G Ital Med Lav Erg 2022; 44:1, 22-31
ISSN 1592-7830

© PI-ME, Pavia 2022
MEDICINA DEL LAVORO

Alessia Gallozzi[1], Fabrizio Scafa[1], Maria Carmela Mongiovì[1], Claudia Negri[2], Giulia Crisafulli[1], Giovanni Malgara[1], Daniela R. Bellini[1], Stefano M. Candura[1,3]

Il nuovo protocollo diagnostico Maugeri per stress lavoro-correlato e mobbing (MaSD-2)

[1] Unità Operativa di Medicina del Lavoro, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia
[2] Consulente Psichiatra, Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia
[3] Unità di Medicina del Lavoro, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO. Lo stress occupazionale può superare le capacità individuali d'adattamento dei lavoratori e causare quadri psicopatologici, tra cui il disturbo dell'adattamento (DA) e il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), per i quali è obbligatoria la denuncia ex DM 10 giugno 2014. Dai primi anni del 2000, è in uso presso il nostro Istituto un protocollo diagnostico interdisciplinare che consente di orientare i pazienti verso un adeguato percorso terapeutico, al fine di favorire il loro benessere psicologico e la reintegrazione nel mondo del lavoro. Nel 2017 il protocollo è stato aggiornato e ampliato. La versione attuale (MaSD-2) comprende: visita di medicina del lavoro, colloquio psicologico, visita psichiatrica e test psicodiagnostici: *Short-Negative Acts Questionnaire* (S-NAQ), *Cognitive Behavioral Assessment 2.0* (CBA-2.0), SCID (*Structured Clinical Interview for DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form* (MMPI-2-RF), *Maugeri Stress Index – Reduced form* (MASI-R).
Nel triennio 2017-2019 sono stati valutati con il MaSD-2 198 pazienti (120 donne e 78 uomini; età media ± DS: 47,9 ± 9,0 anni) che riferivano problemi di salute da loro attribuiti a vessazioni subite in ambito lavorativo o ad altre forme di stress occupazionale. Nove (4,5%), già esaminati con la versione originaria del protocollo, hanno ricevuto conferma diagnostica (2 casi di disturbo paranoide di personalità, 7 di disturbo ansioso-depressivo lavoro-correlato). Degli altri 189 soggetti, 3 (1,6%) non risultavano affetti da patologia psichiatrica, 12 (6,3%) presentavano un disturbo psichiatrico (es. disturbo d'ansia, disturbo dell'umore, disturbo di personalità) indipendente dal lavoro, 160 (84,7%) un disturbo ansioso e/o depressivo correlato al lavoro. In 12 casi (6,3%) si è posta diagnosi di DA e in 2 (1,1%) di DA in pregresso DPTS, per un totale di 14 segnalazioni di malattia professionale alle Autorità competenti. Rispetto al passato, la casistica presenta una percentuale molto maggiore di disturbi psichiatrici correlati a stress occupazionale. Questo può dipendere da una maggiore sensibilità del nuovo protocollo diagnostico e da una migliore selezione dei pazienti che ci vengono inviati. Le donne e i lavoratori del terziario continuano a essere a maggior rischio, con significativo coinvolgimento degli operatori sanitari. Rimangono rare le diagnosi di DA e DPTS, confermando la necessità di un rigoroso e prudente percorso interdisciplinare, volto a selezionare i casi per i quali avviare procedure medico-legali. Lo studio richiama infine la necessità di adeguate misure preventive.

Parole chiave: stress lavorativo, salute mentale, disturbo dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress, valutazione psicologica.

Stress lavoro-correlato e mobbing

Lo stress può essere definito come lo stato di disagio psichico che può insorgere quando l'ambiente esterno pone richieste e oneri che sollecitano l'individuo a fornire prestazioni superiori al normale, quantitativamente o qualitativamente (1). Tale situazione può spesso verificarsi nel mondo del lavoro: si parla in questo caso di stress lavoro-correlato, definito dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) come "la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro eccedono le capacità individuali per fronteggiare le richieste" (2).

Le condizioni e le forme di organizzazione del lavoro che possono essere all'origine di situazioni stressanti sono molteplici; esse comprendono: carichi di lavoro e di responsabilità eccessivi o, di converso, troppo scarsi; eccessiva rigidità o variabilità dei compiti; conflitti interpersonali; ripetitività e monotonia, soprattutto se associate alla necessità di un elevato livello di vigilanza, attenzione e concentrazione; lavoro a turni, lavoro notturno; fattori ambientali disturbanti (es.: rumore, odori, microclima) (3).

Entro certi limiti, ciascun individuo è in grado di adattarsi a situazioni stressanti e di fornire le prestazioni richieste senza danni alla salute. Spesso la necessità di fornire una determinata prestazione (volta al conseguimento di un risultato prefissato) è utile al lavoratore, in quanto rappresenta proprio lo stimolo adatto a fornire la performance richiesta: si parla in questo caso di eustress (stress "buono"). Quando tuttavia i limiti individuali (assai variabili) sono superati, il rendimento lavorativo e la gratificazione personale diminuiscono e possono insorgere manifestazioni patologiche: distress (stress "cattivo"). La "sindrome da stress" comprende manifestazioni emozionali (tipicamente ansia, ma anche depressione con crisi di pianto, irritabilità con accessi d'ira, attacchi di panico), comportamentali (atteggiamenti di fuga dal lavoro; disturbi alimentari, sessuali, del sonno; abuso di sostanze; abulia, incapacità di reagire; difficoltà interpersonali, aggressività) e psicosomatiche (malessere generale, cefalea, disturbi digestivi e cardiovascolari, immunodepressione con aumentato rischio infettivo e neoplastico) (4).

Una forma di stress lavorativo particolarmente grave è il mobbing (a volte detto bullismo), termine con il quale si

ABSTRACT. The new Maugeri diagnostic protocol for work-related stress and mobbing (MaSD-2). ***Occupational stress can exceed the workers' individual capacity to adapt, and cause psychopathological conditions, including adjustment disorder (AD) and post-traumatic stress disorder (PTSD), for which medico-legal reporting is mandatory by law. Since the early 2000s, an interdisciplinary diagnostic protocol has been in use at our Institute to address patients towards an appropriate therapeutic path, in order to promote their psychological well-being and work reintegration. In 2017, the protocol was updated and expanded. The current version (MaSD-2) includes: occupational medicine examination, psychological counselling, psychiatric interview, and psychodiagnostic testing: Short-Negative Acts Questionnaire (S-NAQ), Cognitive Behavioral Assessment 2.0 (CBA-2.0), SCID (Structured Clinical Interview for DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF), Maugeri Stress Index – Reduced form (MASI-R). Between 2017 and 2019, we used the MaSD-2 to assess, for suspected psychopathological work-related problems, 198 patients (120 women and 78 men; mean age ± SD: 47.9 ± 9.0 years). Nine (4.5%), already examined with the original version of the protocol, received diagnostic confirmation (2 cases of paranoid personality disorder, 7 of work-related anxiety-depressive disorder). Of the other 189 subjects, three (1.6%) were not affected by psychiatric disease, 12 (6.3%) had a psychiatric disorder (e.g., anxiety disorder, mood disorder, personality disorder) independent of work, 160 (84.7%) a work-related anxiety and/or depressive disorder. DA was identified in 12 cases (6.3%), and two patients (1.1%) were diagnosed with DA in pre-existent DPTS, for a total of 14 medico-legal reports of occupational disease. Compared to the past, the case record presents a much higher percentage of psychiatric disorders related to occupational stress. This may be due to a greater sensitivity of the new diagnostic protocol, and to a better selection of the patients referred to us. Women and tertiary workers continue to be at greater risk, with significant involvement of health professionals. Diagnoses of DA and DPTS remain rare, confirming the need for a rigorous and cautious interdisciplinary approach, aimed at selecting the cases for which to start medico-legal procedures. Finally, the study calls for adequate preventive measures.***

Key words: *occupational stress, mental health, adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, psychological assessment.*

fa riferimento a molestie psicologiche, quasi sempre intenzionali, ripetute e prolungate nei confronti di un lavoratore, dovute ad azioni ostili condotte solitamente dal superiore o da un piccolo gruppo di colleghi, esercitate attraverso comportamenti aggressivi, persecutori e lesivi della dignità personale e professionale, in grado di provocare danni alla salute psicofisica individuale (5). In tempi recenti, su tale fenomeno si è sviluppata una ricca letteratura scientifica che ha classificato le tipologie di mobbing (verticale, orizzontale o trasversale; pianificato o strategico, emozionale o relazionale), definito i fattori di rischio (legati all'azienda e all'individuo) e identificato le modalità d'attacco (alla comunicazione, alla reputazione e alle prestazioni) (6). Il mobbing può avere conseguenze devastanti sulla salute di chi lo subisce, anche a lungo termine, ossia anni dopo che la vittima si è allontanata dall'ambiente patogeno (7).

La patologia (o sindrome) da mobbing può essere considerata la variante più grave della sindrome da stress. Deve essere tuttavia ricordato che, nella pratica clinica e certificativa, può risultare assai difficile, basandosi solo su quanto riferito dal lavoratore, distinguere il mobbing dalle altre forme di stress lavoro-correlato. Ad esempio, non sono mobbing l'antagonismo e la competitività tra colleghi, le liti e i conflitti occasionali, le antipatie personali, le richieste di cambiamento per esigenze aziendali, i provvedimenti disciplinari motivati.

Aspetti diagnostici e medico-legali

La sindrome da stress e la patologia da mobbing non sono chiaramente identificate dal punto di vista nosologico. In particolare, esse non sono contemplate né dall'*International Classification of Diseases* (ICD-11) né dal *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). ICD-11 e DSM-5 individuano solo due condizioni psichiatriche che si possono verificare come risposta a eventi stressanti (non necessariamente in ambito lavorativo): il *Disturbo dell'Adattamento* (DA) e il *Disturbo Post-Traumatico da Stress* (DPTS) (8, 9).

Il DA si verifica in risposta a un fattore di stress in cui un certo numero di cambiamenti della vita agiscono come precipitanti. La persona mostra un marcato disagio o compromissione del funzionamento (incapacità di lavorare o svolgere altre attività). Per formulare questa diagnosi, i sintomi devono manifestarsi entro tre mesi dall'inizio del fattore stressante. La reazione deve essere sproporzionata rispetto alla natura dello stress oppure vi deve essere una significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo. Non si deve porre diagnosi di DA se la reazione soddisfa i criteri per un altro specifico disturbo d'ansia o dell'umore. I sintomi del disturbo di solito si risolvono entro sei mesi (*disturbo di adattamento acuto*), benché possano durare più a lungo se prodotti da un fattore stressante cronico o che abbia conseguenze persistenti (*disturbo di adattamento cronico*) (9, 10).

Il DPTS (diagnosi assai più rara) è un disturbo transitorio che può insorgere in soggetti che abbiano vissuto o che abbiano assistito a un evento traumatico che ha implicato un rischio per l'integrità fisica o per la vita, propria o di altre persone come, ad esempio, aggressioni personali, disastri, guerre e combattimenti, rapimenti, torture, incidenti, violenze, malattie gravi. I principali sintomi possono essere raggruppati in tre specie: (i) frequenti immagini e pensieri intrusivi, flashback o incubi ricorrenti che fanno rivivere l'evento traumatico (la riesperienza del trauma può verificarsi in qualunque momento: di solito compare con maggior probabilità quando la persona si trova in situazioni che ricordano il trauma, ma spesso si manifesta anche in circostanze insospettabili; l'elemento scatenante può essere anche soltanto un colore, un odore o un suono); (ii) comportamenti persistenti di evitamento di circostanze associabili al trauma, come luoghi, attività o persone che fanno ricordare l'evento traumatico (questi comportamenti possono essere associati a una sensazione di disagio invalidante, che va ben al di là della comune preoccupazione vissuta dalla maggior parte delle persone quando, ad esempio, si cerca di ricominciare a guidare

l'automobile dopo un incidente stradale, e che può essere scatenato anche dal semplice rumore di una frenata, dal suono di un clacson o dalle luci dei fari in movimento); (iii) sintomi persistenti di sovra-eccitamento (ad esempio, irritabilità, preoccupazione, ansia, depressione, insonnia, difficoltà di concentrazione *etc*.) (9, 11).

Deve essere sottolineato che la diagnosi di DA acuto e di DPTS (disordini psichiatrici conseguenti generalmente a eventi di breve durata) mal si adattano ai casi di patologia da mobbing che, per definizione, è una situazione stressante reiterata. Secondo Leymann, infatti, le vessazioni debbono ricorrere con una determinata frequenza (statisticamente almeno una volta alla settimana) e nell'arco di un lungo periodo di tempo (almeno sei mesi) (5). È stato pertanto proposto di utilizzare l'espressione *Prolonged Stress Disorder* che però non è ricompresa nell'ICD-11 o nel DSM-5 (2).

Le "malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni nell'organizzazione del lavoro" sono incluse nell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia (Decreto 10 giugno 2014 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali: lista II, gruppo 7), in tale elenco sono compresi il "disturbo dell'adattamento cronico" e il "disturbo post-traumatico da stress", a cui pertanto occorre fare esclusivo riferimento per la diagnosi medico-legale di disturbo psichico da costrittività organizzativa sul lavoro, con le conseguenti ricadute in ambito penale, civile e assicurativo.

L'accurato inquadramento diagnostico dei quadri psicopatologici sopra descritti è dunque importante non solo ai fini clinici, ma anche per l'eventuale dimostrazione del nesso di causa tra lo stress cui è stato esposto il lavoratore (nei casi di mobbing, le vessazioni subite) e il danno patito (12, 13). Per tale motivo – e in considerazione delle crescenti richieste da parte dell'utenza – i centri specialistici di medicina del lavoro hanno perfezionato nel corso degli ultimi anni protocolli diagnostici interdisciplinari più o meno complessi, comprendenti la somministrazione di specifici questionari (14-17).

Presso l'Istituto di Pavia di ICS Maugeri (convenzionato con la locale Università) è stato attivato, nei primi anni del Duemila, un percorso valutativo comprendente inizialmente: accurata anamnesi (anche sociale e lavorativa), esame obiettivo, colloquio clinico-psicologico, test di personalità (SCID: *Structured Clinical Interview for DSM-IV*), asse I e II; MMPI-2: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*, visita psichiatrica, eventuali accertamenti (laboratoristici e strumentali) per patologie d'organo (13, 18). Con questo protocollo sono stati esaminati quasi 900 pazienti che, nel corso degli anni, hanno richiesto aiuto per problemi psicopatologici connessi, a giudizio dei pazienti stessi, a mobbing o altre forme di costrittività organizzativa in ambito lavorativo. Al termine del percorso diagnostico, un disturbo psichiatrico correlato al lavoro (in genere, disturbo d'ansia) è stato riscontrato solo in circa la metà di essi. Nell'altra metà del campione, non è stato possibile formulare una psicodiagnosi secondo i criteri del DSM o è stato identificato un disordine psichiatrico non lavoro-correlato. Una sindrome psichiatrica (DA o DPTS) correlabile a mobbing è stata diagnosticata in meno del 10% dei casi (13, 19).

Tali dati confermano come un approccio scientifico nell'inquadramento diagnostico (necessariamente interdisciplinare) della patologia da stress lavoro-correlato sia di fondamentale importanza per una corretta stima della reale incidenza del fenomeno e per consentire un adeguato riconoscimento in ambito medico-legale e assicurativo (20, 21). Soprattutto, la nostra casistica è un richiamo alla prudenza nell'etichettare come "sindrome da mobbing" situazioni cliniche che tali non sono. In proposito, è sicuramente rilevante l'elevato riscontro di patologie psichiatriche indipendenti dall'attività lavorativa. Come richiamato anche nella letteratura scientifica internazionale (22), tali condizioni, se valutate superficialmente senza i necessari approfondimenti diagnostici, possono facilmente generare contenziosi con i datori di lavoro basati su accuse infondate. Tali contenziosi, peraltro, possono a loro volta causare aggravamenti del quadro clinico preesistente.

Occorre inoltre considerare che, anche nei casi identificati come patologia da mobbing (e come tali segnalati alle competenti Autorità), la diagnosi è stata probabilistica e in buona parte basata su quanto anamnesticamente riferito dai pazienti, in quanto al nostro servizio ambulatoriale manca la possibilità di verificare direttamente l'eventuale esistenza di un clima vessatorio nell'ambiente di lavoro, compito tra l'altro assai arduo e per il quale tuttora non esistono metodiche sufficientemente validate (12, 21).

Aspetti normativi e preventivi

Le conseguenze negative dello stress lavorativo sulle condizioni psicofisiche del lavoratore sono note da tempo e documentate anche nella letteratura non scientifica e nel mondo dell'arte[1]. Nel passato, tuttavia, l'attenzione dei medici del lavoro e dei legislatori era distolta da altri gravi problemi (si pensi ad esempio alle pneumoconiosi e alle intossicazioni professionali). In tempi recenti, il problema è diventato prioritario con l'emanazione del D.lgs. 81/2008 che, all'art. 28, sancisce che la valutazione dei rischi (indispensabile premessa a eventuali interventi preventivi) deve comprendere «anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato». Rispetto ai rischi professionali "classici", la problematica è particolarmente accentuata perché la valutazione implica necessariamente un giudizio sull'organizzazione del lavoro, che costituisce il cuore di ogni azienda. Inoltre, la natura dei fattori di rischio, diverso da altri (es. rumore, agenti chimici) affrontabili con metodi e strumenti di misura standardizzati, richiede l'applicazione di una metodologia condivisa da tutti i soggetti interessati (compresi i lavoratori) ma – soprattutto – dal datore di lavoro e dai vertici aziendali (23).

[1] In ambito cinematografico, ad esempio, si possono ricordare il celeberrimo "Tempi moderni" (*Modern Times*), film statunitense del 1936 scritto, diretto e interpretato da Charlie Chaplin e, più recentemente (2003), "Mi piace lavorare (Mobbing)", film prodotto e diretto da Francesca Comencini, con Nicoletta Braschi e un cast di attori non professionisti.

La letteratura scientifica propone numerosi metodi "soggettivi", in genere sotto forma di questionari, che permettono di rilevare la percezione da parte dei singoli lavoratori delle caratteristiche dell'organizzazione del lavoro e degli effetti di situazioni occupazionali stressogene. Tali metodi presentano i vantaggi della rapidità e del basso costo ma non consentono di cogliere in quale misura gli indicatori di stress identificati attraverso le percezioni dei lavoratori riflettano realmente le effettive condizioni di lavoro (le risposte fornite potrebbero essere più o meno intenzionalmente distorte, oppure le situazioni di stress denunciate potrebbero trarre origine da fattori extralavorativi). Inoltre, i metodi soggettivi implicano la somministrazione dello strumento d'indagine a tutti i lavoratori dell'azienda o a campioni significativamente numerosi. Sarebbe dunque preferibile condurre l'indagine mediante metodi di valutazione "oggettivi": questo significa organizzare una squadra di valutatori, alla quale partecipano lavoratori "esperti" che conoscono a fondo la realtà aziendale (24).

Secondo le indicazioni metodologiche della Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro, la valutazione del rischio stress lavoro-correlato si articola in due fasi. La prima fase (valutazione preliminare) prende in esame quali indicatori elementi oggettivi e verificabili e fattori di rischio attinenti l'organizzazione aziendale: eventi sentinella (es. indici infortunistici, assenze per malattia, turnover), fattori di contenuto del lavoro (es. carichi e ritmi, orari e turni), fattori di contesto del lavoro (es. autonomia decisionale, conflitti interpersonali). Se non emergono elementi di rischio tali da richiedere azioni correttive, si attua solo un piano di monitoraggio. In caso contrario, si procede alla pianificazione e all'adozione degli opportuni interventi (formativi, organizzativi, tecnici, procedurali etc.).

Ove gli interventi correttivi risultino inefficaci, si procede alla seconda fase della valutazione (rilevazione della soggettività), attraverso metodi d'indagine che possono comprendere questionari, focus group, interviste semistrutturate. Tale fase è condotta sui gruppi omogenei di lavoratori per i quali sono state rilevate problematiche (23).

Il MaSD-2

Significato dell'acronimo

Il protocollo diagnostico inizialmente adottato presso il nostro Istituto, descritto per la prima volta in dettaglio nel 2004 (18), dall'anno 2017 è stato aggiornato e ampliato con l'introduzione di ulteriori test. Riteniamo pertanto opportuno descrivere la versione attuale. Essa è stata denominata con l'acronimo "MaSD", derivante dalle iniziali di "Maugeri", "Stress" e "Diagnosi", con l'aggiunta del numero 2 per distinguerla dalla versione originaria.

Accoglienza e ambientazione

I soggetti che cercano aiuto medico per problemi psicopatologici di possibile origine lavorativa si trovano spesso in stato di evidente disagio emotivo, e possono manifestare diffidenza e ostilità. Molti di loro sono in malattia e/o hanno in corso contenziosi legali con il datore di lavoro (non è infatti raro che si rivolgano a noi su consiglio dell'avvocato). Per questo motivo, sin dal primo contatto telefonico essi sono seguiti con particolare tatto ed empatia, e informati circa contenuto, finalità e tempistica del protocollo. Inoltre, i pazienti sono avvisati che le conclusioni diagnostiche potrebbero non combaciare con le loro aspettative, e che un'eventuale diagnosi di malattia professionale comporta ineludibili adempimenti medico-legali (referto all'Autorità giudiziaria, denuncia all'Organo di Vigilanza e all'Ispettorato del Lavoro, certificazione INAIL).

La tutela della riservatezza e della privacy è, ovviamente, di fondamentale importanza. Colloqui, visite e test sono condotti alla presenza di non più di due operatori (medico, infermiere e/o psicologo), in ambiente silenzioso e confortevole.

Visita di medicina del lavoro

Comprende accurata anamnesi (familiare e personale; fisiologica e patologica, remota e prossima) ed esame obiettivo completo (25). Di fatto è assimilabile a una visita internistica (approccio olistico), con particolare attenzione alla storia lavorativa, raccolta in ordine cronologico, partendo cioè dai tempi più remoti («A che età ha iniziato a lavorare?») per giungere alla descrizione dell'occupazione attuale, tentando d'identificare gli agenti stressanti e altri fattori professionali di rischio che possono avere svolto un ruolo causale nel quadro clinico giunto all'osservazione (26).

Di regola in questa fase (che non dura mai meno di due ore) il paziente, superato l'inevitabile impaccio iniziale, si dilunga a descrivere fatti e circostanze (lavorativi e non solo), spesso dando libero sfogo alle proprie emozioni. È assai frequente che fornisca documentazione, talora copiosa, relativa sia a precedenti accertamenti medici e psicologici, sia a presunte vessazioni o ingiustizie patite (diari, lettere, e-mail, registrazioni), ponendo all'esaminatore il non facile compito di identificare e allegare in cartella quello che potrebbe risultare utile ai fini diagnostici.

Dalla visita del medico del lavoro può scaturire l'indicazione per esami strumentali e di laboratorio, e/o per altre consulenze specialistiche (ad es. visita cardiologica o endocrinologica), finalizzati alla diagnostica di patologie d'organo. Come accennato sopra, infatti, la "sindrome da stress" può indurre disturbi a componente psicosomatica (es. ulcera peptica, ipertensione arteriosa) che possono porre insidiosi problemi diagnostici differenziali; di converso, sintomi neuropsichiatrici possono manifestarsi in diverse malattie internistiche (quali, tipicamente, le tireopatie) (27).

Short-Negative Acts Questionnaire (S-NAQ)

Lo S-NAQ è uno strumento psicometrico validato e facile da usare per identificare soggetti esposti a vari gradi di bullismo sul luogo di lavoro (28). Consiste in nove domande su specifici comportamenti negativi, che misurano l'esposizione alle molestie negli ultimi sei mesi. I pazienti valutano la frequenza di ciascun atto negativo in base alle seguenti categorie di risposta: 1-Mai, 2-Di tanto in tanto, 3-Mensilmente, 4-Settimanalmente, 5-Quotidianamente.

***Cognitive Behavioral Assessment 2.0* (CBA-2.0)**

Il CBA 2.0, versione riveduta e aggiornata del CBA 1.0, è una batteria di test psicometrici composta da dieci schede (scale primarie), ciascuna comprendente item omogenei per aspetto formale o per derivazione storica, che vanno a sondare uno specifico aspetto del soggetto (29).

Le schede 1 e 4 sono cartelle autobiografiche che indagano la storia educativa e scolastica, le condizioni di convivenza attuali, le relazioni affettive significative ed eventuali problemi, lo stato di salute generale, le abitudini alimentari e del sonno, i disturbi o problemi psicologici lamentati e la motivazione a un eventuale trattamento psicologico. Le schede 2 (20 item), 3 (20 item) e 10 (10 item) valutano l'ansia. La scheda 5 (48 item), valuta alcune dimensioni stabili della personalità quali introversione-estroversione, stabilità emozionale, disadattamento e antisocialità, simulazione e ingenuità sociale. La scheda 6 (30 item) fornisce la valutazione dello stress e dei disturbi psicofisiologici. La scheda 7 (58 item) valuta le paure. La scheda 8 (24 item) valuta gli eventuali sintomi depressivi. La scheda 9 (21 item), infine, analizza le ossessioni e le compulsioni (30).

In base all'analisi delle risposte, effettuata con l'ausilio di un apposito programma informatico, è possibile formulare ipotesi diagnostiche in base alle quali somministrare scale secondarie per ulteriori approfondimenti (29).

***Structured Clinical Interview for DSM* (SCID)**

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), giunto attualmente alla quinta edizione, è il sistema nosografico più utilizzato per i disturbi psicopatologici, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca (9).

Il nostro protocollo prevede la somministrazione dello SCID asse II, volto a indagare i disturbi di personalità. Lo strumento è costituito da un questionario di autovalutazione e da una successiva intervista relativamente alle risposte positive del questionario. La somministrazione richiede abitualmente 30-60 minuti.

In casi selezionati è associato lo SCID asse I, utile per diagnosticare i disturbi psichiatrici maggiori. Si tratta di un'intervista che deve essere somministrata da un operatore esperto e che può richiedere fino a due ore.

***Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form* (MMPI-2-RF)**

Il MMPI-2-RF è la versione più recente del test psicodiagnostico più utilizzato al mondo per valutare la personalità e la psicopatologia. Si articola su 51 scale, validate anche per la popolazione italiana. La nuova forma riduce notevolmente i tempi di somministrazione, in quanto il numero degli item (con risposta "vero/falso") del questionario è sceso da 567 (MMPI-2) a 338. Il test include scale "di validità" che consentono di determinare se i risultati sono interpretabili e, in generale, l'atteggiamento del soggetto di fronte al test. Benché il MMPI-2R sia nato in un contesto clinico, grazie al fatto che esso può studiare caratteristiche sia normali sia patologiche di personalità, la sua somministrazione si è rivelata assai utile anche in ambito occupazionale e forense (31).

***Maugeri Stress Index – reduced form* (MASI-R)**

Il MASI-R, versione ridotta del *Maugeri Stress Index questionnaire* (32), è un questionario multidimensionale che valuta la percezione soggettiva dello stress lavoro-correlato. Esso è composto da 37 item con risposta su scala Likert da 0 a 5 e da due analoghi visivi graduati 0-100. Lo strumento è formato da quattro scale [*Benessere* (7 item), *Resilienza* (16 item), *Supporto sociale* (5 item), e *Coping* (5 item)] e da una scala di controllo *Lie* (4 item).

La prima scala descrive una condizione psichica positiva, caratterizzata da energia, soddisfazione e ottimismo. La seconda indaga costrutti di resilienza, autoefficacia e *locus of control* interno, ossia risorse che facilitano l'adattamento a richieste e problemi dell'ambito lavorativo. La terza raggruppa descrizioni della percezione di potere utilizzare o ricevere supporto da colleghi e/o superiori. Nella quarta scala, minore è il punteggio maggiori sono gli aspetti di fragilità personale nell'affrontare lo stress, che si manifestano con stili di coping maladattativi o comportamenti disfunzionali.

I due analoghi visivi chiedono al soggetto di esprimere una valutazione della soddisfazione in ambito lavorativo (Analogo A) ed extra-lavorativo (Analogo B), consentendo in tal modo di esprimere un confronto fra queste due importanti aree della propria vita.

Studi di validazione (effettuati soprattutto su operatori sanitari) hanno dimostrato che il MASI-R è uno strumento affidabile e sensibile, oltre che dotato di buone capacità discriminanti, per l'identificazione precoce di situazioni di distress (33, 34).

Colloquio psicologico

Al termine dei test, in genere il giorno stesso, il paziente incontra uno psicologo clinico con esperienza specifica nel campo della psicologia del lavoro, allo scopo di approfondire la conoscenza delle sue dinamiche interpersonali e di delinearne la struttura della personalità. Il colloquio è prevalentemente incentrato sulle problematiche lavorative, senza trascurare di esplorare la vita familiare e sociale.

Il colloquio psicologico fornisce inoltre la possibilità di rivalutare criticamente le risposte fornite dal soggetto ai test psicometrici.

Visita psichiatrica

Comprende anamnesi psichiatrica (familiare e personale) e valutazione dello stato mentale (discorso, espressività emotiva, pensiero e percezione, funzioni cognitive). Le risposte ai test psicologici sono nuovamente discusse. La visita è principalmente finalizzata all'individuazione di eventuali sintomi psichiatrici correlabili allo stress lavorativo, ma anche a individuare disturbi psicopatologici preesistenti o comunque indipendenti dal lavoro. Le psicodiagnosi sono formulate con i criteri del DSM-5.

Valutazione conclusiva

Scaturisce dall'analisi critica di tutti i dati raccolti durante l'iter sopra descritto. Nei casi (in realtà eccezionali) in cui dovessero emergere discordanze di giudizio tra le

tre figure specialistiche (medico del lavoro, psicologo, psichiatra) coinvolte nel percorso valutativo, il caso è discusso collegialmente fino al raggiungimento di conclusioni diagnostiche condivise.

Al paziente è consegnato un referto contenente la descrizione dettagliata degli accertamenti eseguiti, le conclusioni diagnostiche, eventuali indicazioni per la terapia e il follow-up (farmaci e psicoterapia) e consigli finalizzati alla prosecuzione dell'attività lavorativa. Se necessario, il soggetto è indirizzato ai servizi psichiatrici territoriali.

I casi lavoro-correlati di disturbo dell'adattamento e di disturbo post-traumatico da stress sono segnalati alle competenti Autorità (Procura della Repubblica, Organo di Vigilanza, Ispettorato del Lavoro, INAIL).

Casistica

Lo studio è stato condotto con il consenso informato dei pazienti, secondo i criteri della Dichiarazione di Helsinki (35).

Il MaSD-2 è stato introdotto nella pratica ambulatoriale Maugeri nel 2017. Dall'inizio di tale anno a tutto il 2019 sono stati valutati con questo strumento diagnostico 198 pazienti (120 donne e 78 uomini; età media ± DS: 47,9 ± 9,0 anni) che riferivano problemi di salute da loro attribuiti a vessazioni subite in ambito lavorativo o ad altre forme di stress occupazionale. Di questi, 9 (4,5%) erano già stati valutati negli anni precedenti (tre di loro più volte), con la precedente versione del protocollo. Nessuno dei nove pazienti di questo sottogruppo aveva nel frattempo cambiato lavoro; in tutti le diagnosi a suo tempo formulate sono state confermate, con riscontro di peggioramento clinico: due pazienti (un uomo di 48 anni e una donna di 53 anni) erano affetti da disturbo paranoide di personalità con notevoli difficoltà d'adattamento in ambito lavorativo, gli altri sette (4 uomini e 3 donne; età: 48-62 anni) presentavano disturbo ansioso-depressivo (in un caso associato ad abuso alcolico) correlato a stress occupazionale.

Le nuove diagnosi formulate nei 189 pazienti valutati unicamente con il MaSD-2 nel triennio oggetto d'indagine (2017-19) sono illustrate in Figura 1. Tre soggetti (1,6 %) non erano affetti da patologia psichiatrica secondo i criteri del DSM-5, 12 (6,3%) presentavano disturbi psichiatrici non correlati al lavoro (Tabella I), 160 (84,7%) disturbo ansioso e/o depressivo correlato al lavoro (Tabella II). In 12 casi (6,3%) si è posta diagnosi di disturbo dell'adattamento (DA) e in 2 (1,1%) di DA in preesistente disturbo post-traumatico da stress (DPTS), correlabili a mobbing o altre forme di stress occupazionale, per un totale di 14 segnalazioni di malattia professionale alle Autorità competenti (Tabella III).

Discussione

Con l'implementazione del MaSD-2, l'iter diagnostico per la valutazione della patologia da mobbing e stress lavorativo è rimasto invariato (benché arricchito dall'esperienza) nella sua parte clinico-anamnestica (visite psichiatrica e di medicina del lavoro, colloquio psicologico), mentre è stato snellito nella componente riguardante le due interviste strutturate (SCID e MMPI) e arricchito di tre test (S-NAQ, CBA-2.0 e MASI-R) finalizzati a evidenziare eventuali situazioni stressanti e vessatorie in ambito lavorativo. Le psicodiagnosi sono formulate in base alla criteriologia del più recente aggiornamento del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (9). Con tali modifiche il protocollo non solo è diventato più agile e rapido, ma anche più sensibile e specifico. In altre parole, esso rende più agevole la diagnosi dei casi di psicopatologia da lavoro, differenziandoli dai disturbi psichiatrici di altra natura.

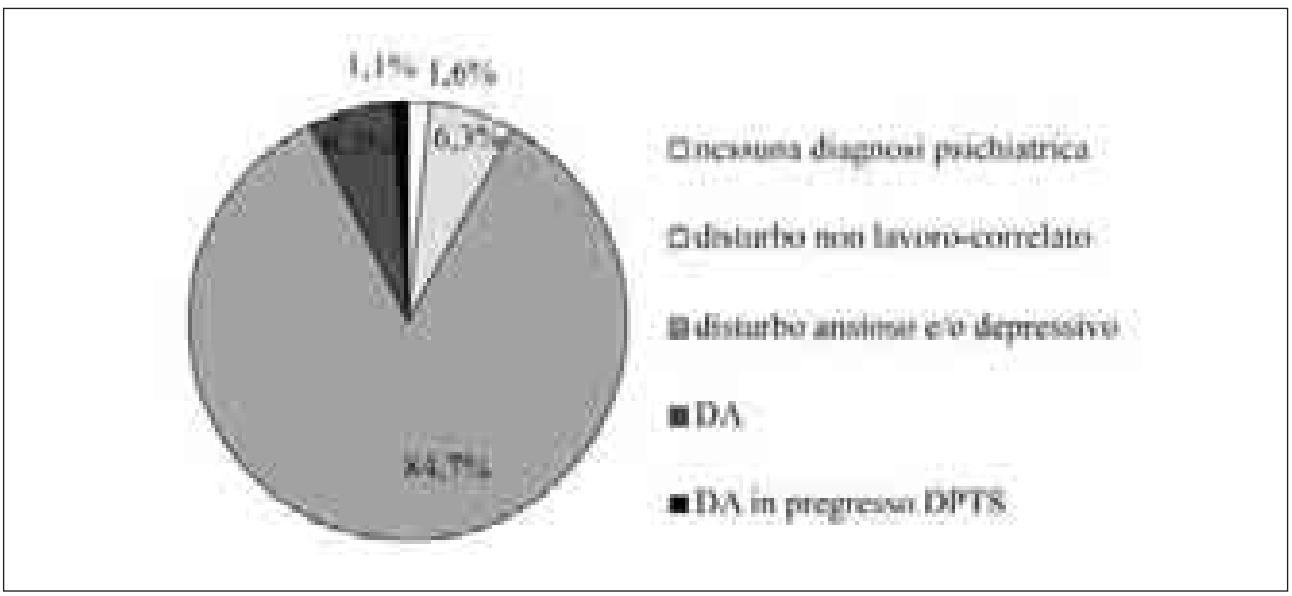

Figura 1. ***Distribuzione percentuale delle conclusioni diagnostiche nei pazienti valutati con il MaSD-2 nel triennio 2017-19 (n = 189); DA: disturbo dell'adattamento; DPTS: disturbo post-traumatico da stress***

Tabella I. ***Disturbi psichiatrici non correlati al lavoro***

N.	Sesso	Età (anni)	Mansione	Diagnosi
1	M	49	Impiegato	Disturbo delirante cronico
2	F	35	Centralinista	Disturbo d'ansia generalizzato
3	M	35	Operaio	Disturbo di personalità NAS
4	M	57	Cuoco	Disturbo di personalità paranoide
5	F	42	Impiegata	Disturbo depressivo ricorrente
6	M	57	Operaio	Disturbo d'ansia generalizzato
7	M	51	Impiegato	Disturbo depressivo reattivo
8	M	42	Addetto call center	Disturbo di personalità NAS
9	M	52	Operaio	Disturbo dell'umore
10	F	48	Fisioterapista	Disturbo di personalità paranoide
11	F	23	Barista	Disturbo di personalità NAS
12	M	28	Addetto vendite	Disturbo ansioso-depressivo

NAS: non altrimenti specificato

Tabella II. ***Caratteristiche dei pazienti con disturbo ansioso e/o depressivo lavoro-correlato (n = 160)***

Caratteristica	% (n) o media (± DS)
Età (anni)	47,8 (± 8,9)
Sesso	
Maschio	36,25 (58)
Femmina	63,75 (102)
Scolarità	
Media inferiore	23,1 (37)
Media superiore	48,7 (78)
Laurea	26,9 (43)
Dottorato di ricerca	1,3 (2)
Categoria professionale	
Operaio	10,6 (17)
Impiegato	38,8 (62)
Dirigente	2,5 (4)
Operatore sanitario	13,1 (21)
Operatore commerciale	13,1 (21)
Altro	21,9 (35)
Settore lavorativo	
Pubblico	25,0 (40)
Privato	75,0 (120)

La casistica esaminata con il MaSD-2 nel triennio 2017-19 include nove pazienti che erano stati già valutati (alcuni in più di un'occasione) negli anni precedenti con la versione originaria del protocollo (due casi di disturbo paranoide di personalità con difficoltà d'adattamento al lavoro, sette di disturbo ansioso-depressivo lavoro-correlato). Nessuno aveva cambiato lavoro o mansione; in tutti il quadro clinico era peggiorato rispetto ai precedenti controlli. Questa osservazione non è sorprendente, in quanto un precedente studio di follow-up sulla nostra casistica aveva dimostrato che lo stress occupazionale può avere conseguenze negative a lungo termine sullo stato di salute. Inoltre, i soggetti che non cambiano lavoro (e che quindi permangono nell'ambiente patogeno) presentano minor soddisfazione lavorativa e maggiore disfunzione sociale (7).

L'analisi del gruppo di pazienti (n = 189) che sono stati valutati per la prima volta con il MaSD-2 ha evidenziato analogie e differenze rispetto alla nostra precedente casistica (13, 19), di seguito elencate e discusse.

Tutti i soggetti del presente studio hanno completato l'iter diagnostico, mentre in passato si osservava un modesto drop-out (1-3%). Questo dato potrebbe essere casuale o, più verosimilmente, essere la conseguenza di una maggiore motivazione dei pazienti che si sono rivolti a noi negli ultimi anni, derivante da una migliore informazione su tempistica e finalità del protocollo.

La casistica recente presenta una percentuale assai elevata (92,1%) di disordini psichiatrici (disturbo ansioso-depressivo, disturbo dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress) correlabili a stress occupazionale, notevolmente superiore a quanto da noi in precedenza osservato (30-50%). Di conseguenza, molto più bassa risulta la quota di pazienti con disordini psichiatrici non correlati al lavoro o ai quali non è stata formulata alcuna diagnosi in base ai criteri del DSM. Questo può dipendere dalle migliori sensibilità e specificità del nuovo protocollo diagnostico ma anche, probabilmente, da una migliore selezione dei pazienti che ci vengono inviati. In altre parole, riteniamo che, nel nostro bacino d'utenza (Provincia di Pavia e territori limitrofi), medici di base, avvocati, patronati (ma anche i pazienti stessi) abbiano compreso nel corso degli anni il rigore e l'obiettività della nostra metodologia, e pertanto evitino d'inviarci lavoratori per i quali una diagnosi di psicopatologia da stress occupazionale appare già in partenza poco probabile.

Come in passato, le donne continuano a rappresentare la maggioranza (60-65%) dei lavoratori con disturbi da

Tabella III. ***Segnalazioni di malattie professionale alle Autorità competenti***

N.	Sesso	Età (anni)	Scolarità	Mansione (settore)	Fattori stressanti occupazionali	Diagnosi
1	F	51	Media superiore	Direttrice ufficio postale (pubblico)	Rapine a mano armata, demansionmento	DA in pregresso DPTS
2	M	32	Media superiore	Operaio metalmeccanico (privato)	Demansionamento, mobbing	DA cronico
3	F	38	Media superiore	Commessa (privato)	Mobbing	DA con umore depresso
4	F	40	Media superiore	Responsabile vendite (privato)	Aggressione fisica, mobbing	DA in pregresso DPTS
5	F	49	Media superiore	Addetta vendite (privato)	Mobbing	DA cronico
6	F	39	Media superiore	Smistamento merci (privato)	Mobbing	DA con umore depresso
7	M	49	Media inferiore	Carabiniere (pubblico)	Demansionamento, mobbing	DA cronico
8	M	47	Media inferiore	Autista, carico merci (privato)	Costrittività organizzative, licenziamento	DA cronico
9	F	51	Laurea (Economia)	Impiegata (privato)	Sovraccarico lavorativo, conflittualità	DA con umore depresso
10	F	57	Media superiore	Impiegata (privato)	Costrittività organizzative, demansionamento	DA con umore depresso
11	F	44	Laurea (Beni culturali)	Insegnante scuola media (pubblico)	Demansionamento, mobbing	DA con umore depresso
12	F	47	Media superiore	Impiegata (pubblico)	Mobbing	DA con umore depresso
13	M	54	Media inferiore	Operatore ecologico (pubblico)	Mobbing	DA con umore depresso
14	M	66	Laurea (Ingegneria)	Dirigente commerciale (privato)	Conflittualità, licenziamento	DA con umore depresso

DA: disturbo dell'adattamento; DPTS: disturbo post-traumatico da stress

stress lavoro-correlato, in accordo con quanto riportato in analoghi studi condotti in Italia (14, 16, 36) e altrove (37-39). Ad essere più colpiti sono i settori educativo, della sanità e dei servizi sociali, dove generalmente è maggiore la rappresentanza femminile. Tuttavia, evidenti e analoghe differenze di genere sono state riscontrate anche in settori a predominanza maschile (36-39).

In particolare, la letteratura scientifica indica che il genere femminile è più frequentemente vittima di mobbing, fenomeno per il quale sono state proposte varie ipotesi esplicative. Secondo alcuni stereotipi culturali, le donne avrebbero un atteggiamento più passivo e quindi più facilmente attaccabile. Inoltre, poiché meno frequentemente ricoprono incarichi dirigenziali, esse sarebbero a maggior rischio in quanto il mobbing è più frequentemente esercitato dai superiori verso i subalterni (5, 39). Nella nostra esperienza, le vessazioni nei confronti di una lavoratrice spesso iniziano quando ella è appena rientrata da un periodo di malattia o di maternità, soprattutto se necessita di allontanarsi con una certa frequenza per provvedere alle cure familiari (13, 19).

Oltre alle differenze di genere, il presente studio conferma che la psicopatologia da stress interessa generalmente lavoratori intorno ai 40-50 anni (quindi nel pieno della loro carriera), con grado d'istruzione elevato, impiegati nel terziario da parte di aziende private, dove maggiore è la competitività e minori le tutele contrattuali e previdenziali.

Un ulteriore elemento di novità è la significativa presenza (>12%) di operatori sanitari, quasi assenti nella nostra precedente casistica. Riteniamo che questo derivi dalla maggiore consapevolezza di questa categoria nei confronti del rischio da stress occupazionale (con maggior tendenza a chiedere assistenza medica e psicologica) (40) e – ancora una volta – dall'aumentata sensibilità del protocollo diagnostico (che include il MASI-R, strumento molto utile per evidenziare il disagio lavorativo in ambito ospedaliero) (33, 34). È probabile che i casi di disturbi da stress nel personale sanitario siano destinati ad aumentare a causa dell'attuale pandemia di Covid-19 (41).

Rimangono rare le diagnosi di DA e DPTS (complessivamente 7,4% nella presente casistica), ossia delle due entità nosologiche per le quali è obbligatoria la denuncia, confermando la necessità di un rigoroso e prudente percorso interdisciplinare, volto a selezionare i casi per i quali avviare procedure medico-legali (42, 43).

Tra le segnalazioni alle Autorità competenti effettuate nel triennio oggetto del presente studio (2017-19), rientrano due lavoratrici alle quali è stata posta una doppia diagnosi (Tabella III, pazienti 1 e 4). Questi due casi, già oggetto di comunicazione preliminare all'81° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro (44), sono alquanto insoliti, poiché le vittime di eventi stressanti sono di solito diagnosticate come affette o da PTSD o da AD. D'altro canto, la nostra osservazione non è sorprendente per due motivi: (i) i lavoratori che soffrono di PTSD o altri disturbi correlati allo stress si riadattano con difficoltà al precedente lavoro (7); (ii) in molti casi, esiste comorbilità tra PTSD e altri disturbi (come depressione, ansia e abuso di sostanze). Ad esempio, in uno studio su reduci di guerra, quasi l'80% dei casi di PTSD cronici soddisfaceva i criteri per almeno un disturbo di personalità (45). Le nostre conclusioni diagnostiche si sono basate su un'analisi dell'aspetto cronologico dei sintomi: entrambe le pazienti hanno manifestato prima il PTSD (dopo essere state vittime di eventi criminosi), quindi hanno beneficiato di un periodo di congedo per malattia, hanno iniziato il trattamento con miglioramento parziale dei disturbi, sono tornate allo stesso lavoro incontrando notevoli difficoltà e solo successivamente hanno sviluppato il disturbo dell'adattamento.

Nel complesso la nostra esperienza clinica, ormai ventennale, indica che i disturbi psichici di origine professionale sono in costante aumento, in accordo con analoghe, recenti osservazioni (36, 43, 46), richiamando la necessità di adeguate misure preventive. In quest'ambito, il medico competente può svolgere un ruolo centrale, nella collaborazione con il datore di lavoro per la valutazione del rischio e nell'attuazione di eventuali interventi migliorativi, oltre che nella sorveglianza sanitaria e nella formazione-informazione dei lavoratori (4, 23).

Ringraziamenti

Lo studio è stato finanziato dal Ministero della Salute (Ricerca corrente).

Ringraziamo Grazia Ruggieri e Simona Riboni per l'eccellente assistenza infermieristica, e Christine Broughton per la revisione linguistica dell'abstract.

Conflitto d'interesse

SM Candura svolge attività di consulente tecnico di parte in contenziosi civili riguardanti la patologia da stress lavoro-correlato.

Bibliografia

1) Selye H. Stress in health and disease. London, Butterworths, 1976.
2) Stavroula L, Aditya J. Impact of psychosocial hazards at work: an overview. Genève, World Health Organization (WHO), 2013.
3) Cecchini F. Dal mobbing al disagio allo stress correlati al lavoro. Roma, NeP edizioni Srls, 2016.
4) Perbellini L, Romeo L, Goio I, et al. Patologie da stress. In Alessio L, Franco G, Tomei F (curatori) Trattato di Medicina del Lavoro. Padova, Piccin, 2015: 1743-56.
5) Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence Vict 1990; 5(2): 119-26.
6) Einarsen S, Hoel H, Zapf D, et al. Bullying and emotional abuse in the workplace. London-New York, Taylor & Francis, 2003.
7) Fiabane E, Flachi D, Giorgi I, et al. Esiti professionali e salute psicologica a seguito di vessazioni sul luogo di lavoro: uno studio esplorativo di follow-up. Med Lav 2015; 106(4): 271-83.
8) World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) – 2018 version. Genève, World Health Organization WHO, 2018.
9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington (Virginia, USA), American Psychiatric Publishing, 2013.
10) Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. J Affect Disord 2018; 227: 243-53.
11) Campbell SB, Renshaw KD. Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework. Clin Psychol Rev 2018; 65: 152-62.
12) Bonsignore A, Molinelli A. Attualità sugli aspetti giuridici, sociali e medico legali del fenomeno mobbing. Lavoro e Medicina 2008; 3: 31-42.
13) Candura SM, Dondi E, Tonini S, et al. Mobbing. Case record, gender differences, medico-legal issues. Prevention & Research 2014; 3(2): 74-8.
14) Buselli R, Gonnelli C, Moscatelli M, et al. Esperienza di un centro per lo studio dei disturbi da disadattamento lavorativo in tema di patologie mobbing correlate. Med Lav 2006; 97(1): 5-12.
15) Nolfe G, Petrella C, Blasi F, et al. Disturbi psichiatrici e patogenesi lavorativa: osservazioni sull'epidemiologia del mobbing. G Ital Psicopat 2007; 13: 187-195.
16) Punzi S, Cassitto MG, Castellini G, et al. Le caratteristiche del mobbing ed i suoi effetti sulla salute. L'esperienza della "Clinica del Lavoro Luigi Devoto" di Milano. Med Lav 2007; 98(4): 267-83.
17) Romeo L, Rocchetto A, Quintarelli E, et al. Follow up di lavoratori vittime di molestie morali protratte e costrittività organizzativa: valutazione dell'efficacia degli interventi messi in atto. G Ital Med Lav Erg 2007; 29(3): 696-8.
18) Giorgi I, Argentero P, Zanaletti W, et al. Un modello di valutazione psicologica del mobbing. G Ital Med Lav Erg 2004; 26(2): 127-32.
19) Lettini G, Scafa F, Tedeschi N, et al. Stress lavoro-correlato e mobbing: diagnosi multidisciplinare e casistica clinica. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2017; 39(3), suppl.: 77-8.
20) Wise EA, Beck JG. Work-related trauma, PTSD, and workers compensation legislation: implications for practice and policy. Psychol Trauma 2015; 7(5): 500-6.
21) Vianello L, Berto D, Fasciglione M, et al. La valutazione del nesso di causa tra psicopatologia e lavoro: attività presso l'AULSS 6 Euganea di Padova. G Ital Med Lav Erg 2017; 39, 3(3), suppl.: 78-9.
22) Jarreta BM, Garcia-Campayo J, Gascon S, et al. Medico-legal implications of mobbing. A false accusation of psychological harassment at the workplace. Forensic Sci Int 2004; 146, suppl.: S17-8.
23) D'Orsi F, Narda R, Scarlini F, et al. Lo stress lavoro-correlato. In: La sorveglianza sanitaria dei lavoratori, V edizione. Roma, EPC Editore, 2015: 159-82.
24) Argentero P, Candura SM. La valutazione obiettiva dei fattori di rischio stress lavoro-correlati: prime esperienze applicative del metodo OSFA (Objective Stress Factors Analysis). G Ital Med Lav Erg 2009; 31(2): 221-6.
25) Rasario GM. Manuale di semeiotica medica, Napoli, Idelson, 1950.
26) Candura SM. Anamnesi lavorativa. In: Tomei F, Candura SM, Sannolo N, et al. (curatori) Manuale di Medicina del Lavoro. Padova, Piccin, 2019: 17-21.
27) Hall RCW (editor) Psychiatric presentations of medical illness: somatopsychic disorders. New York – London, SP Medical and Scientific Books, 1980.
28) Notelaers G, Van der Heijden B, Hoel H, et al. Measuring bullying at work with the short-negative acts questionnaire: identification of targets and criterion validity. Work Stress 2019; 33(1): 58-75.
29) Bertolotti G, Zotti AM, Michielin P, et al. A computerized approach to cognitive behavioural assessment: an introduction to CBA-2.0 primary scales. J Behav Ther Exp Psychiatry 1990; 21(1): 21-7.
30) Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, et al. CBA-2.0, Cognitive Behavioural Assessment 2.0, Scale Primarie, Manuale (II ed.). Firenze, Giunti Psychometrics, 1997.

31) Sirigatti S, Faravelli C. MMPI-2-RF: adattamento italiano (II ed.). Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2016.
32) Giorgi I, Baiardi P, Tringali S, et al. Il Maugeri Stress Index questionnaire per la valutazione dello stress lavoro correlato. G Ital Med Lav Erg 2011; 33(3), suppl. B: B78-84.
33) Giorgi I, Mainetti P, Fiabane E, et al. Validità discriminante del MASI-R nella percezione di stress lavoro-correlato. G Ital Med Lav Erg 2014; 36(3): 175-80.
34) Massidda D, Giorgi I, Vidotto G, et al. The Maugeri Stress Index – reduced form: a questionnaire for job stress assessment. Neuropsychiatr Dis Treat 2017; 13: 917-26.
35) World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013; 310(20): 2191-4.
36) Perbellini L, Tisato S, Quintarelli E, et al. Disturbi psichici associabili a condizioni di lavoro negative persistenti. Med Lav 2012; 103(6): 437-48.
37) Varhama LM, Báguena MJ, Toldos MP, et al. Dysfunctional workplace behavior among municipal employees in Spanish and Finnish cities: a cross-national comparison. Percept Mot Skills 2010; 110(2): 463-8.
38) Min JY, Park SG, Kim SS, et al. Workplace injustice and self-reported disease and absenteeism in South Korea. Am J Ind Med 2014; 57(1): 87-96.
39) Salin D. Risk factors of workplace bullying for men and women: the role of the psychosocial and physical work environment. Scand J Psychol 2015; 56(1): 69-77.
40) Gray P, Senabe S, Naicker N, et al. Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: a realist review. Int J Environ Res Public Health 2019; 16, 4396; doi:10.3390/ijerph16224396.
41) Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, et al. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Ein kurzer aktueller Review [COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review]. Psychiatr Prax 2020; 47(4): 190-7.
42) Wise EA, Beck JG. Work-related trauma, PTSD, and workers compensation legislation: implications for practice and policy. Psychol Trauma 2015; 7: 500-506.
43) Buselli R, Veltri A, Baldanzi S Work-related stress disorders: variability in clinical expression and pitfalls in psychiatric diagnosis. Med Lav 2016; 107(2): 92-101.
44) Pettenuzzo E, Scafa F, Neri L, et al. Disturbo post-traumatico da stress lavoro-correlato: descrizione di cinque casi clinici. G Ital Med Lav Erg 2018; 40(3, suppl.): 91-2.
45) Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, et al. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2000; 13(2): 255-70.
46) Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care – an observational study. BMC Fam Pract. 2015; 16:38; doi: 10.1186/s12875-015-0252-7.

Corrispondenza: *Prof. Stefano M. Candura, UO Medicina del Lavoro, ICS Maugeri IRCCS, Via Maugeri 10, 27100 Pavia, Italy, phone: +39 0382 592740, stefano.candura@icsmaugeri.it*