

N. Magnavita<sup>1</sup>, M.G. Bosco<sup>2</sup>, D. Ranalletta<sup>3</sup>, S. Salerno<sup>4</sup>

## Idoneità, disabilità e mobbing

<sup>1</sup> Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

<sup>2</sup> Azienda Sanitaria Roma B, Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, Roma

<sup>3</sup> Azienda Sanitaria Viterbo, Servizio di Medicina Legale, Viterbo

<sup>4</sup> ENEA Casaccia, Divisione di Biomedicina Ambientale, Roma

**RIASSUNTO.** I lavoratori portatori di disabilità psichica sono particolarmente esposti alla violenza morale sui luoghi di lavoro. Il medico competente può divenire parte attiva nell'azione di mobbing qualora non si mantenga strettamente aderente al disposto di legge, che impone il giudizio di idoneità solo in riferimento ai rischi professionali valutati, e non l'analisi del disturbo mentale nella sua evoluzione temporale, per chiarire se esso sia correlato con la situazione lavorativa. Un caso di mobbing su un portatore di disabilità psichica, recentemente pubblicato, viene reinterpretato alla luce di queste considerazioni.

**Parole chiave:** mobbing, giudizio di idoneità, disabilità psichica.

**ABSTRACT.** Workers with handicap or psychological impairment are frequently submitted to mobbing. If causative factors of psychological disorders are not recognized, the physician charged of medical surveillance of workers may himself become a prosecutor and enhance the mobbing actions to the extent that the mobbed worker is discharged. In order to avoid this undue effect, the physician should strictly adhere to the body of legislation and to good occupational medicine practices. Health surveillance for occupationally exposed groups of workers is required under specific health and safety legislation. Workers unexposed to hazard in the workplace cannot be included in health surveillance programme, and declaring these workers unfit for their job is a patent violation of Workers' Statute Law. Psychological disorders should be carefully evaluated in order to clarify their relationship with work. The case of a worker affected with schizophrenia, already reported in the literature, is here re-analysed in order to emphasize these concepts.

**Key words:** mobbing, fitness for work, disability.

### Introduzione

Il mobbing è una forma di violenza psicologica a carattere persecutorio, che viene condotta per un lungo periodo di tempo, la cui conseguenza è spesso l'estromissione del lavoratore dal posto di lavoro (4). La violenza può essere esercitata da un "coro" di colleghi/e che concorre, in maniera più o meno consapevole, alla violenza psicologica. Il lavoratore viene umiliato, offeso, ridicolizzato, isolato. Il suo lavoro non viene apprezzato e si verifica spesso una fase di demansionamento, con lavori di bassissimo contenuto professionale (10).

La relativa novità dell'argomento fa sì che spesso gli operatori dei servizi sanitari che si occupano del fenomeno "si trovano, salvo poche situazioni, in una fase iniziale di approccio a queste nuove problematiche e pertanto non hanno maturato ancora sufficiente esperienza e preparazione professionale sul fenomeno", come giustamente osserva la Regione Toscana (10).

In accordo al proponimento medico "*primum non nocere*", si analizza qui di seguito un esempio delle difficoltà gestionali di un caso di mobbing, al fine di stimolare la riflessione degli operatori sulle modalità di intervento che garantiscano, se non di risolvere il problema, per lo meno di non aggravarlo.

### Caso clinico

Si riesamina il caso esposto da Tringali et al (11) riguardante un Ausiliario ospedaliero oligofrenico che, dopo aver lavorato per circa tredici anni senza apparenti difficoltà, manifesta una situazione di conflitto con i colleghi di lavoro, dai quali si sente perseguitato. Dopo un primo periodo di assenza dal lavoro per "esaurimento nervoso", nel 1990-91, viene ripetutamente trasferito e gli sono affidate mansioni sempre più elementari. Nell'ottobre 1996, per il perdurare delle situazioni conflittuali, si ricovera in ospedale in regime volontario, con diagnosi di "*schizofrenia semplice e stato di allarme psicotico con*

viva persecutorietà", e viene poi preso in carico dal Servizio di Salute Mentale della ASL competente, che lo segue tuttora. Nel dicembre 1996 il Collegio Medico della ASL, che lo esamina su richiesta della Direzione ospedaliera, evidenzia "il migliore controllo dell'ansia effettuato dalla terapia" e "la presenza di una persistente ideazione a contenuto persecutorio e di riferimento". Il collegio osserva che "non si può escludere che i vissuti persecutori riconoscano anche una componente realistica" anche se "non vi è dubbio che l'elemento di realtà venga poi elaborato dal soggetto secondo linee psicopatologiche". Il lavoratore viene dichiarato "idoneo a svolgere lavoro proficuo, in condizioni particolari e protette".

Nell'aprile 1997 l'Azienda ospedaliera nomina per la prima volta il Medico Competente. Questo programma una visita di idoneità sul lavoratore, basata sul piano di sorveglianza sanitaria previsto dalla Regione Lombardia-qualità DVR per gli ausiliari socio-sanitari, ma non specificamente mirata alla situazione lavorativa reale, nella quale i rischi professionali tipici della qualifica professionale erano stati da tempo eliminati o ridotti per il progressivo demansionamento, ma non la esegue. Tale visita avviene nel 1998 ad opera di un secondo medico competente, anch'egli appena nominato. Questo medico, anche sulla base di consulenza psichiatrica che conferma che il quadro clinico è stabilizzato ed è consigliabile l'impiego del lavoratore in attività proficue di fatto, esprime un giudizio di idoneità con limitazioni. Dopo circa un anno, in assenza di evoluzioni del quadro clinico, lo stesso Medico Competente capovolge il giudizio in "non idoneità a lavoro proficuo". Analogo giudizio viene espresso anche dal Collegio Medico, per cui il rapporto di lavoro viene risolto.

## Discussione

Il caso qui riportato in sintesi si presta egregiamente ad illustrare le difficoltà cui può andare incontro il Medico Competente nel tentativo di gestire un caso di grave disagio psichico e disadattamento lavorativo, soprattutto quando sia costretto a intervenire tardivamente rispetto all'inizio della malattia psichiatrica e delle presunte, o reali, azioni persecutorie. In tali condizioni è molto difficile, se non impossibile, appurare se le azioni di emarginazione e dequalificazione professionale che hanno avuto per oggetto il lavoratore siano state causa del deterioramento delle sue condizioni psichiche o se, al contrario, ne siano state la conseguenza. Nel primo caso, difatti, si tratterebbe di un "mobbing strategico" nei confronti di un portatore di handicap psichico.

Ai fini di ogni giudizio, il confronto tra le istanze chiaramente espresse dalla Direzione aziendale e quelle di un lavoratore incapace, per la patologia da cui è affetto, di una difesa articolata, è impari. Il Medico Competente che non seguisse scrupolosamente le corrette procedure professio-

nali (che obbligano, tra l'altro, ad esprimere giudizi di idoneità riferiti al rischio professionale specifico e non generalizzati alla capacità a proficuo lavoro) rischierebbe di diventare inconsapevole attore di un processo di mobbing strategico tendente ad ottenere l'eliminazione del lavoratore malato.

Il lavoratore con gravi problemi psichiatrici rappresenta sempre per il Medico Competente un impegnativo banco di prova. L'indagine diagnostica, operata in genere di concerto con il consulente psichiatra, dovrà necessariamente approfondirsi nella direzione di una diagnosi eziologica, al fine di chiarire se la malattia possa considerarsi in tutto o in parte correlata con l'ambiente di lavoro (5). Sarà necessario superare quindi le indicazioni statisticocliniche del DSM IV per valutare, mediante l'osservazione longitudinale dell'evoluzione della patologia, la relazione tra la patologia e l'ambiente di lavoro, che rappresenta lo specifico dell'opera del Medico del lavoro. Si consideri, a titolo di esempio, come uno stesso disturbo di adattamento possa riconoscere origine endogena e idiopatica, ovvero essere la conseguenza di azioni di mobbing.

Un secondo ordine di problemi concerne l'interazione del lavoratore "malato" con gli altri lavoratori o con pazienti, visitatori ecc. Nel corso di malattie psichiatriche potrebbero crearsi condizioni di oggettivo pericolo per la salute di terze persone, con l'obbligo di un intervento immediato a tutela della salute pubblica.

Il gruppo di studio La.R.A. (Lavoratori rischiosi per gli altri)<sup>1</sup> ha affrontato l'argomento della gestione dei lavoratori con patologie neurologiche e psichiatriche in un Convegno tenutosi a Roma nel 2004 (6). Gli intervenuti hanno ribadito come la gestione del lavoratore con patologie psichiatriche, anche nel caso in cui possa ipotizzarsi un rischio per terze persone, non possa prescindere dal rispetto dei diritti civili del lavoratore malato, che ha diritto ad essere assistito con riservatezza e a non essere discriminato sul lavoro. La lettura del mobbing in chiave dei diritti evidenzia come il mobbing nasca spesso proprio da una iniziale perdita delle condizioni di salute che peggiorano a causa della stessa violenza psicologica perpetrata (2). Col termine di "lavoratori rischiosi per gli altri" ci si riferisce solo a casi di speciale gravità, per i quali il Medico Competente è tenuto ad intervenire nell'interesse collettivo anche forzando i limiti assegnatigli dalla legge, che sono quelli di tutelare il lavoratore dai rischi professionali.

Il Medico Competente di norma formula il proprio giudizio di idoneità in relazione ad un rischio lavorativo specifico. Diverso è il caso del giudizio medico-legale, che esprime in astratto una valutazione della capacità lavorativa di un soggetto, indipendentemente dalla valutazione dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro in cui questi sarà tenuto ad operare (7).

Nel caso descritto, però, va precisato che il lavoratore mai aveva dato segno di essere o di poter diventare pericoloso per se stesso o per gli altri. A maggior ragione, dun-

<sup>1</sup> Associazione di medici di varie specialità, giuristi, bioeticisti, rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori, attiva sin dal 1999, che si prefigge il compito di valutare le più corrette modalità per la gestione dei lavoratori che, a motivo delle proprie infermità, potrebbero risultare pericolosi per colleghi di lavoro o utenti.

que, il Medico Competente avrebbe dovuto restare strettamente aderente ai limiti imposti dal proprio mandato professionale, valutando l' idoneità al lavoro in relazione ai rischi professionali attuali, non già la capacità del soggetto di fornire le "performances" astrattamente previste per la qualifica professionale di appartenenza.

Il Medico Competente, difatti, deve effettuare la sorveglianza sanitaria solo nei casi previsti dalla legge (D.Lgs 626/94, art. 16) ed esprimere giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro (D.Lgs 626/94, art. 17). Qualora la visita medica non rientri tra quelle previste dalla legge e nel caso di un provvedimento grave quale il licenziamento, il lavoratore può adire le vie legali (1). Queste norme, inoltre, non sono modificate dal redigendo Testo Unico, che le riporta integralmente agli art. 23 e 24 della bozza licenziata dal Consiglio dei Ministri nel novembre 2004. Visite eseguite al di fuori dei casi previsti dalla normativa vigente rappresentano violazioni all'art. 5 della Legge 20/5/1970 n.300 (Statuto dei Lavoratori) (1).

Analogamente all'epidemiologo che non può stabilire, mediante un'indagine trasversale, il verso dell'associazione tra due variabili, il Medico Competente che si trovi a pronunciarsi dopo molti anni dall'inizio di un conflitto tra le parti, non può stabilire se il disagio ambientale abbia causato le manifestazioni psichiatriche, o viceversa. Nel caso in esame molti elementi potrebbero far propendere per la prima ipotesi. L'analisi della storia lavorativa dimostra che questo ausiliario ospedaliero ha cominciato a rappresentare un problema per il *management* aziendale solo dopo almeno tredici anni di attività lavorativa quando, persa la protezione di un superiore umano che "gli faceva da padre" è stato esposto ad atteggiamenti di "maltrattamento psichico riferibili a stigmatizzazione dileggiante, umiliazione" da parte dei colleghi di lavoro, la cui obiettiva sussistenza parrebbe avvalorata sia dalla relazione del Collegio medico legale della ASL del 1996, che da quella dello psichiatra dell'Ente Ospedaliero del 1997. La fragilità psichica del soggetto era ben evidente, così che il Collegio esprimeva nel 1996 una idoneità condizionata dalla realizzazione di condizioni "particolari e protette". Risulta al contrario che il datore di lavoro, ben lungi dal mettere in atto provvedimenti che mettersero fine all'atteggiamento mobbizzante dei colleghi di lavoro, ha provveduto a ridurre progressivamente il contenuto dell'attività lavorativa, trasferendo più volte il dipendente e realizzando proprio quelle condizioni di "allontanamento ed isolamento" che lo psichiatra dell'azienda consigliava di evitare, in quanto psicopatogene.

Potrebbe darsi, ma è un'ipotesi che il medico competente oggi non può né affermare né negare, che la difficoltà a controllare l'atteggiamento provocatorio e umiliante da parte dei colleghi di lavoro "sani" verso un portatore di handicap abbia fatto preferire ai responsabili dell'Azienda l'eliminazione del lavoratore malato, relativamente semplice da ottenere date appunto le sue condizioni di handicap psichico.

Va sottolineato come la psichiatria guardi al lavoro proprio come l'intervento terapeutico fondante contro il disagio/malattia psichica anche sottovalutandone gli eventuali rischi per la salute studiati dai medici del lavoro (3).

Il Documento di Consenso sulle molestie morali sul luogo di lavoro (4) riconosce che i soggetti portatori di handicap osteggiati dai colleghi/e di lavoro sono potenzialmente bersagli del mobbing, e ricorda che le conseguenze devastanti delle condizioni di mobbing comprendono un difficile recupero dell'inserimento occupazionale, un coinvolgimento del nucleo familiare e del tessuto della vita di relazione. Nel caso in esame, è verosimile che il tessuto relazionale e quello familiare, già estremamente deboli, abbiano risentito pesantemente delle azioni messe in atto, così che la capacità di inserimento occupazionale del lavoratore si è andata progressivamente riducendo.

Il Documento di Consenso ammonisce sul fatto che il Medico Competente può divenire parte attiva nella conduzione dell'azione mobbizzante allorché formuli un giudizio di idoneità in modo eccessivamente rigido o schematico, o eccessivamente "condizionato" dalla direzione aziendale, ed invita i medici a considerare come una diminuita capacità o abilità lavorativa possa essere effetto e non causa di un processo a carattere mobbizzante.

Questa raccomandazione appare particolarmente stringente nei casi, non infrequenti in campo ospedaliero, nei quali tanto il lavoratore, che il Medico Competente, ed anche i servizi psichiatrici e di medicina legale, nonché gli stessi servizi di prevenzione con funzioni di vigilanza, dipendono tutti da uno stesso Direttore Generale.

Dalla relazione sul caso clinico risulta che solo uno zio ultranovantenne, unico congiunto del portatore di handicap, ha tentato, senza successo, di opporsi alla ripetuta sotmissione del lavoratore a controlli medici non dettati da alcun rischio professionale valutato e dunque arbitrari. Nonostante il fatto che il lavoratore avesse acceduto a tali colloqui con dignità e compostezza, anche se con una certa, e ben motivata, preoccupazione, e che dagli accertamenti non fosse emerso alcun peggioramento clinico, né alcun rischio per l'incolumità del lavoratore o di terze persone, il Medico Competente ha deciso inopinatamente di capovolgere il proprio giudizio da "idoneo" a "non idoneo" in virtù di valutazioni che non vengono espresse e che appaiono quindi quanto mai incerte.

---

## Conclusioni

Il riesame del caso da una prospettiva alternativa deve fare riflettere sull'importanza della neutralità del medico competente, tanto nelle attività di sorveglianza che nella comunicazione dei risultati. Tale neutralità non deve essere intesa, ovviamente, come isolamento o rifiuto del confronto, e ancor meno come pretesa di infallibilità, ma deve rappresentare la scrupolosa ricerca della maggiore equità e della più elevata competenza. Occorre scongiurare il pericolo che il Medico Competente, tralasciando di valutare la nocività dell'ambiente di lavoro e la presenza di rischi per la salute del lavoratore (che è appunto il suo specifico compito professionale), finisca per considerare esclusivamente la capacità del soggetto di inserirsi in un ambiente lavorativo ostile e assunto come immodificabile. Viceversa, il compito di modificare l'ambiente e le condizioni di lavoro, controllandone e riducendone il rischio, deriva da

un insieme armonico e continuo di operazioni di valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, informazione e formazione dei lavoratori, audit (metodo A.S.I.A.), nel quale il medico competente deve svolgere un ruolo critico di consulenza imparziale (8).

Nel confronto, non sempre facile, tra datore di lavoro e lavoratore, il Medico Competente che volesse pregiudizialmente schierarsi dall'una o dall'altra parte nuocerebbe ad entrambe. Se dovesse prefiggersi in primo luogo il fine di "essere accettato senza pregiudizi dall'alta dirigenza aziendale" e di "essere inserito nel contesto dell'impresa e di essere partecipe delle scelte decisionali" (11), in luogo di quello di mantenersi aderente ai principi etici di indipendenza e competenza, finirebbe inevitabilmente per fallire il proprio compito.

Nella gestione dei lavoratori con problemi psichiatrici, neurologici o comportamenti addittivi, il successo dell'opera di prevenzione del Medico Competente dipende dall'adesione a procedure efficaci e standardizzate (9), finalizzate a garantire, oltre che la tutela della salute e sicurezza del lavoratore e dei pazienti che gli sono affidati, anche il rispetto dei diritti civili del lavoratore malato.

Infine, colpisce il fatto che il lavoratore non fosse in grado di compiere elementari atti di autotutela. In questi casi il Medico Competente, o chiunque altro abbia a cuore la salute del lavoratore, può avviare le procedure di interdizione o inabilitazione, ovvero, del tutto recentemente, può fare ricorso ai benefici previsti dalla Legge 9 gennaio 2004 n.6, tramite l'istituzione dell'amministratore di sostegno. Tale figura, in vigore dal 19/3/04, è stata pensata proprio a tutela di chi, pur avendo difficoltà a provvedere ai propri interessi, non necessita comunque di essere sottoposto all'interdizione o all'inabilitazione. Con l'amministratore di sostegno, figura già presente in molti paesi europei, la persona disabile, che prima sarebbe stata interdetta, acquisisce la possibilità di compiere alcuni atti giuridici, quelli "necessari a soddisfare le esigenze della propria

vita quotidiana". La legge 6/04 ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

---

## Bibliografia

- 1) Bosco MG, Salerno S. Dopo il 626. Quale sorveglianza sanitaria per i lavoratori? Rivista Società Nazionale Operatori della Prevenzione (SNOP) 1998; 11: 41-43.
- 2) Bosco MG, Salerno S. Violenza morale (mobbing) nei luoghi di lavoro: analisi per una prevenzione organizzativa. Med. Lav 2004, 95: 365-375.
- 3) Bosco MG, Salerno S, Valcella F. Salute mentale e lavoro: azioni tecniche integrate tra i servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e centri di salute mentale. Med. Lav 1999; 90: 752-761.
- 4) Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, et al.: Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). Documento di consenso. Med Lav 2001; 92: 61-69.
- 5) Giorgi I, Argentero P, Zanaletti W, Candura SM. Un modello di valutazione psicologica del mobbing. G Ital Med Lav Erg 2004; 26: 127-132.
- 6) Magnavita N. Tutela del lavoratore rischioso per gli altri. ISU Università Cattolica, Milano, 2004.
- 7) Magnavita N, Cirese V, De Lorenzo G, Fileni A, Ranalletta D, Sacco A, Spagnolo AG, Stanzani C, Zavota G (GIS GILMaPP): Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. Med Lav, 2001, 92: 295-306.
- 8) Magnavita N. Applicazione di modelli organizzativi originali per la prevenzione del rischio chimico in aziende di diverse dimensioni. Metodo A.S.I.A. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2004.
- 9) Magnavita N. Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti addittivi. Med Lav 2005; 96, 6: 496-506.
- 10) Regione Toscana. Documento di indirizzo regionale per un corretto approccio dei dipartimenti di prevenzione al fenomeno violenza morale sul lavoro- mobbing. Lavoro e Salute, 2004, 4, ins. 1-8.
- 11) Tringali S, Finozzi E, Mattia M, Catenacci G. Giudizio di idoneità lavorativa in un operatore sanitario affetto da schizofrenia. G Ital Med Lav Erg 2004; 26 (3): 187-190.

**Richiesta estratti:** Nicola Magnavita - Istituto di Medicina del Lavoro, Università Cattolica del Sacro Cuore - Largo Gemelli 8 - 00168 Roma, Italy - nmagnavita@rm.unicatt.it nicolamagnavita@tiscali.it - tel. 3473300367 - fax 0661909399