INTRODUZIONE

Negli ultimi anni grande attenzione è stata posta nei confronti di tematiche quali stress e mobbing a causa dei cambiamenti nel mondo del lavoro che comprendono quelli connessi a fattori sociali ed economici, il progresso tecnologico, l'organizzazione del lavoro. D'altronde il concetto stesso di lavoro è stato sempre in continua evoluzione passando da un sistema "policrono", in cui non vi era una netta distinzione tra attività lavorativa ed altre attività sociali, ad un sistema "monocrono" dove invece tale distinzione è ben definita. Quindi se da un lato vi è stata una diminuzione dei cosiddetti rischi tradizionali (fisico, chimico, biologico) grazie ad una maggiore coscienza in tema di prevenzione ed alle acquisizioni tecnologiche nelle varie attività produttive, dall'altro lato, è anche vero che proprio le modificazioni connesse alle modalità di lavoro hanno condotto ad una maggiore sollecitazione di tipo psichico che in questa fase della nostra civiltà industrializzata ha ampiamente superato quella di tipo fisico.

Nell'ultimo decennio infatti il tema dello stress costituisce una questione di primaria importanza che riguarda in primo luogo i datori di lavoro e gli esperti della prevenzione a causa degli elevati costi che ciò comporta. Diversi studi hanno osservato che le assenze sul lavoro legate allo stress da intendersi come giornate lavorative perse, sia del 50-60 %. Inoltre la Fondazione Europea ha osservato, tra il

1996 e il 2000, come il 28 % dei lavoratori abbia denunciato sintomi relativi allo stress in particolare di natura muscolo scheletrica. Di notevole interesse è anche la questione relativa agli infortuni sul lavoro, specie in determinati lavori ad alto rischio, e la diminuzione della produttività. L'importanza di questo argomento è sottolineato dalla sigla di un Accordo Internazionale e poi in Italia dalla firma di un Accordo Interconfederale. Anche dal punto di vista legislativo inoltre il D. Lgs 81/08 e succ. modifiche ha incluso nella valutazione dei rischi quelli da stress lavoro-correlato (1,2,3,4,5,6). Grande attenzione è stata infatti rivolta ai problemi di natura relazionale che si traduce nelle cosiddette vessazioni psicologiche nei luoghi di lavoro i cui comportamenti prendono il nome di "mobbing".

Definizione di mobbing

Il termine mobbing deriva dal verbo inglese to "mob" che significa assalire, affollarsi intorno a qualcuno. Il primo ad usare questa espressione fu Konrad Lorenz, un etologo che aveva preso spunto dal comportamento degli animali. In particolare, Lorenz aveva osservato come animali più piccoli facessero gruppo al fine di contrastare quelli più grandi. La parola mob ha anche una radice latina (mobile vulgus), con il significato di "plebaglia tumultuante". Successivamente Heinemann, uno psicologo svedese, negli anni 70 usò il termine mobbing per indicare il comportamento negativo di un gruppo di alunni contro un singolo compagno. Nel decennio successivo uno studioso tedesco, Heinz Leymann, studiò il fenomeno relativamente ai luoghi di lavoro. Non utilizzò la parola bullying, in quanto questo

termine aveva delle caratteristiche differenti. Il mobbing infatti, mira all'isolamento sociale della persona mentre il bullying si caratterizza per la violenza fisica. Il mobbing si caratterizza prevalentemente per la presenza di relazioni e rapporti ostili rivolti da parte di un gruppo di persone verso una unica persona la quale viene a trovarsi priva di sostegno e difesa e quindi in una forte condizione di disagio a causa dei ripetuti attacchi che prendono il nome di "mobbing activities" o comportamenti mobbizzanti che devono avere una frequenza pari a una volta alla settimana ed una durata di almeno sei mesi. Il danno che ne consegue ha dei risvolti negativi sulla vittima sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista psicosomatico. Il termine italiano preferito ad indicare il mobbing è di "terrorismo psicologico" anche se alcuni ritengono che "vessazione" sia più appropriato. In ogni caso ciò che è veramente importante sottolineare è che non si tratta dei classici conflitti che negli ambienti di lavoro sono abituali e che si distinguono per il fatto di essere transitori in quanto, come detto prima, le caratteristiche di durata e frequenza sono specifiche. Inoltre nel mobbing si ha l'intenzionalità che invece in queste situazioni manca. Il mobbing è stato definito in diversi modi. Angela Ishmael parla di "Comportamento persistente, offensivo, abusivo, intimidatorio, malevolo o insultante che si riassume in abuso di potere e che causa nell'aggredito sentimenti di disperazione, umiliazione e facile vulnerabilità. Questo comportamento mina la fiducia in se stessi e diventa causa di stress". Leymann nel 1993, rifacendosi ad Ege, lo definisce come "azioni che, in caso di conflitto, hanno la funzione di manipolare la persona in senso non amichevole"

identificando tre tipi di comportamenti negativi. In occasione della prima tipologia di comportamento si prende in considerazione la comunicazione con la persona offesa che subisce urla, rimproveri, critiche ripetute riguardanti sia la sfera lavorativa sia quella privata, azioni di terrorismo psicologico, rifiuto di ogni contatto e indifferenza. Il secondo tipo di comportamento tende a screditare la persona mirando alla sua reputazione mediante l'uso di maldicenze, insulti, derisioni riguardanti vari aspetti come quello fisico e ridicolizzando e mortificando la persona in pubblico. Il terzo tipo di comportamenti prevaricatori mira a condizionare la prestazione della persona dequalificandola, rendendola volutamente inoperosa, attribuendole incarichi modesti, degradanti, rischiosi o privi di obiettivi. La ripetizione di questi comportamenti va a configurarsi in relazione al fenomeno mobbing che, al contrario, sarebbero da attribuirsi a normali comportamenti riscontrabili nella vita di ogni giorno. Leymann inoltre afferma che il mobbing è "una comunicazione ostile e contraria ai principi etici, perpetrata in modo sistematico da una o più persone principalmente contro un singolo individuo che viene per questo spinto in una posizione di impotenza e impossibilità di difesa e qui costretto a restare da continue attività ostili. Field invece descrive il fenomeno come "attacco continuato e persistente nei confronti dell'autostima e della fiducia in sé della vittima. La ragione sottostante di tale comportamento è il desiderio di dominare, soggiogare, eliminare; la caratteristica dell'aggressore è il totale rifiuto di farsi carico delle proprie responsabilità per le conseguenze delle sue azioni". Il mobbing può infine essere definito come una forma

di molestia o violenza psicologica esercitata quasi sempre con intenzionalità lesiva, ripetuta in modo iterativo con modalità polimorfe; l'azione persecutoria è intrapresa per almeno sei mesi con ampia variabilità con la finalità o conseguenza dell'estromissione del soggetto dal posto di lavoro (6).

Alcuni dati sul mobbing

L'attenzione degli studiosi per il mobbing in Italia ha avuto inizio alla fine degli anni '90, a differenza dal resto dell' Europa dove il fenomeno aveva destato interesse già circa dieci anni prima. Tali studi in Italia, il primo dei quali da parte di Ege nel 1998, hanno evidenziato come il maggior numero di mobbizzati si trova prevalentemente nelle Industrie produttrici di beni e servizi e nella Pubblica Amministrazione a causa della maggiore percentuale di forza lavoro e dell'alto livello di competitività. Altro dato interessante è il fatto che il maggior numero delle vittime lavora in aziende con più di 100 dipendenti. Il reparto lavorativo dove avvengono il maggior numero di vessazioni sono gli uffici amministrativi e i reparti dei servizi. Inoltre maggiore è il numero di persone all'interno del reparto e maggiore è il numero di maltrattamenti.

Le fasce di età maggiormente colpite sono prima quella tra 41 e 50 anni e poi quella tra i 31 ed i 40 anni. Le azioni mobbizzanti si verificano quotidianamente o quasi ed il mobber è quasi sempre un superiore gerarchico. Si è inoltre visto che i lavoratori con titolo di studio più basso sono in minor misura vittime di mobbing e sono prevalentemente uomini, anche se quest'ultimo dato è in contrasto con quello

europeo. La prevalenza del mobbing in Italia secondo uno studio del 2001 condotto dal centro per il disadattamento lavorativo della Clinica del Lavoro di Milano è del 4,2 %. In Europa i mobbizzati sono 12 milioni; in Italia un milione e mezzo, di cui il 64 % nell'Italia Settentrionale, il 24 % nell'Italia centrale, il 6 % nell'Italia meridionale ed il 5 % nelle isole maggiori. Sono attorno ai 4 milioni coloro che, in Italia, sono indotti a mobbizzare i colleghi. Secondo il resoconto europeo 1998 la percentuale di mobbizati si attesta all'8,1 %, di cui il 16,3 % in Gran Bretagna, il 10,2 % in Svezia, il 9,9 % in Francia, il 7,3 % in Germania ed infine solo il 4,2 % in Italia. In Italia, infatti, la comparsa di Centri di riferimento per l'individuazione e la terapia dei casi di mobbing è più recente che negli altri paesi europei ad alto sviluppo socio economico, benché sia alta l'attenzione attuale di Centri Universitari e di Organizzazioni sindacali. Il rapporto EURISPES del 2003 quantifica in 1,5 milioni i lavoratori vittime di mobbing specificando che solo il 4 % delle vittime denuncerebbe i maltrattamenti subiti. Pirone nel Workshop sul bullyng del 2004, citando la ricerca IREF del 2004, ha messo in evidenza come il 5,2 % di un campione di italiani intervistati si dichiari vittima di mobbing. Inoltre lo stesso autore definisce tale fenomeno come "legal frame work", cioè cornice che raccoglie vari tipi di condotta, con la caratteristica comune di determinare sofferenze, mortificazioni e disagi nei confronti di un determinato soggetto in ambito lavorativo. L'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro ha messo in evidenza come lo stress in ambito lavorativo sia molto diffuso nella società moderna colpendo un lavoratore su

quattro nella UE come, d'altronde, la CE aveva evidenziato nel 1999. Altri studi, come quelli riportati dal NIOSH, affermano che dal 26 % al 40 % dei lavoratori avrebbe affermato di essere colpito da stress in ambito lavorativo. Altri dati europei del 1997 indicano che 40 milioni di lavoratori sono colpiti da stress e 12 milioni da mobbing (7).

I protagonisti del mobbing

Le figure che vengono coinvolte nel conflitto sono il mobbizzato, il mobber, gli spettatori ed il side mobber. Il mobbizzato è il lavoratore che subisce le azioni vessatorie e rappresenta il soggetto passivo. Molti studiosi hanno messo in luce questa figura, quali H. Walter, che descriveva quei soggetti che arrivavano a licenziarsi a causa dei sintomi della malattia manifestando stress psichici e psicosomatici intervallati da periodi di depressione o manie suicide. Inoltre si caratterizzavano per la scarsa autostima, per il disorientamento generale e per sentimenti di colpa e autocondanna . Secondo Leymann vittima è colui che pensa di esserlo. In realtà la letteratura più recente asserisce che la vittima può essere qualsiasi persona anche se secondo alcuni studi, come quelli di Huber, esistono soggetti maggiormente predisposti quali ad esempio lavoratori soli (una donna in ambiente totalmente maschile), diversi (lavoratori stranieri, disabili), con successo o nuovi assunti. Diverse ricerche hanno individuato come potenziali bersagli anche soggetti che hanno usufruito del collocamento obbligatorio e anche soggetti che vogliono rimanere al di fuori di pratiche illecite.

Il mobber è invece colui che attua i comportamenti vessatori nei confronti della vittima e spesso agisce in gruppo con altri mobbers. Comportamenti di questo tipo possono essere tenuti da chiunque, anche se H. Walter, ha evidenziato dei tratti comuni a questa figura come tenere sempre l'atteggiamento più aggressivo, cercare di alimentare il conflitto, non evidenziare sentimenti di colpa e anzi incolpare gli altri, essere convinti di trovarsi nel giusto, essere consapevoli ed accettare attivamente gli effetti negativi che la vittima subisce.

Gli spettatori sono soggetti che non sono direttamente coinvolti nel conflitto ma che hanno un ruolo fondamentale in base al loro atteggiamento che può essere di supporto, di indifferenza o addirittura di consenso determinando un miglioramento o un peggioramento del conflitto. Secondo H. Walter questi soggetti da un lato sembrano al di fuori della situazione, mentre dall'altro lato, sono in vicinanza con il mobber ed hanno una forte autostima.

La figura del side mobber infine, è rappresentata da quei soggetti che pur non essendo concorrenti diretti della vittima, partecipano attivamente al conflitto essendo complici del mobber e favorendo, conseguentemente, l'allontanamento del soggetto dal lavoro.

Tipi di mobbing

In letteratura sono stati evidenziati diversi tipi di mobbing:

- Il mobbing orizzontale che riguarda il mobbing tra colleghi di pari gerarchia;

- Il mobbing verticale che comprende le vessazioni praticate dal superiore verso il lavoratore di grado gerarchico inferiore, o meno frequentemente al contrario, dal sottoposto verso il superiore;
- Il mobbing aziendale che è messo in pratica dai vertici aziendali in modo tale da indurre l'allontanamento dei lavoratori traendone quindi un beneficio economico maggiore rispetto al licenziamento o alla cassa integrazione.
- Mobbing emozionale che riguarda l'incapacità per il mobber di di contrastare sentimenti come la gelosia, la rivalità, la concorrenza che R. Giglioli definisce come "modi comuni di sentire";
- Mobbing strategico che ha lo scopo di allontanare quelle persone non gradite mediante l'attuazione di modalità ben studiate e comprende varie tipologie quali il mobbing logistico, mansionale o quello diretto contro la salute.
- Doppio Mobbing che si verifica quando a causa del permanere dello stato di malessere la vittima, dopo un prima fase di appoggio e comprensione da parte dei familiari e degli amici, viene isolata anche da essi.

Fasi del mobbing

Molti studi si sono soffermati sulla evoluzione del fenomeno ed il suo andamento nel tempo è stato suddiviso nel modello di Leymann in quattro fasi (tab. 1):

1. Episodi critici: tale fase non si traduce in un vero e proprio mobbing ma comprende contrasti di opinione, diverbi, incomprensioni che si realizzano quotidianamente nel posto di lavoro e che, se non trovano una risoluzione, possono determinare una potenziale situazione di mobbing in una "escaleted conflict".
2. Inizio della stigmatizzazione e del mobbing: in questa fase si evidenziano quei comportamenti ripetuti e costanti di tipo aggressivo e che mirano ad estromettere il soggetto identificando così le figure tipiche (soggetto attivo, passivo e spettatori).
3. Accettazione da parte dell'amministrazione del personale della situazione presente: i lavoratori dell'amministrazione del personale tendono, per errore, a colpevolizzare la vittima non intervenendo ai fini di ristabilire la calma e il mobbing di fatto risulta evidente a tutti gli effetti.
4. Espulsione dal mondo del lavoro: l'allontanamento dall'ambiente lavorativo costituisce l'ultimo evento e si concretizza con il trasferimento ad altra mansione, con il prepensionamento, con la malattia o altre situazioni ancora.

Tab. 1 Fasi del mobbing secondo Leymann

1. Episodi critici
2. Inizio della stigmatizzazione e del mobbing
3. Accettazione da parte dell'amministrazione del personale della situazione presente
4. Espulsione dal mondo del lavoro

Il modello di Leymann si caratterizza per la sua semplicità e la sua chiarezza. In ogni caso un altro modello di sviluppo del mobbing è stato proposto da Ege in funzione del quadro sociale italiano. L'autore descrive una situazione iniziale, detta condizione zero, e sei fasi di mobbing vero e proprio (tab. 2) in cui emerge la voglia insita in tutti i soggetti di essere superiori agli altri.

1. Fase del conflitto mirato. Il conflitto progredisce rapidamente da situazione generalizzata a fenomeno ben definito e diretto ad un

soggetto identificato. Cambia anche l'obiettivo che adesso consiste nell'ostacolare una singola persona, colpendo sia gli aspetti della sfera lavorativa sia quelli che fanno parte della vita privata della vittima.

2. Inizio del mobbing. Corrisponde alla 2° fase del modello di Leymann. Il soggetto, non avverte ancora sintomi o malattie di tipo psico-somatico, ma si trova in uno stato di diffuso disagio e di fastidio dovuti ai cattivi rapporti che si sono instaurati in ambito lavorativo.

3. Primi sintomi psicosomatici. Adesso cominciano i primi problemi di salute e tale condizione può mantenersi per un lungo periodo. Il soggetto avverte sensazioni di insicurezza, insonnia, problemi digestivi. Aumenta la frequenza delle assenze per malattia e ci si avvia verso la quarta fase. Nel modello di Leymann, invece, questa fase non viene approfondita e le sue caratteristiche vengono inserite all'interno delle prime due fasi.

4. errori ed abusi dell'amministrazione del personale. Il problema diventa di dominio pubblico, complicata dalle conseguenze che i problemi fisici comportano in ambito di prestazione lavorativa e rapporti con l'ufficio del personale. Corrisponde alla 3° fase di Leymann

5. aggravamento della salute psicofisica della vittima. Il soggetto entra in una situazione molto grave. Si possono manifestare forme depressive più o meno gravi, aggravate dagli interventi sbagliati condotti

dall'amministrazione, che come conseguenza hanno quella di aggravare il problema.

6. esclusione dal mondo del lavoro. Comporta l'esito ultimo del mobbing, ovvero l'estromissione della vittima dal posto di lavoro tramite dimissioni volontarie, licenziamento, ricorso al prepensionamento o, in rari casi, esiti estremi e drammatici quali il suicidio, lo sviluppo di manie ossessive, l'omicidio o la vendetta su chi ha iniziato il fenomeno. Corrisponde alla 4° fase di Leymann.

La differenze riguardano, rispetto al modello precedente, la terza e la quinta fase.

Tab. 2 Fasi del Mobbing secondo Ege

1. Conflitto Mirato	Condizione Zero
2. Inizio del mobbing	
3. Primi sintomi psico-somatici	
4. Errori ed abusi dell'amministrazione del personale	
5. Serio aggravamento della salute della vittima	
6. Esclusione dal mondo del lavoro	

Viene posto, in questo caso, particolare interesse sui primi sintomi che si manifestano nella vittima e sulla complicazione delle condizioni di salute che è il preludio all'ultima fase di allontanamento dal lavoro. Ege, successivamente, individua due forme particolari di mobbing. La prima viene definita "quick mobbing" o "Mobbing

temporalesco" le cui caratteristiche principali sono caratterizzate da una durata che varia fra i tre e i sei mesi e da attacchi al soggetto che vengono effettuati con regolarità quotidiana. Inoltre si possono individuare almeno tre delle categorie individuate dal modello di base. La seconda, invece, "sasso nello stagno" metafora utilizzata dall'autore per indicare che ad una prima azione mobbizzante se ne associa, in modo parallelo, una seconda di supporto.

Stress, mobbing e organizzazione del lavoro

Alla luce di quanto detto è facile capire come il termine mobbing abbia senso compiuto se affiancato al fenomeno stress. Il termine stress è stato introdotto da Selye, un medico austriaco che lo ha descritto come "uno stato di tensione aspecifica della materia vivente, che si manifesta mediante modificazioni morfologiche tangibili in vari organi, e particolarmente nelle ghiandole endocrine". Successivamente nel 1936, lo stesso medico ha dato la seguente definizione "risposta aspecifica dell'organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall'ambiente esterno". La "Sindrome Generale di Adattamento" descritta da Selye è una modificazione fisiologica dell'organismo causata da sostanze nocive per adattare e organizzare le proprie difese con reazioni ad agenti stressanti esterni attraverso tre fasi: allarme, resistenza, esaurimento. La reazione di allarme riguarda la mobilitazione da parte dell'organismo di energie in difesa dello stimolo stressogeno; lo stadio di "resistenza" riguarda il controllo dello stress. La fase di esaurimento si verifica a causa di una

inadeguata capacità di adattamento determinata da uno stimolo eccessivo. Inizialmente si delineano quindi i cosiddetti sintomi fisici, poi quelli di tipo affettivo-cognitivo ed infine comportamenti sintomatici che si estrinsecano con una diminuzione della produttività lavorativa. Salye inoltre recitava ”in senso biologico stretto lo stress rappresenta la risultante tra il danno e la difesa proprio come in fisica la tensione o pressione rappresenta la risultante tra la forza e la resistenza ad essa offerta”. Questa affermazione sottolinea quindi la potenziale pericolosità dello stress sull’individuo. Numerosi autori hanno affermato come una certa tensione potesse contribuire al miglioramento del rendimento mentre una tensione eccessiva e reiterata nel tempo al contrario potesse essere motivo di malessere introducendo quindi il concetto di “stress acuto” o “eustress” e di “stress cronico” o “distress”.

Anche se l’importanza dello stress come fattore patogenetico in diverse malattie psicosomatiche è stata riconosciuta da diversi decenni, soltanto di recente sono stati delucidati diversi aspetti fisiopatologici delle interazioni tra eventi stressanti, modificazioni comportamentali e risposte bioumorali. Nell’uomo, le risposte agli “stressors”, per quanto complesse ed articolate, sono espressione di un programma biologico integrato e geneticamente controllato. Gli stimoli capaci di evocare una reazione di allarme fanno parte della vita quotidiana; la possibilità che l’individuo ne riduca o ne annulli le conseguenze negative dipende dalla sua capacità di adattamento. “Stressors” del tutto simili possono indurre risposte quantitativamente e qualitativamente differenti da soggetto a soggetto. La personalità e il vissuto di

ciascun individuo, i suoi bioritmi, le caratteristiche degli "stressors" (regolarità, prevedibilità, evitabilità, durata, intensità), i vari fattori ambientali (il ciclo luce-buio, la temperatura, il grado di umidità e di ionizzazione dell'atmosfera, l'intensità e la frequenza dei campi elettromagnetici), infatti, possono influenzare le risposte comportamentali e bioumorali allo stress.

Gli adattamenti omeostatici allo stress avvengono in quanto l'organismo è dotato di una struttura, il Sistema Neuroendocrino (SNE), in grado di percepire, elaborare e trasformare gli stimoli in messaggi agli organi effettori. Il SNE controlla le funzioni dei diversi organi ed apparati attraverso due distinti meccanismi: quello nervoso e quello umorale. La struttura portante del SNE è l'ipotalamo al quale arrivano molteplici afferenze provenienti dalle varie aree cerebrali e dalla periferia. L'ipotalamo, a sua volta, proietta numerose efferenze, in particolare all'ipofisi, della quale controlla l'attività secretoria ed i ritmi biologici, ed alle aree limbiche, che attivano le risposte comportamentali e bioumorali più idonee alla neutralizzazione dello stress. In particolare, nello stress gioca un importante ruolo l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene la cui attività funzionale è regolata da un ritmo circadiano. In condizioni di stress cronico il ritmo circadiano è alterato e questo determina, per gli elevati persistenti livelli di cortisolo alterazioni funzionali ed organiche di diverse strutture cerebrali quali le aree mesolimbiche-mesocorticali, l'ippocampo, l'amigdala, l'ipotalamo. La scoperta che il SNE ed il Sistema Immunitario (SI) fanno parte di un circuito biologico totalmente integrato, in quanto gli stessi segnali bioumorali sono

utilizzati sia per lo scambio di informazioni tra gli elementi di uno stesso sistema sia per le comunicazioni tra i due sistemi, è l'acquisizione più importante della neurobiologia dello stress in questi ultimi anni. Numerose ricerche, infatti, hanno dimostrato che il SI è in grado di modificare le sue risposte, sia attraverso meccanismi automatici di regolazione, sia mediante segnali provenienti dal Sistema Nervoso Centrale e dal sistema endocrino. A loro volta, le cellule del SI, trasmettendo segnali al SNE, attivano specifiche risposte neuroendocrine e comportamentali. In condizioni di stress cronico pertanto si manifestano frequenti alterazioni del sistema immunitario che contribuiscono alla comparsa di diversi disturbi di vari organi e sistemi (8,9,10,11).

Diverse sono le cause che possono portare allo stress nei luoghi di lavoro quali la inadeguatezza dei premi (benefits, salari, precarietà dei contratti), deficit strutturale (agenti nocivi, ambienti non idonei, macchine inadeguate), relazionale (cattiva gestione dei rapporti sia verticali sia orizzontali), organizzativo (turni, ritmi, pause, overload etc…). Un altro fenomeno collegato allo stress che ha inoltre acquisito particolare rilevanza soprattutto in questi ultimi anni di crisi globale, è quello della disoccupazione da cui derivano riduzione delle risorse finanziarie con conseguente paura del futuro, diminuzione della vita relazionale, insicurezza, perdita di obiettivi, preoccupazione relativa alla riduzione della propria prestazione lavorativa a causa della discontinuità lavorativa, riduzione della fiducia nei propri mezzi.

Numerosi studi hanno dimostrato che livelli di stress elevati si riscontrano in tutte quelle mansioni che comportano un elevato livello di responsabilità con la conseguente paura di commettere degli sbagli, una attenzione costante, una mancanza di gratificazione a livello sociale, attività ripetitive, discontinue, soggetti con necessità di alte capacità di problem solving.

Si è inoltre visto che nella attuazione di buone prassi risulti indispensabile la partecipazione e il coinvolgimento delle varie figure aziendali in base al proprio grado di responsabilità, la politica dei valori, la crescita della leadership.

Numerosi studi hanno messo in evidenza la correlazione tra benessere organizzativo e tendenza verso l'innovazione, infatti si ha un migliore benessere organizzativo in quelle situazioni dove questa tendenza è maggiore. La ripetitività, la monotonia hanno infatti un effetto negativo a causa del sottocarico mentale che limita il lavoratore nella espressione delle proprie capacità lavorative. Grande importanza assumono anche l'intensità dell'impegno a livello aziendale evitando il dispendio cognitivo favorito dalla mancanza di chiarezza negli obiettivi e nei progetti. Le attenzioni sulle tematiche riguardanti il miglioramento del benessere organizzativo sono oggetto di trattazione della Direttiva del Dipartimento Funzione Pubblica 24/3/2004 che riguarda gli Enti Statali che ha lo scopo di contrastare per mezzo della prevenzione, fenomeni quali il mobbing. In questo contesto si inserisce anche la circolare INAIL del Dicembre 2003 n.71 che mette in evidenza l'importanza di un ambiente sano dove venga privilegiata l'attenzione per i rapporti tra le persone e lo

sviluppo professionale, la chiarezza, gli scambi, la visibilità. Il benessere organizzativo fondamentalmente si basa, dunque, sulla risoluzione dei conflitti attraverso una corretta comunicazione e attuazione di politiche e per fare ciò è necessario che i dirigenti e i manager siano sensibili nei confronti di tale tematica. Tutte quelle condizioni sgradite o limitanti del benessere della persona prendono il nome di costrittività che è alla base dei fenomeni di malessere organizzativo e si caratterizza per una diminuzione degli spazi di libertà riguardo all'impegno mentale, sensoriale e motorio. Leymann, uno dei maggiori studiosi della materia ha osservato che le situazioni nelle quali sia possibile intervenire per contrastare il mobbing sono infatti quelle che riguardano l'organizzazione del lavoro.

Diversi autori, oltre il Leymann hanno comunque sottolineato l'importanza della relazione tra organizzazione del lavoro e mobbing (12,13,14,15,16,17,18). Favretto ritiene che perché si scateni il mobbing quale evento traumatico cronico di lacerazione psicologica, soggettiva e microsociale, deve verificarsi una congiunzione di precondizioni che si collocano nell'insieme delle manifestazioni della vita sociale e organizzativa. Tali precondizioni si possono suddividere in quattro strati: socioeconomico e culturale, organizzativo, microsociale e individuale. Favretto in una avvincente metafora scrive: *" per accendere un fiammifero devono interagire alcuni elementi: il fiammifero, il fuoco che lo accenda e l'ossigeno che mantenga nel tempo la combustione. Il fiammifero è l'individuo interessato dal fenomeno perverso; il fuoco è il gruppo (cioè le condizioni microsociali); l'ossigeno rappresenta i fattori*

organizzativi". L'autore inoltre afferma che: *"sono le condizioni organizzative che favoriscono il fatto che il mobbing diventi tale, cioè perpetrato, continuo nel tempo, sistematico, nascosto e non facilmente contenibile"*.

Zapf (1999) mette in evidenza che clima organizzativo, generici problemi a livello dell'organizzazione e un alto livello di distress sono i fattori che meglio chiariscono le cause del mobbing dal punto di vista della vittima.

Altri studi portati avanti da Einarsen, Raknes e Matthiesen mettono in evidenza la correlazione esistente tra fattori organizzativi e mobbing specificando come alti livelli di mobbing siano associati a bassa soddisfazione nei confronti del carico di lavoro, del clima organizzativo, del controllo sul proprio lavoro, della leadership e della sfida.

Tali considerazioni hanno il fine di evidenziare che il mobbing è un fenomeno altamente complesso nel quale si possono individuare aspetti organizzativi, individuali, di gruppo e sociali, altamente collegati tra loro.

Il Datore di lavoro nella effettuazione della valutazione dei rischi deve considerare ed esaminare il fenomeno della costrittività organizzativa come un fattore da risolvere.
Nel 2005 le Linee guida SIMLII hanno messo in evidenza, per definire le condizioni di rischio da stress, l'importanza del significato della comprensione dei meccanismi biologici specifici e di adattamento all'ambiente esterno che possono portare a malattia.

Molti studi hanno inoltre focalizzato la propria attenzione sull'utilizzo di indicatori biologici con l'obiettivo di valutare lo stress, anche se questi studi a tutt'oggi devono essere ancora approfonditi a causa della mancanza di univocità. Tuttavia, fra gli indicatori possibili di stress sono stati indicati le variazioni delle monoamine, del cortisolo (19,20,21,22,24,25,26), dell'ACTH, del TSH e del T4, delle sottopopolazioni linfocitarie, delle interleuchine (l'IL-6 e l'IL-1 β), delle IG sieriche e salivari (2, 7).

Altri studi fra i quali quelli di Bergamaschi hanno invece evidenziato le risposte comportamentali in caso di stress quali l'assunzione di alcolici, il fumo, i disturbi del comportamento alimentare, inibizione o eccitazione, riduzione di concentrazione e di rendimento, disturbi della memoria e della postura, senso di inadeguatezza.

I comportamenti associati a stress sono l'assenteismo o il ritardo dei compiti da svolgere, la ridotta prestazione lavorativa, la presenza di conflitti verticali ed orizzontali, l'instaurarsi di comportamenti a rischio, l'uso inappropriato di farmaci quali ansiolitici, stimolanti o tranquillanti, l'insonnia, il ridotto esercizio fisico, la diminuzione dei rapporti sociali fino all'emarginazione, cattiva predisposizione nei confronti dei servizi sanitari con ipocondria, cambiamenti nello stile di vita con aggressività, esternazioni o comportamenti antisociali fino al suicidio nei casi più gravi. Le risposte psicofisiologiche allo stress si caratterizzano per i disturbi del sonno, l'aumento della frequenza e della gittata cardiaca per fornire sangue ai principali organi come il cervello, il cuore e i muscoli in attività, la dispnea per

fornire ossigeno agli stessi, l'ipertensione arteriosa, l'aumento della glicemia per l'aumento degli ormoni antagonisti dell'insulina, l'iperidrosi (per eliminare le sostanze tossiche e diminuire la temperatura corporea), la tensione muscolare generalizzata, l'irrequietezza psicomotoria con l'incapacità a rilassarsi a causa della deviazione del sangue ai muscoli e al cervello, l'instaurarsi di un quadro di immunodepressione con la conseguente maggiore predisposizione nei confronti delle infezioni e per l'insorgenza di tumori.

Le malattie correlate allo stress sono diverse e sono state inserite dall'INAIL in un elenco sulla base delle indicazioni fornite dagli studi più attuali e sono patologie di tipo autoimmune, patologie con diminuzione della risposta immunitaria, malattie cardiovascolari, patologie della funzione sessuale.

Molti studi si sono anche soffermati sui sistemi di adattamento che i soggetti utilizzano per contrastare le situazioni stressogene (coping). Secondo Menaghan è possibile distinguere da un lato le risorse di coping intese come alto grado di autostima, fiducia nelle proprie capacità, atteggiamento positivo nei confronti delle difficoltà, capacità intellettuali, flessibilità, capacità di osservazione, estroversione e dall'altro gli stili di coping intesi come strategie cognitive per esaminare e risolvere le difficoltà che si presentano a livello lavorativo e personale (la richiesta di aiuto, l'analisi delle questioni per trovare le possibili soluzioni). In entrambe i casi l'obiettivo è quello della risoluzione del problema indipendentemente dalle problematiche oggettive. Molti studi hanno evidenziato i cosiddetti fattori di

resiliance che riguardano le ulteriori risorse cognitive che il soggetto utilizza per contrastare lo stress utilizzando efficaci vie di adattamento. Numerosi studi hanno evidenziato come la reazione di stress abbia un ruolo essenziale per il corretto funzionamento dell'organismo. Tuttavia è necessario che questo meccanismo sia subito disattivato nel momento in cui lo stimolo stressogeno venga rimosso. Se ciò non dovesse accadere, l'attivazione del sistema psico-neuro-endocrino-immunologico potrebbe avere dei risvolti negativi sulla salute dell'individuo. In letteratura si è evidenziato come la soglia individuale di resistenza alla violenza psicologica, l'intensità della violenza subita, il tempo di esposizione a fattori psicologici logoranti, tratti della personalità favorenti o limitanti siano dei fattori molto importanti nella determinazione del mobbing(5, 27).

Effetti del mobbing

Diversi autori hanno evidenziato gli effetti del mobbing a livello fisico, psicosomatico e psichico che si manifestano dopo un periodo di tempo variabile (tab. 3).

Tab. 3 Conseguenze fisiche, psicosomatiche e psichiche del mobbing

Disturbi fisici e psicosomatici	Disturbi psichici
Annebbiamento temporaneo della vista, congiuntiviti; eruzioni cutanee (psoriasi, dermatiti, allergie); cefalea muscolotensiva, cervicalgie; gastrite, pirosi, ulcera, colon irritabile; tachicardia, ipertensione, infarto del miocardio nei casi più gravi; dispnea, tosse, crisi asmatiche; alterazioni tiroidee; alterazioni a livello immunitario e maggiore suscettibilità alle malattie.	Disturbi d'ansia (attacchi di panico, fobie, ansia libera), disturbi dell'umore (reazioni aggressive esagerate con irritabilità, manifestazioni depressive), disturbi dell'attenzione e della concentrazione con riduzione della memoria, disturbi del pensiero (fissazione sul proprio problema lavorativo, ossessività ideativa), disturbi della sfera del sonno (risvegli multipli notturni, insonnia, alterazioni del ritmo sonno veglia), modificazioni dell'alimentazione (anoressia, bulimia), modificazioni del comportamento relazionale (partner, famiglia, lavoro e problematiche legate all'assunzione di alcol, droghe, farmaci), alterazioni della personalità (quadri di depersonalizzazione fino a suicidio od omicidi a scopo di vendetta sul mobber)

Le conseguenze sulla salute che possono derivare da una condizione di mobbing dovrebbero essere comprese nell'insieme definito "*Reazioni ad eventi*". Ne deriva in genere il Disturbo dell'adattamento (DSM-IV-TR). Il DSM IV infatti assume un ruolo importante nella definizione delle malattie mobbing correlate e classifica i disturbi in base a criteri descrittivi con la diagnosi che viene posta in relazione al raggiungimento di una soglia minima di sintomi secondo un punto di vista di tipo quantitativo. Il DSM IV definisce il disturbo mentale come una sindrome e modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio, disabilità, ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore, di disabilità, o ad una importante limitazione della libertà. La classificazione internazionale DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) descrive le più frequenti evenienze di malattia dovute a situazioni ripetute di "mobbing" come Disturbi dell'adattamento (DA). Le vessazioni possono in qualche modo essere considerate come una intensa forma di stress e la conseguente malattia può essere diagnosticata attraverso l'anamnesi, la visita neurologica e il colloquio clinico psicologico. L'evidenza di comportamenti subiti e valutati come molestie morali, lo stress occupazionale, i disturbi soggettivi ed il tono dell'umore costituiscono gli strumenti di rilevamento soggettivi mentre i test di dinamismo mentale e i questionari di personalità costituiscono i reattivi diagnostici. A

completamento di quanto detto risultano utili anche accertamenti neuropsicologici, internistici, specialistici, strutturali.

I disturbi dell'adattamento (DDA) sono i più frequenti con sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali significativi in risposta a fattori sociali stressanti quali umore depresso, ansia, ansia e umore depresso. Tale disturbo è provocato da un fattore stressante di qualsiasi entità e può provocare una significativa compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Distinguiamo il DDA acuto (sintomi entro 3 mesi che persistono meno di sei mesi) e il DDA cronico (risposta a fattore cronico stressante o che ha conseguenze protratte per più di sei mesi).

Diversi studi hanno focalizzato il loro interesse su eventuali patologie preesistenti quali personalità con disturbi comportamentali compensati o conclamati che possono aggravarsi in seguito alle vessazioni sul luogo di lavoro. Menegozzo e coll. nel 2003 hanno indagato la personalità preesistenti dei mobbizzati distinguendo:

1. Personalità normale con tratti tipici di personalità e di stile difensivo di adattamento;
2. Personalità "border line" dove i tratti di personalità assumono particolare rilievo con possibile evoluzione in patologia;
3. Personalità con quadri strutturati di psicopatologia in fase di compenso clinico;
4. Personalità chiaramente patologiche che possono essere causa di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica;

Gli aspetti legati alla slatentizzazione o all'aggravamento di patologie devono essere ancora maggiormente approfondite in letteratura. Particolare interesse suscitano infatti le sindromi dissociative, in particolare quella paranoide che possono costituire un importante fonte di confusione per la presenza di deliri di persecuzione o di nocumento, agitazione, angoscia, distorsioni del linguaggio fino all'isolamento, alla chiusura in se stessi con conseguenti ripercussioni sia a livello sociale sia lavorativo.

Interviste e test psicologici

E' importante quindi in base alle problematiche rilevate, determinare l'opportunità di somministrare al soggetto una batteria di test al fine ad accrescere le conoscenze riguardanti tutti quegli aspetti, sopra citati, che possono rivelarsi efficaci per una corretta valutazione.

Diversi studi hanno indagato i disturbi della sfera affettiva ed emozionale attraverso specifiche interviste e test psicologici quali SPM, CBA e MMPI-2 (28,29,30,31,32).

OBIETTIVO DELLA RICERCA

Scopo di questo studio è stato quello di indagare in una popolazione di soggetti di ambo i sessi, afferenti al Centro Anti-Mobbing dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo sul grado dei disturbi del comportamento, della sfera emozionale, affettiva e cognitiva indotti dalle particolari condizioni di mobbing nel luogo di lavoro e sulla loro plausibile correlazione con i livelli di cortisolo salivare, il cui aumento, indice di stress, non sempre è evidenziabile nei soggetti che si trovano in ambiente di lavoro conflittuale (33,34,35).

MATERIALI E METODI

Il campione reclutato è costituito da 48 soggetti di cui 29 (60 %) uomini e 19 (40 %) donne di età compresa tra 35 e 63 anni, età media 51± 6, afferenti al Centro Anti-Mobbing dell'ASP di Palermo. I soggetti sono stati reclutati durante il periodo intercorso da settembre 2008 a settembre 2010. A tutti i soggetti è stata assicurato l'anonimato e richiesto il consenso informato alla partecipazione allo studio.

I soggetti inclusi nel campione in studio sono stati selezionati sulla base di un preliminare screening effettuato mediante l'"Intervista per la rilevazione del mobbing" (10). Da quest'ultima si ricavano le informazioni riguardanti le caratteristiche del campione in studio.

Le donne in menopausa sono 8 (42 %) mentre i soggetti fumatori costituiscono il 37 % del campione. Per quanto riguarda la mansione 25 soggetti (52 %) sono impiegati, 14 (29 %) dirigenti, 9 (19 %) operai. In merito alla tipologia dell'azienda si nota che il 71 % appartiene al settore pubblico mentre il 29 % al settore privato. Circa la scolarità il 42 % possiede una laurea, il 50 % il diploma di scuola media superiore, l' 8 % il diploma di scuola media inferiore. L'anzianità lavorativa totale (in anni) è di 19± 5 mentre l'anzianità lavorativa con qualifica attuale (in anni) è di 13± 6. Infine la durata dell'azione mobbizzante è di 16± 9 mesi.

Tests psicologici

Per lo studio psicologico sono stati impiegati i seguenti tests:

1) matrici progressive di Raven: misurano le capacità cognitive del soggetto tramite la comprensione di figure prive di un significato definitivo .

2) Minnesota multipahsic personality inventory: misura le caratteristiche emotive, motivazionali, interpersonali e di atteggiamento di un individuo .

3) Cognitive Behavioural Assessment: fornisce informazioni sulla personalità del soggetto e ne raccoglie l'anamnesi psicosociale.

Qualora i risultati dei test psicodiagnostici risultavano significativi per grado di aspetti psicopatologici, e veniva confermata un'ipotesi di mobbing, i soggetti venivano sottoposti al dosaggio seriale del cortisolo salivare.

Analisi Statistica

I dati sono stati analizzati impiegando un t test ad una coda ($P < 0,05$).

Test ormonale

La raccolta dei campioni di cortisolo salivare, alla fine dei tests psicologici, ha previsto la distribuzione di provette per la conservazione del materiale biologico a ciascun soggetto. I campioni di saliva sono stati raccolti con l'ausilio di apposite cannucce e poi conservati all'interno di Sali-Tubes della Ditta DRG.

Le modalità di raccolta hanno seguito una ben precisa cronologia:

- Campione: al risveglio h 7-8
- Campione: dopo sette ore
- Campione: dopo dodici ore

RISULTATI SPERIMENTALI

Nelle figure 1 A e 2 A sono riportati i punteggi medi delle scale cliniche di base e delle scale di contenuto dell'MMPI-2. Le scale sono state considerate sulla base delle elevazioni di punti T oltre il cut-off della norma, con media=50, Std=1,5.

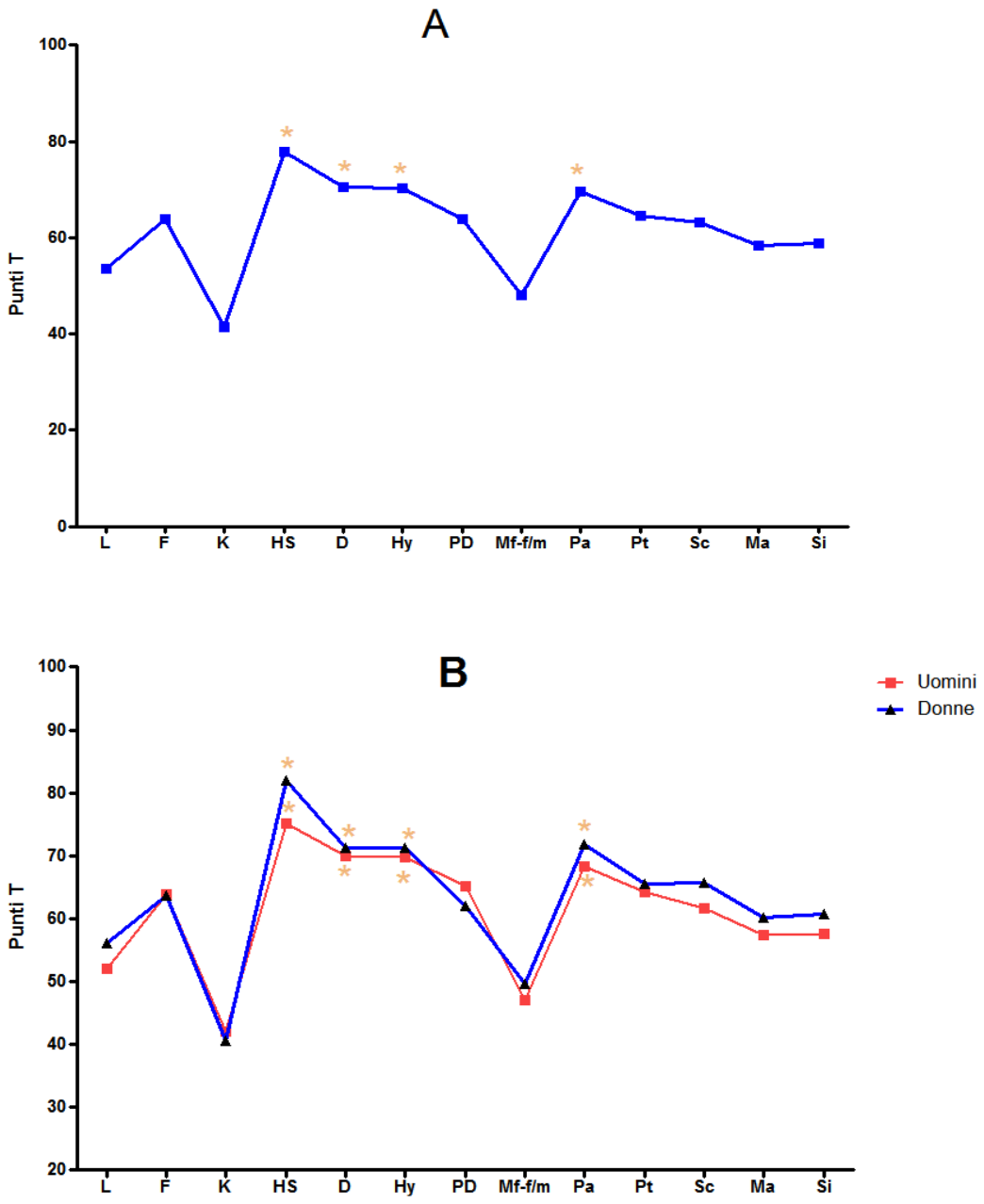
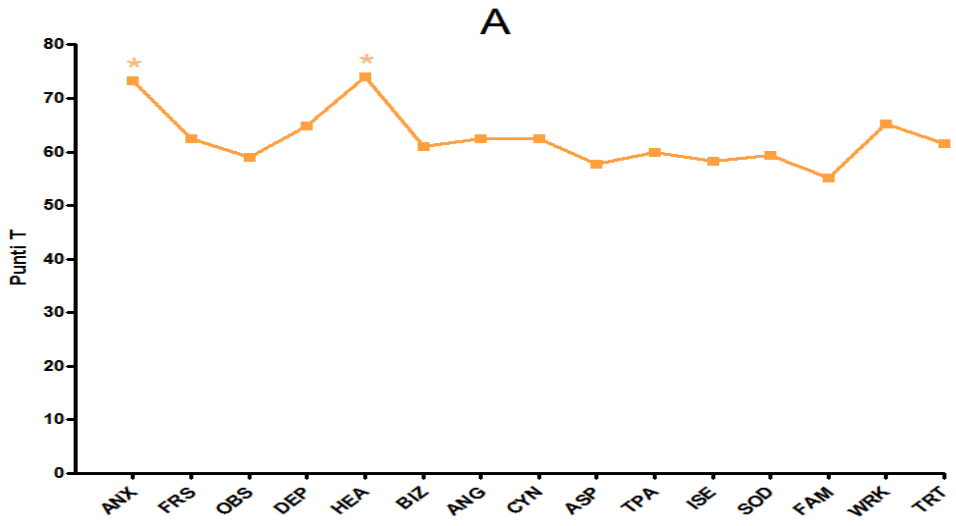


Fig. 1. Punteggi medi totali alle scale cliniche del MMPI-2. A = Punteggi medi totali; B = Punteggi medi per sesso *= P < 0,05



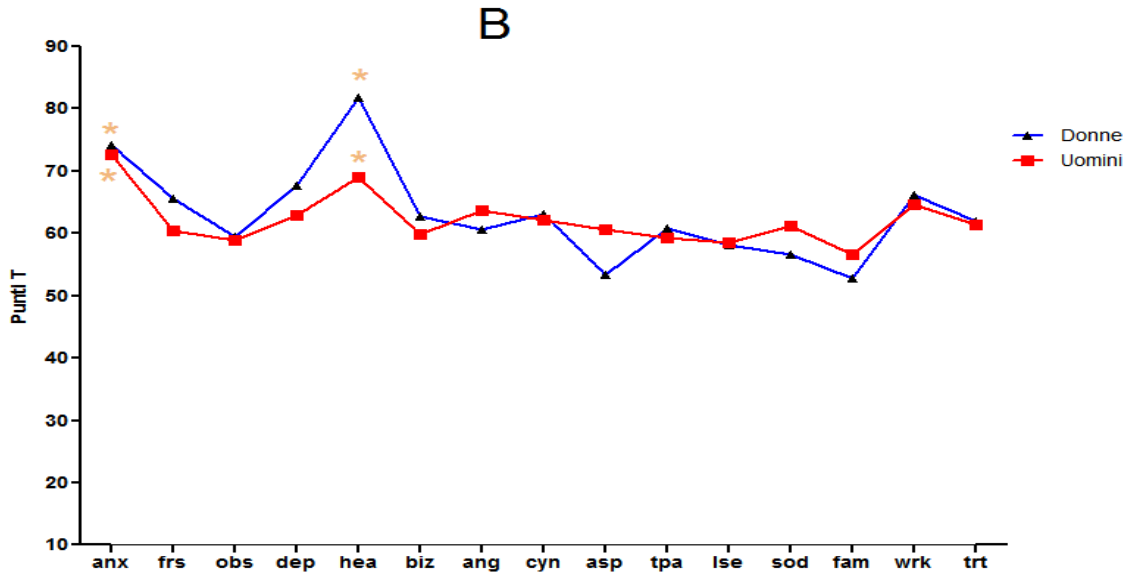


Fig. 2. Punteggi medi totali alle scale di contenuto del MMPI-2. A = Punteggi medi totali; B = Punteggi medi per sesso *= P < 0,05

I risultati mostrano la presenza con alta frequenza di preoccupazioni per la propria salute: il grado di elevazione dei punti T nella scala Hs di Ipocondria in media risulta statisticamente significativa, ciò denota come nei casi più gravi le manifestazioni sintomatiche e le preoccupazioni somatiche nel campione assumono carattere ipocondriaco e possono anche costituire l'idea dominante (Hs=78).

Ciò consente di rilevare come nei soggetti mobbizzati le reazioni psicofisiche siano accentuate, ed in generale si riduca notevolmente la consapevolezza del legame intercorrente tra base emozionale e processi somatici; i sintomi sviluppati spesso rispecchiano infatti somatizzazioni dell'ansia.

La presenza di problemi somatici viene suffragata dai punteggi rilevati nella scala di Isteria (Hy), con una media di punti T di 70. Ciò denota come le problematiche emotive vengano dai soggetti con mobbing esplicitate in forme somatiche e si correlino a meccanismi di negazione e di dissociazione del vissuto emotivo.

I soggetti presentano in media una deflessione del tono dell'umore, statisticamente significativa (D=70), con sentimenti di inadeguatezza, di indegnità e sensi di colpa; vengono inoltre sperimentati sentimenti di scarsa fiducia nelle proprie possibilità, sensi di inutilità e di angoscia. I punteggi medi rilevati alla scala Pa, di Paranoia, sono statisticamente significativi e denotano la presenza nel campione di un orientamento alla sospettosità e alla diffidenza verso l'ambiente; i soggetti mobbizzati possono

pertanto apparire rigidi, diffidenti, sospettosi e tendono a vivere l'ambiente come ostile, mettendo in atto difese di tipo interpretativo-proiettivo, fraintendendo talvolta le situazioni sociali (Pa=70).

I risultati ottenuti nelle scale di contenuto confermato ulteriormente quanto descritto. Si rilevano delle elevazioni statisticamente significative al di sopra del cut-off nei punteggi relativi alla scala di ansia (ANX=73) e di quella relativa alle preoccupazioni per la salute (HEA=74).

Le figure 1 B e 2 B riportano le differenze tra uomini e donne nei punteggi medi delle scale cliniche di base e delle scale di contenuto dell'MMPI-2.

Rispetto al gender, sia le donne (Hs=82 , ANX=74, HEA=82, Hy=71) sia gli uomini (Hs=75, ANX=72, HEA=69, Hy=70), manifestano espressioni psicopatologiche in particolare rispetto alle quote d'ansia, alle preoccupazioni per la propria salute, l'accentuazione delle reazioni psicofisiche e la tendenza a somatizzare l'ansia; gli uomini (D=70) e le donne (D=71) inoltre, esprimono manifestazioni depressive e appaiono essere diffidenti e sospettosi verso l'ambiente esterno, vivendolo come ostile (Pa=68 e 72 negli uomini e nelle donne rispettivamente).

Nella figura 3 sono riportati i punteggi medi delle scale del CBA (A), e i punteggi medi ricavati al CBA relativi alle differenze di gender (B); è stato considerato un cut off critico a partire dal 75 percentile.

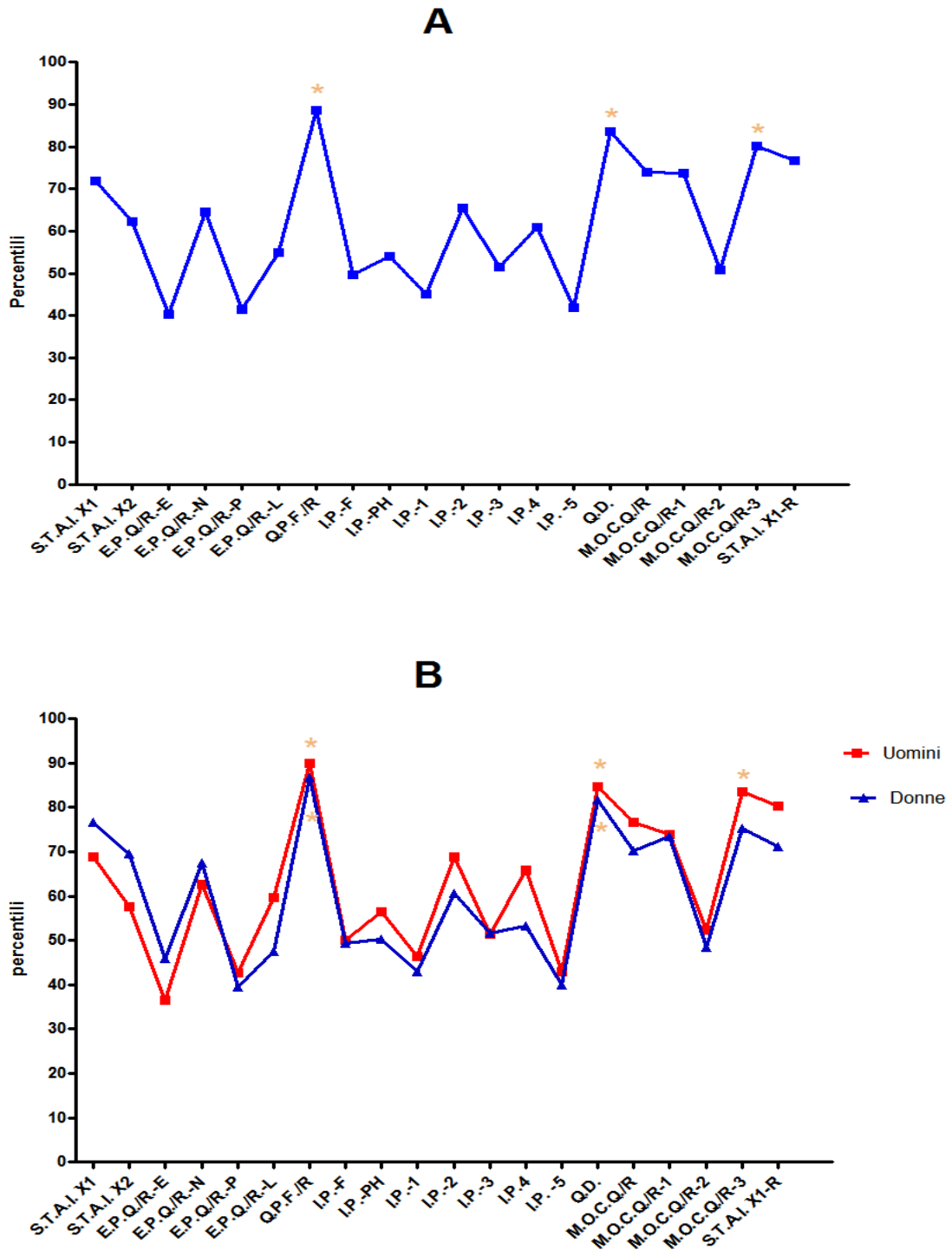


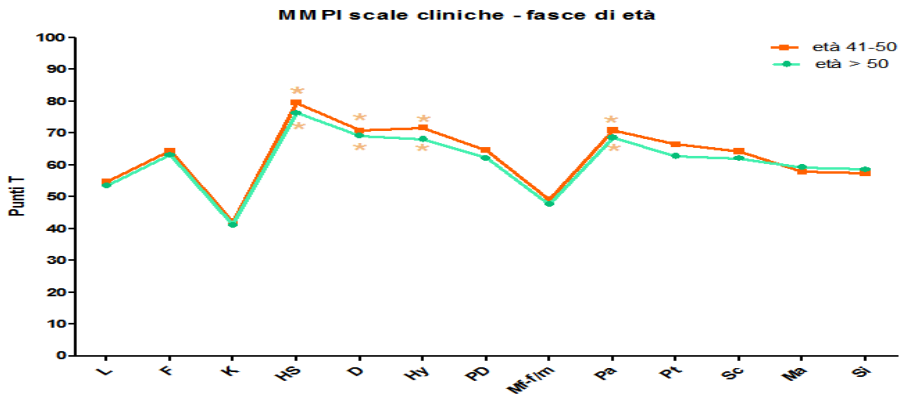
Fig. 3. Punteggi medi CBA espressi in percentili. A= Punteggi medi; B= Punteggi medi per sesso *= P < 0,05

Dall'analisi dei risultati forniti dal CBA si evidenzia alla scheda 6 (Q.P.F./R) dei disturbi psicofisiologici che i soggetti manifestano notevole apprensione circa il proprio stato di salute in accordo con quanto riscontrato nell'MMPI-2. Nella scheda 8 (QD) sui problemi depressivi, si evidenziano punteggi medi elevati, al di sopra della soglia critica, coerentemente coi risultati ottenuti all'MMPI-2. Un aspetto interessante riguarda la scala MOCQ/R relativa alle ossessioni e alle compulsioni che evidenzia punteggi elevati, statisticamente significativi, nella subscala 3 (doubting-ruminating); ciò riflette la presenza di frequenti pensieri intrusivi sgradevoli e rimuginazioni nei soggetti esaminati. Tale risultato appare legato alla presenza di una spiccata polarizzazione idetica su tematiche specifiche, molto probabilmente inerenti i problemi lavorativi.

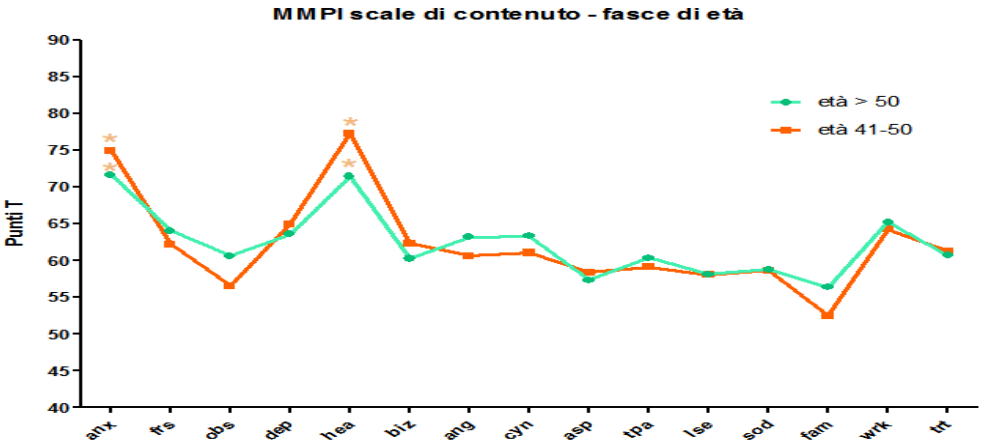
Per quanto riguarda le differenze di gender, non si rilevano differenze di gender rispetto alla presenza di manifestazioni depressive e disturbi psicofisici legate alle problematiche lavorative (punteggi comunque significativi nelle scale Q.P.F./R e QD per entrambi i sessi). Risulta invece significativa negli uomini rispetto alle donne la frequenza di ideazione intrusiva e rimuginazione ideativa. Tali dati sottolineano che le difficoltà connesse alla sfera lavorativa determinano un rilevante aumento dell'attività ideativa periferica, al di fuori della volontà, e che genera un considerevole disagio psichico nelle persone sottoposte a mobbing.

Nelle figure 4 A, B, C sono riportati i punteggi medi delle scale cliniche di base e delle scale di contenuto dell'MMPI-2 e i punteggi medi delle scale del CBA relativi all'età dei soggetti.

A



B



C

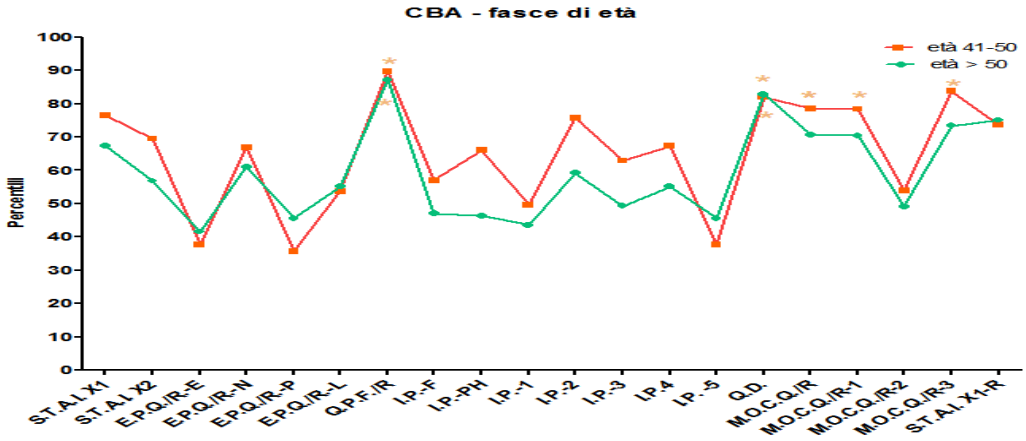
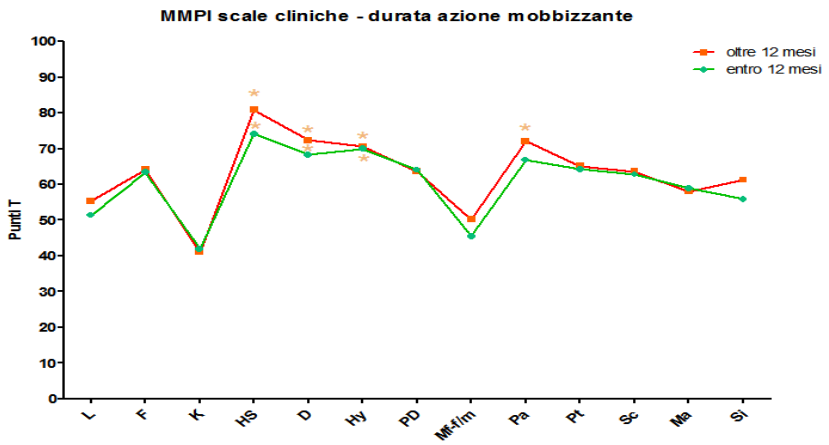


Fig.4 Punteggi medi suddivisi per fasce di età MMPI-2 scale cliniche, MMPI- 2 scale di contenuto, CBA *= P < 0,05

Il campione è stato suddiviso infatti in due fasce di età, una fra i 41 ed i 50 anni e l'altra oltre i 50 anni. Sia nella fascia di età fra i 41 e i 50 anni (Hs= 79,58; D= 70,79; Hy= 71,74; Pa=70,89; ANX= 75,00; HEA=77,37; Q.P.F./R=89,74; QD=82,01) sia oltre i 50 anni (Hs= 76,38; D= 69,19; Hy= 68,12; Pa= 68,58; ANX= 71,69; HEA=71,50; Q.P.F./R= 87,20; QD=82,84) è possibile infatti mettere in evidenza un aumento statisticamente significativo per entrambe le fasce di età dei sintomi di tipo fisico tipico degli ipocondriaci, di sintomi di tipo depressivo, la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico, sintomi di tipo paranoide, sintomi legati all'ansia e preoccupazioni per la propria salute, disturbi psico-fisiologici, manifestazioni disforiche e depressive. I pensieri intrusivi e i comportamenti compulsivi (M.O.C.Q./R) risultano invece statisticamente significativi, nella classe di età tra i 41 e i 50 anni e in particolar modo le subscale (M.O.C.Q./R-1, M.O.C.Q./R-3) e quindi le relative aree di indagine, rispettivamente checking e Doubting-Ruminating, indicano come questi soggetti tendano a controllare più volte la stessa cosa senza necessità e si pongano continuamente dubbi per questioni anche di poco conto (M.O.C.Q./R=78,53; M.O.C.Q./R-1=78,40 , M.O.C.Q./R-3= 83,76).

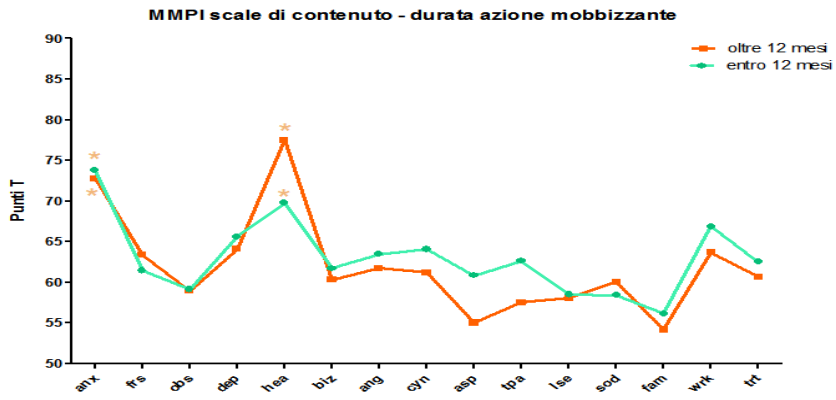
Nelle figure 5 A, B, C sono riportati i punteggi medi delle scale cliniche di base e delle scale di contenuto dell'MMPI-2 e i punteggi medi delle scale del CBA riferiti alla durata dell'azione mobbizzante.

A



B

B



C

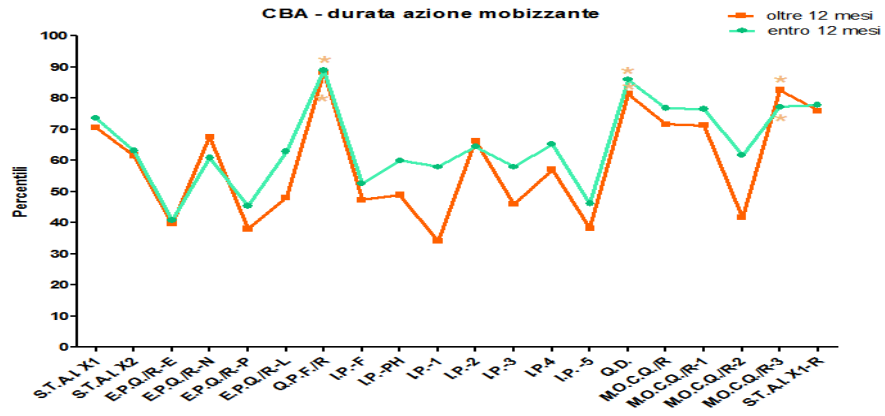


Fig. 5. Punteggi medi MMPI-2 scale cliniche, MMPI- 2 scale di contenuto, CBA in relazione alla durata dell'azione mobbizzante *= P < 0,05

Il campione è stato infatti suddiviso in due gruppi di persone: il primo gruppo comprendeva quei soggetti che subivano mobbing da meno di 12 mesi, il secondo gruppo da più di 12 mesi. Sia nel primo gruppo (Hs=74,091; D= 68,273; Hy= 70,00; ANX=73,773; HEA= 69,773; Q.P.F./R= 89,05; QD= 86,05; M.O.C.Q./R-3= 77,30) sia nel secondo gruppo (Hs= 80,92; D= 72,35; Hy= 70,65; ANX=72,77; HEA= 77,54; Q.P.F./R= 88,35; QD= 81,37; M.O.C.Q./R-3= 82,77) è possibile mettere in evidenza un aumento statisticamente significativo per entrambe i gruppi di soggetti dei sintomi di tipo fisico tipico degli ipocondriaci, di sintomi di tipo depressivo, la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico, sintomi ansiosi e preoccupazioni per la propria salute, disturbi psico-fisiologici manifestazioni disforiche e depressive, pensieri intrusivi e i comportamenti compulsivi riguardanti Doubting/ruminating. I sintomi di tipo paranoide (Pa= 72,04) risultano invece statisticamente significativi solo nel campione che era sottoposto a comportamenti mobbizzanti da oltre 12 mesi.

Le matrici Progressive di Raven hanno riguardato i soggetti che nel corso delle visite mediche e dei colloqui psicologici hanno manifestato deficit di attenzione e di concentrazione. Il test è stato somministrato pertanto ad un sottocampione di 45 soggetti, 18 donne e 27 uomini.

I risultati rilevati indicano come 7 soggetti hanno ottenuto un punteggio compreso tra 17 e 26 (IV percentile), mentre 22 soggetti hanno ottenuto un punteggio tra 27 e 41 (terzo percentile). Undici persone hanno invece ottenuto un punteggio tra 42 e 50 (II percentile) e cinque persone un punteggio tra 51 e 59 appartenenti al I percentile (tab. 4):

Tab. 4 Punteggi in percentili delle Matrici di Raven

Campione	Percentili				
	I	II	III	IV	Totale
uomini	3	6	13	5	27
donne	2	5	9	2	18
totale	5	11	22	7	45

Nel complesso si evince che tra tutti i soggetti esaminati soltanto 7 soggetti presentano un livello di intelligenza nettamente inferiore alla media.

Nella figura 6 sono riportati i valori medi del cortisolo salivare, negli uomini e nelle donne, espressi in ng/ml, dosati al mattino, al pomeriggio e alla sera. Come è

possibile osservare nei soggetti mobbizzati rispetto ai controlli non si evidenziano, sia negli uomini che nelle donne, variazioni significative nei valori medi del cortisolo salivare.

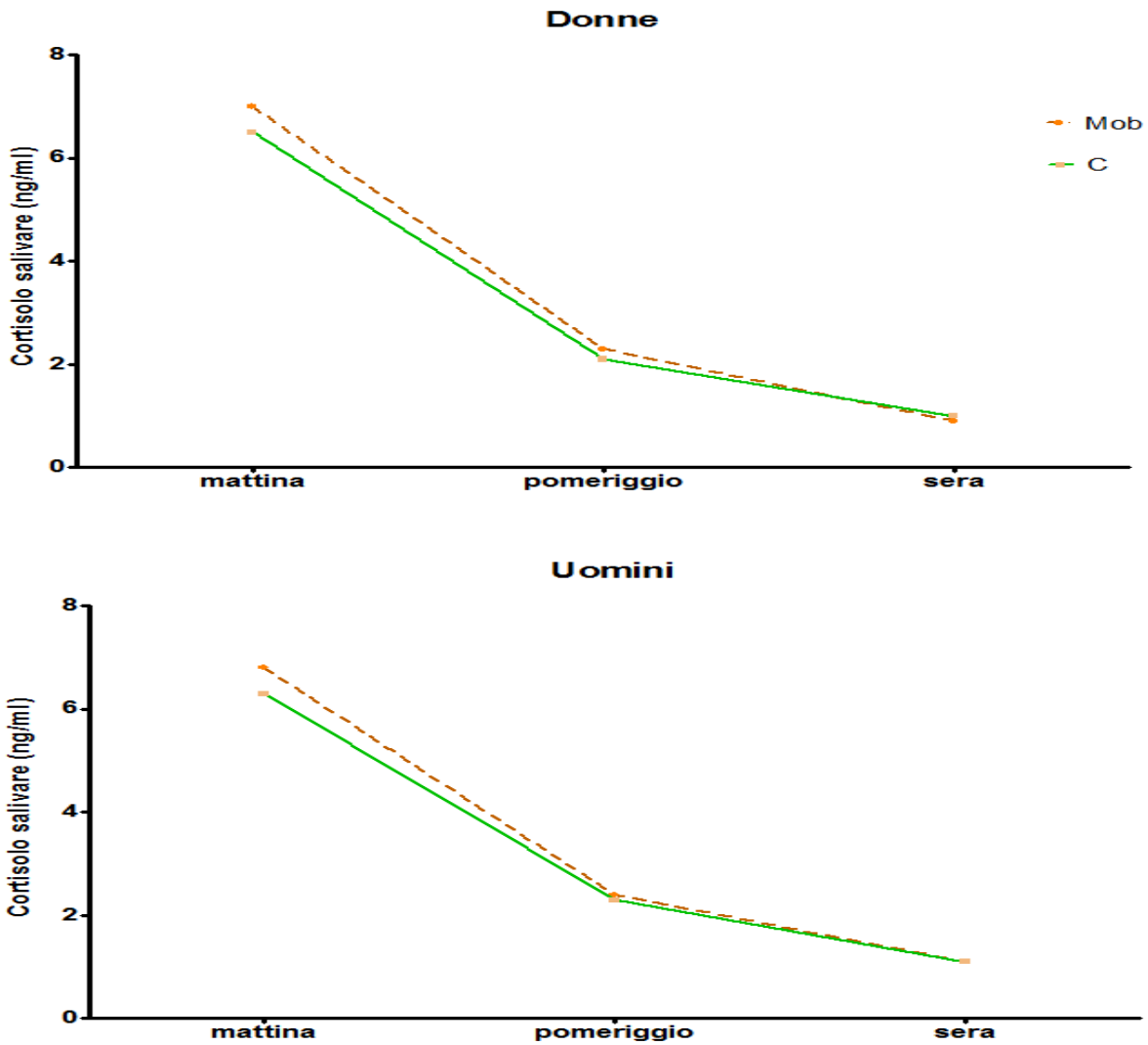


Fig. 6. Livelli medi di cortisolo salivare suddivisi per donne e uomini

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati ottenuti non è stato possibile stabilire nei soggetti studiati una plausibile significativa correlazione tra il grado dei disturbi comportamentali, tra cui l'ansia, la depressione e le alterazioni cognitive rilevati attraverso specifici test comportamentali ed i livelli di cortisolo salivare. Infatti, i tests psicologici hanno messo in evidenza come i soggetti mobbizzati manifestino elevate quote d'ansia, con un'accentuazione delle reazioni psicofisiche e la tendenza a somatizzarla. Sia le donne che gli uomini, in particolare, risultano particolarmente vulnerabili nello sperimentare sintomi ansiosi e preoccupazioni per la propria salute. Le quote d'ansia si associano inoltre a manifestazioni depressive, sia negli uomini sia nelle donne.

Un altro dato interessante è relativo alla modalità con cui i soggetti con mobbing, indipendentemente dal sesso, approcciano l'ambiente esterno; essi appaiono particolarmente cauti, sperimentano particolare diffidenza e sospettosità e vivono l'ambiente circostante come ostile.

Un aspetto rimarchevole sul piano clinico, in particolar modo negli uomini, è relativo alla polarizzazione ideativa e alla ruminazione su tematiche inerenti le difficoltà presenti sul lavoro, caratterizzate da dubbi ed incertezze, dunque all'interferenza dell'ideazione periferica nel pensiero deliberato, che crea considerevole disagio psichico.

Relativamente alle performance cognitive, lo studio ha rilevato che soltanto 7 soggetti hanno riportato un livello d'intelligenza nettamente inferiore alla norma.

Lo studio ha inoltre permesso di suddividere il campione in due fasce di età, la prima fascia di età tra i 41 ed i 50 anni e la seconda oltre i 50 anni. Questo dato appare tra l'altro per la maggior parte, in accordo con la letteratura evidenziando come soggetti non più giovani si trovano sia a contrastare soggetti giovani che avrebbero l'intenzione di prendere il loro posto sia la politica di rinnovamento delle aziende ed inoltre verrebbe ulteriormente confermato dal fatto che i soggetti nella fascia di età tra 41 e 50 anni manifestano una prevalenza di disturbi intrusivi e comportamenti compulsivi rispetto a quella oltre i 50 anni. Questi ultimi si manifestano principalmente in comportamenti volti al controllo e alla rimuginazione mentale. L'esiguità del campione non ha permesso di raggruppare un terzo campione di età i 31 e i 40 anni che in base a diversi studi, dopo la fascia di età tra i 41 e i 50 anni risulta essere il più significativo. L'analisi dei risultati ha infine permesso di evidenziare in entrambe le fasce di età la presenza di sintomi legati all'ipocondria, alla depressione, all'ansia, all'isterismo, alla paranoia e reazioni di carattere psicofisiologico.

Un altro dato rimarchevole è dato dalla suddivisione del campione in due gruppi in base alla durata dell'azione mobbizzante (entro i 12 mesi ed oltre i 12 mesi). Premesso che il numero esiguo del campione non ha consentito una più ampia differenziazione tra le varie fasce di età, ha comunque posto l'attenzione sul fatto che

i soggetti che erano sottoposti ad un comportamento di tipo vessatorio da più di dodici mesi manifestavano ideazioni di tipo delirante, manie di grandezza assenti nel nei soggetti che subivano mobbing da meno di dodici mesi. Questo dato si può spiegare verosimilmente con una maggiore frequenza degli attacchi e da una riduzione dei meccanismi di difesa dei soggetti che inizialmente tentano di reagire ma poi, con il passare del tempo, vengono sopraffati dal ritmo incalzante delle persecuzioni.

I livelli del cortisolo salivare sono risultati nel range fisiologico, data la limitata ampiezza del campione non è stato possibile effettuare una correlazione tra questo e i dati rilevati sul piano psicologico. L'assenza di variazioni nei livelli di cortisolo salivare non è inaspettata poiché è stato suggerito che anche alti livelli di stress possono non necessariamente essere correlati ad alterazioni significative dei livelli di cortisolo salivare. D'altra parte una relazione tra stress psicosociale e disturbi del comportamento e/o manifestazioni cliniche può essere indipendente dai livelli degli ormoni di stress (33,34,35); in effetti, la natura di queste interazioni è piuttosto complessa. Infatti, l'asse I.I.S. ha legami con diversi fattori neurochimici che nelle condizioni di mobbing possono di per sé interferire con il suo meccanismo di autoregolazione. Ulteriori studi dovranno chiarire tali complesse interazioni, potrebbe al riguardo essere utile la valutazione dei parametri neuroendocrini nel plasma comprendenti oltre il cortisolo anche l'ACTH, l'adrenalina e suoi metaboliti.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Salomone, L. Romano, A. Esposito, E. Nigro, B. Boggia, F. Napolano, U. Carbone. La percezione soggettiva dei fattori disadattanti al lavoro. G Ital Med Lav Erg 2007, 29: 705-706.

2. M.L. Urbano, L. Soleo. Difficoltà psicologiche al lavoro. In: Medicina del Lavoro, D. Casula (ed) Monduzzi Editore Bologna, Terza edizione, 2003.

3. G. Galtieri, M. Migliara, G. Legato. Stress e lavoro. Ruolo ed importanza dei fattori causali lavorativi. G Ital Med Lav Erg 2006, 28 (S): 154-155.

4. L.A. Fino. Il mobbing, verso una rivoluzione culturale e giuridica? Indagini preliminari in collaborazione con i previdenzialisti di Bari. G Ital Med Lav Erg 2006, 28 (S): 158-159.

5. U. Carbone, L. Rossi. Elementi di psicologia del lavoro. In: Medicina del Lavoro, D. Casula (ed) Monduzzi Editore Bologna, Terza edizione, 2003, pp 155-186.

6. H. Leymann Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence Vict. Summer;5(2) 1990: 119-26.

7. G. De Falco, A. Messineo, S. Vescuso. Stress da lavoro e mobbing. Valutazione del rischio Diagnosi, prevenzione e tutela legale. EPC Libri, Roma, terza edizione, 2008

8. G. Cannizzaro, E. Cannizzaro, M. Gagliano. Rapporti fisiopatologici tra sistema neuroendocrino e sistema immunitario nello stress. Prof San Pubbl Med Pra 1998, 9: 27-30.

9. A. Bergamaschi, C. Papadia, B. Sed. Ergonomia e lavoro. Adattamentodel lavoro all'uomo e aspetti dello stress occupazionale. In: Medicina delLavoro, D. Casula (ed) Monduzzi Editore, Bologna, terza edizione, 2003: 187-201.

10. M. J.Zigmond, F. E. Bloom, Story C. Landis, J. L. Roberts, L.R. Squire Neuroscienze Vol secondo 2002 cap.43: 1219-1220.

11. E. Cannizzaro, M. Gagliano. Basi neurobiologiche dei disturbi psichiatrici stress-correlati. Psich. Consultaz. 2005, 7: 227-234.

12. G. Favretto Le forme del mobbing,.Ed Cortina, 2005: 91.

13. D. Zapf Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. International Journal of Manpower, 20, 1-2, 1999: 70-85.

14. F. Ceresia, I. Lupo Un contributo empirico e metodologico per l'indagine della fenomenologia del mobbing. Risorsa Uomo 2003, 9, 1: 39-53.

15. E. Schein Culture d'impresa. Cortina Editore, Milano, 2000: 24-30.

16. E. Schein E.,Cultura d'azienda e leadership. Una prospettiva dinamica. Guerini & Associati, Milano, 1990: 35

17. Dominici e Montesarchio,Il danno Psichico. Franco Angeli, Milano, 2003: 45-46.

18. R. Carli, R. Paniccia Psicologia della formazione, Il Mulino, Bologna, 1999: 149.

19. G. Maina, A. Palmas, FL Filon Relationship between self-reported mental stressors at the workplace and salivary cortisol Int Arch Occup Environ Health. 2008, 81: 391-400.

20. E. Cannizzaro, D. Picciotto, G. Provenzano, A. Tomasello, M. Gagliano, F. Plescia, M. Palazzo Adriano. Risposte endocrine ed immunitarie in calciatori professionisti dopo allenamento e competizione ufficiale. Ac. Med. Mediter. 2002, 18: 37-42.

21. S. Melamed, U. Ugarten, A. Shirom, L. Kahana, Y. Lerman and P. Froom. Chronic Burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J Psychosom Res 1999, 46: 591-598.

22. K. Gustafsson, P. Lindfors, G. Aronsson and U. Lundberg Relationships between self-rating of recovery from work and morning salivary cortisol. J Occupat Health 2008; 50: 24-30.

23. M. F. Haussmann, C. M. Vleck and E. S. Farrar. A laboratory exercise to illustrate increased salivary cortisol in response to three stressfull conditions using competitive ELISA. Adv Physiol Educ 2007, 31: 110-115.

24. Rocco A, Martocchia A, Frugoni P, Baldini R, Sani G, Di Simone Di Giuseppe B, Vairano A, Girardi P, Monaco E, Tatarelli R, Falaschi P. Inverse correlation between morning plasma cortisol levels and MMPI psychasthenia and depression scale scores in victims of mobbing with adjustment disorders. Neuro Endocrinol Lett. Oct;28(5)2007:610-3.

25. N.H. Eller, B. Netterstrøm, Ǻ.M. Hansen. Psychosocial factors at home and at work and levels of salivary cortisol. Biol. Psych. 2006, 73: 280-287.

26. B. M. Kudielka and S. Kern. Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): preliminary results of a first psychobiological field study. J Psychosom Res 2004, 56: 149-150.

27. R. Zefferino, N. L'Abbate, A. Facciorusso, A. Potenza, M. Lasalvia, A. Nuzzaco, M. Di Biase, L. Ambrose. Valutazione della variabilità della frequenza cardiaca (HRV) come indice di stress in addetti al pronto intervento nella Polizia Urbana. G Ital Med Lav Erg 2003, 25 (S):167-169.

28. M. Consoli, M. Cuffaro, F. D'Angelo, A. La Commare, B. Notarbartolo, G. Sammartano, G. Santisi, P. Smirni, A. Sperandeo. Psicologia&Psicologia in

Sicilia Rilevazione e Valutazione del Mobbing Maurizio. http://www.ordinepsy.sicilia.it/pagine/cultura/mobbing/mobbing.html. 2007

29. J. Raven. The Raven's Progressive Matrices: Change and stability over culture and time. Cogn Psycol 2000, 41: 1-48.

30. G. Bertolotti, A.M. Zotti, P. Michielin , G.Vidotto, E. Sanavio. A computerized approach to cognitive behavioural assessment: An introduction to CBA-2.0 primary scales. J Behav Ther Exp Psychiatr 1990, 21: 21-27.

31. P. Peppone, L. Santalucia, E. Del Castello, V. De Maio, E.Garofalo, R. Cappelluccio, D. Feola, M. Ruberto, F. Liotti. Il test MMPI-2 nella valutazione della sindrome da mobbing. G Ital Med Lav Erg 2007, 29: 703-705.

32. P. Girardi, E. Monaco, C. Prestigiacomo , A. Talamo , A. Ruberto , R. Tatarelli Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. Violence Vict.;22(2) 2007:172-88.

33. Buselli R., Cristaudo A., “Il medico competente e il rischio lavoro correlato: dalla collaborazione alla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria”.. G. It. Med. Lav. Erg. 2009, 31:3, 261-264.

34. Cassitto M.G., “Modalità di risposta individuale allo stress”. Atti Convegno “Stress e attività lavorativa” Monza, 2009 http://gimle.fsm.it/31/2/09.pdf .

35. Cesana G., e Altri, Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. Documento di consenso SIMLII, PIME Editrice, Pavia, 2006.