

Andrea Magrini¹, Lucilla Livigni¹, Maurizia Moscatelli¹, Gemma Carrabs¹, Anna Neri¹, Luca Coppeta²,
Giuseppina Somma², Antonio Pietroiusti¹

La gestione dei casi singoli e il ruolo del medico competente

¹ Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Dipartimento Biomedicina e Prevenzione, Roma

² Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata Roma, Roma

RIASSUNTO. I rischi psicosociali continuano a riguardare una fetta sempre crescente di popolazione lavorativa in Europa, ma continuano ad essere poche (30%) le realtà pubbliche e private che si impegnano in azioni di gestione e prevenzione. Oltre a valutare lo stress lavorativo, è importante mettere a punto iniziative che riescano a far emergere i casi di malessere individuale e sostenere le persone a reagire in modo funzionale. L'Ambulatorio di Medicina del Lavoro dell'Università e Policlinico Tor Vergata di Roma (in convenzione con il SSN) offre agli utenti un servizio di valutazione dello stato di salute con approfondimento multidisciplinare dell'ambito lavorativo, psicologico e psichiatrico. Sui 264 casi analizzati dal 2010 è emersa la presenza – più spiccata rispetto al passato – di situazioni di conflitto interpersonale, oltre a forme di costrittività organizzative e qualche recente situazione riconducibile alla presenza di *strain* (unico atto organizzativo che causa un danno alla persona e riconduce a situazione di inferiorità psicologica). Sembra essere sempre più utile un percorso di supporto psicologico offerto dall'Ambulatorio per preservare la relazione lavorativa nei casi in cui non si sia compromessa definitivamente. Il ruolo del medico competente diventa cruciale nell'identificare i casi che abbiano bisogno di approfondimento, incoraggiare la condivisione del vissuto negativo, riuscire ad inquadrare correttamente la tipologia di disagio.

Parole chiave: conflitto, costrittività.

ABSTRACT. ROLE OF THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN IN MANAGING INDIVIDUAL CASES. Although a growing portion of European working population is facing with psycho-social risks, only about 30% of public and private institution identify individual cases and are implementing actions aimed to their prevention and management. In addition to the formal evaluation of work-related stress, it is crucial to identify individual cases in order to support people to face them efficiently. The ambulatory of Occupational Medicine jointly instituted by the University of Rome Tor Vergata and by the Policlinico Tor Vergata di Roma (having an agreement with the National Health System) offers to patients a multi-disciplinary approach including psychiatric and psychological evaluation in addition to the evaluation of the occupational setting. Since 2010, 264 patient have been visited, with a growing percentage in recent years of cases related to inter-personal conflicts as well as other forms of organizational constraints and some recent situations which could be linked to *strain* (which is a peculiar organizational consequence which may cause personal damage owing to the creation of psychological subalternity). Therefore, the psychological pathway given by the ambulatory seems increasingly useful in order to preserve the occupational relationship, at least in the cases in which it is not definitively compromised. The occupational physician has a primary role in identifying cases in which an in-depth evaluation is needed, in encouraging the sharing of negative experiences and in correctly evaluating the clinical picture.

Key words: stress, conflitto, costrittività.

Il contesto

Le priorità delle politiche di salute e sicurezza sul lavoro a livello comunitario (EU OSHA, 2014) sollecitano uno sforzo di sintesi di iniziative a livello individuale e azioni a livello organizzativo/strutturale. Si richiama l'attenzione tanto sulle caratteristiche/ambiente di lavoro quanto sulle scelte e comportamenti individuali. Si sollecita, infatti da un lato, un focus su gruppi di lavoratori particolarmente vulnerabili rispetto all'impatto negativo dei fattori di rischio psicosociale (donne, anziani, immigrati, ...), dall'altro si richiede di sviluppare e valorizzare le caratteristiche "positive" del lavoro (motivazione, capitale sociale, stimolo intellettuale, senso di appartenenza, ...). Da ultimo, esplorare la relazione fra innovazione aziendale, salute e sicurezza e performance.

Come si pone il nostro Paese rispetto a queste aspettative internazionali?

La legge italiana ha, infatti, eguagliato in termini di valutazione, di responsabilità, di relative (eventuali) sanzioni, il rischio stress lavoro correlato a tutti gli altri rischi lavorativi, ben più noti, a cui le persone posso essere esposte sul posto di lavoro. La questione è alquanto spinosa per le ineludibili responsabilità che derivano (anche penali) da una mancata valutazione e per la difficoltà effettiva nell'applicare una metodologia di analisi che è ancora lontana dal definirsi sviluppata ed efficace. Non avendo sempre a disposizione le competenze necessarie per avviare un percorso di valutazione dello stress o non avendo la motivazione / commitment, alcune realtà lavorative finiscono con lo svolgere la valutazione dello stress in ottica di mero adempimento normativo. Altre rafforzano iniziative interne già implementate lette in ottica di gestione dello stress lavoro correlato, altre ancora riflettono autenticamente sulle modalità lavorative, organizzative, sociali in cui il lavoro si svolge al loro interno e sulle possibili strade per migliorarle.

are una buona valutazione dello stress lavorativo – seguendo le indicazioni metodologiche vigenti (INAIL, 2011) – non è sufficiente per avere idea dello stato di salute in cui si trova l'organizzazione. I singoli casi di disagio lavoro correlato perduti se si procedesse solo ad una valutazione dello stress per gruppi omogenei, così come richiesto dalle disposizioni metodologiche vigenti. Unita-

mente allo sforzo valutativo sarebbe auspicabile, dunque, la messa a punto di strumenti che facciano emergere forme/situazioni di malessere individuale, legate al contesto/contenuto del lavoro.

Questo è ancor più vero se consideriamo il momento che stiamo attraversando, particolarmente complesso da diversi punti di vista. I rischi psicosociali continuano a riguardare una fetta sempre crescente di popolazione lavorativa in Europa (45% dei lavoratori con problemi di salute legati al lavoro riferiscono di aver subito un impatto negativo da cambiamenti organizzativi legati all'ambito lavorativo nei tre anni precedenti (Eurofound - 2012). Spesso le persone non hanno le risorse adatte per far fronte in modo autonomo e funzionale alla continua pressione a cui sono sottoposte/i (esternalizzazioni, trasferimenti, licenziamenti, aumento del carico di lavoro, rinnovata pressione sulle performance, vincolatività di rapporti sociali e necessità di risoluzioni di conflitti). Le realtà lavorative, soprattutto le più piccole, non sempre hanno strumenti e risorse per valutare in modo efficace i fattori di stress, intercettare e risolvere casi di malessere individuale, proporre azioni di intervento atte a porvi rimedio (EU-OSHA 2014). È ormai assodato che una gestione inefficace dei rischi psicosociali causi un incremento di costi che ricadono su: datore di lavoro, lavoratori, società. Troppe realtà lavorative sono ancora indietro nell'attuazione di iniziative di gestione e intervento dei rischi psicosociali (meno del 30% le mette in atto).

Gran parte della complessità lavorativa odierna è legata al tema del cambiamento e delle ristrutturazioni organizzative. Nel secolo scorso il cambiamento del e nel lavoro era un fatto episodico e puntuale. Oggi il lavoro tendenzialmente in tutti i settori è in trasformazione, più o meno rapida, ma pressoché continua: i cambiamenti strutturali possono facilitare l'esposizione e l'insorgenza dei rischi psicosociali (EU OSHA, Osservatorio Europeo sui Rischi Lavorativi, 2007; HIRES, 2011). Di per sé il cambiamento non ha una valenza negativa, anzi, è comunque un'occasione di stimolo individuale e di gruppo che mantiene viva la persona sotto diversi punti di vista: *“non sono i cambiamenti in sé nell'esperienza di vita dell'individuo ad essere occasioni di stress, ma la qualità di detti cambiamenti. Solo i cambiamenti considerati indesiderabili, imprevedibili, fuori norma, incontrollati possono essere considerati pericolosi”* (Folkman e Lazarus, 1984). Quasi tutti i cambiamenti che riguardano l'ambito lavorativo sono di quest'ultimo tipo, ovvero non negoziabili, ma subiti. Il cambiamento non è cosa facile né istantanea da attuare. Espone sicuramente a momenti di forte malessere, tanto per chi deve attuarlo quanto per chi lo subisce. Guardando a ciò che succede nel nostro mondo del lavoro viene in mente il modello di J.P. Kotter (2003). L'autore evidenzia la necessità di partire da un senso di urgenza del cambiamento (*“dobbiamo cambiare per sopravvivere”*), formulare una visione chiara della direzione da seguire, costituire una squadra che diffonda il cambiamento su più livelli, comunicare costantemente e tenere alta la motivazione, *“non mollare la presa”*, fare attecchire il cambiamento. Condividendo l'importanza di dare tempo al cambiamento perché sia visto in ottica funzionale e non come

una patologia dalle persone che sono in esso coinvolte, vediamo quale può essere il ruolo del medico competente in un'organizzazione che cambia.

Ruolo del medico competente

Se cambiare costa così tanto, dobbiamo impegnarci a monitorare la salute delle persone al lavoro durante tutto il percorso di cambiamento. Il medico competente è un attore importante di questo processo di monitoraggio, in stretta e necessaria sinergia con le funzioni aziendali che si occupano formulare e implementare il cambiamento. Se preparato, il medico competente può svolgere il ruolo di accoglienza e primo ascolto di situazioni di disagio avvertite dalle persone nei luoghi di lavoro, soprattutto nei momenti di grande riorganizzazione interna, quando è più facile perdere i punti di riferimento e quando le normali relazioni fra ruoli vengono meno. Grazie ai momenti di incontro della sorveglianza sanitaria, il medico competente può diventare un interlocutore *“terzo”*, esterno al contesto aziendale, che può incoraggiare una prima manifestazione del disagio. Naturalmente rimane il punto aperto delle persone non soggette a sorveglianza sanitaria e quindi la necessità di dotare le organizzazioni di strumenti accessibili all'intera popolazione lavorativa.

L'esperienza dell'Ambulatorio di medicina del lavoro “Tor Vergata” di Roma

Il Centro di Studio sulle costrittività organizzative all'interno dell'Ambulatorio di Medicina del lavoro del Policlinico/Università “Tor Vergata” di Roma aiuta gli utenti a fare chiarezza sulla propria situazione. Accessibile con impegnativa del medico curante, in convenzione con il SSN dal 2013, verte su un approccio multidisciplinare con diversi momenti di approfondimento: visita medica, ricostruzione vicenda lavorativa, valutazione psicologica, se necessario, valutazione psichiatrica. Il percorso si conclude con una valutazione *«settoriale»* (pertinente alle singole aree di indagine) e condivisa (valutazione sintetica del caso in questione alla luce della documentazione presentata e dei dati raccolti nei colloqui).

Dal 2005 al 2008 il Centro ha svolto un servizio di consulenza specialistica per i casi inviati dall'INAIL Lazio, per formulare un parere esterno nel percorso di richiesta di riconoscimento della malattia professionale in presenza di costrittività organizzative/mobbing.

Con una sosta di circa due anni, le attività del Centro sono riprese nel 2010 non più come consulenza specialistica per conto dell'INAIL ma con apertura su tutto il territorio nazionale su richiesta del singolo lavoratore/trice. Il campione dal 2010 a metà 2016 consta di 264 casi, di cui 53% uomini e 47% donne; la fascia di età prevalente è 41-50 anni (36%), seguita dai 51-60 anni (32%) e 31-40 anni (23%). Si tratta quindi di persone che si trovano nel pieno della propria esperienza lavorativa, con un livello di istruzione elevato (46% laurea; 44% licenza superiore). I ruoli coinvolti sono generalmente impiegati/quadri operativi

(57%) seguiti da una fetta rilevante di ruoli direttivi/manageriali (25%). La durata del disagio lamentato si attesta per il 57% fra 1-5 anni. Si nota una bilanciata presenza di tutte le dimensioni aziendali: media (28%), piccola (23%), grande (22%), con un 24% che riguarda la PPAA. L'evento definito come scatenante è l'essere diventato/a una figura scomoda (26%), cultura e gestione organizzativa (21%), strategia aziendale (21%), 17% motivi imprecisati. Si tratterebbe, quindi, di situazioni che si creano per carenza di competenze manageriali e gestionali (alcune delle quali legate al tema del cambiamento) e per una diffusa mal-cultura organizzativa in cui si aggirano le prassi e i comportamenti aziendali leciti per perseguire logiche utilitaristiche individuali. Chi si oppone diventa un nemico, da eliminare o, nel migliore dei casi, neutralizzare.

Negli anni è stata notata una evoluzione nelle vicende rappresentate. Da casi in cui era prevalente la presenza di costrittività organizzative su più livelli, si è passati a situazioni di disagio attribuibili essenzialmente alla diffusa conflittualità sul lavoro (non sempre legato a mobbing). Sono comparsi numerosi casi di conflitto interpersonale (41%), a fronte di situazioni di costrittività organizzative "pure" che si attestano intorno al 33%. Il 19% dei casi si caratterizza per situazioni spurie, ovvero costrittività organizzative che si innescano in un ambiente in cui anche le relazioni interpersonali sono danneggiate attraverso forme di conflitto. Analizzando la tipologia di costrittività più ricorrente e considerando che spesso le azioni esercitate ai danni delle vittime si sommano insieme, troviamo: costrittività in ambito professionale (81%), seguite da quelle in ambito comunicativo (40%) e relazionale (23%). Una parte residuale di casi include costrittività che riguardano il danno di immagine (7%) e un aggravamento dello stato di salute (2%). Interessante notare che nell'ultimo anno (2016) siano comparse storie in cui il danno sarebbe stato causato da situazione di *straining* (2%), ovvero singola azione stressante che coinvolge direttamente il lavoro, cui seguano effetti negativi duraturi nel tempo, con posizione di inferiorità persistente da parte della "vittima".

Il 73% del campione afferma di assumere terapia farmacologica specifica. Le diagnosi psichiatriche poste dal personale specialistico sono Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti (35%), Disturbo dell'adattamento con ansia (19%), Disturbo dell'adattamento con umore depresso (11%). Il 53% dei casi afferma di aver avviato le vie legali.

La presenza significativa dei conflitti interpersonali appare anche favorita da un cambiamento delle dinamiche datore-lavoratore, in realtà lavorative dove è sempre più rilevante il coinvolgimento di valori, di aspettative, di interessi, che vanno oltre lo svolgimento dell'attività lavorativa. Da un lato l'atteggiamento del datore/azienda sempre più propensi a coinvolgere le persone nel conseguimento

di obiettivi aziendali, nella condivisione del rischio di impresa, nella attuazione di ardite strategie di business. Dall'altra, la posizione delle persone che sono sollecitate più che mai nella loro componente cognitiva, motivazionale e, senza dubbio, emotiva. L'Ambulatorio ha intercettato svariati casi di malessere contraddistinti proprio da una "alterata" percezione dei confini tra la sfera personale e lavorativa. In alcuni casi il sovrapporsi di questi piani diversi finisce per avere ricadute significative con forte deriva "patologica" sullo stato di salute psicofisica dei soggetti coinvolti. La giurisprudenza italiana è arrivata in alcuni casi a ritenere applicabile l'ipotesi del reato di maltrattamenti in famiglia quando il rapporto lavorativo assuma le caratteristiche della cosiddetta "para-familiarità" (Corte di Cassazione nel 2015 definisce situazione para-familiare uno stato di *soggezione e subalternità del lavoratore che va verificata avendo riguardo non al numero dei dipendenti in azienda, alla durata del rapporto di lavoro, alla reiterazione delle condotte discriminatorie nei confronti di una pluralità di soggetti ed alla reazione della vittima, bensì, da un lato, alle dinamiche relazionali in seno all'azienda tra datore di lavoro e lavoratore; dall'altro, all'esistenza o meno di una condizione di soggezione e subalternità*). Il lavoro condotto dall'Ambulatorio, ha raccolto nel tempo traccia dell'esistenza di relazioni anomale fra ambiente di lavoro e persone per l'intensità delle relazioni, la commistione dei piani privato e lavorativo, il ricatto psicologico relativamente al senso di appartenenza al gruppo.

Come conclusione del protocollo di valutazione, nei casi in cui si reputi efficace/utile, si mette a disposizione un percorso di supporto psicologico articolato in 5 incontri con psicologo esperto di disagio legato al contesto/contenuto di lavoro. Ad oggi, nel corso degli ultimi due anni, da quando è stato istituito il percorso di supporto psicologico, il 32% delle persone visitate ne ha usufruito con evidente beneficio. Le strade di miglioramento del percorso offerto sono molteplici e implicano anche un maggior coinvolgimento dei medici competenti aziendali che ad oggi compaiono solo come soggetti che inviano i lavoratori/trici al Centro senza mantenere un canale di confronto con quest'ultimo.

Bibliografia

- Eurofound - 2012, 5th European Working Condition Survey.
- EU-OSHA 2014 Calculating the costs of work related stress and psychosocial risks.
- EU-OSHA 2014 Priorities for Occupational Safety and Health Research in Europe: 2013-2020.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Kotter J.P. e Cohen D.S. - 2003, Al cuore del cambiamento - Come le persone cambiano le organizzazioni. ETAS Editore.