



OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
MANGIAGALLI REGINA ELENA
FONDAZIONE IRCCS DI NATURA PUBBLICA

Stress e Mobbing

guida per il medico

Progetto Strategico Ministero della Salute (2000)

**PREVENZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE
NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO**

“U.O. A1 C “Stress e Mobbing”
Responsabile scientifico: Emanuela Fattorini”

ISPESL Dipartimento Medicina del Lavoro
Direttore: Giuseppe Spagnoli
Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro

Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico,
Mangiagalli e Regina Elena
Clinica del Lavoro “Luigi Devoto” - Milano
Direttore: Pier Alberto Bertazzi

A cura di:

Emanuela Fattorini, Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro - ISPESL
Renato Gilioli, Centro per la Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione della
Patologia da Disadattamento Lavorativo - Clinica del Lavoro “Luigi Devoto” - Milano

Hanno collaborato

Maria Grazia Cassetto, Clinica del Lavoro “Luigi Devoto” - Milano
Luigi Cipollini, ISPESL

PRESENTAZIONE

La violenza psicologica sul lavoro o, come si preferisce dire oggi con un termine di forte appeal massmediatico, *mobbing*, rappresenta un fenomeno antico quanto le organizzazioni.

Da sempre legato alla sfera delle relazioni interpersonali, in genere non investiva formalmente l'intero management dell'impresa, si consumava piuttosto nel rapporto capo/collaboratore, progressivamente estromesso dal ciclo produttivo e depauperato della sua immagine professionale e personale.

Il cambiamento organizzativo che ha attraversato l'Italia nel decennio scorso con il suo carico di “esuberanti”, costosi da ri-collocare e di “risorse umane” che sono diventate un peso, ha fatto crescere geometricamente i numeri del *mobbing* che d'improvviso si è configurato come un'emergenza sociale.

La presente brochure si colloca nell'ambito del Progetto Strategico (2000) che il Ministero della Salute ha voluto dedicare alla prevenzione dei rischi per la salute negli ambienti di vita e di lavoro e intende richiamare l'attenzione degli operatori sanitari (medico di famiglia, psichiatra, psicologo, ecc.), in quanto interlocutori privilegiati di coloro che si trovano a soffrire personalmente le costrittività di una struttura organizzativa, per diversi motivi (cambiamento organizzativo, mancanza di una politica del personale, stili di leadership inadeguati, ecc.), disfunzionale.

Un richiamo particolare lo rivolgiamo al medico del lavoro, perché è nell'ambiente di lavoro che nascono e si mantengono le azioni stressogene mobbizzanti e perché qualsiasi sostegno alle vittime è destinato a vanificarsi, se il soggetto è costretto a rimanere (o a tornare) in una condizione di lavoro dove nulla cambia. Se non in peggio.

A tutti intendiamo offrire spunti per una riflessione che può essere approfondita con la bibliografia riportata alla fine del volume e indicazioni fruibili per la propria attività diagnostica, terapeutica e, ove possibile, preventiva.

Infine, in appendice, riportiamo l'elenco delle strutture pubbliche attive sul territorio: centri clinici di diagnosi e terapia delle patologie stress/*mobbing* correlate a cui si può accedere indipendentemente dalla ASL di appartenenza, con la richiesta del medico di base.

INDICE

Presentazione	3
1 Il significato del lavoro nell'equilibrio di vita	3
2 Stress e fattori di rischio psicosociali	3
3 La violenza morale sul lavoro	3
3.1 Introduzione al fenomeno del <i>mobbing</i>	3
3.2 Definizioni	3
3.3 Consapevolezza al livello internazionale	3
3.4 Consapevolezza in Italia	3
3.5 Gli esordi degli studi clinici in Italia	3
3.6 Modalità di esercizio del <i>mobbing</i>	3
3.7 Metodologia per la valutazione del <i>mobbing</i>	3
3.7.1 Raccolta dei dati clinici	
3.7.2 Valutazioni diagnostiche	3
3.8 Criteri medico-legali per la diagnosi di sindrome <i>mobbing</i> correlata	33
3.9 Conseguenze sulla salute	33
4 Il ruolo del medico di base	33
5 Danni biologico, morale ed esistenziale	33
6 Sintesi della Legislazione di riferimento	33
6.1 Disposizioni e prassi vigenti all'estero	33
6.2 La situazione italiana	
7 Bibliografia	33
8 Appendice	
8.1 I Centri Clinici in Italia	33
8.2 Circolare INAIL n.71/2003	33



1

IL SIGNIFICATO DEL LAVORO NELL'EQUILIBRIO DI VITA

Soffermiamo la nostra attenzione non tanto sugli aspetti strutturali o storici del lavoro né sui rischi che può comportare alla salute, ma su come il lavoro influenzi l'uomo e lo sviluppo della sua personalità.

Se pensiamo alla persona non possiamo prescindere da Sigmund Freud e non rilevare che, già agli inizi del secolo scorso, indicava come parametri di normale funzionalità del soggetto, le capacità di "amare" e di "lavorare". Come a dire che l'amore e il lavoro sono ugualmente alla base dell'equilibrio psichico.

Dunque il lavoro non risponde solo all'esigenza di guadagno. Certo, il danaro libera dai bisogni materiali, peraltro di relativa facile acquisizione in una società organizzata dove funzionano servizi di assistenza sociale, associazioni di volontariato, sussidi di disoccupazione, ecc.. Nella nostra cultura anche il danaro ha soprattutto una valenza simbolica. È un indicatore di successo.

Secondo Abram Maslow, uno dei massimi studiosi dei bisogni e delle motivazioni umani, l'uomo, una volta acquisiti gli strumenti per sopravvivere fisicamente e socialmente, ha bisogno di relazioni sociali. Ha bisogno di essere accettato dagli altri e di sentirsi parte del gruppo con il quale condivide tempi e spazi della propria vita. Dal rapporto con gli altri emerge l'esigenza di differenziarsi da loro, di definire la propria individualità e di farla rispettare. L'ultimo livello della cosiddetta piramide di Maslow, consiste nel bisogno di auto-realizzazione. Ciascuno cioè aspira ad esprimersi secondo le proprie caratteristiche. Ad essere ciò che può essere.

Frederik Herzberg e i suoi collaboratori, occupandosi specificamente della motivazione al lavoro, individuano un andamento parallelo a quello di Maslow.

Secondo Herzberg, il conseguimento e il riconoscimento dei risultati, la crescita professionale, l'assunzione di responsabilità e soprattutto la possibilità di esprimersi nel lavoro, rappresentano i principali fattori di gratificazione del soggetto "organizzativo".

L'uomo, nel lavoro, porta tutti i suoi bisogni di persona e puntualmente il lavoro glieli soddisfa. Gli dà una relativa sicurezza economica, lo fa sentire parte della struttura, gli dà visibilità e potere sociali. Gli conferisce uno status socialmente riconosciuto e apprezzato. Infine gli consente di esprimersi in quello che fa.

Il lavoro è centrale nella Bibbia e fondamento della Costituzione italiana, vale a dire che permea di sé i principi di riferimento religiosi e laici che orientano l'etica della società e ne modulano comportamenti. In Italia se una persona non svolge un'attività contrattualmente riconosciuta, non viene considerata parte della "popolazione attiva".

Non è un caso che anche nella fuoriuscita fisiologica dal lavoro, come in occasione dell'andata in quiescenza, molte persone sviluppino una vera e

propria sindrome da abbandono e qualcosa di simile avviene anche in occasione della messa in cassa integrazione guadagni.

A maggior ragione il sentimento di perdita è più forte nei soggetti che, in maniera subdola e spesso del tutto imprevedibile, si trovano esclusi dal lavoro. Dequalificati, vessati, isolati, quando non addirittura derisi e/o attaccati nella loro reputazione professionale e personale. La perdita non è solo del lavoro, ma è tutto il sentimento di sé che viene messo in crisi. All'avvilimento per l'esclusione dal lavoro e dallo spazio sociale in cui si svolge, spesso si associa una forma di auto-isolamento che può divenire un vero e proprio isolamento anche dalla società. Non è infrequente, infatti, che si registrino condizioni di "doppio *mobbing*".

Quanto non appena accennato ci dà il senso del perché nel mondo del lavoro si consumino tanti drammi di umana sofferenza. Hans Leymann, che ha definito *mobbing* la particolare condizione di cui ci stiamo occupando, stima che l'8% dei suicidi avvenuti in Svezia, in un anno, trovi nel lavoro la causa scatenante.

Se è vero che il *mobbing* è diventato un fenomeno di massa, è anche vero che nelle diverse ricerche condotte dall'ISPESL e dalle telefonate giunte al Centro d'Ascolto sempre più numerose risultano le denunce di vario malessere presente negli ambienti di lavoro.

Non sono casi di *mobbing*, ma rappresentano un disagio forte dovuto alla precarizzazione del lavoro che impedisce il progetto del proprio futuro, agli obiettivi organizzativi sempre più pretenziosi, alla scarsa valorizzazione delle risorse umane, alla mancanza di una visione etica del lavoro.

Un malessere che non ha sbocchi per rendersi visibile e che utilizza gli sportelli del *mobbing* per rappresentarsi. Un malessere con cui gli operatori della prevenzione dovranno confrontarsi nel tempo a venire. Almeno fino a quando il lavoro non avrà trovato un nuovo assetto.

2

STRESS E FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI

È ormai accettato che lo *stress* si definisce come "la sindrome di adattamento relativamente aspecifica alle sollecitazioni (dette anche stressors o stimoli) dell'ambiente esterno e/o interno. Vale a dire un meccanismo del tutto fisiologico (*eustress*) che ci consente di rispondere alle richieste della... vita. Senza *stress*, diceva Hans Selye, c'è la morte.

Tuttavia in alcune condizioni la risposta di *stress* può divenire disfunzionale:

- 1 - per inadeguata intensità degli stimoli (sovra o sottostimolazione)
- 2 - per eccessiva durata degli stessi
- 3 - per caratteristiche di personalità del soggetto.

Senza dilungarci troppo e rinviando il lettore agli effetti sulla salute di condizioni stressogene, di cui il *mobbing* rappresenta una fattispecie, si ricorda che la sindrome da *stress* negativo (*distress*) è caratterizzata da disturbi al livello:

- a - cognitivo (perdita di concentrazione, difficoltà ad assumere decisioni, persistenti pensieri negativi, diminuita abilità dei managers, ecc.)
- b - emozionale (perdita di entusiasmo, irritabilità, ansia, depressione, ecc.)
- c - fisico (palpitazioni, mal di schiena, mal di testa, disturbi gastrici, ecc.)
- d - comportamentale (decremento della performance, disturbi dell'alimentazione, aumento di errori e infortuni, abuso di alcool e tabacco, stato di sovra o sotto eccitazione, ecc..)

Nell'ambito degli studi sullo *stress*, nel corso degli Anni 70, presso il *Laboratory for Clinical Stress Research* di Stoccolma, L. Levi ha messo a punto il modello dello *stress* cosiddetto "psicosociale". Secondo Levi le interazioni sociali e i rapporti interpersonali possono rappresentare per le persone una fonte stressogena, in grado di produrre tutti i disturbi psicosomatici alla pari degli altri stimoli.

Pertanto anche le interazioni presenti in ambito lavorativo, se non gestite in maniera adeguata alle possibilità di compensazione delle persone esposte, possono recare danni alla salute e al benessere proprio come i più noti fattori di rischio quali il rumore, il carico di lavoro, i ritmi, i turni e così via.

È da sottolineare, inoltre, che nei paesi industrializzati e post industriali le malattie professionali tradizionali, a forte determinismo di causa/effetto, sono in continua diminuzione a fronte dell'aumento delle patologie *stress* correlate, aspecifiche e multifattoriali.

Un'indagine (1999/2000) dell'*European Agency for Safety and Health at*

Work commissionata all'*Institute of Work, Health & Organization* dell'Università di Nottingham e predisposta dal prof. Tom Cox e dalla dott. Amanda Griffiths, stima che 40 milioni di lavoratori nei dieci paesi allora costituenti l'Unione ritengono di essere "stressati" sul lavoro.

In particolare T. Cox e A. Griffiths (1995) definiscono i rischi psicosociali come "quegli aspetti della progettazione del lavoro e della organizzazione e gestione del lavoro e il loro contesto sociale ed ambientale che hanno la potenzialità di causare danno psicologico o fisico".

Nella medesima ricerca si individuano dieci categorie di variabili "potenzialmente pericolose/rischiose suddivise per caratteristiche dell'impiego, delle organizzazioni e degli ambienti di lavoro". Ci soffermeremo sulle prime sei relative agli aspetti più squisitamente organizzativi e psicosociali:

Caratteristiche stressogene organizzative e psicosociali

Mutuato da "Stress correlate al lavoro"

European Agency for Safety and Health at Work, 2000

CATEGORIA - Contesto lavorativo	Condizioni di definizione del rischio
Funzione e Cultura organizzativa	Scarsa comunicazione, bassi livelli di sostegno nella risoluzione di problemi e sviluppo personale; mancanza di definizione degli obiettivi organizzativi
Ruolo nell'organizzazione	Ambiguità e conflitto di ruolo, responsabilità per i dipendenti
Evoluzione della carriera	Incertezza o fase di stasi per la carriera, promozione insufficiente o eccessiva, bassa retribuzione, insicurezza dell'impiego, scarso valore sociale attribuito al lavoro
Autonomia decisionale/Controllo	Partecipazione ridotta al processo decisionale, mancanza di controllo sul lavoro (il controllo, in particolare nella forma di partecipazione rappresenta anche una questione organizzativa e contestuale di più ampio respiro)
Rapporti interpersonali sul lavoro	Isolamento fisico o sociale, rapporti limitati con i superiori, conflitto interpersonale, mancanza di supporto sociale.
Interfaccia famiglia-lavoro	Richieste contrastanti tra casa e lavoro, scarso appoggio in ambito domestico, problemi di doppia carriera.

Il D.Lgs n.626/94 che recepisce la direttiva europea 390/89 riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, al fine di garantire le condizioni di benessere dei lavoratori, accanto alla valutazione dei rischi più tradizionali per la sicurezza e la salute, introduce nel documento di valutazione anche i rischi cosiddetti trasversali (organizzativi e psicosociali). Rischi che traggono la loro fonte dalle scelte organizzative che possono avere una ricaduta negativa sulle persone sia in termini d'incremento del tasso infortunistico che di disagio fino a sviluppare vere e proprie patologie.



3

LA VIOLENZA MORALE SUL LAVORO

3.1 Introduzione al fenomeno del *mobbing*

La violenza psicologica è un fenomeno antico, presente in molti contesti lavorativi, causato dal deteriorarsi delle relazioni interpersonali e da disfunzioni organizzative. Questo comportamento è legato a molteplici fattori che, oltre a motivazioni di ordine socio-economico, comprendono atteggiamenti discriminatori basati su genere, religione, origine etnica, età, nazionalità, disabilità, cultura, orientamento sessuale ed altre forme di diversità.

È generalmente ammesso che il *mobbing* si manifesti in tutto il mondo e in ogni ambiente di lavoro, anche se è un fenomeno strettamente legato alla cultura dei singoli paesi; di conseguenza le modalità di esercizio del *mobbing* e il grado di sensibilità possono variare da paese a paese.

Il primo ricercatore che tratta in modo scientifico il tema è Heinz Leymann, psicologo tedesco che, a conferma di quanto non appena detto, trova maggiore sensibilità e attenzione in Svezia dove trascorre la maggior parte della sua vita di lavoro.

Leymann mutua il termine "*mobbing*" dall'etologia, in particolare dagli studi di Konrad Lorenz. Il termine che in senso letterale significa "*accerchiare qualcuno/a per attaccarlo/la*", definisce il comportamento di alcune specie animali che assalgono un componente del gruppo che per vari motivi deve essere espulso.

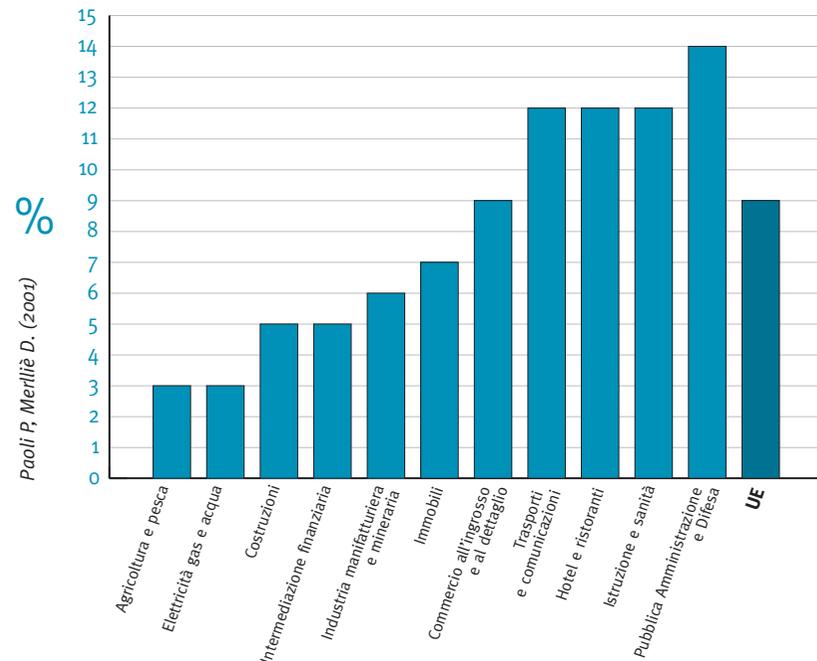
In questo contesto, il termine *mobbing* è applicato all'ambiente di lavoro per indicare il comportamento aggressivo e minaccioso di uno o più componenti del gruppo, gli "aggressori", verso un individuo, il "bersaglio" o la "vittima". Occasionalmente il *mobbing* può essere praticato su gruppi di individui.

Heinz Leymann inizia i suoi studi nei primi Anni '80 e a lui va attribuito il merito di aver tracciato un quadro generale del fenomeno, studiandone le varie caratteristiche, tra cui gli aspetti epidemiologici, gli effetti sulla salute e la prevenzione" (OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003).

Secondo il *Third European Survey on Working Conditions 2000* nei paesi comunitari "quasi 1 lavoratore su 10 (9%) riferisce di essere stato soggetto ad intimidazione nel 2000, facendo registrare un lieve incremento rispetto al 1995 (+1)". Inoltre ... "esistono ampie variazioni tra i paesi, con un massimo del 15% in Finlandia e il 4% in Portogallo. Queste differenze molto probabilmente riflettono la consapevolezza del problema, piuttosto che la realtà".

Lavoratori soggetti ad intimidazione nell'Unione Europea (per settore lavorativo)

A titolo puramente indicativo riportiamo la tabella che riguarda le percentuali di intimidazione per settore lavorativo elaborata dalla Fondazione Europea di Dublino.



3.2 Definizioni

Secondo l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro "non c'è una definizione univoca di mobbing".

Un esempio di definizione può essere il seguente:

Il mobbing sul posto di lavoro consiste in un comportamento ripetuto, irragionevole, rivolto contro un dipendente o un gruppo di dipendenti, tale da creare un rischio per la salute e la sicurezza.

In questa definizione:

"comportamento irragionevole" sta ad indicare un comportamento che, secondo una persona ragionevole e tenuto conto di tutte le circostanze, perseguita, umilia, intimidisce o minaccia;

"comportamento" comprende le azioni di singoli individui o di un gruppo. Si può far uso di un certo sistema di lavoro per perseguitare, umiliare, intimidire o minacciare;

"rischio per la salute e la sicurezza" comprende il rischio alla salute mentale o fisica del lavoratore dipendente.

Il mobbing spesso implica uno sviamento o abuso di potere, nel qual caso la vittima del mobbing può incontrare difficoltà nel difendersi.

Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (2002)

In Italia l'ISPESL (2001) definisce il *mobbing* come una "forma di violenza psicologica intenzionale, sistematica e duratura, perpetrata in ambiente di lavoro, volta alla estromissione fisica o morale del soggetto/i dal processo lavorativo o dall'impresa.

Il tema del *mobbing* ha trovato notevoli resistenze alla sua accettazione e studio a causa di valenze culturali che si sono tradotte in un ostacolo alla sua conoscenza. In anni più recenti tuttavia numerose iniziative a livello internazionale ed anche nazionale ne hanno consentito un ingresso nella cultura scientifica e sociologica così che oggi la situazione si è notevolmente modificata.

In Francia è stata emanata una legge che così definisce il *Mobbing*:

"azioni ripetute di molestie morali che hanno per oggetto o per effetto un degrado delle condizioni di lavoro suscettibili di portare attacco e danno ai diritti e alla dignità, di alterare la salute fisica o mentale o di compromettere l'avvenire professionale" (*Harcèlement moral au travail, Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002*).

3.3 Consapevolezza al livello internazionale

Il Parlamento Europeo ha emanato una risoluzione in cui "esorta gli Stati Membri a rivedere e, se del caso, a completare la propria legislazione vigente sotto il profilo della lotta contro il *mobbing* e le molestie sessuali sul posto di lavoro, nonché a verificare e ad uniformare la definizione della fattispecie del *mobbing*" (Parlamento Europeo, 2001).

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro ha dedicato l'Anno 2002 al tema "Lavorare con stress", promuovendo in tutti gli Stati Membri una settimana di studio e dibattito sui temi dello stress sul lavoro e del *mobbing*. Alla fine dell'anno, il 25 novembre 2002, la stessa Agenzia ha organizzato a Bilbao, sede della direzione generale, una giornata di studio su questi temi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto nel 2003 una pubblicazione in inglese dal titolo "Raising Awareness of Psychological Harassment at Work", presentata in occasione della Conferenza Internazionale di Medicina del Lavoro (ICOH) che si è svolta nel febbraio 2003 in Brasile. La pubblicazione è stata realizzata dal Consorzio ISPESL/ICP della Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" di Milano, in stretta collaborazione con l'Institut Universitaire Romand de Santé au Travail di Losanna ed è distribuita dall'OMS a livello internazionale (WHO-ISPESL-ICP-IST, 2003).

Infine l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) ha approfondito i temi della violenza sul lavoro, compreso il *mobbing*, ed ha prodotto un codice di comportamento sulla violenza e sulle misure per contrastare questo fenomeno nel settore dei servizi, dal titolo *Code of Practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon* (ILO, 2003).

3.4 Consapevolezza in Italia

La Comunità Scientifica Italiana ha prodotto nel 2001 un Documento di Consenso sul tema mobbing intitolato *Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro: le molestie morali (mobbing)*, pubblicato sulla rivista *La Medicina del Lavoro* (Gilioli et al, 2001).

Nel 2001 l'INAIL ha istituito un *Comitato Scientifico su Malattie psichiche e Psicosomatiche da Stress e Disagio Lavorativo, compreso il mobbing* (delibera CdA 26 luglio 2001, n. 473), che si è riunito per discutere sull'argomento, operando per la pubblicazione di linee guida per il riconoscimento della malattia professionale. Le conclusioni hanno condotto alla Circolare del 17 dicembre 2003 della Direzione Generale INAIL su *Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche* (INAIL, 2003).

Con Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, datato 27 aprile 2004, è stato approvato l'*Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni* (GU n. 134 del 10-6-2004). Nella lista II di detto elenco (malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, Gruppo 7, Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro) sono compresi il *Disturbo dell'Adattamento Cronico* (codice identificativo II.7.01.F43.2) e il *Disturbo Post-Traumatico Cronico da Stress* (codice identificativo II.7.01.F43.1) da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro (costrittività organizzative), con indicazione delle principali situazioni negative di lavoro già riportate nel documento INAIL.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Funzione Pubblica ha istituito nel 2002 una *Commissione di analisi e studio sulle politiche di gestione delle risorse umane e sulle cause e le conseguenze dei comportamenti vessatori nei confronti dei lavoratori*. A conclusione della propria attività detta Commissione ha presentato una proposta di legge nella quale il *mobbing* viene così definito: "atti, atteggiamenti o comportamenti di violenza morale o psichica in occasione di lavoro, ripetuti nel tempo in modo sistematico o abituale, che portano ad un degrado delle condizioni di lavoro idoneo a compromettere la salute o la professionalità o la dignità del lavoratore" (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Funzione Pubblica, 2003).

La Corte Costituzionale, nella sentenza del 19 dicembre 2003 n. 359, si esprime nel seguente modo sul fenomeno *mobbing*:

"è noto che la sociologia ha mutuato il termine *mobbing* da una branca dell'etologia per disegnare un complesso fenomeno consistente in una serie di atti o comportamenti vessatori, protratti nel tempo, posti in essere nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserito o dal suo capo, caratterizzati da un intento di persecuzione ed emarginazione finalizzato all'obiettivo primario di escludere la vittima dal gruppo....." "....per quanto riguarda il soggetto passivo si pongono

principalmente problemi di individuazione e valutazione delle conseguenze e dei comportamenti medesimi. Tali conseguenze, secondo le attuali acquisizioni, possono essere di ordine diverso. Infatti, la serie di condotte in cui dal lato attivo si concretizza il *mobbing* può determinare: l'insorgenza nel destinatario di disturbi di vario tipo e, a volte, di patologie psicotiche, complessivamente indicati come sindrome da stress posttraumatico; il compimento, da parte del soggetto passivo medesimo o nei suoi confronti, di atti che portano alla cessazione del rapporto di lavoro (rispettivamente: dimissioni o licenziamento), anche indipendentemente dall'esistenza dei disturbi di tipo psicologico o medico di cui si è detto sopra; l'adozione, da parte della vittima, di altre condotte giuridicamente rilevanti, ed eventualmente illecite, come reazione alla persecuzione ed emarginazione" (Corte Costituzionale, 2003).

3.5 Gli esordi degli studi clinici in Italia

In Italia lo studio del *mobbing* si è ispirato alle prime osservazioni dei ricercatori svedesi negli Anni '80.

All'inizio degli anni '90 il maggiore ricercatore sul mobbing, Heinz Leymann, fu invitato a tenere una conferenza presso la *Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano*. In quel momento il clima culturale italiano non era ancora pronto allo studio del fenomeno e la proposta della *Clinica del Lavoro di Milano* di tradurre in lingua italiana il testo tedesco di Heinz Leymann non fu accolta, in quanto l'editore non ne prevedeva una sufficiente diffusione. Inoltre il primo lavoro scientifico (1994/1996) svolto dalla *Clinica del Lavoro* di Milano sul *mobbing*, in collaborazione con l'ISPESL, non ottenne allora alcun riconoscimento dalla comunità scientifica.

Nonostante le diffidenze iniziali ed un certo ritardo culturale rispetto agli sviluppi che il tema aveva avuto nei paesi del nord Europa, fu deciso di attivare un Centro specialistico presso la *Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"* di Milano, dotato di una struttura ospedaliera di day hospital.

Questa struttura, denominata Centro per la Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione della Patologia da *Disadattamento Lavorativo (CDL) della Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"* di Milano fu istituita nell'aprile 1996, al fine di svolgere attività clinico-diagnostica e preventivo-riabilitativa su pazienti con sospetto di malattia legata a condizioni di stress e di disagio lavorativo.

La prima necessità presentatasi fu lo sviluppo di un protocollo valutativo per indagare lo stato delle relazioni interpersonali sul lavoro e le conseguenze a carico della salute.

Come si è detto, all'inizio si presentarono resistenze considerevoli allo sviluppo delle conoscenze sul *mobbing*. Un'opera determinante nella diffusione delle informazioni è stata svolta dai media, sia della carta stampata che radio-televisivi, che dalla fine degli Anni 90 hanno realizzato una serie considerevole di servizi dedicati all'argomento.

Il contributo dei media si è rivelato fondamentale nella divulgazione del fenomeno e delle sue conseguenze sulle vittime che hanno fortemente

impressionato l'opinione pubblica e, di conseguenza, attratto anche l'attenzione della comunità scientifica, degli operatori della prevenzione, dei sindacati, delle istituzioni.

Il CDL della *Clinica del Lavoro di Milano* ha visto un marcato incremento delle richieste che rapidamente portarono alla saturazione delle possibilità di risposta. Dal 1997 al 2005 sono state osservate oltre 4.000 persone, con un incremento percentuale del 600% e con un'attuale lista di attesa di 4/5 mesi.

Il CDL è un centro interdisciplinare costituito da medici del lavoro, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti e tecnici di psicodiagnostica. Gli accertamenti consistono in una serie di valutazioni di medicina del lavoro, psicologiche e psichiatriche, secondo un protocollo valutativo appositamente sviluppato.

Per anni è rimasto praticamente l'unica struttura clinica di riferimento nazionale per questa tipologia di disturbi stress correlati; ciò ha comportato un sovraccarico di lavoro e la conseguente necessità di diffondere non solo le conoscenze, ma anche di promuovere l'attivazione di analoghi centri pubblici in altre regioni. A Taranto esisteva, presso l'ASL locale, una struttura diagnostica per il *mobbing* attivata in occasione della vertenza delle *Acciaierie Ilva*, mentre a Roma, sotto la supervisione dell'ISPEL, nel 2001 è sorto il Centro Clinico della ASL RME.

Attualmente i centri pubblici operanti in Italia sono una quindicina, ma non tutti hanno le stesse finalità, modalità e strumenti operativi. Alcuni rilasciano una diagnosi di compatibilità tra lo stato di salute del soggetto e la condizione lavorativa riferita, altri come ad esempio qualche centro sorto nell'ambito del servizio di prevenzione, igiene e sicurezza del Dipartimento di Prevenzione della ASL, avendo compiti di vigilanza, preferiscono offrire una sorta di *counseling* alla persona e, se del caso, inviare un ispettore o chiedere la collaborazione della struttura omologa competente per territorio, al fine di verificare la situazione dell'impresa interessata. In appendice si riporta l'elenco dei centri dei quali è stata data ampia visibilità, suddivisi per regione.

Infine si ricorda il ruolo informativo e di sostegno ai pazienti svolto in questi anni dall'ISPEL che nel 1999 ha istituito presso il *Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro* in Roma, il *Centro di ascolto per il mobbing* con larga utenza nazionale, che nel tempo è divenuto una sorta di Osservatorio in grado di monitorare l'andamento del fenomeno dal suo primo configurarsi in Italia. Inoltre presso l'ISPEL fino al 2002 - gli anni dell'"emergenza *mobbing*" - sono stati attivi dei gruppi di auto-aiuto per Roma e zone limitrofe.

Più recentemente anche i sindacati, mediante i loro centri di ascolto, svolgono una funzione di informazione e di orientamento alle vittime di *mobbing* (modificato dal testo di: Gilioli et al, 2003).

3.6 Modalità di esercizio del *mobbing*

Il *mobbing* viene più frequentemente esercitato mediante attacchi alla persona e/o minacce alla carriera professionale. Si ritiene opportuno riportare alcune delle modalità più frequenti delle azioni mobbizzanti:

“Attacchi alla persona”

- danneggiamento di oggetti personali
- derisione, soprattutto in presenza di colleghi o superiori
- diffusione di false informazioni
- esclusione
- intrusioni nella vita privata
- isolamento
- istigazione da parte dei colleghi contro la vittima
- maldicenze continue
- minacce di violenza
- molestie sessuali
- offese verbali
- provocazioni
- umiliazioni

(OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003)

“Minacce alla carriera professionale”

- assegnazione di compiti nuovi senza formazione o senza gli strumenti necessari
- assegnazione di compiti pericolosi o inadatti alla salute
- assegnazione di compiti senza significato
- azioni disciplinari infondate
- controllo eccessivo
- critiche e rimproveri ripetuti
- esclusione da riunioni, progetti o corsi di formazione
- inattività forzata
- mancanza di comunicazione
- mancanza di riconoscimento
- minacce di azioni disciplinari
- minacce di licenziamento
- negazione delle informazioni essenziali per lo svolgimento del lavoro
- retrocessioni di carriera
- riduzione graduale dei compiti di lavoro
- rimozione di strumenti essenziali per il lavoro
- sottostima intenzionale o sottovalutazione delle proposte
- sovraccarico di lavoro con scadenze impossibili da rispettare
- trasferimenti ingiustificati in posti lontani o remoti
- valutazioni di profitto ingiustificatamente basse

(OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003)

Nella circolare dell'INAIL, già ricordata, si riporta un elenco di azioni che “riveste un imprescindibile valore orientativo per eventuali situazioni assimilabili”:

Esempi di “Costrittività organizzata”

- Marginalizzazione dall'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.

(INAIL, 2003)

3.7 Metodologia per la valutazione del *mobbing*

Per la valutazione del *mobbing* è necessario sottolineare come non esista un'unica modalità valida per ogni contesto, ma che siano reperibili diversi protocolli valutativi ugualmente validi e attendibili. Di seguito è riportato a titolo di esempio la metodologia seguita presso la Clinica del Lavoro dell'Università di Milano/Fondazione IRCCS.

3.7.1 Raccolta dei dati clinici

L'indagine anamnestica occupazionale, nel caso del *mobbing*, riveste un'importanza del tutto particolare e richiede l'intervento e la collaborazione interdisciplinare del medico del lavoro, dello psichiatra e dello psicologo. Pertanto i tempi di raccolta sono molto lunghi, nell'ordine di ore, e con ripetute verifiche e confronti da parte degli specialisti.

Questo argomento esige di essere esposto con maggior dettaglio, poiché rappresenta l'aspetto innovativo del protocollo stesso.

L'anamnesi occupazionale, di competenza del medico del lavoro, comprende una raccolta di dati tramite colloquio diretto con il paziente. Inoltre i dati anamnestici sono ulteriormente confermati dalla somministrazione di un questionario ad hoc (CDL 1). L'anamnesi pertanto prende in considerazione una serie di importanti elementi che riguardano:

1. curriculum lavorativo pregresso, con particolare riferimento ai cambiamenti

- del posto di lavoro, loro frequenza e motivazione, nonché al grado di soddisfazione lavorativa;
2. raccolta di informazioni riguardanti il livello di integrazione nell'ambiente di lavoro e puntualizzazione del momento in cui si sono sviluppate situazioni lavorative meno favorevoli o negative;
3. valutazione delle modalità con cui le azioni negative sono esercitate e da chi provengono;
4. reazioni e/o tentativi di risposta del soggetto.

Naturalmente tutte queste informazioni devono essere vagliate criticamente, in quanto alcuni comportamenti che il lavoratore potrebbe intendere come vessatori, possono invece rappresentare il legittimo esercizio dell'azione direttiva di coordinamento e disciplinare da parte del datore di lavoro e non un'intenzionale volontà di mettere in difficoltà il lavoratore stesso.

È inoltre fondamentale distinguere le situazioni di *mobbing* che nascono da un esercizio abusivo di potere da quelle che invece riflettono una normale conflittualità tra colleghi e cioè una sana competizione organizzativa, in cui vengono legittimamente impiegate le capacità individuali, la volontà e la costanza nel perseguire determinati obiettivi. Questo tipo di competizione che si svolge in modo aperto e leale, non ha nulla a che fare con comportamenti finalizzati ad obiettivi ambigui e funzionali ad esigenze individuali e aziendali (testo modificato da: ISPESL -Clinica del Lavoro, 2002).

3.7.2 Valutazioni diagnostiche

La diagnosi di sindromi *mobbing* correlate si basa sull'impiego di un protocollo consolidato che comprende accertamenti di carattere internistico, neurologico, psichiatrico, psicologico ed una particolareggiata indagine anamnestica occupazionale.

La complessità e multidisciplinarietà dell'esame è richiesta dalla delicatezza della diagnosi e dalla difficoltà di verifica dei dati anamnestici che poggia essenzialmente sull'attendibilità della persona e della storia lavorativa. Ove possibile, sono anche utilizzati dati desunti da documenti prodotti o testimonianze dirette o indirette.

A questo fine sono effettuati due diversi colloqui, da parte di un neuropsichiatra e di uno psicologo, ottenendo così, oltre ad una conferma o meno dei dati e dell'attendibilità complessiva della persona, anche altri elementi importanti circa lo stile di vita, le relazioni familiari e sociali, tutti dati assai rilevanti ai fini delle conclusioni eziologiche.

Infine, con la somministrazione di una complessa batteria di test psicodiagnostica, sono verificati gli aspetti cognitivi, la stabilità e la capacità di coping della persona ed il profilo di personalità, anche negli aspetti motivazionali e progettuali, così da ottenere un quadro complessivo del paziente. Questi elementi concorrono ulteriormente a verificare l'attendibilità della persona.

Di seguito è riportato il protocollo valutativo di patologia stress correlata da *mobbing*, sviluppato nel 1996 da D. Camerino, M.G. Cassitto e R. Gilioli presso

il Centro per la Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione della Patologia da Disadattamento Lavorativo, Clinica del Lavoro “Luigi Devoto”, Università degli Studi di Milano/Istituti Clinici di Perfezionamento.

PROTOCOLLO VALUTATIVO DI PATOLOGIA STRESS CORRELATA DA MOBBING

1. Valutazioni Cliniche

- Anamnesi Familiare
- Anamnesi Sociale (Amicizie, Tempo Libero)
- Sintomatologia
- Risorse
- Futuro
- Farmaci
- Esame Psicico
- Colloquio Clinico

2. Valutazioni psicodiagnostiche

Alterazioni dello stato di benessere indotte dalle situazioni di *Mobbing*

- Alterazioni dell'equilibrio socioemotivo
- Alterazioni dell'equilibrio psicofisiologico
- Disturbi del comportamento

ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO SOCIOEMOTIVO

Depressione - ansia - stato di preallarme - ossessioni - attacchi di panico
- isolamento - anestesia reattiva - sensazione di depersonalizzazione

ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO PSICOFISIOLOGICO

Cefalea - vertigini - disturbi gastrointestinali - senso di oppressione toracica
- tachicardia - manifestazioni dermatologiche - disturbi del sonno
- disturbi della sessualità - aggravamento di patologie internistiche
preesistenti

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Disturbi alimentari (ipofagia - iperfagia) - Abuso di alcool, fumo, farmaci
- Reazioni autoaggressive o eteroaggressive - Totale passività

Strumenti di rilevamento soggettivo

- Questionario per la rilevazione del fenomeno “Mobbing” - CDL
- Questionario sullo stress da lavoro - OSQ
- Questionario dei disturbi soggettivi - SSQ
- Questionario di personalità - MMPI (o/e 16 PF di Catell, CBA)
- Test di dinamismo mentale - Matrici progressive di Raven
- Test proiettivo - il Reattivo di Disegno di Wartegg (se è necessario anche TAT)
- Questionario del tono dell'umore - Mood Scale
- Scala Analogica (ripetuta ad ogni visita)

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEL FENOMENO “MOBBING” - CDL

È un questionario elaborato dalla Clinica del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano/Istituti Clinici di Perfezionamento. Comprende le principali azioni mobbizzanti esercitate sul posto di lavoro e ne valuta frequenza e durata. Queste azioni sono raggruppate in:

1. Attacchi alla persona

2. Attacchi alla situazione lavorativa

- a) a livello delle capacità e dell'immagine professionale
- b) iniziative penalizzanti “in eccesso”
- c) iniziative penalizzanti “in difetto”

3. Azioni “punitive”

QUESTIONARIO SULLO STRESS DA LAVORO - OSQ

Sviluppato dall'Istituto di Medicina del Lavoro di Helsinki, tradotto in italiano e adattato dalla Dott.ssa M.G. Cassitto (1995).

L'OSQ è uno strumento inteso a valutare come i soggetti percepiscono l'ambiente di lavoro e i suoi effetti sulla salute.

Categorie dell'OSQ:

- Background personale (età, scolarità, mansioni, ecc.)
- Fattori influenti (possibilità di controllo, relazioni sociali)
- Percezione dell'ambiente (caratteristiche del lavoro, carichi di lavoro)
- Stress e soddisfazione (livelli di soddisfazione nel lavoro e nella vita e risorse/ reazioni da stress)
- Necessità di evoluzione professionale e/o di supporto

QUESTIONARIO PER IL RILEVAMENTO DEI SINTOMI SOGGETTIVI - SSQ

Categorie dei sintomi:

- Astenia
- Qualità del sonno
- Memoria
- Attenzione
- Psicomotricità
- Umore
- Identità
- Disturbi psicosomatici
- Disturbi neurologici (formicolio alle dita, crampi ai polpacci)
- Disturbi neurologici (equilibrio, parestesie)
- Disturbi sessuali

QUESTIONARIO DI PERSONALITÀ - MMPI*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

Composto da 550 items a risposta chiusa vero - falso.
Composto da 3 scale di validità e da 10 scale cliniche.

Scale di validità:

- L (Lie= bugie)
- F (Frequenza = indicatori disagio)
- K (Fattore di correzione)

10 scale cliniche:

1. Ipocondria (Hs)
2. Depressione (D)
3. Isteria (Hy)
4. Deviazione psicopatica (Pd)
5. Mascolinità/Femminilità (Mf)
6. Paranoia (Pa)
7. Psicoastenia (Pt)
8. Schizofrenia (Sc)
9. Ipomania (Ma)
10. Introversione sociale (Si)

TEST DI DINAMISMO MENTALE - MATRICI PROGRESSIVE DI RAVEN - PM38

Test di intelligenza, non legato a parametri culturali.

Composto da 5 serie contenenti ognuna 12 matrici di crescente difficoltà.

Tempo di lavoro: 20 minuti.

TEST PROIETTIVO - REATTIVO DI DISEGNO DI WARTEGG

È costituito da 8 riquadri che rivelano i seguenti aspetti:

1. Identità
2. Affettività
3. Progettualità, motivazione
4. Ansia
5. Capacità reattive
6. Integrazione razionale - emotiva
7. Sensibilità
8. Rapporti sociali

Criteri di valutazione:

- Profilo di qualità (carattere evocativo)
- Successione nell'esecuzione dei disegni
- Strutturazione dei quadri
- Modi di rappresentazione e attribuzione di significato

QUESTIONARIO DEL TONO DELL'UMORE - MOOD SCALE

Valuta il livello di:

- Arousal
- Stress

SCALA ANALOGICA

Scala di autovalutazione delle condizioni psicofisiche generali che comprende le seguenti dimensioni:

- Ansia
- Stato d'animo
- Debolezza
- Dolore
- Nausea
- Stato generale
- Attività

La scala, ripetuta per ogni visita, fornisce indicazioni sull'andamento delle condizioni nel tempo.

3. Diagnosi clinica secondo ICD-10 o DSM IV TR**3.8 Criteri medico-legali per la diagnosi di sindrome *mobbing* correlata**

Il *mobbing*, per definizione, è una condizione avversativa di lavoro che è causa di un disturbo della qualità della vita e che, in alcuni casi, può produrre alterazioni della salute. Pertanto il *mobbing* può essere alla base di un danno morale, di un danno esistenziale e di un danno all'integrità psicofisica della persona. Per quanto concerne questo ultimo punto la procedura diagnostica per formulare la diagnosi di sindrome *mobbing* correlata consiste in:

1. riscontro di un disturbo della sfera psicopatologica, psicosomatica e comportamentale;
2. in caso positivo, confronto con la situazione avversativa di lavoro;
3. valutazione di eventuali patologie pregresse di tipo psichico, condizioni predisponenti e/o disturbi della personalità che a loro volta possono spiegare il quadro clinico;
4. valutazione di eventuali malattie generali, specie a carattere cronico invalidante, ugualmente concorrenti o determinanti il disturbo riscontrato;
5. valutazione di altri eventi di vita dotati di potenziale psicotraumatico (ad esempio un lutto di una persona molto cara, un dissesto economico, un divorzio o altro) che ancora possono influire sullo stato psichico della persona. Una volta escluse altre possibili cause, devono essere valutati:
 - la reale consistenza della situazione di *mobbing* attraverso una valutazione della attendibilità complessiva della persona e del suo racconto;

- il potenziale lesivo¹ della specifica situazione di *mobbing* cui la persona è stata esposta.
- il rispetto del criterio cronologico e della compatibilità clinica.

3.9 Conseguenze sulla salute

È un dato di fatto, sostenuto da pubblicazioni a livello internazionale (Einarsen et al, 2003) che il *mobbing* abbia il potenziale di causare o contribuire allo sviluppo di molti disturbi psicopatologici, psicosomatici e comportamentali. Non è noto tuttavia, in modo preciso, in quale percentuale le persone esposte ad una situazione di *mobbing* svilupperanno poi disturbi a carico della salute. Ciò probabilmente dipende dalla durata e dall'intensità degli stimoli stressogeni, anche se i tratti di personalità della vittima possono svolgere un ruolo protettivo o favorente il disturbo stesso.

Nei paesi industrializzati la percentuale di lavoratori in cerca di sostegno presso centri specializzati è in costante aumento, ma la consapevolezza su questo tema è ancora molto limitata.

Le conseguenze sulla salute più frequentemente correlate al *mobbing* sono le seguenti:

Psicopatologiche	Psicosomatiche	Comportamentali
- Alterazioni dell'umore - Apatia - Flashback - Incubi ricorrenti - Insicurezza - Insonnia - Iperallerta - Irritabilità - Melanconia - Pensiero intrusivo - Perdita di iniziativa - Problemi di concentrazione - Reazioni d'ansia - Reazioni di evitamento - Reazioni fobiche - Umore depresso	- Attacchi d'asma - Cefalea - Crisi anginose - Crisi emicraniche - Dermatite - Disturbi dell'equilibrio - Dolori articolari e muscolari - Gastralgie - Ipertensione arteriosa - Palpitazioni - Perdita di capelli - Tachicardia - Ulcere gastroduodenali	- Aumento del consumo alcolico e di farmaci - Aumento del fumo - Disfunzioni sessuali - Disturbi dell'alimentazione - Isolamento sociale - Reazioni auto ed etero aggressive

(OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003)

¹ Sono comunemente impiegate delle tabelle (ad esempio la scala di Holmes e Rahe) che hanno lo scopo di valutare il potenziale psicotraumatico dei diversi eventi di vita, anche se è necessario sottolineare la modesta validità di queste tabelle per diverse motivazioni:

- il filtro esperienziale della persona, e cioè il significato che l'evento in questione ha nella singola persona e nel momento in cui lo sperimenta
- il momento storico in cui queste tabelle sono state elaborate
- la cultura del paese in cui sono state elaborate, non opportunamente generalizzabile. Inoltre più recentemente l'Agenzia per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro dell'Unione Europea ha rilevato che il ruolo di situazioni avversative di lavoro, nel generare effetti psicolesivi, è sicuramente più rilevante di quanto ritenuto nel passato.

La depressione e il disturbo d'ansia sono le diagnosi formulate più comunemente, anche se sono frequenti altri inquadramenti diagnostici e precisamente il disturbo dell'adattamento (DA) e il disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS); infatti, queste ultime due sindromi rappresentano più tipicamente la risposta ad eventi esterni (OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003).

Caratteristiche del Disturbo dell'Adattamento e del Disturbo Post Traumatico da Stress

Disturbo dell'Adattamento o Sindrome da Disadattamento	Disturbo Post-Traumatico da Stress o Sindrome Post-traumatica da Stress
Il Disturbo dell'Adattamento è una condizione psichiatrica che si verifica come risposta a un agente di stress; numerosi cambiamenti di vita agiscono come fattori precipitanti questa condizione clinica. La persona colpita sperimenta disagio o altera il comportamento funzionale (incapacità a lavorare o a svolgere altre attività).	Il Disturbo Post-Traumatico da Stress è una condizione psichiatrica caratterizzata da: - vissuti ricorrenti e intrusivi dell'evento, sogni angosciosi, incubi e flashback; - evitamento di situazioni che richiamano l'evento; - iperattivazione che ostacola il sonno, la concentrazione e favorisce reazioni di soprassalto.

(OMS-ISPEL-ICP-IST, 2003)

La *Sindrome da disadattamento*² (SDD) è un malessere soggettivo e disturbo emozionale che in genere interferisce con il funzionamento e le prestazioni sociali e che insorge nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o ad un evento di vita stressante (ICD-10 oppure, secondo il DSM IV, Disturbo dell'Adattamento- DDA).

La *Sindrome Post Traumatica da Stress* (SPTS) è una risposta ritardata o protratta ad un evento stressante o ad una situazione di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone (ICD-10 oppure, secondo il DSM IV, Disturbo Post Traumatico da Stress - DPTS).

Sul piano medico-psicologico la sintomatologia è abbastanza uniforme nelle sue manifestazioni, ma con ampia variabilità nella gravità del quadro clinico. Alcuni pazienti, specialmente coloro che sono stati sottoposti ad una situazione di *mobbing* da breve tempo, presentano disturbi sfumati con qualche segnale di allarme psicosomatico e disturbi del sonno.

² Il termine *disadattamento* è inteso non nel senso delle difficoltà di una persona "disadattata" ad integrarsi nelle relazioni sociali, ma secondo la teoria dello stress che vede nell'adattamento una risposta efficace delle strutture biopsichiche ad un mutamento di condizione ambientale. Quando per qualche motivo, ad esempio per l'intensità e la durata di una serie di stimoli, le richieste di adattamento divengono eccessive, l'adattamento può diventare precario e disturbato.

In rapporto alla durata degli stimoli negativi ed all'intensità della situazione di lavoro, si possono osservare disturbi clinici di entità sempre crescente che tendono ad assumere un andamento duraturo nel tempo sino a vere e proprie devastazioni della personalità.

Poiché il *mobbing* non è uno stato, ma un meccanismo che si sviluppa, anche le conseguenze sull'equilibrio emozionale e più generalmente sulla salute evolvono progressivamente con un diverso prevalere sintomatologico a seconda dei soggetti. In alcuni casi riacutizzando anche patologie psicosomatiche e/o psichiche precedentemente accusate.

Inizialmente gran parte del disagio sia emotivo che fisico è dovuto allo stato di confusione in cui il soggetto viene a trovarsi e alla progressiva scomparsa di tutti i riferimenti oggettuali e sociali che prima regolavano la sua vita all'interno dell'azienda. Ne consegue uno stato di incertezza, paura di sbagliare, bisogno di aumentare i controlli che, se all'inizio non incidono sulla qualità del lavoro svolto, fanno sentire la persona non più adeguata e all'altezza della situazione. Quando anche le prestazioni scadono, l'autostima del soggetto è compromessa e questi entra in un circolo vizioso di progressivo deterioramento della qualità della vita e del lavoro. Ne consegue un aggravio nella gestione delle attività lavorative che diventano meno efficienti e produttive.

Questo stato di confusione viene proiettato anche all'esterno dell'azienda in particolare in ambito familiare per la polarizzazione cognitiva sempre più invasiva e inibente sulle problematiche di lavoro. È anche alla base di reazioni di insofferenza e di intolleranza, poiché qualunque stimolazione interferente anche di lieve entità aumenta la sensazione di incapacità di gestire la realtà quotidiana. Ciò può avere come conseguenza anche il deterioramento dei rapporti interpersonali all'interno della famiglia, con separazioni e divorzi. La persona umiliata, stanca e affetta da molteplici disturbi somatici si ritira anche dal sociale, per la difficoltà di condividere momenti di evasione che sente non le appartengono più.

Sintomi presenti in sindromi *mobbing* correlate

La vittima del *mobbing* può presentare una sintomatologia molto varia, costituita essenzialmente da ansia, in tutte le sue manifestazioni, comprese fobie, depressione dell'umore con perdita della volontà di agire, della capacità di progettare il proprio futuro, apatia, disturbi di concentrazione, insonnia, insicurezza ed irritabilità. Inoltre, in alcuni casi sono caratteristici i segni di iperattivazione della persona, con pensiero ricorrente circa gli eventi negativi di lavoro, incubi notturni spesso centrati sul lavoro e flashback.

Questi sintomi spesso sono preceduti o associati a segnali di allarme psicosomatico, rappresentati da cefalea di vario tipo, accentuazione di sindromi emicraniche, dolori diffusi alle articolazioni e alle masse muscolari, dolori gastrici e addominali, tachicardia, sviluppo o aggravamento di ipertensione arteriosa, attacchi d'asma, palpitazioni cardiache, manifestazioni cutanee varie, perdita di capelli, disturbi dell'equilibrio.

Possono infine comparire veri e propri disturbi del comportamento, caratterizzati da reazioni di aggressività verso se stessi e/o gli altri, disturbi alimentari, aumento del consumo di alcolici, di farmaci o del fumo, disfunzioni sessuali ed isolamento sociale.

(Gilioli et al, 2003)



4

RUOLO DEL MEDICO DI BASE INDICAZIONI E SUGGERIMENTI PER IL MOBBIZZATO

Si è accennato alla solitudine del soggetto nell'affrontare la situazione, in uno stato psicofisico che rapidamente si altera e mostra segni nel fisico e nel morale. In queste condizioni i passi falsi che possono compromettere maggiormente la situazione sono frequenti. Si crea un circolo vizioso in cui la vulnerabilità aumenta gli errori che a loro volta intensificano gli attacchi e neutralizzano la capacità di reagire adeguatamente. È quindi essenziale che i soggetti si preparino a resistere alle situazioni adottando una serie di azioni preventive.

In una situazione di compromesso benessere, la prima figura cui il soggetto fa riferimento è il medico di base.

Poiché il medico di base non può entrare direttamente nei conflitti assistito-azienda, non avendone il diritto e tanto meno i mezzi, si ritiene spesso che questa figura non abbia un ruolo rilevante nella gestione del fenomeno. Al contrario, è proprio a partire da lui che può iniziare il recupero del benessere del soggetto. A lui spetta andare incontro alla sofferenza del suo assistito e assicurargli quegli aiuti sia professionali che umani che gli consentano di mantenere sufficienti energie per potersi difendere e/o poter risolvere positivamente la situazione.

Abitualmente, infatti, il lavoratore mobbizzato si rivolge al proprio medico portando alla sua attenzione non il disagio che sperimenta nell'ambiente di lavoro, ma il disagio psicofisico che ne risente. I motivi possono essere diversi. Soprattutto all'inizio dell'esperienza di violenza morale, lo stesso lavoratore non sempre mette la sua sofferenza in rapporto con i problemi occupazionali ed è quindi il primo a voler indagare le possibili cause organiche del suo star male. Oppure, non ritiene di doverne parlare, non pensa che la causa sociale che spesso giudica imm modificabile, possa interessare il medico. Parla quindi di disturbi del sonno, di tensione, di ansia, di paura o di depressione. Oppure di cefalea, mal di stomaco o quant'altro. Solo nei casi di una lunga conoscenza e/o fiducia sperimentata in altre situazioni in cui col proprio medico si sono approfonditi problemi di vita, il soggetto spontaneamente dice quanto siano causa di sofferenza le quotidiane esperienze occupazionali.

Sta quindi al medico cercare di capire cosa ci possa essere dietro il linguaggio del corpo e offrire al paziente uno spazio di accoglimento che consenta la manifestazione del disagio e la narrazione degli eventi. Questa disponibilità all'ascolto richiede tempo, ma dà al soggetto una prima occasione di sentire che quanto riferisce viene accettato, e lo aiuta quindi ad uscire dal suo isolamento. Non bisogna dimenticare che il più sovente i soggetti mobbizzati tendono a non parlare nemmeno in famiglia della loro esperienza nel timore di non essere creduti o perché si sentono umiliati e

pensano che li si possa ritenere responsabili della situazione.

Quello che segue è dunque un percorso che suggeriamo al medico per aiutare il suo assistito più efficacemente.

1. La prima terapia è l'**ascolto accettante** di un'esperienza di sofferenza. Il colloquio con il proprio medico può in alcuni casi essere il primo spazio che il paziente vive in sicurezza, con la certezza di poter esprimere pensieri e sentimenti che non verranno usati contro di lui. Sperimenta una situazione di rispetto per la sua persona, considerato un essere umano e non una "cosa" che può essere utilizzato, ignorato o calpestato a piacere. Aiutarlo a mantenere un sufficiente livello di autostima è il primo atto della prevenzione. Il sentirsi accettato aiuta a convincere il paziente a non prendere decisioni irreversibili come le "dimissioni per disperazione" o accettare prepensionamenti forzati o trasferimenti penalizzanti.
2. **Conoscenza.** Importante è verificare quanto il soggetto sappia del fenomeno di cui pensa essere vittima e, se necessario, indicargli l'opportunità di raccogliere informazioni, così da meglio capire i meccanismi che lo guidano e non essere colto di sorpresa quando nuove forme di accanimento si manifestano.
3. **Comunicazione.** Altrettanto importante è suggerire al paziente di non tacere di fronte a comportamenti offensivi ma esprimere chiaramente anche se in maniera controllata le proprie reazioni emotive sia con l'aggressore/i che con i colleghi. Soprattutto all'inizio del meccanismo è possibile **trovare alleati** da cui poter essere sostenuti e/o aiutati. E utile ripensare ad altre situazioni simili in azienda, parlare con chi è ancora al lavoro o ricontattare coloro che se ne sono andati per questo motivo non solo per avere conferme ma alleati.
4. Ugualmente importante è verificare se il paziente si sia già rivolto a **strutture di supporto** presenti in azienda, sindacati, responsabili della sicurezza, medico competente. Queste figure essendo autorizzate a verificare la veridicità di quanto riferito possono rappresentare fonti di sostegno e/o svolgere ruolo di intermediazione.
5. **Analisi.** L'accettazione del medico di quanto il paziente racconta consente anche, successivamente, di aiutare il paziente a ristrutturare la sua esperienza e talvolta a ridimensionare quanto vi può essere di esasperato nella sua testimonianza. Infatti col protrarsi della situazione non ci si deve meravigliare se il soggetto tende ad interpretare come molestie anche comportamenti o decisioni aziendali che non necessariamente sono pensate per danneggiarlo. È l'imprevedibilità e multiformità degli attacchi che favorisce questa tendenza. Il mantenere questa lucidità di giudizio è indispensabile per sviluppare una difesa efficace e delle reazioni appropriate e togliere ai mobbizzatori quella che è la loro arma più efficace e letale, ossia far passare il dipendente come un malato psichico paranoico o, peggio, dissociato.
6. **Alternative.** Verificare se il paziente ha contemplato possibilità alternative, chiedere un trasferimento ad altro reparto o altra sede, oppure cercarsi un

altro posto di lavoro. Talvolta i soggetti non pensano nemmeno alla possibilità di uscire dal gioco perverso del mobbizzatore e alla domanda "perché" rispondono "perché non è giusto". Questa posizione che è di frequente riscontro ed è reazione logica in chi sente di trovarsi in situazione di ingiustizia e abuso di potere deve ad un certo punto essere sottoposta ad una valutazione tra la finalità (avere giustizia) ed i mezzi a disposizione (strumenti per ottenerla e risorse psicofisiche). È importante che il medico valuti quale rischio per la salute il suo paziente stia correndo e se sia più opportuno suggerirgli una minor rigidità aiutandolo a verificare soluzioni alternative.

7. **Documentazione.** Sollecitarlo ad essere concreto e preciso nel suo racconto portando fatti e non impressioni, raccomandargli di tenere una specie di diario di bordo delle sue giornate riportando date, avvenimenti e laddove possibile, documenti. Questo gli servirà qualora decida di iniziare un percorso legale.
8. **Famiglia.** Talvolta, può essere utile intervenire a livello familiare. In genere la famiglia condivide lo stesso medico che è così in posizione privilegiata per rendersi conto della ricaduta che la situazione del suo assistito può avere sull'equilibrio dell'intera famiglia, coniuge e/o figli. L'azione del medico può svolgersi in due direzioni. Nel caso il soggetto non l'abbia fatto, deve spingerlo a parlare con i familiari di quanto succede in azienda favorendo così lo sviluppo di un fronte comune e di un contenitore supportante, pur raccomandandogli di non cadere nell'errore opposto, cioè quello di scaricare sugli altri tutti i problemi diventando ossessivo e indifferente ai loro problemi. Ugualmente, può essere necessario parlare con i familiari quando questi sembrano non rendersi conto che quanto succede al loro congiunto è vero e non deriva da sue presunte responsabilità. Un individuo quotidianamente aggredito e che non può reagire apertamente, tende quando si trova in situazioni di maggior sicurezza ad esprimere la sua aggressività ed è quindi importante sforzarsi di sopportare/contenere reazioni inadeguate e talvolta eccessive.
9. **Autoaiuto.** Laddove esiste, può essere utile invitare il paziente a partecipare ad un gruppo di autoaiuto dove possa condividere l'esperienza con altri ugualmente colpiti e con cui gli sarà possibile scambiare pareri, trovare soluzioni, ricevere indicazioni di sanitari, legali esperti in questo settore. Potrà trovare supporto a resistere e rinforzare la propria autostima.
10. **Terapia.** Nell'ambito del *mobbing*, il problema terapia che è di esclusiva pertinenza del medico deve essere affrontato con particolare cautela. Da un lato, almeno inizialmente, il paziente è una persona sofferente ma non malata in senso tradizionale. Sarà importante aiutarlo a ritrovare un sonno sufficiente, intervenire su un insieme di disturbi psicosomatici che sempre accompagnano questi stati di disagio, contenere l'ansia e/o un eccesso di reattività. Ma, sarà anche importante rendersi conto quando l'equilibrio psicofisico del suo paziente denunci una deriva psichiatrica e richieda quindi la collaborazione di uno specialista. Quando lo si sente impotente nei confronti degli attacchi o troppo polarizzato sul problema tanto da

perdere lucidità o in preda a panico, oltre alla farmacoterapia, potrà essere indispensabile ricorrere ad un supporto psicologico che gli dia gli strumenti per un miglior controllo della situazione.

11. **Malattia.** Le quotidiane persecuzioni rendono il paziente malato. Oltre ai disturbi psicosomatici ed emozionali, è costante uno stato di affaticamento che rende difficile l'inizio della giornata. La previsione di quanto dovrà affrontare attiva meccanismi di ansia anticipatoria e di evitamento. Allora per quanto riguarda la concessione di periodi di malattia, il medico deve diventare un po' stratega insieme al suo paziente. Deve riuscire a stabilire piani per quando, come e per quanto tempo prescrivere periodi di allontanamento dal lavoro. Brevi periodi di riposo e cura possono essere utili per allentare la pressione psicologica, riacquistare le forze, il sonno, l'appetito e prendere un minimo di distanza e fare il punto dalla situazione. Compatibilmente con la salute del paziente i lunghi periodi di assenza sono quasi sempre da evitare poiché peggiorano i rapporti con l'azienda, le consentono di attribuire il marchio di assenteista al soggetto, di abusare in visite fiscali e trovare stratagemmi per un licenziamento. Vi sono poi ragioni di opportunità, strategica appunto, per optare per un periodo di malattia o, al contrario un rientro in azienda e medico e paziente potranno insieme assumere decisioni responsabili, senza dimenticare che lo stato di salute antecedente il problema che il medico conosce sarà la base su cui decidere quanto e come allontanare il proprio paziente da situazioni di rischio aumentato.
12. **Vita sociale.** È di fondamentale importanza che il soggetto mantenga il più possibile i rapporti sociali e gli interessi precedenti, e si dovrà dunque sollecitarlo a continuare a frequentare gli amici, praticare sport, coltivare hobbies e attività secondarie così da inserire nella quotidiana ossessione momenti di stacco cognitivo che, anche se faticosi, aiutano a non precipitare in un vortice autistico di autoisolamento. Anche in questo caso è bene che il soggetto parli dei suoi problemi di lavoro ma come si è già detto per i familiari senza diventare ossessivo e scaricare continuamente sugli altri tutte le proprie angosce.

5

DANNO BIOLOGICO, MORALE ED ESISTENZIALE

Negli ultimi decenni il dibattito riguardante il danno alla persona ha assunto sempre maggiore rilevanza dal punto di vista della dottrina giuridica e medico-legale.

Tale percorso dottrinario trova la sua ragion d'essere nel fatto che sempre di più la persona umana è venuta a trovarsi al centro del discorso del diritto privato.

Il concetto di danno biologico costituisce la novità di maggiore rilevanza nel diritto giurisprudenziale per ciò che attiene la tutela della persona: solo con questo strumento giuridico è stato infatti possibile porre nel giusto rilievo la lesione alla integrità fisica e psichica che consegue ad un fatto giuridicamente illecito.

La base su cui il cosiddetto danno biologico trova il suo fondamento sta nella tutela della salute assicurata dall'art. 32 della Costituzione che attribuisce alla salute il rango di situazione soggettiva rilevante al più alto livello dell'ordinamento.

Dal punto di vista strettamente medico-legale il danno può essere definito come ogni modificazione peggiorativa dello stato anteriore della persona risarcibile.

Sulla integrità psico-fisica della persona che, come accennato in precedenza, costituisce l'oggetto della tutela giuridica, si fonda la cosiddetta validità, ovvero la efficienza psico-fisica allo svolgimento di qualsiasi attività, lavorativa ed extralavorativa.

Pertanto, tutti i fatti giuridicamente illeciti che possono determinare un danno alla persona sotto forma di una diminuzione della integrità psico-fisica (e, quindi, della validità del soggetto) configurano un danno biologico.

Il concetto di validità merita un ulteriore approfondimento. Essa, infatti, deve essere intesa come efficienza psico-somatica allo svolgimento di qualsiasi attività, definizione questa che imprime al danno alla validità il carattere di lesa funzione, di disfunzionalità. A seconda del grado di compromissione della validità si determinerà una maggiore o minore limitazione alla libertà di espansione del soggetto nella vita sociale.

Vita di relazione che riguarda tutti i rapporti interpersonali, compresa l'attività lavorativa.

Pertanto, per tutti quei fatti illeciti da chiunque commessi che determinino un danno alla persona di rilevanza giuridica è possibile configurare una diminuzione della integrità psicofisica del soggetto suscettibile di valutazione da parte del medico-legale. Detta definizione è stata recentemente ribadita in alcuni testi legislativi (L. 57/2001; D. Lgs 38/2000) che per primi hanno recepito gli orientamenti giurisprudenziali precedentemente ricordati elevando il concetto di danno biologico a vera e propria norma legislativa e non più frutto di mera elaborazione giurisprudenziale.

Il risarcimento del danno a chi patisce le conseguenze di un fatto illecito è quindi divenuto, con il passare dei decenni ed il mutamento degli orientamenti giurisprudenziali, indipendente dalla attività esercitata dal soggetto e dal guadagno che lo stesso ricava con questa attività.

Infatti gli orientamenti giurisprudenziali più recenti hanno conferito all'uomo un valore, anche economico, che trova il suo fondamento nella integrità della persona e nella sua validità.

Danno alla salute e danno alla validità sono, per loro stessa definizione, eventi a carattere ben più dinamico in confronto al danno biologico che può essere soltanto un danno anatomico, privo cioè di carattere funzionale e quindi medico-legalmente indifferente.

La valutazione del danno biologico avviene, generalmente, mediante un sistema tabellare: si tratta generalmente di cifre orientative che debbono essere applicate con prudenza e flessibilità in ragione del fatto che appare estremamente difficoltoso esprimere in termini matematici le ripercussioni di un danno funzionale sulla validità del singolo individuo, soprattutto nel caso di funzioni complesse e per quelle la cui esplicazione è strettamente legata a condizioni individuali di natura biologica e sociale.

In conclusione si può affermare che il danno biologico costituisce una menomazione della integrità psico-fisica del soggetto in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica ed avente rilevanza non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica.

Forme alternative di danno sono rappresentate dal danno morale e da quello esistenziale.

Per capire che cosa si intenda per danno morale, è importante rifarsi alla definizione data dalla Corte Costituzionale (sent. n. 184/1996) che lo definisce come quel danno che in nessun modo incide sul patrimonio, ma che arreca solo un dolore morale alla vittima, una sofferenza fisica (nel senso di sensazione dolorosa) o psichica. Di conseguenza, il relativo risarcimento soddisfa l'esigenza di compensare le sofferenze fisiche, morali e psichiche patite dal soggetto danneggiato costituendo una forma di danno cosiddetto non patrimoniale.

Il danno non patrimoniale non è suscettibile di risarcimento *per equivalente* (come avviene, invece, per il danno patrimoniale, che può essere risarcito, anche, in *forma specifica*), e, di conseguenza, la sua liquidazione è affidata all'apprezzamento discrezionale ed equitativo del giudice di merito, il quale deve tener conto: delle sofferenze patite dall'offeso, della gravità dell'illecito e di tutti gli elementi peculiari del caso concreto. Il giudice, quindi, è chiamato a pronunciarsi sul risarcimento, indicando un ristoro pecuniario che risulti socialmente adeguato alla gravità della lesione. L'adeguatezza del ristoro, infine, deve essere valutata oggettivamente, a prescindere dalla soddisfazione morale che il danneggiato possa provare personalmente, potendosi trattare, anche, di persona incapace di intendere e di volere o di persona giuridica.

Il danno morale è, infatti, un danno non patrimoniale, che deriva al soggetto leso, dalla commissione di un reato, perseguito a titolo di dolo o di colpa, e quale che sia il titolo del reato.

Nel danno morale (che è danno-conseguenza in quanto deriva dalla realizzazione di una fattispecie lesiva configurabile astrattamente come reato) la lesione non concerne, a differenza che nel danno biologico psichico, la salute, ma la dignità della persona offesa dal reato.

Negli ultimi anni la giurisprudenza ha elaborato una ulteriore fattispecie di danno la cui autonoma esistenza è tutt'oggi oggetto di dibattito.

Con danno esistenziale si vuole intendere qualsiasi danno che l'individuo subisca alle attività realizzatrici della propria persona.

Il danno esistenziale, in buona sostanza, altro non è che la lesione di qualsiasi interesse giuridicamente rilevante per la persona, risarcibile nelle sue conseguenze non patrimoniali. Una nuova categoria della responsabilità civile, dunque, una realtà con cui confrontarsi in campo aperto, alla stregua del danno biologico o di quello patrimoniale, che ha avuto il suo primo ed esplicito riconoscimento dalla Suprema Corte con la pronuncia 7713/2000. In seguito a tale pronunciato deve segnalarsi una giurisprudenza assai più consapevole delle «potenzialità» del danno esistenziale, pur a fonte di obiezioni ragionate (ad es. Trib. Roma 7.3.2002) e aperture «nascoste» (cfr. le Sezioni Unite della Corte di Cassazione 2515/2002, in tema di danno ambientale, che sembrano aver risarcito un pregiudizio riconducibile sostanzialmente nell'alveo del danno esistenziale).

Da quando una nutrita serie di pronunce giurisprudenziali ha dato corso al risarcimento del danno esistenziale, può ben affermarsi che tale figura, stante i suoi aspetti innovativi, si pone al centro di quello che può ritenersi un modello trainante in ordine alla reinterpretazione del sistema di tutela risarcitoria della persona.

Con l'avvento del danno biologico si è determinato un balzo in avanti, nel processo di personalizzazione della responsabilità extracontrattuale: agli occhi del giurista si è rivelata la presenza di vuoti sconosciuti, gli orizzonti del torto sono venuti man mano allargandosi, si è creata una nuova sensibilità presso gli interpreti: di qui la fioritura di una serie di sentenze, più o meno esplicite e consapevoli, di cassazione o di merito, relative ai settori più disparati dell'agire umano, e accomunate però da alcuni tratti: occasioni, tutte quante, di (a) offese arrecate a prerogative individuali diverse dalla salute, (b) con effetti di compromissione più o meno marcata sul terreno delle "attività realizzatrici" dell'interessato, (c) con - nelle vicende giudiziali - esiti finali favorevoli a quest'ultimo.

È venuta affermandosi così una lettura di nuovo tipo, favorevole a ricondurre quelle varie figure nell'ambito di una categoria inedita, intitolata al "danno esistenziale": da intendere, in particolare, come *tertium genus* all'interno della responsabilità civile, quale insieme ben distinto cioè sia dal tronco del danno patrimoniale, sia da quello del danno morale; una realtà incentrata sul "fare non reddituale" delle persone: una figura da prospettarsi, secondo l'inquadramento preferibile, come entità ricomprensiva di due sotto-

alvei fondamentali, quello del danno “esistenziale biologico” (luogo cui ricondurre le ipotesi effettive di aggressione alla salute) e quella del danno “esistenziale non biologico” (sede per le menomazioni inerenti a beni diversi dall'integrità psicofisica).

Particolarmente rilevante la definizione del danno esistenziale è apparsa nel campo medico. Infatti detta fattispecie si è venuta ad inserire in un mondo sino a non molto tempo fa incentrato quasi esclusivamente intorno al polo tecnico/scientifico (cioè diagnostico, prognostico, laboratoriale, anatomico, chirurgico, farmacologico, etc.), con scarsa attenzione per profili differenti. Oggi invece arricchito dalla consapevolezza circa l'importanza decisiva - nel rapporto medico/paziente - di ogni momento organizzativo e colloquiale, e ciò lungo tutti i versanti che possano venire in risalto: l'attenzione ai passaggi in cui un diritto fondamentale della persona si trova messo in gioco (costosità degli ospedali e dei ricoveri, pregi dell'assistenza domiciliare, igiene personale, delicatezza dei contatti, consenso informato, *privacy*, rapporti con l'esterno, adeguatezza dei servizi).

In particolare, è stata più volte sottolineata l'inconfondibilità della categoria in esame rispetto alle altre tipologie di danno, che interessano da vicino il comparto aquiliano: *Danno patrimoniale*, *Danno biologico*, *Danno psichico*, *Danno morale*.

La suddetta fattispecie di danno non è univocamente riconosciuta da tutti gli studiosi del diritto che, anzi, in Alcuni casi tendono addirittura a negarne l'esistenza come entità autonoma. Secondo tali studiosi, infatti, nelle ipotesi sino ad ora riconosciute e qualificate come di “danno esistenziale”, non sembrano esserci gli estremi di una lesione del diritto alla salute, quanto, diversamente, disagi e sensazioni, più o meno spiacevoli: si tratta, in altri termini, di pregiudizi soggettivamente caratterizzati e quindi sicuramente più vicini alla sfera del danno non patrimoniale. Lo dice, con estrema chiarezza, l'ultimo intervenore per il quale il danno esistenziale “può essere perciò definito come la forzosa rinuncia allo svolgimento di attività non remunerative fonte di compiacimento o benessere per il danneggiato”.

Pertanto il risarcimento del danno non patrimoniale, fuori dalla ipotesi di cui all'art. 185 c.p. e delle altre minori ipotesi legislativamente previste, attiene solo all'ipotesi specifiche di valori costituzionalmente garantiti (la salute, la famiglia, la reputazione, la libertà di pensiero, ecc), ma in questo caso non vi è un generico danno non patrimoniale “esistenziale”, ma un danno da lesione di quello specifico valore di cui al referente costituzionale.

Il danno esistenziale così come elaborato dalla giurisprudenza non coincide col danno morale perché non consiste in una sofferenza, in un *pati*, ma in una rinuncia ad un'attività concreta - è stato molto efficacemente osservato che esso non si identifica con le lacrime, ma con una “*rinuncia a fare*” (Cendon).

Se sul piano concettuale la distinzione tra danno esistenziale e danno morale appare abbastanza agevole, sul piano concreto sorgono difficoltà di non poco momento. È stato infatti osservato che la sofferenza morale è sempre causata da una rinuncia: a fare, se si tratta di lesioni personali, alla presenza del congiunto in ipotesi di uccisione del familiare, ad una generica

tranquillità della propria esistenza nelle altre ipotesi di reato. Allo stesso modo, chi deve rinunciare ad un'attività dell'esistenza prova una vera e propria sofferenza poiché subisce un danno rappresentato non tanto dalla perdita in sé dell'attività, ma dalla sofferenza causata da tale perdita. Si pensi alla vedova che dopo la morte del coniuge rinuncia a svolgere le molteplici attività cui prima attendeva, come andare al cinema, a teatro, a trovare amici a fare viaggi. Ma, si osserva, questo tipo di danno è già oggi risarcito quale conseguenza della sofferenza morale e viene liquidato ai sensi dell'art. 2059 c.c.. È lecito allora chiedersi se in tali casi - cioè qualora si riconosca accanto al danno morale anche la figura del danno esistenziale - si corra il rischio di compiere una duplicazione risarcitoria o se, scomputando le due voci di danno, quello morale rischierebbe di essere svuotato della sua essenza, divenendo una fattispecie vacua e difficilmente valutabile.

6

SINTESI DELLA LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO

6.1 Disposizioni e prassi vigenti all'estero

Più consapevoli del fenomeno, anche per gli studi precocemente intrapresi, molti paesi del nord Europa si sono fatti promotori di iniziative di prevenzione e di tutela delle eventuali vittime. Tuttavia, allo stato attuale, pochi paesi europei hanno adottato norme specifiche, preferendo misure di carattere regolamentare come carte sociali, codici etici di comportamento, linee guida e adozione di buone prassi.

In Svezia esistono delle “Disposizioni relative alle misure da adottare contro forme di persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro” (1993) che attribuiscono al datore di lavoro l’obbligo di prevenire e combattere il *mobbing* e lo ritengono responsabile in caso di mancata tutela del lavoratore.

In Norvegia una legge del 1994 stabilisce che “i lavoratori non debbono essere sottoposti a molestie o altri comportamenti sconvenienti”.

In Svizzera nel 1995 viene approvata un’ordinanza federale per l’applicazione della “Loi sur le Travail” che proibisce tutte le forme di surmenage quantitativo e qualitativo, responsabilità eccessive, pressioni psicologiche ed eccessi di monotonia del lavoro. L’imprenditore è civilmente responsabile dei danni procurati dal *mobbing* ed i dipendenti che importunano i colleghi sono passibili di punizioni che vanno dal richiamo verbale al licenziamento.

In Germania, dove non esiste una normativa specifica, è prassi includere nei contratti di lavoro, di alcune grandi aziende, clausole che prevedano la presenza di figure terze di riferimento per i lavoratori che si ritengono molestati, e dei comitati di conciliazione per risolvere eventuali controversie all’interno dell’azienda stessa.

In Gran Bretagna, pur non esistendo precise disposizioni di legge, molte aziende prevedono che, in caso di reclamo da parte del lavoratore che si ritenga sottoposto a maltrattamento sul lavoro, siano avviate procedure di esame del caso all’interno delle imprese, secondo i codici di comportamento di cui sono dotate.

Negli Stati Uniti, al livello federale, non esistono leggi che proibiscano il *mobbing*. Particolare attenzione viene posta ai casi di molestie sessuali, di discriminazione razziale, religiosa e legata all’età. Su questa linea la Corte Suprema degli Stati Uniti ha sentenziato (1998) che non tutti i casi di molestia sul posto di lavoro sono illeciti, intendendo che lo sono solo quelli prima citati.

A seguito di un’indagine della Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro (Dublino) che individua nell’8% la percentuale dei lavoratori dell’Unione colpiti da *mobbing* negli ultimi 12 mesi, il Parlamento Europeo, in data 20 settembre 2001, emette la “Risoluzione sul *mobbing* nel posto di lavoro”. Il Parlamento, tra l’altro, “esorta gli Stati membri

a rivedere e, se del caso, a completare la propria legislazione vigente sotto il profilo della lotta contro il *mobbing*...” In Francia, infine, il 17 gennaio 2002, viene promulgata la legge n. 2003-73 che, oltre a fornire la precisa definizione di molestie morali (precedentemente riportata), contempla sanzioni di carattere penale per il *mobber* e prevede un ruolo specifico del medico del lavoro nel controllo del fenomeno.

6.2 La situazione italiana

In Italia non esiste una normativa specifica contro il fenomeno del *mobbing*. Tuttavia ci sembra di poter individuare nelle disposizioni in vigore strumenti legislativi in grado di tutelare la salute fisica e psicologica dei lavoratori.

Vediamo in rapida sintesi il quadro normativo cui si può fare riferimento:

- **Costituzione** (art. 32) la salute è un diritto dell'individuo e della collettività; (art. 42) l'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale e in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.
- **Codice Civile** (art. 2087) l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Come a dire che il legislatore, già all'inizio degli Anni 40, riconosceva la complessità dell'uomo, fatto di struttura organica (integrità fisica), ma anche di emozione, pensiero, sentimento (personalità morale) che l'imprenditore è ugualmente tenuto a tutelare.

- **Codice Penale** prevede sanzioni specifiche in caso di omissione dolosa (art. 437) e colposa (art. 451) di cautele contro gli infortuni sul lavoro. Inoltre punisce con la reclusione da tre mesi a tre anni “chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente (art. 582)” e punisce con l'arresto chiunque “reca molestie o disturbo” a qualcuno (art. 660).
- **Legge 300/ 1970** - Statuto dei Lavoratori (art. 13) al dipendente non possono essere date mansioni di livello professionale inferiore a quello d'inquadramento.
- **D.Lgs 626/1994** riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro - (art. 4, punto 5) il datore di lavoro adotta le misure necessarie per la sicurezza e la salute dei lavoratori; (art. 17, punto 1, comma a) il medico competente collabora ...alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori.

Sull'esperienza tedesca e, in particolare, sull'accordo aziendale in vigore dal 1996 presso la Volkswagen, a Torino, la locale Azienda di trasporto urbano ha dato vita congiuntamente ad un accordo di clima per “contrastare molestie

sessuali, *mobbing* e discriminazioni” sul posto di lavoro. Tale accordo prevede la costituzione di una Commissione “composta da tre componenti di designazione aziendale e tre di designazione delle OO.SS. sottoscrittrici; i sei componenti, all'unanimità, nominano un Presidente scelto tra Magistrati in quiescenza”. Una scelta che, per i risultati soddisfacenti prodotti, nel citato anno europeo dedicato ai temi dello stress, l'*European Agency for Safety and Health at Work* ha attribuito all'allora ATM e Satti il premio per le “*Good Practices*” .

Si ricorda, infine, che dal 1996, sia da parte di esponenti di governo che dell'opposizione, sono state presentate al Parlamento circa quindici proposte di legge, nel tentativo di dotare l'Italia di una specifica legge antimobbing.

In attesa di una legge quadro nazionale, alcune Regioni hanno promulgato leggi regionali in materia: Friuli Venezia Giulia (08.04.'05), Umbria (28.02.'05), Abruzzo (11.08.'04). È in discussione la Legge Regionale Piemontese. mentre il Lazio, prima regione a legiferare ha emanato ben due leggi regionali, l'ultima delle quali nel 2002. È stata ritenuta incostituzionale dal TAR.

7

BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Consigli pratici destinati ai lavoratori su come affrontare lo stress legato all'attività lavorativa e le sue cause*. Fact 31, Bilbao.
2. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Combattere la pressione psicosociale e ridurre lo stress legato al lavoro. Sintesi di una relazione dell'agenzia*. Fact 32, Bilbao.
3. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Il mobbing sul posto di lavoro*. Facts 23, Bilbao.
4. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Lo stress sul lavoro: informazioni all'indirizzo <http://osha.eu.int/ew2002/>*. Fact 30, Bilbao.
5. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *La violenza sul lavoro*. Facts 24, Bilbao.
6. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Nuovi rapporti contrattuali e ripercussioni per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro*. Sintesi di una relazione dell'Agenzia. Facts 25, Bilbao.
7. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Stress legato all'attività lavorativa*. Fact 22, Bilbao.
8. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2002) *Stress nell'ambiente di lavoro*. Sintesi di una relazione dell'agenzia. Fact 8, Bilbao.
9. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2003) *Inserire le problematiche legate al genere nella valutazione dei rischi*. Fact 43, Bilbao.
10. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2003) *Prevenzione della violenza sul personale nel settore dell'istruzione*. Fact 47, Bilbao.
11. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2003) *Problematiche legate al genere nel campo della sicurezza e salute sul lavoro. Riassunto di una relazione dell'Agenzia*. Fact 42, Bilbao.
12. Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. (2003) *Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress sul lavoro*. European Week for Safety and Health at Work, Issue 104, Bilbao.
13. Albini E., Benedetti L., Giordano S., Punzi S., Cassitto M.G. (2003) *Organizzazione del lavoro disfunzionale e mobbing. Quattro casi emblematici*. In *La Medicina del Lavoro, Rivista bimestrale di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale*, 94 (5): 440-449.
14. American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.
15. Caiozzo P. (2002) *Il mobbing: realtà vicina o lontana?* *Economia & Management*, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 3: 37-48, Etas.
16. Caiozzo P. (2002) *Mobbing: oltre il sipario. La violenza morale sul lavoro*. *Economia & Management*, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 5, Etas.
17. Cassitto M.G. (2000) *Antisocial behaviors at work: definition, processes, conditions, characteristics and consequences*. *Homeostasis*, 40,1-2, 7-13.
18. Cassitto M.G. (2001) *Molestie morali nei luoghi di lavoro: nuovi aspetti di un vecchio fenomeno*. in *La Medicina del Lavoro, Rivista bimestrale di Medicina del Lavoro e*

- Igiene Industriale, vol. 92, n.1: 12-24.
19. Cassitto M.G. (2002) *Worksite related Stress. Atypical jobs and new risk factors*. Proceedings of International Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris Conference, CIANS, Milan.
 20. Cassitto M.G. (2003) *Disturbi psichici e psicofisici connessi con fattori di rischio occupazionale, organizzativo e psicosociale*. in Foà V., Ambrosi L. Trattato di Medicina del Lavoro, Seconda edizione, UTET, Torino.
 21. Cassitto M.G. (2004) *Harcèlement moral et conséquences sur la santé*. In Les répercussions psychologiques de la violence au travail et leurs traitements. Revue Francophone du stress et du Trauma. Numéro thématique. Août 2004. In "Revue Francophone du stress et du Trauma". Princeps Editions. Issy Les Moulinaux.
 22. Cassitto M.G., Gilioli R. (2002) *Aspetti emergenti dello stress occupazionale*. in La Medicina del Lavoro, Rivista bimestrale di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, 94 (1): 108-113.
 23. Chappell D, Di Martino V. (2000) *Violence at work*. International Labour Office, Geneva.
 24. Commissione europea. (1999) *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa "Sale della vita o veleno mortale?"*. Salute e sicurezza sul lavoro, Direzione generale Occupazione e affari sociali, Luxembourg
 25. Corte Costituzionale. (2003) *Illecita la normativa dettata dalla Regione Lazio per contrastare il mobbing nei luoghi di lavoro*. Sentenza 10 - 19 dicembre 2003, n. 359.
 26. Cox T., Griffiths A. and Rial-González E. (2000) *Ricerca sullo Stress correlato al Lavoro*. Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro e ISPESL Focal Point Italiano, Roma.
 27. Dejours C. (2000) *Travail et usure mentale*. Bayard editions/Centurion, Paris.
 28. Di Martino V, Gold D. and Schaap A. (2002) *Managing Emerging Health-Related Problems at Work*. International Labour Office, Geneva.
 29. Di Martino V. (2002) *Workplace violence in the health sector - country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: synthesis report*. ILO/ICN/WHO/PSI Joint programme on workplace violence in the health sector, Geneva.
 30. Di Martino V., Hoel H., Cooper C.L. (2003) *Preventing violence and harassment in the workplace*. European Foundation for the Improvement of living and working conditions, Dublin.
 31. Einarsen S., Hoel H., Zapf D. and Cooper C.L. (2003) *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. Taylor and Francis, London/New York.
 32. European Agency for Safety and Health at Work. (2000) *Research on Work-related Stress*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
 33. European Agency for Safety and Health at Work. (2000) *The Changing World of Work*, Issue 2, Bilbao.
 34. European Agency for Safety and Health at Work. (2001) *Quality of Work*. Forum 1, Bilbao
 35. European Agency for Safety and Health at Work. (2001) *Quality of Work*. Forum 2, Bilbao.
 36. European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Preventing psychosocial risks at work: European perspectives*. Closing event of the European Week for Safety and Health at Work 2002, Bilbao.E
 37. European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*. Issue 104, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.

37. European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Research on New forms of contractual relationships and the implications for occupational Safety and Health at Work*. 1996-2001. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
38. European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *The Changing World of Work*, Forum 5, Bilbao.
39. European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Working on Stress*. Issue 5, Bilbao.
40. European Agency for Safety and Health at Work. (2003) *Preventing psychosocial risks at work: European perspectives*. Forum 9, Bilbao.
41. European Agency for Safety and Health at Work. (2003) *Research on Gender issues in safety and health at work - A review*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
42. Fattorini E., Campo G.(2001) *Mobbing è realtà. Indagine nel settore elettrico*, FLAEL-CISL, Roma
43. Fattorini E., Campo G., (2004) *Le persone e il lavoro: benessere, malessere e mobbing fra i dipendenti della Regione Marche*, Tecnostampa, Ancona, 2004
44. Fattorini E., Campo G., (2005) *Le persone e il lavoro fra integrazione e differenze*, CGIL, CISL, UIL, Roma
45. Field T. (1996) *Bully in sight: how to predict, resist, challenge and combat workplace bullying*. Success Unlimited, Wantage, Oxfordshire.
46. Gilioli A., Gilioli R. (2000) *Cattivi capi, cattivi colleghi*. Mondadori, Milano.
47. Gilioli A., Gilioli R. (2001) *Stress Economy*. Mondadori, Milano.
48. 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.
49. Gilioli R. et al. (2001) *Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro: le molestie morali (mobbing)*, Documento di Consenso, in La Medicina del Lavoro, Rivista bimestrale di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, vol. 92, n.1: 61-69.
50. Gilioli R., Cassitto M.G. (1999) *Work abuse: post-traumatic-stress disorder or adjustment disorder? A clinical study of 48 cases*. Proceedings of the International Symposium "Psychological Stress at Work". FIOH, 7-9 June '99.
51. Gilioli R., Cassitto M.G., Rengo C. (2003) *Lo scenario del mobbing e le sue ripercussioni sulla salute*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 3: 25-34, Etas.
52. Giordano S. *Mobbing: rischio relazionale sul luogo di lavoro. Strumenti e possibilità di intervento delle figure professionali nella prevenzione, diagnosi e riabilitazione*. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, AA. 2000/2001.
53. González de Rivera J. (2002) *El maltrato psicológico, cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Espasa, Madrid.
54. Greco L. (2003) *Danno biologico e Mobbing nel rapporto di lavoro*, Supplemento di Guida al Lavoro, Il Sole 24ore, n. 2, Milano.
55. Greco L. (2004) *Il punto mobbing: riflessioni d'attualità*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 2, Etas.
56. Grieco A., Andreis L., Cassitto M.G., Fanelli C., Fattorini E., Gilioli R., Legnani G. e Prandoni P. (1997) *Il mobbing: alterata interazione psicosociale sul posto di lavoro. Prime valutazioni circa l'esistenza del fenomeno in una realtà lavorativa italiana*, in ISPESL, Prevenzione oggi, n.2.
57. Hirigoyen M.F. (2002) *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle*. Éditions la Découverte et Syros, Paris.

58. Hoel H., Einarsen S., Cooper C.L. (2003) *Organizational effects of bullying in* Einarsen S., Hoel H., Zapf D. and Cooper C.L. (2003) *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. Taylor and Francis, London/New York.
59. Hoel H., Sparks K. and Cooper C.L. (2001) *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*, Report commissioned by the International Labour Organization (ILO). Geneva.
60. ICD-10 (1997) *Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, World Health Organization, Masson.
61. ILO (2003) *Code of Practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*, Meeting of experts to develop a Code of Practice on Violence and Stress at Work in services: a Threat to Productivity and Decent Work (8-15 October 2003), Geneva.
62. ILO/ICN/WHO/PSI. (2002) *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. ILO/ICN/WHO/PSI Joint programme on workplace violence in the health sector, Geneva.
63. INAIL. (2003) *Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche*. Circolare n. 71, Direzione Generale, Direzione Centrale Prestazioni, Sovrintendenza Medica Generale, Roma.
64. ISPESL - Clinica del Lavoro di Milano - CGIL, CISL, UIL Lombardia. (2001) *Rischio Mobbing - Guida per il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza*, ISPESL, Roma.
65. ISPESL - Clinica del Lavoro di Milano. (2000) *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.
66. ISPESL - Clinica del Lavoro di Milano. (2002) *Rischio Mobbing - Guida per il medico*, ISPESL, Roma.
67. ISPESL - European Agency for Safety and Health at Work. (2002) *Lo stress in ambiente di lavoro. Linee guida per datori di lavoro e responsabili dei servizi di prevenzione*. ISPESL, Roma.
68. ISPESL. (2004) *Stress at work in enlarging Europe*. A programme of Work life and EU enlargement. Promoted and organised by Swedish National Labour Market Board (aMS) and National Institute for Occupational Safety and prevention (ISPESL). Rome.
69. Leymann H. (1993) *Mobbing, Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg.
70. Leymann H. (1996) *The content and development of mobbing at work*. European Journal of Work and Organizational Psychology, vol 5: 165-184.
71. Maslow A.H. (1954), *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row, trad.it Motivazione e Personalità, Armando, Roma, 1973
72. Mikkelsen E.G., Einarsen S. (2002) *Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work*. European Journal of Work and Organizational Psychology, vol. 11 (1):87-111.
73. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2004) *Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni*. GU n. 134 del 10-6-2004.
74. Monateri P.G. (2003) *I Paradossi del mobbing*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 4, Etas.

75. NIOSH. (2002) *The changing organization of work and the safety and health of working people: knowledge gaps and research directions*. Authored by the members of NORA Organization of Work Team. Department of Health and Human Services (National Institute for Occupational Safety and Health), Publication No. 2002-116. USA.
76. OMS - ISPESL - ICP - IST. (2003) *Violenza psicologica sul lavoro. Accrescere la consapevolezza*. Protecting Workers' Health Series No 4. World Health Organization, Milano/Ginevra.
77. Paoli P, Merliè D. (2001) *Third European survey on working conditions 2000*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.
78. Pancheri P.(1983) *Stress Emozioni Malattia*, Mondadori, Milano
79. Parlamento Europeo. (2001) *Relazione sul mobbing sul posto di lavoro*, Commissione per l'occupazione e gli affari sociali, 2001/2339, INI.
80. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Funzione Pubblica, *Commissione di analisi e studio sulle politiche di gestione delle risorse umane e sulle cause e le conseguenze dei comportamenti vessatori nei confronti dei lavoratori*. (2003) Proposta di legge contro la violenza morale o psichica in occasione di lavoro (*mobbing*).
81. Selye H. (1946) *The general adaptation syndrome and the disease of adaptation*, in Clinical Endocrinology, 6, 117-130
82. Selye H. (1975) *The stress of life*, Mc Grow Hill
83. Swedish National Board of Occupational Safety and Health. *Victimization at work*. Ordinance (AFS 1993:17).
84. Vaccani R. (2001) *Il manager allo specchio. Stress e scelte lavorative*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 4, Etas.
85. Vaccani R. (2001) *Il Mobbing, vocabolo nuovo, semantica antica*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 6, Etas.
86. Vaccani R. (2003) *Stili di gestione e culture indotte - La "Gaussiana del buon senso" dei collaboratori*. Economia & Management, La rivista di direzione aziendale della SDA Bocconi, n. 6, Etas.
87. Vartia M. (1996) *The sources of bullying-Psychological work environment and organizational climate*. European Journal of Work and Organizational Psychology, vol.5 (2): 203-214.
88. Vartia M. (2001) *Consequences of workplace bullying with respect to well-being of its targets and the observers of bullying*. Scandinavian Journal of Work and Environment Health, vol.27(1):63-69.
89. Wennubst G. (1999) *Mobbing, le harcèlement psychologique analysé sur le lieu de travail*. Réalités Sociales, Lausanne.
90. WHO - ISPESL - ICP - IST. (2003) *Raising awareness of Psychological harassment at work*. Protecting Workers' Health Series No 4. World Health Organization, Milan/Geneva.
91. WHO - I-WHO. (2003) *Work Organization & Stress. Systematic problem approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives*. Protecting Workers' Health Series No 3. World Health Organization, Nottingham/New Delhi/Geneva
92. WHO. (2002) *World report on violence and health*. World Health Organization, Geneva.
93. Zapf D., Einarsen S. (2001) *Bullying in the workplace: recent trends in research and practise- an introduction*. European journal of work and organizational Psychology, vol.10 (4): 369-373.

8

APPENDICE

8.1 Centri Clinici Pubblici per il Mobbing e il Disadattamento Lavorativo

LOMBARDIA

- **Centro per la Prevenzione, Diagnosi, Cura, e Riabilitazione della Patologia da Disadattamento Lavorativo** Clinica del Lavoro “Luigi Devoto”
Via San Barnaba, 8 - 20122 Milano
Direttore: prof. Renato Gilioli
Tel. 02 57992644; Fax 02 5454091; e-mail omscons@unimi.it

VENETO

- **Servizio di Medicina del Lavoro Azienda Ospedaliera di Verona**
Direttore: prof. Luigi Perbellini
Ospedale Policlinico “G.B. Rossi”
Piazzale L.A. Scuro, 10 - 37134 Verona
Tel. 045 8074295; Fax 045 8074974

EMILIA ROMAGNA

- **Ambulatorio sul Disagio Occupazionale**
Dipartimento Sanità Pubblica ASL
via Gramsci, 12 - 40121 Bologna
Responsabile: dr. Vito Totire
Tel. centr. 051 6079929 - Dir. 051 6079988; Fax 051 6079780

TOSCANA

- **Ambulatorio per lo studio dei disturbi da disadattamento lavorativo**
Ambulatorio Comune delle Sezioni di Medicina del lavoro e Medicina Preventiva del Lavoro - Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Via Boschi, 37 - 56100 Pisa
Coordinatore: dr. Rodolfo Buselli
Tel. 050 993809 ; e-mail m.preventiva@ao-pisa.toscana.it

LAZIO

- **Centro di Prevenzione e Trattamento del Disagio Psicologico nei Luoghi di Lavoro** - ASL RMC - Dipartimento di Prevenzione, SPRESAL
Via S.Nemesio, 28 - 00145 Roma
Responsabile: dr. Francesco Chicco
Tel. 06 51003784

- **Centro Clinico per il *Mobbing* e il Disadattamento Lavorativo**

ASL RME - Area Interdipartimentale di Psicosomatica
Via Tor di Quinto, 33a - 00191 Roma
Responsabile: dr. Luciano Pastore
Tel. 06 68353576

- **Poliambulatori Specialistici Medicina del Lavoro**

Ospedale Sant'Andrea
Il Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Roma "La Sapienza"
Via di Grotta Rossa, 1035 - 00189 Roma
Direttore: prof. Edoardo Monaco
Tel. e fax 06 33775266/67 - www.ospedalesantandrea.it

- **Centro per lo Studio, la Valutazione, la Terapie del *Mobbing***

Azienda Policlinico Umberto I - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Unità Operativa Complessa Day Hospital Psichiatrico
V.le dell'Università, 30 - 00185 Roma
Direttore: prof. Michele Piccione
Tel. 06 49914469

ABRUZZO

- **Sportello *Mobbing* - Centro di Osservazione Disagio Lavorativo**

ASL Pescara
Via Renato Paolini 47 - 65124 Pescara
Coordinatore: dr. Emidio Di Ninni
Tel. 085 4253999; Fax 085 4253991
e-mail infomobbing@ausl.pe.it www.ausl.pe.it

CAMPANIA

- **Servizio di medicina del lavoro**

Azienda Universitaria Policlinico - II Università di Napoli
P.zza Miraglia, 2 - 80138 Napoli
Coordinatore: prof. Massimo Menegozzo
Tel. 081 5665140

- **Centro di Riferimento Regionale per il *Mobbing* e il Disadattamento Lavorativo**

c/o Unità Operativa di Salute Mentale - Distretto 44, ASL NA 1
Via Monte di Dio, 25 - 80100 Napoli
Direttore: prof. Claudio Petrella
Tel. 081 2547061

PUGLIA

- **Centro Malattie da Stress e Disadattamento Lavorativo - ASL FG 3**

Dipartimento di Prevenzione, SPRESAL Direttore: dr. Antonio Fanelli
P.zza Pavoncelli, 11 - 71100 Foggia
Dirigente: dr. Ottavio Sacco
Tel. 0881 732943; Fax 0881 732920

- **Centro per la Prevenzione Diagnosi Cura per le Malattie da Stress Occupazionale e Disadattamento Lavorativo**

ASL Taranto 1 - Dipartimento Salute Mentale
Largo Sant'Agostino, Palazzo Alagni - 74100 Taranto
Responsabile: dr. Marisa Lieti
Tel. 099 7786429 - 099 7786430

SICILIA

- **Dipartimento di Medicina Sociale Del Territorio, Sezione Medicina del Lavoro - Policlinico Universitario di Messina**

Via Consolare Valeria - 98124 Messina
Responsabile: dr. Concettina Fenga
Tel 090 2212052 Fax 090 2212051

8.2 Circolare n. 71, INAIL, Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche³.



Direzione Generale
Direzione Centrale prestazioni
Sovrintendenza Medica Generale

Circolare n. 71

Roma, 17 dicembre 2003

Ai Responsabili di tutte le Strutture Centrali e Territoriali
e p.c. a Organi Istituzionali
Magistrato della Corte dei conti delegato
all'esercizio del controllo
Nucleo di valutazione e controllo strategico
Comitati consultivi provinciali

Oggetto: Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro.
Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale.
Modalità di trattazione delle pratiche.

Quadro Normativo

D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965: “Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”, art. 3.

Sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 18 febbraio 1988: introduzione del “sistema misto” di tutela delle malattie professionali.

Circolare n. 35/1992: “Sentenze nn. 179 e 206 del 1988 della Corte Costituzionale: prima fase del decentramento della trattazione di pratiche di tecnopatie non tabellate”.

Decreto Legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000, art. 10, comma IV: conferma legislativa del “sistema misto” di tutela delle malattie professionali.

Decreto ministeriale del 12 luglio 2000: “Approvazione di Tabella delle menomazioni, Tabella indennizzo danno biologico, Tabella dei coefficienti, relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e malattie professionali”.

³ Nonostante la circolare INAIL sia stata annullata con sentenza del TAR del Lazio (sez. Roma, 4 luglio 2005, n.5454), si ritiene ugualmente opportuno pubblicarla, in quanto illustra una modalità di approccio e di trattazione del tema mobbing e delle conseguenze sulla salute, con finalità assicurative.

Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 473 del 26 luglio 2001: definizione di percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo.

Lettera del 12 settembre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale: “Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing. Prime indicazioni operative”.

Premessa

Con lettera del 12 settembre 2001 sono state fornite le **prime istruzioni** per la trattazione delle denunce di disturbi psichici determinati dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro ed è stato disposto che, data l'esigenza di acquisire un adeguato patrimonio di informazioni e conoscenze sulla materia, tutte le fattispecie con documentazione completa e probante fossero inviate all'esame centrale.

L'esame degli **oltre 200 casi pervenuti** (denunciati all'Inail quasi sempre dopo accertamenti e trattamenti terapeutici) ha consentito di monitorare il fenomeno e di conoscere l'approccio diagnostico dei vari centri specialistici nazionali che fanno capo a Cattedre Universitarie, Ospedali, Ambulatori e Centri di Salute Mentale delle AA.SS.LL. operanti sul territorio.

L'accertamento del rischio, effettuato sulla base della denuncia di malattia professionale - integrata ove necessario da richieste specifiche ai datori di lavoro e dai risultati di incarichi ispettivi mirati - nonché le ulteriori indagini cliniche specialistiche eseguite, hanno condotto al riconoscimento della natura professionale della patologia diagnosticata nel 15 per cento circa dei casi esaminati.

Contemporaneamente, l'apposito **Comitato Scientifico**⁴, dopo aver approfondito gli aspetti più complessi e controversi del problema, è pervenuto alle conclusioni contenute nel **documento che si allega per opportuna conoscenza**⁵.

Completata questa propedeutica fase di studio e monitoraggio, si forniscono nuove e più articolate istruzioni sulle modalità di trattazione di questi casi.

Le istruzioni di seguito indicate tengono conto:

- dell'esperienza maturata nel periodo di osservazione
- della Relazione del Comitato Scientifico
- della letteratura in materia.

⁴ Nominato con delibera del Consiglio di amministrazione n. 608/2001.

⁵ **Allegato 1:** Relazione del Comitato Scientifico.

I Fattori di rischio

La posizione assunta dall'Istituto sul tema delle patologie psichiche determinate dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro trova il suo fondamento giuridico nella Sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 e nel Decreto Legislativo n. 38/2000 (art. 10, comma 4), in base ai quali sono malattie professionali, non solo quelle elencate nelle apposite Tabelle di legge, ma anche tutte le altre di cui sia dimostrata la causa lavorativa.

Secondo un'interpretazione aderente all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi ed alla crescente attenzione ai profili di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, la nozione di causa lavorativa consente di ricomprendere **non solo la nocività delle lavorazioni in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale** (siano esse tabellate o non) **ma anche quella riconducibile all'organizzazione aziendale delle attività lavorative.**

I disturbi psichici quindi possono essere considerati di origine professionale solo se sono causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro.

Si ritiene che tali condizioni ricorrano esclusivamente in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo, situazioni definibili con l'espressione "costrittività organizzativa".

Le situazioni di "costrittività organizzativa" più ricorrenti sono riportate di seguito, in un elenco che riveste un imprescindibile valore orientativo per eventuali situazioni assimilabili.

ELENCO DELLE "COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVE"

- 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.

Nel rischio tutelato può essere compreso anche il cosiddetto "mobbing strategico" specificamente ricollegabile a finalità lavorative. Si ribadisce tuttavia che le azioni finalizzate ad allontanare o emarginare il lavoratore rivestono rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di "costrittività organizzativa" di cui all'elenco sopra riportato o in altre ad esse assimilabili.

Le incongruenze organizzative, inoltre, devono avere caratteristiche strutturali, durature ed oggettive e, come tali, verificabili e documentabili tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretativa.

Sono invece **esclusi dal rischio tutelato:**

- i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento)
- le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretativa).

Modalità di trattazione delle pratiche

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO

Come per tutte le altre malattie non tabellate, l'assicurato ha l'obbligo di produrre la documentazione idonea a supportare la propria richiesta per quanto concerne sia il rischio sia la malattia.

L'Istituto, da parte sua, ha il potere-dovere di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto, anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

L'esperienza fin qui maturata ha dimostrato che non sempre sono producibili dall'assicurato, o acquisibili dall'Istituto, prove documentali sufficienti.

È perciò necessario procedere ad **indagini ispettive** per raccogliere le prove testimoniali dei colleghi di lavoro, del datore di lavoro, del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione delle aziende e di ogni persona informata sui fatti allo scopo di:

- **acquisire riscontri oggettivi** di quanto dichiarato dall'assicurato
- **integrare gli elementi probatori** prodotti dall'assicurato.

Ulteriori elementi potranno essere attinti dall'eventuale accertamento dei fatti esperito in sede giudiziale o in sede di vigilanza ispettiva da parte della Direzione Provinciale del Lavoro o dei competenti uffici delle AA.SS.LL..

Come per tutte le altre malattie professionali⁶, l'indagine ispettiva mirata ad acquisire i riscontri oggettivi nonché gli eventuali elementi integrativi di

⁶ Lettera del 18 settembre 2003: "Nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionale".

quanto asserito e prodotto dall'assicurato dovrà essere attivata su richiesta della funzione sanitaria, che provvederà anche ad indicare gli specifici aspetti da indagare.

Diversamente invece dalle altre malattie professionali (per le quali l'intervento ispettivo è previsto solo se necessario) per le patologie in oggetto l'indagine ispettiva deve essere sempre effettuata. Fanno ovviamente eccezione le ipotesi in cui la funzione sanitaria, già al termine della prima fase istruttoria, è giunta alla determinazione di definire negativamente il caso per l'assenza della malattia o per la certezza della esclusione della sua origine professionale.

L'ITER DIAGNOSTICO DELLA MALATTIA PROFESSIONALE DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA

L'iter diagnostico da seguire ai fini di una uniforme trattazione medico-legale dei casi denunciati all'Istituto è descritto di seguito.

Anamnesi lavorativa pregressa e attuale

- Indicare settore lavorativo, anno di assunzione, qualifica e mansioni svolte.
- Descrivere la situazione lavorativa ritenuta causa della malattia individuando le specifiche condizioni di costrittività organizzativa.
- Disporre, se non già in atti, le necessarie indagini ispettive⁷ con la conseguente acquisizione di dichiarazioni del datore di lavoro, testimonianze dei colleghi di lavoro, eventuali atti giudiziari, ecc..

Anamnesi fisiologica: riportare le abitudini di vita (alimentazione, fumo, alcoolici, hobby, titolo di studio, ecc.)

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima:

- Riportare la diagnosi formulata nel 1° certificato medico di malattia professionale.
- Descrivere il decorso ed i sintomi del disturbo psichico.
- Comprendere, nella documentazione medica di interesse, le certificazioni specialistiche, gli accertamenti sanitari preventivi e periodici svolti in azienda ed eventuali "precedenti Inps".

Esame obiettivo completo

Indagini neuropsichiatriche:

- *Visita e relazione neuropsichiatrica corredata di eventuali test psicodiagnostici, se è presente in Sede lo specialista neuropsichiatra.*
- *Consulenza specialistica esterna, in convenzione con specialista in neuropsichiatria di comprovata esperienza o con struttura pubblica, se non è presente in Sede lo specialista neuropsichiatra.*

⁷ Cfr. paragrafo precedente: "Accertamento delle condizioni di rischio".

Test psicodiagnostici:

- La particolarità della materia lascia al singolo specialista, in relazione alla sua esperienza professionale, la scelta dei test da somministrare, test che **integrano l'esame obiettivo psichico ma non possono sostituirlo**. Tali test, nel complesso del videat psichiatrico, assumono indubbia importanza per la loro riproducibilità e confrontabilità nel tempo e dunque per finalità medico-legali. Elenchiamo di seguito quelli usati più frequentemente.
 - a) **Questionari di personalità** (MMPI e MMPI2, EWI, MPI, MCMI ecc.)
 - b) **Scale di valutazione** dei sintomi psichiatrici:
 - per ansia e depressione, di auto e eterovalutazione (BDI, HAD scale, HAM-A, HAM e Zung depression rating scale, MOOD scale)
 - per aggressività e rabbia (STAXI)
 - per disturbo post-traumatico da stress (MSS-C)
 - per amplificazione di sintomi somatici (MSPQ)
 - c) **Tests proiettivi** (Rorschach, SIS, TAT, Reattivi di disegno ecc.)

Diagnosi medico-legale:

- Per l'inquadramento nosografico, fare esclusivo riferimento ai seguenti due quadri morbosi:
 - **sindrome (disturbo) da disadattamento cronico**
 - **sindrome (disturbo) post-traumatica/o da stress cronico.**
 La diagnosi comunemente correlabile ai rischi in argomento è il disturbo dell'adattamento cronico, con le varie manifestazioni cliniche (ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta, disturbi emozionali e disturbi somatoformi). La valutazione di queste manifestazioni consentirà la classificazione in lieve, moderato, severo. La diagnosi di sindrome (o disturbo) post traumatico da stress può riguardare quei casi per i quali l'evento lavorativo, assumendo connotazioni più estreme, può ritenersi paragonabile a quelli citati nelle classificazioni internazionali dell'ICD-10 e DSM-IV. Questi casi vengono definiti come "estremi/eccezionalmente minacciosi o catastrofici" (a tale riguardo giova ricordare la possibilità che fattispecie che configurino un "evento acuto" devono trovare naturale collocazione nell'ambito dell'infortunio lavorativo).

Escludere, ai fini della diagnosi differenziale, la presenza di:

- sindromi e disturbi psichici riconducibili a patologie d'organo e/o sistemiche, all'abuso di farmaci e all'uso di sostanze stupefacenti
- sindromi psicotiche di natura schizofrenica, sindrome affettiva bipolare, maniaco, gravi disturbi della personalità.

Valutazione del danno biologico permanente

La tabella delle menomazioni, relativa alla valutazione del danno biologico in ambito INAIL⁸, prevede la presenza di due voci che attengono

⁸ Decreto ministeriale del 12 luglio 2000.

entrambe al solo disturbo post-traumatico da stress cronico, di grado moderato (voce 180) e severo (voce 181).

L'intervallo valutativo riportato offre un adeguato riferimento per consentire, in analogia, la valutazione del danno biologico anche da disturbo dell'adattamento cronico. I due quadri menomativi, anche se derivano da un evento lesivo diverso, possono presentare infatti pregiudizi della sfera psichica in parte sovrapponibili e coincidenti.

La valutazione del danno terrà conto del polimorfismo e della gravità dei sintomi psichiatrici e somatoformi, secondo le indicazioni delle classificazioni internazionali sopra richiamate, così come riscontrati nel singolo caso.

Codifica

Dovranno essere utilizzati i seguenti codici:

Codice amministrativo A:	99.0	
Codice di malattia M:	144 ⁽⁹⁾	Disturbo dell'adattamento cronico
Codice di agente causale:	145 ⁽¹⁰⁾	Disturbo post traumatico da stress cronico Da individuare nel gruppo "Fattori psicologici" in relazione alla condizione di costrittività organizzativa ritenuta prevalente

Disposizioni

La fase di sperimentazione può considerarsi completata. Questa circolare, infatti, riporta un esaustivo ed articolato quadro di riferimento che consente, già da ora, di garantire omogeneità e correttezza nella trattazione delle pratiche.

Sono inoltre previsti specifici corsi di formazione, programmati per il prossimo mese di gennaio, nonché ulteriori direttive di carattere generale in relazione alle problematiche che dovessero emergere.

A partire dalla data della presente circolare, le denunce di disturbi psichici da costrittività organizzativa saranno definite direttamente a cura delle Sedi senza il parere preventivo della Direzione Generale.

Le Direzioni Regionali, nell'ambito delle loro funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo, adotteranno ogni iniziativa idonea a garantire uniformità e completezza di lettura della presente circolare e conseguenti correttezza ed omogeneità di comportamento sul territorio.

Per quanto non specificato in questo contesto, si fa rinvio ai vigenti indirizzi in materia di trattazione delle malattie professionali non tabellate.

Il Direttore Generale f.f.
Dr. PASQUALE ACCONCIA

⁹ Inserito nel settore V del "Codice Sanitario M" (circ. n. 35/1992).

¹⁰ Cfr. nota 9.

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 poterdovere 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 tecnopatologico 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 psicologico-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 è 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.

È 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 premorbose 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

Questionari di personalità

- MMPI 2
- EWI
- MPI
- CBA

Tests di efficienza intellettuale

- 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

IL SOVINTENDENTE AMMODO GENERALE
(Dott. Giuseppe Cimaglia)

