale: distrazione e diversivo sociale.

Scala della manovra: descrive sforzi congruenti orientati alla manovra, volti a risolvere il problema ristrutturandolo cognitivamente o tentando di alterare la situazione. L'accento è sul compito o sulla programmazione e sui tentativi di risoluzione del problema.

Scala della emozione: descrive le reazioni emotive orientate verso il sé. Comprendono risposte emotive, preoccupazioni per sé stessi e fantasie, in alcuni casi la reazione aumenta lo stress.

Scala dell'evitamento: descrive attività e cambiamenti cognitivi volti ad evitare la situazione stressante. Può essere ottenuto distraendosi con altre situazioni o compiti o tramite il diversivo sociale.

Quando viene tracciato il profilo i punteggi grezzi vengono trasformati in punti T; considerando T=50 il punto medio, solitamente si valutano nel range di normalità punteggi T compresi tra 40 e 60.

4.3. I risultati

Come già precedentemente esposto in totale i casi selezionati sono stati 31; 8 (pari al 25,8% del campione iniziale) sono stati esclusi quindi in totale i

casi reclutati nello studio sono stati 23. Di questi, 11 (47,8%) erano seguiti dal CSM Modena Ovest, 7 (30,4%) dal CSM Modena Est e 5 (21,8%) dal CSM di Castelfranco.

❖ **Caratteristiche socio-demografiche e lavorative del campione**

I dati seguenti sono stati ottenuti dalle cartelle cliniche dei pazienti o previa domanda diretta agli intervistati (**Tab.4.2. e Fig. seguenti**).

Tab. 4.2. Caratteristiche socio-demografiche del campione.

Caratteristica	N	%
Totale pazienti	23	100
Età		
meno di 35 anni	5	21,7
35-55 anni	14	60,9
più di 55 anni	4	17,4
Genere		
maschile	8	34,8
femminile	15	65,2
Stato civile		
coniugato/a	12	52,3
nubile/celibe	5	21,7
separato/divorziato	3	13,0
Convivente	3	13,0
Figli		
Si	17	73,9
No	6	26,1
Scolarità		
<=8 anni	7	30,4
> 8 anni	16	69,6
Impiego lavorativo attuale		
occupato FT	12	52,2
occupato PT	6	26,1
pensionato	2	8,7
casalinga	1	4,3
disoccupato	2	8,7
Professione*		
impiegato	11	50,0
operaio	10	45,5
altro	1	4,5
*1 missing		

Fig. 4.1. SESSO

Il sesso femminile è decisamente più rappresentato nel nostro campione; ciò potrebbe ricondursi ad una maggiore capacità da parte delle donne di richiedere un aiuto psicologico.

Fig. 4.2. ETA'

Da questo grafico spicca in modo importante il dato che una buona parte del nostro campione si situa tra i 35 ed i 55 anni di età. Si tratta quindi di persone che non si confrontano da poco con l'ambiente lavorativo ma che, il più delle volte si trovano ad affrontare degli stravolgimenti organizzativi che vanno a modificare il modo di lavorare che fino ad allora avevano acquisito.

Fig. 4.3. SCOLARITA'

Si tratta per la maggior parte di persone che hanno una scolarità superiore alla scuola dell'obbligo.

Fig.4.4. STATO CIVILE

Un dato molto importante che emerge è la prevalenza di persone sposate o conviventi, la famiglia in questo caso non sembra essere un fattore protettivo ma anzi potrebbe peggiorare lo stress lavorativo.

Fig. 4.5 FIGLI

Questo dato concorda e conferma quello precedente.

Fig. 4.6. PROFESSIONE

Il campione appare equamente distribuito fra impiegati ed operai con una piccola parte rappresentata da quadri dirigenziali.

Fig. 4.7. IMPIEGO LAVORATIVO ATTUALE

Come illustrato dal grafico si tratta per la metà degli intervistati di lavoratori full time.

Qui di seguito vengono invece riportati i dati socio-anagrafici e quelli riguardanti l'attività lavorativa così come sono emersi dal questionario ISPEL valutato su 21 pazienti (**Tab. 4.3.**)(i numeri si riferiscono ai numeri delle domande e alle diverse opzioni di risposta così come sono codificate dal questionario riportato per intero a pag. 54).

Tab. 4.3. Risultati del questionario ISPEL “Le persone ed il lavoro”.

1	Numero pazienti	Percentuale
1	8	38,10%
2	13	61,9%
Totale complessivo	21	100,0%

2	Numero pazienti	Percentuale
meno di 35 anni	5	23,8%
35-44 anni	5	23,8%
45-54 anni	7	33,3%

55 anni e più	4	19,0%
Totale complessivo	21	100,0%

3	Numero pazienti	Percentuale
1	1	4,8%
2	4	19,0%
3	14	66,7%
4	2	9,5%
Totale complessivo	21	100,0%

4	Numero pazienti	Percentuale
1	5	23,8%
2	13	61,9%
3	3	14,3%
Totale complessivo	21	100,0%

5	Numero pazienti	Percentuale
1	15	71,4%
2	6	28,6%
Totale complessivo	21	100,0%

6	Numero pazienti	Percentuale
1	3	14,3%
2	18	85,7%
Totale complessivo	21	100,0%

7	Numero pazienti	Percentuale
2	9	42,9%
3	12	57,1%
Totale complessivo	21	100,0%

7.1	Numero pazienti	Percentuale
0	9	42,9%
1	1	4,8%
5	1	4,8%
6	10	47,6%
Totale complessivo	21	100,0%

8	Numero pazienti	Percentuale
1	6	28,6%
2	4	19,0%
3	1	4,8%
4	10	47,6%
Totale complessivo	21	100,0%

9	Numero pazienti	Percentuale
2	1	4,8%
3	3	14,3%
4	1	4,8%
7	2	9,5%
8	1	4,8%
10	1	4,8%
11	1	4,8%
12	2	9,5%
13	1	4,8%

14	2	9,5%
17	1	4,8%
18	1	4,8%
24	1	4,8%
31	1	4,8%
34	1	4,8%
40	1	4,8%
Totale complessivo	21	100,0%

10	Numero pazienti	Percentuale
1	10	47,6%
2	10	47,6%
3	1	4,8%
Totale complessivo	21	100,0%

11	Numero pazienti	Percentuale
0	1	4,8%
2	1	4,8%
3	4	19,0%
4	1	4,8%
6	1	4,8%
7	2	9,5%
8	1	4,8%
10	1	4,8%
11	1	4,8%
12	1	4,8%
13	1	4,8%
17	1	4,8%
18	1	4,8%
24	1	4,8%
31	1	4,8%
34	1	4,8%
40	1	4,8%
Totale complessivo	21	100,0%

12	Numero pazienti	Percentuale
1	14	66,7%
2	3	14,3%
3	4	19,0%
Totale complessivo	21	100,0%

13	Numero pazienti	Percentuale
1	8	38,1%
2	10	47,6%
3	3	14,3%
Totale complessivo	21	100,0%

14	Numero pazienti	Percentuale
1	8	38,1%
2	13	61,9%
Totale complessivo	21	100,0%

15	Numero pazienti	Percentuale
1	14	66,7%
2	7	33,3%
Totale complessivo	21	100,0%

16	Numero pazienti	Percentuale
1	17	81,0%
2	4	19,0%
Totale complessivo	21	100,0%

16.1	Numero pazienti	Percentuale
0	4	19,0%
1	3	14,3%
2	10	47,6%
3	1	4,8%
4	1	4,8%
5	2	9,5%
Totale complessivo	21	100,0%

17	Numero risposte	Percentuale
1	1	4,2%
2	2	8,3%
3	5	20,8%
4	7	29,2%
6	9	37,5%
Totale complessivo	24	100,0%

17.1	Numero pazienti	Percentuale
0	9	42,9%
1	11	52,4%
4	1	4,8%
Totale complessivo	21	100,0%

18	Numero pazienti	Percentuale
1	10	47,6%
2	11	52,4%
Totale complessivo	21	100,0%

19	Numero pazienti	Percentuale
1	2	9,5%
2	2	9,5%
3	5	23,8%
4	7	33,3%
5	5	23,8%
Totale complessivo	21	100,0%

20	Numero pazienti	Percentuale
1	4	19,0%
2	10	47,6%
3	3	14,3%
5	4	19,0%
Totale complessivo	21	100,0%

21	Numero pazienti	Percentuale
2	1	4,8%
5	20	95,2%
Totale complessivo	21	100,0%

22	Numero pazienti	Percentuale
----	-----------------	-------------

1	10	47,6%
2	11	52,4%
Totale complessivo	21	100,0%

23	Numero pazienti	Percentuale
2	1	4,8%
3	20	95,2%
Totale complessivo	21	100,0%

23.1	Numero risposte	Percentuale
1	4	16,7%
2	20	83,3%
Totale complessivo	24	100,0%

24	Numero pazienti	Percentuale
3	15	71,4%
4	6	28,6%
Totale complessivo	21	100,0%

25	Numero pazienti	Percentuale
1	6	28,6%
2	7	33,3%
3	5	23,8%
4	3	14,3%
Totale complessivo	21	100,0%

26	Numero pazienti	Percentuale
1	3	14,3%
2	18	85,7%
Totale complessivo	21	100,0%

27	Numero pazienti	Percentuale
1	7	33,3%
2	14	66,7%
Totale complessivo	21	100,0%

28	Numero pazienti	Percentuale
1	7	33,3%
2	14	66,7%
Totale complessivo	21	100,0%

29	Numero pazienti	Percentuale
1	5	23,8%
2	16	76,2%
Totale complessivo	21	100,0%

30	Numero pazienti	Percentuale
1	4	19,0%
2	17	81,0%
Totale complessivo	21	100,0%

31	Numero pazienti	Percentuale
1	8	38,1%

2	13	61,9%
Totale complessivo	21	100,0%

32	Numero risposte	Percentuale
1	4	16,0%
2	1	4,0%
3	13	52,0%
4	5	20,0%
5	2	8,0%
Totale complessivo	25	100,0%

33	Numero risposte	Percentuale
1	9	22,5%
2	8	20,0%
3	6	15,0%
5	8	20,0%
6	1	2,5%
7	5	12,5%
9	3	7,5%
Totale complessivo	40	100,0%

34	Numero pazienti	Percentuale
2	1	4,8%
3	12	57,1%
4	8	38,1%
Totale complessivo	21	100,0%

35	Numero pazienti	Percentuale
3	2	9,5%
4	3	14,3%
5	6	28,6%
6	10	47,6%
Totale complessivo	21	100,0%

Al fine di individuare meglio visivamente le caratteristiche e le peculiarità di questi risultati allego una tabella riassuntiva dei dati più salienti (**Tab.4.4.**).

Tab. 4.4. Dati più salienti questionario ISPESL.

caratteristiche dell'azienda	
Impresa privata	85,7%
Settore produttivo : servizi	57,1%
Dimensione dell'impresa > 100 addetti	47,6%
Imprese in fase di cambiamento con spostamenti del personale e nuove assunzioni	tra 66,7%

	e 81%
--	-------

tipologia del dipendente	
anzianità di servizio < o = 10 anni	43,0%
Tra 11 e 20 anni	38,2%
con mansione corrispondente a qualifica	66,7%
stabilità del posto lavoro	52,4%

rapporti con colleghi	
rapporti con i colleghi buoni o collaborativi	66,6%
più apprezzato dai colleghi	52,0%

punti critici del contesto lavorativo	
eccessivo carico di lavoro	47,6%
non conoscenze adeguate di programmi di impresa	61,9%
rapporti con i superiori conflittuali o non rapporti	57,1%
Rapporti comunicazione scarsa o nulla	52,4%
molestie psicologiche	95,2%
da parte dei superiori	83,3%
competenza in gestione risorse umane scarsa	85,7%
condizioni adeguate per buon svolgimento del lavoro	66,7%

Possiamo quindi dire che si tratta in prevalenza di donne, tra i 35 ed i 55 anni di età, sposate con prole, di scolarità media (scuola dell'obbligo),

equamente divise tra impiegati ed operai, occupati a tempo pieno con contratto a tempo indeterminato, con anzianità di servizio di circa 10 anni e con mansione corrispondente alla propria qualifica professionale.

Le aziende in cui lavorano sono in maggioranza private, operanti nel settore dei servizi, di medie dimensioni (circa 100 dipendenti), stabili con sicurezza del posto di lavoro ma in fase di cambiamenti/riorganizzazioni, del tipo spostamenti, assunzioni, cambio mansioni.

I rapporti con i colleghi vengono descritti come buoni nella media, mentre appaiono difficili, in una alta percentuale dei casi, i rapporti con i superiori a cui viene anche attribuita una scarsa competenza nella gestione delle risorse umane.

Ulteriori criticità evidenziate paiono essere un eccessivo carico di lavoro ed una scarsa condivisione dei programmi dell'impresa associata a difficoltà di comunicazione.

❖ **Caratteristiche cliniche ed esito**

Molto suggestive appaiono essere le risposte alle ultime due domande del questionario ISPESL: esse rivelano che una quota estremamente significativa del nostro campione ha la percezione di non essere in buono stato di salute e di umore tra l'avvilito ed il francamente depresso (**Fig. 4.8 e 4.9**).

Fig. 4.8 STATO DI SALUTE

Fig. 4.9. TONO DELL'UMORE

Nel corso dello studio sono state indagate anche altre variabili cliniche qui sotto riportate (**Tab. 4.5. e fig. seguenti**).

Tab. 4.5. Caratteristiche cliniche ed esito.

Caratteristica	N	%
Totale pazienti	23	100
Categoria diagnostica		
296.**	1	4,3
300.**	7	30,4
309.**	15	65,3
Farmaci		
nessun farmaco	1	4,3
1 farmaco	8	34,8
2 farmaci	8	34,8
3 farmaci	6	26,1
Distanza test e prima scheda		
prima scheda nel 2011	7	30,4
ultimi 6 mesi 2010	11	47,9
primi 6 mesi 2010	1	4,3
prima del 2010	4	17,4
Certificazione		
Si	5	21,7
No	18	78,3
Esito		
in carico	16	76,2
dimesso	3	14,3
invio in psicologia	2	9,5
*2 missing		

Fig.4.10. DATA DELLA PRIMA VISITA

Per la quasi totalità dei casi si tratta di pazienti che si sono sottoposti alla prima visita tra il 2010 ed il 2011 quindi mediamente in carico da circa 10 mesi.

Fig. 4.11. DIAGNOSI

Come era corretto aspettarsi le diagnosi più comunemente fatte dai colleghi sono state quelle di “reazione di adattamento” seguite da “disturbi nevrotici” intesi come ansia o depressione reattive.

Fig. 4.12. FARMACOTERAPIA

In generale ai pazienti è stato prescritto almeno un farmaco (in questo caso sempre un antidepressivo) spesso in associazione con un ansiolitico.

Fig. 4.13. RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

Questo dato appare di per sé abbastanza sorprendente e comunque lontano dalla credenza purtroppo comune che questi pazienti si siano recati al CSM per interessi secondari o per ottenere benefici sul lavoro.

Fig. 4.14. ESITO

Come si può vedere la maggioranza dei pazienti era ancora in carico al momento dell'esecuzione dello studio; ciò dimostra che lo stress lavoro-correlato si associa ad una importante sintomatologia che richiede una presa in carico continuativa, a nostro avviso, di almeno un anno.

❖ SCL 90

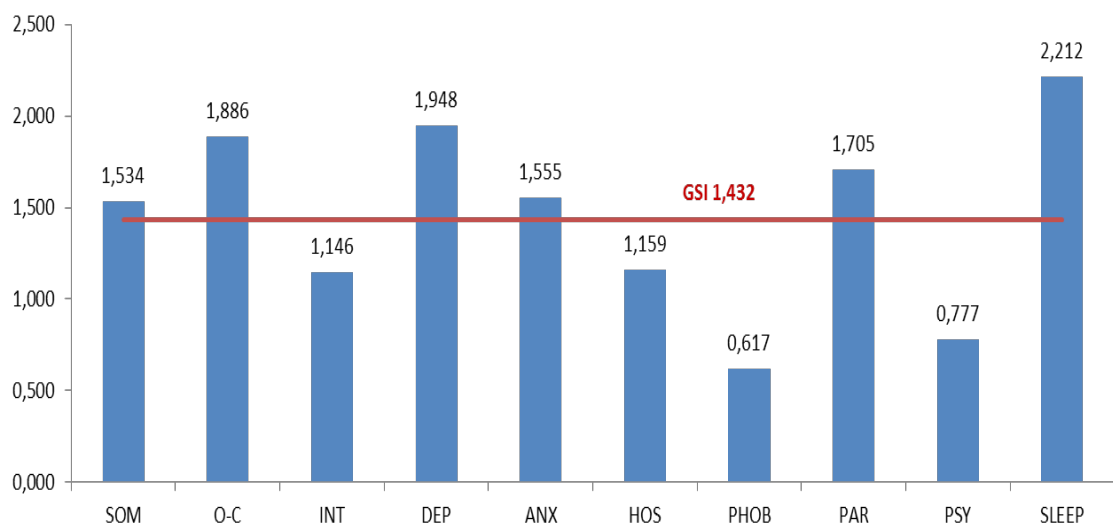
I risultati della Symptom Check List 90 mettono in evidenza una sintomatologia caratterizzata da importanti disturbi del sonno, in genere difficoltà nell'addormentamento con frequenti risvegli ed incubi, che insorgono molto precocemente e permangono anche quando la restante sintomatologia sta già migliorando, associati a continue ruminazioni che riguardano le vicende lavorative. Molto importante appare anche l'elevazione della scala della depressione che segnala una effettiva ed evidente deflessione del tono dell'umore assieme alla scala della paranoia che però, come vedremo più avanti, non risulta significativamente elevata al MMPI-2.

Per ultimo abbiamo riscontrato un lieve innalzamento delle scale dell'ansia e della somatizzazione che, visto la non omogeneità del nostro campione rispetto al tempo di inizio del trattamento, potrebbe significare che questo tipo di sintomatologia è la prima a beneficiare della terapia farmacologica ma anche della ristrutturazione cognitiva che lo psichiatra necessariamente compie quando spiega al paziente l'origine psicologica dei suoi sintomi fisici per lui spesso del tutto inspiegabili (**Tab. 4.6. e Fig. 4.15.**).

Tab. 4.6. Risultati SCL-90.

		Punteggio		
		Sigla	Media	Deviazione standard
I	Somatizzazione	SOM	1,534	0,82
II	Ossessione-Compulsione	O-C	1,886	0,80
III	Sensibilità Interpersonale	INT	1,146	0,66
IV	Depressione	DEP	1,948	0,80
V	Ansia	ANX	1,555	0,77
VI	Ostilità	HOS	1,159	0,85
VII	Ansia Fobica	PHOB	0,617	0,71
VII				
I	Ideazione Paranoide	PAR	1,705	0,87
IX	Psicoticismo	PSY	0,777	0,56
X	Disturbi del Sonno	SLEEP	2,212	1,20
	Global Symptom Index	GSI	1,432	0,60

Fig. 4.15. Risultati SCL-90.



❖ MMPI-2

Riporto ora qui di seguito i risultati ottenuti dal test MMPI-2 (**Tab. e Fig. seguenti**).

Tab. 4.7. Scale di validità e scale di base MMPI-2.

Scala	Punteggio t	
	media	Deviazione standard
L	53,5	8,23
F	59,3	10,57
K	44,0	9,75
1-Hs	67,0	20,56
2-D	69,5	10,92
3-Hy	69,3	13,54
4-Pd	58,2	5,84
5-Mf	50,0	8,16
6-Pa	64,3	8,27
7-Pt	62,2	13,10
8-Sc	60,2	8,17
9-Ma	49,6	8,28
0-Si	59,7	9,51

Fig. 4.16. Scale di validità e scale di base MMPI-2.

Il profilo di validità medio del nostro campione (scale L-F-K) rappresenta un gruppo di soggetti che ammettono di avere problemi personali e richiedono assistenza per questo.

Le scale di base mostrano un'elevazione della triade nevrotica (D-Hy-Hs). Questo tipo di configurazione è caratteristica di soggetti che hanno spesso problemi cronici con sintomatologia mista, multipli sintomi fisici, depressione e disturbi da conversione somatica. Oltre ai notevoli dolori fisici sono presenti difficoltà di adattamento psicologico, mancanza di energia, debolezza, tensione, nervosismo, reazioni esagerate allo stress e ai minimi cambiamenti fisici con preoccupazione eccessiva per lo stato di

salute. Emergono tratti di dipendenza e bisogno di accudimento. Alcune persone con questo profilo possono avere una grande infelicità ed essere molto scoraggiate; queste persone sembrano agire a bassi livelli di efficienza per lunghi periodi di tempo.

Più nello specifico l'innalzamento della scala dell'ipocondria mette in luce una preoccupazione eccessiva per la propria salute associata ad una varietà di disturbi somatici con origine organica scarsa o assente. L'elevazione della scala della depressione contraddistingue pazienti con reazioni depressive con sensazioni di scoraggiamento, pessimismo e disperazione, aspetti della personalità di base riguardanti eccessivo senso del dovere, standard personali elevati e intrapuntività. I soggetti infine che presentano elevazione della scala dell'isteria manifestano un vivace comportamento sociale; sotto stress di tipo ambientale o relazionale la persona può diventare improvvisamente disabile e incapace a causa di problemi fisici, generalmente vaghi e di origine sconosciuta.

Tab. 4.8. Scale di contenuto MMPI-2.

Scala	Sigla	media	deviazione standard
Ansia	ANX	66,7	10,46
Paure	FRS	57,1	9,62
Ossessività	OBS	56,2	11,71
Depressione	DEP	63,5	9,73
Preoccupazione per la salute	HEA	70,1	11,03
Ideazione bizzarra	BIZ	54,1	8,85
Rabbia	ANG	53,5	12,90
Cinismo	CYN	57,8	11,97
Comportamenti antisociali	ASP	51,8	8,73
Tipo A	TPA	53,2	12,79
Bassa autostima	LSE	56,9	12,07

Disagio sociale	SOD	58,5	10,92
Problemi familiari	FAM	50,3	11,17
Difficoltà sul lavoro	WRK	63,0	10,75
Difficoltà di Trattamento	TRT	60,6	10,04

Fig. 4.17. Scale di contenuto MMPI-2.

Le scale di contenuto che si mostrano innalzate nel nostro campione sono quella dell'ansia e quella della preoccupazione per la propria salute.

Alti punteggi alla scala dell'ansia sono associati a sintomi che includono tensione, problemi somatici come tachicardia, mancanza di respiro, difficoltà di sonno, preoccupazioni eccessive e problemi di concentrazione. Alti punteggi alla scala della preoccupazione per la propria salute sono tipici di persone che riferiscono molti sintomi fisici che interessano varie parti del corpo, inclusi sintomi gastrointestinali, problemi neurologici, problemi sensoriali, sintomi cardiovascolari, problemi dermatologici, dolore e difficoltà respiratorie. C'è una tendenza a preoccuparsi della propria salute e a sentirsi più malati rispetto alla media delle persone.

Tab. 4.9. Scale supplementari MMPI-2.

Scale supplementari	Sigla	media	deviazione standard
A-Ansietà	A	63,3	10,01
R-Repressione	R	60,7	8,66
ES-Forza dell'Io	ES	28,0	10,58
MAC/R-Scala MacAndrews di alcoolismo	MAC/R	54,0	8,95
Fb-Back F	Fb	57,4	9,90
VRIN-Incoerenza nelle risposte	VRIN	53,4	9,29
TRIN-Incoerenza nelle risposte vero	TRIN	58,3	6,56
O/H-Ostilità ipercontrollata	O/H	47,1	11,33
Do-Dominanza	Do	40,4	9,03
Re-Responsabilità sociale	Re	47,4	9,61
Mt-Disadattamento universitario	Mt	69,5	10,32
GM-Ruolo di genere maschile	GM	37,1	7,77

GF-Ruolo di genere femminile	GF	47,4	8,48
PK-Dist. post-traumatico da stress (Keane)	PK	63,1	10,53
PS-Dist. post-traumatico da stress (Schlenger)	PS	68,6	13,39
MDS-Scala di disagio coniugale	MDS	54,3	12,77
APS-Scala di tossicodipendenza potenziale	APS	49,0	9,48
AAS-Scala di ammissione di tossicodipendenza	AAS	51,0	9,79

Fig. 4.18. Scale supplementari MMPI-2.

I nostri dati evidenziano un significativo innalzamento delle scale del disadattamento universitario e del disturbo posttraumatico da stress.

Entrambe queste scale costituiscono indicatori di stress situazionale.

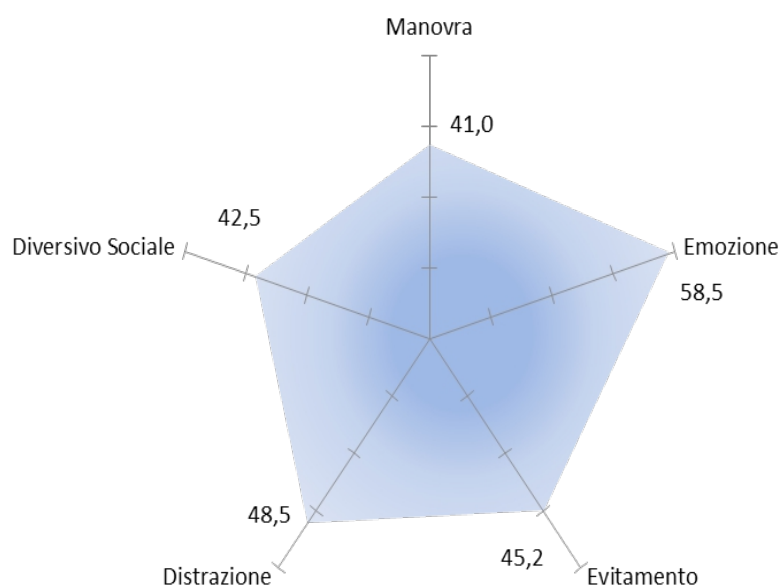
❖ CISS

Considerando un range di normalità compreso tra 40 e 50 punti T il nostro campione non mostra nessuna importante anomalia anche se possiamo lo stesso notare un basso valore alla scala della manovra, che sarebbe la strategia di coping più adattiva, ed un valore al limite massimo per la scala dell'emozione, più spesso associata ad un disagio psicologico (**Tab. 4.10. e Fig. 4.19.**).

Tab. 4.10. Scale CISS.

Dimensione	Punteggio	
	media	deviazione standard
Manovra	41,0	10,9
Emozione	58,5	9,2
Evitamento	45,2	8,6
Distrazione	48,5	8,6
Diversivo Sociale	42,5	10,7

Fig. 4.19. Scale CISS.



4.4. Discussione

Nonostante questo studio, a mio avviso, abbia due importanti criticità che consistono la prima nell'essere costituito da un campione abbastanza esiguo che ha permesso solamente una valutazione descrittiva e la seconda che i pazienti reclutati si trovavano, al momento dello studio, in diverse fasi del loro percorso di cura (agli estremi alcuni erano appena approdati al

CSM e stavano molto male altri erano molto migliorati ed in procinto di essere dimessi) pur tuttavia sono emersi importanti dati che non dovrebbero essere sottovalutati.

Ci troviamo di fronte infatti ad una nuova tipologia di utenti del Centro di Salute Mentale, senza precedenti psichiatrici né personali né familiari che nella totalità dei casi sono stati inviati dal loro Medico di Medicina Generale dopo l'esecuzione di diversi accertamenti medici risultati negativi.

Si tratta di persone che manifestano un elevato grado di sofferenza psichica con deflessione dell'umore, che si estrinseca soprattutto tramite le somatizzazioni ed i disturbi del sonno, e che nel contempo sono estremamente spaventati perché non sanno darsi una spiegazione per quello che gli sta accadendo; ciò è accentuato anche dal fatto che non si tratta di persone "alle prime armi" in ambito lavorativo ma anzi nella maggioranza dei casi di soggetti che lavorano nella stessa impresa già da diversi anni.

Le criticità rispetto all'ambiente lavorativo sono date in generale da eccessivi carichi di lavoro (ma è vero anche il contrario) associati a importanti cambiamenti organizzativi (nuove assunzioni a tempo determinato, cambiamenti di sede, reparto, mansione) e da una conflittualità più o meno importante con i superiori o chi gestisce il personale. In generale la comunicazione all'interno dell'azienda appare deficitaria ed il dipendente ha la sensazione di essere "tagliato fuori" da ogni possibilità decisionale. La sensazione personale di non poter decidere o quantomeno poter contrattare per un miglioramento della propria condizione lavorativa, sembra inoltre peggiorata dalla presenza di un carico familiare che vincola ulteriormente il lavoratore al proprio posto di lavoro "e poi con i tempi che corrono dove vuole che vada!".

I risultati rilevati da questa ricerca sono, inoltre, assolutamente concordi con diversi autorevoli studi nel settore.

La Dr. Fattorini dell'ISPESL ha condotto da maggio 1999 a dicembre 2003 uno studio telefonico sul problema; le telefonate sono state in egual numero di uomini e donne da 41 a 60 anni con scolarità media superiore e coniugati.

Petrella e col. hanno condotto un'indagine in Campania su 500 soggetti: per la maggior parte erano coniugati, con almeno 13 anni di scolarità, da 41 a 60 anni, i disturbi più frequentemente rilevati sono stati il disturbo di adattamento con ansia ed umore depresso ed il disturbo post-traumatico da stress.

Una ricerca INAIL condotta da Ali e col. nel 2008 ha fatto emergere che il danno psichico conseguente a situazioni di costrittività organizzativa accertata, appare tendenzialmente più frequente nelle donne e nei lavoratori con un ruolo impiegatizio con tendenza a rispondere allo stress con somatizzazioni, deflessione dell'umore ed autosvalutazione, oltre ad atteggiamenti di diffidenza e sospettosità verso il mondo esterno con presenza di insicurezza, ipercontrollo emotivo ed incapacità di esprimere i sentimenti. Secondo gli autori la rilevazione di diffidenza e rabbia nei confronti dell'ambiente circostante, nonché di atteggiamenti francamente paranoici di sospettosità e suscettibilità pare conseguente a costrittività organizzative più che espressione di un tratto pregresso di personalità tanto che gli autori concludono dicendo "fenomeni di costrittività organizzativa o di mobbing, non possono essere in alcun modo giustificati dalla presenza di tratti maladattivi di personalità, caratterizzati da difficoltà interpersonali o di fronteggiamento dello stress".

A conferma di ciò una metanalisi di Tomei e col. del 2007 ha analizzato 2 studi con un totale di 176 casi e 1485 controlli che mettevano a confronto

le strategie di coping tra le vittime di mobbing o costrittività organizzativa e controlli sani: non è stata evidenziata nessuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi riguardo alle strategie di adattamento messe in atto di fronte a diverse ed eventuali situazioni vissute come negative.

Cito, in ultimo, un articolo di Raho e col. “Caratteristiche di personalità in un campione di soggetti che lamentano vessazioni sul posto di lavoro” del 2008. In questo studio gli autori hanno sottoposto a MMPI-2 276 soggetti che lamentavano mobbing: il profilo è assolutamente sovrapponibile a quello emerso dal nostro campione (elevazione della triade nevrotica e delle scale di ansia e preoccupazione per la propria salute) ma differisce per la scala della paranoia che appare significativamente elevata, potendo forse essere questo un elemento distintivo dei due gruppi di soggetti.

5-CONCLUSIONI

Da quanto emerso dalla trattazione dei capitoli precedenti, possiamo concludere che lo stress lavoro-correlato è divenuto oramai un'emergenza su scala mondiale. Ingenti sono, infatti, i costi annuali sia dal punto di vista economico che sociale. Per questo motivo diversi enti sia internazionali che europei si stanno interessando al fenomeno ed hanno promosso, come è avvenuto in Italia con il D. Leg. 81/2008, la messa a punto di una legislazione ad hoc che preveda l'individuazione ed il trattamento delle situazioni più critiche e la promozione del benessere del lavoratore.

Nella realtà dei Centri di Salute Mentale, come descritto dal nostro studio, lo stress lavoro-correlato, invece, si configura come una patologia emergente caratterizzata da un corredo sintomatologico alquanto eterogeneo che necessita di una attenta e scrupolosa diagnosi e di una terapia psicologica e farmacologica precoce, mirata e puntuale associata ad un attento monitoraggio nel tempo.

Nella definizione del programma terapeutico è importante valutare il livello di tensione psicofisica e la compromissione della funzionalità globale del soggetto in rapporto alla natura del disturbo, farsi un'idea puntuale di tutte le patologie in comorbidità al fine di valutare la natura delle interazioni dei farmaci, prescrivere il riposo se si evidenzia un aumento del rischio di infortunio lavorativo o di errore professionale e favorire l'allontanamento temporaneo dal lavoro, soprattutto nelle prime fasi del trattamento.

E' chiaro però che, come espresso anche dalla normativa vigente, non basta curare il singolo ma è necessario agire promuovendo il benessere all'interno dell'azienda. Fare ciò significa promuovere un'appropriata gestione delle risorse umane e, dal punto di vista psicologico, un monitoraggio del clima organizzativo aziendale associato ad un supporto diretto alle persone tramite attività di counseling.

Risulta più che mai necessaria una politica basata sulla salute organizzativa intesa come l'insieme dei processi e delle pratiche che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative e che abbia come obiettivi quelli di introdurre elementi di cambiamento organizzativo rilevando le aree di criticità, favorendo la partecipazione del personale, accettando i suggerimenti, programmando e realizzando interventi mirati alla trasformazione positiva e alla costruzione di adeguati e sensibili indicatori per misurare la salute organizzativa. Il contrasto alle disfunzioni organizzative può avvenire solo attraverso una serie di interventi graduali che, in ambito di prevenzione primaria prevedono tra l'altro la progettazione ergonomica dell'azione organizzativa, il conseguente miglioramento della organizzazione del lavoro e degli ambienti di lavoro, la formazione, mentre in ambito di prevenzione secondaria riguardano la predisposizione di codici etici, e di buone prassi, infine in tema di prevenzione terziaria anche l'irrogazione di eventuale sanzioni (per inosservanza alle buone prassi o ai codici etici).

Ad esempio azioni positive nei confronti della attuazione di politiche di benessere possono essere considerate alcune delle seguenti:

-avere un ambiente salubre, confortevole, accogliente;

- esplicitare obiettivi chiari, coerenti, condivisi;
- palesare coerenza tra enunciati e prassi operative;
- attuare il riconoscimento e valorizzazione delle competenze del personale;
- realizzare un clima di sostegno;

- porsi in condizioni di ascolto attivo;
- avere disponibilità di ogni informazione sul lavoro;
- attuare politiche concrete di governo e risoluzione della conflittualità;
- stimolare relazioni franche collaborative;
- avere o promuovere rapidità di trattamento;
- stimolare il senso di utilità sociale;
- predisporre adeguate ed efficaci linee di azione contro infortuni;
- definire in modo chiaro compiti singoli e dei gruppi garantendone la sostenibilità;
- essere aperti all'esterno ed all'innovazione.

In definitiva lo stress lavoro-correlato è un argomento di discussione più che mai attuale che necessita di un approccio multidisciplinare per coglierne a pieno la complessità e soprattutto per prevenirlo e promuovere il benessere del lavoratore nell'accezione più ampia del termine.

BIBLIOGRAFIA

1. Albini E, Benedetti L, Giordano S, Punzi S, Cassitto MG. [Dysfunctional workplace organization and mobbing. 4 representative cases]. *Med Lav*. 2003 Sep-Oct;94(5):440-9. Italian. PubMed PMID: 14619182.
2. Argentero P, Raho C, Giorgi I, Bonfiglio NS. [Characteristics of personality in subjects who complain vexing on [corrected] workplace]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008 Jan-Mar;30(1 Suppl A):A80-6. Italian. Erratum in: *G Ital Med Lav Ergon*. 2008 Jul-Sep;30(3 Suppl B):B9. PubMed PMID: 18700482.
3. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety Stress Coping*. 2011 Feb 23:1-15. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21347903.
4. Balducci C, Alfano V, Fraccaroli F. Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence Vict*. 2009;24(1):52-67. PubMed PMID: 19297885.
5. Bellingrath S., Kudielka B.[Effort-reward-imbalance and overcommitment are associated with hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis responses to acute psychosocial stress in health working schoolteachers] *Psychoneuroendocrinology* (2008)33, 1335-1343.
6. Bernabei A, Gebhardt E, Petrucci M. [Psychiatric aspects in workers subject to mobbing]. *Med Lav*. 2005 Sep-Oct;96(5):432-9. Review. Italian. PubMed PMID: 16711645.
7. Bitterklee A. [Let us listen to the victims ... mobbing is a phenomenon that can happen to anyone. Therefore let us be careful]. *Osterr Krankenpflegez*. 1998 Aug-Sep;51(8-9):5. German. PubMed PMID: 9782943.
8. Bollani A. [Significance of mobbing in Italian law]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008 Jan-Mar;30(1 Suppl A):A71-4. Italian. PubMed PMID: 18700480.
9. Bonafons C, Jehel L, Coroller-Béquet A. Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France. *Int Arch Occup Environ Health* 2009 Apr;82(5):663-8. Epub 2008 Oct 25. PubMed PMID: 18953560.
10. Bosch JA, Fischer JE, Fischer JC. Psychologically adverse work conditions are associated with CD8+ T cell differentiation indicative of immunosenescence.

- Brain Behav Immun. 2009 May;23(4):527-34. Epub 2009 Feb 13. PubMed PMID: 19217939.
11. Bosco MG, Salerno S. [Mobbing and working environment: towards an organizational prevention]. *Med Lav.* 2004 Sep-Oct;95(5):365-75. Italian. PubMed PMID: 15595199.
 12. Bosco MG, Salerno S, Valcella F. [Mental health and work: integrated technical actions between services for preventive hygiene and worksite safety and mental health centers]. *Med Lav.* 1999 Nov-Dec;90(6):752-61. Italian. PubMed PMID:10703191
 13. Buselli R, Gonnelli C, Moscatelli M, Cioni V, Guglielmi G, Gattini V, Foddis R, Mignani A, Ottenga F, Cristaudo A. [Experience of a centre for the study of occupational adjustment disorders referred to psychological harassment-related diseases at the workplace]. *Med Lav.* 2006 Jan-Feb;97(1):5-12. Italian. PubMed PMID: 17009665.
 14. Campanini P, Punzi S, Carissimi E, Gilioli R. [Gender differences in workplace bullying]. *Med Lav.* 2006 Sep-Oct;97(5):699-706. Italian. PubMed PMID: 17171982
 15. Carpentiero L, Costa G, De Luca G, Piovaneli S, Venè D, Righini S, Marini M, Baldanzi S, Selvi A, Scalas S, Cassitto MG, Sartori S, Lacangellera D, Bosco A. [Prevention of psychosocial issues and drug addiction in workers employed inbuilding great infrastructures: first outcomes of an experience in the Florence area]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2009 Jul-Sep;31(3):287-90. Italian. PubMed PMID: 19943444.
 16. Cassitto MG. [Clinical approach to workers occupationally exposed to negative stress by the occupational health physician]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2009 Jul-Sep;31(3):257-60. Italian. PubMed PMID: 19943438.
 17. Cassitto MG. [Mobbing in the workplace: new aspects of an old phenomenon]. *Med Lav.* 2001 Jan-Feb;92(1):12-24. Italian. PubMed PMID: 11367823.
 18. Cassitto MG, Gilioli R. [Emerging aspects of occupational stress]. *Med Lav.* 2003 Jan-Feb;94(1):108-13. Review. Italian. PubMed PMID: 12768962.
 19. Cornamusaz A. [Mobbing: painful and expensive]. *Krankenpfl Soins Infirm.*2010;103(6):57. French. PubMed PMID: 20575256.
 20. Cornamusaz A. [Mobbing and unfair dismissal. The responsibility of the employer]. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2011;104(3):32. German. PubMed PMID:21417055.
 21. D'Orsi F. (a cura di) [Decreto legislativo 81/2008 s.m.i. valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato guida operativa] Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro. Marzo 2010.
 22. Di Rosa AE, Gangemi S, Cristani M, Fenga C, Saitta S, Abenavoli E, Imbesi S, Speciale A, Minciullo PL, Spatari G, Abbate S, Saija A, Cimino F. Serum levels

- of carbonylated and nitrosylated proteins in mobbing victims with workplace adjustment disorders. *Biol Psychol.* 2009 Dec;82(3):308-11. Epub 2009 Sep 17. PubMed PMID: 19766162.
23. De Falco G., Messineo A., Vescuvo S. "Stress da lavoro e mobbing" EPC libri, Roma, 2008.
 24. Fendrich M, Woodward P, Richman JA. The structure of harassment and abuse in the workplace: a factorial comparison of two measures. *Violence Vict.* 2002 Aug;17(4):491-505. PubMed PMID: 12353594.
 25. Finne LB, Knardahl S, Lau B. Workplace bullying and mental distress – a prospective study of Norwegian employees. *Scand J Work Environ Health.* 2011 Mar 3. pii: 3156. doi: 10.5271/sjweh.3156. [Epub ahead of print] PubMed PMID:21373722
 26. Gallo M. (a cura di): "Stress lavoro-correlato. Guida alle novità per professionisti, aziende e pubblica amministrazione.". Il sole 24 ore gruppo 24 ore gennaio 2011.
 27. García Campayo J, Martínez Jarreta B, Alda Díez M, Gascón S. [The "false mobbing" syndrome: difficulties of diagnosis in primary care]. *Aten Primaria.* 2005 Mar 31;35(5):269-70. Spanish. PubMed PMID: 15802117.
 28. Gilioli R, Campanini P, Fichera GP, Punzi S, Cassitto MG. Emerging aspects of psychosocial risks: violence and harassment at work. *Med Lav.* 2006 Mar-Apr;97(2):160-4. PubMed PMID: 17017341.
 29. Gilioli R, Campanini P, Fichera GP, Punzi S, Cassitto MG. Emerging aspects of psychosocial risks: violence and harassment at work. *Med Lav.* 2006 Mar-Apr;97(2):160-4. PubMed PMID: 17017341.
 30. Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, Boccaletti D, Cassitto MG, Della Pietra B, Fanelli C, Fattorini E, Gilioli D, Grieco A, Guizzaro A, Labella A, Mattei O, Menegozzo M, Menegozzo S, Molinini R, Musto D, Paoletti A, Papalia F, Quagliuolo R, Vinci F. [A new risk in the occupational medicine setting: mobbing]. *Med Lav.* 2001 Jan-Feb;92(1):61-9. Review. Italian. PubMed PMID: 11367829
 31. Giorgi I, Argentero P, Zanaletti W, Candura SM. [A model for psychological assessment of mobbing]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2004 Apr-Jun;26(2):127-32. Italian. PubMed PMID: 15270441.
 32. Giordano S. [Disruption of organizational productivity ("mobbing"): difficulty of intensity and consequences]. *Med Lav.* 2005 May-Jun;96(3):266-7. Italian. PubMed PMID: 16273848.
 33. Girardi P, Monaco E, Prestigiaco C, Talamo A, Ruberto A, Tatarelli R. Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence Vict.* 2007;22(2):172-88. PubMed PMID: 17479554.

34. Girardi P, Monaco E, Prestigiacomo C, Talamo A, Ruberto A, Tatarelli R. Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence Vict.* 2007;22(2):172-88. PubMed PMID: 17479554.
35. Glasø L, Bele E, Nielsen MB, Einarsen S. Bus drivers' exposure to bullying at work: An occupation-specific approach. *Scand J Psychol.* 2011 May 24. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00895.x. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21605122.
36. González Trijueque D, Graña Gómez JL. [Workplace bullying: prevalence and descriptive analysis in a multi-occupational sample]. *Psicothema.* 2009 May;21(2):288-93. Spanish. PubMed PMID: 19403084
37. Graser M, Manaouil C, Verrier A, Doutrelot-Phillipon C, Jardé O. Legislative recognition in France of psychological harassment at work. *Med Law.* 2003;22(2):239-50. PubMed PMID: 12889643.
38. Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S. The relative impact of workplace bullying as a social stressor at work. *Scand J Psychol.* 2010 Mar 12. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20338011
39. Helkavaara M, Saastamoinen P, Lahelma E. Psychosocial work environment and emotional exhaustion among middle-aged employees. *BMC Res Notes.* 2011 Apr 4;4:101. PubMed PMID: 21463503; PubMed Central PMCID: PMC3078868.
40. Hofmann I. [Conflict laden communication in the team: mobbing--violence toward colleagues]. *Pflege Z.* 2010 Sep;63(9):532-4. German. PubMed PMID: 20922976.
41. Hoffmann P. [Mobbing--psychological violence in the workplace]. *Osterr Krankenpflegez.* 1998 Aug-Sep;51(8-9):35-9. German. PubMed PMID: 9782952.
42. Knezević A. [Mobbing as a psychosocial distress]. *Med Pregl.* 2007 Jul-Aug;60(7-8):315-6. Serbian. PubMed PMID: 17990794
43. Kobelt A, Pfeiffer W, Winkler M, vom Bauer V, Gutenbrunner Ch, Petermann F. [Are harassment victims a special group of patients in psychosomatic rehabilitation?]. *Rehabilitation (Stuttg).* 2009 Oct;48(5):312-20. Epub 2009 Oct 21. German. PubMed PMID: 19847728.
44. Kobelt A, Gutenbrunner C, Schmid-Ott G, Schwickerath J, Petermann F. [Do people with mobbing experience which apply for medical rehabilitation have a peculiar personality?]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010 Jul;60(7):279-85. Epub 2009 Sep 14. German. PubMed PMID: 19753511.
45. Kovera MB. Psychology, law, and the workplace: an overview and introduction to the special issue. *Law Hum Behav.* 2004 Feb;28(1):1-7. PubMed PMID: 15055338
46. Kreiner B, Sulyok C, Rothenhäusler HB. [Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality]. *Neuropsychiatr.* 2008;22(2):112-23. German. PubMed PMID: 18606113.

47. Krieger N, Waterman PD, Hartman C, Bates LM, Stoddard AM, Quinn MM, Sorensen G, Barbeau EM. Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination--a study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States. *Int J Health Serv.* 2006;36(1):51-85. PubMed PMID: 16524165.
48. Kudielka BM, Kern S. Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): preliminary results of a first psychobiological field study. *J Psychosom Res.* 2004 Jan;56(1):149-50. PubMed PMID: 14987978.
49. Jarreta BM, García-Campayo J, Gascón S, Bolea M. Medico-legal implications of mobbing. A false accusation of psychological harassment at the workplace. *Forensic Sci Int.* 2004 Dec 2;146 Suppl:S17-8. PubMed PMID: 15639569.
50. Lahelma E, Lallukka T, Laaksonen M, Saastamoinen P, Rahkonen O. Workplace bullying and common mental disorders: a follow-up study. *J Epidemiol Community Health.* 2011 Jan 20. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21252256.
51. Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E. Workplace bullying and subsequent sleep problems - the Helsinki Health Study. *Scand J Work Environ Health.* 2011 May;37(3):204-12. doi: 10.5271/sjweh.3137. Epub 2010 Nov 30. PubMed PMID: 21116599.
52. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict.* 1990 Summer;5(2):119-26. PubMed PMID: 2278952.
53. Leyter M.P. [A two process model of burnout and work engagement: distinct implications of demands and values] *G.IT Med Law Erg sup.* A2008 vol. 30 a52-a58
54. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm.* 2011 Jan;41(1):41-7. PubMed PMID: 21157243.
55. Lo Cascio G, Martire MR, Picciotto D, Lo Cascio N. [Organization of work, hardship at work, mobbing: new problem areas that must be considered by the competent doctor in formulating fitness evaluation]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):651-3. Italian. PubMed PMID: 18409888.
56. Lodolo D'Oria V, Bulgarini d'Elci G, Bonomi P, Della Torre Di Valsassina M, Fasano AI, Giannella V, Ferrari M, Waldis F, Pecori Giraldi F. [Are teachers at risk for psychiatric disorders? Stereotypes, physiology and perspectives of a job prevalently done by women]. *Med Lav.* 2009 May-Jun;100(3):211-27. Italian. PubMed PMID: 19601405.
57. Lord K, Feinstein M, Coppinger R. Barking and mobbing. *Behav Processes.* 2009 Jul;81(3):358-68. PubMed PMID: 19520235.
58. MacIntosh J, Wuest J, Gray MM, Cronkhite M. Workplace bullying in health care affects the meaning of work. *Qual Health Res.* 2010 Aug;20(8):1128-41. Epub 2010 May 12. PubMed PMID: 20463362.

59. Magnavita N. : “Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro”. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* vol 30 suppl. A 2008.
60. Magnavita N, Bosco MG, Ranalletta D, Salerno S. [Fitness, disability and mobbing]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2006 Oct-Dec;28(4):440-3. Italian. PubMed PMID: 17380945.
61. Magnavita N. [Mobbing, considerations on a paradigm case]. *Med Lav.* 2000 Nov-Dec;91(6):587-91. Italian. PubMed PMID: 11233578.
62. Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health.* 2008 Sep 24;8:333. PubMed PMID: 18816388; PubMed Central PMCID: PMC2564939
63. Marchand A, Demers A, Durand P. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Soc Sci Med.* 2005 Jul;61(1):1-14. Epub 2005 Jan 12. PubMed PMID: 15847957.
64. Marinoni B, Minelli CM, Franzina B, Martellosio V, Scafa F, Giorgi I, Mazzacane F, Stancanelli M, Mennoia NV, Candura SM. [Analysis of a case series of workers with mobbing syndrome]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2007 Jul-Sep;29(3Suppl):354-6. Italian. PubMed PMID: 18409722.
65. Martire MR, Lo Cascio G, Picciotto D, Lo Cascio N. [Work organization and mobbing: application of cognitive methodology in medical circle]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2006 Oct-Dec;28(4):504-5. Italian. PubMed PMID: 17380953.
66. Meliá JL, Becerril M. Psychosocial sources of stress and burnout in the construction sector: a structural equation model. *Psicothema.* 2007 Nov;19(4):679-86. PubMed PMID: 17959126.
67. Meloni M, Austin M. Implementation and outcomes of a zero tolerance of bullying and harassment program. *Aust Health Rev.* 2011 Feb;35(1):92-4. PubMed PMID: 21367338.
68. Meseguer de Pedro M, Soler Sánchez MI, Sáez Navarro MC, García Izquierdo M. Workplace mobbing and effects on workers' health. *Span J Psychol.* 2008 May;11(1):219-27. PubMed PMID: 18630663.
69. Meseguer de Pedro M, Soler Sánchez MI, García-Izquierdo M, Sáez Navarro MC, Sánchez Meca J. [Psychosocial risk factors at work as predictors of mobbing]. *Psicothema.* 2007 May;19(2):225-30. Spanish. PubMed PMID: 17425890.
70. Minelli CM, Mennoia NV, Marinoni B, La Bruna DA, Sacchi M, Rosso GL, Giorgi I, Mazzacane F, Candura SM. [Mobbing: analysis of an ambulatory case load]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2003 Jul-Sep;25 Suppl(3):148-9. Italian. PubMed PMID: 14979124.
71. Monaco E, Bianco G, Ceppi Ratti E, Di Simone Di Giuseppe B, Risicato A, Prestigiacomo C. [Moral and psychological violence at work: assessment and

- certification]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2003 Jul-Sep;25 Suppl(3):150-2. Italian. PubMed PMID: 14979125.
72. Monaco E, Bianco G, Di Simone Di Giuseppe B, Prestigiaco C. [Emergent pathology in occupational medicine: the mobbing]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2004 Jan-Mar;26(1):28-32. Italian. PubMed PMID: 15134396.
 73. Monteleone P, Nolf G, Serritella C, Milano V, Di Cerbo A, Blasi F, Petrella C, Maj M. Hypoactivity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in victims of mobbing: role of the subjects' temperament and chronicity of the work-related psychological distress. *Psychother Psychosom*. 2009;78(6):381-3. Epub 2009 Sep 8. PubMed PMID: 19738406.
 74. Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Moreno Y, Sanz Vergel AI. [Workplace bullying and health complaints: The moderating role of physiological activation.]. *Psicothema*. 2011 Apr;23(2):227-232. Spanish. PubMed PMID: 21504674.
 75. Mościcka A, Drabek M. [Individual and environmental antecedents of mobbing]. *Med Pr*. 2010;61(4):467-77. Review. Polish. PubMed PMID: 20865859.
 76. Muschalla B, Vilain M, Lawall C, Lewerenz M, Linden M. [Occupational and social participation disorders in patients in office-practice medical care]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2009 Apr;48(2):84-90. Epub 2009 Apr 17. German. PubMed PMID: 19421939
 77. Nakamura H, Nagase H, Yoshida M, Ogino K. Natural killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of burnout. *J Psychosom Res*. 1999 Jun;46(6):569-78. PubMed PMID: 10454173.
 78. Nakao M. [Work-related stress and psychosomatic medicine] *Biopsychosocial Medicine* 2010;4:4 <http://bpsmedicine.com/content/4/1/4>
 79. Niedhammer I, David S, Degioanni S, Drummond A, Philip P, Acquarone D, Aicardi F, André-Mazeaud P, Arseno M, Astier R, Baille H, Bajon-Thery F, Barre E, Basire C, Battu JL, Baudry S, Beatini C, Beaud'huin N, Becker C, Bellezza D, Beque C, Bernstein O, Beyssier C, Blanc-Cascio F, Blanchet N, Blondel C, Boisselot R, Bordes-Dupuy G, Borrelly N, Bouhnik D, Boulanger MF, Boulard J, Bourreau P, Bourret D, Boustière AM, Breton C, Bugeon G, Buono-Michel M, Canonne JF, Capella D, Cavin-Rey M, Cervoni C, Charreton D, Charrier D, Chauvin MA, Chazal B, Coughnot C, Cuvelier G, Dalivoust G, Dumas R, Debaille A, DeBretteville L, Delaforge G, Delchambre A, Domeny L, Donati Y, Ducord-Chapelet J, Duran C, Durand-Bruguerolle D, Fabre D, Faivre A, Falleri R, Ferrando G, Ferrari-Galano J, Flutet M, Fouché JP, Fournier F, Freyder E, Galy M, Garcia A, Gazazian G, Gérard C, Girard F, Giuge M, Goyer C, Gravier C, Guyomard A, Hacquin MC, Halimi E, Ibagues T, Icart P, Jacquin MC, Jaubert B, Joret JP, Julien JP, Kacel M, Kesmedjian E, Lacroix P, Lafon-Borelli M, Lallai S, Laudicina J, Leclercq X, Ledieu S, Leroy J, Leroyer L, Loesche F, Londi D, Longueville JM, Lotte MC, Louvain S, Lozé M, Maculet-Simon M, Magallon G, Marcelot V, Mareel MC, Martin P, Masse AM, Méric M, Milliet C, Mokhtari R, Monville AM, Muller B, Obadia G, Pelsier M, Peres L, Perez E, Peyron M,

- Peyronnin F, Postel S, Presseq P,Pyronnet E, Quinsat C, Raulot-Lapointe H, Rigaud P, Robert F, Robert O, Roger K, Roussel A, Roux JP, Rubini-Remigy D, Sabaté N, Saccomano-Pertus C, Salengro B,Salengro-Trouillez P, Samsom E, Sendra-Gille L, Seyrig C, Stoll G, Tarpinian N,Tavernier M, Tempesta S, Terracol H, Torresani F, Triglia MF, Vandomme V,Vieillard F, Vilmot K, Vital N. Workplace bullying and psychotropic drug use: themediating role of physical and mental health status. *Ann Occup Hyg.* 2011 Mar;55(2):152-63. Epub 2010 Dec 20. PubMed PMID: 21177264.
80. Nolfè G, Petrella C, Zontini G, Uttieri S, Nolfè G. Association between bullying at work and mental disorders: gender differences in the Italian people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Nov;45(11):1037-41. Epub 2009 Oct 24. PubMed PMID: 19855910.
 81. Pappone P., Citro A., Natullo O., Del Castello (a cura di) : Patologia psichica da stress, mobbing e costrittività organizzativa. La tutela dell'INAIL.” Tipografia INAIL; Roma, aprile 2005.
 82. Pappone P, Santalucia L, Del Castello E, De Maino V, Garofalo E, Cappelluccio R, Feola D, Ruberto M, Liotti F. [The MMPI-2 test in the evaluation of the mobbing syndrome]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):703-5. Italian. PubMed PMID: 18409914.
 83. Pellegrino F. “Stress lavorativo come malattia professionale: il rischio psicosociale” Momento medico S.r.l., Salerno, 2010.
 84. Pierrat S. [Psychological harassment at the workplace]. *Rev Med Liege.* 2004 Oct;59(10):591-7. Review. French. PubMed PMID: 15623080
 85. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Iliceto P, Puccinno M, Fiori Nastro P, Tatarelli R, Girardi P. Suicide risk and exposure to mobbing. *Work.* 2008;31(2):237-43. PubMed PMID: 18957741.
 86. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Iliceto P, Puccinno M, Fiori Nastro P, Tatarelli R, Girardi P. Suicide risk and exposure to mobbing. *Work.* 2008;31(2):237-43. PubMed PMID: 18957741.
 87. Prieto-Orzanco A. [Harassment at work (mobbing) and its effects on health]. *Aten Primaria.* 2005 Mar 15;35(4):213-6. Spanish. PubMed PMID: 15766498.
 88. Punzi S, Cassitto MG, Castellini G, Costa G, Gilioli R. [Mobbing and its effects on health. the experience of the "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" in Milan]. *Med Lav.* 2007 Jul-Aug;98(4):267-83. Italian. PubMed PMID: 17679339.
 89. Raho C., Giorgi I.,Bonfiglio N.S.,Argentero P. [Caratteristiche di personalità in un campione di soggetti che lamentano vessazioni su posto di lavoro] *G.it. Med Lav Erg Sup.a* 2008 vol. 30 pg a80-a86.
 90. Richman JA, Rospenda KM, Flaherty JA, Freels S, Zlatoper K. Perceived organizational tolerance for workplace harassment and distress and drinking over time [harassment and mental health]. *Women Health.* 2004;40(4):1-23. PubMed PMID: 15911507.

91. Richman JA, Shinsako SA, Rospenda KM, Flaherty JA, Freels S. Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. *J Stud Alcohol*. 2002 Jul;63(4):412-9. PubMed PMID: 12160099.
92. Rocco A, Martocchia A, Frugoni P, Baldini R, Sani G, Di Simone Di Giuseppe B, Vairano A, Girardi P, Monaco E, Tatarelli R, Falaschi P. Inverse correlation between morning plasma cortisol levels and MMPI psychasthenia and depression scale scores in victims of mobbing with adjustment disorders. *Neuro Endocrinol Lett*. 2007 Oct;28(5):610-3. PubMed PMID: 17984936.
93. Rodríguez-Carballeira A, Escartín Solanelles J, Visauta Vinacua B, Porrúa García C, Martín-Peña J. Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: a Delphi survey. *Span J Psychol*. 2010 May;13(1):297-308. PubMed PMID:20480698
94. Romano C, De Giovanni L, Santoro PE, Spataro M. [The relationship between mobbing and depression syndrome in the female working population of service industry: the problem statement and the prevention strategies in Sicilian environment]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):675-8. Italian. PubMed PMID: 18409900.
95. Rospenda KM, Richman JA, Shannon CA. Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace: results from a national study. *J Interpers Violence*. 2009 May;24(5):819-43. Epub 2008 May 7. PubMed PMID: 18463311.
96. Rospenda KM, Richman JA. The factor structure of generalized workplace harassment. *Violence Vict*. 2004 Apr;19(2):221-38. PubMed PMID: 15384456.
97. Rossi M, D'Andrea R. [Mobbing: a problem in occupational health]. *Recenti Prog Med*. 2001 Jan;92(1):49-51. Italian. PubMed PMID: 11260971.
98. Saunders P, Huynh A, Goodman-Delahunty J. Defining workplace bullying behaviour professional lay definitions of workplace bullying. *Int J Law Psychiatry*. 2007 Jul-Oct;30(4-5):340-54. Epub 2007 Aug 9. PubMed PMID: 17692375.
99. Schambortski H. [Mobbing--when work turns into hell. The everyday aggression in the work place]. *Pflege Aktuell*. 1995 Feb;49(2):98-9. German. PubMed PMID: 7894790
100. Scholz N. [Mobbing--from the viewpoint of leadership]. *Osterr Krankenpflegez*. 1998 Aug-Sep;51(8-9):32-4. German. PubMed PMID: 9782951
101. Segurado Torres A, Agulló Tomás E, Rodríguez Suárez J, Agulló Tomás MS, Boada i Grau J, Medina Centeno R. [Interpersonal relations as a source of risk of mobbing in the local police]. *Psicothema*. 2008 Nov;20(4):739-44. Spanish. PubMed PMID: 18940077.

102. Stagg SJ, Sheridan D. Effectiveness of bullying and violence prevention programs. *AAOHN J.* 2010 Oct;58(10):419-24. doi: 10.3928/08910162-20100916-02. Epub 2010 Sep 23. Review. PubMed PMID: 20873686
103. Stansfeld S., Candy B. [Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review] *Scand J Work Environ Health* 2006 32(6):443-462.
104. Takaki J, Taniguchi T, Fukuoka E, Fujii Y, Tsutsumi A, Nakajima K, Hirokawa K. Workplace bullying could play important roles in the relationships between job strain and symptoms of depression and sleep disturbance. *J Occup Health.* 2010 Dec 14;52(6):367-74. Epub 2010 Oct 7. PubMed PMID: 20944438.
105. Toffoletto F., Latocca R.(a cura di) Atti del convegno “stress e attività lavorativa” Monza 4 aprile 2009 *G.IT Med Law erg* 2009 31:2 185-235.
106. Tomei G, Cinti ME, Sancini A, Cerratti D, Pimpinella B, Ciarrocca M, Tomei F, Fioravanti M. [Evidence based medicine and mobbing]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2007 Apr-Jun;29(2):149-57. Review. Italian. PubMed PMID: 17886755.
107. Topa Cantisano G, Morales Domínguez JF, Gallastegui Galán JA. [Mobbing: its relationships with organizational culture and personal outcomes]. *Psicothema.* 2006 Nov;18(4):766-71. Spanish. PubMed PMID: 17296115.
108. Topa Cantisano G, Depolo M, Morales Domínguez JF. [Mobbing: a meta-analysis and integrative model of its antecedents and consequences]. *Psicothema.* 2007 Feb;19(1):88-94. Spanish. PubMed PMID: 17295988.
109. Verworner H. [Mobbing in the work place. Catchword or sad reality]. *Osterr Krankenpflegez.* 1998 Aug-Sep;51(8-9):24-7. German. PubMed PMID: 9782949.
110. Vie TL, Glasø L, Einarsen S. Health outcomes and self-labeling as a victim of workplace bullying. *J Psychosom Res.* 2011 Jan;70(1):37-43. Epub 2010 Sep 18. PubMed PMID: 21193099.
111. Wachs J. Workplace incivility, bullying, and mobbing. *AAOHN J.* 2009 Feb;57(2):88. PubMed PMID: 19283937.
112. Weber M. [Federal occupational court establishes employer responsibilities: mobbing at the work site]. *Pflege Z.* 2009 Jul;62(7):421-3. German. PubMed PMID: 19634525.
113. Winkler D., Pjrek E., Moser U., Kasper S. “Escitalopram in a working population: result from an observational study of 2378 outpatients in Austria” *Hum. Psychopharmacol clin exp* 2007, 22, 245-251.
114. Wu T, Ma J, Chen S, Sun Y, Xiao C, Gao Y, Wang R, Poudrier J, Dargis M, Currie RW, Tanguay RM. Association of plasma antibodies against the inducible Hsp70 with hypertension and harsh working conditions. *Cell Stress Chaperones.* 2001 Oct;6(4):394-401. PubMed PMID: 11795477; PubMed Central PMCID: PMC434423.

115. Ziliotto G. [Mobbing, coping and narcissism: reflections in the light of a clinical experience]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008 Jan-Mar;30(1 Suppl A):A75-9. Italian. PubMed PMID: 18700481.
116. Zochling J, Bohl-Bühler MH, Baraliakos X, Feldtkeller E, Braun J. Infection and work stress are potential triggers of ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol*. 2006 Sep;25(5):660-6. Epub 2006 Apr 22. PubMed PMID: 16633712.

SITOGRAFIA

1. <http://www.gimle.fsm.it>
2. <http://www.osha.europa.eu>
3. <http://www.ispesl.it>
4. <http://www.hse.uk.gov/stress>
5. <http://www.prima-ef.org>