

Edoardo Monaco<sup>1†</sup>, Paolo Girardi<sup>2</sup>, Paolo Falaschi<sup>3</sup>, Stefano Ferracuti<sup>2</sup>, Antonio Martocchia<sup>3</sup>, Valentina Battaglia<sup>1</sup>,  
Ilaria Capitanelli<sup>1</sup>, Elena Catarinuzzi<sup>1</sup>, Ines Piccari<sup>1</sup>, Marina Rossi<sup>1</sup>, Claudio Prestigiaco<sup>1</sup>

## Mobbing: esperienza decennale di valutazione in un Policlinico Universitario

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze medico-chirurgiche e medicina traslazionale, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università degli Studi di Roma "Sapienza", UO Medicina del Lavoro - Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea"

<sup>2</sup> Dipartimento Neuroscienze, salute mentale e organi di senso - NESMOS, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università degli Studi di Roma "Sapienza", UO Psichiatria - Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea"

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze medico-chirurgiche e medicina traslazionale, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università degli Studi di Roma "Sapienza", UO Geriatria - Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea"

**RIASSUNTO.** Il *mobbing* è una tra le maggiori manifestazioni di disagio lavorativo e può essere pertanto considerato alla stregua di una vera e propria "patologia organizzativa". Viene riportata l'esperienza dell'ambulatorio dedicato al *Mobbing*, dell'Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Ospedale Sant'Andrea. In oltre dieci anni di attività, dal giugno 2001 al luglio 2012, il campione preso in esame risulta costituito per il 50,7% da uomini e per il 49,3% da donne; è eterogeneo per età; la scolarità è medio-alta in quanto più dell'82% ha un livello di istruzione elevato; il settore lavorativo più rappresentato è il terziario (84%), rispetto all'industria (9%) e all'agricoltura (2%). Dei 1545 pazienti visitati, 1320 hanno completato il percorso diagnostico, mentre 225 lo hanno interrotto. 814 utenti hanno ottenuto una certificazione di compatibilità per *mobbing* (63% dei casi) con una netta riduzione dei riconoscimenti dal 2007 in poi. Si esprimono considerazioni in merito alle possibili strategie di intervento: la presenza di esperti dedicati presso gli sportelli d'ascolto e di professionisti come il consigliere di fiducia, ai quali i lavoratori in difficoltà possano rivolgersi per ricevere indicazioni su come difendersi dall'aggressione, conformemente a quanto da anni attuato presso il Ministero della Salute, ovvero l'istituzione di figure quali i *rehability manager* che, in altri Paesi Europei, già da tempo sono previste nell'organizzazione del lavoro.

**Parole chiave:** mobbing, stress occupazionale, stress lavoro-correlato.

**ABSTRACT.** *Bullying is a manifestation of occupational stress and can therefore be considered as a real "organizational pathology." Include the activities of the surgery dedicated to Mobbing, Unit of Occupational Medicine Sant'Andrea Hospital, which began operations in June 2001. In over ten years of operation (July 2012), the sample, consisting of 50.7% for men and 49.3% women, is heterogeneous in age. The schooling of the sample is medium-high as more than 82% have higher education level. The business sector is the service sector accounted for most (84%) than in industry (9%) and agriculture (2%). Of the 1545 patients seen, 1320 completed the diagnostic path, while 225 have stopped. 814 users have been certified for compatibility bullying (63% of cases) with a net reduction of the awards from 2007 onwards. Considerations are expressed about the possible intervention strategies: the presence of dedicated experts at the counters of listening and professionals as the trusted advisor, to which workers in distress can call on for advice and guidance on how to defend itself from, in accordance with the implemented for years at the Ministry of Health, the establishment of such figures as the manager rehabili that in other European countries, are scheduled for some time in work organization.*

**Keywords:** bullying, occupational stress, work-related stress.

### Introduzione

In un ambiente di lavoro sano l'individuo soddisfa alcuni suoi bisogni: trova visibilità, il sostegno di un gruppo che lo apprezza e la possibilità di esprimersi nelle specifiche mansioni. Quando però le condizioni di lavoro si deteriorano, il lavoratore può sviluppare situazioni di reale sofferenza psichica.

La ragione di questo disagio va ricercata nel nuovo significato che il lavoro assume per l'individuo: da pura prestazione strumentale si è tradotto in potenzialità di realizzazione personale.

Oggi sempre più pressanti motivazioni di carattere macro-economico (globalizzazione, riorganizzazione di aziende, importazione di modelli contrattuali nelle nostre realtà che hanno caratteristiche sociali ben diverse, etc.), hanno introdotto, accanto ai rischi tradizionali, nuovi elementi nocivi per la salute dei lavoratori: i rischi psicosociali.

L'European Agency for Safety and Health at Work definisce questi ultimi come "quegli aspetti della progettazione, organizzazione e gestione del lavoro e i loro contesti ambientali e sociali che potenzialmente possono dar luogo a danni di natura psicologica, sociale o fisica" (2000).

Il *mobbing* è quindi una manifestazione del disagio connesso a tali rischi e può essere considerato alla stregua di una vera e propria "patologia organizzativa". È un fenomeno complesso e multifattoriale, che vede interagire fattori individuali (legati per esempio alla personalità e vulnerabilità individuale degli attori in gioco), diadici (strettamente legati ai rapporti interpersonali e all'escalation del conflitto tra due persone) e/o di gruppo (come il fenomeno del capro espiatorio, dove l'aggressività è diretta verso il membro più debole o "diverso" del gruppo), organizzativi (in termini di clima aziendale o stili dirigenziali che possono favorire o permettere comportamenti aggressivi) e sociali (legati alla cultura di un paese).

Il progressivo aumento di tale fenomeno rispecchia il contesto socio-economico e l'impatto che fattori di cambiamento (l'intensificazione dei processi di globalizzazione e lo sviluppo tecnologico, l'informatizzazione della produzione e la crisi economica globale) hanno sul mondo del lavoro: le conseguenze si ripercuotono non solo sulla salute dei singoli lavoratori, ma anche sulle aziende e sulla società intera.

## Materiali e Metodi

L'ambulatorio dedicato al *Mobbing*, dell'Unità Operativa di Medicina del Lavoro dell'Ospedale Sant'Andrea, ha iniziato la propria attività nel giugno 2001. In oltre 10 anni circa 1700 utenti hanno richiesto una visita di medicina del lavoro per problemi psicopatologici connessi, a loro giudizio, a situazioni di *mobbing* in ambito lavorativo. La totalità del campione è stata inviata dal proprio medico di base tramite impegnativa o su indicazione del proprio legale. Tra il 2001 ed il 2003 152 lavoratori sono stati selezionati ed inviati alla nostra osservazione da un gruppo di psicologi.

Il percorso diagnostico prevede i seguenti accertamenti:

- visita di medicina del lavoro, durante la quale viene raccolta l'anamnesi clinica (con particolare attenzione a patologie connesse allo stress occupazionale a seguito delle vessazioni lavorative subite) ed un'accurata anamnesi lavorativa. In considerazione delle difficoltà a verificare la correlazione tra le riferite azioni vessatorie e le patologie osservate, ovvero la veridicità delle affermazioni dell'utente, viene richiesto di fornire documentazione oggettiva comprovante i fatti lavorativi e documentazione sanitaria relativa alle patologie neuropsichiatriche. Viene infine eseguito un esame obiettivo;
- visita di psichiatria, integrata da test (abituamente viene utilizzato il Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-II), con raccolta di anamnesi che in definitiva delinea il profilo psichico del lavoratore e permette di evidenziare situazioni fittizie e/o simulate;

- visita di medicina interna-neuroendocrinologia con prelievi ematici (ACTH, cortisolo, DHEA-S, GH, IGF-1, PRL, FSH, LH, TSH, testosterone e nelle donne anche estradiolo ed androstenedione) al fine di valutare gli indicatori ormonali dello stress. Quando si ritiene di poter correlare le patologie riscontrate con gli episodi lavorativi riferiti e documentati, l'atto finale è la certificazione di compatibilità con il *mobbing*. Di questi dati è stata fatta un'analisi descrittiva con il sistema statistico SPSS.

## Risultati

Dalle 1700 cartelle cliniche presenti nei nostri archivi, non è stato possibile desumere tutte le informazioni necessarie pertanto la casistica realmente analizzata si compone di 1545 soggetti: di questi 1320 hanno completato il percorso diagnostico, 225 lo hanno interrotto.

### A) Analisi del campione

Il campione, costituito per il 50,7% da uomini e per il 49,3% da donne, è eterogeneo per età: una minoranza di casi (3,2%) è costituita da soggetti di età inferiore ai 30 anni o superiore a 60 anni (8,7%); la parte più consistente (20,5%) da soggetti tra 31-40 anni e la maggioranza si divide tra i 41-50 anni (33,6%) e i 51-60 anni (34%).

La suddivisione per fascia d'età mostra la prevalenza delle donne rispetto agli uomini fino ai 50 anni (<30: 29F e 21M; 31-40: 194F e 124M; 41-50: 276F e 244M) che va progressivamente riducendosi e si inverte completamente dai 51 anni in poi (51-60: 221F e 300M; >60: 42F e 94M) (figura 1).

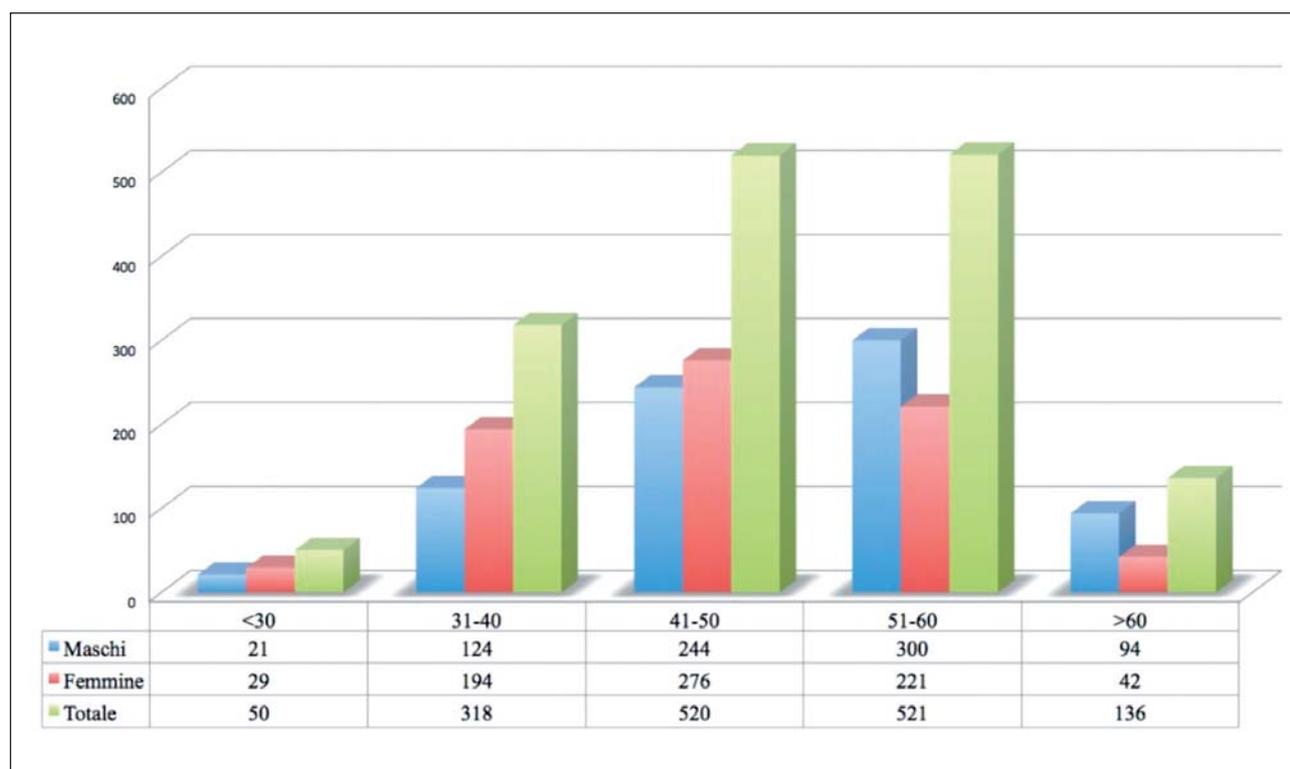


Figura 1. Composizione dei lavoratori afferiti al servizio divisi per età e sesso

L'89,9% dei pazienti provengono dalla Regione Lazio di cui il 79% da Roma e provincia, il restante 10,1% proviene da altre regioni.

Il 53,2% è coniugato, il 26,8% nubile/celibe, il 14,5% separato o divorziato e l'1,5% vedova/o, per il 4% dei pazienti non si conosce lo stato civile.

La scolarità del campione è medio-alta: più dell'82% ha un'istruzione di livello superiore. Il 51% ha conseguito il diploma e il 31% la laurea; solo un 14% ha un livello d'istruzione media inferiore (12,%) od elementare (2%); per il 4% dei pazienti non è stato possibile risalire al titolo di studio conseguito.

Il 26,1% dei pazienti è impiegato in aziende pubbliche, il 64,7% presta servizio invece in aziende private, per il 9,2% dei pazienti non è stato possibile identificare il datore di lavoro.

Il settore lavorativo più rappresentato è il terziario (84%) rispetto all'industria (9%) e all'agricoltura (2%); del 5% non si conosce l'attività lavorativa (figura 2). Il 23,5% è risultato essere occupato nei servizi, il 15,4% nel commercio, l'11,44% nella sanità, il 10,65% nel ramo dell'informazione e delle comunicazioni, il 9,06% nel settore bancario, l'8,97% nei trasporti e sicurezza, l'8,53% nell'amministrazione e giustizia, il 6,25% nell'istruzione, il 4,92% nella ristorazione e l'1,23% nelle assicurazioni.

I soggetti sono per il 68,4% impiegati; per il 21,3% quadri, funzionari o dirigenti e per il 6% non occupati a vario titolo (a seguito di licenziamento, di pensionamento anticipato, di dimissioni spontanee o indotte); per il 4,3% dei pazienti infine non è stato possibile risalire al ruolo svolto all'interno dell'organizzazione aziendale.

L'82% dei lavoratori è stato assunto con contratto a tempo indeterminato, il 3% a tempo determinato, modesta è la percentuale dei liberi professionisti (0,3%), mentre per il 14,7% del campione non risultano informazioni in merito.

Il 19% ha un'anzianità di servizio inferiore a 5 anni, il 26% tra 5 e 15 anni, il 30% tra i 15 e 30 anni, il 9% superiore a 30 anni, non emergono dati in merito per il 16% degli esaminati.

Dall'indagine anamnestica occupazionale risulta che il 3,8% dei pazienti ha subito comportamenti ostili e molestie per un periodo inferiore ai 6 mesi, il 28,1% per un periodo compreso tra 6 mesi e 2 anni, il 25,2% tra i 2 e i 6 anni, il 10% per oltre 6 anni mentre per il 32,9% dei pazienti non si conosce la durata dei riferiti comportamenti ostili (figura 3).

## B) Analisi delle azioni vessatorie

Riferendoci alla circolare dell'INAIL n.71 del 2003 distinguamo le situazioni di costrittività organizzativa in:

- *Attacchi alla qualità della vita professionale e alla salute* con marginalizzazione dall'attività lavorativa, riferita dal 33% dei pazienti, (48% F e 52% M); svuotamento delle mansioni, per il 29,9% dei pazienti (46% F e 54% M); mancata assegnazione dei compiti lavorativi con inattività forzata, lamentata dal 25,2% dei pazienti (44% F e 56% M); mancata assegnazione degli strumenti di lavoro o assegnazione ad ambiente di lavoro non idoneo, per il 25,8% dei pazienti (47% F e 53% M); prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto e/o attribuzione di compiti non necessari, richiesti urgentemente e una volta svolti neppure controllati, riferita dal 36,4% pazienti (47% F e 53% M); prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi,

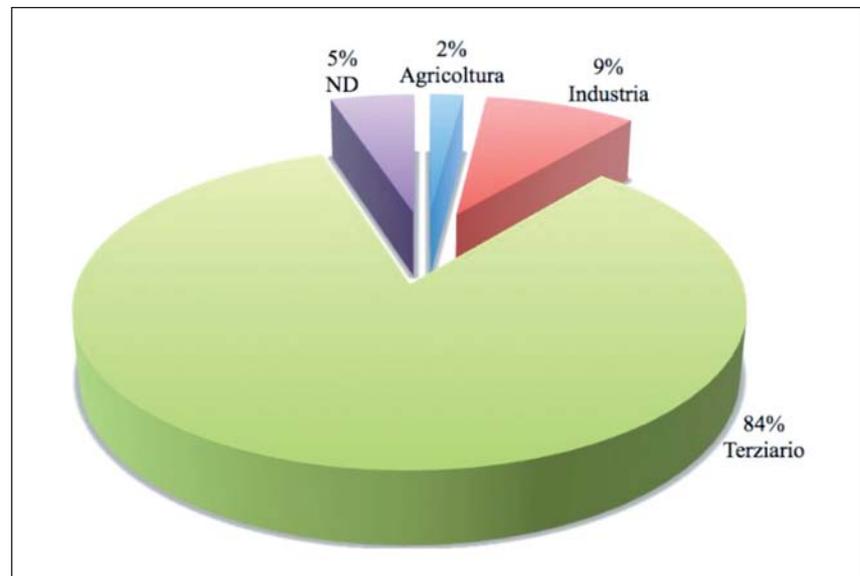


Figura 2. Settore d'occupazione

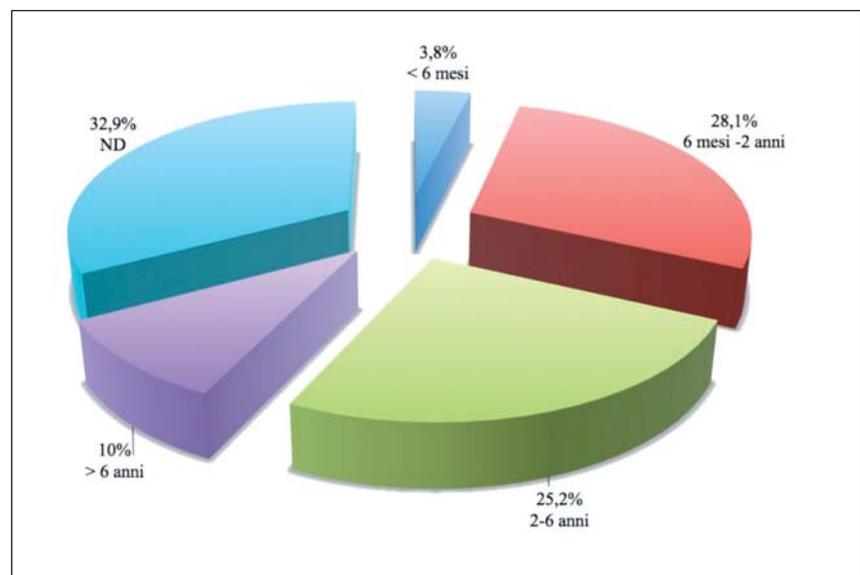


Figura 3. Durata delle molestie

anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici, per il 19,9% dei pazienti (46% F e 54% M); richieste con obiettivi impossibili per il livello professionale della vittima e per il tempo concesso non adeguato al compito, riferite dal 12,1% dei pazienti (51% F e 49% M).

- *Attacchi alle relazioni* con ripetuti trasferimenti ingiustificati di sede e/o settore lavorativo all'interno dell'azienda, riferiti dal 15% (49% F e 51% M); impedimento sistematico e strutturale dell'accesso a notizie, riferito dal 26% dei pazienti (48% F e il 52% M); inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro, riferita dal 14% dei pazienti (47% F e 53% M).
- *Attacchi all'immagine sociale* con progressiva dequalificazione con assegnazione di compiti superiori a pari grado o subordinati nel 30,5% dei pazienti (47% F e 53% M); minacce verbali e/o fisiche ed intimidazioni e pressioni per lasciare il lavoro, nel 42% dei pazienti (52% F e 48% M); diffusione di false dicerie e calunnie per screditare l'immagine personale della vittima, riferita dal 29,1% dei pazienti (51% F e 49% M).
- *Attacchi alla possibilità di comunicare* con isolamento, riferito rispettivamente dal 40% dei pazienti (49% F e 51% M); imposizione ai colleghi di non parlare con la vittima, riferito dal 23% dei pazienti (42% F e 58% M); esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale, riferita dal 21% dei pazienti (44% F e 56% M); esclusione da riunioni di lavoro, riferita dal 23,4% dei pazienti (45% F e 55% M); eccessivo controllo dell'orario di lavoro, ricorso a visite fiscali e frequenti contestazioni o richiami disciplinari non adeguati all'entità della mancanza, riferito nel 28,6% dei pazienti (48% F e 52% M).

### C) Analisi della sintomatologia riferita

Durante la visita il 68% dei pazienti ha riferito disturbi della sfera psichica e/o comportamentali (17%), quali ansia, depressione, crisi di pianto, nervosismo, attacchi di panico, disturbi del sonno, irregolarità nell'alimentazione, alcolismo, tabagismo, etc. Circa il 30% del campione ha riferito di essere ricorso a terapia farmacologica specifica (ansiolitici, antidepressivi, ipnoiduttori, etc).

Il 41% dei pazienti ha riferito una sintomatologia caratterizzata da cefalea, vertigini, eruzioni cutanee, tachicardia, ipertensione arteriosa, disturbi dell'apparato gastrointestinale come gastrite, ulcera e colite spastica.

### D) Analisi dei referti della visita psichiatrica

Le conclusioni diagnostiche della visita psichiatrica e dei test psicodiagnostici identificano il danno riferibile al mobbing ed aiutano a distinguere i disturbi e le situazioni fittizie e/o simulate.

In accordo con le disposizioni dell'INAIL, sono stati riconosciuti come possibile esito di azioni di mobbing: il disturbo dell'adattamento, il disturbo post-traumatico da stress ma anche disturbi d'ansia, forme di depressione e disturbi misti ansioso depressivi. Il servizio di psichiatria ha diagnosticato, secondo i criteri del DSM IV, nel 56,6% dei soggetti un disturbo dell'adattamento, nello 0,1% un disturbo post-traumatico da stress, nel 6% una forma di depressione, nel 7% un disturbo d'ansia, nel 4,5% un disturbo misto ansioso-depressivo. Nel 5,6% dei casi sono state diagnosticate patologie psichiatriche (disturbo di personalità border-line, ossessivo-compulsivo, paranoide, disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore, ciclotimico e distimico) che risultavano essere precedenti ed indipendenti dalla situazione lavorativa riferita. Nel 4,6% dei casi non è stato evidenziato alcun disturbo psico-patologico in atto. Nel 15,6% dei casi la documentazione relativa all'accertamento psichiatrico (visita e test) non è risultata completa (figura 4).

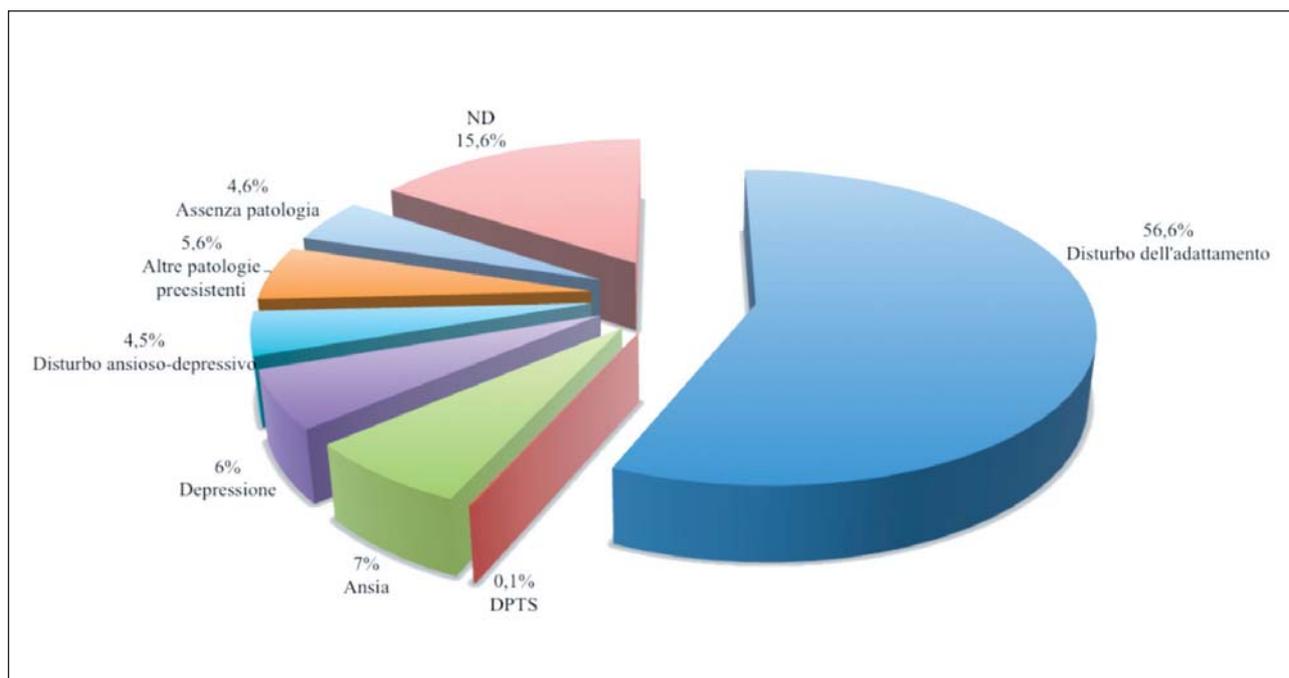


Figura 4. Diagnosi psichiatriche

### E) Analisi dei referti della visita neuro-endocrinologica

Il risultato del prelievo degli ormoni plasmatici è piuttosto omogeneo: la medicina interna ha rilevato nella quasi totalità dei casi l'assenza di patologie che potessero confondere la nostra valutazione; in uno 0,2% dei casi è stato riscontrato ipercortisolismo; nel 2,3% dei casi invece il prelievo non è stato effettuato per rifiuto del paziente.

### F) Analisi dell'esito delle certificazioni

Sulla scorta dell'anamnesi, della raccolta di tutti i segni clinici e strumentali, della valutazione delle condizioni lavorative riferite, della documentazione presentata dal paziente stesso e degli accertamenti specialistici effettuati, viene rilasciata una certificazione di presenza di uno status psicopatologico riconducibile ad azioni vessatorie in ambito lavorativo, tenendo ben presente che si tratta di un'osservazione basata in gran parte su elementi anamnestici riferiti e documentati da chi accede al nostro servizio. Per giungere alla diagnosi viene ricercata "l'intenzionalità lesiva" attraverso l'analisi della durata, frequenza e tipo di vessazioni subite, documentate (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) da mail, lettere di richiamo, contestazioni di addebito disciplinare, ed in qualche raro caso con registrazioni vocali.

*F1) Esito "compatibilità con fenomeno del Mobbing".* Dei 1545 pazienti esaminati 814 hanno ottenuto una certificazione di compatibilità con il mobbing (63% dei casi). Il fenomeno ha interessato il 51.9% degli uomini ed il 48.1% delle donne. È stata riscontrata una prevalenza di mobbing strategico (488) rispetto a quello emozionale (328) (figura 5).

*F2) Esito "contesto lavorativo anamnesticamente avverso".* Nel 18% dei casi, pur riconoscendo che il disagio psicofisico espresso dal soggetto con quadri clinici comuni alle vittime di mobbing era verosimilmente generato da una condizione lavorativa avversa, non si eviden-

ziavano gli estremi per metterlo in relazione in maniera inequivocabile ad azioni vessatorie. La maggior parte di questi pazienti ha riferito una situazione ostile, episodi di violenza verbale e generiche "pressioni", critiche al lavoro svolto, richiami frequenti per inutili e pretestuosi motivi, ma non era evidente un chiaro intento persecutorio, né una sistematicità nell'agire da parte dell'aggressore.

*F3) Esito "impossibile esprimere un giudizio nel merito".* Nel 19% dei casi non è stato possibile esprimere un giudizio in quanto il paziente soffriva di patologie psichiatriche (disturbi di personalità, schizofrenia, disturbi bipolari) tali da rendere impossibile la correlazione cronologica causa-effetto: pur non potendo escludere in tali circostanze la possibilità che questi lavoratori fossero stati realmente oggetto di vessazioni (anche a carattere discriminatorio), con possibile conseguente aggravamento della patologia psichiatrica di base, il riscontro di tali patologie ha indotto a rinviare il giudizio ad una successiva visita di controllo, raccomandando una opportuna terapia e, ove possibile, l'allontanamento momentaneo dal posto di lavoro (figura 6).

*F4) Esito "esiguità della documentazione prodotta".* Altre volte la scarsa documentazione presentata o l'eccessivo intervallo temporale intercorso tra la cessazione dell'attività lavorativa e la richiesta d'accertamento (non superiore a 6 mesi) non hanno consentito di arrivare ad una possibile correlazione.

### G) Analisi dell'andamento del fenomeno mobbing

Analizzando la casistica trattata, è opportuno esprimere alcune considerazioni circa l'andamento del fenomeno mobbing nel tempo. Il numero di visite per anno è pressoché rimasto costante nel tempo (con alcune eccezioni negli anni 2001, in cui l'attività ambulatoriale è stata di soli 6 mesi e 2012, del quale sono state analizzate solo le cartelle redatte nei primi 7 mesi dell'anno).

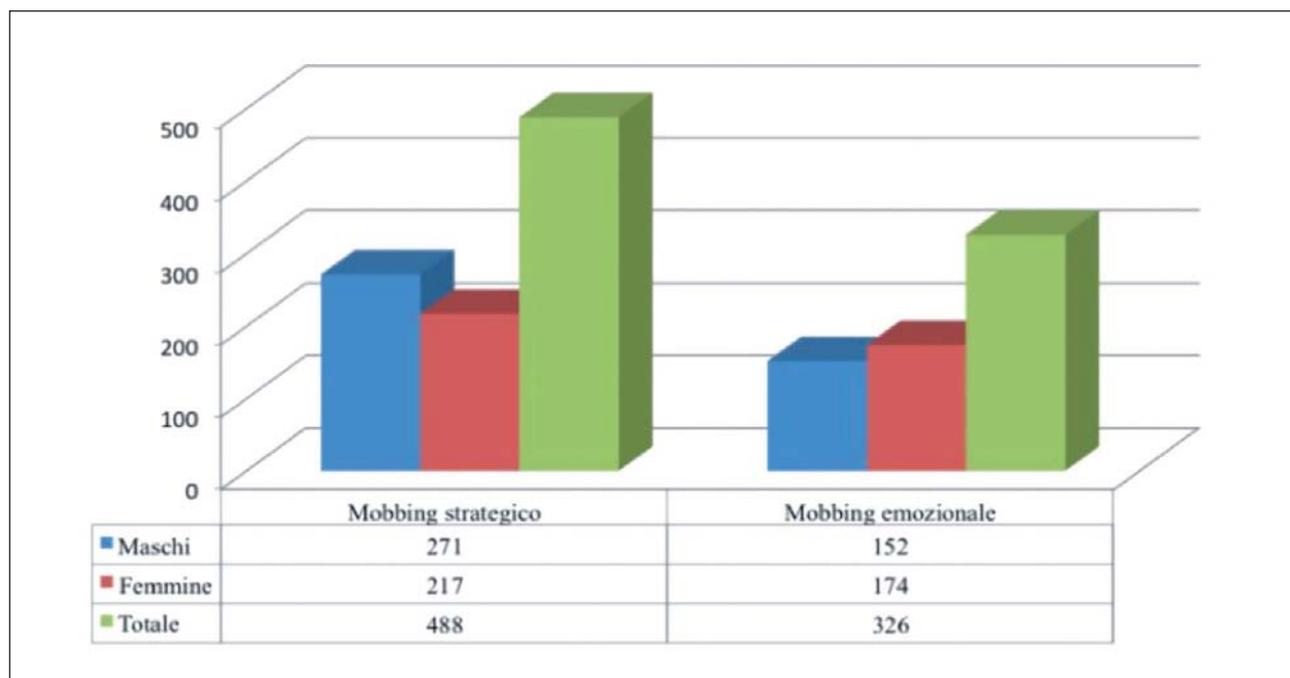


Figura 5. Tipologia di mobbing

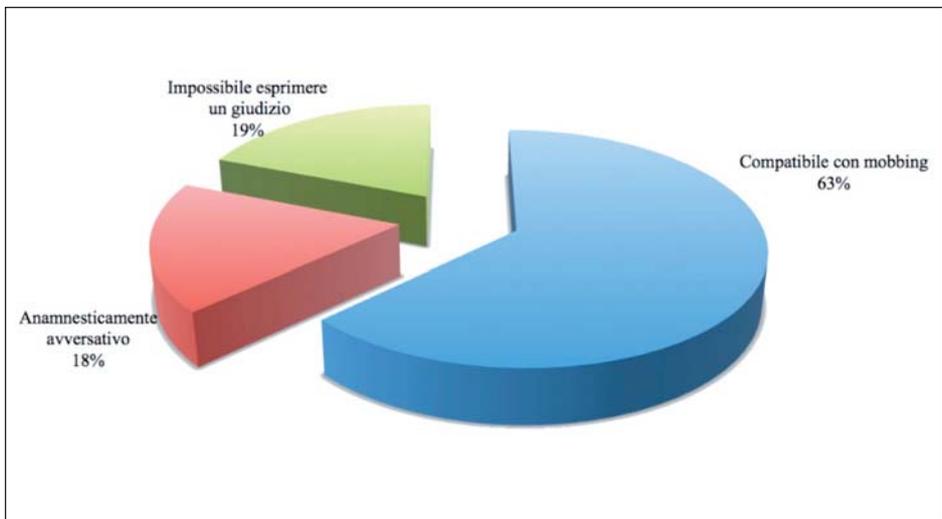


Figura 6. Certificazioni

Da segnalare altresì che il picco di certificazioni positive per mobbing raggiunto nei primi anni di attività è stato presumibilmente determinato dall'aver valutato lavoratori già selezionati da un gruppo di psicologici che hanno inviato soggetti rispondenti a specifici requisiti.

Nel 2004 la certificazione di compatibilità con il mobbing è stata rilasciata a 117 lavoratori, nel 2005 e nel 2006 a 100, nel 2007 e nel 2008 rispettivamente a 30 e 22, nel 2009 a 38, nel 2010 a 50, nel 2011 22 e 15 nei primi mesi del 2012; anche i casi in cui non è stato possibile esprimere un giudizio sono diminuiti al 7% circa per anno.

Contemporaneamente si è verificato un incremento dei casi di pazienti (in media il 40% per anno) che, pur affetti da disagio psicofisico verosimilmente dovuto ad una situazione di stress lavoro-correlato, hanno ricevuto un giudizio "anamnesticamente avversativo" (figura 7).

**Considerazioni**

Nell'analisi condotta si è riscontrata la prevalenza del mobbing strategico, esercitato dal datore di lavoro e/o dai superiori gerarchici con l'intento sia di ridurre o ringiovanire il personale, sia con la finalità di allontanare coloro che a causa di lunghe assenze per malattia, maternità o assistenza di parenti malati, non garantiscono più i risultati richiesti dall'organizzazione.

Rispetto agli uomini, le donne usufruiscono in misura maggiore di queste agevolazioni contrattuali e questo potrebbe motivare la loro prevalenza tra le vittime di mobbing.

Bersaglio delle vessazioni si dimostrano perlopiù i lavoratori oltre i 45 - 50 anni, impiegati in aziende private da lungo tempo e con contratti a tempo indeterminato.

Le azioni vessatorie talvolta vengono messe in atto al fine di aggirare le difficoltà nella risoluzione dei rapporti di lavoro che sono ben tutelati dallo Statuto dei lavoratori (Legge 300/70). I dipendenti "anziani" rappresentano un costo maggiore per l'azienda e risultano meno disponibili ad una flessibilità gestionale; inoltre l'introduzione di strumenti tecnologici a supporto dei processi lavorativi, richiede un processo di riqualificazione professionale a volte lungo e costoso mentre un dipendente giovane, già in possesso di conoscenze informatiche, approccia più facilmente le nuove tecnologie.

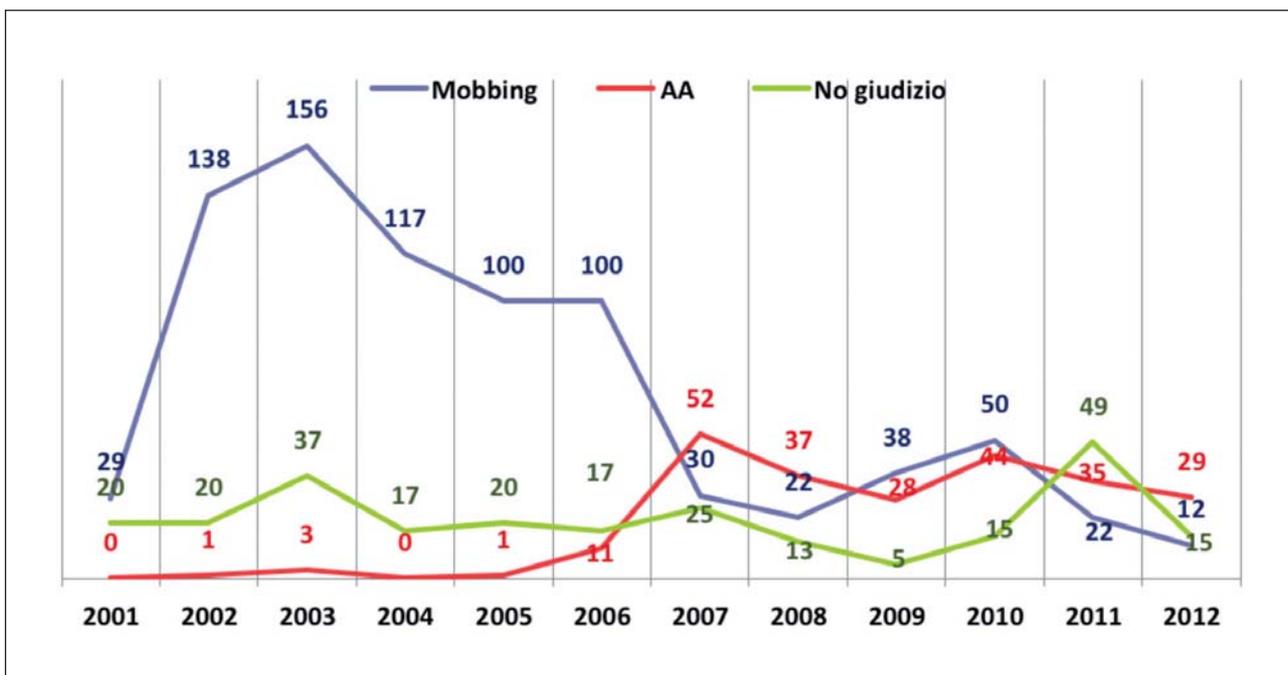


Figura 7. Andamento delle certificazioni

**Tabella I. Tipologia di vessazioni secondo il genere**

| Tipologia di vessazione   | Maschi | Femmine |
|---------------------------|--------|---------|
| Demansionamento           | 169    | 132     |
| Isolamento                | 189    | 179     |
| Marginalizzazione         | 179    | 155     |
| Dequalificazione          | 159    | 137     |
| Compiti dequalificanti    | 165    | 159     |
| No accesso notizie        | 125    | 108     |
| Minacce                   | 179    | 193     |
| Esclusione da riunioni    | 118    | 86      |
| Inattività                | 128    | 94      |
| No strumenti              | 128    | 100     |
| No comunicazione          | 124    | 95      |
| Esclusione formazione     | 105    | 78      |
| Eccessivo controllo       | 124    | 130     |
| Inadeguatezza strutturale | 78     | 67      |
| Lesione immagine          | 122    | 133     |
| Trasferimenti             | 73     | 65      |
| Eccessive richieste       | 45     | 57      |
| Compiti esorbitanti       | 91     | 80      |

Nelle aziende private inoltre vigono ritmi di lavoro più serrati, controlli severi sulla produzione, e minore tolleranza rispetto ai periodi d'assenza. Nel settore pubblico invece, l'ambiente è meno competitivo e il rapporto di lavoro, tra i dipendenti e l'azienda, è fortemente regolamentato sia nei percorsi di carriera che nelle mansioni professionali. Questo si traduce in un minor livello di tensione, riducendo il rischio di possibili attriti tra i dipendenti: nel privato, invece, processi di ristrutturazione e fusione tra società dello stesso settore sono più frequenti, creando un esubero di personale con la stessa qualifica, difficile da reintegrare in altri contesti operativi.

Con riferimento alla dimensione aziendale si rileva che nelle grandi aziende, spesso multinazionali, i lavoratori possono contare su rappresentanze sindacali, sulla presenza del medico competente e su altre forme di tutela. Questo non sempre si verifica per i lavoratori delle piccole-medie aziende, realtà economica peraltro prevalente in Italia.

Tra le vittime di *mobbing* si osserva inoltre che coloro i quali hanno un livello d'istruzione superiore hanno anche una maggior consapevolezza del fenomeno o semplicemente una soglia d'allarme più bassa rispetto ad una situazione negativa.

Per quanto riguarda la correlazione tra tipologia di *mobbing* e qualifica professionale si evince che la categoria degli "impiegati" è la più soggetta a vessazioni. Questi lavoratori subiscono entrambe le forme di *mobbing*, sia emozionale che strategico con una lieve prevalenza del secondo tipo (47% vs 53%). All'interno dell'organizzazione, l'impiegato si posiziona alla base della piramide gerarchica e per lo svolgimento delle sue mansioni è indispensabile che si relazioni con colleghi e superiori, da cui

riceve buona parte delle informazioni inerenti le attività da svolgere. Per tale motivo è esposto ad alcuni tipi di vessazioni più di altre come: attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto nel 56% dei casi, eccessivo controllo dell'orario di lavoro, frequenti contestazioni o richiami disciplinari non adeguati all'entità della mancanza, riferiti dal 50% dei soggetti e progressiva dequalificazione, con assegnazione di compiti superiori a subordinati nel 45%.

Chi ricopre un ruolo dirigenziale invece subisce prevalentemente un *mobbing* di tipo strategico (riferito nel 75% dei casi). Generalmente il *mobber* mira a screditare la loro professionalità e la loro importanza davanti ai subordinati, tramite un progressivo svuotamento delle mansioni fino all'inattività completa (55% delle vittime), un progressivo isolamento (55%) e marginalizzazione (53%) nell'attività di lavoro.

Nella progressione della gerarchia aziendale, il numero dei posti di prestigio disponibili si restringe e spesso si verifica che un dirigente alla ricerca di una collocazione lavorativa più adeguata o confacente al proprio merito, si veda negata la possibilità di un avanzamento di carriera. Pertanto si generano malcontento e frustrazione nel dipendente, con aggravamento della conflittualità nell'azienda. Talvolta vengono offerte ai dipendenti più anziani buonuscita in denaro che, se rifiutate, provocano l'inizio delle vessazioni.

Non rari, poi, i casi di dipendenti che subiscono *mobbing* come ritorsione per avere denunciato gli illeciti commessi nell'azienda per cui lavorano o a seguito di assenze lunghe a causa di malattia o infortunio.

## Conclusioni

Appare opportuno riconsiderare i rischi trasversali stress lavoro-correlati a seguito dell'attuazione del D.Lgs 81/2008, sia per attuare una prevenzione "organizzativa" sia per tutelare i lavoratori esposti, coinvolgendo tutte le figure istituzionalmente coinvolte (DL, RSPP, medico competente, RLS). In particolare il medico competente/del lavoro, in qualità di garante della salute dei lavoratori, riveste un ruolo determinante nel favorire un corretto rapporto sin dalle prime fasi del disagio lavorativo riferito, al fine di prevenire ulteriori conflittualità. Proprio in quanto deputato a tutelare l'integrità psico-fisica del lavoratore il medico competente dovrà stabilire un rapporto continuo e fiduciario con lo stesso, anche al di fuori della periodicità delle visite previste per legge. Il garantire un clima organizzativo adeguato assicurerà un vantaggio non solo per il lavoratore ma anche per l'intera comunità lavorativa e per l'azienda che, diversamente, potrebbe avere una ricaduta negativa con danni d'immagine ed economici. Il medico del lavoro inoltre può essere sostenuto nel suo percorso da specialisti (psichiatri o psicologi) che per le specifiche competenze assumono il ruolo di consulenti privilegiati. Infatti, specie in aziende di piccole dimensioni, il medico competente/del lavoro spesso è pressoché l'unico professionista della prevenzione presente in azienda, assumendo pertanto un ruolo centrale nella fase di valutazione del rischio, occupandosi dell'acquisi-

zione dei dati oggettivi e registrando le criticità che emergono dai lavoratori anche nella fase di formazione/informazione sul rischio stress lavoro-correlato. Il suo ruolo risulta pertanto fondamentale potendo stimolare conoscenza, indicando percorsi da seguire e rendendo consapevoli le parti nel distinguere le banali conflittualità dalle vessazioni attuate sistematicamente nei confronti di uno o più soggetti.

Infatti, negli ambienti lavorativi dove è presente una condizione di conflittualità interpersonale, sarà più frequente il riscontro di tutti quei segnali indicatori di tale disagio ambientale quali assenze, elevato turnover, infortuni, malattie, ecc. Solo attraverso il pieno coinvolgimento e la proficua collaborazione di tutte le figure preposte potrà essere promossa una reale e concreta prevenzione del mobbing al fine di determinare un clima, all'interno dell'azienda, di reciproca tolleranza, fiducia e rispetto.

Sarà utile pertanto prevedere la presenza di esperti ai quali i lavoratori in difficoltà possano rivolgersi per ricevere consigli e indicazioni sulle modalità di difesa dalle vessazioni, conformemente a quanto da anni attuato presso il Ministero della Salute sia presso gli sportelli d'ascolto sia attraverso le presenze nei luoghi di lavoro di professionisti come il consigliere di fiducia. Queste figure, sulla base della conoscenza approfondita dell'organizzazione aziendale, devono collaborare con il datore di lavoro nell'individuazione e adozione di misure che risolvano all'origine le situazioni conflittuali. L'istituzione all'interno della Pubblica Amministrazione dei Comitati Paritetici, oggi unificati nei CUG, contribuisce ulteriormente a contrastare il fenomeno. Infine una politica *anti-mobbing* efficace dovrà prevedere misure a supporto delle vittime, come programmi di riabilitazione psicologica, che le aiutino anche a potenziare la strategia di coping, ossia la capacità individuale di gestire gli stressor. Le vittime poi dovranno essere facilitate a reinserirsi nel contesto di lavoro, con la garanzia che non subiranno ritorsioni per aver denunciato l'aggressore, con l'istituzione di figure quali i *rehabilitation manager* che, in altri Paesi Europei, già da tempo sono previste nell'organizzazione del lavoro. Pertanto, una cultura della prevenzione del rischio *mobbing*, promossa *in primis* dai medici competenti e diffusa sul territorio, rappresenta il mezzo più efficace per contrastare il dilagare del fenomeno. Pur in presenza attualmente di alcune norme che forniscono una sufficiente difesa in ambito civile e penale per le vittime sottoposte a violenze psicologiche, è tuttavia auspicabile che, quanto prima, il legislatore risolva questa mancanza, al fine di poter assicurare a tutti i lavoratori fatti oggetto di azioni vessatorie quegli strumenti normativi che consentano loro il pieno risarcimento del danno subito e la sanzione dei relativi comportamenti.

## Bibliografia

- 1) Aiello A, Deitinger P, Nardella C, Bonafede M. Uno strumento valutativo del rischio mobbing nei contesti organizzativi: La scala "VAL.MOB." *Prevenzione Oggi* 2008; 4: 3, 9-26.
- 2) Bollani A. La rilevanza giuridica del mobbing nell'ordinamento italiano. *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30: 1, 71-74.
- 3) Boscolo P. Effetto dello Stress Occupazionale e dell'insicurezza di inserimento lavorativo sull'efficienza del Sistema Immunitario. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: 3, 277-280.
- 4) Bottazzi M, Di Nunzio D. Stress lavoro correlato: i rischi psicologici nei luoghi di lavoro. *Quaderni di Medicina Legale del Lavoro Suppl.* 1- 2/2011; 7-37.
- 5) Cassitto MG. L'approccio clinico del medico competente al lavoratore esposto a stress occupazionale. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: 3, 257-260.
- 6) Frugoni P, Martocchia A, Rocco A, Baldini R, Sani G, Di Simone Di Giuseppe B, Vairano A, Girardi P, Monaco E, Tatarelli R, Falaschi P. Mobbing as a chronic stress model: investigation of psychobiological parameters referred to the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and MMPI scales. *Internal And Emergency Medicine* 2007; 2: 58.
- 7) Gilioli R et al. Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro: le molestie morali (mobbing). *Documento di Consenso, La Medicina del Lavoro* 2001; 92: 1, 61-69.
- 8) Girardi P, Monaco E, Prestigiaco C, Talamo A, Ruberto A, Tatarelli R. Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence Vict.* 2007; 22(2): 172-188.
- 9) Guerrero MIS The Development of moral harassment (or mobbing) Law in Sweden and France as a Step towards EU Legislation. *B.C. Int'l & CompL Rev* 2004; 477ss.
- 10) Monaco E, Bianco G, Di Simone Di Giuseppe B, Prestigiaco C. Patologie emergenti in Medicina del Lavoro: il mobbing. *G Ital Med Lav Erg* 2004; 26: 1, 28-32.
- 11) Monaco E, Capitanelli I, Battaglia V, Catarinozzi E, Piccari I, Rossi M, Falaschi P, Martocchia A, Pompili P, Ferracuti S, Girardi P, Prestigiaco C. Il disagio psichico e l'organizzazione del lavoro: esperienza di un centro universitario, *Atti IX Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale INAIL* 2012.
- 12) Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Iliceto P, Puccinno M, Nastro PF, Tatarelli R, Girardi P. Suicide risk and exposure to mobbing. *Work* 2008; 31(2): 237-243.
- 13) Punzi S, Castellini G, Cassitto MG, Leocata G, Costa G. Domanda di diagnosi e cura per disadattamento lavorativo: Andamento del fenomeno. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 3, Suppl, 355-358.
- 14) Raho C, Giorgi I, Bonfiglio NS, Argentero P. Caratteristiche di personalità in un campione di soggetti che lamentano vessazioni sul posto di lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30: 1, Suppl A Psicol 80-86.
- 15) Rocco A, Martocchia A, Frugoni P, Baldini R, Sani G, Di Simone Di Giuseppe B, Vairano A, Girardi P, Monaco E, Tatarelli R, Falaschi P. Inverse correlation between morning plasma cortisol levels and MMPI psychasthenia and depression scale scores in victims of mobbing with adjustment disorders. *Neuroendocrinol Lett* 2007; 28(5), 610-613.
- 16) Tonini S, Lanfranco A, Costa MC, Lumelli D, Giorgi I, Mazzacane F, Scafa F, Candura SM. Stress lavoro-correlato e mobbing: casistica clinica e differenze di genere. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33: 4, 409-413.

**Corrispondenza:** Edoardo Monaco, Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma, Italy, E-mail: edoardo.monaco@uniroma1.it