

PTSD: Quando il Fronte è la Mente – Un'Analisi Approfondita del Disturbo Post-Traumatico da Stress nel Contesto Militare e Lavorativo Civile

I. Introduzione: Il Fronte Invisibile della Mente

Il titolo "Quando il fronte è la mente" cattura in modo incisivo l'essenza del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), evidenziando come le battaglie più profonde siano spesso combattute all'interno della psiche di un individuo, molto tempo dopo che le minacce esterne sono cessate. Il PTSD è una condizione psichiatrica complessa e diffusa che emerge in risposta all'esposizione a eventi traumatici, influenzando in modo significativo il benessere mentale di una persona. Si tratta di un disturbo psichiatrico comune caratterizzato da sintomi che compromettono la cognizione, l'umore, l'esperienza somatica e il comportamento.

È naturale provare paura e angoscia durante e dopo una situazione traumatica, e la maggior parte degli individui si riprende spontaneamente nel tempo. Tuttavia, per coloro che sviluppano il PTSD, queste reazioni rimangono intense, causando un disagio significativo e interferendo con la vita quotidiana. Il disturbo rappresenta un conflitto interno persistente, dove la mente rivive continuamente il trauma, portando a uno stato di allarme cronico e di evitamento.

Questo rapporto si propone di fornire un'analisi approfondita e specialistica del PTSD, andando oltre la sua definizione clinica per esplorarne l'impatto multiforme, in particolare nei contesti lavorativi militari e civili. Approfondiremo i criteri diagnostici, i fattori eziologici e la prevalenza globale, prima di esaminare le sfide uniche affrontate dal personale militare e dai veterani, nonché le manifestazioni specifiche del trauma negli ambienti lavorativi civili, inclusa la questione spesso trascurata del trauma secondario. Il rapporto affronterà inoltre le strategie di reintegro, il ruolo vitale del supporto psicologico e della prevenzione, e la barriera pervasiva dello stigma. Infine, distingueremo il PTSD da condizioni correlate come il burnout e lo stress lavorativo generale, offrendo raccomandazioni per un approccio più integrato e proattivo alla salute mentale.

II. Comprendere il PTSD: Definizione, Criteri Diagnostici ed Eziologia

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) è una condizione patologica complessa e diffusa che si sviluppa in seguito all'esposizione a un evento o a una situazione traumatica di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica. Si manifesta con una vasta gamma di presentazioni cliniche, inclusi sintomi che compromettono la cognizione, l'umore, l'esperienza somatica e il comportamento. La condizione non è una semplice reazione transitoria allo stress; piuttosto, implica un insieme di sintomi persistenti e spesso debilitanti che influenzano significativamente il benessere mentale e il funzionamento quotidiano di un individuo.

Criteria Diagnostici secondo DSM-5-TR: I Quattro Cluster Sintomatologici

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, Revisione del Testo (DSM-5-TR), il PTSD è caratterizzato da quattro distinti cluster sintomatologici :

- **Sintomi da Intrusioni/Esperienza Rivissuta:** Questi includono ricordi, sogni o flashback ricorrenti, involontari e intrusivi, legati all'evento traumatico. I flashback possono essere così intensi che l'individuo si sente o agisce come se l'evento traumatico stesse accadendo di nuovo, talvolta portando a una completa perdita di consapevolezza di sé o dell'ambiente circostante. Sensazioni fisiche come dolore, sudorazione, nausea o tremore possono accompagnare queste esperienze rivissute. Nei bambini, ciò può manifestarsi attraverso giochi ripetitivi in cui vengono espressi aspetti del trauma o sogni spaventosi il cui contenuto potrebbe non essere immediatamente riconoscibile.
- **Sintomi da Evitamento:** Questo cluster è caratterizzato da sforzi persistenti per evitare ricordi, pensieri, sentimenti o promemoria esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) associati all'evento traumatico. Questo può manifestarsi come intorpidimento emotivo, portando a isolamento, ritiro e perdita di interesse per attività precedentemente gradite.
- **Alterazioni Negative nella Cognizione e nell'Umore:** Questi sintomi implicano pensieri o sentimenti negativi che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento traumatico. Esempi includono difficoltà a ricordare aspetti chiave del trauma (amnesia dissociativa) , convinzioni negative persistenti su sé stessi o sul mondo (ad esempio, "il mondo è un posto pericoloso") , sentimenti esagerati di colpa , emozioni negative persistenti (paura, rabbia, senso di colpa, vergogna) , diminuzione dell'interesse per le attività, sentimenti di isolamento sociale e difficoltà a provare emozioni positive (felicità, soddisfazione).
- **Alterazioni dell'Eccitazione e della Reattività:** Questi sintomi comportano cambiamenti nelle reazioni fisiche ed emotive, spesso costanti. Includono ipervigilanza (sentirsi "sul filo del rasoio", costantemente consapevoli delle minacce, facilmente spaventati) , irritabilità ed esplosioni di rabbia , problemi di sonno (insonnia) , difficoltà di concentrazione e comportamenti a rischio, sconsiderati o autodistruttivi.

Per una diagnosi, questi sintomi devono persistere per più di un mese e causare una compromissione funzionale significativa.

Tabella 1: Criteri Diagnostici del PTSD (DSM-5-TR) e Manifestazioni Cliniche

Categoria Sintomatologica	Descrizione Generale	Manifestazioni Cliniche Specifiche	Note
Intrusioni/Esperienza Rivissuta	Il trauma viene rivissuto persistentemente e involontariamente.	Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi, sogni spiacevoli ricorrenti, flashback (sentirsi o agire come se l'evento stesse accadendo di nuovo), disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti, reattività fisiologica marcata.	Nei bambini: giochi ripetitivi a tema traumatico, sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile. Possono includere sensazioni fisiche come dolore, sudorazione, nausea.
Evitamento	Sforzi persistenti per evitare stimoli associati al trauma.	Evitamento di pensieri, sentimenti o conversazioni legate al trauma; evitamento di attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.	Spesso si manifesta come intorpidimento emotivo, isolamento e perdita di interesse.
Alterazioni Negative nella Cognizione e nell'Umore	Pensieri e sentimenti negativi che sono iniziati o peggiorati dopo il trauma.	Incapacità di ricordare aspetti importanti del trauma (amnesia dissociativa), convinzioni negative persistenti su sé stessi/il mondo, pensieri distorti di colpa, stato emotivo negativo persistente (paura, rabbia, vergogna), marcata diminuzione dell'interesse, sentimenti di distacco, incapacità di provare emozioni positive.	Può portare a una visione del mondo come "posto pericoloso".

Alterazioni dell'Eccitazione e della Reattività	Cambiamenti nelle reazioni fisiche ed emotive, spesso costanti.	Irritabilità o scoppi d'ira, comportamento sconsiderato o autodistruttivo, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno (insonnia).	Può essere accompagnato da sintomi fisici come mal di testa, problemi gastrointestinali, dolori cronici.
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Criteria Temporalis: I sintomi devono persistere per più di 1 mese e causare disagio clinicamente significativo o compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Sottotipi: PTSD Complesso e a Esordio Ritardato

Oltre alla forma classica, il PTSD si presenta con sottotipi specifici che riflettono la natura e la durata dell'esposizione traumatica. Il **PTSD Complesso (CPTSD)** è una condizione di salute mentale correlata che tende a svilupparsi dopo traumi cronici, ripetuti o prolungati, da cui la fuga è quasi impossibile. Esempi tipici includono abusi infantili, negligenza emotiva, violenza domestica, tortura o esposizione prolungata a guerre civili. Gli individui con CPTSD presentano tutte le caratteristiche del PTSD, ma con ulteriori difficoltà nella regolazione emotiva (ad esempio, irritabilità marcata, intorpidimento emotivo), una percezione negativa di sé (sentirsi sminuiti, sconfitti o inutili, accompagnati da vergogna, senso di colpa o fallimento) e problemi nel formare e mantenere relazioni.

Il **PTSD a Esordio Ritardato** si verifica quando i sintomi, pur sviluppandosi tipicamente entro il primo mese dall'evento traumatico, possono manifestarsi con un ritardo di mesi o addirittura anni. Questa forma è definita come a esordio ritardato se i sintomi emergono almeno sei mesi dopo l'evento stressante.

Eziologia e Fattori di Rischio

Il PTSD origina dall'esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale. Questa esposizione può avvenire direttamente, assistendo all'evento, venendo a conoscenza che è accaduto a un familiare stretto o a un amico, o indirettamente attraverso i propri doveri professionali. Eventi traumatici comuni includono guerre, aggressioni fisiche, attacchi terroristici, disastri naturali, incidenti gravi, abusi o la morte improvvisa di una persona cara.

Tuttavia, non tutte le persone esposte a un trauma sviluppano il PTSD; solo una minoranza lo fa. Questa osservazione sottolinea il ruolo di vari fattori di rischio e vulnerabilità individuali. La definizione di trauma nel DSM-5-TR, che include l'esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale, unita al riconoscimento di una "risposta condizionata di paura appresa" derivante da traumi ripetuti, suggerisce che il PTSD non è semplicemente una

reazione a un singolo evento catastrofico, ma può essere una lesione psicologica cumulativa. Ciò significa che il disturbo non dipende solo dalla gravità di un singolo episodio, ma anche dalla sua natura minacciosa per la vita e dalla frequenza o cronicità dell'esposizione. La "risposta condizionata" indica un adattamento neurologico e psicologico a una minaccia persistente, piuttosto che uno shock isolato. Questa comprensione è fondamentale per le strategie di prevenzione e intervento, specialmente in contesti di stress cronico o esposizione ripetuta, come in alcune professioni civili o in situazioni di abuso continuo. Essa implica la necessità di un supporto psicologico precoce e continuo, non solo dopo un evento acuto, per prevenire il condizionamento delle risposte di paura e lo sviluppo del PTSD complesso. Il "fronte" è, in questo senso, veramente "la mente", poiché l'elaborazione interna e il condizionamento, non solo l'evento esterno, definiscono il disturbo.

Vulnerabilità Individuali: Queste includono una storia di traumi pregressi (specialmente abusi o negligenza infantile), disturbi mentali preesistenti (depressione, ansia, disturbi da uso di sostanze), scarso supporto sociale, sesso femminile, giovane età e alcuni tratti di personalità come l'introversione e il nevroticismo. Fattori genetici e neurobiologici, come il coinvolgimento dell'amigdala e del sistema di risposta allo stress, suggeriscono anche una predisposizione biologica. Traumi ripetuti, come abusi domestici o genitoriali, possono portare a una risposta di paura condizionata.

Fattori Contestuali: La durata e la gravità del trauma, così come la presenza di un contesto sociale protettivo e di supporto, influenzano significativamente la probabilità di sviluppare il PTSD.

La presenza di sintomi fisici (dolore, sudorazione, tremore, mal di testa, mal di stomaco, problemi cardiovascolari, problemi gastrointestinali) come parte dell'esperienza rivissuta o come comorbidità generale, unita al fatto che i sintomi del PTSD possono manifestarsi con un ritardo di mesi o anni, crea una significativa sfida diagnostica. Un paziente che presenta disturbi fisici cronici, specialmente se "idiopatici", potrebbe essere erroneamente diagnosticato o sottoposto a estese indagini mediche senza che venga identificato il trauma psicologico sottostante, in particolare se l'evento traumatico è avvenuto molto tempo prima e non viene immediatamente collegato dal paziente o dal clinico. Questo sottolinea la necessità di un approccio diagnostico olistico che includa un'anamnesi traumatica approfondita, anche per disturbi apparentemente solo fisici, e di una collaborazione interdisciplinare tra medici di base e professionisti della salute mentale. Una diagnosi errata può portare a trattamenti inefficaci, sofferenza prolungata e costi sanitari aumentati.

Tabella 2: Fattori di Rischio per lo Sviluppo del PTSD

Categoria Fattori di Rischio	Fattori Specifici
Eventi Traumatici Specifici	Guerra, aggressione fisica, violenza sessuale, disastri naturali, incidenti gravi, abusi (infantili/domestici), morte improvvisa di una persona cara.

Fattori Individuali/Biologici	Storia di traumi pregressi (specialmente abusi infantili o negligenza), disturbi mentali preesistenti (depressione, ansia, disturbi da uso di sostanze), sesso femminile, giovane età, tratti di personalità (introversione, nevroticismo), predisposizione genetica/neurobiologica (coinvolgimento dell'amigdala e del sistema di risposta allo stress).
Fattori Contestuali/Sociali	Basso status socioeconomico, basso livello di istruzione, mancanza di supporto sociale.

III. La Prevalenza del PTSD: Uno Sguardo Globale e Nazionale

Il PTSD è una condizione che, sebbene non colpisca tutti coloro che vivono un trauma, ha una diffusione significativa a livello globale e nazionale.

Statistiche di Prevalenza a Livello Mondiale e negli Stati Uniti

A livello mondiale, si stima che circa il 70% delle persone sperimenterà un evento potenzialmente traumatico nel corso della propria vita. Tuttavia, solo una minoranza, circa il 5,6% a livello globale, svilupperà il PTSD. La prevalenza stimata del PTSD nel corso della vita a livello mondiale è del 3,9%. Negli Stati Uniti, la prevalenza del PTSD nel corso della vita è del 6,8% , mentre la prevalenza nell'ultimo anno è stimata al 3,6% tra gli adulti.

Nonostante l'elevata esposizione globale a eventi traumatici (70%), solo una minoranza (5,6-6,8%) sviluppa il PTSD. Questa disparità statistica implica che gli individui possiedono meccanismi di resilienza intrinseci o beneficiano di fattori protettivi, come il supporto sociale o le capacità di coping, che prevengono lo sviluppo del PTSD anche dopo un trauma significativo. Ciò sottolinea che il PTSD non è una risposta universale al trauma, ma piuttosto il risultato di una complessa interazione tra l'evento traumatico e le predisposizioni individuali. Questo spostamento di prospettiva, dal semplice identificare gli eventi traumatici al comprendere e rafforzare la resilienza, è cruciale. Gli sforzi di prevenzione dovrebbero quindi mirare non solo a ridurre l'esposizione al trauma, ma anche a potenziare i fattori protettivi a livello individuale e comunitario, come i sistemi di supporto sociale e la preparazione psicologica.

Differenze di Genere e Impatto del Tipo di Evento Traumatico

La prevalenza del PTSD è costantemente più alta nelle donne rispetto agli uomini. Negli Stati Uniti, la prevalenza nell'ultimo anno è del 5,2% per le donne rispetto all'1,8% per gli uomini. Questa tendenza si osserva anche negli adolescenti (8,0% per le femmine contro il 2,3% per i maschi). Studi epidemiologici in Italia indicano anch'essi una maggiore prevalenza nelle donne (10-20%) rispetto agli uomini (6-8%).

La probabilità di sviluppare il PTSD varia significativamente in base al tipo di evento traumatico. I tassi sono più di tre volte superiori (15,3%) tra le persone esposte a conflitti violenti o guerre. La violenza sessuale è associata a tassi particolarmente elevati di PTSD. Gli eventi interpersonali (ad esempio, aggressioni o abusi) hanno una maggiore probabilità di portare al PTSD rispetto a quelli non interpersonali (ad esempio, incidenti o disastri naturali). La prevalenza significativamente più alta del PTSD nelle donne e, in particolare, dopo violenza sessuale o trauma sessuale militare (MST), evidenzia una disparità critica basata sul genere nell'impatto del trauma. La sovrapposizione tra la maggiore prevalenza femminile e l'alto impatto del trauma sessuale suggerisce che la violenza sessuale contribuisce in modo sproporzionato ai tassi di PTSD nelle donne. Questo è ulteriormente supportato dai dati sull'MST, che mostrano come 1 donna veterana su 3 riporti MST rispetto a 1 uomo veterano su 50. Ciò indica un tipo di trauma specifico e grave che ha un impatto profondo e di genere. Questa constatazione rende necessarie programmi di prevenzione mirati per la violenza sessuale e l'MST, oltre a servizi di salute mentale sensibili al genere che riconoscano e affrontino le esperienze traumatiche e le vulnerabilità uniche delle donne. Essa implica inoltre che i fattori sociali che contribuiscono alla prevalenza della violenza sessuale sono diretti motori di una parte significativa dei casi di PTSD.

IV. Il PTSD in Uniforme: La Dimensione Militare

Il contesto militare espone il personale a una serie di traumi unici e intensi, che possono avere conseguenze psicologiche profonde e durature, culminando spesso nello sviluppo del PTSD.

Specificità dei Traumi Militari

Il personale militare è esposto a eventi traumatici specifici e gravi durante il servizio, in particolare nelle zone di combattimento. Questi includono situazioni di pericolo di vita, l'essere testimoni di ferimenti o morti, la necessità di uccidere o ferire altri, la gestione di resti umani e uno stato di allerta costante. Oltre al combattimento, altri fattori di stress come dispiegamenti prolungati o multipli e la lontananza da casa per lunghi periodi possono esacerbare lo stress e contribuire a problemi di salute mentale.

Un'altra causa significativa di PTSD nell'ambiente militare è il **Trauma Sessuale Militare (MST)**, definito come qualsiasi forma di molestia o aggressione sessuale che si verifica durante il servizio militare, indipendentemente dal genere o dal fatto che avvenga in tempo di pace, durante l'addestramento o in guerra. L'MST è riportato da circa 1 donna veterana su 3 e da 1 uomo veterano su 50, rendendola una delle diagnosi di salute mentale più comuni correlate all'MST. La maggiore incidenza di MST tra le donne veterane e il suo legame con il PTSD evidenziano una necessità critica di programmi specifici che affrontino questo tipo di trauma unico nel contesto della salute mentale militare.

Fattori di Rischio Specifici per il Personale Militare

Diversi fattori aumentano la vulnerabilità del personale militare al PTSD. Questi includono la durata prolungata o i dispiegamenti multipli, l'esposizione a combattimenti più gravi (come il dispiegamento in aree "avanzate" vicine al nemico), l'essere testimoni di ferimenti o uccisioni, lesioni fisiche gravi, lesioni cerebrali traumatiche (TBI), un grado inferiore, un livello di istruzione più basso, morale basso e scarso supporto sociale all'interno dell'unità, lo stato civile (non essere sposati), problemi familiari, l'appartenenza alla Guardia Nazionale o alle Riserve, e una storia di traumi pregressi. Anche il sesso femminile è un fattore di rischio.

Prevalenza del PTSD tra i Veterani (Contesto USA)

La prevalenza del PTSD tra i veterani statunitensi varia a seconda dell'epoca di servizio. Un ampio studio sui veterani a livello nazionale fornisce i seguenti dati sulla prevalenza del PTSD nel corso della vita: 29% per le Operazioni Iraqi Freedom (OIF) ed Enduring Freedom (OEF), 21% per la Guerra del Golfo Persico (Desert Storm), 10% per la Guerra del Vietnam e 3% per la Seconda Guerra Mondiale e la Guerra di Corea. La prevalenza nell'ultimo anno è rispettivamente del 15% (OIF/OEF), 14% (Guerra del Golfo), 5% (Vietnam) e 2% (WWII/Corea). In generale, il PTSD è leggermente più comune tra i veterani (7% nel corso della vita) rispetto alla popolazione civile (6%). Le donne veterane mostrano una prevalenza più alta (13%) rispetto agli uomini veterani (6%). I sintomi del PTSD tendono a manifestarsi nei membri del servizio di ritorno dopo un ritardo di diversi mesi. Questo ritardo nell'insorgenza dei sintomi del PTSD nel personale di servizio di ritorno complica ulteriormente la diagnosi e l'intervento, rendendo essenziale uno screening e un supporto continui dopo il dispiegamento.

Supporto Psicologico e Protocolli di Salute Mentale nelle Forze Armate Italiane

Il Ministero della Difesa italiano ha stabilito linee guida per il supporto morale, psicologico e assistenziale-previdenziale al personale militare e ai loro familiari, riconoscendo l'esposizione a fattori di rischio per la salute fisica e psichica dovuti agli scenari operativi attuali. È fondamentale distinguere il supporto morale, che è un'attività di vicinanza e sostegno generale fornita dai Comandanti a tutti i livelli, dal supporto psicologico, che è un intervento professionale specializzato.

Il **supporto morale** è immediato, diretto e continuo nel tempo, volto a infondere valori militari e a far percepire il senso di solidarietà, essenziale per il ripristino della fiducia. Include attività come contatti telefonici, visite domiciliari e consulenza per pratiche amministrative. I Comandanti hanno un ruolo proattivo nel supportare il personale esposto a eventi potenzialmente traumatici, riservando spazio alla dimensione psicologica e facilitando il ricorso a forme di sostegno.

Il **supporto psicologico**, invece, è fornito da professionisti qualificati come psicologi, psicoterapeuti e medici psichiatri, su esplicita richiesta e consenso degli interessati. Il suo scopo è prevenire o minimizzare gli effetti psicologici negativi degli eventi potenzialmente traumatici e aumentare le capacità di recupero. Questo supporto può essere individuale o di gruppo e si

rivolge al singolo militare, all'unità, ai familiari e al personale di soccorso. La gestione psicologica degli eventi traumatici è spesso svolta da specialisti in psicologia delle emergenze, principalmente attraverso il "debriefing psicologico", preferibilmente entro 3 giorni dall'evento, per aiutare vittime e soccorritori a dare un senso alle loro esperienze e a gestire le emozioni.

Uno strumento di prevenzione utilizzato è lo **Stress Inoculation Training (SIT)**, una procedura cognitivo-comportamentale che mira a sviluppare capacità di coping per affrontare situazioni stressanti. Il SIT non cerca di modificare l'ambiente esterno, ma guida l'individuo nello sviluppo di abilità per affrontare lo stress, potenziando le difese del soggetto come un "vaccino". Il programma si articola in tre fasi: educativa e concettuale (psico-educazione sullo stress), acquisizione delle abilità di coping (tecniche strumentali e palliative, problem-solving, autoistruzione) e applicazione delle abilità acquisite (rehearsal immaginativo, role-playing, modeling, esposizione in vivo). Studi hanno dimostrato l'efficacia del SIT nel ridurre i sintomi legati allo stress e al PTSD, anche in combinazione con la realtà virtuale per simulare situazioni di stress e monitorare le reazioni fisiologiche.

Nonostante queste iniziative, permangono sfide nell'implementazione dei protocolli di salute mentale nelle Forze Armate italiane. È necessario mantenere una costante attenzione alla condizione del personale e garantire una rete di sostegno efficace per coloro che si trovano in situazioni di particolare gravità. Il Piano Regionale di Azioni per la Salute Mentale 2022-2024 della Regione Lazio, pur menzionando gli operatori sanitari e le Forze di Polizia (civili, militari e locali) come gruppi colpiti dalla pandemia e per i quali sono state avviate azioni di supporto psicologico, non dettaglia disposizioni specifiche o programmi esclusivi per il personale militare o i veterani.

Sfide nel Reintegro dei Veterani nella Società Civile

Il reintegro dei veterani nella società civile è un processo complesso, spesso aggravato dalla presenza di PTSD e dallo stigma associato. I veterani con PTSD affrontano difficoltà significative nell'adattamento alla vita civile, che possono manifestarsi come isolamento sociale, problemi di relazione e difficoltà lavorative. Il ritardo nell'insorgenza dei sintomi del PTSD per i membri del servizio di ritorno complica ulteriormente la diagnosi e l'intervento, rendendo essenziale uno screening e un supporto continui dopo il dispiegamento.

Lo stigma è una barriera significativa alla ricerca di aiuto e al successo del reintegro. I veterani spesso percepiscono stereotipi negativi, come l'essere etichettati come "pericolosi/violenti" o "pazzi", e la convinzione che siano responsabili del loro PTSD. Molti evitano il trattamento precocemente per eludere l'etichetta di malattia mentale. Sebbene alcuni considerino il PTSD legato al combattimento meno stigmatizzante di altre malattie mentali, le difficoltà di reintegro derivano sia dai sintomi del PTSD sia dalla percezione che i veterani hanno di come il pubblico li veda. Questo evidenzia una sfida sociale che richiede cambiamenti culturali e supporto basato sui pari.

Lo stigma può manifestarsi in vari contesti: **auto-stigma** (sentimenti di vergogna o insicurezza nel cercare aiuto), **stigma anticipato** (timore di essere trattati diversamente a causa di

pregiudizi) e **stigma pubblico** (credenze negative diffuse che portano a discriminazione). La cultura militare, che valorizza il lavoro di squadra, la durezza e l'autosufficienza, può involontariamente promuovere lo stigma, poiché il personale militare potrebbe temere che la ricerca di cure ostacoli la propria efficacia e limiti la carriera. La leadership di supporto, al contrario, è associata a uno stigma inferiore e a una maggiore probabilità di cercare aiuto. Programmi specifici per i veterani e il supporto tra pari possono aiutare a superare queste barriere e incoraggiare la ricerca di trattamento.

V. Il PTSD nel Contesto Lavorativo Civile: Nuove Frontiere del Trauma

Il PTSD non è confinato ai soli contesti militari; sempre più spesso, il "fronte" si sposta negli ambienti lavorativi civili, dove eventi traumatici e stress cronico possono innescare o esacerbare il disturbo.

Eventi Traumatici e Fattori di Rischio nel Lavoro Civile

Nel contesto lavorativo civile, il PTSD può essere scatenato da una varietà di eventi traumatici. Questi includono situazioni di pericolo di vita o la morte di una persona cara, abusi fisici o sessuali, disastri naturali, incidenti gravi o sul lavoro, e persino eventi come un parto traumatico o la diagnosi di una grave malattia. Alcune professioni sono intrinsecamente più a rischio a causa dell'esposizione ripetuta a dettagli traumatici, come i primi soccorritori di catastrofi naturali, le forze dell'ordine e gli operatori sanitari.

Un aspetto cruciale in questi contesti è il **trauma secondario** o **vicario**, definito come l'esposizione indiretta a traumi attraverso il racconto o la narrazione di eventi traumatici, che può portare a sintomi simili al PTSD, inclusi rivivere l'evento, evitamento e iperattivazione. Durante la pandemia di COVID-19 in Italia, gli operatori sanitari e di emergenza hanno affrontato reazioni di stress severe, aumentando il rischio di sviluppare trauma secondario. Fattori come l'elevato tasso di infezione e mortalità, la mancanza di risorse e protocolli, e l'incapacità di salvare pazienti hanno contribuito a sentimenti di impotenza e a un rischio elevato di PTSD o trauma secondario. Le donne e le infermiere, in particolare, hanno mostrato livelli più elevati di ansia e PTSD in questo contesto.

Mobbing e Burnout: Il Confine con il PTSD

Il trauma psicologico può emergere anche da dinamiche relazionali disfunzionali sul luogo di lavoro, come il mobbing, e da condizioni di stress cronico, come il burnout, che, pur essendo distinti dal PTSD, possono presentare sintomatologie sovrapposte e interconnesse.

Mobbing: Il mobbing, inteso come abuso psicologico ed emotivo prolungato e grave in un ambiente professionale, può essere un potente catalizzatore per lo sviluppo del PTSD. Lo stress cronico, la paura e l'impotenza indotti dal mobbing possono riflettere il trauma vissuto in

eventi più tradizionalmente riconosciuti come scatenanti il PTSD. La natura persistente del mobbing può portare a sintomi caratteristici del PTSD, come flashback, incubi e ipervigilanza. Studi hanno rilevato che l'esperienza di bullismo può essere un predittore più forte dello sviluppo di sintomi di PTSD rispetto ad abusi fisici o negligenza. I sintomi specifici del PTSD derivanti dal mobbing includono il rivivere il trauma (flashback, incubi, pensieri intrusivi), l'evitamento e l'intorpidimento emotivo (evitamento dei fattori scatenanti, distacco emotivo), l'iperattivazione e l'aumentata reattività (irritabilità, rabbia, difficoltà a dormire), e cambiamenti negativi nelle convinzioni e nei sentimenti (senso di colpa e vergogna, perdita di interesse). La connessione tra stress cronico sul posto di lavoro, mobbing, burnout e PTSD sottolinea che il "fronte" è effettivamente la mente, e che il luogo di lavoro può essere una fonte significativa di trauma, non solo un luogo dove il trauma preesistente si manifesta. Ciò evidenzia la necessità di interventi organizzativi proattivi, non solo trattamenti individuali.

Burnout: Il burnout è una sindrome derivante dallo stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo, caratterizzata da esaurimento, aumento della distanza mentale dal proprio lavoro o sentimenti di negativismo/cinismo, e una sensazione di inefficacia. A differenza del PTSD, che è un disturbo mentale distinto scatenato da un'esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale, il burnout non è considerato una "malattia" ma una sindrome legata allo stress lavorativo cronico. Tuttavia, esiste una forte connessione tra burnout e l'insorgenza di sintomi di PTSD. L'esaurimento e il cinismo possono derivare da responsabilità aumentate, mancanza di fiducia in sé stessi, lunghe ore di lavoro e percezione di fallimento. Sebbene i risultati delle scale di Maslach (utilizzate per il burnout) possano sovrapporsi con quelle del PTSD, le loro cause e interventi primari sono distinti. Il burnout, se significativo e cronico, può portare a depressione clinica, che a sua volta aumenta il rischio di suicidio. Le statistiche italiane mostrano che il 31,8% dei lavoratori dipendenti ha sperimentato forme di burnout, con una prevalenza maggiore tra i giovani (47,7%). Inoltre, il 73% dei dipendenti ha sperimentato stress o ansia legati al lavoro, e il 36,7% ha consultato uno psicologo per problemi lavorativi.

Quadro Normativo e Iniziative per la Salute Mentale sul Lavoro in Italia

In Italia, la salute mentale sul luogo di lavoro è regolamentata da normative specifiche che impongono ai datori di lavoro obblighi di valutazione e prevenzione dei rischi psicosociali. Il **D.Lgs. 81/08** e le successive integrazioni costituiscono il quadro normativo di riferimento per lo stress lavoro-correlato (SLC). L'articolo 28 del D.Lgs. 81/08 stabilisce che la valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori deve includere anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo l'accordo europeo dell'8 ottobre 2004. Il datore di lavoro ha l'obbligo non delegabile di valutare tutti i rischi ed elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), e di designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP). L'assenza di tale valutazione comporta sanzioni.

La valutazione dello stress lavoro-correlato segue un percorso in più fasi: propedeutica, valutazione preliminare (analisi di indicatori oggettivi come infortuni, assenze per malattia, ricambio del personale) e valutazione approfondita (studio delle percezioni dei lavoratori tramite questionari, focus group). Lo psicologo, con le sue competenze specifiche, può contribuire in

diverse aree, come membro del SPP, esperto esterno, collaboratore nella valutazione del rischio e nella progettazione di interventi correttivi, e nella formazione dei lavoratori.

La norma **ISO 45003** fornisce linee guida internazionali per la gestione dei rischi psicosociali all'interno di un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro. Spiega come riconoscere i rischi psicosociali (ad esempio, quelli derivanti dal lavoro da casa) e offre esempi di azioni efficaci per migliorare il benessere dei dipendenti. La conformità a questa norma può portare a benefici come maggiore autonomia, miglioramento nell'assunzione e fidelizzazione dei lavoratori, maggiore coinvolgimento e innovazione, e riduzione delle assenze dovute a stress, burnout, ansia e depressione.

Le misure correttive e preventive per lo stress lavoro-correlato includono: favorire le relazioni sociali, verificare l'adeguatezza delle pause, ridurre la staticità delle mansioni, rendere le attività più qualificanti, facilitare la comunicazione, promuovere un livello accettabile di autonomia e limitare gli effetti negativi del lavoro a turni.

Programmi di Supporto Psicologico e EAP (Employee Assistance Programs) in Italia

Le aziende in Italia stanno sempre più riconoscendo l'importanza del benessere psicologico dei dipendenti e implementando programmi di supporto. Il diritto al benessere mentale sul luogo di lavoro è fortemente regolamentato, e le aziende possono intervenire attivamente creando ambienti che promuovano la salute psicologica.

Tra le attività che possono essere messe in campo rientrano: la formazione per i manager sulla leadership empatica, politiche di flessibilità e lavoro agile, analisi del clima aziendale, formazione sul work-life balance, workshop e giornate del benessere. Il supporto psicologico può essere offerto tramite figure fisse o servizi online.

Diversi fornitori offrono programmi di assistenza ai dipendenti (EAP) in Italia:

- **IEP (Istituto Europeo di Psicotraumatologia e Stress Management):** Offre programmi unici e personalizzati per le aziende, inclusa la prevenzione e il monitoraggio dello stress lavoro-correlato, formazione non tecnica, coaching manageriale e assistenza immediata in caso di eventi critici. Propone percorsi di sensibilizzazione al benessere lavorativo, gestione dei carichi lavorativi, esercizi mentali e corporei (respirazione diaframmatica, mindfulness), potenziamento del problem solving e miglioramento della comunicazione interpersonale.
- **Meditopia:** Piattaforma digitale olistica che offre counseling 1:1, assistente AI per il benessere, supporto 24/7 e una vasta libreria di contenuti.
- **ICAS Italy:** Fornisce consulenza legale e psicologica, interventi di crisi in loco e risorse per la vita lavorativa/personale.
- **Empathia (LifeMatters EAP):** Offre counseling telefonico, video, chat e di persona per salute mentale, abuso di sostanze e sfide di vita, con risposta a incidenti critici.

- **Altri fornitori menzionati includono:** Unobravo, Serenis, Mindwork, GPO (Gli Psicologi Online), InTherapy, Sygmond, Fitprime Therapy, Stimulus, PsyCare, che offrono servizi come percorsi personalizzati, sessioni di gruppo, supporto manageriale, monitoraggio del benessere e workshop.

L'ASL di Biella ha istituito un Ambulatorio di Psicotraumatologia (APST) dedicato al supporto psicologico post-trauma per adulti, utilizzando la tecnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). L'intervento precoce è fondamentale per ridurre la sofferenza e prevenire il consolidamento del disturbo.

Leadership Empatica e Sicurezza Psicologica

La leadership empatica è un approccio gestionale che guida un gruppo verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ponendo al centro il benessere dei collaboratori. Si basa sulla capacità di comprendere e considerare le necessità e i desideri dei collaboratori per costruire connessioni significative, il che a sua volta stimola il coinvolgimento e la motivazione, portando a una maggiore produttività. Questo approccio segna un cambiamento significativo rispetto agli stili di leadership tradizionali, che si concentravano sui risultati attraverso la gerarchia e l'autorità. L'empatia, quindi, si evolve da una soft skill desiderata a uno strumento strategico fondamentale per la gestione delle risorse aziendali e il raggiungimento degli obiettivi.

I benefici della leadership empatica in un'azienda includono un miglioramento del clima lavorativo, la promozione della crescita individuale e professionale, la fidelizzazione dei collaboratori e l'attrazione di nuovi talenti, l'aumento della motivazione e l'ottimizzazione delle prestazioni, un'influenza positiva sulla brand awareness e la protezione del benessere degli individui. Grandi aziende come Microsoft e Google investono nella formazione per sviluppare competenze emotive, riconoscendo che l'empatia e l'intelligenza emotiva sono il futuro della leadership.

Per quanto riguarda la salute mentale e la sicurezza psicologica, uno studio del Boston Consulting Group del febbraio 2024 ha dimostrato una forte correlazione tra leadership empatica e benessere psicologico dei collaboratori. Un ambiente che accetta, rispetta, motiva e supporta le persone è senza dubbio un ambiente di sicurezza psicologica. I dati relativi ai dipendenti italiani che lavorano in ambienti psicologicamente sicuri indicano una riduzione di 2,7 volte del rischio di abbandono entro un anno, un aumento di 2,9 volte della felicità generale e un aumento di 3 volte della sensazione di raggiungere il proprio pieno potenziale. La sicurezza psicologica ha anche effetti positivi su donne, membri di comunità BIPOC e LGBTQ+, persone con disabilità e coloro che provengono da contesti economicamente svantaggiati, che sono a maggior rischio di abbandono in ambienti con bassa sicurezza psicologica.

Sfide nel Reintegro dei Lavoratori con PTSD e Stigma

Il reintegro dei lavoratori con PTSD nel contesto civile è un processo complesso, influenzato da normative, pratiche aziendali e dalla persistenza dello stigma. In Italia, le normative relative alle visite mediche per i lavoratori che rientrano dopo più di 60 giorni di assenza continua per motivi

di salute sono state modificate dalla Legge 203/2024, che ha delegato al medico competente la decisione sulla necessità di tale controllo. Sebbene la legge miri a tutelare la salute del lavoratore e la sicurezza dell'ambiente di lavoro, il rientro non è possibile senza l'approvazione del Medico Competente. Se il medico competente non rilascia un giudizio di idoneità, il datore di lavoro deve assegnare un'altra mansione o, in assenza di alternative, può procedere al licenziamento.

Il PTSD può manifestarsi sul luogo di lavoro in vari modi, influenzando la capacità di un dipendente di svolgere il proprio lavoro. I datori di lavoro hanno un dovere legale di supportare tutti i dipendenti, specialmente quelli con PTSD, poiché la mancata assistenza può comportare costi significativi, inclusi reclami e danni reputazionali. Il PTSD può essere legalmente classificato come disabilità se ha un effetto sostanziale e a lungo termine sulla capacità di svolgere le normali attività quotidiane, e l'infermità deve persistere per almeno 12 mesi.

Per supportare i dipendenti con PTSD, i datori di lavoro dovrebbero identificare i fattori scatenanti, mantenere una comunicazione aperta, apportare "aggiustamenti ragionevoli" (ad esempio, cuffie, spazi di lavoro tranquilli, sessioni di terapia, EAP, congedo retribuito) e combattere lo stigma sulla salute mentale. È fondamentale creare un ambiente di lavoro che elimini lo stigma sulla salute mentale, poiché le percezioni negative possono portare all'isolamento dei dipendenti e impedire loro di cercare aiuto.

Lo stigma pervasivo che circonda la malattia mentale in Italia ostacola significativamente la ricerca di aiuto e il reintegro positivo sia per i lavoratori militari che civili. Questo non solo incide sul benessere individuale, ma anche sulla produttività nazionale e sui costi sanitari. Un sondaggio dell'American Psychiatric Association (APA, 2022) ha rivelato che solo il 48% dei lavoratori intervistati si sente a proprio agio nel discutere apertamente della propria salute mentale con il supervisore, e il 36% teme ritorsioni se deve assentarsi per motivi di salute mentale. Gli operatori sanitari stessi possono essere vittime di stigma, con un 71% di infermieri che ha lavorato con colleghi con disturbi psichici, e un 90% che dichiara un aumento di tali casi. Il rientro al lavoro dopo un'assenza per motivi di salute mentale è più complesso rispetto a quando la causa è un problema muscolo-scheletrico, proprio a causa dello stigma. La discriminazione sul lavoro, basata su razza, etnia, cultura, sesso o religione, è ampiamente riconosciuta come un determinante sociale della salute psicofisica e un fattore che contribuisce a generare disuguaglianze di salute, portando a problemi di salute mentale come ansia e depressione, isolamento sociale e comportamenti dannosi.

VI. Conclusioni e Raccomandazioni

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) emerge come una condizione complessa e pervasiva, la cui "battaglia" si combatte in un fronte invisibile: la mente. La sua eziologia è profondamente radicata nell'esposizione a eventi traumatici, sia acuti che cronici, che minacciano l'integrità fisica o psicologica dell'individuo. L'analisi ha rivelato che il PTSD non è una risposta universale al trauma, ma piuttosto il risultato di un'interazione complessa tra

l'evento e le vulnerabilità individuali, con una prevalenza significativamente più alta nelle donne e in seguito a traumi interpersonali o sessuali.

Il report ha evidenziato le specificità e le sfide del PTSD sia nel contesto militare, dove l'esposizione al combattimento e al trauma sessuale militare (MST) è un fattore di rischio preponderante, sia nel contesto lavorativo civile, dove il mobbing e lo stress cronico possono agire come catalizzatori o manifestarsi con sintomatologie sovrapposte al burnout. La difficoltà di diagnosi, spesso ritardata o mascherata da sintomi fisici, e la barriera pervasiva dello stigma, sia autoimposto che sociale, rappresentano ostacoli significativi alla ricerca di aiuto e a un reintegro efficace nella società e nel mondo del lavoro.

La comprensione che il PTSD può derivare da un accumulo di traumi o da un condizionamento di paura appresa, piuttosto che da un singolo evento isolato, sottolinea l'importanza di un approccio proattivo e continuo al supporto psicologico. Analogamente, il riconoscimento che il luogo di lavoro può essere una fonte di trauma, e non solo un ambiente in cui il trauma preesistente si manifesta, impone una revisione delle politiche aziendali e sociali.

Alla luce di queste considerazioni, si formulano le seguenti raccomandazioni:

1. Politiche Sanitarie e Sociali Integrate:

- **Servizi di Salute Mentale Accessibili e Sensibili al Trauma:** Promuovere l'integrazione dei servizi di salute mentale nel sistema sanitario generale, garantendo l'accesso a terapie basate sull'evidenza (es. EMDR, CBT focalizzata sul trauma) e a professionisti qualificati.
- **Approcci Sensibili al Genere:** Sviluppare programmi specifici per la prevenzione della violenza sessuale e del trauma sessuale militare, e offrire servizi di supporto psicologico che riconoscano e rispondano alle vulnerabilità uniche delle donne.
- **Screening e Supporto Continuo:** Implementare screening regolari per il PTSD, specialmente per le popolazioni a rischio (es. veterani, primi soccorritori), e garantire un supporto psicologico continuo, anche a distanza di tempo dall'evento traumatico.

2. Ambienti Lavorativi Sani e Sicuri:

- **Gestione Proattiva dei Rischi Psicosociali:** I datori di lavoro devono adempiere agli obblighi normativi (D.Lgs. 81/08, ISO 45003) valutando e gestendo attivamente i rischi psicosociali, inclusi stress lavoro-correlato, mobbing e burnout.
- **Leadership Empatica e Formazione Manageriale:** Promuovere la formazione dei manager sulla leadership empatica e sull'intelligenza emotiva, affinché possano creare ambienti di lavoro psicologicamente sicuri, riconoscere i segnali di disagio e supportare i propri collaboratori.
- **Programmi di Assistenza ai Dipendenti (EAP):** Incentivare l'adozione e l'utilizzo di EAP completi che offrano consulenza confidenziale, supporto per la gestione dello stress, risorse per l'equilibrio vita-lavoro e assistenza in caso di incidenti critici.

- **Aggiustamenti Ragionevoli e Reintegro Supportato:** Assicurare che i lavoratori con PTSD o altre problematiche di salute mentale ricevano aggiustamenti ragionevoli sul luogo di lavoro e piani di reintegro personalizzati, con un'attenzione particolare alla comunicazione aperta e alla flessibilità.
- **Campagne Anti-Stigma:** Lanciare e sostenere campagne di sensibilizzazione per combattere lo stigma sulla salute mentale nel contesto lavorativo, promuovendo una cultura di accettazione, comprensione e supporto tra colleghi e superiori.

3. Ricerca e Formazione Continua:

- **Investimenti nella Ricerca:** Continuare a finanziare la ricerca sulla resilienza, sui fattori protettivi e sull'efficacia degli interventi per il PTSD, inclusi approcci innovativi come il SIT e la realtà virtuale.
- **Formazione Interdisciplinare:** Promuovere la formazione interdisciplinare per professionisti della salute (medici di base, specialisti), HR e leader aziendali, per migliorare la capacità di riconoscere il PTSD, distinguere le comorbidità e indirizzare verso percorsi di cura appropriati.

4. Cultura Generale di Accettazione:

- **Educazione Pubblica:** Sensibilizzare l'opinione pubblica sulla natura del PTSD e delle malattie mentali, smantellando i pregiudizi e promuovendo una maggiore comprensione e accettazione.
- **Supporto tra Pari:** Incoraggiare e facilitare la creazione di reti di supporto tra pari, sia per i veterani che per i lavoratori civili, riconoscendo il valore dell'esperienza condivisa e del sostegno reciproco nel percorso di guarigione.

Il PTSD, con il suo "fronte" invisibile nella mente, richiede un impegno collettivo per essere affrontato. Solo attraverso un approccio integrato che coinvolga politiche sanitarie, ambienti lavorativi, ricerca e un cambiamento culturale, sarà possibile offrire il supporto e la cura adeguati a coloro che portano i segni di queste battaglie interiori, permettendo loro di ritrovare la serenità e la piena partecipazione alla vita.

Fonti usate nel report

- nyulangone.org
- Diagnosing Post-Traumatic Stress Disorder - NYU Langone Health
- uktraumacouncil.org
- [Post-traumatic stress disorder \(PTSD\) and Complex PTSD - UK Trauma Council](http://Post-traumatic stress disorder (PTSD) and Complex PTSD - UK Trauma Council)
- nhs.uk
- Symptoms - Post-traumatic stress disorder - NHS
- who.int
- [Post-traumatic stress disorder - World Health Organization \(WHO\)](http://Post-traumatic stress disorder - World Health Organization (WHO))
- ncbi.nlm.nih.gov
- Posttraumatic Stress Disorder - StatPearls - NCBI Bookshelf
- nimh.nih.gov
- [Post-Traumatic Stress Disorder \(PTSD\) - National Institute of Mental Health \(NIMH\)](http://Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) - National Institute of Mental Health (NIMH))

- bestpractice.bmj.com
- [Post-traumatic stress disorder - Symptoms, diagnosis and treatment ...](#)
- nimh.nih.gov
- [Post-Traumatic Stress Disorder - National Institute of Mental Health ...](#)
- istitutobeck.com
- [I fattori di rischio per il disturbo da stress post-traumatico - Istituto Beck](#)
- [Cos'è il PTSD: cause, sintomi e trattamento - Serenis](#)
- emdr-roma.it
- [Criteri diagnostici per il PTSD - EMDR a Roma - Dr. Luca ...](#)
- rpsych.ac.uk
- [Disturbo post-traumatico da stress \(DPTS\) - Royal College of Psychiatrists](#)
- msdmanuals.com
- [Disturbo post-traumatico da stress - Disturbi psichiatrici - Manuali ...](#)
- salute.regione.emilia-romagna.it
- [Lo stigma della patologia psichiatrica nell'operatore sanitario e la difficoltà nella richiesta di aiuto - Salute Regione Emilia-Romagna](#)
- rainews.it
- [Salute mentale, precariato, stress e iper-lavoro aumentano i rischi - RaiNews](#)
- carabinieri.it
- [Lo stress traumatico - conoscerlo per gestirlo in materia efficace](#)
- carabinieri.it
- [Lo Stress Inoculation Training utilizzato nell'ambito delle Forze ...](#)
- difesa.it
- [linee guida sulle attività di supporto morale, psicologico e assistenziale-previdenziale al personale MILITARE](#)
- ptsd.va.gov
- [Combat Exposure - PTSD: National Center for PTSD](#)
- ptsd.va.gov
- [How Common is PTSD in Veterans? - PTSD: National Center for PTSD](#)
- medicolavoro.org
- [60 giorni di assenza dal lavoro: Visita medica sì o no \(novità 2025 ...](#)
- puntosicuro.it
- [Quali sono le misure correttive per il rischio stress lavoro correlato? - Punto Sicuro](#)
- medicolavoro.info
- [Stress lavoro correlato: normativa, valutazione, prevenzione](#)
- dnv.it
- [ISO 45003 – Salute e sicurezza psicologica sul luogo di lavoro - DNV](#)
- aslbi.piemonte.it
- [Supporto psicologico post trauma: nasce un AMBULATORIO ...](#)
- psy.it
- [Stress lavoro-correlato- quadro normativo - CNOP](#)
- psicotraumatologia.org
- [IEP – Istituto Europeo di Psicotraumatologia e Stress Management ...](#)
- censis.it
- [Il lavoro che stressa: rischio burn-out per un dipendente su tre](#)
- ptsduk.org
- [burnout and PTSD – PTSD UK](#)
- americanaddictioncenters.org
- [Can Being a Victim of Long-Term Bullying Lead to PTSD Later in Life?](#)
- pmc.ncbi.nlm.nih.gov
- [Burnout, Posttraumatic Stress Disorder, or Both – Listen Carefully ...](#)
- stickneycounseling.com
- [Recognizing Symptoms of PTSD from Workplace Bullying](#)
- healthassured.org
- [Post-Traumatic Stress Disorder \(PTSD\) - Health Assured](#)
- mdpi.com
- [Hardiness, Stress and Secondary Trauma in Italian Healthcare and ...](#)
- jcmh.org
- [Supportare i veterani e la loro salute mentale](#)
- regione.lazio.it
- www.regione.lazio.it
- santagostino.it

- [Il disturbo da stress post traumatico o PTSD - Centro Medico Santagostino](#)
- [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](#)
- [Stigma associated with PTSD: perceptions of treatment seeking combat veterans - PubMed](#)
- [Salute mentale per i veterani - 211 Maryland](#)
- [fortuneita.com](#)
- [Salute mentale in Italia tra fragilità e stigma](#)
- [ipsico.it](#)
- [Salute mentale e stigma - IPSICO, Firenze](#)
- [meditopia.com](#)
- [Unmatched EAP Providers in Italy - Meditopia for Work](#)
- [psicotraumatologia.org](#)
- [Programmi di Benessere al Lavoro](#)
- [altamirahrm.com](#)
- [Salute mentale e welfare aziendale: come le aziende possono fare la differenza](#)
- [istitutobeck.com](#)
- [Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso - Istituto Beck](#)
- [axa.ch](#)
- [Riconoscere le conseguenze psichiche di un infortunio - AXA](#)
- [scienzainrete.it](#)
- [Salute mentale: ecco cosa succede al cervello durante una guerra - Scienza in rete](#)
- [americanaddictioncenters.org](#)
- [Stigma Impacts Substance Abuse and Mental Health Care in Veterans](#)
- [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](#)
- [Military and Veteran help-seeking behaviors: Role of mental health stigma and leadership](#)
- [inmp.it](#)
- [Discriminazione sul lavoro, integrazione sociale e salute mentale percepita in Italia - INMP](#)
- [rapportodiritti.it](#)
- [Salute mentale | Rapporto sullo Stato dei Diritti in Italia](#)
- [europarl.europa.eu](#)
- [I deputati chiedono un'azione per proteggere la salute mentale | Tematiche | Parlamento europeo](#)
- [sanitainformazione.it](#)
- [Malattie mentali, stress e iper-lavoro aumentano i rischi - Sanità Informazione](#)
- [meditopia.com](#)
- [Unmatched EAP Providers in Italy - Meditopia for Work](#)
- [apollohospitals.com](#)
- [PTSD o disturbo da stress post-traumatico - cause, sintomi e trattamento - Apollo Hospitals](#)