

Disturbi psichiatrici e patogenesi lavorativa: osservazioni sull'epidemiologia del *mobbing*

Psychiatric disturbances and working pathogenesis: observations on the epidemiology of mobbing

G. NOLFE
C. PETRELLA
F. BLASI
G. ZONTINI*
G. NOLFE**

Centro Clinico di Psicopatologia del Lavoro e Prevenzione Mobbing ASL Napoli 1; * Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura "V. Monaldi", Napoli; ** Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Cibernetica "E. Caianiello", Pozzuoli

Key words

Psychiatric disturbances • Working pathogenesis • Mobbing (bullying at work) • Epidemiology

Correspondence: Dr. Giovanni Nolfo, UOSM 44 ASL Napoli 1, via Monte di Dio 25, 80132, Napoli, Italy
Fax +39 081 2547060
giovanninolfo@virgilio.it

Summary

Background

The relationship between work demands and psychiatric disturbances represents an emerging topic in the contemporary psychiatry. The phenomenon of mobbing (bullying at work), in this regard, acquires the value of a more significant life-event-stressor, till to becomes the paradigm of the pathogenic influence that work organizational and interpersonal characteristics have on the mental health. Many studies have underlined the prevalence and the epidemiological features of mobbing using self-administered questionnaires and have considered the bullying at work as an on/off phenomenon.

Objective

To evaluate psychiatric pathologies among the workers subjected to bullying at work and to examine the pathogenic relationship between bullying at work and psychiatric features

Methods

Data are from 733 subjects referred to the "Work Psychopathology Medical Centre" of ASL Naples 1, from January 2000 to December 2005. Each subject was included in a clinical trial in order to make a diagnosis meeting the DSM IV criteria. In order to measure the level of pathogenic degree of this phenomenon, we have introduced an ordinal scale to grade the correlation between bullying at work and psychopathological profile. Moreover, we have selected two groups, with the highest and the lowest degree of working pathogenesis, and the influence of age, gender, level of education, work sector was also evaluated. Statistical analysis was carried out in order to study the correlation between diagnoses and working pathogenesis.

Results

Adjustment Disorders, Mood Disorders, Anxiety Disorders were the more frequent diagnoses (Tables III, IV). Male sex (Table II), high education level, high working level, depression and adjustment disorders were the more frequent demographic and clinical variables related to the highest working pathogenesis degree.

Introduzione

Le connessioni tra la patologia psichiatrica e il lavoro (con le sue caratteristiche organizzative e la sua complessa rete di significati e di relazioni interpersonali) costituiscono un argomento relativamente poco sottolineato dalla ricerca psichiatrica.

La psicopatologia classica, pur avendo dato ampio spazio a questioni quali la comprensibilità dei sintomi psichici in relazione alle condizioni esistenziali del paziente¹ o al ruolo che gli "eventi" potevano svolgere nella genesi e nella progressione della malattia mentale^{2,3}, non ha tuttavia dato particolare risalto agli aspetti legati al lavoro produttivo.

Successivamente, con l'espansione dell'interesse per la psichiatria sociale, l'attenzione sul ruolo degli eventi stressanti, compresi quelli lavorativi, acquisisce una maggiore "dignità" psicopatogenetica e gli avvenimenti connessi al lavoro (non solo quelli della disoccupazione, dell'emigrazione o dell'"alienazione") sono presi in maggiore considerazione. Infatti, diverse metodologie operative, tese a valutare e quantificare gli *stressful-life-events*, introducono i fenomeni della vita lavorativa, compresi quelli di natura interpersonale, nelle proprie *check-list*^{4,5}. Nella stessa direzione hanno probabilmente condotto anche le considerazioni secondo cui il valore patogeno degli *stressors* psicosociali doveva essere considerato non tanto, o non

solo, sulla base della loro intensità quanto, piuttosto, sul grado di adattamento che essi richiedevano ⁶.

L'importanza del rapporto tra lavoro e disagio psichico è stata enfatizzata e confermata, più recentemente, da numerosi studi che hanno sottolineato che le condizioni lavorative possono essere considerate tra le principali variabili connesse alla salute mentale ⁷⁻¹⁰.

Vari studi hanno quindi messo in evidenza come le condizioni di stress lavorativo, il demansionamento, gli squilibri e l'ingiustizia organizzativa costituiscano un rilevante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie psichiatriche, sia di tipo depressivo, sia dello spettro ansioso ^{11 12}. Allo stesso modo, un importante studio di metanalisi ha riportato che condizioni quali l'eccessiva tensione, l'insicurezza, lo squilibrio tra investimenti e riconoscimenti e lo scarso potere decisionale nei contesti lavorativi siano alla base di numerosi quadri di natura psicopatologica ¹³.

In questo ambito il fenomeno del *mobbing* (*bullying at work*) ha assunto un rilievo assolutamente significativo, fino a divenire, in maniera forse fin troppo marcata, il paradigma delle influenze negative che l'ambiente di lavoro può svolgere sulle condizioni di benessere psicologico e psichiatrico nel contesto sociale. Pertanto, dopo gli studi di Brodsky degli anni '70 ¹⁴ e le ricerche iniziali di Leymann ¹⁵ e Leymann & Gustafsson ¹⁶, l'attenzione scientifica, politico-sociale e legislativa ha riscosso un'eco sempre maggiore nei paesi occidentali ¹⁷⁻²⁰.

Attualmente non esiste un'univocità di vedute e di interpretazioni sul *mobbing* e ciò anche in relazione all'assenza di strumenti omogenei di misurazione e di valutazione diagnostica ²¹. Nella nostra analisi considereremo il *mobbing* come un fenomeno complesso, prodotto da relazioni interpersonali altamente conflittuali e caratterizzato dall'esposizione continuativa di una vittima alle azioni minacciose, vessatorie e ostili di uno o più colleghi di lavoro ^{22 23}. Questi sono abitualmente di pari grado o superiori o, più raramente, collocati in una posizione gerarchica inferiore. Ricordiamo, inoltre, per i riferimenti che opereremo nel nostro articolo, la distinzione, sottolineata anche nel documento di consenso italiano ²⁴, tra il "*mobbing* strategico", collegato a una precisa strategia aziendale tesa a escludere uno o più lavoratori, e il "*mobbing* emozionale o relazionale", in cui prevalgono gli aspetti del conflitto interpersonale e che appare meno legato a una chiara programmazione dell'azienda o del suo *management*.

Stime epidemiologiche, fondate sull'uso di questionari autosomministrati, individuano che la percentuale dei lavoratori colpiti dal fenomeno del *mobbing* è pari all'8% in Europa ed al 4,2% nel nostro paese ²⁵; questo ultimo valore sale al 6% in altri studi ²⁶. In tutti i casi la condizione del *mobbing* viene considerata in una dimensione dicotomica, per cui essa può essere semplicemente presente o assente.

Il nostro contributo intende partire da un punto di osservazione diverso ed è teso a individuare il grado di interrelazione tra il disturbo psichiatrico e il fenomeno del *mobbing* all'interno di un gradiente progressivo di connessione.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su 733 casi (297 femmine e 436 maschi) che hanno afferto al Centro di Psicopatologia del Lavoro della ASL Napoli 1 tra l'anno 2000 e il 2005 su invio di altre agenzie sanitarie della Campania (medici di base, medici competenti, unità operative di salute mentale, medicina legale ecc.), di organizzazioni sindacali, legali o su richiesta diretta dei cittadini. Il campione era costituito, quindi, da soggetti in cui era stata identificata una forma di sofferenza psicologica o psichiatrica e la cui relazione con il "lavoro" era apparsa almeno significativa. I 733 casi sono inoltre il risultato di un ulteriore "filtro", basato su un colloquio preliminare di tipo psicosociale (effettuato da un assistente sociale specificamente formato sulle psicopatologie da lavoro) teso a escludere le situazioni più chiaramente estranee al nostro campo di osservazione.

Ciascun soggetto è stato inserito in un protocollo diagnostico e terapeutico della durata minima di sei mesi. Nei casi positivi la diagnosi psichiatrica è stata effettuata in accordo con i criteri del DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). La patologia osservata è stata quindi messa in relazione ai fenomeni e agli eventi lavorativi compatibili con una condizione di *mobbing* secondo un gradiente progressivo: da un grado minimo a uno massimo di correlazione patogenica.

Dei 733 soggetti giunti all'osservazione in 533 casi (73%) è stato individuato un disturbo psichiatrico e su tali pazienti sono stati elaborati i rilievi statistici tesi sia a evidenziarne le caratteristiche socio-demografiche, sia a individuare quelle che tra esse potessero discriminare i pazienti a più alto grado di patogenesi lavorativa rispetto ai soggetti in cui il ruolo del lavoro era risultato meno rilevante nel determinismo della patologia osservata.

Il grado di relazione patogenica tra la diagnosi psichiatrica e la condizione lavorativa è stato articolato secondo un gradiente costituito da cinque differenti livelli.

Le variabili prese in considerazione per quantificare tale connessione sono state: 1) l'anamnesi psichiatrica e la corrispondenza temporale tra l'esordio del quadro psicopatologico (o dei suoi sintomi prodromici) e la condizione di disagio lavorativo; 2) l'esclusione di *stressors* psicosociali diversi; 3) dati positivi circa la natura, l'intensità e la durata degli eventi lavorativi che potessero essere considerati come compatibili con

la fenomenologia del *mobbing* (anche attraverso la valutazione delle memorie narrative e delle documentazioni allegate dai singoli pazienti). Il rilievo che è stato dato a ciascuna variabile è riportato nella scheda riassuntiva del *Grading della Patogenesi Lavorativa* (allegato 1) elaborata dal nostro centro.

Sulla base di questi dati, quindi, sono stati definiti i cinque diversi livelli: un primo livello con la probabilità di correlazione positiva massima (oltre il 75% di probabilità), un secondo con un elevato grado di correlazione (51-75%), un terzo gruppo caratterizzato da un livello medio-inferiore di probabilità (25-50%), infine un quarto, a scarso (6-25%), e un quinto gruppo a grado nullo (0-5%) di probabilità.

I pazienti appartenenti al primo e secondo livello sono stati accorpati nel gruppo a elevato grado di patogenesi lavorativa (gruppo A), quelli compresi nel quarto e quinto hanno al contrario costituito il gruppo a minore grado di patogenesi lavorativa (gruppo B), mentre è stato deciso di considerare i pazienti del terzo livello (25-50% di probabilità di connessione positiva) come una zona di confine che non poteva di fatto essere inserita in alcuna delle due categorie.

L'elaborazione statistica dei dati è stata effettuata attraverso l'utilizzazione di strumenti statistici descrittivi, χ^2 test, z-test e t-test per popolazioni indipendenti. In particolare sono state confrontate le variabili socio-demografiche, età, sesso, anni, qualifica e tipologia del lavoro, dei soggetti appartenenti ai gruppi A o B. È stata infine valutata la frequenza con cui le diagnosi sono state riscontrate tra i soggetti con più elevata patogenesi lavorativa e in quelli in cui le esperienze vissute nel contesto del lavoro aveva un peso moderato o minimo nel determinismo del quadro clinico accertato e se, pertanto, il tipo di diagnosi potesse discriminare le due popolazioni di pazienti.

Risultati

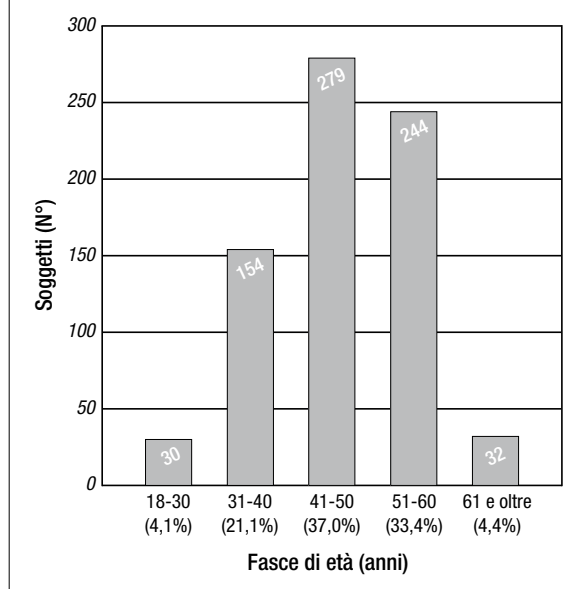
In primo luogo abbiamo preso in esame la totalità dei soggetti che sono giunti all'osservazione per analizzare le loro caratteristiche demografiche.

I richiedenti sono risultati essere lavoratori di sesso maschile nel 59% dei casi, mentre le donne hanno costituito il 41% del campione. In media la durata del lavoro nel campione è risultata di $16,8 \pm 9,9$ anni. L'età anagrafica media è stata di $46,8 \pm 8,7$ anni.

L'età media degli utenti maschi è stata di $47,9 \pm 8,6$ anni ed è risultata più elevata rispetto al gruppo delle lavoratrici in cui è pari a $45,2 \pm 8,7$ anni ($p < 0,001$, t-test).

Nella Figura 1 è riportata la distribuzione dei soggetti esaminati in cinque fasce di età. Da essa si evince come gli intervalli di età maggiormente interessati sono stati quelli compresi tra i 41 e i 50 anni (37,0%) e tra i 51 e i 60 anni (33,4%), mentre nell'intervallo

Fig. 1. Distribuzione dei soggetti per età. *Distribution of subjects according to age.*

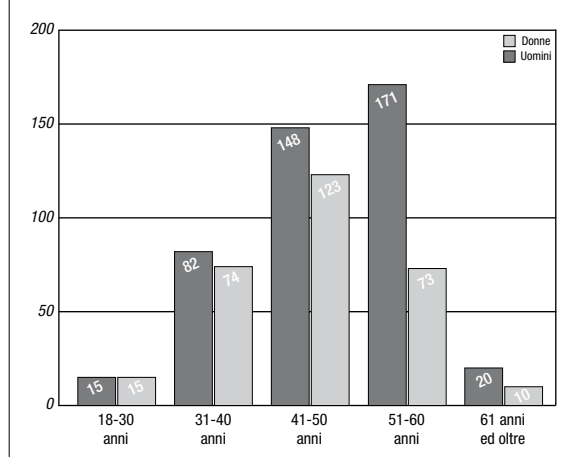


31-40 anni la percentuale scende al 21,1%, per ridursi fortemente oltre i 61 anni (4,4%) e tra i 18 e i 30 anni (4,1%).

Abbiamo inoltre valutato la distribuzione dei lavoratori per sesso all'interno delle cinque fasce di età e i risultati sono riportati nella Figura 2.

È stata preso in esame, quindi, l'appartenenza dei soggetti ai diversi settori lavorativi (Tab. I). La loro distribuzione, tra settore pubblico e privato, è risultata pari al 57,8% nelle aziende private, al 38,7% in quelle pubbliche e al 3,5% nelle aziende a partecipazione mista.

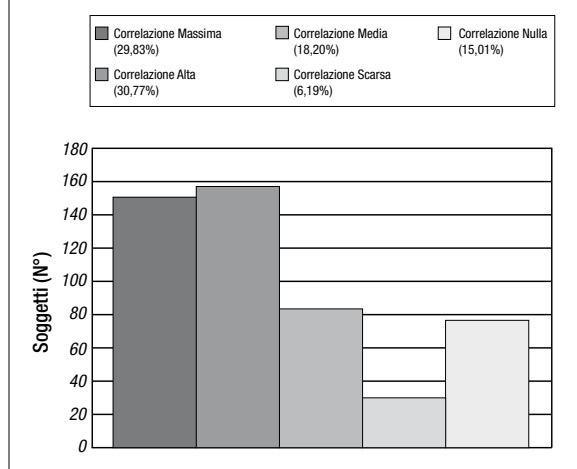
Fig. 2. Distribuzione dei soggetti per età e sesso. *Distribution of subjects according to age and sex.*



	(%)
Industria, energetici ed edilizia	14,68
Agricoltura, pesca e artigianato	0,82
Commercio	12,76
Sanità, servizi sociali	17,42
Bancari e assicurativi	9,88
Trasporti	4,53
Pubblica amministrazione	23,46
Forze armate e di pubblica sicurezza	2,74
Turismo e tempo libero	2,46
Telefonici e tele-comunicazioni	9,74
Altri	1,51

I livelli lavorativi sono stati raggruppati in tre gradi: inferiore (operai, personale non specializzato ecc.), medio (impiegati, quadri ecc.) e superiore (dirigenti, professionisti ecc.). Al primo livello apparteneva il 16% della popolazione, il 50% a quello medio, mentre il 34% era costituito dal livello superiore d'impiego. Ciascun paziente è stato, quindi, assegnato in una delle cinque categorie in rapporto al rilievo del *bullying at work* nel determinismo patogenetico della malattia. Nella Figura 3 è rappresentata la distribuzione dei pazienti nelle cinque categorie che evidenzia come nel 15,01% dei pazienti non è stato possibile riscontrare alcuna relazione tra patologia e lavoro, nel 6,19% essa è risultata scarsa mentre era di grado medio nel 18,20% dei casi, nel 30,77% e nel 29,83% essa, al contrario, è stata stimata di valore elevato o addirittura massimo.

Fig. 3. Distribuzione dei soggetti per grado di patogenesi lavorativa. *Distribution of subjects according to work-related pathogenesis.*



Tab. II. Confronto (t-test) dell'età media dei soggetti, suddivisi per sesso, nei gruppi ad alto (A) e minore grado di eziologia lavorativa (B). *Comparison (t-test) of mean age of subjects, between males and females, in the groups with high (A) and low CBS grade of working aetiology.*

	A	B	
Maschi	47,5 ± 9	49,2 ± 8	ns
Femmine	44,9 ± 8	45,8 ± 9	ns
	ns	p < 0,01	

I cinque sottogruppi sono stati quindi assemblati in due categorie: il primo (gruppo A, $n_A = 318$) comprendeva i pazienti del primo e secondo livello a elevato grado di patogenesi lavorativa e il secondo (gruppo B, $n_B = 113$) raggruppava i livelli 4 e 5 caratterizzati da un minore peso di patogenesi lavorativa. I pazienti del terzo livello in cui la patogenesi occupava un livello eziopatogenetico intermedio (dal 25 al 50% di probabile nesso causale) non sono stati assegnati ad alcun gruppo.

Nel campione complessivo esaminato (58,7% maschi e 41,3% femmine), gli uomini si sono distribuiti nella misura del 76,5% nel gruppo A e del 23,5% nel gruppo B, mentre le donne sono confluite per il 69,2% nel gruppo A e per il 30,8% in quello B. Ne risulta che nel gruppo A il rapporto M:F è pari a 1,5:1 mentre scende a 1,1:1 nel gruppo B.

L'età media dei soggetti è risultata nel gruppo A di $48,8 \pm 8,6$ anni e di $46,3 \pm 8,8$ in quello B (ns). Considerando il sesso si ottengono i risultati riportati nella Tabella II.

Il grado di istruzione espresso in anni di studio ha differenziato ($p < 0,001$, t-test) i due gruppi in maniera statisticamente significativa: $14,1 \pm 3,2$ (gruppo A) vs. $12,9 \pm 2,9$ (gruppo B). Considerando il sesso, mentre per le femmine non si evincono differenze significative, i maschi appartenenti al gruppo A hanno un'istruzione in media più bassa di quelli appartenenti al gruppo B: 12 ± 3 vs. 14 ± 3 ($p < 0,01$, t-test).

Il valore medio degli anni di lavoro, che hanno preceduto l'osservazione e la diagnosi clinica, sono risultati pari ad anni $18,3 \pm 9,9$ nel gruppo A e $16,3 \pm 10,0$ nel gruppo B. Tali differenze, a causa dell'elevato valore delle deviazioni standard, non hanno raggiunto livelli di significatività statistica anche suddividendo i due gruppi in base al sesso.

Nella Tabella III sono riportate le diagnosi principali effettuate secondo i criteri del DSM-IV e raccolte nei relativi raggruppamenti. I disturbi dell'adattamento hanno rappresentato il 62,76% delle diagnosi; nel 25,70% esse sono state costituite da disturbi dell'umore e nel 9,87% da quelli d'ansia. I disturbi dello spettro schizofrenico hanno rappresentato lo 0,93% dei casi, percentuale che sale al 2,73% quando ven-

Tab. III. Diagnosi e gruppi diagnostici (n. di pazienti). *Diagnosis and diagnostic groups (n° patients).*

A. Disturbi dell'umore (138)	depressione maggiore (126, con sintomi psicotici incongruenti 3), distimia (7), bipolari (5)
B. Disturbi d'ansia (53)	DPTS (33), disturbo acuto da stress (3), disturbo d'ansia generalizzato (10), disturbo da attacchi di panico: con o senza agorafobia (5), NAS (2)
C. Disturbi dell'adattamento (337)	con ansia (56), umore depresso (60), misto (222) e alterazione della condotta (1)
D. Disturbi dello spettro schizofrenico e di personalità (7),	psicotico breve (4), delirante (1), NAS (1), <i>borderline</i> di personalità (1)
Altre diagnosi (2)	disturbi dell'alimentazione (1), disturbo del controllo degli impulsi (1)

Tab. IV. Confronto (z-test) della distribuzione dei raggruppamenti diagnostici nei gruppi a elevato (A) e moderata o scarso (B) grado di eziologia lavorativa. *Comparison (z-test) of distribution of diagnostic grouping in the groups with high (A) and moderate or low (B) degree of work-related aetiology.*

	A	B	
Disturbi dell'umore	114/320 (35,6%)	24/205 (11,7%)	p < 0,0001
Disturbi d'ansia	36/320 (11,2%)	15/205 (7,3%)	ns
Disturbi dell'adattamento	170/320 (53,1%)	165/205 (81,0%)	p < 0,0001

gono considerati i disturbi dello spettro psicotico nel loro complesso.

Confrontando la frequenza con cui i principali raggruppamenti diagnostici si distribuiscono tra i soggetti con più elevata patogenesi lavorativa ($n_A = 320$) rispetto a quelli in cui le esperienze vissute nel contesto del lavoro avevano un peso moderato o minimo ($n_B = 205$), abbiamo ottenuto i risultati riportati nella Tabella IV.

Discussione

Lo studio del campione che si è rivolto alla nostra agenzia sanitaria mette in evidenza una prevalenza degli uomini rispetto alle donne in un rapporto di 3:2 analogamente a quanto riportato dall'Istituto Superiore per la Sicurezza e la Prevenzione del Lavoro (ISPESL) secondo cui sono coinvolti dal fenomeno del *mobbing* il 57% dei maschi e il 43% delle femmine.

Le fasce di età maggiormente coinvolte sono quelle tra 41-50 e 51-60 anni. Anche in questo caso il risultato appare sostanzialmente sovrapponibile a quelli di altri gruppi di ricerca²⁷, a dimostrazione che appaiono maggiormente colpite le aree della forza lavoro caratterizzate da una maggiore esperienza e, presumibilmente, da una maggiore qualifica professionale. Naturalmente questo dato va letto anche sulla base del tentativo, frequente nelle "riorganizzazioni aziendali", di estromettere dal circuito lavorativo ("*mobbing* strategico") aree di lavoratori considerate meno produttive o meno facilmente controllabili o, semplicemente, più costose.

Globalmente l'età media dei soggetti è stata pari a $46,8 \pm 8,7$ anni, con un valore significativamente più elevato negli uomini ($47,9 \pm 8,6$) rispetto alle donne ($45,2 \pm 8,7$).

Quando si incrociano i dati relativi all'età con il sesso si possono rilevare differenze interessanti. Mentre, infatti, nel sesso femminile la distribuzione segue l'andamento di una curva gaussiana, nel sesso maschile si osserva un incremento progressivo del "rischio" con l'avanzare dell'età anagrafica, fino al raggiungimento del picco nell'intervallo 51-60 anni i cui tassi di occupazione non risultano, invece, particolarmente rilevanti nella popolazione italiana (circa il 27% nel range 54-64 anni) secondo i dati OCSE (*OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics*). Sulla base dei nostri dati appare evidente come le differenze tra popolazione maschile e femminile nelle fasce 21-30 e 31-40 anni siano minime (soprattutto tenendo conto dei differenti tassi di occupazione), poi tali differenze tendono ad aumentare, lievemente nell'intervallo 41-50 e, in misura molto più consistente, in quello tra i 51 e 60 anni e oltre. Pertanto, si può concludere che il rischio di disagio lavorativo aumenta con il fattore età negli uomini, mentre lo stesso rischio appare proporzionalmente più marcato in periodi più precoci tra le donne. Ciò può essere messo in relazione a una frequenza superiore delle azioni di "*mobbing* strategico", già descritto in precedenza, operate nei confronti dei lavoratori di sesso maschile, mentre le donne subirebbero danni maggiori nei periodi della loro vita lavorativa in cui più significative possono essere le discriminazioni rispetto all'evoluzione della carriera, all'armonizzazione dei contesti lavorativi con quelli familiari e ai

disagi connessi a quelle discriminazioni e vessazioni a più marcato contenuto sessuale ben descritte in letteratura²⁸.

Inoltre, sempre per quanto concerne le differenze tra i due sessi, nel nostro studio abbiamo osservato una linea di tendenza che, pur senza raggiungere il rilievo della significatività statistica, evidenzia come all'interno della popolazione maschile la diagnosi clinica si correli in maniera più diretta con gli *stressors* lavorativi. Infatti, il rapporto M:F risulta di 1,5:1 nel gruppo a elevato grado di patogenesi lavorativa mentre scende quasi alla parità (1,1:1) nei pazienti in cui la patologia psichiatrica presenta una minore correlazione con il lavoro. Questa maggiore incidenza dei conflitti lavorativi nella popolazione maschile concorda con le valutazioni ottenute, mediante la somministrazione di questionari, da alcuni gruppi di ricerca²⁹, mentre altri autori, al contrario, non avevano precedentemente individuato differenze significative di genere^{28 30-32}. Alla luce delle nostre osservazioni possiamo ritenere che nel sesso femminile i disturbi psichiatrici abbiano, con maggiore probabilità, una genesi multifattoriale, in cui condizioni diverse interagiscono con quelle lavorative; ciò anche in rapporto al ruolo sociale della donna che, particolarmente nel contesto culturale dell'area geografica studiata (Sud Italia), si esprime in contesti relazionali molteplici e gravosi (lavoro, famiglia, cura dei figli ecc.).

Secondo alcuni autori i diversi settori lavorativi non modificherebbero la frequenza della percezione soggettiva del disagio³³. Al contrario, altri studi hanno messo in evidenza che il *mobbing* è di più frequente tra gli impiegati pubblici che non nel settore privato^{34 35}. Rispetto a tale argomento, Einarsen & Skogstad³⁰ hanno ottenuto risultati discordanti pur osservando, in accordo con altri ricercatori³⁶, una maggiore prevalenza di questo fenomeno nell'industria. Paoli & Merllié³⁷ hanno individuato nel settore dei trasporti, delle telecomunicazioni, dell'istruzione e della sanità quelli a maggior rischio; Hoel & Cooper³⁵ hanno riscontrato, oltre ai contesti di lavoro già citati, una frequenza significativa tra i lavoratori delle carceri e dei servizi postali. Altri studi, infine, hanno sottolineato come un rischio rilevante si osserva nell'ambito del terziario^{30 35 37}. Nel nostro campione i settori lavorativi maggiormente coinvolti sono stati quelli della pubblica amministrazione, della sanità e dei servizi sociali, dell'industria e del commercio. Molto rari sono risultati i casi provenienti dai settori dell'agricoltura-pesca-artigianato, così come dalle forze armate e di polizia.

Abbiamo, inoltre, tentato di verificare la correlazione, negata in alcuni studi³⁸, tra *mobbing* e livello lavorativo. I nostri dati, che confermano i risultati di altri gruppi di ricerca³⁹, mettono in rilievo che la domanda di trattamento è risultata più consistente tra i lavorato-

ri di livello medio (50% del totale) e superiore (34%). Questo risultato, presumibilmente, può essere spiegato sulla base di una maggiore percezione dei diritti lavorativi e di una maggiore attenzione al benessere psicofisico tra i soggetti delle classi medio-alte della popolazione che costituiscono, per altro, quelle in cui il peso patogenetico del lavoro risulta essere più rilevante.

Per quanto concerne lo studio delle caratteristiche socio-demografiche che possano differenziare i pazienti a maggiore e a minore grado di patogenesi lavorativa, abbiamo constatato che, nel nostro campione, il livello di istruzione è significativamente più elevato nei pazienti in cui il lavoro ha un più marcato effetto patogenetico ($p < 0,001$).

Al contrario, scarse differenze sono state osservate per quanto concerne gli anni di lavoro che non costituiscono un elemento che differenzia significativamente i due gruppi.

È possibile concludere che il fenomeno del *mobbing* sembra coinvolgere maggiormente lavoratori nella fase avanzata del loro ciclo lavorativo e ciò soprattutto nel sesso maschile. Il sesso femminile è coinvolto in misura solo apparentemente minore; infatti, le donne hanno rappresentato ben il 41% nella nostra popolazione pur avendo contribuito (tra il 2000 e il 2003 secondo dati ISTAT rielaborati CNEL) solo in misura del 30,4% alla costituzione della forza lavoro occupata dell'Italia meridionale e insulare. In esse il disturbo psichico sembra avere una maggiore origine multifattoriale, mentre nel sesso maschile il ruolo patogenetico del lavoro sembra avere un ruolo più specifico.

La maggiore scolarità appare la variabile che caratterizza, in maniera statisticamente significativa, il gruppo dei pazienti a più chiara patogenesi lavorativa. Mentre ciò non può essere affermato per quanto concerne il sesso e, ancor più chiaramente, per gli anni di lavoro.

I settori lavorativi maggiormente coinvolti sono stati il pubblico impiego, la sanità e l'industria, con una prevalenza delle aziende private rispetto a quelle pubbliche.

Le diagnosi più frequentemente rappresentate sono state nell'ordine: i disturbi dell'adattamento, quelli dell'umore, con netta prevalenza dei disturbi depressivi, e quelli d'ansia, all'interno dei quali una quota rilevante è rappresentata dal disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Relativamente rari sono i disturbi dello spettro schizofrenico (0,93%), percentuale che sale alla frequenza del 2,73% quando vengono considerati complessivamente i disturbi dello spettro psicotico.

La grande prevalenza di disturbi dell'umore di tipo depressivo e l'alto peso patogenetico svolto dal *workplace bullying* in quest'area è in accordo con le conclusioni di altri gruppi di ricerca⁴⁰⁻⁴³.

Anche la frequenza dei disturbi d'ansia conferma, sebbene in maniera meno netta, i risultati di altre

indagini epidemiologiche che hanno studiato il rapporto tra lavoro e patologia mentale⁴⁴. All'interno di questo raggruppamento diagnostico va sottolineata la frequenza relativa del DPTS, che ne rappresenta oltre il 60%.

Abbiamo osservato, in accordo con studi precedenti^{45,46}, che i disturbi dell'adattamento costituiscono la diagnosi più frequente tra i disturbi psichiatrici connessi alle condizioni di disagio lavorativo.

Per quanto concerne le patologie dello spettro psicotico, le nostre ricerche offrono, al momento, i primi dati in questo ambito, sebbene le relazioni tra trauma e processo psicotico siano già state riportate⁴⁷. Noi, pertanto, avanziamo l'ipotesi che il fenomeno del *mobbing* possa costituire una condizione di stress capace di evocare disturbi dello spettro psicotico e che la prevalenza osservata nel nostro campione possa essere un dato sottostimato in quanto l'esordio di tali patologie indirizza i pazienti soprattutto verso servizi psichiatrici generali (ospedalieri o ambulatoriali) che

non verso centri specificamente dedicati alla psicopatologia del lavoro.

In conclusione, possiamo ipotizzare che esistano due principali meccanismi patogenetici. Nel primo caso i fattori di stress lavorativo (in relazione sia all'intensità delle azioni mobbizzanti sia alla struttura di personalità della vittima) producono un quadro più severo, inquadrabile nelle caratteristiche nosografiche del DPTS (fenomeni dissociativi, *hyper-arousal*, episodi di *flash-back* ecc.) fino, nei casi più gravi, ai disturbi dello spettro psicotico. Nel secondo caso gli eventi traumatici, caratterizzati da minore intensità ma da un notevole grado di cronicizzazione e connessione con altri fattori stressanti, evocano situazioni cliniche coerenti con il *pattern* sintomatologico dei disturbi dell'adattamento. All'interno di questo quadro complessivo, la depressione (intesa sia come fenomeno psicopatologico sia come entità nosografica definita) attraversa trasversalmente queste due condizioni e costituisce, probabilmente, la principale dimensione psicopatologica connessa al *mobbing*.

Bibliografia

- 1 Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag 1959 [trad. it. *Psicopatologia Generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1964].
- 2 Kretschmer E. *Der Sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer Verlag 1918.
- 3 Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: G. Thieme 1950 [trad. it. *Psicopatologia clinica*. Roma: Città Nuova 1983].
- 4 Holmes TH, Rahe AH. *The Social readjustment rating scale*. J Psychosom Res 1963;11:213-8.
- 5 Saranson G, Johnson JH, Siegel JM. *Assessing the impact of life change: development of the life experience survey*. J Consult Clin Psychol 1978;46:432-45.
- 6 Kim K, Jacobs SC. *Bereavement and grief*. In: Sacks MH, Sledge W, Warren C, editors. *Core readings in psychiatry*. Washington: APA Press 1995, p. 331-40.
- 7 Broadbent DE. *The clinical impact of job design*. Br J Clin Psychol 1985;24:33-44.
- 8 Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. *Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences*. Br J Psychiatry 1997;171:519-23.
- 9 Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. *Psychological factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort*. Scand J Work Environ Health 1998;24:197-205.
- 10 Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. *Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study*. Occup Environ Med 1999;56:302-7.
- 11 Sanderson K, Andrews G. *Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social psychiatry*. Can J Psychiatry 2006;51:63-75.
- 12 Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aromaa A, et al. *Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study*. J Affect Disord 2007;98:189-97.
- 13 Stansfeld S, Candy B. *Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review*. Scand J Work Environ Health 2006;32:443-62.
- 14 Brodsky CM. *The harassed worker*. Toronto: Lexington Book, DC Health 1976.
- 15 Leymann H, Gustafsson A. *The content and development of mobbing at work*. Eur J Work Organ Psychol 1984;5:165-84.
- 16 Leymann H. *Psykist vald i arbetslivet. Tva explorativa undersökningar [Psychological violence at workplace. Two explorative studies]*. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen 1996.
- 17 Ege H. *Mobbing. Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro*. Bologna: Pitagora Editrice 1996.
- 18 Hirigoyen MF. *Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien*. Paris: La Découverte et Syros 1998 [trad. it. *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*. Torino: Einaudi 2000].
- 19 Keashly L. *Interpersonal and systemic aspects of emotional abuse at work: the target's perspective*. Violence Vict 2001;16:233-68.
- 20 Zapf D. *Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work*. International Journal of Manpower 1999;20:70-84.
- 21 Gilioli R, Cassitto MG, Campanini P, Punzi S, Consonni D, Rengo C, et al. *Uno strumento per la valutazione del rischio mobbing: CDL 2.0*. G It Med Lav Ergon 2004;27:380-92.
- 22 Zapf D, Gross C. *Conflict escalation and coping with workplace bullying: a replication and extension*. Eur J Work Organ Psychol 2001;10:497-522.
- 23 Matthiesen SB, Einarsen S. *Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work*. Br J Guid Counc 2004;32:335-56.
- 24 Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, Boccaletti D, Cassitto MG, Della Pietra B, et al. *Un nuovo rischio all'attenzione*

- della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing) (Consensus Document). *Med Lav* 2001;92:61-9.
- ²⁵ ILO News. *Rapporto Violence on the job. A global problem*. Geneva: International Labour Office 1998.
- ²⁶ Ege H. *I numeri del mobbing. La prima ricerca italiana*. Bologna: Pitagora Editrice 1998.
- ²⁷ Monaco E, Bianco G, Di Simone Di Giuseppe B, Prestigiacomo C. *Patologie emergenti in Medicina del Lavoro: il mobbing*. *G It Med Lav Ergon* 2004;26:28-32.
- ²⁸ Vartia M, Hyyti J. *Gender differences in workplace bullying among prison officers*. *Eur J Work Organ Psychol* 2002;11:113-26.
- ²⁹ Varhama LM, Björkqvist K. *Conflicts, workplace bullying and burnout problems among municipal employees*. *Psychol Rep* 2004;94:1116-24.
- ³⁰ Einarsen S, Skogstad A. *Bullying at work: epidemiological findings in public and private organization*. *Eur J Work Organ Psychol* 1996;5:185-201.
- ³¹ Hoel H, Reyner C, Cooper CL. *Workplace bullying*. *International Rev Indust Psychol* 1999;14:195-230.
- ³² Quine L. *Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey*. *BMJ* 1999;318:228-32.
- ³³ 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;61:1-14.
- ³⁴ Leymann H. *Vuxenmobbing på svenska arbetsplatser [Adult bullying at Swedish workplace]*. Solna: Arbetarskyddssyrelsen 1992.
- ³⁵ Hoel H, Cooper CL. *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester School of Management, University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST), 2000.
- ³⁶ Hubert AB, Veldhoven van M. *Risk sector for undesirable behaviour and mobbing*. *Eur J Work Organ Psychol* 2001;10:415-24.
- ³⁷ Paoli P, Merllié D. *Third European Survey on Working Conditions*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2001.
- ³⁸ Hoel H, Cooper CL. *Origins of bullying. Theoretical frameworks for explaining workplace bullying*. In: Tehrani N, editor. *Building a culture of respect. Managing bullying at work*. London-New York: Taylor & Francis 2001, pp. 3-19.
- ³⁹ Salin D. *Prevalence and form of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying*. *Eur J Work Organ Psychol* 2001;10:425-41.
- ⁴⁰ Mausner-Dorsch H, Eaton WW. *Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model*. *Am J Public Health* 2000;90:1765-70.
- ⁴¹ Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. *Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:71-7.
- ⁴² Mikkelsen EG, Einarsen S. *Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy*. *Scand J Psychol* 2002;43:397-405.
- ⁴³ Hansen AM, Høgh A, Persson R, Karlson B, Garde AH, Orbaek B. *Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response*. *J Psychosom Res* 2006;60:63-72.
- ⁴⁴ Cropley M, Steptoe A, Joeekes K. *Job strain and psychiatric morbidity*. *Psychol Med* 1999;29:1411-6.
- ⁴⁵ Petrella C. *Esiti psichiatrici della violenza morale sul lavoro in Campania*. In: Blasi F, Petrella C, editors. *Il lavoro perverso. Il mobbing come paradigma di una psicopatologia del lavoro*. Napoli: Istituto Italiano per gli Studi Filosofici 2005, pp. 257-82.
- ⁴⁶ Buselli R, Gonnelli C, Moscatelli M, Cioni V, Guglielmi G, Gattini V, et al. *Esperienza di un centro per lo studio dei disturbi da disadattamento lavorativo in tema di patologie mobbing correlate*. *Med Lav* 2006;97:5-12.
- ⁴⁷ Kilcommons AM, Morrison AP. *Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors*. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:351-9.

Allegato 1

Psicopatogenesi lavorativa
(Grading)

Paziente
Diagnosi (DSM-IV)
Data
Valutatore/i

1. Anamnesi psicopatologica

- Punti 0-5 Anamnesi positiva per disturbi o tratti di personalità sovrapponibili sul piano categoriale all'episodio attualmente osservato.
- Punti 6-10 Anamnesi positiva per disturbi o tratti di personalità che appaiono indipendenti sul piano categoriale rispetto al disturbo psicopatologico in atto.
- Punti 11-20 Anamnesi negativa o rilievo di tratti vaghi e indefiniti, che non mettono in rilievo un chiaro disturbo psicopatologico o note di personalità con evidenti caratteristiche di natura disfunzionale e/o disadattiva.

2. Connessione temporale tra eventi lavorativi e patologia psichica

- Punti 0-5 Nessuna, o assai sfumata, relazione tra gli eventi lavorativi e l'episodio osservato o i suoi sintomi prodromici.
- Punti 6-10 Connessione temporale apprezzabile, nell'ordine dei mesi ma senza un chiaro grado di coincidenza, tra gli eventi lavorativi e l'episodio psicopatologico osservato o i suoi sintomi prodromici.
- Punti 11-15 Evidente coincidenza temporale tra l'episodio in atto, o i suoi sintomi prodromici, e gli eventi lavorativi.

3. Altri fattori di stress psicosociale

- Punti 0-5 Presenza, negli ultimi 6-9 mesi, di fattori di significativo stress psicosociale (lutto, separazione/divorzio, diagnosi o scompenso di rilevante patologia organica, eventi o incidenti che abbiano costituito un rischio o un coinvolgimento per il soggetto o per i propri congiunti ecc.) che appaiono ancora attivi sul piano degli effetti oggettivi o dell'elaborazione interna del soggetto.
- Punti 6-10 Presenza negli ultimi 6-9 mesi di fattori di stress psicosociale meno rilevanti di quelli di cui al punto precedente o che appaiono sostanzialmente risolti, per quanto riguarda gli effetti oggettivi e/o l'elaborazione interna del soggetto, al momento della comparsa del disturbo psicopatologico osservato o dei suoi sintomi prodromici.
- Punti 11-15 Assenza negli ultimi 6-9 mesi di ogni fattore di stress psicosociale apprezzabile.

4. Caratteristiche dell'azione mobizzante*

- Punti 0-15 Le caratteristiche degli eventi lavorativi non presentano gli aspetti quantitativi (durata e frequenza) né qualitativi (compresa la volontà di marginalizzazione e/o espulsione dal contesto lavorativo) inquadrabili nell'ambito del fenomeno del *mobbing* (o punteggio M al Qn DL < 10). In assenza di elementi tipici del *mobbing* possono essere valutati elementi suggestivi di una condizione di costrittività organizzativa.
- Punti 16-35 Durata > 6 mesi; Densità elevata delle azioni mobizzanti (almeno un episodio/settimana). Azioni mobizzanti appartenenti a diverse tipologie (vessazione, demansionamento, isolamento relazionale e comunicativo, agiti ostili e/o violenti, discriminazioni ecc.) o intensità marcata.
- Punti 36-50: Durata > 12 mesi. Densità molto elevata delle azioni mobizzanti (frequenza quotidiana o quasi quotidiana). Pluralità della tipologia delle azioni mobizzanti e intensità molto elevata.

* In quest'area oltre a valori quantificabili (durata, frequenza e tipologia) vengono inseriti *items* di ordine qualitativo caratterizzati da un minore grado di oggettività (intensità dell'azione mobizzante).

Punteggio totale:

Grado di Correlazione: ____

Correlazione nulla (0-10) Correlazione scarsa (11-25) Correlazione intermedia (26-50) Correlazione alta (51-75) Correlazione massima (76 e oltre)