

# Disturbi psichici associabili a condizioni di lavoro negative persistenti

L. PERBELLINI, SILVIA TISATO, E. QUINTARELLI, SILVIA DAL PONTE, LUISA PELIZZA, A. RIOLFI, CRISTINA ZONZIN, L. ROMEO

Centro per l'analisi dei rischi e delle patologie psico-sociali di origine lavorativa dell'Università degli Studi di Verona, Servizio di Medicina del Lavoro, Verona

## KEY WORDS

Mental disorders; bullying at work; non-specific work discomfort

## PAROLE CHIAVE

Disturbi psichici; violenze psicologiche sul lavoro; disagio lavorativo aspecifico

## SUMMARY

«*Mental disorders related to persistent negative working conditions*». **Background:** *Mental disorders are common in our industrialised society and inevitably affect the working population. Over the last few years greater attention has been focussed on work-related psychopathologies due to an increasing number of studies regarding workplace bullying.* **Objectives:** *This study reports our observations on patients with mental disorders who came to our Occupational Health Centre because they perceived themselves to be victims of negative working conditions. An in-depth analysis of their working conditions led us to the conclusion that many of these disorders were to be attributed to the workplace.* **Methods:** *Between 2004 and 2010, 449 workers attended our Occupational Health Centre, most suffering from mental disorders which they ascribed to negative working conditions. All patients had an initial consultation session with an occupational physician which focused on the environmental and relational characteristics of their place of work. Thereafter, patients underwent a second clinical evaluation with a psychologist including several psychological tests. At the end of diagnostic process, the occupational physician and the clinical psychologist drew their clinical conclusions and defined the possible relationship with the working condition.* **Results:** *For 379 out of 449 patients/workers, a positive and causal relationship between medical disorders and working conditions was established. The mental disorders observed in these groups of workers were: mixed anxiety and depressive disorder (53.6%), depressive disorder (16.2%), adaptation disorder (15.9%), anxiety disorder (13%) and only 1.3% post-traumatic stress disorder. The working conditions favouring the mental disorders were: workplace bullying, such as person-related bullying (30.1%) and task-related bullying (14.8%), adverse situations causing work distress (38.2%) or non-specific work discomfort (16,9%).* **Conclusions:** *Our experience showed that not only workplace bullying can cause different psychiatric disorders but also adverse situations that favour work distress and non-specific work discomfort often give raise to the same disorders. Negative working conditions can play a significant role in the development of psychological-psychiatric disorders: such disorders related to occupational conditions are on the increase in many industrialised countries.*

Pervenuto il 8.12.2012 - Accettato il 17.5.2012

Corrispondenza: Prof. Luigi Perbellini, Medicina del Lavoro, Policlinico G.B. Rossi, Ple L.A. Scuro 10, 37134 Verona (Italia) - Tel. 045-8124295 - E-mail: luigi.perbellini@univr.it

## RIASSUNTO

**Premessa:** *I disturbi mentali sono frequenti nell'ambito delle società industrializzate e coinvolgono inevitabilmente la popolazione lavorativa, come confermato dalla sempre più crescente attenzione posta negli ultimi anni ai disturbi mentali correlati al lavoro, soprattutto in relazione alle violenze psicologiche protratte.* **Obiettivi:** *In questo studio vengono discussi i casi di lavoratori che si sono presentati alla nostra osservazione in quanto affetti da psicopatologie che ritenevano fossero insorte o si fossero aggravate, a causa di negative condizioni di lavoro. La valutazione clinica e l'analisi approfondita di tali condizioni ha consentito di riconoscere una relazione causale tra le psicopatologie e il lavoro per un numero rilevante di lavoratori.* **Materiali e metodi:** *Tra il 2004 e il 2010 sono giunti alla nostra osservazione 449 lavoratori per una valutazione che doveva stabilire se le condizioni di lavoro fossero state la causa dei disturbi psichici di cui erano affetti. Ciascun lavoratore è stato esaminato da un medico del lavoro che ha raccolto approfondite informazioni anamnestiche sia sulle condizioni di lavoro che sullo stato di salute, con particolare riferimento alle patologie della sfera psichica, tenendo anche conto delle eventuali situazioni pre-esistenti ai problemi lavorativi. L'accertamento è stato approfondito quindi da uno psicologo clinico, che tramite un colloquio e la somministrazione di test psico-diagnostici, ha completato la sua valutazione. Al termine degli accertamenti il medico del lavoro e lo psicologo clinico concordavano la diagnosi e si esprimevano sulla possibile relazione tra la psicopatologia riscontrata e le condizioni lavorative.* **Risultati:** *In 379 casi, su 449 pervenuti, abbiamo ritenuto che le condizioni di lavoro avessero fornito un contributo determinante per la comparsa dei disturbi psichici. I disturbi mentali rilevati erano i seguenti: il disturbo ansioso-depressivo nel 53,6% dei casi, il disturbo depressivo nel 16,2%, il disturbo dell'adattamento nel 15,9%, il disturbo d'ansia nel 13% e solo in rari casi il disturbo post-traumatico da stress (1,3%). Le condizioni di lavoro negative, causa dei disturbi diagnosticati, erano rappresentate da molestie morali protratte in ambiente di lavoro riferite prevalentemente alla persona (person-related bullying) nel 30,1% dei casi oppure solo agli aspetti lavorativi, condizione definita con il termine costrittività organizzative, (task-related bullying) nel 14,8%, da situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo (38,2%) e da circostanze in grado di indurre disagio lavorativo aspecifico (16,9%).* **Conclusioni:** *La nostra esperienza segnala che disturbi ansioso-depressivi, disturbi depressivi, disturbi dell'adattamento e disturbi d'ansia sono frequentemente associabili a condizioni avversative in ambiente di lavoro caratterizzate da violenze psicologiche protratte ed altre situazioni favorevoli il distress lavorativo. Solo raramente compaiono quadri clinici definibili come Disturbo post-traumatico da stress (DPTS): questo dato contrasta con i dati della letteratura che per lungo tempo hanno associato questa patologia alle violenze psicologiche protratte in ambiente lavorativo.*

## INTRODUZIONE

I disturbi mentali sono piuttosto diffusi e in costante crescita nella società e riguardano un significativo numero di lavoratori. Negli ultimi anni, è stata posta una particolare attenzione soprattutto alle psicopatologie dovute alle violenze psicologiche protratte correlate all'ambiente di lavoro note con il termine di *mobbing* e definite nei paesi anglosassoni come *workplace bullying*, a suo volta rappresentato da condizioni di *person-related bullying* quando i comportamenti negativi si riferiscono agli aspetti lavorativi e alle persona, e *task-related bullying* quando mirati solo o prevalentemente agli aspetti lavorativi.

Espressioni di violenza fisica o verbale, intimidazioni e molestie sono fenomeni preoccupanti in Europa, registrati con attenzioni diverse nei vari paesi. Nel testo *Workplace Violence and Harassment: a European Picture* della *European Agency for Safety and Health at Work* (12) viene riportato che queste forme di violenza fisica e di molestie morali protratte interessano una percentuale di lavoratori europei compresa tra il 5 e il 20%, con variazioni da paese a paese attribuibili sia ad aspetti culturali che alle metodologie di studio utilizzate, alle aree geografiche e ai settori produttivi esaminati. Dalle numerose statistiche internazionali riportate si evince che il 40% dei dirigenti europei è interessato ai problemi delle violenze e molestie in ambiente di

lavoro, ma solo il 25 % ha definito procedure per affrontarle. Il problema è ancora più sentito nell'ambito dei servizi sociali e sanitari dove più spesso vengono percepiti i problemi di salute e sicurezza.

Nel 2006 l'*International Labour Organization* (ILO) ha adottato una convenzione generale che è entrata in vigore nel febbraio 2009 e che fornisce una serie di raccomandazioni per promuovere sistemi di raccolta di dati sulla sicurezza e salute in ambiente di lavoro. Notevole rilevanza è stata data alla valutazione dei rischi professionali "psicosociali" definiti come "aspetti della progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, del contesto lavorativo ambientale e sociale" che hanno la potenzialità di causare danni fisici o psicologici (11).

È ormai comunemente accettato che i rischi psicosociali possono incidere sulla salute sia fisica che psichica del lavoratore attraverso l'esperienza del distress. Il distress lavorativo, definibile come processo di interazione tra il lavoratore e le caratteristiche di contesto e contenuto del lavoro, a sua volta è la matrice comune di forme di disagio lavorativo, violenza e vessazioni morali, minacce e violenze fisiche. Un pesante squilibrio psicosociale può manifestarsi a livello di singoli lavoratori, ma anche su tutta l'organizzazione del lavoro di un'azienda. Spesso queste situazioni si compenetrano in un continuum di gravità per arrivare anche alle violenze psicologiche protratte nel tempo che ne sono le espressioni più deviate e devianti.

Negli ultimi 15-20 anni sono state segnalate e discusse alcune psicopatologie come conseguenza di molestie morali protratte. In più della metà dei casi di vittime di violenze psicologiche (*workplace bullying*) descritte da Brousse et al. (6) erano segnalati tratti di personalità legati al nevroticismo: i disturbi psichiatrici descritti segnalavano principalmente quadri di depressione e di ansia.

Tra il 2004 e il 2008, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) ha ricevuto circa 2500 segnalazioni di disturbi psicologico-psichiatrici ritenuti associabili all'ambiente di lavoro ed in particolare a condizioni di violenza psicologica protratta. In Gran Bretagna è stata posta particolare attenzione al problema e sono state attivate collaborazioni tra Medici del Lavoro e Psichiatri che hanno consentito di identi-

ficare dal 1996 al 2001 circa 6300 casi di disturbi psichici di origine professionale (9).

Questi tipi di disturbi sono responsabili di elevati costi economici sia per le imprese economiche che per la società nel suo insieme. I costi per le aziende sono associati ad una ridotta produttività per assenteismo o presentismo, per una persistente conflittualità e per un deterioramento delle relazioni interpersonali (20). I costi sociali per i problemi di salute riguardano i trattamenti sanitari, il riconoscimento di disabilità, i precoci pensionamenti fino a fenomeni di disintegrazione familiare e sociale (31, 34).

L'eziologia dei disturbi mentali è spesso multifattoriale e complessa e il legame causale con il lavoro non è sempre facile da definire poiché richiede un'analisi specifica attenta e dettagliata di tutti i potenziali fattori determinanti.

L'obiettivo di questo lavoro è di descrivere la esperienza del *Centro per l'analisi dei rischi e delle patologie psico-sociali di origine lavorativa* del Servizio di Medicina del Lavoro di Verona riguardante la casistica di 449 lavoratori affetti da disturbi mentali che sono pervenuti alla nostra osservazione tra il 2004 e il 2010. Si tratta di lavoratori che hanno richiesto un controllo medico specialistico al fine di definire se la psico-patologia di cui erano affetti poteva essere causalmente o concausalmente correlata con la condizione lavorativa che era da loro percepita come negativa.

## MATERIALI E METODI

Tra il 2004 e il 2010, sono stati esaminati 449 lavoratori, 260 donne (58%) con un'età media di 42 anni e 189 uomini (42%) con età media di 45 anni. La maggior parte di questi lavoratori aveva un livello scolastico piuttosto elevato: 23% aveva ottenuto una laurea universitaria, il 61% un diploma di scuola superiore e solo il 26% si era fermato agli studi obbligatori.

Ciascun lavoratore è stato sottoposto ad un controllo da parte di un medico del lavoro e ad una valutazione psicodiagnostica di uno psicologo clinico. Il medico del lavoro ha raccolto informazioni riguardo l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica

remota e prossima; è stata acquisita l'eventuale documentazione relativa ad accertamenti psicologici e psichiatrici antecedenti la nostra valutazione.

Seguendo un percorso analogo per tutti i pazienti, con l'utilizzo di un'intervista semistrutturata, è stata raccolta una attenta anamnesi lavorativa che comprendeva informazioni sull'ambiente di lavoro, sulla qualità delle comunicazioni con i colleghi e con il datore di lavoro, sul periodo di inizio delle difficoltà in ambito lavorativo e sul tipo di violenze o soprusi subiti (forme di interferenze sull'attività lavorativa, sulla comunicazione, sull'immagine sociale, trasferimenti irragionevoli, isolamento lavorativo...).

Il colloquio condotto dallo psicologo clinico ha come duplice scopo quello di valutare la gravità e la tipologia dei sintomi lamentati e verificare la presenza di eventuali cause extra lavorative che potrebbero aver favorito l'insorgere della psicopatologia.

Le aree di indagine riguardano la storia familiare, affettiva e lavorativa, oltre all'anamnesi psicopatologica; il fine è quello di comprendere l'entità del disagio lamentato e l'effettivo nesso lavorativo. L'*assessment* psicologico comprende inoltre la somministrazione di test psicodiagnostici quali il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2) e il reattivo di Wartegg.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è un test molto diffuso per valutare le principali caratteristiche della personalità sia in ambito psicologico che psichiatrico (7). Una elaborazione statistica specifica delle 567 risposte (nella forma di vero o falso) che il paziente fornisce ad altrettante domande permette di avere un'informazione strutturata di alcuni aspetti tipici della personalità del paziente stesso. Il test viene interpretato attraverso i risultati di 3 scale di validità, di 10 scale cliniche (riguardanti sintomi associabili a Ipocondria, Depressione, Isteria, Deviazione psicopatica, Mascolinità-Femminilità, Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia, Ipomania e Introversione sociale) ed altre scale supplementari e di contenuto.

Il Reattivo di Wartegg è un test grafico proiettivo che consente di descrivere l'organizzazione di personalità del soggetto, ricavando informazioni sulla percezione della realtà, l'organizzazione del

pensiero, le dinamiche affettive e relazionali. L'indagine psicologica si completa inoltre con la somministrazione del *Goldberg's General Health Questionnaire* (GHQ-12) e dello STAI-X1 e STAI-X2 per la valutazione dell'ansia di stato e tratto. Il GHQ-12 è un questionario a 12 items che fornisce informazioni utili per sospettare disturbi psicologici associati a depressione o ansia; viene ampiamente utilizzato sia per valutazioni nell'ambito della popolazione generale che in ambito psichiatrico (15, 32). La valutazione del test ha utilizzato il metodo convenzionale di punteggio (0-0-1-1) e non quello con punteggio di 1-2-3-4: il risultato poteva variare tra 0 e 12 e quando era uguale o maggiore di 4 suggeriva la presenza di possibili disturbi psicologico-psichiatrici.

L'iter valutativo si completava con la discussione congiunta dei singoli casi da parte del Medico del Lavoro e dello Psicologo che pervenivano a conclusioni condivise sia per la diagnosi clinica che per la possibile relazione tra la patologia riscontrata e l'attività lavorativa.

Per quanto riguarda le psicopatologie è stata seguita la classificazione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV).

In forma sintetica riportiamo le caratteristiche dei principali quadri psicopatologici che abbiamo rilevato nella nostra casistica.

I disturbi depressivi clinicamente significativi hanno durata di almeno 2 settimane e si esprimono con almeno 5 dei seguenti sintomi: umore depresso per la maggior parte del giorno, marcata diminuzione di interesse o piacere per molte attività quotidiane, significativa variazione del peso corporeo, senza diete specifiche, insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno, frequente agitazione o rallentamento psicomotorio, quotidiana faticabilità o mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati, ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte.

I disturbi d'ansia comprendono vari profili tra i quali segnaliamo: il Disturbo di Panico con o senza Agorafobia, la Fobia Specifica con ansia provocata dall'esposizione a un oggetto o a una situazione, la Fobia Sociale con condotte di evitamento, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo caratterizzato da ossessioni (che causano ansia o disagio marcati), il

Disturbo d'Ansia Generalizzato caratterizzato da almeno 6 mesi di ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive.

Il Disturbo Ansioso Depressivo Misto indica quei casi caratterizzati dalla presenza di sintomi depressivi ed ansiosi, che non soddisfano i criteri diagnostici delle due citate categorie, ma provocano una significativa compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.

Il disturbo dell'adattamento cronico è definito come "sintomi emozionali o comportamentali clinicamente significativi" che si sviluppano in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili e che persiste per oltre 6 mesi. Non si deve porre diagnosi di disturbo dell'adattamento se la reazione soddisfa i criteri per un altro specifico disturbo d'ansia o dell'umore.

Il disturbo post-traumatico da stress è associato al riconoscimento dei seguenti 6 criteri diagnostici: a) la persona è stata esposta ad un evento traumatico che ha causato paura intensa e sentimenti di impotenza; b) tale evento viene rivissuto persistentemente con ricordi e/o sogni spiacevoli ricorrenti e intrusivi; c) evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale; d) sintomi persistenti di aumento di arousal (ipervigilanza, disturbi del sonno irritabilità...); e) la durata del disturbo è superiore ad un mese; f) il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale e/o lavorativo.

L'esperienza acquisita ci ha permesso di inquadrare tre principali condizioni di lavoro negative: 1) molestie morali protratte riferite prevalentemente alla persona, ma anche ad aspetti della sua attività lavorativa (equivalenti alla definizione anglosassone *person-related bullying*, o *harassment at work* o *personal harassment*), e le molestie morali protratte riguardanti solo gli aspetti lavorativi espresse con il termine di costrittività organizzativa (equivalenti al *task-related bullying*), 2) situazioni avverse favorenti il distress lavorativo, 3) circostanze con disagio lavorativo aspecifico.

Le molestie sessuali sono un'altra possibile causa di violenza psicologica in ambiente di lavoro che nella nostra casistica abbiamo rilevato in 3 soggetti e che abbiamo escluso da questa descrizione e dalla

elaborazione statistica in considerazione del numero esiguo.

Per una interpretazione condivisa di questi termini che nella letteratura a volte assumono sfumature diverse, descriviamo di seguito le caratteristiche principali-essenziali di ciascuna condizione.

1a) Le molestie morali protratte che sono riferite prevalentemente alla persona, ma anche ad aspetti della sua attività lavorativa (*person-related bullying*) (definite anche violenze psicologiche protratte) si esprimono con azioni e comportamenti negativi esercitati da una o più persone con modalità lesiva, in modo sistematico o abituale, generalmente contro un singolo individuo che viene per questo spinto in una condizione di inferiorità psicologica con impossibilità di difesa. Queste azioni si verificano con una elevata frequenza e per un lungo periodo di tempo (almeno sei mesi) e portano ad un degrado delle condizioni di lavoro. Sono atti e comportamenti che hanno il fine di emarginare, discriminare, screditare e recare danno al lavoratore e possono portare all'interruzione del rapporto del lavoro. Riguardano la modalità di comunicazione (il lavoratore è interrotto quando parla, gli si limita la possibilità di esprimersi, lo si rimprovera violentemente, etc.), le relazioni sociali (non gli si parla, viene trasferito in un ufficio lontano, si proibisce di parlargli, etc.), l'immagine sociale e lavorativa (si diffondono voci infondate, lo si ridicolizza, si spara di lui, lo si deride, si mettono in dubbio le sue decisioni, etc.), l'ambito lavorativo (demansionamento, svuotamento delle mansioni, sottrazione degli strumenti di lavoro). Talvolta il lavoratore può essere costretto a svolgere lavori che nuociono alla salute, può essere oggetto di minacce di violenza o di violenza fisica.

1b) La costrittività organizzativa (*task-related bullying*) caratterizza invece comportamenti negativi ed ostili che riguardano solo l'ambito lavorativo. Gli esempi sono molteplici: 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,

impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie, esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale.

2) Situazioni avverse favorevoli al distress lavorativo: si riferiscono ad una condizione soggettiva di forte disagio come conseguenza di incongruenze organizzative che si protraggono nel tempo. Tuttavia queste negative situazioni di lavoro non sono state programmate razionalmente per recare disturbo o danno ai lavoratori, come si riscontra nelle violenze psicologiche protratte. Il distress lavorativo è associato alle caratteristiche di contesto e contenuto del lavoro (17). Nelle caratteristiche di contesto lavorativo rientrano gli aspetti organizzativi del lavoro, la comunicazione, i rapporti interpersonali; nelle caratteristiche di contenuto gli aspetti legati all'ambiente di lavoro, alla pianificazione dei compiti, al carico e al ritmo di lavoro, all'orario lavorativo. Le situazioni avverse in grado di indurre il distress lavorativo possono esprimersi con elevati carichi di lavoro e conseguenti pressioni sui lavoratori da parte del *management*, con scarsa capacità di controllo del lavoro, con tensione emotiva per rapporti interpersonali inadeguati o conflittuali non opportunamente controllati, con interferenze e squilibrio fra lavoro e vita privata, anche in relazione a orari di lavoro che possono avere effetti negativi sulla vita sociale e familiare.

3) Circostanze con disagio lavorativo specifico: si tratta di situazioni in cui vi sono significativi livelli di persistente difficoltà lavorativa con origini piuttosto diversificate. A volte si tratta di aspettative non accolte e convinzioni personali rispetto a problematiche lavorative (per esempio mancate promozioni e riconoscimenti a cui si riteneva di aver diritto, attribuzione di incarichi a cui il lavoratore aspirava, scarsa soddisfazione lavorativa, attribuzione di compiti e cambiamenti di mansione non graditi, ma sostanzialmente inevitabili...). Rientrano in questo ambito anche varie forme di conflitti interpersonali persistenti nel tempo, ma che non si associano però ad alcun intento persecutorio specifico.

Analisi statistica: Oltre ai comuni parametri statistici di base, al fine di verificare differenze statistiche tra i vari gruppi di pazienti o di diverse con-

dizioni lavorative abbiamo utilizzato il test del Chi quadrato e quando appropriato il test esatto di Fisher, oltre alla "t" di Student. Il livello di  $p < 0,05$  era considerato statisticamente significativo. Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico di Statgraphics®.

## RISULTATI

Di 449 pazienti, 379 sono stati considerati affetti da disturbi psichici associabili all'attività lavorativa. Gli altri 70 presentavano condizioni socio-familiari o cliniche (problemi familiari o sanitari, disturbi ossessivo-compulsivi, significativi disturbi di personalità, disturbi bipolari...) che non hanno consentito di considerare le condizioni lavorative come elementi causali o favorevoli ai disturbi rilevati. Nelle descrizioni successive sono riportati quindi i risultati riguardanti i 379 lavoratori affetti da psico-patologie che, sulla base delle nostre valutazioni, erano associabili a problematiche lavorative.

La tabella 1 sintetizza le principali caratteristiche dei soggetti esaminati. Si trattava per il 42% di uomini e per il 58% di donne, con età media di 43,5 anni, significativamente più elevata negli uomini (45,6 anni, D.S.=8,4), rispetto alle donne (41,9 anni, D.S.=8,5) ("t" di Student=4,1;  $p < 0,001$ ). Il livello d'istruzione era piuttosto elevato: oltre il 70% aveva conseguito un diploma di scuola superiore o una laurea. Circa il 40% delle donne e il 27% degli uomini lavorava presso servizi pubblici (scuola, sanità...), mentre la maggioranza della nostra casistica derivava da aziende private. I lavoratori provenivano da diversi settori: 85 soggetti (22,4%) lavoravano in industrie manifatturiere, 53 (14,0%) nel settore del commercio, 51 (13,5%) nella pubblica amministrazione, 48 (12,7%) in attività sanitarie e sociali, 27 (7,1%), nella scuola e istruzione e 23 (6,1%) in attività di trasporto e comunicazioni. Altre attività lavorative (costruzioni, servizi alberghieri, banche, assicurazioni, agricoltura...) erano rappresentate in limitate proporzioni. Modeste variazioni percentuali, rispetto a quelle riportate, venivano registrate con la suddivisione dei generi.

La tabella 2 inquadra i disturbi psichici riscontrati nei pazienti-lavoratori esaminati. Per oltre il

**Tabella 1** - Principali caratteristiche dei pazienti-lavoratori con disturbi psichici riconducibili a condizioni di lavoro negative persistenti*Table 1 - Main characteristics of patients/workers diagnosed with mental disorders related to persistent negative working conditions*

	Donne	Uomini	Dati totali
Numero	219	160	379
Età (media) in anni	41,9	45,6	43,5
Sposati	52,5%	63,1%	57,0%
Nubili/Celibati	29,2%	23,1%	26,7%
Divorziati o altre condizioni	18,7%	13,8%	16,6%
Laurea o diploma di scuola superiore	74,4%	71,9%	73,3%
Settore pubblico	40,2%	27,4%	34,9%

**Tabella 2** - Disturbi psichici riconducibili a condizioni di lavoro negative persistenti e rilevata in 379 pazienti-lavoratori. I dati sono espressi in numero assoluto ed in percentuale*Table 2 - Mental disorders related to persistent negative working conditions observed in 379 patients/workers. Data are reported in absolute numbers and percentages*

	Donne	Uomini	Dati totali
Disturbi misti ansioso-depressivi	114 (52,1%)	89 (55,6%)	203 (53,6%)
Disturbi depressivi	38 (17,3%)	23 (14,4%)	61 (16,1%)
Disturbi dell'adattamento cronico	32 (14,6%)	28 (17,5%)	60 (15,8%)
Disturbi ansiosi	33 (15,1%)	17 (10,6%)	50 (13,2%)
Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)	2 (0,9%)	3 (1,9%)	5 (1,3%)

53%, indipendentemente dal genere, è stata posta diagnosi di disturbo ansioso-depressivo, per il 13,2% disturbo d'ansia, mentre per il 16,1% sono stati riscontrati disturbi depressivi. Il disturbo dell'adattamento era frequente (15,8%), mentre la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è stata posta solo in rari casi (1,3%). Non vi erano differenze statisticamente significative tra uomini e donne ( $\chi^2=3,2$ ;  $p=n.s.$ ).

La tabella 3 riporta il tipo di condizione lavorativa che aveva portato ai disturbi psichici. È da sot-

tolinare che in circa il 50% dei casi si trattava di violenza psicologica protratta (*person-related bullying* e *task-related bullying*), ma nel rimanente 50% dei casi si trattava di altre negative condizioni di lavoro, senza specifiche forme di violenza psicologica. Le situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo rappresentavano un'importante causa di disturbi psichici che ha coinvolto in modo più evidente gli uomini rispetto alle donne, contrariamente alle molestie morali protratte (*workplace bullying*) che ha interessato con maggior frequenza le

**Tabella 3** - Numero e percentuale di pazienti-lavoratori condizioni di lavoro negative persistenti che ha favorito la comparsa di disturbi psichici*Table 3 - Number and percentage of patients/workers with persistent negative working conditions that contributed to onset of mental disorders*

	Donne	Uomini	Dati totali
Molestie morali protratte ( <i>Person-related bullying</i> )	72 (32,9%)	42 (26,2%)	114 (30,1%)
Costrittività organizzativa ( <i>Task-related bullying</i> )	30 (13,7%)	26 (16,3%)	56 (14,8%)
Situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo	70 (32,0%)	75 (46,9%)	145 (38,2%)
Circostanze con disagio lavorativo specifico	47 (21,4%)	17 (10,6%)	64 (16,9%)

donne ( $\chi^2=13,6$ ;  $p<0,01$ ). Ad esprimere l'intensità dei disturbi lamentati dai pazienti-lavoratori coinvolti in queste condizioni di lavoro sono i risultati del GHQ che hanno fornito i seguenti punteggi medi: 9,5 - 10,4 - 9,7 e 10,0 rispettivamente nei casi di violenza psicologica protratta sulla persona (*person-related bullying*) e di costrittività organizzativa (*task-related bullying*), di situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo e il disagio lavorativo aspecifico; solo valori inferiori a 4 suggeriscono la mancanza di disturbi psicologico-psichiatrici.

Incrociando i risultati delle tabelle 2 e 3, non abbiamo rilevato specifiche associazioni tra le caratteristiche delle negative condizioni di lavoro e i tipi di disturbi psichici ( $\chi^2=16,3$ ;  $p=n.s.$ ), anche separandoli in relazione al genere.

Dopo aver suddiviso la casistica in due grandi gruppi, quello con soggetti che aveva subito forme di violenze psicologiche (molestie morali protratte o costrittività organizzativa) e quello dei soggetti che non le aveva subite, ma aveva vissuto situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo o il disagio lavorativo aspecifico, abbiamo verificato la possibile associazione tra queste due condizioni lavorative e le psico-patologie riscontrate (tabella 4). Il confronto segnala una differenza statisticamente significativa ( $\chi^2=10,7$   $p<0,05$ ) tra i due gruppi con un aumento dei casi affetti da Disturbo dell'adattamento cronico nei soggetti che hanno vissuto fasi di violenza psicologica e dei disturbi d'ansia nell'altro gruppo, senza differenze in relazione al genere.

I principali disturbi soggettivi lamentati dai 379 lavoratori esaminati e registrati durante i controlli

sanitari, sono riferiti al sonno, a disfunzioni gastro-intestinali e all'alimentazione.

I disturbi del sonno (difficoltà ad addormentarsi, risvegli precoci, sonno frequentemente interrotto) erano segnalati da 325 pazienti (85,6%) in simili proporzioni tra uomini (85,1%) e donne (85,8%). I problemi gastrointestinali (gastriti, vomito ricorrente, colon irritabile...) riguardavano il 39,3% dei soggetti con una lieve maggior proporzione nelle donne (41,1%) rispetto agli uomini (36,9%). Le alterazioni del comportamento alimentare (iperfagia, inappetenza, significativo aumento o calo di peso in un numero limitato di mesi) interessavano il 36,7% dei pazienti, in prevalenza le donne (40,1%) rispetto agli uomini (31,9%). Oltre un terzo dei lavoratori lamentava anche disturbi cardiovascolari (cardiopalmi, crisi ipertensive, precordialgie ricorrenti): 36,1% nelle donne e 35,6% negli uomini. Le differenze in relazione al genere non avevano una significatività statistica.

Disturbi riguardanti organi ed apparati (cute, apparato respiratorio e muscolo-scheletrico) erano segnalati con minor frequenza. Spesso è stata riscontrata un'associazione di più disturbi: il 7,6% lamentava disturbi del sonno associati a disturbi intestinali, alimentari e cardiaci; il 16,4% lamentata contemporaneamente i primi 3 tipi di disturbi e 134 pazienti (35,4%) lamentavano disturbi del sonno e disturbi gastrointestinali.

La gravità dei disturbi emotivo-cognitivo-comportamentali avevano indotto 114 di questi pazienti (30,1 %) a richiedere un supporto psicologico-psichiatrico: 103 soggetti (27,2%) pazienti avevano richiesto questo tipo di assistenza esclusivamente per

**Tabella 4** - Disturbi psichici in pazienti-lavoratori che hanno subito forme di violenza psicologica nell'ambiente di lavoro (gruppo 1, n=170) ed in quelli che non hanno subito forme di violenza psicologica, ma comunque hanno vissuto una prolungata e negativa condizione di lavoro (gruppo 2, n=209)

*Table 4* - Mental disorders in victims of psychological violence at the workplace (group 1, n=170) and in patients/workers experiencing protracted negative working conditions without any clear psychological violence (group 2, n=209)

	Gruppo 1	Gruppo 2
Disturbi ansioso depressivi	92 (54,1%)	111 (53,2%)
Disturbi depressivi	25 (14,7%)	36 (17,2%)
Disturbi ansiosi	15 (8,8%)	35 (16,7%)
Disturbo dell'adattamento cronico	34 (20,0%)	26 (12,4%)
Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)	4 (2,4%)	1 (0,5%)



i problemi incontrati in ambito lavorativo (31,2% degli uomini e 24,2% delle donne;  $\chi^2=4,4$ ;  $p=n.s.$ ). Solo 90 pazienti (23,7%) non avevano mai assunto farmaci psicotropi; ben 244 pazienti (64,4%) stavano assumendo farmaci psicotropi quando sono pervenuti alla nostra attenzione (65,7% delle donne e 62,5% degli uomini). Gli altri pazienti o avevano usato farmaci psicotropi in passato o stavano assumendo farmaci non psicotropi.

## DISCUSSIONE

I soggetti descritti in questo studio avevano richiesto un controllo sanitario poiché lamentavano problemi di salute psichica e somatica associati a negative condizioni di lavoro, che erano state interpretate dalla maggior parte dei lavoratori esaminati come forme di violenza morale protratta. La valutazione approfondita della condizione lavorativa, effettuata sulla base delle informazioni e della documentazione fornite dai lavoratori, ha consentito di confermare, ma anche di escludere in numerosi casi, tali situazioni. Questo aspetto è da considerare un limite di questo studio poiché non è stato possibile avere una conferma "oggettiva" di quanto riferito riguardo le condizioni lavorative.

Il gruppo di lavoratori esaminato era costituito per il 58% da donne e il 42% da uomini, con prevalenza del genere femminile come riportati in altri studi ed indagini. Il *Fourth European Working Conditions survey of the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (13) ha segnalato che le violenze psicologiche in Europa sono state più frequentemente perpetrate su donne. Balducci et al. (2) hanno interpretato questo aspetto nella logica di una maggior sensibilità delle donne che richiederebbero assistenza medica o supporto psicologico-sociale quando i disturbi lamentati non sono particolarmente gravi; al contrario gli uomini sopporterebbero più a lungo condizioni di lavoro negative e richiederebbero un'assistenza medica, psicologica o psichiatrica solo dopo la comparsa di disturbi piuttosto gravi. Un'altra possibile spiegazione potrebbe derivare dal fatto che la presenza delle donne è maggiore in quei settori lavorativi in cui le molestie morali protratte

sono più frequenti e cioè nel settore terziario, nei servizi sanitari, nella scuola e nei ristoranti o alberghi (3, 29, 36, 38).

Nella nostra casistica le donne inserite nel settore terziario erano maggiormente rappresentate rispetto agli uomini; questo riscontro si allinea a quanto segnalato dalla citata *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (13): le violenze psicologiche sono presenti in molti tipi di attività lavorative, con particolare prevalenza nei settori sociali e sanitari, nei servizi scolastici, negli alberghi e ristoranti, nei servizi di trasporto e nelle amministrazioni pubbliche.

L'aspetto principale e più interessante del nostro lavoro riguarda il tipo di disturbi psichici che sono stati associati all'attività lavorativa: i disturbi ansioso-depressivi, i disturbi depressivi, i disturbi di adattamento e i disturbi d'ansia rappresentano oltre il 90% dei casi.

Gli studi condotti fin dagli anni '80 avevano segnalato che le violenze psicologiche in ambiente di lavoro ed in particolare le molestie morali protratte (*workplace bullying*) potevano causare considerevoli interferenze sulle condizioni di salute e la comparsa di disturbi psicosomatici, depressione, ansia, disturbi ossessivi-compulsivi, rabbia, isolamento sociale, disperazione e malessere generale (3, 8, 14, 21, 22, 29, 30, 34, 35, 41).

Leyman e Gustafsson (23) hanno sostenuto che il quadro psichiatrico più frequentemente rilevato in caso di violenze psicologiche protratte in ambiente di lavoro (*bullying at work*) aveva le caratteristiche del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e che nel 92% dei casi poteva essere la diagnosi più appropriata. Matthiesen and Einarsen (27) confermavano una significativa correlazione tra le violenze psicologiche protratte in ambiente di lavoro ed i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (DPTS), con una prevalenza del 72-76% nei pazienti-lavoratori vittime di *workplace bullying*.

In Gran Bretagna è stato programmato un ampio progetto di studio a carattere nazionale che ha coinvolto 842 medici del lavoro e 878 psichiatrici (9). Tra il 1996 e il 2001 i medici del lavoro hanno raccolto informazioni riguardo 2718 lavoratori con problemi psicologico-psichiatrici o con diagnosi di

disturbi mentali che potevano essere in parte attribuibili alle condizioni di lavoro. Nello stesso periodo gli psichiatri hanno identificato 3624 soggetti i cui disturbi mentali erano associabili alla loro attività lavorativa. Sia i medici del lavoro che gli psichiatri hanno seguito i criteri diagnostici del ICD-10 per classificare i vari disturbi (depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e altre forme di disturbi mentali). Contestualmente ai problemi psichici sono state registrate anche numerose variabili sociologiche, il tipo di attività lavorativa e gli eventi che sono stati ritenuti come causa principale dei disturbi mentali. Una diagnosi di ansia e/o depressione è stata posta nel 72% dei casi registrati dagli psichiatri e nel 60 % dei casi valutati dai medici del lavoro. Nel 3% dei casi gli psichiatri avevano identificato un disturbo psicotico, mentre i medici del lavoro non avevano rilevato analoghi quadri clinici. Il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è stato rilevato nel 18% dei casi dagli psichiatri e nel 10% dei casi dai medici del lavoro con maggior frequenza in soggetti che avevano subito gravi incidenti sul lavoro. Tra gli eventi che avevano favorito la comparsa dei disturbi mentali, erano riportati frequentemente fattori che riguardano il contenuto del lavoro, quali il carico lavorativo, seguito da fattori afferenti al contesto lavorativo come le relazioni interpersonali e le modifiche dell'organizzazione del lavoro che comportavano maggiori responsabilità.

I nostri risultati sono più prossimi a quelli di Cherry e coll. (9) che a quelli precedentemente citati, nel senso che la maggior parte delle patologie psichiche riscontrate si esprimevano in forme di depressione e/o ansia e non come disturbo post-traumatico da stress.

Linden e Beate Muschalla (24) hanno approfondito il problema dei disturbi ansiosi in un ampio gruppo di pazienti e rilevato che alcune di queste forme erano sicuramente associabili a problemi posti dall'attività lavorativa.

È necessario sottolineare la bassa incidenza del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) riscontrato nella nostra casistica. In ambito lavorativo il DPTS è stato tradizionalmente documentato in gruppi di lavoratori che avevano subito traumi o incidenti sul posto di lavoro o in situazioni lavorative di particolare pericolo anche per la vita. Que-

sto tipo di disturbo è stato segnalato in lavoratori uktionati o vittime di vari incidenti o in caso di furti in banca (16, 26). Robinson et al. (37) hanno segnalato il 13% di DPTS in un gruppo di poliziotti e Corneil et al. (10) hanno riscontrato casi di DPTS con una frequenza del 17,3% e 22,2% in 2 diversi gruppi di vigili del fuoco rispettivamente canadesi e statunitensi.

I nostri risultati trovano conferma anche da altri recenti studi: in un gruppo di 22 persone a cui era stato riconosciuta dal punto di vista legale di aver subito violenze psicologiche in ambiente di lavoro (i risultati dei dibattiti legali sono stati pubblicati dal Ministero francese della giustizia) non segnalavano casi di DPTS; i certificati medici riportavano solo disturbi di tipo depressivo e/o depressivo-ansioso o disturbi psicologici (4).

Nella nostra casistica, le situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo, anche senza alcuna forma esplicita di violenza psicologica, sono risultate una importante causa di psicopatologie. Tra i 75 soggetti che hanno vissuto queste situazioni, 56 presentavano disturbi ansioso-depressivi o solo depressivi, 9 disturbi dell'adattamento, 8 disturbi ansiosi ed 1 un DPTS. Una simile associazione tra situazioni avverse favorevoli il distress lavorativo e disturbi ansiosi e/o depressivi è stata segnalata da Brousse e coll. (6) che hanno considerato il distress lavorativo come una delle principale cause dei disturbi mentali. In modo analogo Melchior et al. (28) hanno rilevato che lavoratori con una elevata richiesta lavorativa o tempi troppo ridotti per svolgere il loro lavoro avevano un elevato rischio di sviluppare seri disturbi depressivi o ansiosi.

I disturbi del sonno hanno interessato la maggior parte dei soggetti che sono stati esaminati (85% del campione). L'insonnia è un disturbo comune nella popolazione generale e per il 10% degli adulti è un disturbo serio e cronico (1); nella popolazione lavorativa questo disturbo varia tra il 10 e il 40% (5, 25, 39). Hansen et al. (18) hanno confermato che le vittime di violenze psicologiche protratte in ambiente di lavoro hanno periodi di sonno limitati, con risvegli frequenti durante la notte, difficoltà a riaddormentarsi e risvegli precoci al mattino. Vari studi hanno documentato la stretta relazione tra distress al lavoro e insonnia (19, 33, 40).

## CONCLUSIONI

L'esperienza descritta in questo lavoro sottolinea come le violenze psicologiche protratte in ambiente di lavoro, il distress e il disagio lavorativi possano dare origine prevalentemente a disturbi ansioso-depressivi, depressivi e ansiosi. È pertanto necessario incrementare le strategie di prevenzione con l'obiettivo di migliorare le condizioni di lavoro ed identificare in fase iniziale le violenze psicologiche. Il medico del lavoro (spesso medico "competente") può utilizzare molteplici mezzi a sua disposizione per prevenire condizioni di disagio: partecipando attivamente alla valutazione dei rischi, svolgendo attività di formazione-informazione sui rischi psico-sociali per i lavoratori e per i dirigenti e promuovendo l'adozione di codici di comportamento. Il Medico del Lavoro può costituire inoltre un punto di ascolto preferenziale per i lavoratori sia in occasione delle visite mediche periodiche che al di fuori dei controlli obbligatori. L'ascolto attento dei lavoratori, l'iniziale riscontro di difficoltà lavorative, la comparsa di disturbi di carattere psicologico possono rappresentare occasioni per intervenire e tentare, nel caso, risoluzioni delle condizioni di rischio.

Le pubblicazioni riguardo i disturbi mentali attribuibili all'attività lavorativa stanno rapidamente aumentando in numerosi paesi industrializzati: i disturbi ansioso-depressivi, quelli depressivi, quelli ansiosi e i disturbi di adattamento sono quelli più frequentemente segnalati. Per lungo tempo il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è stato considerato un disturbo frequentemente associabile alle violenze psicologiche protratte in ambiente di lavoro contrariamente a quanto risulta dal nostro studio e dalla più recente letteratura.

La letteratura internazionale si è molto soffermata sui disturbi psichiatrici attribuibili a condizioni di violenza psicologica (*workplace bullying*), ma la nostra esperienza sottolinea che tali disturbi sono rilevabili anche in altre condizioni quali quelle che favoriscono il distress lavorativo o il disagio specifico sul lavoro.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

## BIBLIOGRAFIA

1. Ancoli-Israel S, Roth T: Characteristics of insomnia in the United States: result of 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep* 1999; 22: 347-353
2. Balducci C, Alfano V, Fraccaroli F: Relationships Between Mobbing at work and MMPI-2 Personality Profile, Post-traumatic Stress Symptoms, and Suicidal Ideation and Behaviour. *Violence and Victims* 2009; 24: 52-67
3. Björkqvist K, Osterman K, Hjelt-Back M: Aggression among university employees. *Aggressive Behavior* 1994; 20: 173-184
4. 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; 82: 663-668
5. Broman JE, Lundh Lg, Hetta J: Insufficient sleep in general population. *Neurophysiologie Clinique* 1996; 26: 30-39
6. Brousse G, Fontana L, Ouchachane L, et al: Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occupational Medicine* 2008; 58: 122-128
7. Butcher JN, Williams CL: *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*. Giunti OS, 1996
8. Cassitto MG: Disturbi psichici e psicofisici connessi con fattori di rischio occupazionale, organizzativo e psicosociale. In Foà V, Ambrosi L (eds): *Trattato di Medicina del Lavoro*. Torino: UTET, 2003
9. Cherry N, Chen Y, Mc Donald J: Reported incidence and precipitating factors of work related stress and mental ill-health in the United Kingdom (1996-2001). *Occup Med* 2006; 56: 414-421
10. Corneil W, Beaton R, Murphy S, et al: Exposure to traumatic incidence and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol* 1999; 2: 131-141
11. Cox T, Griffiths AJ: The assessment of psychosocial hazard at work. In Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (Eds): *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley and Sons, 1995
12. European Agency for Safety and Health at Work: *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010
13. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: *Fourth European Working Conditions Survey*. Office for Official Publications of the European Communities, 2007
14. Einarsen S, Mikkelsen EG: Individual effect of exposure to bullying at work. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D,

- Cooper CL (EDS): *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practise*. London/New York: Taylor and Francis, 2003: 127-144
15. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al: The validity of the two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-197
  16. Grunert BK, Matloub HS, Sanger JR et al: Treatment of post traumatic stress disorder after work related hand trauma. *The Journal of Hand Surgery* 1999; 15: 511-515
  17. Hacker W: Objective work environment: analysis and evaluation of objective work characteristics. Paper presented to: *A Helthair Work Environment: Basic Concept & Methods of Measurement*. Hogberga, Lidingo, Stockholm 1991
  18. Hansen AM, Hogh A, Persson R, et al: Bullying at work, health outcomes and physiological stress response. *J Psychosomatic Res* 2006; 60: 63-72
  19. Jacquinet-Salord MC, Lang T, Fouriaud C, et al: Sleeping tablet consumption, self-reported quality of sleep, and working conditions. Group of occupational physicians of APSAT. *J Epidem Comm Health* 1993; 47: 64-68
  20. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, et al: Human costs of organizational downsizing: comparing health trends between leavers and stayers. *Am J Community Psychol* 2003; 32: 57-67
  21. Leyman H: Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 1990; 5: 119-126
  22. Leyman H: The content and development of mobbing at work. *Europ J Work Organiz Psychol* 1996; 5: 165-184
  23. Leyman H, Gustafsson A: Mobbing at work and the development of post traumatic stress disorders. *Europ J Work Organiz Psychol* 1996; 5: 251-275
  24. Linden M, Beate Mushalla: Anxiety disorders and workplace related anxieties. *J Anxiety Dis* 2007; 21: 467-474
  25. Linton SJ, Bryngelsson IL: Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population. *J Occup Rehab* 2000; 10: 169-183
  26. MacDonald H, Colotla V, Flamer S, et al: Post-traumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *J Occup Rehab* 2003; 13: 63-77
  27. Matthiesen S, Einarsen S: Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *Brit J Guidance Counsel* 2004; 32: 335-356
  28. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, et al: The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the french GAZEL study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007; 42: 573-582
  29. Mikkelsen EG, Einarsen S: Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *Europ J Work Organiz Psychol* 2002; 11: 87-111
  30. Paoli P, Merliè D: *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2001
  31. Percudani M, Barbui C, Beecham J, Knapp M: Routine outcome monitoring in clinical practice: service and non-service costs of psychiatric patients attending a Community Mental Health Centre in Italy. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 469-477
  32. Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG, et al: Validity and Test-Retest Reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in General Practice: A Comparison Between Three Scoring Methods *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34: 198-205
  33. Pilcher JJ, Huffcutt AJ: Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep* 1996; 19: 318-326
  34. Punzi S, Cassitto MG, Castellini G, et al: Mobbing and its effects on health. The experience of the "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" in Milan. *Med Lav* 2007; 98: 267-283
  35. Quine L: Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *Brit Med J* 1999; 318: 228-232
  36. Quine L: Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *Brit Med J* 2002; 13: 878-879
  37. Robinson HM, Sigman MR, Wilson JP: Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports* 1997; 81: 835-845
  38. Salin D: Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying. *Europ J Work Organiz Psychol* 2001; 10: 425-441
  39. Simon GE, Von Korff M: Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1417-1423
  40. Stoller MK. Economic effects of insomnia. *Clin Therap* 1994; 16: 873-897
  41. Vartia M: Consequences of workplace bullying with respect to well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 63-69

RINGRAZIAMENTI: Ringraziamo il Dr Antonio Lasalvia e la Prof.ssa Mirella Ruggeri del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica (Sezione di Psichiatria e Clinica Psicologica) dell'Università di Verona per i preziosi suggerimenti che hanno permesso di apportare significativi miglioramenti del lavoro.