

UN NUOVO RISCHIO ALL’ATTENZIONE DELLA MEDICINA DEL LAVORO: LE MOLESTIE MORALI (MOBBING) “Consensus Document”

R. Gilioli¹, M. Adinolfi², A. Bagaglio³, D. Boccaletti⁴, M. G. Cassitto⁵, B. Della Pietra⁶, C. Fanelli⁷, E. Fattorini⁸, D. Gilioli⁹, A. Grieco¹⁰, A. Guizzaro¹¹, A. Labella¹², O. Mattei¹³, M. Menegozzo¹⁴, S. Menegozzo¹⁵, R. Molinini¹⁶, D. Musto¹⁷, A. Paoletti¹⁸, F. Papalia¹⁹, R. Quagliuolo²⁰, F. Vinci²¹.

1.0 Premessa

Accanto ai rischi tradizionali (chimici, fisici e biologici) per la salute del lavoratore, i rischi psicosociali ed organizzativi stanno diventando una delle principali cause di alterazione della salute sul posto di lavoro. Fra questi il “rischio relazionale” o “interpersonale” si è posto all’attenzione del medico del lavoro solo di recente, ma in modo crescente.

Negli ultimi anni, il mobbing è in incremento per motivazioni di carattere macroeconomico (globalizzazione, grandi merger internazionali, fusioni, ecc.), e per il cambiamento delle tipologie di lavoro e dei correlati rischi lavorativi.

Le indagini scientifiche su questo tema sono per ora poche e non esaustive, ai livelli nazionale e internazionale, anche perché condotte su popolazioni con scarsa numerosità. D’altronde, il tema dei disturbi e delle patologie derivanti da, o riconducibili a, situazioni mobbizzanti pare rivestire carattere di patologia sociale dilagante, se si considerano le statistiche dell’*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, un’istituzione dell’Unione Europea, secondo la quale in Italia la prevalenza del fenomeno tra i lavoratori è del 4.2%, ossia di circa 800.000-1.000.000 persone coinvolte (anno 1996-97). Una ricerca recente condotta da istituzioni bancarie avrebbe rilevato, in quest’area, prevalenze molto più elevate, dell’ordine del 18% (anno 2000).

¹ Centro per il Disadattamento Lavorativo della Clinica del Lavoro “L. Devoto”, Milano.

² Istituto di Medicina del Lavoro, II Università di Napoli.

³ Unità Operativa Territoriale N. Gallarate, ASL, Varese.

⁴ Servizi Riabilitativi, Azienda Osp. Niguarda, Milano.

⁵ Centro per il Disadattamento Lavorativo della Clinica del Lavoro “L. Devoto”, Milano.

⁶ Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, II Università di Napoli.

⁷ Cattedra di Medicina del Lavoro, Università “Tor Vergata”, Roma.

⁸ Dipartimento di Medicina del Lavoro, ISPESL, Roma.

⁹ Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Milano.

¹⁰ Dipartimento di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Milano.

¹¹ Cattedra di Neurofisiopatologia, II Università di Napoli.

¹² Cattedra di Psicologia Clinica, II Università di Napoli.

¹³ Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

¹⁴ Istituto di Medicina del Lavoro, II Università di Napoli.

¹⁵ Istituto di Medicina del Lavoro, II Università di Napoli.

¹⁶ Unità Operativa di Medicina del Lavoro, Azienda Ospedaliera Policlinico, Bari.

¹⁷ S.Pre.S.A.L., ASL 19, Asti.

¹⁸ Cattedra di Medicina del Lavoro, Università degli Studi, L’Aquila.

¹⁹ Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

²⁰ Istituto di Medicina del Lavoro, II Università di Napoli.

²¹ Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

Fra gli elevati costi – individuali, aziendali e sociali –, di particolare rilevanza sono le conseguenze sulla salute riscontrate dopo un periodo variabile di esposizione alla condizione mobbizzante. Queste conseguenze possono manifestarsi inizialmente a carico della sfera neuropsichica, e successivamente con importanti ricadute psicosomatiche e fisiche, che comportano non solo una riduzione della capacità lavorativa fino a stati invalidanti, ma possono definire altresì un quadro di rilevante danno biologico, con risvolti di tipo esistenziale, sociale e relazionale.

È pertanto quanto mai opportuno un accordo tra gli organi competenti che, oltre al riconoscimento della rilevanza del fenomeno, sviluppi linee guida per la gestione complessiva del fenomeno mobbing, comprendente gli aspetti informativi, formativi, divulgativi, clinico-diagnostici, terapeutici, riabilitativi, medico-legali, legali e preventivi.

La portata e la gravità delle conseguenze hanno già esteso la preoccupazione al settore legale, in tema sia di giurisprudenza (si vedano le due sentenze del Tribunale del Lavoro di Torino, nel novembre-dicembre 1999), sia legislativo (dove, in aggiunta all'articolo 32 della Costituzione, e agli artt. 2087 e 2103 del Codice Civile, sono state presentate sei proposte di legge in Parlamento, ed è stata inoltre approvata la recente Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, durante il Consiglio Europeo di Nizza, 7-9 dicembre 2000²²).

In attesa dell'approvazione di uno specifico Disegno di Legge da parte del Parlamento, sarebbe dunque opportuno modificare l'attuale normativa vigente (con particolare riferimento all'art. 2 del Decreto Legislativo n. 626/94), riprendendo il concetto di *Salute* come stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero non semplicemente come assenza di malattia, bensì come uno *stato di completo benessere fisico, psichico e sociale*. Inoltre, nel punto H dello stesso art. 2, del D. Lgs. 626/94, insieme agli agenti *chimici, fisici e biologici*, sono integrabili i fattori *psicologici*.

2.0 Definizione

Il mobbing è comunemente definito come una forma di molestia o violenza psicologica esercitata quasi sempre con intenzionalità lesiva, ripetuta in modo iterativo, con modalità polimorfe; l'azione persecutoria è intrapresa per un periodo determinato, arbitrariamente stabilito in almeno sei mesi sulla base dei primi rilievi svedesi, ma con ampia variabilità dipendente dalle modalità di attuazione e dai tratti della personalità dei soggetti, con la finalità o la conseguenza dell'estromissione del soggetto da quel posto di lavoro. A tal proposito, sembra più opportuno parlare di “soglia individuale di resistenza alla violenza psicologica” capace di indurre una condizione di mobbing, che è possibile esprimere come funzione di:

(intensità della violenza) - (tempo di esposizione) - (tratti della personalità)

La violenza morale è esercitata mediante attacchi contro la persona del lavoratore, il lavoro svolto, la funzione lavorativa ricoperta e, infine, lo status del lavoratore, da parte di un singolo soggetto protagonista (*mobber*), generalmente un superiore. In alcuni casi costui viene “coadiuvato” da dinamiche di gruppo complesse, intrecciate e gestite da un “coro” di colleghi che concorre - in maniera più o meno consapevole - alla violenza psicologica, sia con atteggiamento di attiva partecipazione, sia come testimone passivo, incapace di contrastare tale attività per presunte convenienze secondarie.

La persona del lavoratore viene continuamente umiliata, offesa, isolata e ridicolizzata anche per quanto riguarda la vita privata. Il suo lavoro viene deprezzato, continuamente criticato o addirittura sabotato, svuotato di contenuti; il soggetto viene privato degli strumenti necessari a svolgere l'attività (sindrome della scrivania vuota) o, viceversa, sovraccaricato di lavoro e di compiti impossibili da portare materialmente a termine o inutili, ma tali da provocare o acuire i sentimenti di frustrazione e di impotenza (sindrome della scrivania piena). Il suo ruolo viene declassato, le sue capacità personali e professionali messe in discussione, o comunque fortemente in dubbio. Infine, vengono esercitate nei suoi confronti continue azioni sanzionatorie, spesso pretestuose, mediante un uso eccessivo di strumenti quali visite fiscali o di idoneità, contestazioni disciplinari, trasferimenti in sedi lontane (sotto forma di minaccia, o anche materialmente effettuati), rifiuto di permessi, di ferie e/o di trasferimenti.

²² In particolare, il riferimento è al Capo IV, più precisamente agli artt. 30, 31, 32 e 35, in Guida al Diritto, n. 47, il Sole 24 Ore, 30 dicembre 2000.

Si distinguono:

1. un mobbing strategico, che corrisponde ad un preciso disegno di esclusione di un lavoratore da parte della stessa azienda e/o del management aziendale, che, con tale azione premeditata e programmata, intende realizzare un ridimensionamento delle attività di un determinato lavoratore o il suo allontanamento dal lavoro.
2. un mobbing emozionale²³, o relazionale *sensu strictu* che deriva, invece, da un'alterazione delle relazioni interpersonali (esaltazione ed esasperazione dei comuni sentimenti di ciascun individuo di rivalità, gelosia, antipatia, diffidenza, paura, ecc.) sia di tipo gerarchico che tra colleghi.
3. un mobbing senza intenzionalità dichiarata, nel caso in cui non vi sia, da parte del management aziendale, una precisa volontà strategica di eliminare o condizionare negativamente un determinato lavoratore con azioni di violenza psicologica. Piuttosto, esiste all'interno della complessa organizzazione del lavoro di un'azienda, una nicchia di conflitto che esorbita dalla dimensione normale del conflitto interpersonale sul luogo di lavoro. Questa azione di molestia morale viene esercitata da parte di un pari grado (per eliminare eventuali ostacoli alle proprie ambizioni carrieristiche), o da parte di un superiore, al fine di tutelare la propria posizione gerarchica, giudicata in pericolo. In questo caso l'azienda è responsabile in quanto non in grado sia di individuare tempestivamente tale condizione, che – una volta resasi palese – è incapace di arginare e sanare efficacemente. In termini tecnici, in quest'ultimo caso, da parte del management aziendale non vi è dolo, ma colpa di omissione.

3.0 Soggetti Colpiti (bersagli)

Ogni lavoratore, indipendentemente dalle caratteristiche della propria personalità e del proprio carattere, può essere oggetto di molestie morali. Tuttavia, oltre alla soglia individuale di resistenza alla violenza psicologica, alcune caratteristiche personali o situazionali possono favorirne l'insorgenza o la diffusione.

Sono potenziali bersagli soprattutto:

- lavoratori con elevato coinvolgimento nell'attività svolta, o con capacità innovative e creative;
- soggetti con ridotte capacità lavorative o portatori di handicap collocati obbligatoriamente nel posto di lavoro, ma osteggiati dal datore di lavoro, dal preposto, dai nuovi compagni di lavoro;
- “diversi” sotto vari punti di vista e tratti socio-culturali (provenienza geografica, religione, abitudini di vita, preferenze sessuali).
- Lavoratori rimasti estranei a pratiche illecite di colleghi

E' possibile rilevare tre condizioni:

- Il soggetto bersaglio era in precedenza un individuo in soddisfacente equilibrio psico-fisico;
- Il soggetto bersaglio aveva già in precedenza una personalità con disturbi comportamentali compensati;
- Il soggetto bersaglio era in precedenza una persona portatrice di disturbi comportamentali conclamati.

Va tuttavia sottolineato che la condizione di preesistenza di disturbi neurocomportamentali non esclude l'esistenza di un nesso eziologico tra ambiente di lavoro e patologia psichiatrica derivata. Al contrario, occorre verificare da un punto di vista medico-legale che esista un nesso di causalità tra l'ambiente lavorativo, inteso nella sua accezione più complessa, anche come forma di organizzazione del lavoro e gestione delle risorse umane, e il peggioramento del quadro clinico del soggetto, evidenziando eventuali ulteriori concause significative, o fattori eziopatogenici.

²³ E' stato preferito non adottare la terminologia tradizionale di mobbing verticale (o bossing) o trasversale in quanto esplicativi solo della provenienza della provenienza morale ma privi di ogni connotazione sui meccanismi causali o patogenetici, la cui conoscenza è fondamentale ai fini preventivi.

²⁴Viene anche proposta l'espressione *relazionale*, sia per non indurre a una sottovalutazione della componente aziendale, ovvero dell'incapacità del management di registrare il conflitto al suo emergere e la condizione di mobbing e intervenire per emendare con opportuni provvedimenti la situazione negativa; sia per evitare che questa tipologia di mobbing venga esclusa dalla categoria delle malattie professionali, supponendo che l'origine della condizione di rischio e della conseguente patologia siano da inquadrare semplicemente nell'ambito di un conflitto interpersonale. In tal senso, il termine “relazionale” consente di riportare il conflitto alla sua sfera originaria, costituita dal sistema di relazioni sul posto di lavoro.

In ogni caso, il fenomeno si accompagna ad una grave condizione di inadeguatezza dell'organizzazione del lavoro nell'azienda, talvolta voluta, spesso incapace di costruire meccanismi di rilevamento e pronta correzione del fenomeno.

4.0 Conseguenze sulla salute

I primi effetti derivanti da situazioni mobbizzanti sono osservabili sulla salute delle vittime che, quasi inevitabilmente, dopo un intervallo di tempo variabile, si altera con manifestazioni nella sfera neuropsichica.

Precoci sono i segnali di allarme psicosomatico (cefalea, tachicardia, gastroenteralgie, dolori osteoarticolari, mialgie, disturbi dell'equilibrio), emozionale (ansia, tensione, disturbi del sonno, dell'umore), comportamentale (anoressia, bulimia, potus, farmacodipendenza). Se lo stimolo avverso è duraturo, oltre al possibile concorso nello sviluppo di patologia d'organo, i sintomi descritti possono organizzarsi nei due quadri sindromici principali che rappresentano le risposte psichiatriche a condizionamenti o situazioni esogene: il disturbo dell'adattamento e il disturbo post-traumatico da stress.

Tenendo conto della sistematizzazione nosografica del DSM-IV, le conseguenze sulla salute che possono derivare da una condizione di mobbing dovrebbero essere comprese nell'insieme definito "Reazioni ad Eventi". Tali reazioni includono:

- Disturbo dell'adattamento (DA)
- Disturbo acuto da stress (DAS)²⁴
- Disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Tuttavia, occorre tener presente che in ambito lavorativo esiste un vasto insieme di disturbi psichiatrici classificabili come "reazioni ad eventi", identificabili, per nesso eziologico, come malattie professionali o malattie correlate al lavoro (*work-related*), che nulla hanno a che vedere con la condizione di mobbing. Va infatti considerato che la messa in cassa integrazione, il licenziamento dovuto a cause strutturali di crisi aziendale, una fase di forte conflitto aziendale, e tutta una serie di eventi analoghi che possono realizzarsi in ambito lavorativo, senza alcun elemento di intenzionale violenza psicologica, possono ugualmente determinare quadri di patologia anche molto gravi, senza per questo essere inquadrabili all'interno di una sindrome provocata da una condizione di mobbing.

Nell'esperienza della Clinica del Lavoro di Milano, il disturbo dell'adattamento è largamente prevalente (oltre i 2/3 dei casi con caratteristiche di attendibilità), mentre il disturbo post-traumatico da stress (stessi sintomi del disturbo dell'adattamento, ma più gravi e con possibilità di sequele associato a intrusività del pensiero, comportamenti di *evitamento* di situazioni che possano – anche indirettamente – richiamare il problema lavorativo, e blocco dell'io) rappresenta un evento meno frequente. Circa un terzo della casistica totale è, infine, costituito da casi di patologia psichiatrica comune o di patologia fittizia.

Al contrario, la casistica osservata nel centro di Napoli, ancora in fase di sperimentazione, ha permesso di rilevare una notevole presenza dei casi più drammatici del fenomeno, che si è manifestato prevalentemente come Disturbo post-traumatico da stress (DPTS), mentre il 20% dei casi è costituito da Reazioni ad Eventi in ambito lavorativo, nei quali l'evento-causa della reazione non è individuabile in una condizione di mobbing, quanto piuttosto in una condizione di conflitto aziendale senza valenze intenzionali di tipo persecutorio.

5.0 Conseguenze sociali

²⁵ Secondo alcuni è opportuno includere anche il DAS fra i principali quadri sindromici prodotti da una condizione di mobbing, poiché, sulla base della loro esperienza, esiste la possibilità che, in un arco di tempo limitato (inferiore ai sei mesi), si manifestino condizioni di mobbing che determinano non soltanto manifestazioni patologiche acute, ma anche postumi permanenti. In tal caso si potrebbe considerare il DAS dovuto a mobbing come un possibile esordio del DPTS con potenziali caratteri di reversibilità, laddove sia possibile intervenire in tempo emendando la condizione di mobbing, o, viceversa, come un caso conclamato di DPTS, laddove la condizione di mobbing persista.

Le conseguenze sociali possono essere devastanti, in quanto la persistenza dei disturbi psicofisici porta ad assenze dal lavoro sempre più prolungate, con “sindrome da rientro al lavoro” sempre più accentuata, fino alle dimissioni o al licenziamento. La perdita dell’autostima e del ruolo sociale comporta insicurezza, difficoltà relazionali e, per le fasce d’età più avanzate, l’impossibilità di nuovi inserimenti lavorativi. Il soggetto porta all’interno dell’ambito familiare il proprio stato di grave disagio, e non sono rari i casi di separazioni e divorzi, disturbi nello sviluppo psicofisico dei figli e disturbi nelle relazioni sociali.²⁵

Più precisamente, le conseguenze devastanti della situazione di mobbing in ambito sociale interessano tre aree distinte:

a) Difficile recupero dell’inserimento occupazionale. Tale difficoltà, oltre che da condizioni di mercato del lavoro fortemente selettivo, è caratterizzata dai seguenti elementi:

- La collocazione di un quadro dirigenziale ad alto livello presenta difficoltà maggiori di un lavoratore di tipologia media, dal momento che le nicchie di mercato per ruoli dirigenziali sono molto ristrette e “protette” in termini di scalata gerarchica interna alle aziende.

- Il contenzioso legale per veder riconosciuti i diritti al recupero della posizione lavorativa precedentemente ricoperta, in Italia prevede tempi talmente lunghi, che la stessa attesa diventa elemento di sofferenza concomitante alla sindrome da mobbing. Inoltre, un lungo periodo di attesa (che può ricoprire anche diversi anni), determina una perdita di professionalità ad alti livelli, che si fonda sul costante esercizio pratico dell’attività manageriale. Come dire: a certi livelli, chi si ferma è professionalmente perduto!

b) Coinvolgimento del nucleo familiare. Agli occhi del soggetto mobbizzato, la famiglia appare come la struttura sociale immediatamente più disponibile per temporanee forme di compenso. Essa costituisce comunque un compenso temporaneo, variabile e – oltre certi limiti – incapace di assorbire e metabolizzare le tensioni, che le si ritorcono pericolosamente contro, implicandola in comportamenti reattivi di natura “patologica”.

c) Coinvolgimento del tessuto della vita di relazione. Gli effetti del mobbing si ripercuotono significativamente anche nella vita di relazione del soggetto mobbizzato, che subisce una progressiva contrazione, motivata in genere da due fattori:

- la caduta del ruolo lavorativo viene vissuta anche come caduta dello stato sociale, che si traduce in una fuga dai contatti sociali tradizionali;

- la problematica del mobbing diventa pervasiva e totalizzante, determinando una progressiva caduta d’interesse per la vita di relazione.

A ciò si aggiunga il fatto che i costi delle conseguenze del mobbing non riguardano solo gli aspetti individuali, ma si riflettono più generalmente a livello aziendale, in termini di ore lavorative perse e scadimento della qualità del lavoro, della produttività e, a livello della collettività, con un aumento dei pre-pensionamenti, delle invalidità civili e della spesa sanitaria. Il soggetto mobbizzato è diventato improduttivo, di peso per la società, per la famiglia, per se stesso: di ciò egli è consapevole, ma non ha più energie da spendere, né entusiasmo da investire.

6.0 Diagnosi

L’analisi rispettivamente delle situazioni lavorative di mobbing e delle malattie mobbing-correlate è particolarmente critica per i seguenti motivi:

1. la fonte precipua d’informazione è rappresentata, nella situazione attuale, quasi esclusivamente dalla raccolta anamnestica diretta;

2. la possibilità di verifica di questi dati è scarsa, in quanto - solitamente - la collaborazione dell’ambiente di lavoro è carente.

Le citate difficoltà devono essere affrontate con una strategia ad ampio raggio che non esclude la possibilità di falsi positivi, ma ne può ridurre la frequenza, mediante una rigorosa osservanza dei seguenti punti:

- dichiarazione autocertificata della situazione di lavoro da parte del soggetto²⁶

²⁶ La casistica del Centro di Ascolto dell’ISPESL ha fatto registrare l’1,2% di separazioni (separazioni di fatto, legali e divorzi) a causa del mobbing.

²⁷ Alcuni componenti del gruppo fanno rilevare il fatto che, comunque, tale dichiarazione non è necessaria, dato che, automaticamente, ogni dichiarazione rilasciata in sede di anamnesi è sotto la responsabilità del paziente che la sottoscrive. Al contrario, l’autocertificazione potrebbe indurre nel paziente un sentimento di diffidenza nei confronti del medico.

- identificazione del livello di attendibilità del paziente ed esclusione di un possibile disturbo fittizio
- identificazione di un disturbo psichiatrico non legato al lavoro
- identificazione delle caratteristiche e/o comportamenti che definiscono la situazione di mobbing
- contatto formale con il medico competente – ove previsto -, al fine sia di aggiungere elementi di validazione dell'anamnesi fornita e sottoscritta dal lavoratore vittima del mobbing, sia di informare e responsabilizzare il medico competente stesso.
- definizione del quadro clinico e della sua compatibilità con le sindromi mobbing-correlate.

Gli strumenti necessari a soddisfare questi criteri sono:

- la specifica preparazione alla conduzione di colloqui psicologico-psichiatrici mirati
- l'impiego di strumenti di rilevazione della situazione di mobbing validi e sensibili, con particolare riferimento all'organizzazione del lavoro all'interno dell'azienda.
- l'impiego di metodi psicodiagnostici validi e sensibili
- effettuazione di diagnosi sindromica.

In ogni caso, comunque, la diagnosi avverrà in seno al lavoro di una équipe multidisciplinare di specialisti che operano in parallelo e coordinati tra loro. In particolare, le figure del team di lavoro sono:

- **Medico del Lavoro** (con particolare riferimento all'anamnesi lavorativa e all'analisi dell'organizzazione del lavoro).
- **Psicologo del Lavoro**, per l'analisi e la valutazione dei fattori di rischio, cosiddetti trasversali, in particolare sociali e psicologici.
- **Medico Psichiatra**, per la determinazione della tipologia della reazione ad evento determinatasi e cioè la diagnosi psichiatrica (DDA, DAS e DPTS).²⁷
- **Psicologo Clinico**, per l'analisi e la valutazione delle manifestazioni psicopatologiche attuali e/o pregresse, attraverso la somministrazione di batterie di test mirati.
- **Medico Legale**, per la valutazione analitica della sussistenza di un nesso di causalità e per la individuazione di un eventuale danno biologico.²⁸

Sulla base dei requisiti e degli strumenti sopra elencati, indispensabili per arrivare a una diagnosi sufficientemente affidabile, anche i due inquadramenti di disturbo dell'adattamento (DDA) e di disturbo post traumatico da stress (DPTS) dovranno essere meglio identificati in base al ruolo svolto dai fattori occupazionali sui disturbi accusati.

La differenziazione suggerita è la seguente:²⁹

D'altra parte, in ogni caso, i membri dell'équipe NON sono tenuti a fare diagnosi di mobbing, ma solo di quadro clinico compatibile con una condizione di mobbing (la determinazione del nesso eziologico è a cura degli organi preposti: Medico Competente, Servizi di Vigilanza delle ASL, Magistratura, INAIL).

²⁸Pur non entrando nel merito delle diverse possibilità d'intervento terapeutico-riabilitativo, si ritiene che, oltre alle comuni terapie psico-farmacologiche, siano indicati diversi approcci di terapia psicologica, fra i quali la terapia cognitivo-comportamentale sembra aver rivestito, nello specifico dei pazienti mobbizzati, un ruolo importante; inoltre si è verificato di notevole utilità, con finalità a carattere eminentemente riabilitativo, il confronto esperienziale che può essere realizzato nei gruppi di auto-aiuto.

²⁹A tal proposito, in merito al problema della tipologia di certificazione da rilasciare, si delineano tre forme possibili:

1. Un'unica certificazione sottoscritta dai singoli specialisti dell'équipe
2. Cinque certificazioni separate, rilasciate da ciascun specialista (tale opzione ci sembra da evitare assolutamente).
3. Un unico certificato rilasciato dal medico del lavoro, con la dichiarazione di compatibilità (o meno) della sindrome rilevata con la condizione di mobbing, cui allegare le certificazioni degli altri specialisti. Quest'ultima ci sembra essere la soluzione auspicabile e più opportuna.

³⁰ Alcuni ritengono inutile tale suddivisione specifica, dato che l'équipe deve limitarsi a verificare la compatibilità del quadro clinico con una condizione di mobbing (V. nota 26). In tal senso sottolineano l'opportunità di evidenziare nel documento il diverso approccio professionale da parte dei vari medici del lavoro rispetto alla loro collocazione istituzionale nei confronti del soggetto "mobbizzato":

1. Specialista di fiducia del paziente;
2. Medico competente dell'Azienda;
3. Medico del Servizio di Igiene e Medicina del Lavoro della ASL, con funzioni di vigilanza;

- DDA in situazione occupazionale vissuta come avversativa
- DDA in situazione occupazionale stressogena

Queste due diagnosi si riferiscono a componenti soggettive di valutazione da parte del paziente e a situazioni di stress generico

- DDA compatibile con situazione anamnesticamente avversativa
- DDA occupazionale
- DPTS con prevalente componente occupazionale
- DPTS occupazionale

7.0 Ruolo del medico del lavoro

La gestione del fenomeno mobbing è tipicamente polidisciplinare, in quanto si basa su competenze sociologiche, psicologiche, mediche e legali, condotte in maniera collegiale da una équipe sperimentata.

A livello assistenziale, il ruolo del medico del lavoro, dello psichiatra e dello psicologo sono interdipendenti e devono pertanto essere integrati in una struttura funzionale unitaria: è questa la condizione ottimale, di non agevole realizzazione pratica, per la gestione di un fenomeno di tale complessità.

A livello preventivo, è previsto che il Medico Competente ex D.Lgs.626/1994 collabori con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione, affinché vengano prese tutte le misure necessarie a tutelare la salute e l'integrità psicofisica e la dignità dei lavoratori; in particolare dovrà richiamare l'attenzione sui fattori di rischio meno tradizionali (organizzativi e psico-sociali) e partecipare ai progetti d'informazione e di formazione. Quest'ultima, infatti – soprattutto quella manageriale -, rappresenta uno strumento di prevenzione insostituibile per la gestione delle risorse umane. Non va dimenticato che nei casi non strategici, il mobber è tale perché incapace di relazionarsi in modo efficace con i propri collaboratori, bisognoso di un supporto istituzionale sempre più necessario, quanto più il lavoro diventa sofisticato e di tipo cognitivo.

Per poter esercitare un ruolo primario di riferimento per il lavoratore che ritiene di essere vittima di mobbing, il medico competente dovrà essere puntualmente aggiornato sul tema e rendersi disponibile a fungere da strumento principale di mediazione, come previsto DLgs 626/94, all'art. 17, comma 1, lettera i.

In conclusione, in situazioni di violenza psicologica nei luoghi di lavoro, il medico del lavoro può essere chiamato in causa in due diverse condizioni:

- 1) come specialista che opera in un ambulatorio pubblico o privato, al quale si rivolge il lavoratore che si ritiene vittima del maltrattamento;
- 2) come medico competente dell'azienda in cui si realizza la presunta violenza.

Nel primo caso, al medico del lavoro sono richiesti principalmente diversi tipi di impegno:

- un ascolto qualificato, cui segue una diagnosi di una patologia che possa riconoscere come causa o come concausa l'occasione di lavoro (*diagnosi di compatibilità causale*);
- una certificazione spendibile sul piano medico-legale a fini risarcitori di danno subito ad opera del datore di lavoro e/o dagli autori dell'aggressione morale;
- un indirizzo di carattere sanitario nella gestione e nel superamento dei disturbi conseguenti alla violenza subita;
- la certificazione all'INAIL e le segnalazioni all'Organo di vigilanza ed alla Magistratura dei casi di patologie riconducibili a situazioni di mobbing o sospetto di eziologia lavorativa.

Per fornire una risposta corretta sia sul piano deontologico-funzionale, sia su quello pratico, il medico del lavoro dispone dei tradizionali strumenti di analisi:

-
4. Medico dell'INAIL per l'accertamento delle condizioni di rischio professionale e l'identificazione della malattia quale *work-related disease*;
 5. Medico consulente dell'Autorità Giudiziaria, in corso di accertamenti.

- accurata anamnesi;
- raccolta di tutti i segni clinici e strumentali utili a una diagnosi;
- valutazione delle condizioni lavorative, per stabilire il nesso di causalità;
- collaborazioni specialistiche.

Tuttavia, è difficile fornire una visione obiettiva della situazione, dato che il medico del lavoro dispone di una descrizione soggettiva e inevitabilmente parziale dell'ambiente lavorativo e delle dinamiche relazionali che avrebbero determinato la molestia morale; per tale motivo, anche quei casi che presentano caratteri psico-comportamentali e sintomatologici indicativi di una patologia da mobbing, vanno identificati secondo un criterio di compatibilità o di elevata probabilità. L'esperienza insegna che, se anche il medico interpellato volesse trovare riscontro alla propria diagnosi, molto difficilmente troverebbe responsabili aziendali disposti a consentire una verifica all'interno della loro organizzazione del lavoro.

Se, invece, il medico del lavoro svolge opera di sorveglianza sanitaria come medico competente e rileva una situazione di molestie morali tra i dipendenti dell'azienda in cui lavora, deve (o comunque dovrebbe essere in grado di) raccogliere tutti gli elementi necessari per una valutazione esaustiva delle condizioni lavorative (tipologia della organizzazione del lavoro, qualità dei rapporti interpersonali nel luogo di lavoro) che hanno consentito il realizzarsi di una forma di violenza morale.

Tuttavia, se il lavoratore in esame è fra i soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria, occorre evitare accuratamente che il giudizio di idoneità/inidoneità possa concorrere ad aggravare ulteriormente la situazione di mobbing, favorendo così l'emarginazione e l'isolamento dello stesso. In altri termini, occorre evitare che il medico competente, in queste situazioni, divenga parte attiva nella conduzione dell'azione mobbizzante, formulando un giudizio di idoneità alla mansione lavorativa specifica (atto esclusivo del medico competente) in modo eccessivamente rigido e schematico, o eccessivamente "condizionato" dalla direzione aziendale. In tal senso, bisogna tener presente il fatto che - ad esempio - atteggiamenti di disaffezione lavorativa, di non accettazione o scarsa *compliance* nei confronti della mansione specifica, o anche una diminuita capacità o abilità lavorativa, possono essere effetto e non causa di un processo a carattere mobbizzante.

Il medico competente è altresì chiamato ad una attenta e scrupolosa individuazione dei rischi legati ad una mansione lavorativa, compresi quelli attinenti alla sfera ergonomica, indicando al datore di lavoro e ai responsabili del personale la necessità di ricercare condizioni corrette e accettabili per tutti i lavoratori.

In ogni caso, quando viene a conoscenza di situazioni di grave sofferenza psicologica dovuta ad atteggiamenti vessatori in ambiente di lavoro, il medico competente è tenuto a ricercare tutti i mezzi idonei a ridurre o eliminare lo stato di sofferenza. Certamente questo non è un compito facile da realizzare, soprattutto se l'azione mobbizzante è esercitata dallo stesso datore di lavoro; per tale ragione il compito principale del medico del lavoro è quello di operare nella prevenzione, contribuendo alla diffusione di una cultura della prevenzione dal rischio di mobbing a livello territoriale:

- sensibilizzando le parti sociali (responsabili politici, datori di lavoro, responsabili delle risorse umane, rappresentanti dei lavoratori,...) alla prevenzione e alla corretta gestione del fenomeno;
- diffondendo la conoscenza del fenomeno nell'ambito delle organizzazioni lavorative, presentando i rischi connessi con le disfunzioni organizzative e le possibili ripercussioni sulla salute psichica e fisica provocate dalle aggressioni morali;
- promuovendo iniziative a livello locale o regionale, atte a rilevare il fenomeno nelle diverse realtà lavorative, anche attraverso ricerche sul tema, coordinate a livello regionale;
- acquisendo la capacità di fare diagnosi ed eventualmente indirizzare i pazienti verso centri in grado di fornire gli adeguati supporti specialistici;
- evitando che il giudizio di idoneità lavorativa possa essere utilizzato per favorire o aggravare la condizione di discriminazione o le vessazioni nei confronti del lavoratore;
- segnalando all'INAIL, all'Organo di vigilanza ed alla Magistratura i casi con patologie riconducibili a violenze morali nei luoghi di lavoro.

8.0 Ruolo dell'Organo di Vigilanza

E', infine, da sottolineare il ruolo che dovrebbe svolgere l'organo di vigilanza, territorialmente competente. Infatti l'organo di vigilanza per i luoghi di lavoro potrebbe essere il primo punto di riferimento del lavoratore, soprattutto nelle aziende che non sono tenute ad avere un medico competente in quanto non sono presenti rischi tabellati o valutati per i quali necessita sorveglianza sanitaria. Inoltre un organismo super-partes potrebbe sollevare da una posizione difficile il medico competente qualora le molestie morali partano proprio dal datore di lavoro. E ancora, l'organo di vigilanza può svolgere indagini, accedere ai luoghi di lavoro, assumere sommarie informazioni da testimoni o dallo stesso interessato, analizzare le modalità organizzative, procedurali ed ergonomiche. Si ricorda inoltre, che il lavoratore, nel caso in cui ritenga che il giudizio del medico competente sia stato "condizionato" o non lo condivida, può far ricorso avverso il giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale all'organo di vigilanza, territorialmente competente (Art. 17, comma 4 D.Lgs 626/'94).

Bibliografia

1. Bona, M., Monateri, P.G., Oliva, U. *Mobbing*, Giuffrè, 2000.
2. Cassitto, M.G., *Mobbing e disturbi emozionali*, in: Atti del Convegno "Mobbing", UIL, Milano, 13 gennaio 2000.
3. Cooper, C.I., Payne, R. (eds) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, J. Wiley & Sons, New York, 1988.
4. DSM IV: Masson, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 1996.
5. Gilioli A, Gilioli, R.. *Cattivi Capi, Cattivi Colleghi*. Mondadori, 2000.
6. Gilioli, D., *Le molestie morali sul posto di lavoro (mobbing): problema attuale in medicina del lavoro. Esperienze personali*, Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, AA. 1998-99.
7. ISPESL – Clinica del Lavoro di Milano, *Le molestie morali (mobbing): uno dei rischi derivanti da un'alterata interazione psicosociale nell'ambiente di lavoro*, Atti del I e del II Seminario Nazionale, ISPESL, Roma, 2000.
8. Leymann, H. *The Content and Development of Mobbing at Work*, European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 2, 1996.
9. Leymann, Heinz, *The Mobbing Encyclopaedia*, www.leymann.se/English/frame.html, 12100e, 12220e, 13100e.
10. Paanen & Vartia, M. *Mobbing at Workplaces in State Government*, Helsinki, Finnish Work Environment Fund, 1991.
11. Starring, B. et al. *In the Wake of Recession – Economic Hardship, Shame and Social Disintegration*, Scand. J. 1997, 23, supp. 4, 47-54.
12. Swedish National Board of Occupational Safety and Health: *Victimization at Work*, Ordinance (ASF 1993:17).

Ringraziamenti

Si ringraziano la Dott.ssa Concetta Simona Condorelli, Simone Giordano, Katia Prati e la Dott.ssa Federica Santini per il contributo allo sviluppo e alla formulazione definitiva del documento.