INAIL
SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE

Patologia psichica da stress, mobbing e costrittività organizzativa.

LA TUTELA DELL'INAIL

A cura di:
Paolo PAPPONE
Alberto CITRO
Ornella NATULLO
Emanuele DEL CASTELLO

ISBN-13: 978-88-7484-066-7
ISBN-10: 88-7484-066-7

Stampato dalla Tipolitografia INAIL nel mese di aprile 2005

PRESENTAZIONE

Il lavoro che presento completa il percorso per la corretta istruttoria delle patologie causate da stress lavoro correlato. Infatti, dopo la delibera del consiglio di amministrazione dell'INAIL, i lavori del comitato scientifico e l'emanazione della circolare 71/2003, si è reso necessario un approfondimento tecnico sul corretto utilizzo della terminologia, sulla tipologia del rischio tutelato, sugli strumenti diagnostici comunemente utilizzati e sulla diagnosi differenziale con le patologie psichiatriche ovvero non correlate al lavoro.

Se dal punto di vista metodologico nulla è cambiato rispetto all'approccio, ormai consolidato,con cui vengono affrontate anche altre malattie non tabellate, è senza dubbio vero che la natura e peculiarità delle patologie causate da stress correlato al lavoro comporta difficoltà diverse e maggiori nella determinazione della diagnosi clinica e medico legale.

Alla migliore valutazione del discrimine tra patologia psichiatrica, disturbi del comportamento, della personalità e disturbi causati da stress contribuisce una conoscenza approfondita dei limiti e delle prerogative che offrono i test che più frequentemente vengono somministrati per la valutazione dei soggetti esaminati. In questo senso il lavoro può essere ritenuto di notevole utilità per il medico legale chiamato a formulare una diagnosi eziologia della malattia denunciata.

La monografia nasce dalla collaborazione di un medico del lavoro che presta servizio presso la S.M.R. INAIL per la Campania (A. CITRO), da un medico psichiatra direttore dell'ambulatorio della ASL Na 1 per il mobbing e disadattamento lavorativo (P. PAPPONE), da uno psicologo clinico del Dipartimento di salute mentale della ASL Ce 2 (E. DEL CASTELLO) e da una psicologa consulente di aziende private con rapporto di collaborazione col centro per il disadattamento lavorativo della ASL Na 1 (O. NATULLO). Agli autori rivolgo un sentito ringraziamento per un lavoro che risulterà di grande interesse e utilità.

Giuseppe Cimaglia

PREMESSA

Il mondo del lavoro mostra una sempre maggiore vivacità ed una necessità quasi febbrile di adattarsi ai mutamenti delle logiche politiche e di mercato che si manifestano con frequenza quasi quotidiana.

Flessibilità, riorganizzazione e downsizing, prolungamento dell'orario di lavoro reale, sono solo alcuni dei fattori che stanno influenzando profondamente il mondo del lavoro, soprattutto nei contenuti e nelle modalità di relazione tra i suoi attori.

Inevitabilmente, i rischi stessi seguono o addirittura precorrono queste trasformazioni, sfuggendo talvolta all'analisi degli strumenti tradizionali impiegati per il loro monitoraggio e controllo.

Lo spostamento sempre maggiore, soprattutto nei paesi avanzati, della produzione dai beni di consumo a quella dei servizi, probabilmente si riflette in una modificazione sostanziale dei rischi aziendali. Emergono (e non solo per differenza) i rischi trasversali ed i loro effetti sulla psiche, rispetto ai tradizionali rischi chimici, fisici e biologici. Nuove forme contrattuali di lavoro, introducendo maggiore esigenza di flessibilità, potrebbero indurre situazioni di maggiore ansia legata all'organizzazione ed ai rapporti di lavoro.

Stress, mobbing, costrittività organizzative, sono termini relativamente recenti per rappresentare situazioni, peraltro non recenti, in grado di generare malessere negli individui (nel nostro caso lavoratori), interferendo negativamente con le loro possibilità di creare relazioni interpersonali proficue e gratificanti. Non mi sembra superfluo sottolineare l'enorme importanza che assumono le dinamiche relazionali nel contesto lavorativo, tra chi eroga la prestazione e chi la gestisce.

Perché è soprattutto dalla distorsione della relazione tra le figure coinvolte con ruoli diversi nei processi lavorativi che possono scaturire situazioni di disagio psichico.

In realtà queste dinamiche capaci di generare disagio psichico, almeno come concetto, sono nate e si sono sviluppate insieme alla naturale capacità dell'individuo di relazionarsi agli altri. Esse però, in un'ottica di tutela della salute del lavoratore intesa come benessere e non come assenza di patologia, assumono la dignità di veri e propri fattori di rischio.

Le figure coinvolte nel campo della prevenzione, la cui partecipazione a questi meccanismi appartiene alla natura delle cose, pur con i mille vincoli e difficoltà imposte dalla complessità della materia, approntano nuove strategie per una presenza sempre più puntuale accanto alle imprese ed ai lavoratori.

La Circolare n° 71 del 17/12/2003 dell'INAIL (v. Allegato) concernente le modalità di trattazione delle pratiche di riconoscimento di Malattia Professionale in caso di disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro, rappresenta una svolta importante nel percorso dell'inquadramento come malattia professionale dei disturbi psichici compresi quelli generati dal c.d. "Mobbing strategico".

Benché esso sia un documento ad uso esclusivamente interno, rivolto soprattutto al personale sanitario dell'INAIL, assume particolare rilevanza anche all'esterno per diversi motivi.

Sottolineando la possibilità di quantizzare economicamente il danno psichico da mobbing e costrittività organizzativa, l'Istituto va a modificare la diffusa abitudine di considerare "lo stress" una condizione "normale", trasversale alla vita quotidiana ed all'attività lavorativa e per questo tutto sommato accettabile.

Inoltre, benché la circolare sia un documento rilevante soprattutto ai fini assicurativi, fornisce delle informazioni attendibili riguardo alle caratteristiche del rischio utili anche nel campo della prevenzione.

Gli Autori

INDICE

PRESENTAZIONE

PREMESSA

LE CAUSE DI DANNO PSICHICO IN AMBIENTE LAVORATIVO 1

Lo stress 3

Il mobbing 7

La costrittività organizzativa 9

Meccanismo di produzione del danno 11

PRINCIPALI SINDROMI CORRELABILI AD EVENTI LAVORATIVI 15

PRINCIPALI SINDROMI PSICHIATRICHE CHE RICHIEDONO UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE 22

VALUTAZIONE DELLA PATOLOGIA PSICHICA NELL'ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE INAIL 23

LA PSICODIAGNOSI E I SUOI STRUMENTI 29

Riferimenti bibliografici 64

LE CAUSE DI DANNO PSICHICO IN AMBIENTE LAVORATIVO

LE CAUSE DI DANNO PSICHICO IN AMBIENTE LAVORATIVO

Nell'ambito lavorativo vengono riconosciute due categorie di fattori in grado di determinare sofferenza psichica: il più facile da definire e unanimemente accettato nella letteratura scientifica è l'evento traumatico acuto. L'altra ampia categoria che, in ragione della sua intrinseca complessità, ancora cerca una precisa definizione è lo stress cronico.
Infine il tipo di condizione che rientra sotto il termine di mobbing, harassment,o molestia morale, viene assimilato ad un evento traumatico per il tipo di sofferenza che induce, ma più generalmente, in ragione del protrarsi nel tempo degli eventi traumatizzanti, viene considerato una forma particolare di stress cronico.

I traumi psichici

Che cos'è un trauma capace di determinare patologia psichica?
Nei due principali sistemi internazionali di classificazione delle patologie psichiatriche (l'I.C.D. 10 e il D.S.M. IV) ritroviamo analoghe definizioni di evento traumatico: nel DSM IV la definizione si ritrova nel criterio A del Disturbo Post-Traumatico da Stress: "un evento che ha comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri, che ha comportato nella persona una condizione di paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore".
Nella tabella 1 sono indicati i tipi di eventi più spesso implicati nella genesi del D.P.T.S.

Tabella 1 - Disturbo Post Traumatico da Stress: Eventi traumatici tipici

- *Campi di concentramento*
- *Tortura*
- *Deportazione, eccidi di massa e pulizia etnica*
- *Prigionia con violenze fisiche*
- *Situazioni di guerra*
- *Bombardamenti civili*
- *Attentati e terrorismo*
- *Stragi*
- *Disastri naturali (terremoti, tifoni, alluvioni, ecc.)*
- *Disastri aerei e ferroviari*
- *Gravi incendi*
- *Sequestri e rapimenti*
- *Disastri industriali e nucleari con alto rischio per la collettività*
- *Stupro*
- *Rapine con violenza fisica*
- *Gravi violenze fisiche*
- *Gravi incidenti stradali*
- *Recidiva di tumore maligno (?) (da Biondi 2001)*

Nello specifico del contesto lavorativo il più delle volte il trauma psichico è associato ad eventi in cui il soggetto riporta gravi traumi fisici.
Costituisce, inoltre, evento gravemente traumatico anche il partecipare in qualità di spettatore ad eventi gravemente traumatici in cui sono coinvolte altre persone.
Parimenti si possono manifestare conseguenze psichiche dall'esposizione al rischio attuale per l'incolumità fisica (es. ritrovarsi coinvolti in una rapina sotto minaccia delle armi).
Ma l'evento traumatico non è definito solo dalla natura degli avvenimenti. È ugualmente importante la componente soggettiva: il trauma psichico è tale perché supera la capacità della persona di *comprendere* ciò che accade e di mettere in atto strategie di adattamento cognitivo o comportamentale.
"Il DPTS può essere così interpretato come espressione di una condizione di sovraccarico emozionale di informazioni troppo intense che superano le capacità di processazione cognitiva del soggetto.
L'elemento chiave che determina lo sviluppo di questa patologia è la percezione *soggettiva* di minaccia per la vita, l'impossibilità percepita a ricevere aiuto, l'esperienza di paura estrema. Questo contribuisce a spiegare perché soggetti diversi esposti alla stessa circostanza traumatica possono sviluppare o meno il disturbo" (Biondi, 1999).
Viene cioè considerato traumatico ogni avvenimento che:

a) coinvolga fortemente una persona con una intensa partecipazione emotiva
b) sia tale, per la intensità, o per l'incongruenza con l'organizzazione mentale della vittima, da superare le capacità di elaborazione cognitiva della stessa. Questa componente dell'evento "trauma" varia da persona a persona e una stessa persona può trovarsi in diversi momenti della sua vita in condizioni emotive che gli consentono una maggiore o minore capacità di "*digerire*", cioè *elaborare*, l'evento traumatico.

Lo stress

Il concetto di stress fa parte della letteratura medica da poco più di cinquanta anni: il termine inglese è mutuato dall'ingegneria industriale e indica lo sforzo a cui è sottoposto un materiale.
Negli organismi viventi rappresenta l'insieme delle reazioni adattative ad eventi potenzialmente dannosi, a situazioni difficili o a compiti da portare a termine.
È ormai nozione comune che, in condizioni particolari, la reazione da stress si può trasformare da risposta adattativa, in importante cofattore patogenetico in numerose patologie, sia somatiche che psichiche.
Secondo una definizione fornita dal National Institute for Occupational Safety and Health "*lo stress dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni*" (NIOSH, Stress at work, 1999).
"Lo stress legato all'attività lavorativa, i fattori che lo determinano e le conseguenze che ne derivano sono realtà alquanto diffuse in tutti e 15 gli Stati membri dell'Unione europea. Dagli studi condotti risulta che oltre la metà dei 147 milioni di lavoratori europei riferisce di lavorare a ritmi molto serrati e di dover rispettare scadenze pressanti. Più di un terzo di essi non è in grado di influire sulle mansioni

assegnate e più di un quarto non ha la possibilità di determinare il proprio ritmo di lavoro.

Il 45 per cento riferisce di svolgere lavori monotoni; il 44 per cento non può usufruire della rotazione delle mansioni; il 50 per cento è addetto a compiti ripetitivi. È probabile che questi "fattori di stress" contribuiscano a determinare l'attuale quadro di sintomi patologici accusati dai lavoratori: il 13 per cento di essi riferisce di soffrire di cefalea, il 17 per cento di dolori muscolari, il 20 per cento di affaticamento, il 28 per cento di "stress" e il 30 per cento di rachialgia; vengono accusate inoltre numerose altre patologie, alcune delle quali hanno esiti potenzialmente fatali." (Commissione Europea, 1999).

I dati che ci vengono forniti dai pochi studi autorevoli nel settore ci descrivono ormai una situazione di tipo "epidemico": la patologia da stress non sembra essere un fenomeno occasionale, limitato nello spazio e nel tempo, ma appare come il risultato di un malessere ampiamente diffuso, intrinseco all'attività lavorativa.

Nella letteratura dedicata allo stress lavorativo si considerano in generale due ordini di fattori all'origine delle condizioni di stress: da una parte ci sono i fattori personali, ovvero lo stile con cui una persona affronta il lavoro e i problemi dell'esistenza, il modo in cui spende le sue energie, definisce i suoi obiettivi, organizza il suo tempo, il modo in cui giudica successi e insuccessi, le emozioni che prova di fronte ai casi della vita.

Dall'altra parte ci sono i fatti e le situazioni che generano stress, e tra queste il lavoro occupa un ruolo preminente. Appare evidente che, in gruppi omogenei di soggetti o in contesti lavorativi in cui il fenomeno è molto frequente, la componente individuale e soggettiva ha un peso minore.

Gli studi condotti finora sui fattori dell'ambiente lavorativo che generano stress si sono dovuti confrontare con una realtà complessa e difficile da scomporre nei suoi tratti generali.

Nel 1979 Robert A. Karasek metteva in relazione due aspetti del lavoro: la richiesta o domanda di prestazione e la latitudine decisionale.

Nel 1987 Hurrel formulava un modello teorico che dava un'interpretazione ampia del concetto di stress sul lavoro (vedi fig.1) introducendo come variabili gli aspetti interpersonali e le interazioni con la realtà esterna al posto di lavoro.

Nel 1991 Kasl produceva un elenco analitico dei diversi aspetti del lavoro implicati nella produzione di sofferenza emotiva e stress (vedi tab.2).

Nella ricerca sullo stress correlato al lavoro pubblicata dalla Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute del Lavoro nel 2000 viene riproposto il modello di Cooper della dinamica dello stress sul lavoro esemplificato nella figura n. 2.

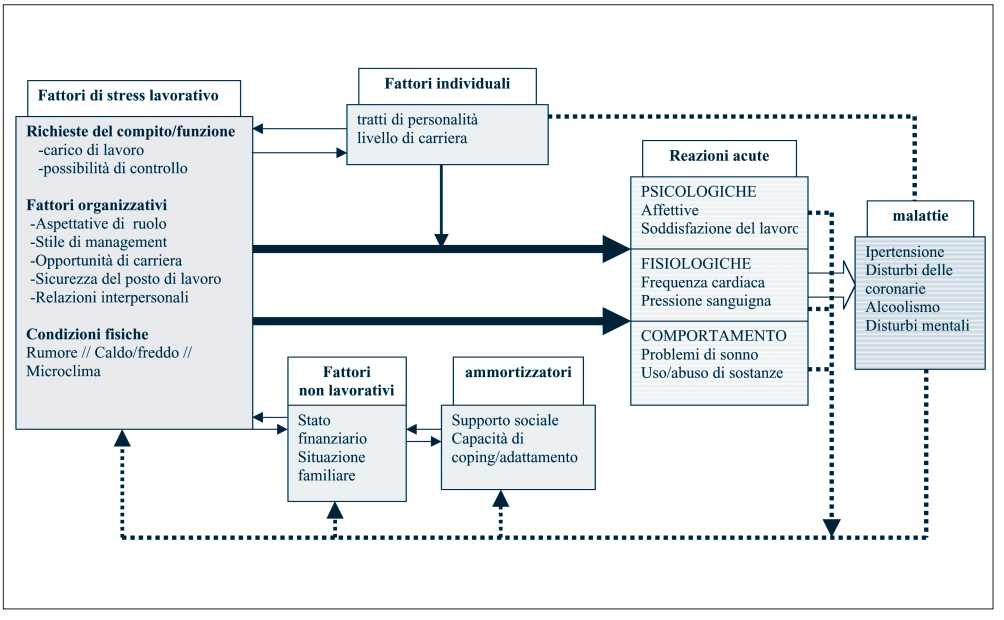


Figura 1 - Modello delle relazioni tra stress lavorativo e salute
Da Hurrel J.J., 1987 (mod.)

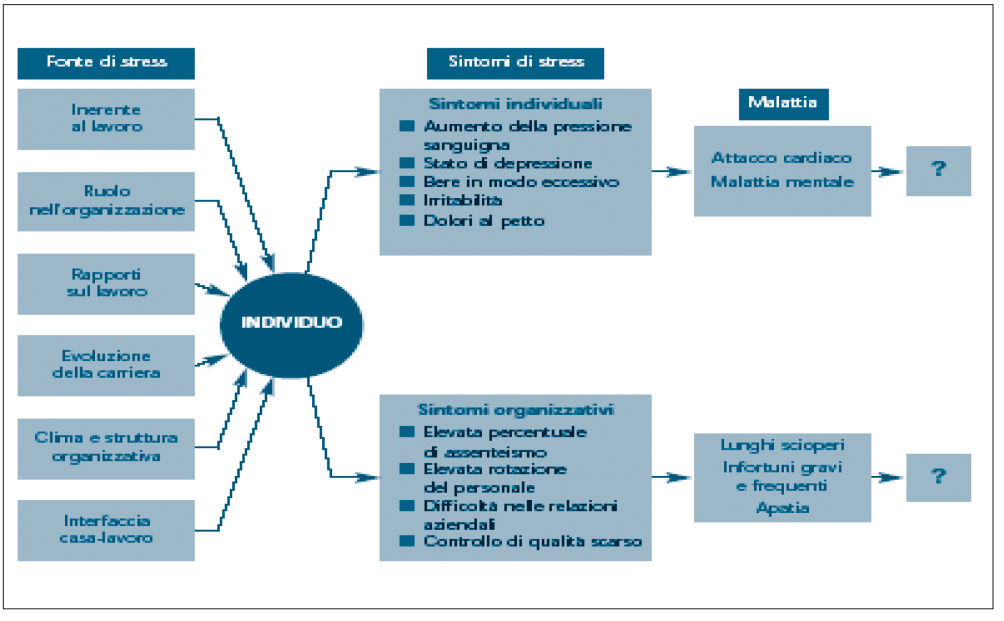


Figura 2 - Modello di Cooper della dinamica dello stress sul lavoro (adattato da Cooper & Marshall, 1976)

Nell'ottobre 2004 le quattro maggiori organizzazioni europee rappresentative delle parti sociali (ETUC, UNICE, UEAPME e il CEEP) hanno sottoscritto un accordo quadro sul valore dello stress lavorativo e sulle politiche da adottare per prevenirlo. Nell'art. 3 hanno adottato questa definizione di stress: "Lo stress è una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative".
L'individuo può ben adattarsi ad affrontare un'esposizione alla pressione a breve termine, cosa che può anche essere considerata positiva, ma ha una maggiore difficoltà a sostenere un'esposizione prolungata a una intensa pressione. Inoltre i singoli individui possono reagire differentemente ad una stessa situazione data oppure possono reagire diversamente a situazioni similari in momenti diversi della propria vita.
Lo stress non è una malattia, ma un'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficienza nel lavoro e può causare malattie.
Lo stress derivante da motivi esterni all'ambiente di lavoro può portare a cambiamenti nel comportamento e ad una riduzione dell'efficienza nel lavoro. Tutte le manifestazioni da stress nel lavoro non possono essere ritenute correlate al lavoro stesso. Lo stress da lavoro può essere causato da fattori diversi, come ad esempio il contenuto del lavoro, la sua organizzazione, l'ambiente, la scarsa comunicazione, eccetera."

Tabella 2 - I fattori di stress al lavoro, Kasl (1991)

• *Aspetti temporali della giornata di lavoro e dell'attività lavorativa:*
(a) lavoro a turni, in particolare turni a rotazione; (b) lavoro straordinario indesiderato o numero "eccessivo" di ore; (c) doppio lavoro; (d) ritmo di lavoro condizionato dal sistema di retribuzione; (e) ritmo di lavoro accelerato, soprattutto in presenza di richieste pressanti (f) tempo insufficiente per rispettare le scadenze di lavoro; (g) programmazione dei cicli di lavoro e di riposo; (h) variazioni della quantità di lavoro assegnata; (i) interruzioni.
• *Contenuto dell'attività lavorativa (indipendentemente dagli aspetti temporali):*
(a) lavoro frammentario, ripetitivo, monotono che prevede compiti e competenze poco variati; (b) autonomia, indipendenza, influsso, controllo; (c) utilizzo delle competenze disponibili; (d) opportunità di acquisire nuove competenze; (e) vigilanza mentale e concentrazione; (f) incertezza delle mansioni o delle richieste; (g) contraddittorietà delle mansioni o delle richieste; (h) risorse insufficienti in relazione all'impegno o alle responsabilità necessari per portare a termine il lavoro (per esempio: competenze, apparecchiature, struttura organizzativa).

segue Tabella 2
• *Rapporti interpersonali nel gruppo di lavoro*
(a) possibilità di interagire con i colleghi (durante il lavoro, nelle pause, dopo il lavoro); (b) dimensione e coesione del gruppo primario di lavoro; (c) riconoscimento per i risultati ottenuti nel lavoro; (d) sostegno sociale; (e) sostegno strumentale; (f) equa distribuzione del lavoro; (g) molestie.
• *Rapporti interpersonali con i supervisori*
(a) partecipazione ai processi decisionali; (b) feedback e riconoscimento da parte dei supervisori; (c) possibilità di ricevere un feedback dalla supervisione; (d) grado di rigore della supervisione; (e) sostengo sociale; (f) sostegno strumentale; (g) incertezza o contraddittorietà delle richieste; (h) molestie.
• *Condizioni dell'organizzazione:*
(a) dimensione dell'organizzazione; (b) struttura (ad esempio: struttura 'orizzontale' con pochi livelli all'interno dell'organizzazione); (c) lavoro alla periferia dell'organizzazione; (d) prestigio relativo delle mansioni svolte; (e) struttura organizzativa non chiaramente definita (attribuzione delle responsabilità; presupposti organizzativi per conflitti di ruolo e ambiguità); (f) burocrazia organizzativa (amministrativa) e procedure incongrue (irrazionali); (g) politiche discriminatorie (per es. nelle decisioni sui licenziamenti o le promozioni).

Il mobbing

Il mobbing non è una malattia.
Il termine è stato adottato da H. Leymann per definire particolari situazioni di conflitto nell'ambiente di lavoro: la grave e perdurante distorsione delle relazioni interpersonali che si verifica in questi casi è fonte di intense sofferenze psichiche e spesso di alterazioni permanenti dell'umore o della personalità.
"*Mobbing*" è un termine che negli ultimi anni ha avuto fortuna in Italia; purtroppo, come spesso accade in questi casi, la diffusione rapida ha comportato un uso improprio e spesso un abuso del termine.
Quelle che seguono sono due definizioni autorevoli del *mobbing*:

□ 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 (Leymann, 1996)

- Attacco continuato e persistente nei confronti dell'autostima e della fiducia in sé della vittima. La ragione sottostante tale comportamento è il desiderio di dominare, soggiogare, eliminare; la caratteristica dell'aggressore è il totale rifiuto di farsi carico di ogni responsabilità per le conseguenze delle sue azioni (Field, 1996)

La distinzione tra mobbing e conflitto non sempre è chiara: si può propriamente parlare di mobbing quando la comunicazione tra i due soggetti del conflitto è indiretta, distorta, subdola e mette la vittima in una condizione di impossibilità di difendersi in modo adeguato.
La condizione di mobbing più frequentemente denunciata e in genere più facilmente dimostrabile è quella definita *mobbing* "strategico": è un'azione sviluppata nel tempo che mira a mettere uno più lavoratori in una condizione di forte disagio col fine dell'espulsione dal contesto lavorativo (licenziamento o trasferimento) o del soggiogamento (frustrarne cioè la capacità personale di contrattare, di difendere i propri diritti, di far valere le proprie ragioni).
Il mobbing si concretizza in genere in una serie di atti, secondo Leymann classificabili in cinque categorie:

Tabella 3 - Classificazione generale delle attività mobbizzanti secondo Heinz Leymann

Effetti sulle possibilità della vittima di comunicare adeguatamente	la dirigenza non dà possibilità di comunicare, il lavoratore viene zittito, si fanno attacchi verbali riguardo le assegnazioni del lavoro, minacce verbali, espressioni verbali che respingono, ecc.
Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere contatti sociali	i colleghi non comunicano affatto più con il lavoratore o la dirigenza proibisce esplicitamente di comunicare con loro, isolamento in una stanza lontano dagli altri, ecc.
Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere la sua reputazione personale	mettere in giro voci sul conto della vittima, azioni di messa in ridicolo, derisione circa eventuale handicap o della appartenenza etnica o del modo muoversi o di comunicare, ecc.
Effetti sulla situazione professionale della vittima	non viene assegnato alcun compito o solo dei compiti insignificanti, ecc.
Effetti sulla salute fisica della vittima	vengono assegnati incarichi pericolosi di lavoro, oppure si fanno minacce di lesioni fisiche, molestie sessuali, ecc.

La varietà di comportamenti ostili che possono essere riscontrati e le strategie di distruzione psicologica sono però vaste quanto la fantasia umana. In alcuni casi è difficile individuare nell'insieme di fatti che si sviluppano nel corso di mesi o di anni un chiaro intento persecutorio.
Nella maggior parte dei casi, però, gli atteggiamenti interpersonali, le azioni e i prov-

vedimenti che vengono presi a danno della vittima designata sono di un'evidenza lampante e si deve solo ad una generale sottovalutazione della gravità di questi fatti se essi possono essere messi in atto per lunghi periodi, anche per anni, fino a determinare conseguenze psichiche talvolta irreparabili nelle vittime.
Gli eventi che più frequentemente si registrano in questi casi evidenti di mobbing sono (l'elenco è ovviamente puramente esemplificativo e non esaustivo):
a) demansionare in modo formale o solo di fatto
b) marginalizzare il lavoratore fino al punto di metterlo in una condizione di totale inoperosità
c) costruire ad arte "incidenti" miranti a rovinare la reputazione della vittima
d) discriminare sulla carriera, le ferie, l'aggiornamento, la postazione di lavoro, il carico e la qualità del lavoro
e) negare diritti contrattuali
f) utilizzare espressioni o atteggiamenti offensivi o di squalifica, fino alla diffamazione vera e propria
g) isolare dal contatto con gli altri lavoratori
h) utilizzare in modo esasperato ed esasperante il potere di controllo e l'azione disciplinare.
Tutte queste azioni agite in modo occasionale possono far parte di una "normale" conflittualità lavorativa; alcune di esse, ritenute discriminanti da una delle parti, possono inoltre essere la conseguenza di esasperati meccanismi premiali, o "normali" strumenti di gestione di una collettività lavorativa.
Una condizione di mobbing si distingue dai due casi precedenti per il protrarsi di queste azioni nel tempo (almeno sei mesi), per l'evidente indipendenza di esse da esplicite e condivisibili esigenze gestionali, ma soprattutto per l'intenzione del mobber (è così definito colui che mette in atto la strategia persecutoria) di perseguitare, di nuocere, di espellere la vittima, negando ogni ragionevole tentativo di soluzione del conflitto e, molto spesso, negando il conflitto stesso.

La costrittività organizzativa

Nella varietà di azioni di mobbing possiamo inoltre individuare due ambiti ben distinti:
a) le azioni intimidatorie, vessatorie, discriminative puramente interpersonali
b) le azioni identificabili come "costrittività organizzativa".
Nel primo gruppo consideriamo azioni che riguardano comportamenti personali e relazioni interpersonali come diffamare, trattare in modo sprezzante, assumere toni e comportamenti minacciosi o ricattatori, negare aspetti ordinari della relazione interpersonale (come non salutare, o negare il colloquio, negare o rendere difficile l'ordinaria collaborazione all'interno di un gruppo di lavoro ecc.). Questo tipo di azioni può determinare sofferenza emotiva nella vittima anche se non accompagnato da atti formali o sostanziali che influiscono direttamente sulla posizione lavorativa. Molto spesso questi atti creano tensione facendo sentire l'incombenza e la concreta possibilità di atti concreti, creando così un clima di sospensione e di pericolo.
Nel secondo gruppo comprendiamo invece tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto. Esempi di questo tipo di azioni sono (come da circolare Inail n. 71/2003):

- *Marginalizzazione dalla attività lavorativa*

- *Svuotamento delle mansioni*
- *Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata*
- *Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro*
- *Ripetuti trasferimenti ingiustificati*
- *Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto*
- *Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici*
- *Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie*
- *Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro*
- *Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale*
- *Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.*

In generale si può dire che le azioni del primo tipo rientrano nella sfera della responsabilità individuale del persecutore e la causa della sofferenza non riguarderebbe in senso stretto l'attività lavorativa se non per la coincidenza di tempi e di luoghi.
Le azioni rientranti nella categoria della costrittività organizzativa, invece, coinvolgono direttamente e in modo esplicito l'organizzazione del lavoro, la posizione lavorativa, assumendo pertanto un diverso rilievo dal punto di vista del riconoscimento della natura professionale del danno conseguente.
Nelle condizioni di pressione psicologica o di molestia morale, molto spesso sono concomitanti azioni appartenenti a tutte e due le categorie. Sono tuttavia presenti anche casi "puri": quelli cioè in cui vengono agite solo particolari dinamiche interpersonali e quelli in cui si riscontrano solo provvedimenti del tipo costrittività organizzativa.
Dal punto di vista dell'efficacia nella produzione del danno è importante prendere in considerazione un altro aspetto che può essere considerato trasversale rispetto a quello appena trattato.
Tutte le azioni trattate in precedenza possono essere riscontrate come componenti espresse di una situazione conflittuale. La qualità della relazione interpersonale o alcuni provvedimenti che hanno effetti sulla posizione lavorativa possono essere impiegati dagli attori di un conflitto nel contrasto con l'altro. Il danno prodotto in questi casi è in genere commisurato alla durata dell'evento e all'effetto concreto e materiale delle azioni sul polo più debole del conflitto.
In alcuni casi di conflitto l'uso strategico e sistematico di queste azioni è finalizzato alla distruzione psicologica della vittima. Il modo in cui vengono messe in atto le azioni persecutorie (talvolta definite in modo non appropriato "attacchi") conferisce ad esse un valore e un peso nella relazione interpersonale tra persecutore e vittima che comporta spesso un danno psichico molto più grave e che talvolta non appare commisurato agli effetti evidenti sulla condizione lavorativa della vittima. Questi sono i casi di vessazione che più appropriatamente rientrano nella definizione di mobbing generalmente accettata nella letteratura specializzata. La distinzione non sempre è facile e richiede una certosina e competente valutazione della valenza relazionale delle azioni attraverso l'analisi dei vissuti della vittima e la ricostruzione della strategia del persecutore.
Nella realtà le condizioni differenziate nelle tre definizioni di stress, mobbing e costrittività organizzativa si presentano spesso miste e sovrapposte, in un continuum

che vede ai suoi estremi lo stress organizzativo e il mobbing: possiamo dunque affermare che lo stress organizzativo, lo stress da costrittività organizzativa, e il mobbing sono tre dimensioni presenti in proporzioni diverse in tutte le condizioni di stress di natura psicosociale.

Meccanismo di produzione del danno

Le condizioni di stress psicosociale sono patogene in ragione della loro capacità di indurre dei vissuti patogeni. Qui di seguito forniamo delle interpretazioni necessariamente schematiche, secondo noi centrali però, per la comprensione della psicopatologia correlata a stress psicosociale.
Il modello psicopatologico fondamentale già presente in letteratura per la comprensione del potenziale patogeno dei fattori psicosociali è quello dello stress: in condizioni di stress protratto si assiste allo sviluppo progressivo di reazioni di adattamento (fase di allarme), di resistenza e di esaurimento che hanno correlati neurotrasmettitoriali, neuroendocrini, fisiologici e psicologici ben noti.
È però attualmente ancora non definito in modo univoco e generalmente accettato il modo in cui le condizioni lavorative possono generare stress. Sono stati elaborati molti modelli che indagano i molteplici fattori organizzativi che possono indurre un'esperienza di stress. Generalmente, però, è accettato l'assunto secondo cui l'esperienza dello stress è influenzata da molti fattori non tutti strettamente intrinseci alla vita lavorativa: essi interagiscono con la struttura cognitiva individuale, nelle sue componenti individuali e collettive.
Nella figura 3 è sintetizzato un modello di interpretazione dell'esperienza soggettiva dello stress, da noi elaborato sulla base dei risultati ottenuti da un'indagine sullo stress organizzativo tra gli operatori delle aziende di credito in Campania, che dà ragione dell'interazione tra le motivazioni personali e i fattori organizzativi nella genesi del senso di inadeguatezza considerato alla base dell'esperienza di stress.
Questo tipo di interpretazione e di modello è estendibile alla comprensione dell'esperienza psichica alla base delle condizioni di costrittività organizzativa e di mobbing.

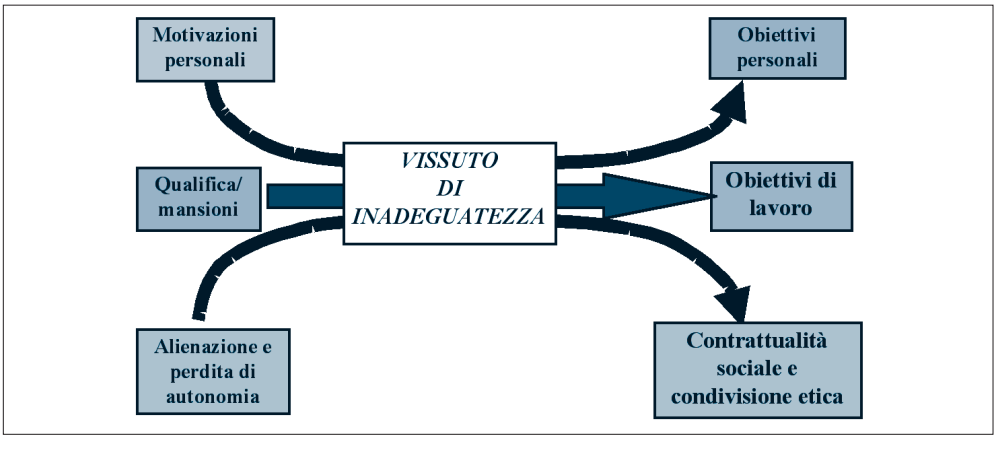


Figura 3 - Componenti soggettive dell'esperienza di Stress (Pappone, Natullo, Del Castello, 2003)

Il vissuto fondamentale delle condizioni di stress organizzativo è dunque il senso di inadeguatezza che può essere sinteticamente rappresentato nelle seguenti espressioni:
"non sono in grado di:
- raggiungere il mio obiettivo
- reggere questo ritmo
- sopportare questo tipo di relazioni interpersonali
- di conciliare il lavoro con la vita personale, ecc…".
Il senso di frustrazione indotto dal vissuto di incapacità e l'*impossibilità della fuga* da una condizione frustrante generano una condizione di stress che si manifesta inizialmente con sintomi d'ansia, successivamente con lo sviluppo di una condizione depressiva (secondo le tre fasi indicate dal modello psicopatologico dello stress illustrati in tab. 4).

Tabella 4 - Modificazioni biologiche e comportamentali nelle tre fasi dello stress.
(Biondi M., Pancheri P., 1999)

Fase di allarme	Fase di resistenza	Fase di esaurimento
Modificazioni acute, reversibili ed adattative	Organizzazione stabile, ma ancora reversibile Limite delle riserve funzionali	Crollo delle difese, impossibilità di ulteriore adattamento agli stressors
LIVELLO NEUROTRASMETTITORIALE		
Sollecitazione acuta dei sistemi NA, 5-HT, Ach, con modificazione transitoria del loro reciproco equilibrio funzionale (riduz. del rapporto catecolamine/Ach?)	Sollecitazione cronica dei sistemi neurotrasmettitoriali con riduzione del margine di resistenza funzionale. Iperattività recettoriale reversibile	Insufficienza funzionale non reversibile dei sistemi neurotrasmettitoriali. Iperattività non reversibile recettoriale
LIVELLO NEUROENDOCRINO		
Attivazione acuta del sistema ipotalamo-ipofiso corticosurrenale	Attivazione cronica ma reversibile del sistema ipotalamo-ipofiso-corticosurrenale	Iperattivazione stabile, non reversibile, del sistema ipotalamo-ipofiso-corticosurrenale. Alterazioni stabili a livello di altri sistemi
LIVELLO COGNITIVO		
Elaborazione cognitiva dell'evento perdita; disagio soggettivo (depressione transitoria); motivazione alla ricerca di soluzioni	Elaborazione cognitiva secondaria dell'evento perdita; organizzazione dei meccanismi di coping; disagio soggettivo (depressione stabile ma reversibile)	Fallimento dei meccanismi di coping; lutto cronico; perdita della motivazione alla soluzione; depressione grave non reversibile
LIVELLO COMPORTAMENTALE		
Comportamenti attivi di compenso; ricerca attiva di soluzioni all'evento perdita (nuovi legami di adattamento)	Organizzazione comportamentale di tipo depressivo ma reversibile	Riduzione dell'attività; organizzazione stabile di tipo depressivo

Il vissuto prevalente nelle condizioni di *costrittività organizzativa* è quello di essere costretto in condizioni che non corrispondono al regolare svolgimento della funzione lavorativa. È presente un elemento di non comprensibilità della situazione, spesso generata da intenti discriminatori o persecutori (è parte in tal caso di una condizione di mobbing).
Nel mobbing, il vissuto fondamentale è quello di "scomparire", "non esistere più" in quanto soggetto in una relazione significativa (con il datore di lavoro, con il gruppo di lavoro): questo è l'effetto intenzionale delle distorsioni della relazione messe in atto dal/dai mobber/s.
A questo vissuto corrisponde la sensazione di essere in pericolo grave, **come in pericolo di vita**.
Il terzo elemento significativo nella genesi del danno è *l'incomprensibilità* o *inaccettabilità* (nel contesto delle convinzioni e dell'immagine di sé del soggetto che subisce) di quello che accade: il soggetto non riesce a farsi una rappresentazione omogenea e coerente di sé stesso, con i suoi valori e la sua storia, all'interno della relazione disturbata.

Tabella 5 - Elementi di differenza tra mobbing e conflitto
(Pappone, 2003)

	Mobbing	**Conflitto**
Oggetto del contrasto	La relazione	Un fatto
Modalità	Manipolativa Oltre le regole	Esplicita Secondo le regole
Finalità	Eliminare o soggiogare l'altro	Ottenere qualcosa
Danno per lo sconfitto	Disturbo Post Traumatico da Stress	Frustrazione

Come è schematizzato in Tab.5, la relazione e la comunicazione sono qualitativamente differenti nel mobbing e nelle situazioni conflittuali. È questa sostanziale differenza che rende le situazioni di mobbing capaci di indurre vissuti profondamente destrutturanti e destabilizzanti.
Le vie psicopatologiche degli stressors psicosociali sono, pertanto, così riassumibili:
Stress organizzativo: produce un senso di inadeguatezza personale la cui intensità è in relazione a fattori propri dell'organizzazione del lavoro interagenti con aspetti personali (individuali o collettivi). Il protrarsi del vissuto di inadeguatezza genera sintomi di reazione adattativa con correlati somatici e comportamentali che sviluppano nel tempo una condizione cronica di esaurimento delle capacità di adattamento con sviluppo di depressione e di patologia organica correlata.
Costrittività organizzativa: raramente presente come condizione isolata, più spesso è una condizione determinata nell'ambito di una strategia di mobbing. Da sola è assimilabile allo stress cronico. Dal punto di vista soggettivo si differenzia per la diffi-

coltà di trovare strategie di adattamento cognitivo rispetto ad una situazione che si presenta come non razionale o non giusta. Ne deriva in genere un disturbo dell'adattamento.
Mobbing: l'esperienza del mobbing è assimilabile ad un profondo trauma emotivo. Il sovvertimento delle regole implicite e/o esplicite su cui si fonda la relazione lavorativa, la distorsione della comunicazione, la frustrazione di ogni tentativo ragionevole di sviluppare il conflitto producono nella vittima un vissuto di grave pericolo e l'incapacità di processare cognitivamente l'evento. Il risultato patologico è in genere il Disturbo Post-Traumatico da Stress.

PRINCIPALI SINDROMI CORRELABILI AD EVENTI LAVORATIVI

PRINCIPALI SINDROMI CORRELABILI AD EVENTI LAVORATIVI

Nella moderna classificazione psichiatrica sono individuate poche sindromi che per definizione sono considerate dipendenti da eventi di vita. I criteri per porre la diagnosi di una di queste sindromi sono:

1) la relazione temporale precisa tra l'evento individuato come causa e lo sviluppo della sintomatologia
2) l'individuazione nella storia della persona di eventi considerati quali valide cause del quadro clinico riscontrato
3) la costellazione di sintomi con cui si presenta il paziente e la loro evoluzione temporale.
4) la relazione psicopatologica tra i sintomi, l'evento e la struttura cognitiva della persona (oggetto di valutazione specialistica, può essere formulata solo dopo un esame clinico approfondito).

Disturbi dell'adattamento

Nella più recente classificazione delle malattie psichiatriche il termine "Disturbo dell'adattamento" indica una intera classe di problemi psichici che insorgono come conseguenza di eventi o situazioni di vita.
Secondo la definizione che ne dà il DSM IV: "La caratteristica fondamentale di un Disturbo dell'Adattamento è una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi. I sintomi devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti".
La sofferenza emotiva indotta da situazioni stressanti o eventi di vita sfavorevoli viene valutata secondo la durata e la gravità dei sintomi in relazione all'evento stressante. Per convenzione si adotta la diagnosi ogni volta che si verifica **una significativa compromissione funzionale nella vita lavorativa e/o di relazione.** Le manifestazioni prevalenti appartengono all'area dei disturbi d'ansia (instabilità emotiva, stati di allerta, incapacità di rilassarsi, sonno disturbato, ansia somatizzata) o all'area dei disturbi depressivi.
È fondamentale per questa diagnosi una comprensibile relazione con l'evento stressante.

CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO DELL'ADATTAMENTO SECONDO IL DSM-IV

A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta ad uno o più fattori stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dell'insorgenza del fattore, o dei fattori stressanti.

B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi come evidenziato da uno dei seguenti:

   1) marcato disagio che va al di là di quanto prevedibile in base all'esposizione al fattore stressante

   2) compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo (scolastico).

B. L'anomalia correlata allo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo specifico in asse I, e non rappresenta solo un aggravamento di un preesistente disturbo in Asse I o in asse II

D. I sintomi non corrispondono a un lutto

E. Una volta che il fattore stressante (o le sue conseguenze) sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi.

Reazione acuta da stress

La reazione acuta da stress (ovvero "Disturbo acuto da stress") è una reazione emotiva acuta che insorge molto presto dopo il verificarsi di un evento fortemente traumatico. Il tipo di eventi che può causarla è dello stesso tipo di quelli che causano il disturbo post-traumatico da stress. La sindrome può presentarsi in forma grave, ma in genere regredisce nel giro di pochi giorni (secondo i criteri del DSM IV il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico).
I sintomi con cui si presenta sono marcate manifestazioni d'ansia, depressione, disperazione, accessi d'ira, condizione di isolamento (la persona non comunica, sembra non percepire appieno l'ambiente circostante).
Alcuni mesi dopo una reazione acuta da stress si può manifestare un disturbo post-traumatico da stress.

CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO ACUTO DA STRESS SECONDO IL DSM IV

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:

   1) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri

   2) la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

B. Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:

   1) sensazione soggettiva di insensibilità, distacco o assenza di reattività emozionale

   2) riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es., rimanere storditi)

   3) derealizzazione

   4) depersonalizzazione

   5) amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma).

C. L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback persistenti o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico.

D. Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es., pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone).

E. Sintomi marcati di ansia o di aumentato arousal (per es., difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria).

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica.

G. Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico.

H. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di Asse I o Asse II.

Disturbo (o "sindrome") post-traumatico da stress

Il DPTS viene considerato "una risposta ritardata e protratta ad un evento stressante o a situazioni (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone" (ICD-10).
Tra le sindromi psichiche conseguenti ad eventi è quella che comporta in genere una maggiore gravità ed una prognosi peggiore. Essa insorge dopo un periodo di latenza che può essere talvolta superiore ai sei mesi.
Il quadro clinico, quando si presenta in forma meno grave, viene in genere assimilato ad una condizione ansioso-depressiva (tale è in genere la prima diagnosi che viene formulata per queste persone). Spesso però, accanto a sintomi generici (depressione, manifestazioni acute d'ansia, insonnia, difficoltà di concentrazione) si presentano degli aspetti clinici peculiari che, insieme al dato anamnestico, permettono di porre diagnosi accurate.
Uno dei comportamenti più frequentemente presenti e più evidente è la monotematica fissazione del pensiero sugli eventi traumatici. Le persone che soffrono di questa sindrome sono costantemente ossessionate dai ricordi dell'evento traumatico che si ripresenta in forma di immagini, di ricordi, spesso nei sogni; questa condizione si riflette nei loro discorsi che diventando nel tempo noiosamente ripetitivi.
Spesso è inoltre presente una reazione emotiva intensa innescata da luoghi o fatti che hanno qualche relazione con l'evento traumatico. È spesso presente una vistosa componente somatica correlata allo stato emotivo: accessi di calore, sudorazione, tensione muscolare, tremore, puntate ipertensive, reazioni coliche o gastrointestinali in generale. La reazione emotiva si può presentare sotto forma di vere e proprie manifestazioni fobiche con connessi comportamenti evitanti.
Tra le cause considerate valide a scatenare questa sindrome sono ammessi tutti gli eventi traumatici, come li abbiamo definiti all'inizio di questo capitolo.
Viene inoltre ammesso, sulla base del riscontro clinico, che la sindrome può essere la conseguenza di condizioni protratte particolarmente dolorose dal punto di vista emotivo (tortura, prigionia, isolamento, ecc): in questo genere di causa vengono incluse le condizioni di mobbing particolarmente gravi.

CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS SECONDO IL DSM IV

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

   1) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri

   2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

   1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma

   2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile

   3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma

   4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico

   5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

   1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma

   2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

   3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma

   4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative

   5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri

6) affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore)

7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).

C. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno

2) irritabilità o scoppi di collera

3) difficoltà a concentrarsi

4) ipervigilanza

5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

G. Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi

H. Cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

Specificare se:

I. Ad esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

PRINCIPALI SINDROMI PSICHIATRICHE CHE RICHIEDONO UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Le patologie trattate finora sono i quadri clinici che possiamo osservare in conseguenza di eventi lavorativi che hanno costituito un elemento traumatico dal punto di vista psichico. Ogni volta che valutiamo una persona vanno però considerati gli altri disturbi psichiatrici che possono essere confusi con queste sindromi e che comportano di necessità un'attenzione differenziale. Va sottolineato a questo punto che la presenza di un disturbo psichico pre-esistente al trauma non è in contraddizione con la formulazione di una diagnosi "correlata ad eventi lavorativi": i due disturbi possono coesistere; talvolta si rinforzano a vicenda; talvolta la causa del disturbo viene ingiustamente attribuita alle circostanze esterne. Daremo qui solo alcuni cenni delle principali patologie che vanno prese in considerazione in sede di esame INAIL.

Depressione endogena

Con il termine "depressione" si può indicare una malattia (disturbo) che presenta una sua evoluzione temporale che appare non direttamente connessa ad eventi esterni, oppure un quadro clinico (cioè un insieme di sintomi) che possono esser espressione di una profonda sofferenza individuale più o meno direttamente dipendente dalla condizione di vita attuale o del recente passato della persona. Tra i due quadri non è facile distinguere senza un esame approfondito, e la connessione con eventi esterni può essere variamente interpretata da diversi clinici. In sede di valutazione INAIL vanno considerati in termini differenziali soprattutto la depressione unipolare ricorrente o gli episodi depressivi che compaiono nel corso di un disturbo bipolare dell'umore (malattia maniaco-depressiva). Il dato anamnestico è molto importante per la valutazione: in questi casi la persona è andata incontro negli anni precedenti ad almeno un altro episodio depressivo di un certa gravità, o, in un minor numero di casi, ad episodi maniacali. Altro elemento importante nell'individuazione di depressioni non conseguenti ad eventi è la familiarità del disturbo, la presenza cioè di disturbi dell'umore tra i consanguinei e gli ascendenti.

Disturbi d'ansia in generale

Il Disturbo d'ansia generalizzata è il disturbo delle persone intrinsecamente ansiose, apprensive per tutto ciò che è incerto o indefinito. Ovviamente quest'ansia può essere riferita anche a situazioni lavorative e comportare distorsioni nella valutazione del senso reale delle relazioni interpersonali. Spesso le persone ansiose riescono a contenere i sintomi adottando particolari forme di controllo dell'ambiente circostante che possono diventare fonte di turbamento nelle relazioni, qualche volta causa di dileggio o discriminazione.
Le fobie, l'ipocondria,il disturbo da attacchi di panico e le forme meno gravi di disturbo ossessivo compulsivo rientrano in questa categoria.

Disturbo di personalità paranoide

I disturbi di personalità costituiscono una gamma di manifestazioni patologiche della sfera psichica dai confini sfumati: si pone questa diagnosi quando una persona presenta dei tratti stabili di personalità con caratteristiche "anomale" che in genere hanno riflessi concreti nella vita di relazione e lavorativa.
Qui prendiamo in considerazione solo la varietà *paranoide*, per l'importanza che riveste soprattutto nella valutazione delle vittime del mobbing.
Le persone che presentano un disturbo paranoide sono frequentemente caratterizzate da un elevato livello di sospettosità, il più delle volte generalizzato; non si fidano di nessuno, propendono per una interpretazione malevole degli atteggiamenti e dei comportamenti degli altri, sono propense ad intravvedere attacchi al proprio ruolo e alla propria dignità anche in comportamenti non gravi. I casi marcati si presentano nell'insieme con un elevato indice di irrazionalità e indefinizione dei fatti; nei casi lievi e sfumati non è facile distinguere l'esagerazione personale dalla realtà.
È da considerare che H. Leymann ha rilevato che in alcuni casi le vittime del mobbing possono sviluppare, in conseguenza degli attacchi vessatori, una condizione paragonabile al disturbo di personalità paranoide. E ancora è importante aver presente che della strategia del mobbing fa parte la negazione della natura persecutoria degli avvenimenti e la riconduzione di questo alla paranoia della vittima!

VALUTAZIONE DELLA PATOLOGIA PSICHICA NELL'ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE INAIL

Anamnesi

Per il tipo di patologie e la finalità della visita svolta dal medico dell'INAIL l'anamnesi è elemento fondamentale della valutazione. Gli ambiti da indagare sono:

a) eventi della vita lavorativa
   sotto questa voce si comprendono tutti gli aspetti della vita lavorativa che possono essere considerati fonte di malessere: eventi traumatici, relazioni con i superiori e con i compagni, variazioni di posizione lavorativa, premi e punizioni, ecc. La ricostruzione meticolosa della cronologia è importante ai fini della determinazione del nesso causale e per individuare una logica o una strategia negli avvenimenti.
   Molti elementi clinici importanti sono osservabili durante l'anamnesi lavorativa: il modo in cui il lavoratore racconta, la capacità di ricostruire gli eventi, l'attivazione emotiva durante la narrazione permettono spesso di avere riscontri obiettivi al giudizio clinico e al dato anmnestico.
b) eventi di vita non lavorativa
   l'indagine sulla vita personale è delicata e difficile da svolgere in un contesto non adeguato, ma è importante indagare almeno sulle evenienze macroscopiche: nascita, matrimoni, lutti, separazioni, malattie di congiunti, furti gravi, incidenti, violenze, …

c) condizioni psichiche antecedenti l'evento patogeno
d) cronologia dell'insorgenza dei disturbi
e) eventuale documentazione sanitaria e terapie praticate
f) patologie organiche con particolare attenzione a quelle potenzialmente stress-correlate

Documentazione sanitaria

Certificazioni e prescrizioni mediche di natura psichiatrica:

Le certificazioni sono le tracce documentali dell'evoluzione del disturbo che giunge all'osservazione: il modo in cui sono formulate dipende dalla competenza del medico che le ha compilate e dall'evoluzione clinica del disturbo. La definizione diagnostica riportata non sempre è accurata o perfettamente appropriata. Talvolta è richiesta un'interpretazione sufficientemente elastica che tenga conto di questa variabilità.
Le certificazioni prodotte possono essere relative alla richiesta di congedo per malattia o relazioni che attestano la presenza della sindrome per la quale si richiede la prestazione assicurativa.
Solo nel caso di eventi traumatici acuti l'inizio del disturbo può essere documentato da una attestazione clinica adeguata (reazione acuta da stress).
In generale i disturbi si sviluppano lentamente nel tempo e le prime certificazioni (spesso prodotte per giustificare brevi periodi di assenza dal lavoro) riportano diagnosi generiche. Tra queste, le definizioni più frequentemente adottate sono: "sindrome ansioso depressiva", "reazione ansioso-depressiva", "sindrome depressiva reattiva". La formulazione di queste diagnosi documenta il raggiungimento di una condizione di malessere psichico clinicamente rilevante. Il clinico che formula queste diagnosi prescrive spesso un trattamento farmacologico sintomatico di "1° livello": benzodiazepine, adenosilmetionina, ipnoinduttori, ecc.
Lo sviluppo di una condizione grave porta ad attestazioni, più accurate: il "Disturbo dell'adattamento" ("con umore depresso" o "misto", o "con ansia ") o il "Disturbo Post-Traumatico da Stress" vengono così definiti dallo specialista in psichiatria, spesso a coronamento di una serie di certificati precedenti più generici. In alcuni casi anche lo specialista preferisce una diagnosi generica (nei casi meno gravi), oppure formula una diagnosi che si riferisce ad alcuni sintomi dominanti: "Disturbo da attacchi di Panico", Disturbo d'Ansia Generalizzata", "Sindrome Fobica".
Le certificazioni rilasciate dalle Unità Operative di Salute Mentale delle ASL hanno quasi sempre un loro riscontro in una cartella clinica custodita presso il centro che ha rilasciato la certificazione.

Certificazioni internistiche

Sono infine utili attestazioni dello sviluppo di una condizione di sofferenza e di esposizione protratta a condizioni di tensione emotiva eventuali referti di ricorso al pronto soccorso per crisi acute d'ansia, attacchi di panico, crisi ipertensive, svenimenti etc.

Valutazione obiettiva

L'esame obiettivo degli aspetti di pertinenza psichica comprende tutti gli elementi che possono essere osservati nel corso della visita: aspetto fisico, abbigliamento, comportamenti, stato emotivo, modalità di relazione, contenuto e forma del pensiero espresso.
L'esame clinico somatico permette poi di rilevare sintomi e disturbi relativi alle patologie somatiche connesse alla condizione di stress, utili a confermare la diagnosi

Sintesi del processo di valutazione

Il procedimento di valutazione, in conclusione, comprende informazioni provenienti da diversi strumenti e metodologie; l'utilizzo di una procedura così complessa, poiché basata sull'intersezione di osservazioni di diversa natura, sembra, a nostro avviso, essere la metodologia più adeguata per evitare errori diagnostici e giungere a valutazioni molto più affidabili e precise. Di seguito, quindi, riportiamo a grandi linee le fasi principali del processo di valutazione del danno psichico da costrittività organizzativa e mobbing.

a) valutare il contesto
   a. la prevalenza di elementi stressanti derivanti da modalità organizzative, clima e aspetti intrinseci al lavoro e il riscontro di un vissuto di inadeguatezza sono indicativi di una condizione di stress lavorativo
   b. la presenza di aspetti di incongruità forzata tra la funzione lavorativa e l'attuale condizione lavorativa è indicativa di costrittività organizzative
   c. distorsioni delle relazioni interpersonali e la presenza di una strategia di sottomissione o esclusione e di un vissuto di persecuzione e di impotenza sono indicativi di una condizione di mobbing
b) valutare i sintomi e i vissuti (valutazione specialistica)
   a. escludere patologie confondenti
   b. valutare sindromi psichiatriche concomitanti
   c. valutare la documentazione clinica e confrontare la cronologia della valutazione clinica con la cronologia della vicenda lavorativa
   d. esaminare la valutazione psicodiagnostica e la sua congruità con la valutazione clinica
   e. valutare la gravità
      a. Scala V.G.F.
      b. Valutazione della funzionalità sociale
      c. Confrontare con gli elementi che provano il funzionamento antecedente ai fatti patogeni.

CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE IN SEDE DI VISITA INAIL

La check list che si propone di seguito, è un inventario essenziale di guida all'esame degli argomenti
necessari per la valutazione dello stato patologico in casi che rientrano nel range di patologie prese in esame da questo opuscolo. Gli elenchi non sono esaustivi, anche se indicano i fatti e le evenienze più frequenti. Il giudizio diagnostico finale non può essere puramente matematico ma deve necessariamente derivare dalla sintesi ragionata degli elementi raccolti ed osservati.

A) EVENTI DELLA VITA LAVORATIVA

A.1 Il lavoratore è stato esposto ad eventi traumatici estremi?

- ☐ Violente aggressioni verbali con gravi minacce da parte di colleghi o superiori
- ☐ Violente aggressioni verbali con gravi minacce da parte di utenti/clienti
- ☐ Violenze fisiche da parte di colleghi o superiori
- ☐ Violenze fisiche da parte di utenti/clienti
- ☐ Rapina con minacce di morte o con lesioni personali
- ☐ Tentativo di violenza sessuale
- ☐ Evento lavorativo in cui persiste pericolo di vita per la persona o per i compagni

A.1.1: E' passato più di un mese tra l'evento e l'insorgenza di sintomi?

NO: la diagnosi probabile è "Reazione Acuta da Stress"
SI: la diagnosi probabile è "Disturbo Post-Traumatico da Stress"

A.2 Lamenta una o più delle seguenti condizioni (correlate a stress, costrittività organizzativa o mobbing)?

- ☐ Si sono verificati episodi di discriminazione ripetuti
- ☐ Sono stati adottati provvedimenti palesemente ingiusti
- ☐ Si sono verificati ripetuti episodi di pressione psicologica
- ☐ Il lavoratore vede ignorate le sue comunicazioni informali e formali
- ☐ È stato demansionato senza valido motivo
- ☐ Viene tenuto da molto tempo in una condizione di inoperosità forzata
- ☐ E' isolato dai compagni di lavoro
- ☐ Viene escluso dalle comunicazioni e dalle informazioni appropriate al suo ruolo e mansione
- ☐ E' costretto in una postazione di lavoro fortemente disagiata
- ☐ Viene minacciato in modo palese o indiretto
- ☐ Subisce controlli continui e contestazioni per motivi futili
- ☐ Viene investito di responsabilità non sue
- ☐ Gli vengono sottratte le risorse lavorative
- ☐ Il contesto lavorativo è fortemente conflittuale

B) EVENTI DI VITA NON LAVORATIVA

- ☐ Incidente proprio o di un congiunto
- ☐ Malattia grave propria o di un familiare
- ☐ Lutto familiare
- ☐ Problemi economici
- ☐ Divorzio
- ☐ Matrimonio

C) SINTOMI PSICHICI MAGGIORMENTE INDICATIVI DI ESPOSIZIONE A GRAVE STRESS PSICOSOCIALE

- ☐ ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi delle vicende lavorative che comprendono immagini, pensieri, o percezioni.
- ☐ rivivere episodi emotivamente significativi della vicenda lavorativa con particolare intensità emotiva, come se si stessero verificando in quel momento
- ☐ sogni spiacevoli ricorrenti di fatti collegati al problema lavorativo
- ☐ incapacità di narrare in modo ordinato la vicenda lavorativa: i ricordi si impongono alla memoria forzati dalla loro valenza emotiva indipendentemente da ogni ricostruzione logica o cronologica
- ☐ disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che richiamano fatti, pensieri od emozioni relativi alla vicenda lavorativa
- ☐ reattività fisiologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che richiamano fatti, pensieri od emozioni relativi alla vicenda lavorativa
- ☐ sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con le tematiche lavorative
- ☐ sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano la vicenda lavorativa
- ☐ incapacità di ricordare qualche aspetto importante della storia lavorativa
- ☐ riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
- ☐ sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
- ☐ affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore)
- ☐ sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita)
- ☐ difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
- ☐ irritabilità o scoppi di collera
- ☐ difficoltà a concentrarsi
- ☐ ipervigilanza
- ☐ esagerate risposte di allarme
- ☐ sentimenti di rabbia che si presentano in forme e intensità estranee al carattere della persona

D) SINTOMI PSICOSOMATICI PIÙ FREQUENTEMENTE ASSOCIATI A CONDIZIONI DI STRESS PSICOSOCIALE

- ☐ ipertensione arteriosa
- ☐ aritmie cardiache
- ☐ disturbi intestinali funzionali
- ☐ gastrite
- ☐ discinesie colecistiche
- ☐ eruzioni cutanee aspecifiche
- ☐ dermatite seborroica
- ☐ psoriasi
- ☐ dolori del rachide
- ☐ tensioni muscolari del cingolo scapolare
- ☐ periartrite scapolo-omerale
- ☐ disturbi respiratori funzionali
- ☐ digrignamento notturno
- ☐ alopecia aerata e perdita di capelli

LA PSICODIAGNOSI E I SUOI STRUMENTI

LA PSICODIAGNOSI E I SUOI STRUMENTI

La circolare n. 71/2003 dell'Inail prevede la possibilità da parte dello specialista che valuterà il caso, di utilizzare test psicodiagnostici ad integrazione dell'esame obiettivo. Si riporta, nelle pagine che seguono, la descrizione dei test più significativi e più frequentemente utilizzati.

Introduzione

Lo studio della personalità

La psicodiagnosi, con i suoi strumenti e le sue tecniche, rappresenta un sussidio valido e spesso insostituibile nella valutazione del disagio che il lavoratore riporta al medico.
È bene sottolineare che l'esame psicodiagnostico viene spesso confuso con la somministrazione di test. Questa è solo una semplificazione. La valutazione psicodiagnostica si fonda sull'integrazione tra i test, la valutazione clinica diretta (colloquio e osservazione) e l'anamnesi.
Nel caso dei disturbi conseguenti all'esposizione a stressors psicosociali e in sede di valutazione, la somministrazione di test e reattivi è fondamentalmente mirata a due aspetti fondamentali: la valutazione della personalità e la valutazione delle abilità cognitive.
È ormai largamente diffusa la consapevolezza, infatti, da parte dei medici di tutte le specialità, che la comprensione del malessere, in particolare quando questo si esprime sul piano emozionale e comportamentale, non può prescindere da un inquadramento di quella che è la personalità del paziente. Non può fare a meno, cioè, di riferirsi al modo in cui la gestione delle emozioni e delle relazioni interpersonali, il sistema dei valori, convinzioni e aspettative riguardo al mondo, le sue risorse e potenzialità cognitive, lo stile con cui fa fronte alle difficoltà del vivere quotidiano, si sono integrate in un'insieme di funzionamento stabile che dà senso all'esperienza quotidiana della persona. Questo insieme di modalità stabili di funzionamento della persona è appunto la personalità.

Gli strumenti

La conoscenza della personalità è un'attività intuitiva a cui tutti gli esseri umani si dedicano costantemente: nel rapporto con gli altri ognuno di noi costruisce un'idea del funzionamento stabile per organizzare il proprio comportamento. Ad esempio, se ci siamo fatti l'idea che una persona è permalosa, allora cercheremo di essere gentili e accorti per non urtarne la suscettibilità; se l'altro è estroverso e socievole, cercheremo di averlo alle nostre feste; se è pignolo potremmo sceglierlo come commercialista. Insomma, la conoscenza dell'altro, per noi è di fondamentale importanza per decidere come comportarci. In realtà questa è la stessa esigenza che muove lo studio scientifico e professionale della personalità. La comprensione del modo di funzionare della personalità e, cioè, del modo in cui interagiscono i fat-

tori cognitivi, emotivi e le competenze sociali nel determinare il comportamento di una persona, ha lo scopo di orientare l'azione dello psicologo o del medico nel trattamento del paziente.
Lo studio scientifico della personalità ha visto prevalere il test come strumento di indagine privilegiato, seppure affiancato, come già evidenziato, dall'osservazione diretta e dal colloquio.
Il test psicologico comporta la "misurazione obiettiva e standardizzata di un campione di comportamento" (Anastasi, pp. 49). Esso si basa sulla presentazione sistematica di stimoli specifici, presentati in condizioni standardizzate, che vanno ad elicitare risposte valutabili ed interpretabili quantitativamente, sulla base di alcuni principi statistici. Il principio statistico fondamentale è quello che fa riferimento al concetto di norma. Infatti, il test somministrato a campioni rappresentativi della popolazione generale, ci fornisce, attraverso i punteggi medi, un'idea della normalità statistica rispetto ad una particolare funzione psicologica.

I test psicologici possono essere classificati in vari modi: secondo la caratteristica dello stimolo, il tipo di comportamento elicitato, la modalità di risposta del soggetto. Una classificazione utile per i nostri scopi è quella di Boncori (1993) in:
- Test Cognitivi: prove di abilità tendenti a misurare l'efficienza intellettiva in generale (l'intelligenza), o funzioni cognitive specifiche. Possono essere verbali e pratiche ed essere più o meno influenzate dal livello di scolarità del soggetto o dalla sua padronanza della lingua.
- Test non Cognitivi: una grande varietà di prove di varia natura che hanno in comune il tentativo di misurare aspetti della personalità. A loro volta questi strumenti possono essere classificati in proiettivi e non proiettivi (ad es. i questionari). Alla categoria dei test proiettivi appartengono quegli strumenti che, all'interno di condizioni ben definite, richiedono risposte spontanee e creative da parte del soggetto. L'ipotesi proiettiva (Rapaport) presuppone che il comportamento di una persona nel rispondere ai test metta in evidenza le modalità tipiche del suo funzionamento mentale, cioè proietti in esso qualcosa della sua personalità. I questionari, pur non essendo del tutto immuni da fenomeni proiettivi, richiedono invece risposte poco variabili (vero o falso, o a scelta multipla) che rendono più precisa la misurazione.

Tre test fondamentali

Di seguito vengono illustrati tre strumenti psicodiagnostici, che per le potenzialità dimostrate in molti decenni di utilizzo da parte di professionisti in tutto il mondo, per la mole di letteratura di ricerca accumulata, rappresentano dei riferimenti insostituibili per la psicodiagnosi. Ognuno di per sé mette in evidenza una vasta porzione della personalità, insieme costituiscono una batteria psicodiagnostica che lascia inesplorati pochissimi aspetti del funzionamento mentale. La loro utilità in ambito di valutazione del danno psicosociale deriva dalla loro proprietà di fornire, seppur con modalità diverse, informazioni sulla personalità del soggetto e sulla compatibilità del risultato del test con le altre valutazioni diagnostiche; essi costituiscono una utile integrazione all'esame clinico poiché, attraverso le risposte ottenute dai soggetti, è possibile definire la struttura di personalità, la sincerità della persona che si sottopone a valutazione, la presenza di aspetti o di complessi sintomatologici non

emersi nel corso dell'esame clinico. La scelta di quali test utilizzare per l'approfondimento diagnostico di ciascun caso è affidata alla competenza dello psicologo che, sulla base delle osservazioni raccolte nei colloqui preliminari, stabilisce il dominio di maggiore interesse ed attinenza attraverso cui condurre la fondamentale operazione di diagnosi differenziale tra patologie endogene pregresse e patologia professionale.

La WAIS-R

La Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R) è l'edizione più recente e adattata in italiano delle scale di intelligenza create da David Wechsler (1958, 1981). Si tratta di un insieme di subtest che indagano le abilità cognitive, verbali e pratiche, negli adolescenti e negli adulti.
L'innovazione principale introdotta dalle scale di Wechsler consiste nel superamento della visione della misurazione dell'intelligenza basata sul calcolo del *quoziente intellettivo* (Q.I.), inteso come rapporto tra età mentale e cronologica (QI= EM/EC), sostituendolo con il concetto di QI di deviazione. Con il concetto di età mentale si intendeva attribuire alle persone un livello di prestazione intellettiva paragonabile a quella tipica della media degli individui di una determinata età. Nelle scale di Wechsler, invece la prestazione dell'individuo viene confrontata con quella della popolazione generale. Viene inoltre misurata l'efficienza delle diverse funzioni, che sono alla base dei subtest, all'interno di uno stesso soggetto.
Per attuare il confronto della singola performance con quelle della popolazione generale, vengono usati i *punteggi standard*, con media uguale a 100 e deviazione standard uguale a 15, che consentono di valutare quanto un soggetto "devia" dall'andamento della popolazione di appartenenza. Tali punteggi, inoltre, sono stati calcolati in base a ciascuna età considerata.
Secondo Wechsler, l'intelligenza è una capacità globale che fa riferimento al modo in cui l'individuo comprende e affronta la vita quotidiana; egli la concepisce come una capacità mentale superiore di tipo globale e di natura multidimensionale. Tutte le abilità mentali superiori rivestono lo stesso peso nella determinazione dell'intelligenza globale; esse fanno riferimento a comportamenti intelligenti di tipo verbale e non verbale.
La WAIS-R si compone di 11 subreattivi che valutano le diverse abilità mentali superiori; di questi, 6 sono finalizzati alla misurazione dell'intelligenza *verbale* (Informazione, Memoria di cifre, Vocabolario, Ragionamento aritmetico, Comprensione, Analogie) e 5 di quella di *performance* (Completamento di figure, Riordinamento di storie figurate, Disegno con i cubi, Ricostruzione di oggetti, Associazione di simboli a numeri).
I criteri di somministrazione sono riportati nel manuale della WAIS-R (Wechsler, 1981). L'esperienza clinica dimostra che il comportamento del soggetto durante le varie prove può evidenziare caratteristiche psicologiche, quali la tenacia o la tendenza rinunciataria, la paura di sapere poco o la preoccupazione di mostrarsi colto, inclinazioni ossessive ecc. Inoltre, risulta utile indagare sulle cause del fallimento relativo a particolari item o subtest (a prova conclusa), in modo da comprenderne il processo di pensiero che ne è alla base.

FUNZIONI MENTALI IMPLICATE NEI SUBTEST DELLA WAIS-R

Informazione. Valuta la capacità del soggetto di recepire le informazioni dall'ambiente, la sua curiosità e suoi interessi. È più influenzata dall'ambiente familiare e dall'educazione ricevuta, che non dal livello di istruzione raggiunto.

Memoria di cifre. Mette in luce la capacità del soggetto di mantenere vigile l'attenzione e di indirizzarla correttamente verso il compito da svolgere. Ha una scarsa relazione con l'intelligenza in generale, ma è molto utile per ricavare indicazioni relative a sindromi organiche o a funzioni neuropsicologiche, come la memoria a breve termine.

Vocabolario. Evidenzia le capacità derivate, in primo luogo, da acquisizioni dovute all'ambiente familiare, poi a quello scolastico. È un ottimo indice di intelligenza che rimane costante nel tempo.

Ragionamento aritmetico. È un valido criterio di intelligenza che valuta la capacità del soggetto di utilizzare le competenze matematiche per affrontare i problemi quotidiani. Necessita di una buona memoria di lavoro, e di adeguate capacità recettive e di concentrazione.

Comprensione. Indaga sulla capacità di acquisire informazioni utili dall'ambiente per usarle in modo socialmente appropriato. Fa riferimento ad una capacità di ragionamento pratico e al giudizio morale.

Analogie. È un ottimo indice di intelligenza astratta, implica la capacità di comprendere le caratteristiche rilevanti comuni a vari oggetti.

Completamento di figure. Valuta la capacità di analisi e riconoscimento visivo. Necessita di una buona capacità di attenzione e concentrazione, ma anche di un buon livello di familiarità con gli oggetti comuni.

Riordinamento di storie figurate. È considerata una buona misura dell'intel-ligenza di performance; esso valuta le capacità di percepire e organizzare gli stimoli secondo una relazione spazio-temporale e di causa-effetto. È collegata alla capacità di generalizzazione e di anticipazione mentale.

Disegno con i cubi. È un ottima misura dell'intelligenza generale; esso è legato alla capacità di pianificazione, alla manipolazione delle immagini mentali, al pensiero concreto ed astratto. È un subtest visuo-motorio che valuta anche la capacità del soggetto di portare a termine un lavoro.

Ricostruzione di oggetti. Richiede la capacità di mettere in relazione più elementi e una abilità nella raffigurazione anticipatoria. È influenzata dalla capacità di orientamento spaziale e di coordinazione dei tentativi di soluzione.

Associazione di simboli a numeri. Misura l'abilità di apprendimento di schemi visuo-motori. Necessita di capacità di attenzione, di destrezza visuo-motoria, coordinazione della mano, nonché di velocità e accuratezza.

Le risposte bizzarre o insolite, presenti in qualsiasi sub-reattivo, sono indicative di aspetti importanti della personalità; pertanto vanno valutate in relazione al quadro generale che emerge dalla valutazione cognitiva.

L'interpretazione dei risultati: il Q.I totale, il Q.I. verbale, il Q.I. di performance

L'interpretazione dei punteggi alla WAIS-R è molto complessa. Si tratta di un tipo di operazione che deve essere fatta tenendo in considerazione molteplici fattori tra cui: il comportamento del soggetto al test, i risultati da lui ottenuti, le condizioni ambientali in cui si è svolto il test.
Il punto di partenza dell'interpretazione è il *Q.I. totale;* esso sintetizza il rendimento generale al test, ed offre un'ampia valutazione dell'abilità intellettiva e della capacità di problem solving in campo scolastico, nel lavoro e nella vita quotidiana. Il Q.I. totale corrisponde al fattore g che rappresenta la "quota" di abilità generale presente in tutte le attività mentali. Un alto punteggio del fattore g corrisponde ad un buon livello di prestazione in ogni tipo di abilità mentale.
Il Q.I. totale ha media 100 e deviazione standard 15. La sua interpretazione ha carattere normativo, in quanto, il suo significato deriva dal con-fronto fra la prestazione del soggetto e quella del campione di riferimento.
Il Q.I. totale può essere influenzato da molti elementi: dalla capacità cognitiva del soggetto, dalla capacità di concentrarsi sui compiti presentati, dallo stato del S.N.C., da precedenti esperienze educative e sociali. Ovviamente, difficoltà visive, uditive, di linguaggio e di coordinazione motoria possono influenzare lo svolgimento del test. Inoltre, la WAIS-R suscita, come tutti i test, una notevole ansia da prestazione.
Il Q.I. totale è composto da: *Q.I. verbale* e *Q.I. di performance*. Questa distinzione aiuta a valutare le diverse potenzialità che un individuo può avere nel trattare con problemi che comportano l'uso di parole e di simboli, oppure con problemi che richiedono la manipolazione di schemi visuo-motori (Wechsler, 1958).
Il *Q.I. verbale*, basato sui risultati ai sei subtest verbali, ci dà un'indicazione della comprensione verbale, dell'abilità ad usare il ragionamento nella risoluzione dei problemi, e della capacità di apprendere materiale verbale.
Il *Q.I. di performance* si basa, invece, sui cinque subtest di performance e ci dà informazioni sull'efficienza e l'integrità dell'organizzazione percettiva del soggetto, sulla sua abilità di ragionamento non verbale, sulla sua capacità di astrazione e di elaborazione del materiale visivo.
Una discrepanza di 20 punti o più, tra Q.I. verbale e Q.I. di performance, viene chiamata *differenza abnorme*; essa va necessariamente valutata perché rappresenta un dato clinico estremamente importante.
In genere, un Q.I. verbale maggiore del Q.I. di performance si riscontra in persone con alto grado di istruzione. In ambito clinico questa condizione è stata ritrovata in soggetti con problemi di coordinazione motoria, con danno cerebrale all'emisfero destro o bilaterale, e in persone con disturbi di tipo schizofrenico o depressivo.
La presenza di un Q.I. di performance maggiore rispetto al Q.I. verbale, è stata riscontrata in persone che svolgono attività tecniche e lavori manuali. In ambito clinico, questa situazione è stata, invece, ritrovata in soggetti con danno all'emisfero sinistro, nel ritardo mentale lieve, nei dislessici, nei disturbi specifici dell'apprendimento e nei soggetti antisociali.
Ad ogni modo, come per tutti gli altri indici della WAIS-R, anche la differenza tra Q.I. verbale e di performance non può essere usata come un unico indice in base al quale formulare una diagnosi, ma solo come un elemento utile e sul quale generare delle ipotesi di lavoro.
C'è da dire, però, che il Q.I. non sempre correla positivamente con il livello di funzionamento sociale, emotivo ed affettivo. Sul piano clinico ci si trova spesso di fron-

te a discrepanze significative tra un elevato Q.I. ed un generale malfunzionamento nella vita quotidiana. È perciò necessario affiancare ad un tipo di analisi quantitativa ed oggettiva, anche un'analisi di tipo qualitativa delle risposte date al test, o delle prestazioni ad altri test non cognitivi.

Rorschach

Lo psichiatra svizzero Hermann Rorschach pubblicò nel 1921 la sua unica opera "Psychodiagnostik", un volume in cui presentava la sintesi di più di dieci anni del suo lavoro con le macchie d'inchiostro.
La modalità d'indagine individuata da Rorschach (Rorschach, 1921) consisteva nel raccogliere le risposte spontanee delle persone di fronte a forme casuali; queste erano state ottenute versando delle gocce di inchiostro su un foglio di carta che, ripiegato, restituiva una figura praticamente simmetrica.
Tra le tante macchie sperimentate, ne scelse dieci in base a specifiche caratteristiche: dovevano essere simmetriche e mediamente complesse, con la proprietà di elicitare un'ampia gamma di risposte. Rorschach intuì, inoltre, che quelle stesse macchie potevano avere un contenuto evocatore specifico, che consentiva di indagare un'area specifica della personalità.
L'atteggiamento di ricerca che animava Rorschach lo spinse a somministrare il test a soggetti normali e patologici, in modo da osservare i diversi approcci delle persone nei confronti delle macchie.
Le Tavole sono tutte su fondo bianco e di diverso colore; in particolare, cinque sono nere con varie gradazioni di grigio, due sono nere e rosse e tre di vari colori pastello. Durante la somministrazione, le Tavole vengono presentate secondo una sequenza standard e non è previsto un tempo definito per la raccolta del test; in linea di massima, esso può durare da un minimo di trenta minuti ad un massimo di novanta, a seconda della rapidità associativa, della produttività del soggetto e dell'abilità del somministratore.
La somministrazione prevede una prima fase di Raccolta delle Risposte ed una successiva di Inchiesta.
Nella fase di Raccolta, vengono trascritte le parole del soggetto il più fedelmente possibile, in modo da registrare non solo tutte le risposte, ma anche le verbalizzazioni che, il più delle volte, possono rivelare degli aspetti peculiari, siano essi tratti clinici o semplici atteggiamenti.
La fase dell'Inchiesta rappresenta la parte più complessa della somministrazione e fa leva sull'abilità e sull'esperienza del somministratore, il quale deve essere in grado di trarre certezze e chiarimenti riguardo alla molteplicità degli elementi che osserva (Cicioni, 2003). L'obiettivo è quello di indagare tutti i fattori che hanno permesso la produzione del percetto, in modo da consentire una corretta siglatura, ovvero, la trasduzione delle risposte del soggetto in un sistema di codifica, che dai tempi di Rorschach è andato ampliandosi e differenziandosi a seconda dei vari Metodi.
In Italia il Metodo della Scuola Romana Rorschach ha avuto larga diffusione e aggiorna continuamente i dati normativi della popolazione italiana nelle risposte al test (Parisi et al.)
Gli elementi della siglatura sono organizzati in cinque categorie, ognuna delle quali indaga un aspetto importante della risposta: la Localizzazione, riguarda la parte della macchia interpretata; le Determinanti, gli elementi della figura che hanno favorito

e determinato la risposta, come ad esempio la forma, l'impressione del movimento, il colore, il chiaroscuro o una qualsiasi combinazione di essi; il Contenuto, ciò che ha visto il soggetto; la Frequenza, la percentuale della presenza della risposta all'interno del campione normativo; le Manifestazioni Particolari, gli eventuali comportamenti di interesse clinico o relativi all'atteggiamento del soggetto rispetto al compito.
Le siglature di tutte le Risposte, variamente computate, confluiscono in indici che rappresentano misurazioni di specifiche caratteristiche psicologiche. Il confronto tra i valori che questi indici assumono nella prestazione del soggetto esaminato, e i valori medi ottenuti dalla popolazione di riferimento agli stessi indici, fornisce i dati fondamentali per l'elaborazione della psicodiagnosi. È importante sottolineare che la ricchezza e la potenza del Rorschach è basata sulla caratteristica statistico-formale del test: la valutazione del protocollo attinge principalmente alla capacità di dare risposte di qualità formale buona e allo scarto dei valori specifici degli indici da quelli di riferimento.
La trasduzione delle siglature in indici è comunemente chiamata Psicogramma o Specchio dei Computi (Parisi e Pes, 1990)

LO SPECCHIO DEI COMPUTI RORSCHACH

Nell'Area Cognitiva vengono riportati tutti gli indici utilizzati per l'analisi dell'intelligenza quantitativa - qualitativa del soggetto, in particolare si prende in esame: la velocità delle interpretazioni, l'esame di realtà, la precisione del pensiero, le attitudini cognitive, la capacità di dar fondo a tutte le proprie energie, il convenzionalismo, il ventaglio degli interessi e l'adattamento al contesto culturale di appartenenza. L'analisi di ogni specifico indice va letto in un quadro generale che conferma o meno un valore attribuito. Infatti, la presenza di alcuni elementi diventa una risorsa per il soggetto, solo se associata a una capacità di dominare le proprie proiezioni, mediante la produzione di risposte di buona qualità formale.

L'Area Affettiva raccoglie tutti gli elementi che definiscono il funzionamento della sfera affettiva. In particolare il Tipo di Vita Interiore, o Erlebnistypus, mette a confronto le potenzialità introversive e quelle extratensive; si tratta di un continuum bidimensionale, in cui compaiono tutte le condizioni possibili, con differenze anche di sfumatura, di un rapporto tra la capacità di autocontrollo, stabilità, da una parte ed empatia e scarica affettiva, dall'altra. Il confronto, poi, dei due Tipi di Vita Interiore, primario e secondario, permette di chiarire se il soggetto si trova in una fase di vita evolutiva, statica o involutiva. Altri indici danno informazione riguardo alla reattività del soggetto di fronte a stimoli affettivi, siano essi pulsionali (II, III) o sociali (VIII, IX, X). Gli Indici di Autocontrollo e Impulsività, letti in una relazione circolare, informano sulla modalità del soggetto di gestire gli impulsi.

Il confronto delle prestazioni alle varie tavole (Nere/Colorate - I/II Metà), permette di osservare e misurare la performance in relazione agli stimoli affettivi e non, nonché la continuità del rendimento. In linea di massima, una caduta della performance nelle Tavole Colore indica un funzionamento nevrotico del pensiero, legato a problemi relazionali, mentre, un cedimento nelle Tavole Nere indirizza verso ipotesi di ordine strutturale. Il confronto tra le due metà del test valuta l'eventuale ansia di prestazione, o l'influenza della stanchezza. Quindi, questo confronto individua la funzionalità dei meccanismi difensivi sotto stress, ed è considerato un buon indice prognostico.

L'analisi dei Contenuti fornisce informazioni sugli interessi della persona, sulla eventuale stereotipia del pensiero (eccesso di risposte animali), sulla qualità delle relazione interpersonali (quantità e qualità delle risposte umane), sui differenti stadi evolutivi del pensiero o differenti caratteristiche di personalità (Giambelluca et alii, 1995): ad esempio, alcuni tipi di risposte evidenziano la presenza di caratteristiche infantili, mentre altre mettono in evidenza una problematica con l'affettività che si mostra fredda e distaccata.

Nell'analisi degli Choc e delle Manifestazioni Particolari è possibile ritrovare elementi qualitativi importanti per identificare i tipi di meccanismi difensivi utilizzati, per valutare il senso di realtà e per definire particolari aree investite di complessità.

L'analisi delle Prove Supplementari, inoltre, permette di sciogliere i dubbi riguardo la siglatura e di arricchire la psicodiagnosi. In modo particolare, la Pinacoteca, in cui si chiede al soggetto di dare un titolo a ogni Tavola, funziona come immediato retest, che permette di verificare la capacità del soggetto di far uso di un pensiero teorico globale e indagare la costanza delle prestazioni, valutando un eventuale miglioramento, che farebbe riferimento all'abilità di gestire l'ansia, o un cedimento, che indicherebbe una caduta dei meccanismi di difesa.

Per quanto attiene alla trattazione specifica di questo capitolo, possiamo riassumere le informazioni utili alla diagnosi differenziale che si possono raccogliere da un protocollo Rorschach:

- la presenza e prevalenza di energie immature o velatamente minacciose che possono, nella condizione attuale della persona, superare la quantità e qualità di controllo emozionale su di esse;
- la struttura dell'Io, valutata in funzione della capacità di un contenimento energetico, della presenza di tratti di dipendenza, delle tendenze alla rigidità e coartazione;
- il livello di reattività verso gli stimoli emozionali e i tratti di scarso controllo su di essi o difficoltà in situazioni emozionalmente stimolanti;
- la tendenza alla negazione dei bisogni affettivi che potrebbe comportare problemi di adattamento;
- il livello o stato di emotività disturbata;

Attraverso la valutazione di questi numerosi aspetti della configurazione dinamica di personalità emersa dal test, si è generalmente in grado di discriminare, dunque, la presenza di un Disturbo di Personalità stabile, che possa giustificare il profilo osservato, differentemente da una condizione derivante da stressors psicosociali.

L' M.M.P.I.-2

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway e McKinley, 1943) è un test di personalità che ha la struttura di un questionario autosomministrato a risposta binaria. Agli item, che riguardano una grande varietà di argomenti, è possibile rispondere contrassegnando la "V" (vero) o la "F" (falso) che seguono ogni frase.
La versione aggiornata (MMPI-2) del test è composto da 567 item, che mediamente comporta per il soggetto esaminato un impegno di circa un'ora e mezza.
La validità e l'attendibilità dei risultati del test dipendono dalle capacità cognitive del soggetto: il livello di istruzione (che deve essere almeno a livello di scuola media inferiore), le capacità di comprensione del contenuto degli item, le capacità di attenzione e di concentrazione, che oltre alla comprensione possono inficiare l'accuratezza della registrazione delle risposte.
"È di estrema importanza che il somministratore del test stia attento alla presenza di una o più condizioni quali: limitata acuità visiva, dislessia o afasia semantica, disturbi dell'apprendimento, intossicazioni da droghe o alcool, stati di astinenza da farmaci o droghe, reazioni di tipo tossico ad agenti infettivi o deliri dovuti a cause organiche, disorientamento causato da lesioni o traumi cerebrali, stati confusionali conseguenti a crisi epilettiche, danni neurologici derivanti da prolungate somministrazioni di farmaci, stati confusionali durante episodi catatonici o allucinatori, marcato rallentamento psicomotorio nelle depressioni maggiori, estrema distraibilità in stati maniacali. Ognuna di queste situazioni determina alterazioni dell'esame di realtà, limitando le capacità del soggetto di far fronte a richieste relativamente semplici, quali quelle di leggere gli item dell'MMPI-2 e di registrare le risposte." (Hathaway e McKinley, 1997, pag.20).
La somministrazione e la correzione dell' MMPI-2 sono relativamente facili e semplici, mentre la sua interpretazione richiede un alto livello di competenza sia sul piano psicometrico che clinico.

Lo scoring può essere effettuato sia mediante computer che manualmente. Per il calcolo dei punteggi grezzi che concernono le scale di validità, cliniche e di contenuto, ci si avvale delle apposite griglie di correzione da applicare manualmente sul libretto per la raccolta delle risposte, o di programmi di elaborazione automatica specifici distribuiti dall'editore del test. Mediante tabelle di conversione o di stampati predisposti, i punteggi grezzi vengono trasformati in punteggi temperati (punti T) e visualizzati graficamente tramite un diagramma che fornisce un riassunto visivo delle elevazioni delle scale.
I punti T sono il risultato di una equazione che fa sì che la media ottenuta dal campione normativo ad ogni determinata scala corrisponda a 50, mentre il punteggio di 65, che viene considerato il cut-off oltre il quale si evidenzia una tendenza patologica, corrisponde al 92° centile della distribuzione dei punteggi grezzi nella stessa popolazione di riferimento.

LE SCALE DI VALIDITÀ

Un problema fondamentale dei questionari di personalità è costituito dalla facilità con cui potrebbero essere inficiati da chi ne avesse interesse, rispondendo in modo non veritiero o anche con non sufficiente attenzione. Per ridurre questo pericolo, sono state messe a punto delle misure della validità dei risultati mediante apposite scale.
L (Lie). Questa scala è volta ad individuare la tendenza a dare una immagine di sé migliorativa. Da ciò potrebbe derivare un abbassamento dei valori riscontrati alle scale cliniche.
F (Infrequency scale). La scala F rileva sintomi poco frequenti nella popolazione generale, ad es. sensazioni bizzarre, pensieri insoliti, esperienze strane, ecc. L'elevazione di questa scala, pertanto, costituisce un indice approssimativo di disagio psicologico.
Fb (Back F). La scala FB è composta da item, selezionati specificatamente per la versione 2 del MMPI con criteri analoghi a quelli utilizzati per la scala F per estendere il tipo di valutazione compiuto dalla scala F alla seconda parte del test.
K (Correction). è una scala creata empiricamente per individuare le difese messe in atto da quelle persone che pur riportando una psicopatologia significativa ottengono punteggi normali nelle scale cliniche. Essa è principalmente una scala di validità, ma fornisce informazioni anche sulla forza dell'Io, sul contatto con la realtà, sulle capacità di coping, sulle difese, sull'attenzione e sull'atteggiamento verso il test.
Non So (?). è una scala costituita dal numero di item a cui il paziente non dà una risposta, o a cui dà entrambe le risposte "vero" e "falso". Fino a 5 omissioni il test rientra nel range della normalità. Se l'omissione riguarda anche soli 10 item può causare una distorsione nell'elevazione delle scale; l'omissione di più di 30 item rende il test non valido.
VRIN (Variable Response Inconsistency Scale). La scala VRIN misura la tendenza a rispondere senza considerare il contenuto dell'item. È composta da coppie di item che hanno contenuto simile o opposto. Un numero elevato di risposte incoerenti va attribuito, pertanto, alla difficoltà di capire le domande più che alla mancanza di collaborazione da parte del soggetto, e ciò può rendere il profilo non interpretabile.
TRIN (True Response Inconsistency Scale). La Scala TRIN valuta la tendenza a rispondere in maniera incoerente agli item che dovrebbero avere risposta coerente, inoltre considera la tendenza a fornire un tipo di risposta (vero o falso) in modo indiscriminato, senza dare attenzione al contenuto dell'item. Il punteggio della scala TRIN è accompagnato dalla lettera "V" o con una "F" che indicano la direzione dell'incoerenza alla risposta .
Per entrambe le scale di incoerenza, un punteggio T uguale o superiore a 80 rende l'incoerenza evidente; tra 70 e 79 il punteggio va considerato a rischio.

LE SCALE CLINICHE (O DI BASE)

L'inventario Minnesota ha trovato la prima applicazione nella misurazione di tratti patologici riferibili a specifiche sindromi cliniche. La selezione di item in grado di differenziare soggetti normali da specifici gruppi clinici ha dato vita alle scale cliniche. In seguito si è riscontrato che queste scale, più che essere indicative dell'appartenenza dell'esaminando ad una categoria psichiatrica, mettevano in evidenza variabili psicologiche coinvolte in quelle sindromi di cui prendono il nome.

Hs ("Hypochondriasis" = Ipocondria): sintomatologia somatica non specifica, preoccupazione generale per il proprio corpo e la propria salute, ma anche egocentrismo;

D ("Depression" = Depressione): depressione sintomatica, pessimismo estremo, disperazione, basso tono dell'umore, perdita di interesse per la vita, bassa autostima, ma eccessivo senso del dovere e intrapunitività.

Hy ("Hysteria" = isteria): disturbi sensoriali o motori per i quali non è stata riscontrata nessuna base organica; specifici disturbi fisici o stati di agitazione; ma anche negazione di problemi psicologici, mancanza di ansia sociale.

Pd ("Psychopatic deviate" = deviazione psicopatica): quadro psicopatologico caratterizzato da mancanza di controllo emotivo, disinteresse per le norme sociali e morali di condotta, aggressività e incapacità di stabilire rapporti interpersonali.

Mf ("masculinity-femininity" = mascolinità/femminilità): non è considerata una scala clinica in senso stretto; gli item riguardano reazioni emotive, interessi, atteggiamenti che di solito differenziano uomini e donne.

Pa ("paranoia" = paranoia): sintomi paranoidi, ipersensibilità nei rapporti interpersonali, sospettosità, idee di riferimento o di persecuzione.

Pt ("psychastenia" = psicastenia): stati generalizzati d'ansia e preoccupazione, atteggiamento autocritico in caso di insuccesso, controllo dei propri impulsi, fobie, comportamenti caratterizzati da sentimenti di colpa e incapacità decisionale e fanno riferimento all'attuale designazione di disturbo ossessivo compulsivo.

Sc ("schizophrenia" = schizofrenia): il contenuto degli item riguarda una ampia varietà di idee, convinzioni, esperienze e percezioni insolite che sono caratteristiche di tali pazienti. Include anche episodi di delirio e di allucinazione.

Ma ("hypomania" = ipomania): prende in considerazione aspetti comportamentali e caratteristiche psicologiche connesse con disturbi maniaco-depressivi. Gli item si riferiscono a ambizione eccessiva, estroversione ipereccitabilità emotiva, elevati livelli di aspirazione.

Si ("social introversion" = introversione sociale): gli item riguardano livelli crescenti di timidezza sociale, tendenza all'isolamento e all'introversione, sentimenti di inferiorità. Anche questa scala, così come la scala 5, non è una scala clinica in senso stretto.

LE SCALE SUPPLEMENTARI

Il MMPI-2 è un sistema aperto, che consente agli studiosi di individuare insiemi di item (scale) capaci di misurare nuovi tratti o caratteristiche di personalità. Le scale supplementari sono state sviluppate nel corso della storia del test proprio a questo scopo.
Sebbene nella letteratura ormai siano disponibili decine di scale di questo tipo, per l'edizione italiana del test sono disponibili le seguenti:

O-H (ostilità ipercontrollata): questa scala è una misura della capacità di tollerare situazioni frustranti. Tuttavia persone con punteggi elevati possono anche avere risposte aggressive esagerate pur in assenza di una esplicita provocazione.

MDS (scala di disagio coniugale): indaga la qualità della relazione di coppia mettendone in evidenza un eventuale disagio e la presenza dei contrasti.

PK (scala di Disturbo Post-Traumatico da Stress): mette in evidenza la presenza di stress acuto.
MAC-R (scala MacAndrew di alcoolismo rivista): misura la propensione generale verso la dipendenza da sostanze e non solo dall'alcol.

APS (scala di tossicodipendenza potenziale): individua la presenza di caratteristiche psicologiche associate a dipendenza da sostanze. Nessun item infatti contiene riferimenti espliciti all'abuso di alcool o di droghe.

AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza): contiene esplicitamente item che fanno riferimento all'abuso di sostanze tossiche.

LE SCALE DI CONTENUTO

La versione 2 del test, ha introdotto 15 nuove scale, denominate di "contenuto". Queste scale hanno dimostrato la loro validità nel descrivere e nel predire aspetti specifici della personalità o del funzionamento sociale, grazie anche al loro contenuto omogeneo.

ANX (ansia): misura la presenza di sintomi d'ansia: tensione, disturbi del sonno, preoccupazioni e scarsa concentrazione. Le persone con alti punteggi a questa scala sembrano consapevoli del loro disagio e lo ammettono senza difficoltà.

FRS (paure): la persona con un elevato punteggio a questa scala manifesta molte paure specifiche.

OBS (ossessività): chi ottiene alti punteggi manifesta grande difficoltà nel prendere decisioni, la tendenza a rimuginare eccessivamente. I cambiamenti li rendono inquieti e possono riferire comportamenti compulsivi come ad esempio collezionare cose senza valore.

DEP (depressione): punteggi elevati in questa scala caratterizzano le persone con pensieri significativamente depressivi. Queste persone riferiscono di sentirsi malinconiche, incerte sul proprio futuro, indifferenti verso la vita. Sono infelici, piangono facilmente, possono riferire pensieri di suicidio o desiderio di morire.

HEA (preoccupazione per la propria salute): le persone con alti punteggi sono preoccupati per la propria salute e presentano problemi somatici a diversi livelli.

BIZ (ideazione bizzarra): questa scala riguarda contenuti connessi a processi di pensiero di tipo psicotico. Questi soggetti possono riferire allucinazioni uditive, visive o olfattive e riconoscere che i loro pensieri sono strani e peculiari.

ANG (rabbia): misura la difficoltà nel controllo della rabbia. Le persone che ottengono un alto punteggio tendono ad essere irritabili, insofferenti, scontrose, impulsive.

CYN (cinismo): misura la tendenza alla misantropia, al sospetto e alla diffidenza, anche nei confronti delle persone vicine.

ASP (comportamenti antisociali): gli individui con alto punteggio riferiscono comportamenti e atteggiamenti antisociali che potrebbero averli portati ad avere problemi con la legge.

TPA (tipo A): descrive persone ipermotivate, impulsive, irritabili, impazienti, che danno molta importanza al successo sul lavoro.

LSE (bassa autostima): punteggi elevati in questa scala indicano persone con autopercezione negativa, bassa stima e atteggiamenti negativi nei confronti di se sé stessi.

SOD (disagio sociale): le persone con alto punteggio nella scala SOD, quando sono tra la gente si sentono imbarazzate e inadeguate, per cui preferiscono stare per conto proprio.

FAM (problemi familiari): misura la tendenza a trovarsi a disagio all'interno della propria famiglia, che viene descritta come priva di amore e litigiosa.

WRK (difficoltà sul lavoro): evidenzia la presenza di scarsa fiducia in sé stessi, difficoltà di concentrazione, ossessività, tensione, difficoltà nel prendere decisioni, fattori questi che possono contribuire a prestazioni lavorative scadenti.

TRT (indicatori di difficoltà di trattamento): è connessa con atteggiamenti negativi verso il cambiamento e l'accettazione di aiuto da parte degli altri.

Principi dell'interpretazione

La valutazione della validità dei profili MMPI-2 ha lo scopo di misurare la presenza di quei fattori che possono indurre il soggetto, in modo più o meno consapevole, a dare risposte al test che ne riducano il valore diagnostico. Quando questi fattori superano certi limiti, il profilo non è valido e o non è in grado di fornire informazioni attendibili sulla personalità e sulle difficoltà psicologiche dei soggetti esaminati, o lo è solo in parte (Del Castello, D'Amore, et al., 2003).
La Scala L, insieme alla F e alla K, sono considerate le tre scale di validità classiche, indispensabili nell'aiutare il clinico a capire l'atteggiamento con cui il soggetto ha approcciato il test.
In base a ciò possono delinearsi vari tipi di configurazioni.
La configurazione che si riscontra abitualmente è quella in cui le scale L e K hanno un punteggio T inferiore a 65, mentre quella F un punteggio T uguale o maggiore di 65. Le persone che presentano questo tipo di configurazione sono quelle che riconoscono di avere difficoltà personali ed emotive e di solito, proprio perché sentono forte questo disagio, si rivolgono agli specialisti per chiedere sostegno e aiuto. Un'elevazione spiccata della scala F indica che il paziente si sente oberato dai suoi problemi fino ad esasperare la sintomatologia sperando in un aiuto immediato.
Rivela anche che spesso il soggetto può giungere persino a simulare la presenza di una vera e propria patologia per trarne vantaggi ulteriori, ma c'è bisogno di una valutazione delle altre scale specifiche per smascherare il comportamento di chi utilizza questo sistema.
Generalmente quando si è in presenza di questa configurazione si può delineare una prognosi favorevole, ma solo se il punteggio T della scala F non è superiore a 90-100, e quello della scala K non è inferiore a 35.
Un altro tipo di configurazione è quello in cui le scale L e K hanno un punteggio T di 60-65, e quella F inferiore a 50. Le persone le cui risposte risultano organizzate in questo modo sono coloro che, nel tentativo di mostrare una immagine sociale accettabile tendono a evitare o a negare sentimenti inaccettabili.
Può spesso accadere che si presenti la configurazione caratterizzata dalla scala L con un punteggio T inferiore a quello della F, e quello di F inferiore a quello della K. In valore assoluto la L ha un punteggio T di circa 40, la F 50-55 e la K 60-70, indicativa di persone che hanno le capacità specifiche per rimediare ai propri problemi.
Inoltre bisogna considerare la configurazione che prevede la scala L più elevata della F, e la F più della K. La L ha un punteggio T di 65, la F di circa 50, invece la K 40-45. In questo caso abbiamo davanti un soggetto inesperto e rozzo che tuttavia vorrebbe alterare la propria immagine offrendone una migliore di quella reale; spesso si può riscontrare in persone che provengono da una condizione socio-economica e culturale bassa con cui sarebbe difficile intraprendere un percorso psicologico.

Le configurazione delle scale cliniche: i tipi di codice

Secondo l'interpretazione classica del MMPI è previsto lo studio delle elevazioni di ogni scala clinica, nella convinzione che ciascun punteggio possa essere asso-

ciato ad un significato psicologico. Poteva però accadere che la combinazione delle indicazioni ricavate, era indice di affermazioni contraddittorie (Butcher e Williams, 1992) e per questo si è dimostrato come sia possibile associare con maggiore sicurezza specifiche configurazioni di profili MMPI a quadri di personalità determinati.
"Tali configurazioni, vengono definite "tipi di codice" (codetype), o semplicemente codici. Sono degli indici riassuntivi che individuano le 2 o 3 scale cliniche più elevate che abbiano un punteggio temperato (T) di almeno 65. Il nome dei codici viene attribuito in base al numero identificativo delle scale cliniche coinvolte: se, ad esempio, le scale più elevate sono la D (Depressione) e la Pt (Psicastenia), il codice è "2-7/7-2" (Del Castello et al., 2003). La ripetizione in senso inverso della numerazione informa che, le indicazioni diagnostiche che ne possiamo ricavare restano valide, qualunque sia la scala più elevata tra le due considerate. Nel caso in cui una sola scala si eleva oltre i 65 punti T, la configurazione viene definita Spike, con il numero identificativo della scala interessata: ad esempio, Spike 4 definisce la configurazione in cui solo la scala Pd (Deviazione Psicopatica) si eleva oltre il cut-off" (Del Castello et al., 2003).
Il tipo di codice individuato mostra la presenza di comportamenti, sintomi e tratti di personalità definiti. Al contrario, l'elevazione delle scale coinvolte, può ritenersi importante nel prevedere l'intensità e la gravità dei sintomi. Di conseguenza, tanto più un profilo risulta elevato, tanto più la psicopatologia evinta dal codice è estesa e invalidante. Può capitare che i profili i cui punteggi rientrano nella norma, indicando in generale l'assenza di un disturbo, spesso, invece siano determinati dalla presenza di difese eccessive, espresse mediante l'elevazione della scala K oltre i 65 punti T (Freidman et al., 2001).
Bisogna anche fare una distinzione tra codici definiti e non definiti. Si può contraddistinguere un codice definito nel momento in cui il punteggio della scala meno elevata al suo interno supera di almeno 5 punti la scala successiva. Ad esempio, se tra due scale una supera di almeno 5 punti tutte le altre scale cliniche, allora il codice è definito. Se invece una o più, delle rimanenti scale cliniche, si differenzia per meno di 5 punti dalla scala meno elevata del codice, allora il codice si considera non definito. L'interpretazione dei codici definiti si basa sulla attinenza sicura data dalle indicazioni diagnostiche individuate dalla ricerca e raccolte nei manuali interpretativi. Tali indicazioni non sono ancora specifiche quando il codice non è definito, di conseguenza sarà necessario attuare un metodo più complesso.
Nonostante alla base di ogni interpretazione del MMPI-2 ci sia l'identificazione di un codice, bisogna considerare l'importanza che assumono le altre fasi interpretative che considerano le scale di contenuto, quelle supplementari e gli item critici (Butcher e Williams 1992; Greene 2000; Freidman et al., 2001), che possono più o meno concordare con la prima interpretazione. Nel caso in cui dovessero esserci contraddizioni, allora il clinico dovrà riuscire ad integrarle in un quadro coerente.
Nel contesto della valutazione del danno psichico da costrittività organizzativa e mobbing, sono interessanti i rilievi emersi ad alcune scale che consentono in particolare di verificare la presenza di:

- Ansia: il livello di stress, disagio o stato emotivo turbato e sintomi generali di ansia, problemi somatici, difficoltà di sonno e concentrazione;

- Repressione: il livello di convenzionalità, sottomissione e tendenza ad evitare situazioni spiacevoli;
- Preoccupazioni per la salute: espresse con lamentele circa sintomi fisici su tutto il corpo;
- Ostilità ipercontrollata: intesa come capacità di tollerare la frustrazione;
- Disturbo da stress post-traumatico;
- Rabbia, in termini di problemi di controllo della rabbia;
- Bassa autostima, caratteristica di persone con bassa opinione di sé;
- Difficoltà di lavoro, compresi eventuali contrasti sul lavoro;
- Disagio sociale, il disagio a stare in gruppo;
- Personalità di Tipo A: configurazione di personalità ipermotivata nel contesto lavorativo e per questo suscettibile di maggiore stress ambientale.

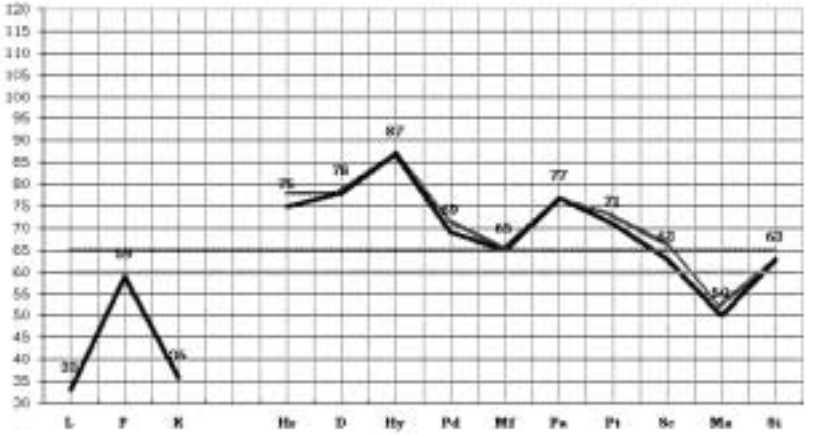
La capacità dell'MMPI-2 di discriminare la popolazione normale da soggetti con patologie psichiatriche e da soggetti con "malattia professionale" è riscontrabile attraverso l'analisi di numerose casistiche che evidenziano come le risposte alle scale del questionario variano notevolmente di intensità patologica tra i tre gruppi di soggetti considerati. Infatti, i soggetti mobbizzati ottengono frequentemente livelli molto alti alle scale descritte finora, con punteggi che si differenziano in maniera significativa da quelli ottenuti da soggetti con altri problemi psichici o da persone che non presentano alcun disturbo.

Un esempio: il referto MMPI-2 del Sig. Giovannelli

Il Sig. Giovannelli è un dirigente d'azienda di mezza età, sposato. Si è rivolto allo psichiatra per una sindrome ansioso-depressiva scaturita a seguito di una situazione gravemente stressante in ambiente di lavoro. La valutazione socio-ambientale della problematica ha consentito di riconoscere in tale situazione un caso tipico di mobbing (Pappone 2003).
Quello a pagina seguente è il referto psicodiagnostico scaturito dalla somministrazione del MMPI-2.

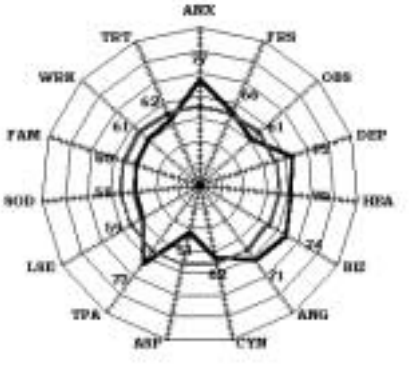
Nome e Cognome: **Sig. Giovannelli** Data di somministrazione:

Scale di base con e senza correzione K



Scale	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Punti T con K	33	59	36	75	78	87	69	65	77	71	63	50	63
Punti senza K				78	78	87	72	65	77	73	66	52	63
Correzione K				5			4			9	9	2	
Punti Grezzi	1	10	9	19	35	38	27	33	20	31	28	18	36
Item Omessi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P. G. corretti	1	10	9	19	35	38	27	33	20	31	28	18	36

Scale di contenuto



Scale	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
Punti T	77	66	61	73	70	74	71	62	51	73	59	58	60	61	62
Punti Grezzi	17	10	8	19	16	11	11	17	9	16	9	11	9	14	11
Item Omessi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

I punteggi ottenuti alle scale di validità indicano che il Sig. Giovannelli ha collaborato pienamente alla valutazione rispondendo coerentemente (VRIN = 56; TRIN = 55F; F-Fb = 1) a tutti gli item del questionario (Item omessi = 0). Per quanto riguarda l'accuratezza delle risposte, va segnalata l'assenza di indizi di esagerazione della patologia (F = 59; Fb = 68), né di una eventuale sua dissimulazione (F-K = 1; L = 33; K = 36). Piuttosto, i valori estremamente bassi della L, mettono in evidenza la scarsa preoccupazione che il soggetto ha nei confronti del dover dare un'immagine negativa di sé. L'altrettanto basso valore della K mette invece in evidenza l'attuale mancanza di risorse personali di cui il soggetto dispone per far fronte alle difficoltà della sua vita.
Il profilo che emerge dalle risposte al questionario, quindi, può essere considerato valido e attendibile.
Il Sig. Giovannelli ha evidenziato un notevole livello di disagio psicologico (Media delle scale cliniche = 71,3), caratterizzato principalmente da una modalità di funzionamento di tipo "nevrotico" (Neurotic score=80; Psychotic score=65,3; Indice di Goldberg = 15), in cui la difesa della somatizzazione assume un ruolo centrale (Indice di somatizzazione = 13).
I punteggi elevati oltre il limite normale, sono stati ottenuti nelle seguenti scale cliniche: Hy (87), D (78), Pa (77), Hs (75), Pt (71), Pd (69) e Mf (65); si delinea, così, un codice 2 3/3 2 (non definito).
La maggiore elevazione della scala 3 (Hy) seguita dalla scala 2 (D), indica che il Sig. Giovannelli lamenta una grande quantità di malessere e sintomi somatici, associati abitualmente ad ansia e depressione dell'umore, nonché al tentativo di reprimere le proprie emozioni. La repressione, infatti, così come anche l'inibizione e il bisogno di approvazione nelle situazioni interpersonali sono tutte caratteristiche tipiche delle persone che presentano questo profilo.
Queste persone, quando di sesso maschile, vivono abitualmente in un palese stato di disordine emozionale, caratterizzato da ansia ed umore depresso, nel quale ai sintomi fisici si associa spesso una incapacità a concentrarsi che si scontra con un'altra fondamentale caratteristica di personalità descritta in letteratura (Friedman et al., 2001): l'ambizione, la coscienziosità e la serietà con cui si assumono le proprie responsabilità, soprattutto in ambito lavorativo. Sono preoccupati di non emergere dalla massa e non ammettono nemmeno con sé stessi le difficoltà interpersonali e gli impulsi inaccettabili.
Le persone che, come il Sig. Giovannelli, ottengono punteggi elevati contemporaneamente alla scala 3 e alla scala 6 (Pa), sono estremamente sensibili a qualsiasi cosa possa essere interpretata come una critica e sono estremamente consapevoli del proprio ruolo sociale. Il loro tipico modo di presentarsi, gentile e controllato, tradisce il loro desiderio di approvazione, anche se dietro l'apparenza cordiale è possibile ritrovare la sfiducia, la tensione e la sospettosità che li caratterizzano.
Tuttavia, queste persone tendono a negare a sé stessi i propri sentimenti ostili e a viverli come egosintonici, cioè a razionalizzarli e a giustificarli come una protezione nei rapporti interpersonali. Di conseguenza, al di là dell'atteggiamento collaborativo che mostrano in superficie, possono covare a lungo rabbia e risentimento nei confronti del proprio contesto relazionale.
L'elevazione significativa della scala 6 sottolinea la rilevanza nel profilo di personalità del Sig. Giovannelli, della estrema sensibilità alla critica, l'aderenza a valori rigidi e la tendenza ad usare la proiezione come meccanismo di difesa primario.
L'organizzazione difensiva del soggetto quindi può essere vista come un alternarsi

della repressione e del controllo delle emozioni che sfocia nella somatizzazione dell'ansia che si realizza nelle cefalee e nei disturbi gastrointestinali lamentati (Item Critici di Lachar e Wrobel, Sintomi Somatici), e della proiezione che porta il soggetto ad attribuire le proprie crisi di ansia agli altri.
Questi individui hanno aspettative molto alte sia nei confronti di sé stessi che degli altri che lo circondano, usano il proprio severo giudizio morale per controllare gli altri, rendendo difficile agli altri la loro convivenza a causa del proprio atteggiamento autocentrato e difeso.
La gestione della rabbia è un problema centrale in questo profilo di personalità. Come ci si può aspettare da una persona che cerca l'approvazione e teme le critiche, la negazione della propria rabbia e l'accumulo del risentimento in una forma razionalizzata è una costante nella vita di questa persona. Il rischio di una perdita di controllo deve essere tenuto presente. L'elevazione maggiore della scala 3 rispetto alla 6, indica che questa persona ha una consapevolezza molto scarsa della propria rabbia, anche se all'esterno può essere molto evidente, così come è evidente il suo egocentrismo. Tuttavia questo profilo è più quello della rassegnazione che della lotta per il potere.
L'elevazione della scala 2 indica, in questo contesto, che l'individuo manifesta periodi di autocommiserazione rabbiosa e sentimenti di essere stato trattato ingiustamente. Questo innesca una profezia che si autodetermina, in quanto il suo risentimento induce altrettanto risentimento negli altri e questo a sua volta lo conferma nella sua convinzione di essere trattato ingiustamente.
La depressione dell'umore che ne deriva è caratterizzata da preoccupazione, sentimenti di inferiorità, stanchezza e mancanza di energia, nonché ruminazione e difficoltà di concentrazione. È amareggiato e si sente intrappolato nella propria situazione attuale (Scale 2 e 6). Le capacità di coping sono scarse e le difficoltà interpersonali sono caratterizzate dalla tendenza a fraintendere le intenzioni degli altri ed ad accumulare risentimento. Le sue relazioni sono ostacolate dalla sua tendenza ad essere rigido e critico, forse come difesa contro l'essere criticato e giudicato. Pertanto può giungere a conclusioni errate, ritrovare significati ostili in situazioni neutrali, e adottare un atteggiamento di chiusura e di rifiuto nei confronti degli altri nel tentativo di prevenire un eventuale rifiuto da parte di questi ultimi nei suoi confronti.
L'immagine di sé che il Sig. Giovannelli fornisce rispondendo agli item delle scale di contenuto è quella di una persona fortemente ansiosa (ANX=77) e depressa (DEP=73), con numerose preoccupazioni per la propria salute (HEA=70) e qualche reazione fobica (FRS=66). Questo stato emotivo risulta essere correlato ad una ideazione che risulta essere bizzarra (BIZ=74) nel vissuto persecutorio che essa denuncia e che quindi corrisponde ad una consapevole valutazione che il soggetto fa della propria situazione. In questo quadro, il contributo fornito dalle scale ANG (=71) e TPA (=73), è quello di arricchire il profilo con un vissuto di irritabilità, impazienza e scarsa tolleranza delle frustrazioni.
Le scale FAM (=60) e MDS(=52), escludono la presenza di conflitti sia all'interno della famiglia attuale che di quella di origine, rinviando la problematica relazionale ad un contesto extrafamiliare.

Altre scale di valutazione

A differenza dei questionari e dei reattivi, la scale di valutazione servono fondamentalmente a sistematizzare e a definire in modo semi-quantitativo i dati emer-

genti dall'esame clinico. Tra quelle di largo impiego, tornano utili nell'ambito della valutazione delle conseguenze dello stress psicosociale, la Scala di Hamilton per la Depressione, la scala di Zung per la depressione, le scala di valutazione dell'ansia (Zung, STAI - State-Trait Anxiety Inventory). Questi strumenti possono essere affiancati agli altri per la gestione della procedura di diagnosi differenziale.
La scala di Hamilton: l'obiettivo della scala è la valutazione della depressione grave. I criteri di valutazione sono, per la maggior parte degli item, la risultante dell'integrazione tra l'osservazione obiettiva e la percezione soggettiva dei sintomi, sebbene il giudizio sul livello di gravità provenga prevalentemente dalla valutazione obiettiva. Dall'esperienza clinica con i soggetti mobbizzati, si è riscontrato che i livelli di questo gruppo di pazienti sono molto elevati in rapporto a sintomatologie riferibili a disturbi del sonno, a rallentamento psicomotorio e ad ansia e somatizzazione.
Oltre alla valutazione oggettiva dei livelli di depressione e di ansia valutabili attraverso le scale Zung, che consentono in maniera piuttosto semplice ed automatica di stabilirne i livelli di gravità a partire dall'autovalutazione del paziente, è possibile verificare quanto la presenza di stati ansiosi possa essere riconducibile a tratti stabili della personalità o a eventi contingenti nella vita della persona che in quel momento viene sottoposto a valutazione. Tali informazioni vengono raccolte attraverso la somministrazione della *STAI*, scala di valutazione dell'ansia "di stato" e "di tratto", in cui viene chiesto al soggetto rispondente di descrivere le proprie reazioni a generici eventi di vita in maniera *abituale* o nel *momento attuale* di vita che sta attraversando; tale informazione può confermare o escludere una relazione temporale tra eventi stressogeni esterni e la reazione ansiosa emersa.
In questo gruppo va annoverata anche la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF). Il sistema di classificazione delle malattie psichiatriche prevede un giudizio di gravità della condizione patologica che viene espresso con un valore da 100 a 1. Dove 100 corrisponde al 100% di funzionalità psichica. Quanto più il valore è basso, tanto più è compromessa la funzionalità del soggetto. La scala è divisa in 10 intervalli e per ciascuno di essi viene data una definizione basata sulla presenza di sintomi e sulla descrizione del grado di compromissione sociale, che permette abbastanza agevolmente di rendere omogenei i giudizi di gravità. Nel 1996 è stato proposto da Walter Brondolo e Antonio Marigliano l'uso di questa scala nella valutazione quantitativa del danno psichico in sede medico legale.
Riportiamo infine un riassunto schematico (Tab.6) di alcuni degli ulteriori strumenti di valutazione psicodiagnostica che, a seconda dell'attinenza al caso specifico, possono risultare utili per l'integrazione dell'esame psichico obiettivo in contesto medico-legale, rimandando ad una trattazione più specifica le informazioni attinenti a ciascun test o questionario indicato.

Tabella 6 - Strumenti psicodiagnostici ulteriori per finalità medico-legali.
(cfr; Boncori, 1993)

Indicazioni	Denominazione	Caratteristiche	Riferimenti biobliografici
Sintomi psicosomatici	Questionario Psicofisiologico (QPF)	Inventario di 64 items, ciascuno dei quali menziona un sintomo somatico senza base organica e chiede di valutarne la frequenza su una scala a 4 livelli.	Pancheri e Chiari, 1986
Questionario di personalità	Inventario del Mondo esperienziale *(EWI, Experiential World Inventory)*	Questionario riguardante 8 aree principali: Percezione sensoriale, Percezione del tempo, Percezione del corpo, Percezione di sé, Percezione degli altri, Pensiero, Disforia, Pulsionalità; e 4 aree secondarie: Iperestesia, Ipoestesia, Euforia e Ansietà. Le domande sono afferma-zioni in prima persona che esprimono esperienze di vita interiore tratte da colloqui di pazienti, alle quali il sogget-to deve dire se è da lui condivisa.	Bonneau e El Meligi,1974; Calvi, Mazzarini, Padovani, 1979.
	Maudsley Personality Inventory (MPI)	Questionario che valuta la Estra-ver-sione-Introversione e Neuroticismo tramite 48 items, tratti in gran parte dai questionari di Guilford	Eysenck, 1964.
	Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)	Questionario di personalità di 175 items a risposta vero-falso. La valutazione si articola in 20 scale: 8 su disordini di personalità (Schizoide, Sfuggente, Dipen-dente, Istrionico, Narcisistico, Antisociale, Compulsivo, Passivo-Aggressivo), 3 su sinto-mi gravi di personalità (Schizofrenico, Paranoide e Borderline), 6 su sindromi cliniche importanti (Ansietà, Somatizzazioni, Ipomania, Distimia, Abuso Alcolico e Abuso di droghe), e 3 a sindro-mi psicotiche (Pensiero psicotico, Depressione psicotica e Delirio Psicotico).	Millon, 1982.
Scale di valutazione per Ansia e Depres-sione	Beck Depression Inventory (BDI)	È composta di 21 items descrittivi di sintomi e di atteggiamenti dedotti da osservazioni condotte nel corso di psicoterapie psicoanalitiche con pazienti depressi. In base al numero, alla frequenza ed alla intensità dei sintomi si ottiene una valutazione della profondità della depressione. Si basa sulla teoria cognitivista secondo cui alla base della depressione vi siano strutturazioni cognitive inadeguate.	Beck e altri, 1961.
Scala di valutazione di Aggressività e Intensità emotiva	Scale di irritabilità e Suscettibilità emotiva	Due scale che valutano l'ostilità, l'irritabilità e la suscettibilità, quali componenti di sindromi depressive o di reazioni da stress che possono originare rischi coronarici.	Caprara, 1983.

segue: Tabella 6

Indicazioni	Denominazione	Caratteristiche	Riferimenti biobliografici
Valutazione delle risposte da stress	Stress Symptom Rating Scale	Quantifica l'intensità delle reazioni da stress in modo relativamente indipendente dalla qualità degli stimuli stressanti	Heilbrun e Pepe, 1985.
	Symptom Rating Test	Questionario sintomatologico di disagio psichico, che consta di 30 quesiti, tutti descrittivi di sintomi di malessere a cui si risponde in base ad una scala a 4 livelli. Si può scegliere tra la forma "settimanale" e la forma "giornaliera". I punteggi misurano Ansia, Depressione, Somatizzazione e Inadeguatezza.	Fava e Kellner, 1982.
Test semistrutturato	Wartegg Zeichen Test (WZT)	Propone una tavola a sfondo nero al cui interno ci sono otto riquadri con frammenti di linee da far completare al soggetto rispondente, in modo da formare otto disegni rappresentativi di qualcosa. Ne emerge un profilo caratterologico in funzione della teoria caratterologica-personologica di Lersch (1952).	Wartegg, 1939.
Test proiettivi di personalità	Thematic Apperception Test (Test di Appercezione Tematica)	Consta di 20 tavole di cui le prime 10 si riferiscono a situazioni di vita quotidiana mentre le successive a situazioni "strane" o insolite. Dall'analisi del tema emergente dal soggetto si ottiene una descrizione qualitativa delle caratteristiche personali in riferimento alla teoria psicodinamica dell'autore.	Murray, 1943.
	Reattivi grafici: Test della Figura umana di Machover; Test della Famiglia di Corman; Test dell'Albero di Koch	Prove di disegno a partire da un foglio bianco, che consentono di studiare la personalità rispetto al funzionamento dei diversi livelli strutturali e dinamici della psiche (Es, Io, Super-Io, Sé, ecc.).	Machover, 1949. Corman, 1967. Koch, 1949.

Allegato 1 alla circ. n. 71/2003

RELAZIONE DEL COMITATO SCIENTIFICO NOMINATO A SEGUITO DI DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'INAIL DEL 26 LUGLIO 2001 N. 473/2001 SU MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA STRESS E DISAGIO LAVORATIVO, COMPRESO IL "MOBBING".

1. Introduzione

Con Delibera n. 473 del 26 luglio 2001 il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto ha approvato l'iniziativa tesa a definire percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress dell'ambiente di lavoro, compreso il cosiddetto "mobbing".

In base alla sentenza n. 179/1988 – che integrando l'art. 3 del T.U. ha introdotto il c.d. "sistema misto" nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali estendendo la tutela a tutte le malattie di cui sia dimostrata, con onere della prova a carico del lavoratore, **la causa di lavoro** – e all'art, 10, comma IV, del D. Lgs. n. 38/2000, le patologie in questione possono formare oggetto della tutela assicurativa in ambito INAIL.

Il Presidente dell'INAIL, su proposta del Direttore Generale, ha costituito il Comitato Scientifico nominando sei membri esterni all'Istituto –esperti in Medicina del Lavoro, in Medicina Legale, in Psicologia del lavoro, in Psicopatologia Forense– assieme ai responsabili delle funzioni centrali della Direzione Centrale Prestazioni, della Sovrintendenza Medica Generale e dell'Avvocatura Generale.

Al Comitato veniva affidato il compito di effettuare uno studio in tema di "malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il "mobbing", finalizzato alla definizione di un percorso metodologico per consentire

l'accertamento del rischio e la conseguente diagnosi eziologica e medico-legale da parte dell'Istituto, percorso che prevede, come per le altre malattie professionali non tabellate (cfr. circolare INAIL n. 80/97) e fermo restando l'obbligo dell'assicurato di produrre tutta la documentazione idonea a supportare la propria richiesta, il potere-dovere dell'Istituto di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

Nel corso delle riunioni tenutesi presso la sede centrale dell'INAIL, seguite da separate elaborazioni dei singoli componenti del Comitato, si sono discussi gli indirizzi relativi a linee guida per gli accertamenti in caso di denuncia di malattia professionale non tabellata che l'assicurato addebiti a stress lavorativo.

Alla luce della sentenza citata, interpretata anche in relazione all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi e della accresciuta attenzione, anche legislativa, ai profili di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, **si è ritenuto dunque che il rischio tecnopatico assicurativamente rilevante sia non solo quello collegato alla nocività delle lavorazioni, tabellate e non, ma anche quello riconducibile a particolari condizioni dell'attività e della organizzazione aziendale, anche se in assenza, allo stato attuale, di specifici riferimenti normativi di carattere prevenzionale.**

2. Il rischio tutelato

Nella gestione del fenomeno occorre fare riferimento ai consolidati criteri giuridici e medico-legali che garantiscano una effettiva diagnosi "differenziale" della malattia professionale rispetto alla malattia comune.

Nel definire il rischio lavorativo di malattie psichiche e psicosomatiche rilevante ai fini assicurativi si sono individuati e presi in considerazione i seguenti criteri:

1. Sono compresi nel rischio lavorativo le condizioni di rischio che si creano per incongruenze del processo organizzativo (cosiddetta "costrittività organizzativa").
2. La tipologia dei più frequenti "elementi di costrittività" è illustrata al successivo paragrafo 3.
3. Qualora sussista la costrittività organizzativa è irrilevante l'esistenza o meno di specifiche responsabilità soggettive; dette responsabilità potranno costituire uno degli elementi di prova una volta verificate nella competente sede giudiziaria.
4. La categoria della "costrittività organizzativa" ricomprende anche il cosiddetto "mobbing strategico", specificamente ricollegabile a finalità lavorative, ossia quell'insieme di azioni poste in essere nell'ambiente di lavoro con lo scopo di allontanare o emarginare il lavoratore, e riconducibili a quegli elementi di costrittività organizzativa indicati al paragrafo 3, o ad altri che siano ad essi assimilabili.

5. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato i fattori organizzativi legati al normale andamento del rapporto di lavoro (licenziamento, riassegnazione ecc.).
6. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato le situazioni indotte dalle dinamiche psiocologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro sia a quelli di vita.

Sono in conclusione da considerarsi irrilevanti ai fini del rischio tutelato i comportamenti puramente soggettivi delle persone che operano nell'ambiente di lavoro a meno che tali condotte, reiterate, non si traducano e non si concretizzino in documentabili e oggettivamente riscontrabili incongruenze di processo organizzativo.

3. L'organizzazione del lavoro e la costrittività organizzativa

L'organizzazione del lavoro comprende le componenti "fisiche" e le componenti "psichiche" che originano dal rapporto tra i singoli lavoratori e tra questi e chi sovrintende al lavoro.

I noti cambiamenti del mondo del lavoro hanno fatto emergere quadri patologici ricollegabili a "fattori di costrittività" nell'organizzazione del lavoro, sia nell'ambito del lavoro industriale sia nella Pubblica Amministrazione, ove pure è stato introdotto il criterio organizzativo/gestionale e tecnico di "azienda".

Le incongruenze dei processi organizzativi possano diventare fattori di rischio psichico per il lavoratore.

Si elencano le più frequenti condizioni di "costrittività organizzativa" traendo anche spunti da fonti normative, giurisprudenziali, nonché dalla casistica riportata e dalle prime risultanze dell'esame dei casi denunciati all'Inail:

- marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione degli strumenti di lavoro, ripetuti trasferimenti ingiustificati
- prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo

4. Principali quadri morbosi psichici e psicosomatici.

Premesso che predisposizioni individuali e particolari strutture di personalità possono condizionare una maggiore suscettibilità nei confronti dei fattori di stress lavorativo come riportati ai paragrafi 2 e 3, è indispensabile procedere all'inquadramento nosografico e alla definizione quali-quantitativa delle patologie

correlabili secondo accreditate classificazioni dei quadri morbosi psichici e psicosomatici.

Secondo la classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell' ICD – 10 e secondo il DSM – IV si individuano due sindromi correlate allo stress, **la sindrome da disadattamento e la sindrome post traumatica da stress.**

La sindrome da disadattamento (Disturbo dell'adattamento) è il manifestarsi di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o a più fattori stressanti, identificabili, non estremi.

La sindrome post traumatica da stress (Disturbo post traumatico da stress) è la risposta ritardata o protratta ad un evento fortemente stressante o a una situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone.

Il disturbo post traumatico da stress secondo il DSM IV (classificazione multiassiale concepita per uso clinico) comporta gli stessi sintomi del disturbo dell'adattamento ma più gravi e con possibilità di sequele associate a intrusività del pensiero e/o il rivivere la situazione stressante, oltreché comportamenti di evitamento.

Il disturbo post traumatico da stress é comunque un quadro clinico più difficilmente correlabile ai rischi lavorativi sopradescritti.

Il riscontro di una maggior frequenza della sindrome da disadattamento è inoltre supportata dall'esperienza di alcuni studi nazionali, peraltro ancora in evoluzione e in via di definizione, come anche riportato nel Documento di Consenso sul "*rischio mobbing*" di qualificati medici del lavoro.

5. Percorso metodologico e criteriologia per la diagnosi di malattia professionale.

Analogamente alle altre malattie professionali non tabellate le condizioni denunciate dall'assicurato devono essere accuratamente approfondite e analizzate, non soltanto attraverso le **dichiarazioni dell'interessato, ma anche con dichiarazioni del datore di lavoro e la complementare raccolta di elementi di conoscenza direttamente acquisiti presso i dirigenti e i colleghi di lavoro.**

Le suddette indagini, volte a chiarire l'anamnesi lavorativa, dovranno ovviamente essere mirate all'individuazione di quei fattori di rischio legati alla c.d. "costrittività organizzativa" come richiamati al paragrafo 3.

Parallelamente dovrà essere acquisita tutta la documentazione sanitaria disponibile.

In campo psichiatrico, molto più che in altre branche specialistiche, assume particolare importanza la ricostruzione **dello stato anteriore** del soggetto anche in riferimento ai fattori eziologici concausali extralavorativi.

E' ampiamente noto infatti come dette patologie si sviluppino con il concorso di cause diverse (personali-familiari, ambientali-sociali), tra le quali il "rischio lavorativo" talora assume i connotati di mera **occasionalità** temporale priva di rilevanza eziologica.

Ciò detto, dovrà dunque essere svolta una attenta analisi sullo **stato anteriore** del soggetto che dovrà portare a una delle seguenti conclusioni diagnostiche eziologiche:

- Presenza di disturbi/patologie preesistenti alle quali ricondurre tutto il quadro clinico manifestato
- Presenza di disturbi/patologie preesistenti (predisponenti) che hanno ruolo concausale
- Assenza di disturbi/patologie preesistenti

Esclusa l'eziologia lavorativa nella prima ipotesi, nell'ambito delle ultime due condizioni invece **l'analisi del rischio denunciato** assumerà rilevanza assicurativa quando si potrà dimostrare, con criterio di certezza o quantomeno di elevata probabilità, l'esposizione al rischio lavorativo come causa preminente (o causa unica).

E' evidente che tale metodologia è la stessa utilizzata nella ormai ultradecennale esperienza maturata nella gestione delle malattie professionali non tabellate.

Nella valutazione e ponderazione della vis lesiva degli eventi può essere di utile orientamento ricordare come in letteratura siano reperibili scale che classificano gli eventi della vita stressanti, attraverso le risposte ottenute da diversi gruppi di soggetti (v. Holmes e Rahe, 1967; Dohrenwend e coll., 1974, 1988; Fisher 1996). Gli eventi più in alto nelle varie scale sono: la morte del coniuge o di un figlio, seguono poi con valutazioni decrescenti il divorzio, la separazione dal coniuge, la carcerazione, la morte di un familiare stretto, incidenti o malattie, il matrimonio, la perdita del lavoro o il fallimento lavorativo, il declassamento, la promozione, il pensionamento, la morte di un caro amico, cambiamenti di lavoro e altri cambiamenti nella vita sociale.

Gli eventi ricollegabili all'ambiente di lavoro pur non essendo collocati nelle posizioni alte delle scale possono avere incidenza di rilievo e vanno pertanto opportunamente confrontati e valutati nel contesto degli altri eventi della vita, anche positivi, che ogni singolo soggetto può trovarsi ad affrontare.

Occorre comunque tenere ben presente i limiti di dette "scale" dovuti sia alla specificità delle realtà sociali delle popolazioni studiate, perdipiù in epoche diverse, sia alle inevitabili interazioni tra la vita lavorativa, familiare e sociale.

Per quanto attiene all'accertamento della patologia denunciata è necessario che la stessa venga **supportata e confermata da accertamenti specialistici**.

A tale proposito è indispensabile una articolata indagine clinica completa che consenta l'analisi della personalità premorbosa nonché dell'evoluzione del quadro clinico.

Si elencano di seguito i tests comunemente utilizzati, non senza aver ricordato che né il DSM-IV né l'ICD-10 prevedono l'utilizzo di test mentali per la diagnosi psichiatrica:

Tests proiettivi di personalità

Costitutivi

- **SIS**
- **Rorschach**

Costruttivi

- **Reattivo di Wartegg**

Interpretativi

- **TAT**

9

Questionari di personalità

- **MMPI 2**
- **EWI**
- **MPI**
- **CBA**

Tests di efficienza intellettiva

- **Matrici progressive di Raven**
- **Wais**
- **WCST**

Tests di autovalutazione di ansia e depressione

- **HAD scale**
- **HAM-A**
- **HAM Depression rating scale**
- **Mood scale**

6. Criteri per la valutazione del danno.

La vigente tabella delle menomazioni di cui al Decreto Lgs.vo 38/2000, come approvata con D.M. del 12 luglio 2000, relativa alla valutazione del danno biologico nell'ambito della tutela assicurativa degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, prevede sull'argomento unicamente le due seguenti voci:

180. Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia - fino a 6% -

181. Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia - fino a 15% - .

Per la valutazione percentuale del **Disturbo dell'adattamento cronico** dovrà pertanto procedersi con **riferimento analogico** a tali voci e relative valutazioni, con un preciso inquadramento nosografico della patologia, secondo i criteri clinici e medico-legali suesposti, che dovrà essere coerente con le richiamate classificazioni delle sindromi e dei disturbi di natura psichica (ICD-10 e DSM-IV), e modulata secondo gli effetti menomativi dei disturbi obiettivati.

La quantificazione del danno, tenendo presente che detti disturbi sono prevalentemente transitori, dovrà quindi tenere conto del polimorfismo del quadro clinico e graduarsi con la gravità della sintomatologia predominante, - vedi le classificazioni come riportate nella ICD-10 (*) e nel DSM-IV (**) -, con una valutazione percentuale che potrà collocarsi, nelle **forme di grado lieve/moderato,** nell'intervallo previsto dalla citata voce 180, e nelle **forme di grado severo,** con importanti sintomi depressivi e della condotta, nella successiva voce 181.

(*) disturbo dell'adattamento con
- **reazione depressiva breve**
- **reazione depressiva prolungata**
- **reazione mista ansioso-depressiva**
- **disturbo prevalente di altri aspetti emozionali**
- **prevalente disturbo della condotta**
- **disturbo misto delle emozioni e della condotta**
- **altri sintomi predominanti specifici**

(**) disturbo dell'adattamento con
- **umore depresso**
- **ansia**
- **ansia e umore depresso misti**



- **alterazione della condotta**
- **alterazione mista dell'emotività e della condotta**
- **non specificato**



12

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AA.VV.: The changing Organization of work and the safety and Health of Working People, 2002, NIOSH, Cincinnati, USA.

Abercrombie MLJ: Architecture, Psychological aspects. In: Krauss S (ed.), Encyclopaedic handbook of medical psychology. London: Butterworths, 1976.

Anastasi A. (1968), I test psicologici. Tr. It. Milano: Franco Angeli, 1973.

Anderson R: Workplace action for health: recent developments in the European Community. Health Promotion (Canada), Winter 1990/1991:13-14.

Antonovsky A: Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

Beck et al. (1961), An Inventory for Measuring Depression, Archs ge. Psychiat., vol. 4, 561-71.

Berkman L.F. Social network, support, and health: next step forward. Am. J. Epidem. 1986; 123: 559.

Boncori L. (1993), Teoria e tecniche dei test, Torino: Bollati Boringhieri.

Bonneau G. e El Meligi A.M. (1974), inventare du monde expérientiel, Editest, Bruxelles.

Breucker G: Success factors and quality of workplace health promotion - A review. Essen: BKK, 1998.

British Government: Our healthier nation. A contract for health. Green Paper. London: Author, 1998.

Butcher J.N., e Williams C.L. (1992), Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A. Tr. it. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1996.

Calvi G., Mazzarini M.R., Padovani F. (1979), L'inventario del mondo esperienziale (EWI), Organizzazioni Speciali, Firenze.

Canestrari R. (a cura di) (1982), Nuovi metodi in psicometria, Organizzazioni Speciali, Firenze.

Caprara G.V. (1983), La misura dell'aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e validazione di due scale per la misura dell'irritabilità e della suscettibilità emotiva, G. it. Psicol., vol. 10, 107-27.

Caviglia G., Del Castello E. (2003), La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

Cicioni R. (2003), Lo Psicodiagnostico di Rorschach secondo il Metodo Scuola Romana Rorschach. In G. Caviglia, E. Del Castello, La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

Citro A., Pappone P.:"La valutazione della salute psichica del lavoratore in occasione delle visite preventive e periodiche: una proposta metodologica" 67° Congresso Nazionale SIMLII Sorrento, 2004.

Colligan R.C., Offord K.P. (1986), MMPI data research tape for Mayo Clinic patients referred for psychiatric evaluations. Unpublished raw data.

Corman L. (1967), Le test du dessin de famille dans la pratique médico-pédagogique, Presses Universitaires de France, Paris (trad. It. : Il disegno della famiglia : test per bambini, Boringhieri, Torino, 1970.

Cox Tom - Griffiths A. - Rial Gonzales E., Ricerca sullo stress correlato al lavoro, 2000, Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro.

Dahlstrom W.G., Welsh G.S., e Dahlstrom L.E. (1972), An MMPI handbook: vol I. Clinical Interpretation (rev.ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dahlstrom W.G., Welsh G.S., e Dahlstrom L.E. (1975), An MMPI handbook: vol II. Research applications (rev.ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Del Castello E., Caserta D., Iuliano C., Nardiello D., Solla A., Verticilo L., Cappabianca L., D'Amore G., Di Manna C., Saviano P., Scafuto F. (2003), Guida all'interpretazione per codici del MMPI-2. In G. Caviglia, E. Del Castello, La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

Del Castello E., D'Amore G., Di Manna C., Saviano P. (2003), La validità dei profili MMPI-2. In G. Caviglia, E. Del Castello, La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

Del Castello E., Iuliano C., Solla A., (2003), L'interpretazione per codici del MMPI-2. In G. Caviglia, E. Del Castello, La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

DSM IV: Masson, Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentale, 1996.

Duckworth J.E., e Anderson W.P. (1995), MMPI & MMPI-2 Interpretation Manual for Counselors and Clinicians, IV ed. Muncie, IN: Accelerated Development.

Ege, Harald: La Valutazione peritale del danno da Mobbing. Milano, 2002.

European Commission: Report on work-related stress. The Advisory Committee for Safety, Hygiene and Health Protection at Work. Brussels: European Commission, 1997a. 92.

Eysenck H.J. (1964), Maudsley Personality Inventory, University of London Press

(trad. It.: Maudsley Personality Inventory, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1964).

Fava G.A., Kellner R. (1982), Versione italiana del Symptom Rating Test (SRT) di Kellner e Sheffield, in Canestrari (1982), 33-40.

Finnish Government: Promotion of mental health and social inclusion. Helsinki: Author, 1999.

Fondazione Europea di Dublino per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro. Le condizioni di lavoro nell'Unione Europea. Rapporto 1996. www.europa.eu.int/agencies/efilwc/wceuen.htm.

Foote A and Erfurt J: Hypertension control at the work site: comparison of screening and referral alone, referral and follow-up, and on-site treatment. New England Journal of Medicine, 308:809-813, 1983.

French JRP Jr and Kahn RL: A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. Journal of Social Issues, 18 (3), 1-47, 1962, 93.

Friedman A.F., Lewak R., Nichols D.S., e Webb J.T. (2001), Psychological assessment with the MMPI-2. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Gabbard G.O. : Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition. 1994.

Gardell B: Job content and quality of life (Swedish). Stockholm: Prisma, 1976.

Gardell B: Scandinavian research on stress in working life. Paper presented at the IRRA Symposium on Stress in Working life, Denver, Colorado, Sept 5-7, 1980.

Geary D.C., Whitworth R.H. (1988), Dimensional Structure of the WAIS-R: A Simultaneous multi-sample analysis. Educational and Psychological Measurement, 48, 945-956.

Giambelluca F.C., Parisi S., e Pes P. (1995), L'interpretazione psicoanalitica del Rorschach. Modello dinamico strutturale. Roma: Kappa.

Gilioli R., Adinolfi M. et al "Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing) - documen to di consenso" in Medicina del Lavoro vol. 92, n.1, 2001.

Graham J.R. (1993), Assessing personalità and psychopathology, II ed. New York: Oxford University Press.

Graham J.R., Ben-Porath Yossef S., e McNulty J.L. (1999), MMPI-2 Correlates for outpatient community mental healt settings. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Greene R.L. (2000), The MMPI-2 an interpretative manual. Boston: Allyn and Bacon.

Gründemann RWM and Vuuren CV v: Preventing absenteeism at the workplace: A European portfolio of case studies. Dublin: European Foundation, 1998.

Harrison D and Ziglio E (eds.): Social determinants of health: Implications for the health professions. Trends in experimental and clinical medicine, FORUM 8.3,1998, Supplement 4.

Hathaway S.R., McKinley J.C. (1989), MMPI-2. Minnesota Multiphadic Personality Inventory-2. Manuale. Tr.it. Firenze: Organizzazioni speciali, 1995.

Heilbrun A.B., Pepe V. (1985), Awareness of Cognitive Defences and Stress Management, Br. J. med. Psychol., vol. 58, 9-17.

Houtman I, Kornitzer M, De Smet P, Koyuncu R, De Backer G, Pelfrene E, Romon M, Boulenguez C, Ferrario M, Origgi G, Sans S, Perez I, Wilhelmsen L, Rosengren A, Isacsson SO, Ostergren PO: Job stress, absenteism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study). Design of a multicentre prospective study. European Journal of Public Health 1999; 9: 52 -57.

HSC: Managing stress at work. Discussion Document. London: Health and Safety Commission, 1999.

HSE: Help on work-related stress - A short guide. London: Health and Safety Executive, 1998a.

HSE: Stress at work. London: Health and Safety Executive, 1995.

International Labour Office (ILO): Preventing stress at work. Conditions of Work Digest. Vol 11, 2, 1992. 94.

Johnson J. V., Hall E. M., Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality ina random sample of Swedish male working population. Scand. J. Work. Environ. Health, 1989; 15: 271.

Johnson J.V., Hall E. M. Job strain, work place support, and cardiovascular disease. A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health, 1988; 78: 1336.

Johnson JV: Empowerment in future worklife. Scand J Work Environ Health, 23:4:23-7, 1997.

Jr JJ, Sauter SL, and Keita GP. Washington, DC: American Psychological Association, pp 217-233, 1995, 91

Kalimo R, El-Batawi MA, and Cooper CL (Eds.): Psychosocial factors at work and their relation to health. Geneva: WHO, 1987.

Karasek R.A.. Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implication for job redesign. Adm. Sci. Q. 1979; 24: 285.

Karasek R: Job socialization and job strain. The implications of two related psychosocial mechanisms for job design. In: Working Life: A social science contribution to work reform (Gardell B, and Johansson G, eds.). London: Wiley, 1981.

Koch K. (1949), Der Baumtest, Huber, Bern (trad. It.: Il reattivo del disegno dell'albero, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1974).

Lazarus RS & Folkman S: Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 95.

Levi L (ed.): Society, stress and disease. Vol 4: Working life. Oxford: Oxford Univ Press, 1981.

Levi L: Psychosocial factors in preventive medicine. In: Hamburg DA, Nightingale EO, Kalmar V (eds): Healthy people. The Surgeon General´s report on health promotion and disease prevention. Background papers. Washington DC: Government Printing Office, 1979.

Leymann, Heinz. (1996): The Content and Development of Mobbing at Work. In: Zapf & Leymann (Eds.): Mobbing and Victimization at Work . A Special Issue of The European Journal of Work and Organizational Psychology. 2.

Liotti Giovanni, Le Opere della Coscienza, 2001, R. Cortina, Milano.

Machover K. (1949), Personality Projection in the Drawing of the Human Figure, Thomas, Springfield, (trad.it. Il disegno della figura umana, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1960).

Meucci,M.: Danni da mobbing e loro risarcibilità. Milano, 2002.

Millon T. (1982), Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual, National Computer System, Minneapolis.

Monateri P.G., et al.: Mobbing - Vessazioni sul lavoro. Milano, 2000.

Mott PE: The characteristics of effective organizations. New York: Harper & Row, 1972.

Murray H.A. (1943), Thematic Apperception Test Manual, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Nichols D.S., e Greene R.L. (1995), MMPI-2 Structural Summary interpretive manual. Lutz: Psychological Assessment Resourches.

NIOSH: Stress at work. Cincinnati, OH: Author, 1999, DHHS (NIOSH) Publication No. 99- 101.

Padovani F. (1999), L'Interpretazione Psicologica della WAIS-R. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Pancheri P., Chiari G., Michielin P. (1986), Questionario Psicofisiologico, Forma ridotta, in Sanavio, Bertolotti, Michielin, Vidotto e Zotti, 85-95.

Paoli P: First European Survey on the Work Environment 1991-1992, Dublin: EuropeanFoundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.

Paoli P: Second European Survey on Working conditions 1996, Dublin: European Foundationfor the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

Paoli Pascal- Merllié D., Third European survey on working conditions 2000, 2001, European Found. for the Improvement of living and Working conditions.

Pappone P., Citro A., Natullo O.La valutazione del danno psichico da costrittività organizzativa e mobbing" V° Convegno Nazionale INAIL di Medicina Legale e Previdenziale Cagliari, 2004.

Pappone P., Iacoviello P.G., Citro a. et al."I fattori psico-sociali della patologia da stress: determinazione del danno e del nesso causale nelle situazioni di costrittività organizzativa" V° Convegno Nazionale INAIL di Medicina Legale e Previdenziale Cagliari, 2004.

Pappone P., Natullo O. Del Castello E.:I risultati della 2^ indagine di valutazione dello stress organizzativo nelle aziende di credito, Attiin Seminario di Studi "Lo stress in Banca" - Napoli, 2004.

Pappone P., Natullo O: "I nuovi stili contrattuali e la flessibilità nel lavoro in banca: gli effetti sul benessere psichico" atti Seminario Internazionale "Lo stress da lavoro e le problematiche inerenti le politiche retributive variabili, lo sviluppo professionale e la vendita dei prodotti nel settore finanziario in Europa" -UNI Europa/Finanza Roma 2004.

Pappone P.: "Il mobbing come patologia della relazione" in "Gestione delle Risorse Umane", n.2 pag.41-47(2003).

Pappone P.: La 2^ indagine di valutazione dello stress organizzativo nelle aziende di credito in Campania"Atti Convegno Internazionale di UNI Europa/Finanza - Lussemburgo 2004.

Pappone P.:"I danni provocati dallo stress: il caso italiano in un'indagine sul disagio lavorativo" Atti Seminario Europeo "Banche e Assicurazioni in Europa: il benessere nel lavoro che cambia" - - Desenzano sul Garda, 2003.

Pappone P.:"Lo stress come fattore di rischio per la salute" atti Seminario di Studi "Lo stress in Banca" - Napoli, 2004.

Parisi S., e Pes P. (1990), Lo specchio dei computi Rorschach. Roma: Kappa.

Parisi S., Pes P., Cicioni R., Amoros C., Collazo A. In G. Caviglia, E. Del Castello, La diagnosi in psicologia clinica, Milano: Franco Angeli.

Parisi S., Pes P., Sartoretti F. (1998), Le Risposte Rorschach di buona forma statistica della popolazione italiana adulta "normale". Studi Rorschachiani, 1, 37-56.

Platt S, Pavis S, and Akram G: Changing labour market conditions and health: A systematic literature review (1993-98). Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1999. http://www.eurofound.ie.

Rapaport D., Gill M.M., Schafer R. (1968), Reattivi psicodiagnostici. Tr. It. Torino: Boringhieri, 1975.

Rizzo C. (1972), L'adulto sano di mente. Roma: Dispensa interna della Scuola Romana Rorschach.

Rorschach H. (1921), Psicodiagnostica. Tr. it. Roma: Kappa, 1981.

Sanavio e altri, 1986.

Selye H: The evolution of the stress concept - stress and cardiovascular disease. In: Levi L (ed.): Society, stress and disease. Vol. 1: The psychosocial environment and psychosomatic diseases. London: Oxford Univ Press, pp 299-311, 1971.

Siegel Daniel J., La mente relazionale, 2001, R. Cortina, Milano.

Spielberger, Gorsuch, Lushene (1986), STAI.

Wartegg E. (1939), The Measurement of Adult Intelligence, Williams & Wilkins, Baltimore.

Wechsler D. (1958), The Measurement and appraisal of adult Intelligence, IV ed. Baltimora: Williams e Wilkins.

Wechsler D. (1981), Manuale della WAIS-R- Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. Tr. it. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1986.

WHO Regional Office For Europe . Consultation on psychosocial determinants of cardiovascular diseases. Report of the First MONICA Psycosocial Meeting,

WHO draft 1752H, Copenhagen 1984.

WHO: Health promotion in the workplace. Strategy options. European Occupational Health series No. 10. Copenhagen: World Health Organization, 1995. 99.

WHO: Ottawa Charter for health promotion. Geneva: Author, 1986.

WHO: Towards good practice in health, environment and safety management in industrial and other enterprises. Copenhagen: WHO, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/13).