

# Le caratteristiche del mobbing ed i suoi effetti sulla salute. L'esperienza della "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" di Milano

SILVIA PUNZI\*, \*\*, MARIA GRAZIA CASSITTO\*\*, GIOVANNA CASTELLINI\*\*, G. COSTA\*, \*\*, R. GILIOLI\*\*

\* Dipartimento di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Milano

\*\* Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano

## KEY WORDS

Bullying at work; mobbing; psychosocial risks; harassment at work; stress

## SUMMARY

**«Mobbing and its effects on health. The experience of the "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" in Milan».** **Background:** There is increasing interest in research, prevention and management of mobbing in the field of occupational psychosocial risks. **Objectives:** To describe mobbing and its health effects by analysis of the cases examined from 1997 to 2003 at the Department of Occupational Health "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" in Milan. **Methods:** A total of 226 clinical records of patients who reported a mobbing situation when undergoing medical examination were selected out of 2455 patients examined for stress-related disorders. **Results:** The percentage of women was higher (53,1%) than in men (46,9%) with a prevalent age range of 35-54 years. There was a great variety of jobs, especially white-collars and workers in large service companies. In one third of the cases, mobbing occurred within 4 years from beginning of employment and mostly after company reorganization and management changes. The most frequent negative acts included social isolation and demotion. The most frequent symptoms were exhaustion, sleep, mood and sexual disorders. The number of symptoms was not related to the duration of mobbing but to the number and frequency of negative actions. 61.1% of the subjects took psychotropic drugs. Occupational health physicians play an essential role in primary prevention (information on occupational risks) and in early diagnosis and rehabilitation and could act as mediators between workers and enterprises.

## RIASSUNTO

Il fenomeno mobbing è sempre più argomento di studio e di intervento nell'ambito della prevenzione e gestione dei rischi psicosociali. Il presente studio si propone di descrivere le caratteristiche del mobbing e le ripercussioni sulla salute sulla base della casistica raccolta dal 1997 al 2003 dal Centro "Stress e disadattamento lavorativo" della "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" di Milano. Delle 2455 persone visitate per problematiche stress-correlate, sono state selezionate, in base a criteri di completezza e omogeneità, 226 cartelle cliniche di persone cui è stata posta diagnosi di patologia compatibile con mobbing. Le donne sono presenti in proporzione superiore rispetto agli uomini, l'età prevalente è tra 35 e 54 anni; sono rappresentate molteplici professioni, soprattutto di tipo impiegatizio e di grandi aziende del settore terziario. Il mobbing è iniziato, in un terzo dei casi, entro i primi 4 anni di lavoro e, in gran parte, in occasione di ristrutturazioni aziendali e cambio di superiore. Le azioni negative esercitate con più fre-

Pervenuto il 8.2.2007 - Accettato il 18.4.2007

Corrispondenza: Dott.ssa Silvia Punzi, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Servizio "Stress e disadattamento lavorativo", via San Barnaba 8, 20122 Milano - Tel. 02-55032644

E-mail: silvia.punzi@unimi.it

Il presente lavoro è stato oggetto di tesi di dottorato

quenza hanno l'effetto di isolare la persona e di sottrarle le funzioni lavorative. I sintomi prevalenti sono l'astenia cronica, i disturbi del sonno, dell'umore e della sfera sessuale. Il numero di sintomi riportati dipende, più che dalla durata del mobbing, dal numero e frequenza di azioni negative. Il 61,1% dei soggetti fa uso di psicofarmaci. Il medico del lavoro assume un ruolo fondamentale sia a livello preventivo (informazione sui rischi) che di diagnosi precoce e interventi di tipo terapeutico riabilitativo, mediando tra lavoratore ed azienda.

## INTRODUZIONE

Il fenomeno *mobbing* è sempre più oggetto di attenzione da parte della medicina del lavoro, collocandosi, all'interno dei rischi occupazionali di tipo psicosociale, tra quelli più patogeni per individui, aziende e società. Se in apparenza infatti, le azioni di violenza prevalentemente di tipo psicologico possono sembrare di gravità minore rispetto agli episodi più eclatanti di violenza fisica, è ammesso che una costellazione di vessazioni psicologiche reiterata nel tempo possa costituire una grave forma di violenza e comportare seri effetti sulla salute (8).

In ambito internazionale sono state date diverse definizioni di *mobbing* e sono stati utilizzati numerosi termini per indicare il fenomeno (per es. *bullying at work*, *harassment at work*, ecc.) e, sebbene non si sia ancora giunti ad una definizione ufficiale condivisa, tutti si riferiscono allo stesso insieme di vessazioni sul posto di lavoro, sistematiche e prolungate, che costituiscono una forma di violenza psicologica, diretta contro la persona e il suo lavoro, con l'esito di escluderla dall'attività lavorativa (11, 14).

Il *mobbing* può assumere molteplici forme e verificarsi secondo una varietà di situazioni e azioni negative. Si distinguono, per esempio, azioni dirette, quali insulti e accuse, che vengono esercitate in modo manifesto e spesso pubblico contro la persona, ed azioni indirette, per esempio pettegolezzi, false dicerie e isolamento sociale, più subdole ma non meno efficaci nel loro effetto lesivo (11). Un'altra classificazione è quella che distingue le azioni dirette contro il lavoro, quali deprezzamenti e critiche immotivate o attribuzioni indebite di colpe, da quelle dirette contro la persona, quali isolamento fisico, esclusione da scambi sociali, umiliazioni e ridicolizzazioni (11, 14). Gilioli et al. (14) aggiungono a queste due categorie quella delle azioni di tipo punitivo, per esempio uso eccessivo e

pretestuoso di visite medico-fiscali e di contestazioni disciplinari.

Molte di tali azioni possono verificarsi comunemente nell'ambiente di lavoro, ma quando sono frequenti, persistenti e indirizzate verso una o più persone designate possono divenire fonti di estremo stress e configurarsi come *mobbing* (13, 14, 20, 33).

Il *mobbing* è stato anche descritto come un processo in *escalation*, che si sviluppa in modo graduale, da una situazione in cui prevalgono azioni indirette e occasionali ad attacchi sempre più aperti, diretti ed aggressivi (11, 20, 35). La vittima diviene sempre più isolata, stigmatizzata e incapace di reagire. Questa posizione la esclude dal supporto di tutto l'ambiente di lavoro, esacerbando ulteriormente la sua condizione di isolamento e il processo di vittimizzazione.

Una crescente attenzione viene posta agli effetti del *mobbing* sulla salute. Il Parlamento Europeo (2001) "richiama l'attenzione sugli effetti devastanti del *mobbing* sulla salute fisica e psichica delle vittime"; la Fondazione di Dublino (23) rileva che le persone vittime di *mobbing* subiscono uno stress notevolmente più elevato rispetto agli altri lavoratori e che le molestie morali costituiscono dei rischi potenziali per la salute. Si annoverano sintomi a carico della sfera emozionale, psicofisiologica e comportamentale. A questi si associano elementi di disagio psicologico quali calo di autostima e motivazione, sentimenti di insicurezza e autoaccusa, perdita di speranza nel futuro. Questo insieme sintomatologico può sfociare in vere e proprie malattie, quali gravi sindromi ansiose e/o depressive (4, 6, 12, 14, 20, 24, 29, 30). Di rilievo è anche la presenza di casi di Disturbo Post Traumatico da Stress (21).

Il disagio legato ad una situazione di *mobbing* si estende inoltre tipicamente a tutte le sfere della vita, generando contrasti familiari, ritiro sociale e perdita di interesse per le attività di svago (14).

Anche i colleghi, spettatori delle molestie, sembrano riportare effetti negativi sulla salute, insieme alla paura di divenire loro stessi oggetto di tali molestie, alla frustrazione per non essere in grado di intervenire e alla rabbia nei confronti dell'azienda (12).

Le ripercussioni del fenomeno *mobbing* non sono solo a carico del lavoratore e della sua famiglia, ma anche dei datori di lavoro e della società. Il *mobbing* infatti rappresenta un costo per le aziende in termini di assenteismo, calo della produttività, controversie legali e un generale deterioramento delle relazioni interpersonali e dell'ambiente di lavoro, che influisce negativamente anche su chi non è direttamente vittima delle vessazioni. I costi per la società sono sia di tipo sanitario, connessi a richieste di cura, invalidità e disabilità, sia di tipo sociale, quali richieste di pensionamento anticipato e fenomeni di disgregazione familiare e sociale (2).

Il *mobbing* rappresenta un fenomeno sociale complesso e multifattoriale che vede interagire fattori individuali (legati alla personalità e alla vulnerabilità individuale degli attori in gioco), diadici (strettamente legati ai rapporti interpersonali e all'*escalation* del conflitto tra due persone), di gruppo (con il fenomeno del capro espiatorio, dove l'aggressività è diretta verso il membro più debole o "diverso" del gruppo), organizzativi (in termini di clima aziendale o stili manageriali che possono favorire o permettere comportamenti aggressivi) e sociali (legati alla storia, alla cultura e alle condizioni socio-economiche di un'area o di un Paese) (11).

In Italia le pubblicazioni scientifiche sono esigue (1, 5, 6, 7, 14, 22) e le ricerche sono condotte su campioni limitati; altrettanto esigue, anche a livello internazionale, sono le ricerche condotte in ambito clinico (20).

Il presente studio si propone di contribuire a colmare tale lacuna, presentando un'analisi della casistica esaminata presso il Centro "Stress e Disadattamento Lavorativo" della Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" (Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena) di Milano, primo Centro nato in Italia con il fine di svolgere attività clinico-diagnostica e preventivo-riabilitativa su pazienti con sospetto di malattia legata a condizioni di *mobbing*.

In particolare lo studio si è proposto di mettere in luce le caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti esaminati, gli aspetti principali delle situazioni di *mobbing* da loro riportate e le ripercussioni che queste hanno avuto sulla salute, al fine di dare indicazioni di tipo preventivo. Se infatti nel Nord Europa la prevenzione sembra aver dato ottimi risultati nel fronteggiare il fenomeno (Einarsen 2006, comunicazione personale), in Italia molto è ancora da approntare in questa direzione, indubbiamente la più costruttiva in termini di risultati a lunga scadenza.

## SOGGETTI E METODI

### Soggetti

Il campione è stato scelto all'interno della popolazione dei pazienti visitati dal 1997, anno di istituzione del servizio di day-hospital, al 2003. In tale arco temporale sono stati esaminati 3.768 pazienti, di cui 489 (13%) si sono ripresentati per uno o più controlli clinici, per un totale di 3279 pazienti al primo ricovero in DH. I tre quarti si sono presentati per un sospetto stress occupazionale e, tra questi, in quattro casi su cinque è stata rilevata una compatibilità tra la condizione clinica e la presunta situazione di *mobbing* (tabella 1).

Dopo un preliminare studio della popolazione dei pazienti, il primo criterio di campionamento è stato quello di considerare solo i soggetti al primo ingresso, perchè i pazienti in visita di controllo vengono sottoposti ad un protocollo ridotto. Si sono quindi individuati quelli che si erano presentati per un sospetto stress occupazionale e, tra questi, quelli per cui era stata riconosciuta una patologia *mobbing* correlata.

Infine, per ottenere un campione quanto più omogeneo e rappresentativo dei pazienti in situazioni di *mobbing*, e per isolare quanto più possibile le variabili di interesse, sono stati adottati i seguenti criteri: confrontabilità e completezza dei protocolli; chiarezza nel codificare la relazione tra la diagnosi e la situazione di *mobbing*; esclusione di altri importanti fattori concorrenti alla sintomatologia; presenza della situazione di *mobbing* al momento

**Tabella 1** - Distribuzione della popolazione dei pazienti esaminati dal 1997 al 2003**Table 1** - Distribution of patients examined between 1997 and 2003

Anno	Totale pazienti al primo ricovero in DH (A)	Pazienti con sospetto stress occupazionale (B)	(B/A)%	Pazienti con patologia mobbing correlata (C)	(C/B)%	(C/A)%
1997	170	11	6,47%			
1998	244	43	17,62%	31	72,09%	12,70%
1999	473	320	67,65%	221	69,06%	46,72%
2000	628	521	82,96%	405	77,73%	64,49%
2001	630	564	89,52%	507	89,89%	80,48%
2002	563	504	89,52%	372	73,81%	66,07%
2003	571	492	86,16%	383	77,84%	67,07%
Totale	3279	2455	74,87%	1919	78,17%	58,52%

della diagnosi (esclusione di soggetti con situazioni avversative pregresse).

In base a tali criteri sono state quindi esaminate 226 cartelle cliniche di pazienti visitati nell'anno 2003, pari al 9,2% di tutti i soggetti visitati al primo ingresso per sospetto stress occupazionale. Tale campione è risultato rappresentativo del totale delle persone visitate per quanto riguarda la provenienza geografica, il genere e l'età.

### Strumenti

I pazienti, con impegnativa del medico di famiglia, sono stati ricoverati in day hospital per 3 giornate di degenza. La valutazione di una "sindrome mobbing correlata" si basa sull'impiego di un protocollo che si è andato consolidando e che comprende: a) la visita medica del medico del lavoro, con raccolta dell'anamnesi lavorativa; b) il colloquio con lo psicologo, volto ad indagare oltre agli aspetti lavorativi anche lo stile di vita, le relazioni familiari e sociali; c) la somministrazione di una batteria di test psico-diagnostici quali MMPI (15), Raven PM 38 (25), Reattivo di Wartegg (32), che valutano gli aspetti cognitivi ed emotivi e danno indicazioni sulla personalità anche negli aspetti motivazionali e progettuali; d) la visita del neuropsichiatra.

Le variabili ricavate dall'analisi dell'anamnesi lavorativa riguardano professione, tipo di azienda di provenienza, durata dell'azione mobbizzante ed eventi antecedenti/favorevoli la situazione avversati-

va di lavoro. Dall'anamnesi patologica prossima sono state ricavate informazioni sul tempo di insorgenza della sintomatologia, le abitudini voluttuarie, l'uso di farmaci e la richiesta di assistenza medica per i problemi insorti in seguito alle difficoltà sul lavoro.

I dati sulle azioni negative sono stati ricavati dal "Questionario CDL", approntato nel 1998 dagli esperti del Centro sulla base dell'esperienza clinica e della letteratura scientifica. È composto da 30 item, rappresentanti le azioni vessatorie, suddivise in tre gruppi principali, che coprono l'area degli attacchi alla persona (item 1-10: es. isolamento, offese, molestie sessuali, minacce), attacchi alla situazione lavorativa (item 11-26: es. critiche continue, sovraccarico lavorativo, declassamento) e azioni punitive (item 27-30: es. uso eccessivo e pretestuoso di visite medico-fiscali e contestazioni disciplinari). Le risposte sono su scala 0-2 (0=mai/quasi mai; 1=qualche volta; 2=spesso). Il questionario fornisce anche informazioni sull'anzianità aziendale del soggetto e su chi mette in atto le azioni negative. Non esistono punteggi cut-off o tarature: il questionario è nato con scopo eminentemente descrittivo e di facilitazione per la comprensione del singolo caso. Per l'analisi dei dati è stata considerata la frequenza delle risposte "spesso" per ciascun item.

I risultati sulla sintomatologia sono stati ottenuti dal "Questionario dei Sintomi Soggettivi", anch'esso costruito all'interno del Servizio con lo scopo di agevolare il paziente nel riportare i propri sintomi e la frequenza di comparsa. È composto da 72 do-

mande relative ai sintomi che tipicamente si presentano nelle sindromi da stress; gli item coprono 11 aree denominate “astenia”, “qualità del sonno”, “memoria”, “attenzione”, “psicomotricità”, “umore”, “identità”, “disturbi psicosomatici”, “disturbi del sistema nervoso periferico”, “disturbi dell’equilibrio e organi di senso”, e “disturbi sessuali”. Ogni item presenta quattro alternative di risposta (1=quasi mai, 2=talvolta, 3=spesso, 4=molto spesso), ad eccezione di 2 item che ne hanno tre. Anche in questo caso non esistono punteggi finali o tarature, ma viene fatta una lettura qualitativa a scopo clinico e descrittivo. Per l’analisi dei dati è stata considerata la frequenza delle risposte “spesso” e “molto spesso” per ciascun item.

È stato inoltre riportato il dato sulla conclusione diagnostica secondo i criteri del DSM-IV (3).

I dati sono stati analizzati statisticamente mediante il pacchetto SPSS 11.5 (28).

## RISULTATI

### Caratteristiche dei soggetti

Il campione è composto da soggetti provenienti per l’85% dal Nord-Ovest, in particolare dalla Lombardia (67,2%), per il 9,3% dal Nord-Est, nel 3,1% dal Centro e nel 2,6% dal Sud.

Le donne sono presenti in proporzione leggermente superiore (53,1%) rispetto agli uomini (46,9%); questa risulta più marcata se si fa riferimento alla composizione femminile della popolazione di riferimento (53,1% vs 40,6%), ossia gli occupati del Nord-Ovest d’Italia (18).

L’età in prevalenza si colloca tra i 35 e i 54 anni (76,5%), con una maggiore presenza di soggetti tra i 45 e i 54 anni (39,8%) rispetto alla popolazione di riferimento (23%) (figura 1). All’interno del campione non vi sono differenze significative tra uomini e donne per classi d’età.

Sono soggetti prevalentemente coniugati (58,4%) con scolarità medio-elevata (54,9% scuola superiore; 15,9% laurea).

Sono rappresentate molteplici professioni, in prevalenza di tipo impiegatizio (53,5%), in ugual misura di aziende pubbliche e private (figura 2).

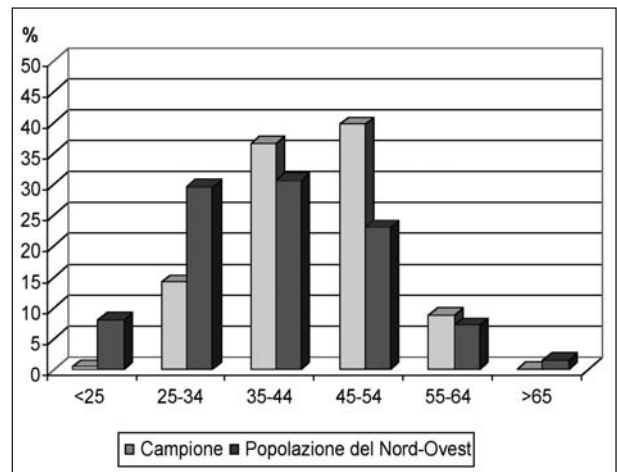


Figura 1 - Classi d’età: confronto tra campione e popolazione degli occupati del Nord-Ovest (18)

Figure 1 - Age ranges: comparison between sample and employed population in north-western Italy (18)

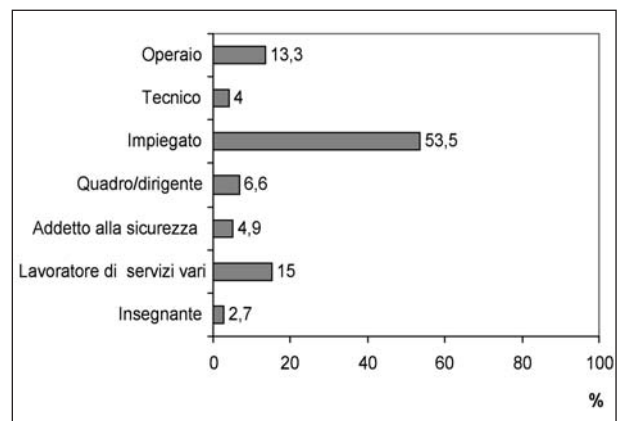


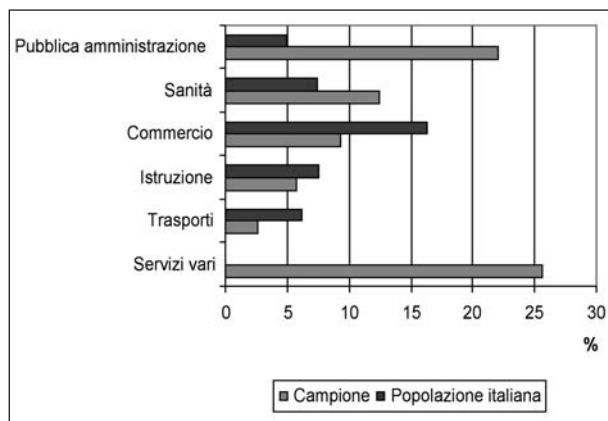
Figura 2 - Distribuzione dei soggetti in base alla professione

Figure 2 - Subject subdivision by job

I soggetti provengono da numerosi settori lavorativi che rientrano principalmente nel terziario (77,9%). I settori maggiormente rappresentati nel terziario sono la pubblica amministrazione (22,1%) e la sanità (12,4%). Il 25,6% lavora in vari servizi, quali telecomunicazioni, pubblicità, turismo, informatica, imprese di pulizia, alberghi, banche e assicurazioni (figura 3).

Le dimensioni delle aziende, sono prevalentemente grandi (62%); segue la media impresa (21,2%), la piccola e micro impresa sono le meno frequenti (rispettivamente 5,8% e 2,6%).





**Figura 3** - Confronto tra campione e popolazione italiana di riferimento per principali settori di attività (19)

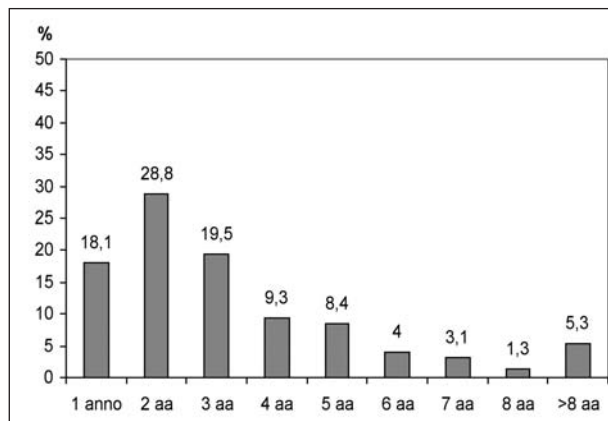
*Figure 3* - Comparison between sample and the Italian reference population by main work sectors (19)

I soggetti hanno un'anzianità aziendale che varia su tutto l'arco della vita lavorativa, dai neo-assunti alle persone in uscita dal mondo del lavoro; è da rilevare che i soggetti assunti da meno di 4 anni sono circa un quarto dei casi.

### Tempi e modalità delle vessazioni

La maggior parte dei soggetti è giunta alla nostra attenzione dopo un periodo di azioni avversative compreso tra 1 e 3 anni (66,4%) (figura 4).

Il *mobbing* ha avuto inizio, in circa un terzo dei casi, entro i primi 4 anni di lavoro; per i restanti ca-



**Figura 4** - Durata delle azioni avversative al momento degli accertamenti

*Figure 4* - Duration of negative acts at time of medical assessment

si l'inizio si è verificato, con percentuali simili intorno al 10% tra i 5 e i 28 anni dall'assunzione, con percentuali minori (1,3%) dopo tale periodo e un valore massimo di 36 anni.

Per quanto riguarda le azioni contro la persona, quelle che più della metà dei soggetti ritiene di ricevere spesso sono l'isolamento sociale, le umiliazioni e l'istigazione di altre persone contro il soggetto stesso. Nell'area della situazione lavorativa, le azioni avversative maggiormente riportate sono le critiche al lavoro continue ed ingiustificate, la svalutazione delle proposte lavorative e delle prestazioni, il declassamento professionale, l'esclusione dalla comunicazione e dalle attività lavorative (tabella 2).

Le domande che si riferiscono alle molestie sessuali verbali e/o fisiche e alle violenze fisiche, hanno una percentuale molto bassa di risposte "spesso". Non sono particolarmente frequenti anche le intromissioni nella vita privata, l'assegnazione di compiti pericolosi o inadatti allo stato di salute, la manomissione della postazione di lavoro o di effetti personali, e il controllo di telefonate e corrispondenza.

Tra le azioni punitive, le eccessive contestazioni disciplinari e le difficoltà nell'ottenere permessi e ferie vengono riportate con maggior frequenza, mentre le visite mediche pretestuose e i trasferimenti in sedi disagiate non risultano particolarmente frequenti.

La maggior parte dei soggetti (57,1%) riporta di essere oggetto di azioni negative giornalmente.

Ad esercitare le azioni negative sono prevalentemente i superiori, da soli (54,4%) o con il coinvolgimento di colleghi e/o subalterni del soggetto (35,8%); nel 3,9% dei casi i mobber sono soltanto i colleghi e/o subalterni. Più il *mobbing* si protrae nel tempo più vi è la tendenza di tutto il gruppo di colleghi, superiori e subordinati nell'esercitare le vessazioni.

### Eventi favorevoli le situazioni di *mobbing*

Nel rilevare quali eventi hanno contribuito a promuovere la situazione di *mobbing* sono emerse sei categorie prevalenti, caratterizzate da un fattore comune, costituito dal cambiamento (tabella 3).

**Tabella 2 - Azioni negative riportate dal "Questionario CDL"**  
**Table 2 - Negative acts as per "CDL Questionnaire"**

Azioni negative - "Questionario CDL"	Risposte "spesso"	
	N.	%
<i>Area "Attacchi alla persona"</i>		
1 Atteggiamenti volti all'emarginazione	172	76,1
2 Atteggiamenti per ridicolizzare, umiliare, offendere	147	65,0
3 Comportamenti per istigare contro il soggetto altre persone	128	56,6
4 Minacce di violenza e/o provocazioni	94	41,6
5 Intercettazione di telefonate e/o posta	55	24,3
6 Intromissioni nella vita privata	50	22,1
7 Manomissione della postazione di lavoro e/o danneggiamento di effetti personali	48	21,2
8 Assegnazione di compiti pericolosi o inadatti allo stato di salute	41	18,1
9 Molestie sessuali verbali e/o fisiche	13	5,8
10 Violenze fisiche	4	1,8
<i>Area "Attacchi alla situazione lavorativa"</i>		
11 Comportamenti per sminuire o ignorare le proposte o le idee	155	68,6
12 Declassamento professionale senza motivazioni oggettive	154	68,1
13 Critiche continue non corrispondenti alla realtà, con rifiuto di specificarne i motivi	142	62,8
14 Valutazioni di profitto più basse rispetto alle reali prestazioni	135	59,7
15 Esclusione dalle riunioni di lavoro o dai progetti dell'azienda	130	57,5
16 Rifiuto di comunicare, o assunzione di comunicazioni indirette, da parte di colleghi o superiori	112	49,6
17 Attribuzione indebita di colpe	93	41,2
18 Assegnazione di compiti nuovi senza preavviso, senza istruzioni né strumenti	90	39,8
19 Attribuzione di meriti del soggetto ad altri	87	38,5
20 Attribuzione di carico eccessivo di lavoro all'improvviso o con scadenze impossibili da rispettare	83	36,7
21 Negazione del diritto di partecipare a corsi di formazione o aggiornamento	83	36,7
22 Attribuzione di compiti che richiedono competenze inizialmente non previste o richieste	78	34,5
23 Affiancamento di un collaboratore senza preavviso e riduzione progressiva di compiti e responsabilità del soggetto	77	34,1
24 Non assegnazione di compiti	77	34,1
25 Assegnazione di compiti senza senso	70	31,0
26 Contatti continui, da parte dell'azienda, durante le ferie o le malattie senza valide motivazioni	33	14,6
<i>Area "Azioni punitive"</i>		
27 Uso eccessivo e pretestuoso di contestazioni disciplinari	80	35,4
28 Rifiuto o difficoltà nel concedere permessi/ferie/turni/trasferimenti, senza valide motivazioni	80	35,4
29 Uso eccessivo e pretestuoso di visite medico-fiscali (e/o visite d'idoneità e/o visite medico-collegiali)	49	21,7
30 Trasferimenti in sedi lontane dalla residenza	35	15,5

Per la maggior parte si tratta di ristrutturazioni aziendali e del cambio di un superiore, che comportano problemi legati all'organizzazione del lavoro, in particolare nel primo caso, e alle relazioni interpersonali, soprattutto nel secondo. I cambiamenti aziendali e il cambiamento di un superiore costituiscono possibili antecedenti del *mobbing* nella stessa misura per uomini e donne e riguardano

maggiormente, anche se non con differenze significative, i soggetti con più di 45 anni. A riportare cambiamenti aziendali sono soprattutto i soggetti con titolo di scuola superiore e gli impiegati/quadri/dirigenti.

Nel 13,3% dei casi le richieste dei soggetti, prettamente relative al lavoro, alla carriera o alla posizione lavorativa, sono state all'origine di conflitti

**Tabella 3 - Eventi favorevoli al mobbing**  
**Table 3 - Triggering events of mobbing**

Categoria	Frequenza	%
1. Cambiamenti aziendali	74	32,7
2. Cambiamento di superiore	45	19,9
3. Conflitti organizzativi	30	13,3
4. Nuovo posto di lavoro	26	11,5
5. Conflitti interpersonali	22	9,7
6. Cambiamenti nella salute o nella vita privata/maternità	20	8,8
Non specificato	9	4
<b>Totale</b>	<b>226</b>	<b>100</b>

con l'azienda. Si tratta prevalentemente di uomini, soprattutto di età inferiore a 45 anni.

Anche l'arrivo in un nuovo posto di lavoro sembra essere un momento critico, che riguarda principalmente soggetti con meno di 45 anni: l'11,5% dei soggetti, in ugual misura uomini e donne, riporta problemi relazionali, conflitti di ruolo e problemi di organizzazione del lavoro che degenerano in situazioni di *mobbing*. Si tratta in particolare di persone con titolo di studio universitario.

Un soggetto su 10, in ugual misura uomini e donne di tutte le età, riporta conflitti interpersonali, per la maggior parte senza poter riconoscere un significativo evento antecedente, fatta eccezione per 3 donne che riportano la degenerazione dei rapporti in seguito a rifiuto di proposte sessuali.

I cambiamenti nella salute, e le eventuali limitazioni all'idoneità al lavoro, e i cambiamenti nella sfera privata, prevalentemente la maternità, sono riportati nell'8,8% dei soggetti come eventi favorevoli la situazione avversativa. Si tratta prevalentemente di giovani donne al rientro dalla maternità o che necessitano di permessi per l'accudimento di familiari. Sono inoltre principalmente soggetti con scuola dell'obbligo e con la qualifica di operai e assimilati a riportare problemi in tale area.

### Ripercussioni sulla salute

Più della metà dei soggetti (58,8%) riporta una sintomatologia che dura da 1 a 2 anni e che, nel 66,8% dei casi, è insorta entro un anno dall'inizio della situazione negativa di lavoro.

I soggetti lamentano la comparsa frequente di sintomi che si collocano principalmente in quattro aree (tabella 4). La prima è quella dell'astenia, presente già al risveglio e non giustificata dal lavoro svolto. Nell'area dei disturbi del sonno, tutti i diversi aspetti vengono denunciati in maniera rilevante, come i frequenti risvegli notturni, la difficoltà nell'addormentamento, il risveglio precoce e il sonno disturbato da sogni e/o pensieri sgradevoli. I disturbi dell'umore si manifestano prevalentemente con irritabilità e insofferenza, umore depresso e/o variabile, ansia, perdita di interesse; tre soggetti su quattro riportano inoltre una diminuzione dell'interesse per i rapporti sessuali.

I disturbi psicosomatici si presentano, prevalentemente in forma moderata (61,5%), in particolare con cefalea, tachicardia, ipersudorazione, nausea, oppressione toracica, difficoltà nel respiro, morsa allo stomaco. Dall'analisi delle anamnesi patologiche prossime si rileva come il 49% dei soggetti riporta disturbi che potrebbero avere, nella loro insorgenza, una componente psichica o rappresentare aggravamenti di disturbi pre-esistenti; si tratta di disturbi dermatologici (psoriasi, alopecia, dermatite, follicolite, herpes, vitiligine), gastro-intestinali (ulcera peptica, gastroduodenite, colon irritabile, dispepsia, esofagite), muscolo-scheletrici (cervicalgie), cardio-circolatori (ipertensione, aritmie, crisi anginose), genito-urinari (incontinenza, cistite, irregolarità mestruali, amenorrea, minacce di aborto) o di varia natura (bruxismo, crisi d'asma, vertigini).

I sintomi comportamentali sono presenti in forma lieve (64,6%). Le abitudini voluttuarie non sembrano infatti costituire un particolare problema, in termini di eccessivo consumo di alcool, fumo da sigaretta o caffè. Fanno eccezione le abitudini alimentari: il 31,9% dei soggetti dichiara infatti di aver diminuito o aumentato in modo significativo, anche a fasi alterne, il consumo di cibo in seguito alle difficoltà sul lavoro.

In generale il numero di sintomi riportati non dipende dalla durata del *mobbing* ( $r=-0,1$ ;  $p=0,8$ ), ma dal numero di azioni negative ricevute ( $\rho=0,28$ ;  $p=0,00$ ) e tende ad aumentare quando le azioni si verificano giornalmente ( $\chi^2=5,1$ ;  $p=0,07$ ).

La diagnosi più frequentemente posta è stata quella di Disturbo dell'Adattamento (88,1%), men-



**Tabella 4** - “Questionario dei sintomi soggettivi”: risposte “spesso” e “molto spesso” per i sintomi riportati con maggior frequenza  
**Table 4** - “Subjective Symptom Questionnaire”: “often” and “very often” answers to the most frequent symptoms.

Item divisi per aree sintomatologiche	N.	%
“Astenia”		
Stanchezza al risveglio	185	81,8
Stanchezza eccessiva rispetto al lavoro svolto	179	72,9
“Qualità del sonno”		
Risvegli frequenti	163	72,1
Difficoltà di addormentamento	151	66,8
Risveglio precoce	147	65,0
Sonno disturbato da sogni e/o pensieri sgradevoli	126	55,8
“Memoria”		
Insorgenza di difficoltà nel memorizzare	114	50,4
“Attenzione”		
Difficoltà a mantenere l’attenzione su ciò che si sta ascoltando	116	51,3
Difficoltà a mantenere l’attenzione su ciò che si sta facendo	103	45,6
“Psicomotricità”		
Lentezza nei movimenti	121	53,5
“Umore”		
Irritabilità	152	67,2
Insofferenza	146	64,6
Umore depresso	143	63,3
Ansia, agitazione	133	58,8
Perdita di interesse per le attività	132	58,4
Umore instabile	119	52,7
“Identità”		
Cambiamento nel modo di reagire agli avvenimenti	139	61,5
“Disturbi psicosomatici”		
Cefalea	116	51,3
Preoccupazioni per la salute	115	50,9
Sensazione di morsa allo stomaco	108	47,8
Accelerazione del battito cardiaco	106	46,9
Difficoltà di respiro	98	43,4
Ipersudorazione	95	42,0
Senso di oppressione al torace	84	37,2
“Disturbi del sistema nervoso periferico”		
Sensazione di avere le gambe pesanti	113	50,0
Sensazione di avere le gambe molli	85	37,6
“Disturbi dell’equilibrio e organi di senso”		
Sensazione di avere uno strano sapore in bocca	70	31,0
“Disturbi sessuali”		
Calo del desiderio sessuale	165	73,0

tre al 6,6% dei soggetti è stato diagnosticato un Disturbo Post Traumatico da Stress, e al 5,3% un severo disturbo depressivo o d’ansia.

Il 61,1% dei soggetti faceva uso di psicofarmaci al momento degli accertamenti, in particolare gli ansiolitici, nel 18,6% dei casi in combinazione con

antidepressivi. In alcuni casi venivano assunti 3 o 4 psicofarmaci in combinazione, mentre solo un soggetto assumeva un farmaco antipsicotico. Nel 12,4% dei casi gli psicofarmaci sono stati prescritti dal medico di base.

In merito alle richieste di assistenza sanitaria molteplici sono le strade percorse dai soggetti esaminati prima di accedere al Servizio, dal medico curante a diversi specialisti, in particolare gastroenterologi, neurologi e dermatologi, spesso senza riscontrare cause organiche sottese ai propri disturbi e, solo in seguito a ciò, si sono rivolti a specialisti della salute mentale. Da segnalare che il 47,8% dei soggetti si è rivolto a tali specialisti prima di richiedere gli accertamenti presso la Clinica del Lavoro.

## DISCUSSIONE

Prima di entrare nel merito della discussione dei risultati è opportuno fare alcune considerazioni sulla metodologia dello studio, che ne illustrano i limiti e i punti di forza.

Il fatto che il campione sia costituito da persone che si sono rivolte al Centro della Clinica del Lavoro di Milano in relazione a problemi di salute verosimilmente *mobbing*-correlati, ci dice che tali soggetti rappresentano il punto "estremo" del fenomeno, in quanto vi arrivano dopo un più o meno lungo percorso attraverso diversi e molteplici specialisti. Essi rappresentano quindi una popolazione altamente selezionata sia in ragione della eventuale progressiva accoglienza delle loro istanze di ascolto/aiuto, sia per quanto riguarda la gravità e persistenza della loro condizione. Se da un lato quindi vengono colti gli aspetti più importanti del fenomeno, dall'altra non si hanno informazioni sulle persone che vivono una situazione di *mobbing* ancora in fase iniziale, su quelli che sono riusciti a fronteggiarla o sulle persone che, pur in presenza di *mobbing*, non hanno accusato effetti rilevanti sulle loro condizioni di salute.

D'altro canto, il fatto che i dati siano stati raccolti in un contesto clinico ne ha certamente aumentato l'affidabilità: la valutazione clinica è stata formulata non solo in base ai risultati di un articolato protocollo diagnostico, ma anche al giudizio

sull'attendibilità della persona, a cui hanno contribuito più figure professionali (medico del lavoro, psicologo, neuropsichiatria). Resta senz'altro il fatto che, non avendo riscontri diretti dell'ambiente di lavoro, a parte la documentazione fornita dall'interessato, il giudizio sull'esistenza della situazione di *mobbing* si è limitato alla compatibilità tra la condizione riportata e la sintomatologia lamentata.

Premesso ciò, in riferimento alla composizione del campione appare evidente come il fenomeno *mobbing* possa riguardare tutti, uomini e donne, di diverse età, professioni e settori lavorativi, pur se emergono alcune interessanti indicazioni.

Il fatto che le donne siano maggiormente rappresentate nel campione, rispetto alla popolazione di riferimento, può avere molteplici ipotesi esplicative (36).

La prima potrebbe essere quella che le donne siano effettivamente più soggette a *mobbing* rispetto agli uomini in quanto, in relazione a stereotipi culturali, sarebbero più passive e quindi più facilmente attaccabili. Considerando inoltre che il *mobbing* è prevalentemente un fenomeno esercitato dai superiori nei confronti dei subalterni, e che le donne meno frequentemente ricoprono cariche dirigenziali, si può pensare che le donne siano più a rischio di vessazioni.

Un'altra ipotesi che potrebbe spiegare la maggior presenza di donne nel campione è che queste siano più propense degli uomini a chiedere aiuto in caso di difficoltà, per esempio rivolgendosi ad un Servizio pubblico.

La letteratura a tal proposito è esigua e discordante: alcuni autori non rilevano differenze di genere significative (13, 20, 31), altri rilevano invece tra le vittime una prevalenza di donne (4, 5, 21, 26). Alcuni sostengono che le donne risultino più a rischio perché sono maggiormente presenti nei settori della sanità e dei servizi sociali, che appaiono essere più colpiti dal fenomeno *mobbing* (9).

Per quanto riguarda l'età dei soggetti, si potrebbe ipotizzare che le situazioni di *mobbing* si verificano effettivamente di più tra le persone con più di 45 anni.

Riferendoci al *mobbing* di tipo strategico (14) ad esempio, in occasione di ristrutturazioni aziendali le persone in età più avanzata, che più dei giovani

ricoprono posizioni manageriali, sono più a rischio di “tagli”, perché sovente in tali posizioni si creano doppioni di ruolo, soprattutto in caso di fusioni o acquisizioni. Ancora, in quella fascia di età, le persone sono più costose per l'azienda rispetto a lavoratori con minor anzianità aziendale o con contratti atipici. I giovani d'altro canto possono essere meno soggetti a *mobbing* perché, avendo prevalentemente contratti atipici con scadenze a termine, possono essere allontanati semplicemente mediante il mancato rinnovo del contratto di lavoro.

I nostri riscontri sull'età sono conformi sia a quelli di altri campioni italiani, in cui emerge una quasi assenza di giovani e una prevalenza di persone in fascia d'età più avanzata (5, 10), sia a quanto riportato in altri studi internazionali (13).

Anche in relazione ai settori di attività, i risultati ottenuti sono analoghi a quelli riportati in letteratura, che vedono il terziario, in particolare il settore pubblico della sanità e della pubblica amministrazione, più colpito rispetto all'industria (5, 20, 23, 26).

Un'ipotesi esplicativa del maggior interessamento del settore pubblico può riguardare il tipo di organizzazione del lavoro. L'ampiezza e la complessità della struttura organizzativa, unita spesso alla lentezza burocratica, alla scarsa definizione dei ruoli e alla poca chiarezza delle procedure, possono da una parte creare maggiori occasioni di contrasto, dall'altra renderne più complessa la gestione. La stessa organizzazione ostacola spesso il contatto diretto e costante tra lavoratori e superiori, e ciò rende difficile per i lavoratori ottenere chiarimenti e supporto.

Sono infatti le aziende di grandi dimensioni, sia pubbliche che private, ad essere maggiormente presenti nel nostro campione, come riportato da altre ricerche (10, 13).

Un'altra ipotesi esplicativa riguarda il fatto che nelle aziende pubbliche le persone con un contratto di lavoro avvertono una stabilità che molto difficilmente sono disposti a perdere, e quindi possono accettare situazioni negative, anche per lungo tempo, anziché ricollocarsi in altri settori. Dai dati dello studio emerge anche, a sostegno di questa ipotesi, come il *mobbing* duri più a lungo nelle aziende pubbliche.

Le figure professionali più coinvolte sono quelle che svolgono mansioni impiegatizie, come rilevato da altri studi (5, 22, 36), mentre gli operai sembrano meno coinvolti.

Ipotizziamo che la spiegazione sia da ritrovarsi nel tipo di attività svolta. Per gli impiegati infatti i rapporti interpersonali e la comunicazione, in generale, fanno parte integrante del lavoro; inoltre il risultato del lavoro, contrariamente agli operai, non sempre è tangibile e misurabile. Gli impiegati sarebbero così maggiormente esposti a conflitti interpersonali, alla possibilità di un isolamento dalla comunicazione, e quindi dal lavoro, e a critiche sull'operato da cui è più difficile potersi difendere.

Il dato sul titolo di studio, prevalentemente medio-elevato, è verosimilmente legato al fatto che prevale la professione impiegatizia; può essere anche dovuto tuttavia al fatto che le persone con un maggior grado di istruzione abbiano una maggior consapevolezza o una soglia di allarme più bassa rispetto alla situazione negativa, ovvero abbiano più informazioni sull'esistenza di Centri specializzati per i loro disturbi e siano più propense ad afferirvi.

Per quanto concerne le dinamiche del fenomeno *mobbing*, una visione complessiva dei risultati evidenzia come questo si verifichi secondo una molteplicità di azioni negative, frequenti e durature, in seguito a svariati eventi favorevoli o scatenanti, che possono accadere in qualsiasi momento della carriera lavorativa. Questa considerazione riporta elementi fondamentali conformi alla definizione di *mobbing* (11, 14).

La durata media del *mobbing*, poco più di 3 anni, si colloca nei valori riscontrati in letteratura, dagli studi condotti sulle vittime (36). La minor percentuale di casi con durate che superano i dieci anni si riferisce più frequentemente a situazioni di prolungato disagio lavorativo che si è tradotto in una vera e propria situazione di *mobbing* a causa di un evento precipitante occorso più recentemente. I dati italiani del 1998 (10), su un campione di vittime, riportano durate prevalenti superiori a 5 anni; l'abbassamento di tale valore nel 2003, anno di riferimento del presente studio, potrebbe farci pensare che la sensibilizzazione sul fenomeno, condotta in Italia negli ultimissimi anni, abbia contribuito a

rendere più consapevoli le persone, anche per la richiesta di aiuto.

La durata del *mobbing* condiziona un aggravamento della situazione nei termini di coinvolgimento dell'intero ambiente lavorativo, con un clima generale di non rispetto della persona; ciò è in accordo con il concetto di *mobbing* come processo in *escalation*, in cui la vittima diviene sempre più isolata e stigmatizzata da tutto l'ambiente di lavoro (11, 35).

Come riportato in altri studi, a mettere in atto le azioni vessatorie sono prevalentemente i superiori, da soli o con i colleghi e/o subalterni della vittima; molto pochi sono i casi in cui solo i colleghi e/o subalterni sono coinvolti (10, 17). In questo senso i dati italiani sono molto vicini a quelli inglesi, mentre negli studi condotti nei Paesi Scandinavi i *mobber* sono equamente distribuiti tra superiori e pari grado (13).

Si può ipotizzare che in Italia sia ancora molto diffusa la cultura del capo autocratico, che può esercitare legittimamente il suo potere anche con modalità al limite dell'aggressività. Il *mobbing* strategico, tipicamente esercitato dai superiori, sembrerebbe essere inoltre particolarmente frequente nel nostro Paese, dove viene utilizzato quando altre modalità di licenziamento non sono attuabili.

Nel confronto con uno studio che ha utilizzato il medesimo strumento (il "Questionario CDL") per la rilevazione delle azioni negative (5), si riscontrano gli stessi risultati per quanto concerne le tre azioni negative più frequenti: atteggiamenti per emarginare, escludere e isolare la persona; comportamenti per sminuire o ignorare le sue proposte; declassamento professionale. Le azioni di violenza fisica e le azioni punitive sono, in modo concorde, rispettivamente quasi assenti e poco frequenti.

L'aggressività agita consiste quindi soprattutto nella sottrazione delle funzioni lavorative, del ruolo ricoperto dalla persona, dello status sociale e di conseguenza di quella parte dell'identità che si costruisce con il riconoscimento sociale (14). In tal senso l'espulsione o l'esclusione dal gruppo, in cui si riassume l'esito o l'intento del fenomeno *mobbing*, rappresenta una minaccia per l'identità della persona, la sua autostima e per la sua stessa sopravvivenza in quanto "animale sociale" (12).

Secondo i nostri risultati il *mobbing* può avere inizio in qualsiasi momento della carriera professionale e sembra che vi siano situazioni che ne possono facilitare l'insorgenza.

A tale proposito ricordiamo come questo sia un fenomeno multicausale e multifattoriale e quindi difficilmente riconducibile ad un unico fattore causale. Per questo motivo, nell'analizzare le storie lavorative raccontate dai pazienti, abbiamo preferito parlare di eventi favorevoli o antecedenti la situazione avversativa, riferendoci a quegli eventi che la persona ha riconosciuto all'origine di un cambiamento in negativo, ma che non rappresentano necessariamente la causa, o comunque non l'unica, del fenomeno *mobbing*. Queste situazioni, che possono essere considerate facilitanti o scatenanti, sono molteplici, come molteplici i fattori in gioco nel determinarne l'evoluzione: ciò che le accomuna sembra essere il concetto di cambiamento, che può riguardare sia la struttura organizzativa, sia un superiore o i colleghi, ma che può interessare anche la vita privata della stessa vittima.

La ristrutturazione aziendale, evento antecedente maggiormente riportato, si ritrova in altri studi (5, 16) ed è strettamente legato al cambiamento del mondo del lavoro in atto. I soggetti del nostro studio riportano che, in occasione di ristrutturazioni, i problemi che si verificano più frequentemente sono riconducibili, da una parte, ai tentativi dell'azienda di ridurre il personale e, dall'altra, all'instaurarsi di un clima di incertezza sui cambiamenti ed il futuro, con conseguenti tensioni e conflitti tra i colleghi o con i superiori.

La globalizzazione economica infatti ha aumentato la competizione e indotto le aziende a ristrutturazioni e ridimensionamenti, con l'obiettivo di tagliare i costi, mantenendo un'elevata produttività o intensificandola. Ciò si è tradotto in tagli del personale e, per chi rimane, in aumento della pressione per il raggiungimento degli obiettivi, anche in quei settori come i servizi e la sanità, fino ad ora meno caratterizzati da tale concezione del lavoro.

In questo contesto il management inoltre può assumere comportamenti più aggressivi e autoritari per raggiungere i propri obiettivi, con l'aumento del rischio di scatenare conflitti o di determinare vere e proprie situazioni di *mobbing*. In tutto ciò

l'insicurezza lavorativa potrebbe, da una parte, alimentare l'aggressività tra pari per il mantenimento della posizione o il raggiungimento di avanzamenti di carriera, dall'altra diminuire la resistenza allo stress e la capacità di fronteggiare i conflitti.

Il solo cambio di un superiore, in assenza di ristrutturazione aziendale, viene riportato anche da altri autori quale possibile fattore scatenante (16). Anche in questo caso le problematiche riguardano sia l'organizzazione del lavoro sia i rapporti interpersonali; in particolare le persone riportano atteggiamenti aggressivi del nuovo superiore o la sua inadeguatezza ai compiti. Ciò, oltre a confermare quanto sopra detto sul generale incremento dell'aggressività, fa riflettere sull'importanza della scelta e della formazione del personale con mansioni dirigenziali e del suo adeguato inserimento: i cambiamenti per i sottoposti infatti, soprattutto se in un clima di poca chiarezza, possono ingenerare resistenze, a loro volta nocive per il nuovo superiore.

La precarietà e il clima di generale incertezza per i lavoratori, insieme alla spinta alla produttività e alla riduzione dei costi per le aziende, possono essere anche all'origine dei conflitti che avvengono tra aziende e lavoratori quando questi richiedono per esempio che venga riconosciuto un avanzamento di carriera o altri diritti, anche tramite il sindacato.

Ciò potrebbe anche rappresentare una delle motivazioni per cui anche l'arrivo in un nuovo posto di lavoro può essere un altro momento critico, come rilevato nella nostra casistica, ma anche da altri autori (16). In un terzo circa dei nostri casi il *mobbing* inizia infatti entro 4 anni dall'assunzione. Ciò può accadere per esempio quando la persona richiede di svolgere le mansioni per cui era stato assunto, o quando la persona neo-assunta rappresenta una minaccia per la carriera di chi lo precede in termini di anzianità aziendale. L'inserimento lavorativo può costituire inoltre un problema anche quando la persona è portatrice di disabilità. Il rischio aumenta quando non avviene un'adeguata valutazione per l'assegnazione delle mansioni o quando la persona, considerata "diversa", diviene oggetto dell'aggressività del gruppo. Appare evidente come la preparazione del contesto lavorativo all'inserimento del neo-assunto sarebbe altamente opportuna.

Un altro evento che può precedere una situazione di *mobbing* è la segnalazione di illeciti da parte del lavoratore, spesso neo-assunto, o il rifiuto di compierli. Ciò può causare una rottura tale negli equilibri di gruppo o organizzativi che, anche se il singolo gesto di denuncia può essere ben accolto, la persona viene vista come una minaccia per la tranquillità del gruppo, e per questo da allontanare.

In generale riteniamo che l'ambiguità dei ruoli e la non chiarezza dell'organizzazione del lavoro, elementi che sembrano essere comuni negli antecedenti fin qui illustrati, possano facilitare l'innescarsi di conflitti interpersonali, come dimostrato in letteratura (16, 20).

A rischio appaiono essere anche persone che hanno vissuto cambiamenti significativi nella salute o nella vita privata. L'assenza per maternità, soprattutto se avviene in fasi di cambiamento per l'azienda, può sfavorire la donna, perché assente in momenti cruciali della riorganizzazione. Al suo rientro, anche indipendentemente da momenti di ristrutturazione, la donna può venir esclusa da alcune attività perché può offrire meno flessibilità di orario o meno disponibilità agli straordinari. Altro problema riportato dalle donne è la difficoltà ad ottenere permessi per accudire i figli o i familiari anziani. Il conflitto casa/lavoro sembra così rimanere tipicamente femminile, in particolare in relazione alla cura della famiglia.

Lo stesso può avvenire anche per l'assenza dovuta ad una grave malattia o per l'insorgenza di problemi di salute o infortuni che richiedono limitazioni all'idoneità alla mansione o causano disabilità, come rilevato anche in altri studi (5). In queste situazioni la non conoscenza e gli stereotipi sulla disabilità possono contribuire a creare un ambiente lavorativo discriminante per queste persone, spesso accusate di non svolgere quei lavori che in realtà non sono in grado di svolgere, come certificato dal medico. Quando inoltre non avviene un adeguato inserimento queste persone corrono il rischio di cambiare continuamente mansioni e sedi, fino alla totale inattività. L'evenienza che si verifichi una situazione di *mobbing* appare essere in queste circostanze elevata.

Nei casi in cui i conflitti sembrano prevalentemente dovuti a incompatibilità personali, senza che



particolari eventi o cambiamenti organizzativi siano intervenuti, il ruolo delle caratteristiche personali degli attori coinvolti, indubbiamente presente in tutti i casi di *mobbing*, risulta essere preponderante (34).

Per quanto riguarda infine le ripercussioni del fenomeno *mobbing* sulla salute, i risultati del presente lavoro confermano quelli riportati da numerosi studi (1, 4, 6, 14, 20, 21, 24, 29, 30), riaffermando anche che l'aggravamento della sintomatologia corrisponde ad un aumento del numero e della frequenza di azioni negative (29).

I molteplici sintomi riportati si collocano in prevalenza nell'area dei disturbi emozionali, con sintomatologia ansiosa e/o depressiva, come rilevato in un altro studio che ha utilizzato il medesimo protocollo di valutazione (5). L'irritabilità, l'insofferenza, la variabilità dell'umore con prevalenza di umore depresso, la perdita di interesse per le attività ritenute significative, rappresentano un generale quadro depressivo che coinvolge anche la sfera sessuale. Preponderante è anche la presenza di astenia cronica: la costante attivazione psicofisica, in risposta alla protratta situazione stressante, conduce all'esaurimento delle energie. La stessa iperattivazione può essere uno dei fattori alla base dei disturbi del sonno, che a loro volta contribuiscono ad incrementare la condizione di astenia cronica.

Le alterazioni comportamentali e delle abitudini voluttuarie sono di contro scarsamente presenti, ad eccezione dell'irregolarità e dei disordini nell'alimentazione, con ipo e/o iperfagia, come rilevato da altri autori (5).

I sintomi fin qui descritti sono tipici di una reazione da stress. Ciò che li caratterizza è il fatto che siano cronicizzati, come cronica è la situazione stressante: la durata media dei sintomi è infatti di due anni, con valori che variano da pochi mesi a 10 anni, in relazione alla durata del *mobbing*. La cronicità contribuisce al configurarsi della sintomatologia in disturbi più o meno severi.

Da un punto di vista diagnostico, nel presente studio, così come nella letteratura nazionale (5, 22), la diagnosi di Disturbo dell'Adattamento è la più utilizzata per i casi di patologie *mobbing*-correlate. Infatti, tra le classificazioni nosografiche disponibili,

li, i criteri del Disturbo dell'Adattamento sono quelli che meglio si addicono alla descrizione di una sintomatologia reattiva ad un evento stressante.

In ambito internazionale è sempre più discussa inoltre l'opportunità di utilizzare la diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress, che rende conto di una sintomatologia di frequente riscontro nei casi di *mobbing*, caratterizzata da iperattivazione, pensiero ricorrente e intrusivo sulle tematiche lavorative con incubi notturni e meccanismi di evitamento. Aldilà della discussione teorica sul fatto che il *mobbing* possa essere considerato un evento tale da causare un disturbo post-traumatico, le evidenze mostrano la presenza di una sintomatologia sovrapponibile a quella di tale disturbo. Varrebbe quindi la pena di riconsiderare i criteri del DPTS o la possibilità di una nuova categoria diagnostica che tenga conto dei sintomi che insorgono in seguito a stress protratto (27).

Nella maggior parte dei casi esaminati i primi sintomi sono insorti entro un anno dall'inizio del fenomeno *mobbing*; in un minor numero di soggetti la sintomatologia è invece insorta più in là nel tempo. La soglia di vulnerabilità individuale allo stress è uno dei fattori esplicativi di tale differenza temporale, in associazione all'intensità della situazione avversativa. I risultati indicano infatti che il tempo di latenza è tanto maggiore quanto più le azioni negative si verificano settimanalmente o mensilmente, ossia con frequenza minore. Considerando invece le caratteristiche anagrafiche e personali dei soggetti (ottenute al MMPI) non si rilevano differenze nel tempo di latenza dei sintomi. Sembra quindi che questa variabile sia più determinata dall'intensità della situazione avversativa e che le differenze individuali, evidentemente comunque presenti nel modulare la reazione allo stress, nella maggior parte dei casi non giochino un ruolo fondamentale nel determinare il tempo che intercorre tra l'insorgere dello stressor e la reazione di distress. Riteniamo che questa considerazione avvalorì il concetto di *mobbing* come evento fortemente patogeno che, aldilà delle specifiche caratteristiche del soggetto, può causare serie ripercussioni sulla salute. È indispensabile tuttavia ribadire che il campione è composto da persone con significativi

problemi di salute, tali da averli indotti ad accertamenti specialistici; per avvalorare la riflessione sopra formulata sarebbe necessario stabilire, con uno studio sulla popolazione, le condizioni e le caratteristiche di chi, pur in presenza di *mobbing*, sviluppa una sintomatologia non significativa o non la sviluppa affatto. Ricordiamo comunque che gli studi condotti su campioni randomizzati di lavoratori hanno evidenziato correlazioni significative tra l'esposizione ad azioni di *mobbing* e il calo del benessere psicologico (12).

## CONCLUSIONI

Lo studio conferma come il fenomeno *mobbing* possa rappresentare un rischio per tutti i lavoratori di svariati settori, con categorie che sembrano essere particolarmente interessate, ma che andrebbero indagate, nel nostro Paese, con uno studio sulla popolazione.

Le azioni negative esercitate con più frequenza hanno l'effetto di isolare la persona e di sottrarle le funzioni lavorative. Ciò può avvenire in qualsiasi momento della carriera, ma va posta particolare attenzione ai momenti di cambiamento aziendale. In tal senso è auspicabile che la ricerca si focalizzi maggiormente sui temi dell'organizzazione del lavoro e delle dinamiche aziendali.

Un altro aspetto che la ricerca dovrebbe approfondire è la figura del mobber: aldilà di qualsiasi strategia aziendale di licenziamento, disfunzionalità organizzativa o cambiamento a qualsiasi livello, il conflitto infatti si gioca a livello diadico, tra una persona che assume modalità aggressive e una che ne diviene vittima.

Il potere patogeno del *mobbing* può essere elevato e, nella maggioranza dei casi, dare luogo a significativo disagio psico-fisico entro un anno dall'inizio della situazione avversativa di lavoro. Ciò rappresenta un costo anche per le aziende, in termini di calo della produttività e assenteismo, e per la società, in termini di richieste di assistenza sanitaria e di eventuali risarcimenti e/o invalidità.

A fronte di tale quadro riveste molta importanza il ruolo della prevenzione primaria e della tempestività nel mettere in atto le forme di prevenzio-

ne secondaria e terziaria, soprattutto nei soggetti e nelle situazioni che appaiono essere più a rischio.

In tale contesto il medico del lavoro, chiamato a consigliare con competenza il datore di lavoro su come adempiere alle sue responsabilità nell'ambito della sicurezza e della salute sul lavoro, assume un ruolo fondamentale in tutte le fasi dell'intervento.

In fase di prevenzione primaria è chiamato a diffondere la conoscenza del fenomeno nei luoghi di lavoro, informando sui rischi che comporta sia per la salute dei lavoratori che per le disfunzioni organizzative.

In fase di prevenzione secondaria egli può assumere il ruolo di "mediatore" tra lavoratore ed azienda, intervenendo per le specifiche competenze, qualora sia a repentaglio la salute del lavoratore. Nel suo rapporto privilegiato con il lavoratore può infatti cogliere elementi di disagio in modo tempestivo e proporre strategie di intervento prima che la situazione degeneri, occupandosi personalmente della questione per ciò che è di sua competenza o eventualmente delegando alle specifiche figure.

In fase di prevenzione terziaria è chiamato a riconoscere precocemente i sintomi di compromissione dell'equilibrio psico-fisico e ad intervenire sulla persona, ricorrendo agli specialisti per l'approfondimento diagnostico e le indicazioni terapeutiche del caso, nonché indicando adeguate misure correttive a livello di condizioni di lavoro.

In termini più generali il medico del lavoro può, in fase di visita periodica, indagare sulla soddisfazione lavorativa e la percezione della qualità dei rapporti interpersonali, come parametro di benessere. È necessario inoltre porre particolare attenzione alle situazioni personali o di salute che potrebbero interagire con l'attività lavorativa ad esempio monitorando i lavoratori al rientro da lunghe malattie e accertando che vengano adeguatamente rispettate le indicazioni sulle limitazioni all'idoneità. Il medico del lavoro può contribuire inoltre alla sensibilizzazione sulle misure volte ad agevolare il rientro delle donne dopo la maternità. L'attenzione alle tematiche dello stress e del *mobbing* dovrebbe accentuarsi inoltre nei momenti di cambiamento aziendale, quali ristrutturazioni o cambi ai vertici.

Dai risultati dello studio emerge come il medico del lavoro venga raramente contattato dai lavorato-

ri nei casi di *mobbing*, spesso perchè non conoscono adeguatamente la sua figura e il suo ruolo e perchè non vi sono canali di facile accesso. Ciò mette in luce, ancora una volta, l'esigenza di informazioni chiare sul ruolo dei singoli attori e sulle modalità con cui i lavoratori possono rivolgersi a loro in caso di specifiche necessità.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

## BIBLIOGRAFIA

1. ALBINI E, BENEDETTI L, GIORDANO S, et al: Organizzazione del lavoro disfunzionale e mobbing. Quattro casi emblematici. *Med Lav* 2003; *94*: 440-449
2. AGENZIA EUROPEA PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO: *Il mobbing sul posto di lavoro*. Facts 23. Bilbao, 2002
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 1994
4. BJÖRKQVIST K, OSTERMAN K, HJELT-BACK M: Aggression among university employees. *Aggress Behav* 1994; *20*: 173-184
5. BUSELLI R, GONNELLI C, MOSCATELLI M, e coll: Esperienza di un centro per lo studio dei disturbi da disadattamento lavorativo in tema di patologie mobbing correlate. *Med Lav* 2006; *97*: 5-12
6. CASSITTO MG: Disturbi psichici e psicofisici connessi con fattori di rischio occupazionale, organizzativo e psicosociale. In Foà V, Ambrosi L: *Trattato di Medicina del Lavoro*, Seconda edizione. Torino: UTET, 2003
7. CASSITTO MG, GILIOLI R: Aspetti emergenti dello stress occupazionale. *Med Lav* 2002; *94*: 108-113
8. CHAPPELL D, DI MARTINO V: *Violence at work*. Ginevra: International Labour Office, 2000
9. DI MARTINO V, HOEL H, COOPER CL: *Preventing violence and harassment in the workplace*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2003
10. EGE H: *I numeri del mobbing*. Bologna: Pitagora Editrice, 1998
11. EINARSEN S, HOEL H, ZAPF D, COOPER CL: The concept of bullying at work, the European tradition. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL: *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis, 2003
12. EINARSEN S, MIKKELSEN EG: Individual effects of exposure to bullying at work. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL: *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis, 2003
13. EINARSEN S, SKOGSTAD A: Prevalence and risk groups of bullying and harassment at work. *Eur J Work Organiz Psychol* 1996; *5*: 185-202
14. GILIOLI R, ADINOLFI M, BAGLIO A, et al: Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro: le molestie morali (mobbing), Documento di Consenso. *Med Lav* 2001; *92*: 61-69
15. HATAWAY SR, MCKINLEY JC: *MMPI: Manual for Administration and scoring*. New York: Psychological Corporation, 1976
16. HOEL H, SALIN D: Organizational antecedents of workplace bullying. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL: *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis, 2003
17. HOEL H, COOPER CL, FARAGHER B: The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. *Eur J Work Organiz Psychol* 2001; *10*: 443-465
18. ISTAT: Forze di lavoro, Media 2002. *Collana Annuari*, 2003; 8
19. ISTAT: Ottavo censimento generale dell'industria e dei servizi 2001 ([www.istat.it](http://www.istat.it))
20. LEYMANN H: The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organiz Psychol* 1996; *5*: 165-184
21. MIKKELSEN EG, EINARSEN S: Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *Eur J Work Organiz Psychol* 2002; *11*: 87-111
22. MONACO E, BIANCO G, DI SIMONE DI GIUSEPPE B, PRESTIGIACOMO C: Patologie emergenti in Medicina del Lavoro: il mobbing. *G Ital Med Lav Ergon*, 2004; *26*: 28-32
23. PAOLI P, MERLLIÈ D: *Third European survey on working conditions 2000*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2001
24. QUINE L: Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *Br Med J* 1999; *318*: 228-232
25. RAVEN JC: *Progressive Matrices 1938. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1954
26. SALIN D: Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying. *Eur J Work Organiz Psychol* 2001; *10*: 425-441
27. SCOTT MJ, STRADLING SG: Post-traumatic stress disorder without the trauma. *Br J Clin Psychol* 1994; *33*: 71-74
28. SPSS Inc. SPSS 11.5 for Windows. Chicago, 2005

29. VARTIA M: Consequences of workplace bullying with respect to well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work and Environ Health* 2001; 27: 63-69
30. VARTIA M: Workplace Bullying - A study on the work environment, well-being and health. *People and Work Research Reports* 56, Finnish Institute of Occupational Health, 2003
31. VARTIA M, JARI H: Gender differences in workplace bullying among prison officers. *Eur J Work Organiz Psychol* 2002; 11: 113-126
32. WARTEGG E: *Il reattivo di disegno. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1972
33. ZAPF D, EINARSEN S: Bullying in the workplace: recent trends in research and practise - an introduction. *Eur J Work Organiz Psychol* 2001; 10: 369-373
34. ZAPF D, EINARSEN S: Individual antecedents of bullying. Victims and perpetrators. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL: *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis, 2003
35. ZAPF D, EINARSEN S: Mobbing at work: escalated conflicts in organizations. In Fox and Spector (eds): *Counterproductive work behaviour - Investigations of actors and targets*. Washington, DC: American Psychological Association, 2005
36. ZAPF D, EINARSEN S, HOEL H, VARTIA M: Empirical findings on bullying in the workplace. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL: *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis, 2003.