Federica Mancini - Stefano Nobile
(a cura di)

Mobbing in area sanitaria
Un’indagine sul personale infermieristico

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE
Roma, febbraio 2003

GRUPPO DI RICERCA

Dott.ssa Federica Mancini, responsabile della ricerca
Sociologa, Primo Ricercatore Istituto Italiano di Medicina Sociale

Dott. Stefano Nobile
Sociologo, Ricercatore Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Prof.ssa Paola Binetti
Psichiatra, Direttore del Dipartimento per l'innovazione educativa dell'Università Campus Bio Medico

Dott. Bruno Nobile
Consulente Parlamentare

Dott.ssa Maria Matarese
Docente di Infermieristica, corso di Laurea per infermiere dell'Università Campus Bio Medico

Dott.ssa Daniela Tartaglini
Docente di Infermieristica, corso di Laurea per infermiere dell'Università Campus Bio Medico

Dott.ssa Maria Grazia De Marinis
Docente di Infermieristica, corso di Laurea per infermiere dell'Università Campus Bio Medico

Dott.ssa Caterina Flora
Psicologa, Università Campus Bio Medico

Sig.ra Francesca Porcacchia
Collaboratore a contratto IIMS per la ricerca normativa

Sig.ra Patrizia D'Arrigo
Collaboratore a contratto IIMS addetta alla segreteria

Sommario

Presentazione 7

Introduzione 9

1. Il mobbing in area sanitaria: una prospettiva teorica interdisciplinare 15

1.1 Caratteristiche generali: la definizione del concetto di "mobbing" 15
1.2 Gli aspetti sociologici del mobbing 17
1.3 Gli aspetti psicologici del mobbing 24
1.4 Il mobbing nel mondo infermieristico 37
1.5 Gli aspetti clinici del mobbing 40
1.6 Gli aspetti giuridici e normativi del mobbing. 46

2. Il mobbing nel mondo infermieristico: caratteristiche peculiari 55

2.1 I periodo dal 1925 agli anni '60 56
2.2 II periodo dal 1965 al 1992 59
2.3 Il periodo dal 1992 ad oggi 61

3. Il mobbing in area sanitaria: il disegno della ricerca 63

3.1 La concettualizzazione del problema e la progettazione alla ricerca 63
3.2 La scelta del campione e dell'unità di analisi. 65
3.3 La fase di pre-inchiesta 68
3.4 Lo strumento di rilevazione e le modalità di intervista. 69
3.5 La raccolta dei dati e l'immissione dei dati in matrice 74

4. Il mobbing in area sanitaria: i risultati dell'indagine sul personale infermieristico a Roma 75

4.1 Sguardo dall'alto. 75
4.2 Le caratteristiche del campione 79
4.3 L'incidenza delle variabili sociologiche sul mobbing. 87
4.4 Stress e conflitti 100

Conclusioni 113

Bibliografia 119

Post-fazione (Pietrantonio Ricci) 127

Presentazione

La tutela della salute dei lavoratori è una delle principali finalità istituzionali dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale. L'Istituto è, infatti, tra i soggetti pubblici chiamati a concorrere alla realizzazione del sistema di prevenzione e protezione della salute sul lavoro ai sensi dei decreti legislativi n. 626/94, 242/96 e 494/96.

La ricerca di nuovi modelli di prevenzione nei luoghi di lavoro rappresenta lo stimolo a concorrere nella definizione di scelte politiche sui temi di attualità. È per questo che l'Istituto ha realizzato un'indagine sul mobbing avvalendosi del prezioso contributo di un partner di prestigio, l'Università Campus Bio Medico.

Con il termine mobbing si indica la molestia morale perpetrata sul luogo di lavoro da parte di colleghi, superiori o subordinati. Se il concetto di salute non si connota come assenza di malattia, bensì come benessere completo che concerne anche la salute psichica e la vita sociale del soggetto, il mobbing rientra a pieno titolo tra i fattori di rischio per la tutela della salute del lavoratore nella sua connotazione di rischio psico-sociale.

Non è certo un fatto nuovo che all'interno di aziende pubbliche e private si consumino veri e propri atti persecutori le cui conseguenze possono essere devastanti per la vittima, oltre che antieconomiche per le strutture lavorative. Tuttavia, oggi il fenomeno assume proporzioni più rilevanti in virtù delle recenti modificazioni del mercato del lavoro, con particolare riferimento alla terziarizzazione dell'economia ed alla crescita dei lavoratori cosiddetti "atipici". Da un lato, dunque, maggiore attenzione va riposta ai problemi connessi al numero sempre crescente di lavoratori impiegati nei servizi; dall'altro, si profila la necessità di individuare le modalità più opportune per estendere le tutele ai lavoratori non tradizionali.

La ricerca condotta dall'Istituto in collaborazione con l'Università Campus Bio Medico si connota come uno studio pilota su un campione di infermieri dell'area romana. Lo studio ha il merito di affrontare il tema da una prospettiva multidisciplinare derivante dalle differenti professionalità

che hanno composto il gruppo di lavoro. I ricercatori hanno fornito una esaustiva descrizione del fenomeno in uno specifico gruppo di lavoratori ed hanno formulato delle ipotesi interpretative circa la genesi del fenomeno nel contesto studiato.

Il nostro auspicio è che sulla scorta delle evidenze empiriche riscontrate in questo lavoro e del metodo scientifico adottato, si sviluppino ulteriori indagini che consentano di prevenire il disagio derivante dalle azioni di persecuzione sui luoghi di lavoro.

GIOVANNI MARIA PIRONE
Direttore Generale
Istituto Italiano di Medicina Sociale

Introduzione[1]

Il protagonista di molti dei romanzi dello scrittore francese Daniel Pennac si chiama Benjamin Malaussène e di professione fa il capro espiatorio. Su di lui ricadono inevitabilmente le colpe dei suoi colleghi d'azienda. Scatologia letteraria o escatologia sociologica? Né l'una né l'altra. A ben vedere, Pennac sembra avere partorito una soluzione apparentemente grottesca ma forse non così peregrina di un problema, quello del mobbing, che con ogni probabilità sarebbe oggetto di una maggiore attenzione qualora le aziende o qualsiasi altra forma di organizzazione lavorativa si dotasse di un capro espiatorio.

Il problema è che amministratori delegati e gestori delle risorse umane non hanno ancora acquisito un così folle fiuto da azzardare soluzioni del genere, non fosse altro che per il fatto che diversi nodi continuano a rimanere impigliati nel pettine interpretativo e, di conseguenza, le soluzioni per debellare o quantomeno contenere il mobbing stesso sono altrettanto difficilmente individuabili.

Ma cos'è il mobbing? Il termine è entrato nel vocabolario di economisti, sindacalisti, medici, psicologi e sociologi alla fine degli anni '80, allorquando Heinz Leymann presentò in Germania i risultati di una ricerca sulle molestie morali presso il luogo di lavoro. In Italia, in concomitanza con il progressivo mutamento dell'assetto lavorativo, l'incidenza sempre più marcata di lavoratori nel terziario, la diffusa sindacalizzazione e l'accento crescente posto dai lavoratori sui propri diritti professionali, hanno preparato il terreno ad un crescente interesse nei confronti di questa tematica nuova, interdisciplinare, che attraversa la sociologia, la psichiatria, la giurisprudenza e il management.

Il termine *mobbing* sta ad indicare l'azione di sopruso psicologico – quando non addirittura fisico – indirizzato da uno o più individui nei confronti di una vittima. Nei paesi, come la Svezia, in cui è già in atto una normativa dettagliata in merito al fenomeno, il mobbing viene considerato tale quando le molestie si protraggono per un periodo di almeno 6 mesi, continuativamente, ottenendo

[1] L'introduzione è stata redatta da Stefano Nobile

come esito l'allontanamento dal posto di lavoro della vittima, quando non addirittura il suo suicidio.

Quella del mobbing è una dinamica complessa, che investe a vario titolo diversi attori sociali: comunemente, viene indicato come *mobber* l'aguzzino, come *mobbizzato* la vittima e come *side-mobber* coloro i quali fiancheggiano o partecipano comunque senza intervenire alle molestie morali perpetrate nei confronti della vittima. Esso assume contorni che, a seconda dei contesti, ne cambiano persino i connotati lessicali. *Bossing* è il termine che viene impiegato per indicare il deliberato allontanamento della vittima designata dal posto di lavoro attraverso una precisa strategia aziendale; *bullying* è un vocabolo traducibile come *bullismo*, attivato soprattutto in ambito studentesco e militare, riconducibile a quello che i giornalisti da parecchi decenni in ambito da caserma ci hanno fatto conoscere come nonnismo. È la sopraffazione fine a se stessa, orientata all'annichilimento del più debole spesso in assenza di una ragione che non sia quella di dare fondo alla propria belluina aggressività.

La complessità del fenomeno viene ulteriormente amplificata dalle ripercussioni che esso può avere: gli esperti parlano per esempio di *doppio mobbing* in riferimento a quel triste fenomeno che porta la vittima verso una condizione di isolamento nell'ambiente familiare, nel quale le sue geremiadi in merito a quanto avviene sul posto di lavoro vengono mal sopportate, con la conseguenza di un'ulteriore emarginazione anche rispetto ai legami familiari o a quelli amicali.

La tirannia sulla vittima viene esercitata in vario modo; si va dai pettegolezzi alla negazione della comunicazione, dalla turlupinatura alla contumelia fino alle molestie fisiche e a quelle sessuali. Chi la subisce senza essere sufficientemente attrezzato psicologicamente rischia in alcune circostanze di imboccare strade pericolose. Nei casi migliori la vittima decide di allontanarsi dal posto di lavoro, cambiandolo, oppure opta per il prepensionamento. Ma nei peggiori possono capitare incidenti dovuti all'accumulo di stress, possono venire attivati comportamenti devianti e perfino criminali e si può addirittura arrivare al suicidio. Le cronache dei quotidiani che sfogliamo non di rado riportano episodi di individui arrivati ad esiti drammatici della loro tolleranza allo stress innescato dal mobbing.

Naturalmente esistono anche soluzioni più razionali al mobbing: chi lo subisce può rivolgersi a sindacati e associazioni di categoria, ma anche alla direzione e a psicologi del lavoro. Non a caso, uno dei segni del crescente interesse nei confronti del mobbing è dato proprio dal posto che il fenomeno comincia da circa un decennio ad occupare in ambito giurisprudenziale, sindacale, sociologico e psicologico. Le associazioni di categoria preposte alla tutela dei soggetti eventualmente mobbizzati sono in continuo aumento, così come crescono le aziende che pongono attenzione al problema affidando alla discreta ispezione di psicologi il compito di vigilare su casi di questo genere.

È ovvio che questo fermento d'interesse nei confronti del mobbing ha avuto anche uno slittamento sul piano teorico ed empirico. Alcuni studiosi hanno ten-

tato di individuare più o meno precisamente la dinamica del mobbing, dando così vita al modello di Leymann (1993) o a quello di Ege (1996)[2], mentre altri hanno preferito concentrarsi sulle cause che sono alla base del fenomeno.

Walter (1993), per esempio, sembra ricondurre gran parte del suo sforzo teorico alle dinamiche proprie dell'analisi transazionale di Eric Berne (1961), secondo la quale – in estrema sintesi – le persone tendono ad indossare tre stati diversi dell'Io: quello del bambino, quello del genitore e quello dell'adulto. Mentre è chiaro che è a quest'ultimo che sono indirizzate le simpatie dello psicologo canadese, i primi due sono proprio quelle che, incontrandosi, possono dare vita a fenomeno di mobbing: il soggetto-genitore domina, aggredisce, intimorisce; il soggetto-bambino subisce, si schermisce, incassa.

Lo stesso Leymann (1993), dal canto suo, ha guardato a cause più propriamente sociologiche ma non sufficientemente articolate a nostro giudizio. Egli segnala l'organizzazione del lavoro, le mansioni lavorative, la direzione del lavoro, la dinamica sociale del gruppo di lavoro, la personalità e una criptica "funzione nascosta della psicologia nella società" come possibili sorgenti di mobbing. Resch (1994) riprende il lavoro di Leymann aggiungendo alle componenti critiche menzionate dallo studioso tedesco la posizione sociale della vittima e il peso della morale nell'ambiente di lavoro (riportato in Ege, 1996, p. 150).

Un tentativo simile ai due precedenti è quello compiuto da Brommer (1995) che porta a 14 le sedi presso le quali può insorgere il mobbing: la richiesta di prestazioni sempre più elevate; il pensiero concorrenziale; la paura di perdere il posto di lavoro; l'egoismo; l'incapacità di gestire il conflitto; i difetti organizzativi; i difetti produttivi; la mancanza di spazio nella gestione del lavoro; la sovra o la sotto-occupazione; i difetti nella gestione del personale; la mancanza di orientamento dei colleghi; le cattive condizioni di lavoro; la mancanza di tolleranza; lo scarso livello etico dell'azienda. È chiaro comunque che una simile congerie di elementi è tuttavia difficilmente sottoponibile ad analisi e a poco serve sul piano empirico.

Dal canto suo Neuberger (1994) si richiama a due vecchi cavalli di battaglia della psicologia sociale come la teoria dell'etichettatura (Lemert, 1951; Becker, 1963; Cohen 1955 e 1966) e la teoria attributiva (Heider, 1958; Jones e Davis, 1965), sostenendo che il mobbing scaturisce dal processo di stigmatizzazione innescato dall'etichetta appiccicata alla vittima: «Quello è un tipo strano» è la frase che può dare inizio ad una spirale discriminatoria che si trasforma in un vero e proprio caso di mobbing.

Una proposta giunge infine da Ege (1996), il quale schematizza i fattori propellenti del mobbing congiungendo tre variabili: il comportamento del mobber, quello della vittima e l'ambiente entro il quale avviene la vessazione.

Questa rapidissima disamina della letteratura che si è finora occupata del fenomeno porterebbe a concludere che i diversi studi convergono sull'indivi-

[2] I modelli di Leymann e di Ege verranno discussi nel dettaglio nella prima parte del volume.

duazione di alcuni fattori imprescindibili (la personalità degli attori coinvolti; l'organizzazione; la gestione dei conflitti), mentre danno più o meno rilevanza ad altri. Nessuno di questi contributi, tuttavia, sembra affrontare il problema del mobbing in una chiave dichiaratamente esplicativa, interfacciata da un riscontro empirico.

L'Istituto Italiano di Medicina Sociale (IIMS) ha voluto intraprendere proprio quest'ultima strada in un settore professionale, quello infermieristico, peculiarmente esposto a fenomeni del genere: l'accumulo di stress dovuto al contatto con la malattia e la morte e la pronunciata gerarchizzazione dei rapporti lavorativi da una parte rendono fertile il terreno sul quale può eventualmente allignare il mobbing, mentre dall'altra le significative opportunità di spostamento da un reparto all'altro o da un ospedale all'altro offrono agli infermieri stessi eventualmente mobbizzati una possibile via di fuga. Tutto ciò pone il mondo infermieristico in una luce assai particolare rispetto alle dinamiche da mobbing: le potenzialità di condotta degli infermieri si dipanano su un'estesissima scala comportamentale polarizzata da una parte su una condizione fortemente stressogena e dall'altra da una marcata mobilità professionale.

Lo studio dell'IIMS ha dunque come obiettivo un'analisi in termini esplicativi e descrittivi del fenomeno così come si presenta nel mondo infermieristico. L'intento è quello di dare conto, da una parte, della dimensione teorica del fenomeno, accentuandone le peculiarità legate al mondo infermieristico, mentre dall'altra si è cercato di rispondere ad alcuni interrogativi-guida: quali sono i fattori che, più di altri, determinano il mobbing in questo settore professionale? Quale diffusione potrebbe avere il fenomeno nell'ambiente ospedaliero? Chi colpisce di più? E quali caratteristiche hanno le vittime?

Per rispondere a questi interrogativi, si è fatto ricorso ad una survey con questionari autosomministrati indirizzati ad un campione della variegata realtà ospedaliera romana. La tecnica utilizzata, pur presentando dei limiti, ha il vantaggio di schematizzare lo schema interpretativo del fenomeno, di fornire numeri e cifre, di suggerire possibili chiavi di lettura e di indicare possibili linee di sviluppo, di analisi e di studio.

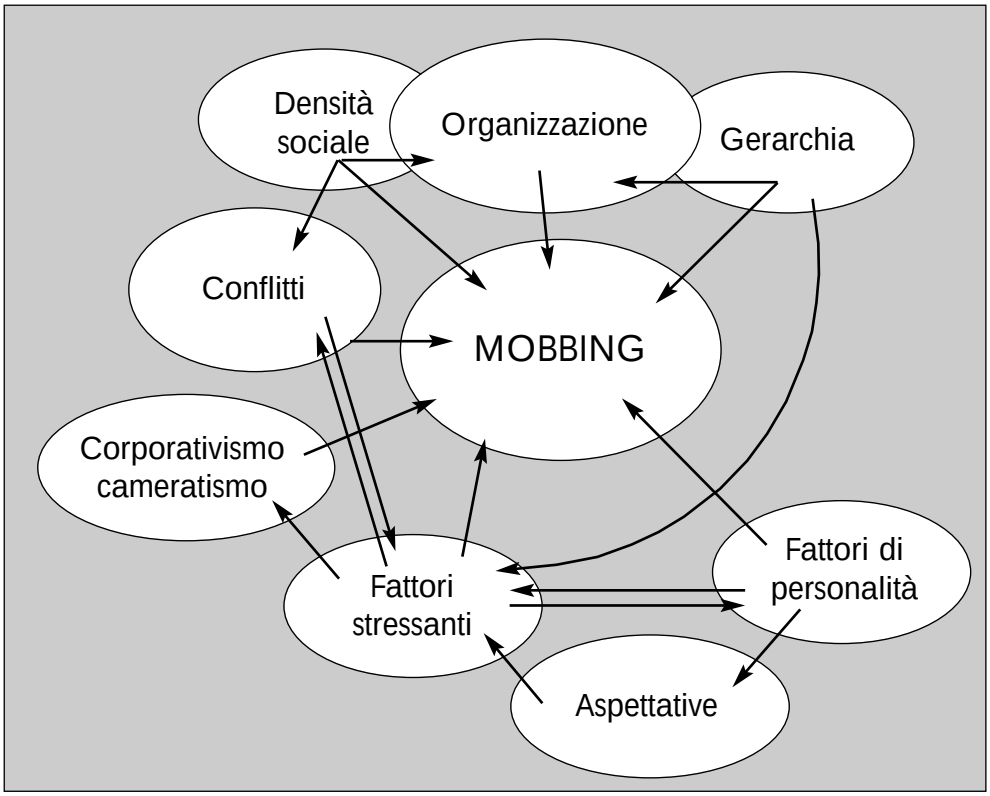
Va perciò chiarito da subito che – dati gli strumenti di analisi empirica impiegati – l'équipe di ricerca non ha potuto confrontarsi con una definizione di mobbing in senso stretto. Quest'ultima avrebbe infatti richiesto un drastico spostamento del terreno d'indagine, dal posto di lavoro alla miriade di luoghi presso i quali possono avere trovato rifugio coloro che sono stati vittime del mobbing. È per questo che, nel corso del lavoro ed in particolare nella sezione relativa alla discussione dei risultati, si farà riferimento ad una accezione di mobbing in termini più estesi rispetto a quelli che a rigore richiederebbe il vocabolo. La parola mobbing verrà perciò impiegata in un senso più lato, quello che potremmo definire come "*mobbing in embrione*". Non si darà pertanto conto di casi conclamati di mobbing, ma di casi che – nel momento in cui è stata condotta l'indagine – mostravano una situazione critica e suscettibile di eventuali azioni di mobbing. Lo stesso termine mobbing verrà utilizzato in forma

intercambiabile con la sua corrispondente locuzione in lingua italiana, quella di "molestia morale".

Chiarita la definizione di partenza, il gruppo di ricerca ha cercato di edificare un modello di possibile insorgenza del mobbing partendo da una lettura che tenesse conto tanto i contributi specifici in materia, quanto di quelli di carattere più generale, inquadrabili nella sociologia dell'organizzazione e del lavoro nonché nella psicologia clinica.

Il modello, riportato schematicamente in Figura 1 e più articolatamente illustrato nella sezione metodologica del presente lavoro, contemplava pertanto aspetti e interrelazioni di natura tanto sociologica quanto psicologica e clinica.

FIGURA 1 - *Un possibile modello sulle cause del mobbing.*



Il modello qui anticipato non è dunque che l'esito di un lavoro articolato che è partito da una definizione del fenomeno ed è approdato alla lettura trasversale dei contributi teorico-empirici che hanno preso in considerazione il problema.

Il lavoro è stato concepito in quattro sezioni: la prima, di carattere prettamente teorico, prende in considerazione gli aspetti sociologici, quelli psico-

logici, quelli clinici e quelli giuridici entro i quali può essere inquadrato il mobbing.

La seconda parte del lavoro scende, seguendo una struttura ad imbuto, negli aspetti peculiari del nostro oggetto d'indagine. In essa pertanto vengono accentuate le particolarità del mondo infermieristico, ripercorrendone la storia e mettendo al tempo stesso in piena luce i problemi precipui del mondo ospedaliero.

La terza sezione è dedicata alla ricerca condotta su un campione del personale infermieristico degli ospedali capitolini: in essa vengono chiariti i nodi metodologici della ricerca, vengono esplicitati i processi di concettualizzazione e di definizione dell'oggetto d'indagine, viene chiarita la scelta del campione, quella dell'unità di analisi e resi manifesti i criteri che hanno determinato la scelta dello strumento d'indagine.

L'ultima parte del volume tira ovviamente le somme di quanto apparecchiato in precedenza. In essa si dà conto degli esiti della ricerca, dell'efficacia del modello adottato; si offrono al lettore numeri e cifre, unitamente ad una lettura interpretativa dei risultati.

Il tutto è informato dall'auspicio che questo lavoro possa contribuire a disegnare nuove strategie d'intervento e prevenzione, che possa cioè fare da bussola ai marinai che operano nel mare magno di una disciplina del lavoro che è e rimarrà nell'interesse di tutti.

1. Il mobbing in area sanitaria: una prospettiva teorica interdisciplinare

1.1 Caratteristiche generali: la defininizione del concetto di "mobbing"[3]

Già da alcuni anni si sente parlare di mobbing, ma cosa effettivamente si intende con tale espressione? Il termine è mutuato dall'etologia. "Mobbing", infatti, viene utilizzato da Konrad Lorenz (1969) per indicare un comportamento aggressivo osservato negli uccelli che, difendendo il proprio territorio, attaccano e allontanano un loro simile, scatenando un vero e proprio tafferuglio. Dalla scienza del comportamento animale, tale termine viene esteso alla psichiatria infantile ed impiegato per descrivere un particolare comportamento aggressivo messo in atto da un gruppo di bambini nei confronti di un coetaneo. Il termine viene ripreso negli anni ottanta da Leymann (Leymann e Gustavsson, 1984) che ne estende ulteriormente il significato, utilizzandolo per indicare un disturbo osservato in alcuni impiegati e operai svedesi sottoposti ad una serie di traumi psicologici sul luogo di lavoro, da allora il termine mobbing sta ad indicare il terrore psicologico esercitato sul posto di lavoro.

Il mobbing è dunque una forma di violenza fisica o psicologica perpetrata sul luogo di lavoro determinata da una specifica strategia mirata ad emarginare progressivamente un individuo dal processo lavorativo. Tale strategia può essere messa in atto dai vertici aziendali, si parla in questo caso di "mobbing verticale", oppure può essere iniziativa di gruppi o singoli colleghi, "mobbing orizzontale". In entrambi i casi le vessazioni, se perpetrate nel tempo, possono determinare dei problemi di carattere psicologico nella vittima designata indotta, a causa della sofferenza psichica, ad autoescludersi dal mondo del lavoro.

È la Svezia la culla degli studi sul mobbing, sin dagli anni ottanta infatti lo studioso Heinz Leymann si occupa del tema giungendo ad una definizione delle situazioni configurabili come mobbing sul posto di lavoro. L'autore è

[3] Paragrafo redatto da Federica Mancini

determinato nell'operare una distinzione puntuale tra il mobbing e il conflitto temporaneo. Per poter definire un'azione come mobbing, secondo Leymann, essa "deve presentarsi con una certa frequenza (statisticamente almeno una volta a settimana) e per un periodo di tempo prolungato (statisticamente almeno sei mesi). A causa dell'alta frequenza e della lunga durata dell'azione ostile, questa forma di maltrattamento determina uno stato di malessere mentale, psicosomatico e sociale" (Leymann, 1990, p.119-126). La definizione non riguarda, dunque, le modalità di perpetrazione dell'azione ostile ("cosa viene fatto" e "come si fa") ma primariamente gli effetti sulla psiche della vittima. D'altra parte lo stesso Leymann avverte il lettore che il suo interesse scientifico concerne le condizioni patologiche causate dallo stress psicosomatico e mentale sul luogo di lavoro[4].

Secondo Leymann il mobbing è un fenomeno tutt'altro che marginale, egli stima che in Svezia ogni anno il 10 – 20% dei suicidi possa attribuirsi alle violenze subite sul luogo di lavoro[5]. Il livello di attenzione al fenomeno in Svezia è talmente elevato da aver sollecitato il legislatore a dotare la nazione di una Legge specifica - in vigore sin dal marzo 1994 – che oltre a prevedere metodi atti alla prevenzione delle forme di persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro, riconosce all'azione mobbizzante lo statuto di malattia professionale, costituente titolo per la richiesta di risarcimento.

Nel nostro paese l'attenzione di media, sindacati, nonché del mondo politico, al fenomeno del mobbing è emerso solo negli anni novanta, quando sono state presentate le prime denuncie di casi di maltrattamento sul lavoro.

Ricca è ormai la giurisprudenza dove si parla espressamente di mobbing e numerose sono le proposte di legge presentate da differenti schieramenti del nostro parlamento, anche se allo stato attuale non si dispone ancora di una normativa *ad hoc*, come d'altra parte richiesto dal Parlamento europeo nell'anno 2001 con una specifica risoluzione.

L'attenzione da parte degli studiosi al tema del mobbing in questo inizio di millennio è in crescita vertiginosa, ne sono testimonianza le numerose pubblicazioni, sia divulgative che a carattere scientifico, che troviamo copiose sugli scaffali delle librerie, ma, soprattutto, il numero sorprendente e sempre crescente di convegni e seminari nel corso dei quali studiosi di varie discipline si confrontano. È indubbio che il tema per la sua complessità richieda di essere osservato da differenti punti di vista. L'analisi del fenomeno, esposto nella prima parte di questo volume, privilegia una prospettiva interdisciplinare. Nell'illustrazione del fenomeno, finalizzata a costruire un quadro teorico di riferimento per lo studio empirico condotto, non potevano essere trascurate differenti ottiche: da un lato i fattori sociali ed ambientali che possono favorire

---

[4] Leymann, "Mobbing - its course over time" in *The Mobbing Encyclopaedia www.leymann.se/english/12220 E.htm* p.1

[5] Leymann, "Mobbing - its course over time" in *The Mobbing Encyclopaedia www.leymann.se/english/12220 E.htm* p.2

l'instaurarsi del mobbing – par. 2 – in particolare l'organizzazione del lavoro e le dinamiche di gruppo; dall'altra le caratteristiche di personalità dei soggetti che a vario titolo entrano nel processo (par. 3). Anche il contesto entro il quale si è scelto di svolgere l'indagine – il mondo infermieristico –, presenta delle specificità che possono influenzare il manifestarsi del fenomeno rispetto ad altri contesti lavorativi (par. 4). La descrizione dei danni a livello psichico provocati dalle azioni vessatorie, che secondo Leymann distinguono il mobbing da episodi di aggressività che possono occasionalmente verificarsi sui luoghi di lavoro, è offerta dal par. 5. Infine, non si potevano trascurare le implicazioni giuridiche del fenomeno nonché una panoramica dello stato dell'arte dei numerosi disegni di Legge proposti sinora nel nostro paese (par. 6).

1.2 Gli aspetti sociologici del mobbing[6]

Inglobando costitutivamente al proprio interno le dinamiche tra individui, il mobbing si configura come un classico oggetto di studio sociologico. I concetti di conflitto, di privazione relativa, di organizzazione, di coesione e di densità morale che esso richiama sono tutti concetti di acclarata impronta sociologica. Eppure, le indagini empiriche sul mobbing, intraprese con piglio sociologico, continuano a latitare nel nostro paese né si può dire che esse abbondino altrove.

Infatti, gran parte della letteratura esistente sul mobbing ha seguito di preferenza due tracce: quella delle implicazioni cliniche e, soprattutto, quella del profilo psicologico degli attori coinvolti nel fenomeno (il *mobber*, il mobbizzato e il *side-mobber*), con ampie incursioni nelle storie di vita di soggetti che sono stati in qualche maniera protagonisti del mobbing.

Harald Ege inserisce all'interno della propria griglia interpretativa elementi vagamente sociologici, utilizzati tuttavia con generici rimandi ai contesti culturali di riferimento, intesi in senso antropologico. In altre parole, Ege si limita a notare che la maggiore o minore diffusione del mobbing è legata in buona parte alle caratteristiche della società entro la quali esso si estrinseca. Con accenti non scevri da un certo campanilismo, Ege analizza comparativamente la società italiana e quella tedesca, mettendo in evidenza come la diversa espansione del mobbing tra le due società dipenda dalla diversità dei loro caratteri. «L'aggressività – scrive Ege (1997, pp.78-79) – e la mancanza di tolleranza sono tratti molto comuni nella società italiana e risultano a tutti ben visibili: dal guidatore che pigia concitatamente sul clacson alla minima imperfezione che vede, al diffusissimo ricorso a parolacce, oscenità linguistiche che, in un variegatissimo campionario di sfumature, sono presenti davvero in qualsiasi ambiente sociale, dagli studenti agli operai, dai circoli accademici e medici, alla vasta classe degli operai». Se sul tratteggio della "personalità di base" degli italiani non si

[6] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.

può eccepire granché, sono invece opinabili i limiti ai quali si arresta l'analisi dello studioso tedesco.

Più puntuale in senso sociologico è l'analisi di Leymann (1993, pp.129-148) il quale assume come punto di partenza un concetto di stretta origine sociologica, quello di conflitto. Leymann individua sei possibili cause che possono concorrere allo scatenamento sul posto di lavoro di un conflitto, considerato come elemento preparatorio del mobbing.

Queste sei cause sono:

- l'organizzazione del lavoro;
- le mansioni lavorative;
- la direzione del lavoro;
- la dinamica sociale del gruppo di lavoro;
- la personalità;
- gli errori causati dall'inopportuno additamento delle vittime come persone caratterialmente predisposte a giocare questo ruolo.

In realtà, quest'ultimo punto si traduce – nell'analisi di Leymann – in una sorta di giaculatoria contro quelli che Max Weber avrebbe chiamato "i profeti della cattedra", rappresentati nel nostro caso dagli psicologi che, con eccessiva disinvoltura e frettolosità, etichettano gli individui come "predisposti al mobbing". Questo causerebbe – a detta dello stesso Leymann – una sorta di inalienabile etichettamento, specialmente laddove gli psicologi svolgono una funzione di supervisione del personale, come avviene ad esempio in azienda.

L'elemento della conflittualità torna ripetutamente nelle analisi di seppur vaga impronta sociologica su questo tema. Se ne trova un riferimento in Neuberger (1994) e in Glasl (1980), entrambi studiosi tedeschi, segnati tanto dalla marcata impronta conflittualista subita dalla sociologia tedesca prima con Marx e quindi con la Scuola di Francoforte (Adorno, Horkheimer, Fromm, Marcuse e Habermas) e con Ralf Dahrendorf, quanto dalla peculiare attenzione che le aziende tedesche investono sui possibili problemi di produttività che possono nascere da fenomeni come quello qui preso in esame.

In ambito psicosociale, la teoria conflittualista viene rivisitata da Berkowitz (1973 e 1974) il quale – aggiornando la teoria della frustrazione-aggressività alla teoria degli spunti aggressivi – ipotizza una relazione diretta tra elementi stressogeni organizzativi e reazione aggressiva. La frustrazione accumulata professionalmente si convertirebbe in un'energia negativa di tipo aggressivo, diretta alla destabilizzazione dell'istituzione e, soprattutto, mirata su quelle persone ritenute responsabili, anche in assenza di fondate ragioni, del proprio stato di frustrazione.

Le ricerche più aggiornate collegano inoltre il mobbing alla flessibilità lavorativa. Parole come globalizzazione, riduzione dei costi aziendali, concorrenza, automazione sono alla base di un lavoro sempre meno stabile, più precario. Ne consegue una maggiore facilità di licenziamento, con ovvie implicazioni sul mobbing. Aumentando la concorrenza in senso "orizzontale", gli indivi-

dui ricorrono a manovre anche scorrette pur di difendere il posto di lavoro. Braccato dal timore di un licenziamento dovuto al sovrannumero, l'individuo potrebbe non esimersi dal mettere in atto mosse mobbizzanti nei confronti di un soggetto che ritiene concorrente. Autorevoli teorie e ricerche sociologiche (Lenski, 1966; Turner, 1984) dimostrano infatti che, in presenza di una carenza di risorse, gli individui che si trovano in una situazione competitiva acuiscono il conflitto per conquistarle. A questo stesso proposito e sulla scorta di un'abbondante documentazione empirica, Knoke e Laumann (1982) hanno ipotizzato che quanto meno equa è la distribuzione delle risorse tanto più il conflitto rischia di inasprirsi e tanto più lentamente esso entra nell'agenda degli organi supervisori per essere sedato.

Ben prima di loro, Georg Simmel (1908) aveva dimostrato l'efficacia del principio del *divide et impera*, grazie al quale per ottenere un vantaggio in occasione della competizione si mostra efficace la tattica di creare divisioni rispetto al nemico, ottenendone una posizione di vantaggio. È chiaro che tale principio, se applicato all'azione mobbizzante, risulta quanto mai visibile, in special modo in quei contesti – come quello preso in esame in occasione della presente ricerca – ove il conflitto può operare facendo leva sui meccanismi organizzativi. Lasciare serpeggiare dicerie e contumelie sul proprio bersaglio, magari ricorrendo alla delazione e all'illazione, è la strada da imboccare direttamente in ossequio al principio appena esposto, foriera di successi pressoché sicuri.

Premesso dunque che il mobbing – in quanto azione sociale implicante l'espressione di un conflitto – può essere spiegato come funzione di alcune condizioni sociali che possono operare su di esso (la carenza delle risorse, l'innesco di consapevoli tattiche conflittuali), quali sono gli altri fattori sociologici che – a partire dalla disamina della letteratura sociologica esistente – possono essere implicati nel mobbing? Il modello adottato in occasione della presente ricerca identifica elementi di duplice natura in grado di spiegare il mobbing: psicologici e sociologici.

Se con riferimento ai primi si rimanda ad altre parti del presente volume, per ciò che attiene ai secondi gli elementi da evidenziare, oltre al conflitto, vanno in parte rintracciati all'interno dei fattori organizzativi (gerarchizzazione dell'organizzazione; densità morale dell'organizzazione, eccetera) ed in parte all'interno di quelle dinamiche sovrastrutturali legate alle aspettative e all'autocollocazione dei soggetti in termini di vantaggi e privazioni rispetto agli altri.

In altre parole, è presumibile che il mobbing – in quanto fenomeno psicosociale complesso ascrivibile a molteplici fattori – sia in parte imputabile ad alcune delle caratteristiche dell'organizzazione all'interno della quale esso si estrinseca. Le organizzazioni, infatti, per loro natura implicano alcune funzioni sociali quali il controllo, la gerarchia e il consenso.

Pertanto, a seconda di come ciascuna di queste funzioni verrà esercitata dall'organizzazione, si avrà un differente risultato in termini di coesione sociale ovvero di conflitto. Il controllo può essere esercitato con diversi strumenti. La sorveglianza dei dipendenti, per esempio, «dà luogo ad un limitato coinvolgi-

mento dei lavoratori e […] causa alienazione dagli ideali dell'organizzazione» (Collins, 1988, p. 569). Una seconda forma di controllo consiste nell'ispezione dei risultati della prestazione. Anziché cioè controllare le azioni, l'attenzione viene spostata sul prodotto, che nel caso del lavoro infermieristico si traduce in una generica ispezione della presunta "qualità" delle prestazioni, nella solerzia con la quale viene realizzata una qualunque richiesta professionale. Non a caso, questa forma di controllo è quella tipica della burocrazia per eccellenza.

Una terza forma di controllo, peraltro piuttosto diffusa, tende alla standardizzazione dei comportamenti mediante la promulgazione di regole scritte. I sociologi dell'organizzazione considerano questa forma di controllo come un inevitabile corollario della democratizzazione: dovendo accordare parti che esprimono vocazioni e bisogni tanto diversi, le organizzazioni devono ricorrere alla formulazione di regole scritte. Non di rado, queste ultime vengono evase nel momento in cui, all'interno dell'organizzazione stessa, si trovano individui in accordo tra loro sulla pratica – entro termini di liceità, ovviamente – di una certa regola in contravvenzione con quella vigente. È il caso di un gruppo di colleghi di lavoro che, in quanto tutti fumatori, decidano di fumare nella loro stanza anche in presenza di un divieto in questo senso. Si potrebbe aggiungere che la giurisprudenza civile è in buona parte una risposta funzionale all'emersione di contenziosi che fanno riferimento proprio a regole scritte.

A queste tattiche per l'esercizio del controllo ne vanno aggiunte altre due, all'apparenza più morbide ma nella sostanza altrettanto se non più repressive. La prima è il controllo esercitato sulla comunicazione. Essa implica l'accesso ad un sapere inattingibile ai più e si palesa sia attraverso la rigida separazione tra un'oligarchia che determina le mosse del comando tenendo all'oscuro altri settori dell'organizzazione, sia attraverso la separazione di competenze di uno stretto settore di "competenti" rispetto ad un più ampio gruppo che ha una conoscenza soltanto parziale del processo organizzativo. Con questa tattica, al gruppo sfuggono le ragioni di determinate decisioni e la richiesta di spiegazione può così venire tacciata di disobbedienza La seconda tattica di controllo è quella sull'ambiente fisico. Da un lato, questa è la tattica più esplicitamente repressiva (si pensi all'istituzionalizzazione nelle carceri, negli ospedali psichiatrici, eccetera), mentre dall'altro essa in un certo senso può essere usata in sostituzione di altre. Il controllo sull'ambiente fisico dei lavoratori, il sapere sempre dove stanno e cosa stanno facendo – a prescindere da come lo stiano facendo – rappresenta una forma fortissima di controllo, che non a caso ha attecchito nel terziario con la progettazione dei cosiddetti uffici "all'americana", nei quali gli impiegati lavorano tutti in uno spazio comune, separati soltanto da alcune paratie.

Un altro elemento capace di determinare la percezione di una diversa prospettiva della propria posizione lavorativa è legato al sistema di aspettative degli individui. Nel fare riferimento alla propria gerarchia di bisogni e – di conseguenza – nel definire la percezione del proprio sé sociale in relazione a questi, le persone non adottano una scala assoluta, bensì una scala relativa. In altri termini, la percezione del proprio sé sociale in ragione di alcune caratteristiche per-

sonali viene contestualizzato – non importa se in maniera fondata o meno – all'interno di un concreto gruppo di riferimento. Il sistema di aspettative delle persone, quindi, non viene forgiato in base ai loro meriti effettivi, bensì in base a ciò che esse percepiscono come i propri meriti in relazione all'ambiente del quale fanno parte, ossia di quello che tecnicamente i sociologici chiamano gruppo di riferimento. Come chiarisce John Madge (1962, p. 412), «il punto fondamentale è che nel concetto di privazione relativa l'accento cade sul confronto col "modello di aspettativa" del soggetto o con la sua "definizione della situazione"». Concretamente una persona potrebbe lamentare una condizione di povertà non perché – come semplifica lo stesso Madge (*ibidem*) - «egli sia povero, ma piuttosto perché è più povero di quanto ritenga dovrebbe essere, quando confronta la sua situazione con quella degli altri». Il corollario di questo umanissimo schema mentale consiste talvolta nell'accettare paradossalmente situazioni oggettivamente fortemente svantaggiose e nel non accettarne altre che non implicano una reale quota di privazione.

Stouffer e altri (1950) hanno analizzato questi aspetti del comportamento sociale in occasione di un'indagine sul comportamento delle milizie durante la seconda guerra mondiale. La ricerca fu talmente densa di risultati, di scoperte sociologiche e così raffinata dal punto di vista metodologico, che ad essa seguirono vari approfondimenti. Uno di questi – di indiscutibile prestigio metodologico – è quello di Merton e Lazarsfeld (1950, p. 251) i quali proprio in merito ai gruppi di riferimento notarono un fatto a prima vista incredibile (l'esempio è riportato da Merton e Kitt). Durante le interviste condotte presso i vari reparti militari – interviste mirate a rilevare l'opinione dei soldati in merito alle possibilità di promozione – emerse che «*meno occasioni di promozione offriva un reparto o un gruppo di reparti, più favorevole era l'opinione verso la possibilità di promozione*» (corsivo nel testo).

Il bisogno di consenso ha infatti forti implicazioni rispetto al mobbing. Risulta intuitivo che, almeno in parte, le due figure principali del mobbing – il mobber e il mobbizzato – possono per così dire venire costruite socialmente a partire dalla formulazione del loro sistema di aspettative in relazione al proprio gruppo di riferimento, nonché a quella che tecnicamente si chiama definizione della situazione: l'attivazione dell'uno o dell'altro ruolo (mobber *vs.* mobbizzato) dipenderà allora da come l'individuo reagirà all'eventuale frustrazione di queste aspettative. Nel caso di un individuo predisposto all'aggressività, la reazione prospettabile sarà quella citata all'inizio di questo capitolo e riferibile al meccanismo illustrato da Berkowitz della frustrazione-aggressione. Viceversa, nel caso in cui l'individuo percepisca come inadeguato alla realtà il proprio sistema di aspettative e abbia quindi la sensazione di ricevere meno di quanto meriterebbe lasciando implodere questa sensazione, l'individuo stesso potrebbe predisporsi al ruolo di vittima.

In sintesi, sono dunque prospettabili, schematicamente, due risposte: una di esplosione, l'altra di implosione. È per questo che il modello messo a punto dal nostro gruppo di ricerca prevede l'analisi della relazione tra la realizzazione o

meno delle aspettative professionali degli infermieri e la loro propensione all'aggressività ovvero al vittimismo (nonché ad altri atteggiamenti possibili), rilevata attraverso una versione ridotta del test di Eric Schuler (2000).

È necessario precisare, come accennato in precedenza, che il sistema di aspettative degli individui si forgia all'interno del gruppo di riferimento di cui gli individui stessi fanno parte, anche in base a quell'apoftegma passato alla manualistica sociologica sotto l'epigrafe di "teorema di Thomas", che così recita: «se gli uomini definiscono reali le situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze» (Thomas, 1928, p. 572). La rilevanza del teorema di Thomas, noto anche come "profezia che si autoadempie", sta nel fatto che esso suggerisce la possibilità che le persone possano essere mobbizzate non necessariamente a causa di un'occorrenza esogena a loro contraria, bensì perché attivano le condizioni che rendono possibile questa occorrenza. Una ragione in più, dunque, per andare a controllare, attraverso il modello predisposto, l'incidenza dei fattori di personalità su eventuali episodi di mobbing.

Un elemento a sé stante del modello proposto riguarda infine la cosiddetta densità morale. In cosa consiste questa densità morale? Il concetto ha radici sociologiche piuttosto lontane, risalenti addirittura a uno dei padri della disciplina, il francese Emile Durkheim (1893), che scrisse i suoi lavori più significativi intorno alla fine dell'Ottocento. In qualche maniera il suo lavoro venne ripreso da suo nipote Marcel Mauss, una figura che si colloca al crocevia tra antropologia culturale e sociologia. Benché fosse un antropologo anomalo, che nel corso dei suoi studi – come ci ricorda Jean Cazeneuve (1968, p. 15) – «non fece il benché minimo studio sul terreno», Mauss ben apprese la lezione dello zio e fece fruttare moltissimo i suoi studi su dati cosiddetti secondari. Analizzando le dinamiche di scambio dei doni nelle società cosiddette a "oralità primaria" (o, come si direbbe volgarmente, "primitive"), Mauss diede il via a quella corrente teorica ripresa e sviluppata successivamente da Peter Blau e George Homans e passata alla storia della disciplina come teoria dello scambio.

In essa, uno dei concetti fondamentali è appunto quello di densità morale, concetto coniato dapprima da Durkheim (1893) per indicare il grado di interazioni all'interno di una società. Secondo Durkheim, infatti, l'aumento delle relazioni societarie interpersonali accresce la differenziazione dei singoli, producendo al tempo stesso una maggiore specializzazione dei ruoli (ad esempio, nella professione) ed una diversa forma di solidarietà, che nel caso delle società complesse Durkheim chiama "solidarietà organica". Ci si domanderà a questo punto quale rilevanza abbia questo concetto ai fini della presente ricerca. La risposta è duplice. Da una parte, infatti, la densità morale – che potremmo anche chiamare e di fatto chiameremo da qui in avanti "densità sociale" – è direttamente proporzionale al numero di rapporti che gli individui hanno occasione di avere tra loro all'interno di un determinato contesto. Ciò significa che – stando alle nostre esigenze di ricerca – gli infermieri operanti all'interno di istituzioni più complesse saranno esposti ad una rete di relazioni più fitta rispetto ai loro colleghi occupati in organizzazioni più semplici. Posizionato sugli stessi ambiti di inte-

resse scientifico, Blau (1977) ha affermato che la semplice dimensione dei vari gruppi determina la quantità di legami che possono intercorrere tra gli individui che appartengono a quei gruppi.

Da ciò deriva una maggiore esposizione potenziale al mobbing sia per la forte interazione degli scambi nel gruppo che, all'opposto, per la possibilità di venire esclusi – mobbizzati – all'interno di piccoli gruppi. I due effetti, si badi bene, possono potenzialmente essere insondabili. A dispetto di ciò, si è voluto ugualmente verificarne l'effettiva portata empirica, qualora questa sia effettivamente constatabile con mezzi di rilevazione adeguati. La seconda ragione per cui il concetto di densità sociale è importante è che esso è connesso – anticipa, potremmo dire – quelle teorie legate allo scambio sociale di cui come si è visto Marcel Mauss è stato un epigono.

Abbiamo dunque detto che la densità sociale può essere predittiva:

- del grado di coesione all'interno di una società o di un gruppo. Un più fitto numero di relazioni implica tanto la possibilità di diluire i contatti e di pervenire ad una maggiore specializzazione delle funzioni quanto una potenziale, minore visibilità, con un conseguente possibile aumento dell'emarginazione;
- del condizionamento che possono subire i membri di una società o di un gruppo. Alcuni studi condotti proprio sulla densità sociale sembrano dimostrare infatti che quanto più gli individui sono legati strettamente tra loro all'interno di una rete, tanto più essi sono condizionati dagli standard del gruppo (Whyte, 1943; Festinger, Schachter e Back, 1950; Bott, 1971). Ne consegue una maggiore potenzialità di mobbizzazione ai danni di coloro che si discostano da questi standard.

A quest'ultimo proposito, le molte ricerche condotte sugli stili di vita, la formazione delle amicizie e le scelte nelle relazioni interpersonali dimostrano che «la scelta dei propri amici è socialmente strutturata: i gruppi di amici tendono ad essere omogenei in base alla classe sociale di appartenenza (e all'interno delle classi in base a determinate "nicchie") occupazionali, così come anche in base al gruppo etnico di appartenenza, all'età, al sesso» (Collins, 1988, p. 526). Quella di Collins rappresenta in effetti un'ipersemplificazione di quello che volgarmente potremmo chiamare "mercato dell'amicizia". In un penetrante saggio del 1954 scritto con Robert Merton (e approdato con grave ritardo sugli scaffali delle librerie italiane), Lazarsfeld (1954, p. 92) precisa che i «modelli […] di omofilia di status – ossia, la correlazione positiva fra gli status dei soggetti legati da un'amicizia intima – siano, in misura notevole ma non del tutto definita, il prodotto di una sottostante concordanza di valori fra i soggetti». Insomma, per dirla con le parole degli stessi autori, «i soggetti aventi idee differenti tendono a scegliersi raramente come amici» (*ibi*, p. 59), il che significa che l'amicizia è un valore che le persone tendenzialmente collocano dopo la condivisione di idee e valori. I due autori arrivano infatti a conclusioni icastiche: «i valori – scrivono (*ibi*, p. 72) – sono più "forti" dell'amicizia». Se a prima vista tutto ciò può sem-

brare estraneo al mobbing, riflettendo più attentamente si noterà che le dinamiche prese in considerazione nella teoria dello scambio sociale e nella teoria della scelta sono invece strettamente imparentate con quelle che possono nascere nei luoghi di lavoro. In altri termini, l'analisi delle dinamiche di scelta o di rifiuto e la frequenza con la quale ci si è trovati di fronte ad episodi di discriminazione possono essere indicatori della creazione potenziale di episodi di mobbing all'interno di una determinata istituzione lavorativa.

Dal punto di vista metodologico, la peculiarità della densità sociale consiste nel fatto che, a differenza delle altre variabili implicate nel modello, essa è stata inserita in matrice a rilevazione conclusa. A fianco delle variabili che danno conto degli eventuali episodi discriminatori perpetrati a danno di questo o quell'individuo, si è dunque voluto tenere conto di una sorta di "coefficiente di rischio" dell'istituzione, partendo dall'ipotesi che ad una più fitta rete di rapporti potesse corrispondere una maggiore predisposizione dell'istituzione a casi di mobbing.

1.3 Gli aspetti psicologici del mobbing[7]

Il mobbing non è una condizione stabile, ma un processo in continua evoluzione, che determina in chi lo subisce reazioni diverse a seconda del proprio stile di personalità, a seconda della durata dell'aggressione e a seconda delle conseguenze che provoca nel contesto in cui mobber e mobbizzato sono inseriti. Alcuni autori, come Leymann ed Ege, psicologi dell'organizzazione aziendale, si sono soffermati soprattutto sugli aspetti descrittivi della sofferenza psicologica del mobbizzato, mentre la Hirigoyen, psichiatra e psicoanalista, ha tentato una interpretazione più profonda delle dinamiche psicologiche sottese ai vari comportamenti. La diversa ottica permette di cogliere aspetti diversi che in parte illuminano il processo da punti di vista diversi, e che la propria personale formazione in parte solleva nuovi quesiti. Per Leymann ed Ege il Mobbing è una sindrome di sofferenza contesto-dipendente, mentre per la Hirigoyen la dimensione soggettiva è determinante e si iscrive nel quadro di un preciso gioco tra stili di personalità che entrano in conflitto tra loro.

L'elemento conflittuale è centrale in entrambe le prospettive, ma per Leymann ed Ege il contesto nel quale si opera è quello esterno della struttura aziendale, con le sue tensioni e le sue frustrazioni, mentre per la Hirigoyen esso è prevalentemente intrapsichico. I primi due puntano ad interventi risolutivi di tipo organizzativo-gestionale, con eventuali inclusioni di tipo sindacale, mentre la Hirigoyen pone al centro del suo disegno interpretativo e terapeutico la psicoterapia. Per i primi la patologia ha soprattutto un carattere aziendale, al punto da poter parlare di istituzione malata; per la seconda sono i soggetti coinvolti nel

[7] Paragrafo redatto da Caterina Flora.

processo di mobbizzazione ad avere bisogno di un supporto personale, che permetta ad entrambi di rielaborare i relativi comportamenti e prendere le necessarie misure difensive.

Leymann interpreta il Mobbing alla luce della Teoria del conflitto, della quale mette a fuoco 3 fattori esterni e 3 interni.

Tra i fattori *esterni*:
- organizzazione del lavoro;
- mansioni del lavoro;
- direzione del lavoro.

Tra quelli *interni*:
- dinamica sociale del gruppo;
- teorie sulla personalità;
- eccessiva psicologizzazione.

Il conflitto per Leymann mette in atto un processo in cui si possono distinguere 3 tipi di azioni:
- sul piano della *Comunicazione;*
- sul piano della *Reputazione;*
- sul piano delle *Prestazioni*.

Il processo a sua volta si sviluppa in quattro fasi, che permettono di per spiegare le diverse manifestazioni psicologiche, cliniche e sociali del mobbing:

- *Prima fase*: c'è un normale conflitto. Il signor Nero trova antipatico il signor Bianco e lo attacca (con meschinerie ed anche scherzi feroci).
- *Seconda fase*: si scatena il terrore psicologico. Il conflitto ha una *escalation*, le ostilità del signor Nero sono sempre più frequenti e gravi. Se dai quindici ai diciotto mesi le aggressioni proseguono si può notare molto spesso, un avviamento verso uno stato cronico di ansietà.
- *Terza fase*: l'Amministrazione del Personale commette errori e irregolarità, negazione dei diritti della vittima. I superiori vengono a conoscenza del conflitto e addossano la colpa al signor Bianco.
- *Quarta fase*: dequalificazione delle mansioni. Successione di trasferimenti da un posto all'altro. Periodo di malattia di lunga durata. Il lavoratore mobbizzato viene escluso dal mondo del lavoro. Dopo un certo periodo di tempo il signor Bianco si ammala e dà le dimissioni, oppure viene licenziato.

Leymann ha elaborato un catalogo di 45 comportamenti (*Lipt-Leymann inventary of Psicological Terrorism*) diviso in 5 parti:
- attacchi alla possibilità di comunicare;
- attacchi alle relazioni sociali;
- attacchi alla immagine sociale;

- attacchi alla qualità della condizione professionale e privata;
- attacchi alla salute.

Ege ha rielaborato questo modello, identificando alcune tappe intermedie, che permettono di analizzare meglio alcuni comportamenti tipici del mobbizzato:

- *Pre-fase*, condizione zero, non costituisce mobbing, anche se è un terreno fertile al suo sviluppo. Conflitto generalizzato, che vede tutti contro tutti e non ha una vittima definita. Non è del tutto latente, ma si fa notare di tanto in tanto con banali diverbi d'opinione, discussioni, piccole accuse e ripicche, manifestazioni del diffuso e notorio tentativo di emergere rispetto agli altri. Non c'è da nessuna parte la volontà di distruggere, ma solo quella di elevarsi sugli altri.
- *Prima fase*, conflitto mirato. Si individua una vittima e verso di essa si dirige la conflittualità generale. Il conflitto fisiologico si incanala in una determinata direzione. In questo momento l'obiettivo non è più quello di emergere, ma quello di distruggere l'avversario, "fargli le scarpe". Il conflitto non è più oggettivo e limitato al lavoro, ma sempre più si dirige verso argomenti privati.
- *Seconda fase*, inizio del mobbing. Gli attacchi da parte del mobber (colui che agisce il mobbing, il "persecutore") non causano ancora sintomi o malattie di tipo psico-somatico sulla vittima (mobbizzato), ma tuttavia le suscitano un senso di disagio e fastidio. Essa percepisce un inasprimento delle relazioni con i colleghi ed è portata quindi ad interrogarsi su tale mutamento.
- *Terza fase*, primi sintomi psicosomatici. La vittima comincia a manifestare dei problemi di salute e questa situazione può protrarsi anche per lungo tempo. Questi primi sintomi riguardano in genere un senso di insicurezza, l'insorgere dell'insonnia.
- *Quarta fase*, conflitto pubblico. Il caso di mobbing diventa pubblico e spesso viene favorito dagli errori di valutazione da parte dell'ufficio del Personale. La fase precedente, che porta in malattia la vittima, è la preparazione di questa fase, in quanto sono di solito le assenze per malattia sempre più frequenti ad insospettire l'Amministrazione del Personale.
- *Quinta fase*, aggravamento della salute psicofisica. Il mobbizzato entra in una situazione di vera disperazione. Di solito soffre di forme depressive più o meno gravi, spesso assume psicofarmaci. I provvedimenti presi dall'Amministrazione sono non solo inadatti, ma anche molto pericolosi per la vittima. Essa finisce con il convincersi di essere la causa di tutto o di vivere in un mondo di ingiustizie contro cui nessuno può nulla, precipitando ancora di più nella depressione.
- *Sesta fase*, esclusione dal mondo del lavoro. Anche questa fase è predisposta dalla precedente: la depressione porta la vittima a cercare la via di uscita con le dimissioni o il licenziamento, una forma più grave può portare al prepensionamento o alla richiesta della pensione di invalidità. I casi di disperazione più seri si concludono in atti estremi, come il suicidio.

Nell'ambito della psicologia del lavoro è interessante anche la prospettiva assunta da Watten che considera il mobbing come un processo, in cui si esplicita un conflitto, che si auto-alimenta, in cui tutti perdono qualcosa di importante per sé stessi e per l'attività che li lega. È caratterizzato da:

- impotenza generale;
- mancata assunzione di responsabilità;
- estrema difficoltà di risalire alle cause iniziali;
- fissazione sul piano emotivo con un esplicito rifiuto a spostarsi sul piano razionale.

Per Watten il mobbizzato è colui che ad un certo punto si sente tale: colpisce il suo cambiamento di carattere, il modo di fare e reagire, mostra sintomi di stress, si ammala e fa assenze, teme di sbagliare tutto, anche se è convinto di non avere colpa, ha poca fiducia in sé stesso, rifiuta di assumersi responsabilità. Il suo tratto tipico è l'isolamento. Chiunque può essere vittima del Mobbing. Ci sono però categorie a rischio: sono le persone sole, quelle che hanno un comportamento anticonformista, originale, oppure persone che si inseriscono in un ambiente senza afferrarne completamente le regole interne, spesso inespresse, e infine le stesse persone che hanno successo. Secondo Watten nel Mobbing la vittima si viene a trovare ad un livello inferiore, non necessariamente per ruolo, intelligenza o cultura, ma per *status psicologico.* Il circolo vizioso che si innesta porta la vittima a perdere progressivamente influenza e potere decisionale, diminuisce il rispetto da parte degli altri, la fiducia in sé stesso, l'entusiasmo nel lavoro, la cerchia degli amici si riduce.

Marie-France Hirigoyen, descrive in modo assai preciso l'evoluzione del mobbing, inteso come rapporto molesto, in due fasi: una di seduzione perversa, l'altra di violenza palese.

a) La prima fase può svolgersi nell'arco di più anni. Si costruisce gradualmente quando il rapporto è agli inizi, tramite un processo seduttivo. È una fase preparatoria, nel corso della quale la vittima viene destabilizzata e perde poco a poco fiducia in se stessa.
b) Nella seconda fase, una volta sedotta, la persona può essere influenzata, le si può imporre il proprio ascendente, limitandone la libertà.

Se la causa scatenante del mobbing secondo Leymann è il conflitto sul luogo di lavoro, per la Hirigoyen il mobber ha un disturbo di personalità che definisce "narcisista perverso". Già Field aveva parlato di possibile personalità disturbata del collega o del capo prepotente quale causa predisponente ai fenomeni di mobbing. Ma la Hirigoyen fa un passo avanti e identifica tra i protagonisti del processo di mobbing i perversi narcisisti, considerandoli come psicotici senza sintomi, che trovano il loro equilibrio scaricando su qualcun altro il dolore che non provano e le contraddizioni interiori che si rifiutano di percepire. Non feriscono di proposito, ma non sanno comportarsi diversamente. Sono stati feriti a

loro volta da piccoli e cercano di mantenersi in vita così. Questo *transfert* di dolore permette loro di valorizzarsi a spese altrui. La perversione narcisista consta di un funzionamento perverso messo in atto su una personalità narcisista[8].

La descrizione della patologia narcisista fatta da Otto Kernberg (1975) è molto vicina a ciò che la Hirigoyen definisce come perversione narcisista[9]. Per il narcisista l'altro non esiste in quanto individuo, ma in quanto specchio. Un narciso è un guscio vuoto che non ha esistenza propria; è uno "pseudo", che cerca di ingannare per mascherare il suo vuoto. È qualcuno che non è mai stato riconosciuto come essere umano e che è stato obbligato a costruirsi un gioco di specchi per darsi l'illusione di esistere. Essendo incapace di una relazione vera, può farlo solo in un registro "perverso", di cattiveria distruttiva. Incontestabilmente i perversi provano un piacere stremo, vitale, di fronte alla sofferenza dell'altro e ai suoi dubbi, così come prendono gusto ad asservirlo e umiliarlo. Come i vampiri, il narciso vuoto ha bisogno di nutrirsi della sostanza altrui. Quando non si ha vita, si deve cercare di appropriarsene o, se è impossibile, di distruggerla perché non ve ne sia in nessun luogo.

I perversi narcisisti vengono invasi da un "altro", da un doppione, un riflesso di loro stessi di cui non possono fare a meno. Ecco perché le vittime hanno la sensazione di sentirsi negate nella loro individualità. La vittima non è un individuo "altro" ma soltanto un riflesso. Qualunque situazione in grado di rimettere in discussione questo sistema di specchi, che maschera il vuoto, non può che suscitare una reazione di furore distruttivo a catena.

I perversi narcisisti sono insensibili, privi di affetto, e in tal modo non sentono dolore. Sono individui megalomani che si atteggiano a punti di riferimento, a campioni del bene e del male, della verità. Spesso si attribuisce loro un'aria moralizzatrice, superiore, distante. Anche se non dicono niente, l'interlocutore si sente colto in fallo. Manifestano una totale mancanza di interesse e di

---

[8] La letteratura identifica aspetti di un *continuum* nel disturbo narcisistico di personalità. Kernberg ha identificato un tipo invidioso, avido, che richiede attenzione e acclamazione da parte degli altri, mentre Kohut ha descritto un soggetto narcisisticamente vulnerabile tendente alla frammentazione del Sé. Bursten ha diviso i pazienti narcisisti in quattro gruppi – l'insaziabile, il paranoide, il manipolatorio, e il fallico-narcisista. Le varie descrizioni dei pazienti narcisisti presentate da vari autori possono essere concettualizzate inscrivendole tra i due poli di un *continuum* basato su un tipico stile di relazioni interpersonali. Da un punto di vista descrittivo, i due estremi opposti di questo *continuum* possono essere etichettati come "narcisista inconsapevole" e "narcisista ipervigile" (Gabbard, 1989). Questi termini si riferiscono specificamente allo stile di interazione prevalente del soggetto, sia nelle relazioni di *transfert* con il terapeuta sia nelle relazioni sociali in generale. (Gabbard, 1995).

[9] Le principali caratteristiche di queste personalità narcisiste sono una sensazione di grandezza, un estremo egocentrismo, una totale assenza di empatia per gli altri, anche se sono avide di ottenere ammirazione e approvazione. Questi pazienti avvertono un'invidia molto intensa nei confronti di quanti sembrano possedere le cose che loro non hanno o che semplicemente sembrano trarre piacere dalla loro vita. Non soltanto sono privi di profondità affettiva e non arrivano a capire le emozioni complesse degli altri, ma i loro sentimenti personali non sono modulati e conoscono rapide fiammate seguite da dispersione. Ignorano in particolare i reali sentimenti di tristezza e di dolore; questa incapacità di provare reazioni depressive è un tratto fondamentale della loro personalità. Quando vengono abbandonati o li si delude, può darsi che si mostrino apparentemente depressi ma, a un esame attento, si tratta di collera o di risentimento con desideri di vendetta, piuttosto che di una vera tristezza per la perdita di una persona che apprezzano. (O. Kernberg, "The Narcissistic Personality", in *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, 1975).

empatia per gli altri, ma desiderano che ci si interessi di loro. Tutto è dovuto loro. Criticano chiunque, non ammettono di essere messi in causa o di venire rimproverati. Di fronte a questo universo di potere la vittima è per forza di cose in un universo di debolezze. Mostrare quelle degli altri è un modo per non vedere le proprie, per difendersi da un'angoscia di ordine psicotico.

I perversi narcisisti nutrono un'invidia intensissima nei confronti di chi sembra possedere le cose che loro non hanno o di chi trae piacere dalla vita. Poiché non sono capaci di amare, cercano di distruggere col cinismo la semplicità di un rapporto naturale.

Per accettarsi, i perversi narcisisti devono trionfare su qualcun altro, sentendosi superiori. Gioiscono della sofferenza altrui. E' una mentalità aggressiva, che si basa sulla percezione di quello che una certa persona ha e che non si possiede. La percezione è soggettiva, può addirittura essere delirante. L'invidia comporta due atteggiamenti opposti: l'egocentrismo e la malevolenza, accompagnata dal desiderio di danneggiare la persona invidiata. Ciò che i perversi invidiano negli altri è, prima di tutto la vita. Invidiano i loro successi, che li pongono di fronte alla propria sensazione di fallimento, niente va mai bene, tutto è complicato, tutto è una prova. Impongono agli altri la loro visione pessimista del mondo e la loro cronica insoddisfazione della vita. Smorzano ogni entusiasmo intorno a loro stessi. Con il loro pessimismo, inducono chi hanno accanto a deprimersi, per poi rimproverarglielo.

I perversi scelgono le loro vittime tra persone piene di energia e che hanno gioia di vivere, come se loro traessero una forza vivificatrice. Lo stato di servitù, di soggezione della vittima alle loro esigenze, la dipendenza, testimoniano in modo incontestabile che l'appropriazione è avvenuta davvero. L'appropriazione è la conseguenza logica dell'invidia.

Allora nel processo di mobbing il perverso designa la propria vittima. E' tipico di un attacco di mobbing prendere di mira le parti vulnerabili dell'interlocutore, là dove c'è una debolezza o una patologia. Ogni individuo presenta un punto debole, che diventerà per il perverso qualcosa a cui aggrapparsi. Egli è molto abile nell'intuire i punti deboli di ogni persona e le modalità attraverso le quali si possono causare sofferenze e patimenti. I perversi vanno alla ricerca, nell'altro, del seme di autodistruzione, che basta poi attivare con una comunicazione destabilizzante.

Il funzionamento perverso consiste quindi nello spegnere ogni traccia di vita, ogni desiderio, anche quello di reagire. Nel rapporto perverso la vittima deve essere privata quindi di ogni possibilità di reagire e di fermare lo scontro. È per questa ragione che si tratta effettivamente di un'aggressione. Il condizionamento realizzato in via preliminare ha tolto il potere di dire di no. La vittima è trascinata in questa situazione perversa suo malgrado. È stata sollecitata nella sua parte masochista, che esiste in ogni individuo. Si è ritrovata invischiata in un rapporto distruttivo senza avere i mezzi per sottrarvisi. Sua unica colpa è quella di non essere stata diffidente, di non avere considerato i messaggi violenti non verbali.

Le vittime fanno propria la colpevolezza dell'altro. Si ritrova in loro una sensazione latente di inferiorità, che riescono in genere a compensare, a condizione che non si fornisca loro l'occasione di sentirsi in torto. La vulnerabilità al senso di colpa costituisce una fragilità di fronte alla depressione; essa porta la persona a diventare iperattiva, in forte interazione con la società. Comincia come un gioco, un duello intellettuale. Si deve riconoscere in esso una sfida: essere o non essere accettato come partner da un personaggio tanto esigente.

Le vittime ideali dei perversi morali sono quelle che, non avendo fiducia in sé, si sentono costrette a esagerare, a fare troppo, per dare a tutti i costi una migliore immagine di sé. Le vittime sono quindi trasformate in preda alla loro stessa energia vitale. Hanno bisogno di dare e i perversi narcisisti di prendere: non si può immaginare incontro più ideale. L'uno rifiuta il senso di colpa, l'altro ha una naturale propensione a colpevolizzarsi.

La seduzione perversa si realizza sfruttando gli istinti protettivi altrui. Come in ogni manipolazione, la prima tappa consiste nel far credere all'interlocutore che è libero, anche se si tratta di un'azione ingannevole, che priva della libertà chi la subisce. Si toglie alla vittima la capacità di difesa, la si priva di senso critico, eliminando così una possibile ribellione. Per esercitare questo tipo di condizionamento si sfruttano procedimenti che danno l'illusione della comunicazione, una comunicazione particolare, fatta non per unire, ma per allontanare ed ostacolare lo scambio. La Hirigoyen centra la sua attenzione sulle modalità comunicative e ne descrive alcune che si danno con maggiore frequenza nel caso dei fenomeni di mobbizzazione:

Rifiutare la comunicazione diretta: Non si parla di niente tutto è sottinteso. È sufficiente un'alzata di spalle, un sospiro. Dato che non si dice niente si può rinfacciare tutto. Rifiutare il dialogo è un modo per dire che l'altro non interessa o addirittura che non esiste. Con i perversi il discorso è tortuoso, senza spiegazioni, e conduce a un'alienazione reciproca. Si è sempre al limite dell'interpretazione. Questa modalità è stata precedentemente studiata da Waztlawick, Beavin, Jackson (1971) riguardo la comunicazione patologica, ed è stata denominata disconferma. «La disconferma (che osserviamo nella comunicazione patologica) non si occupa più della verità o della falsità della descrizione che *un soggetto* ha dato di sé - affermano i tre studiosi della Scuola di Palo Alto – ma piuttosto nega la realtà di *un soggetto* come emittente di tale definizione» (corsivo aggiunto). In altre parole, mentre il rifiuto equivale al messaggio "Hai torto", la disconferma in realtà dice "Tu non esisti".

Travisare il linguaggio: Il messaggio di un perverso è deliberatamente vago e impreciso, tale da alimentare la confusione.

Mentire: Dire senza dire è un modo ingegnoso per far fronte a qualunque situazione. Un altro tipo di menzogna indiretta consiste nel rispondere in modo impreciso o marginale, o con un attacco diversivo. Verità o bugia, ai perversi importa poco: è vero quello che dicono in quel dato istante. Queste falsificazioni della verità sono a volte molto vicine a una costruzione delirante. La menzo-

gna risponde semplicemente ad un bisogno di ignorare ciò che contrasta con il proprio interesse narcisistico.

Destabilizzare l'altro:

- farsi beffe delle sue convinzioni, delle sue scelte politiche, dei suoi gusti;
- non rivolgergli la parola;
- ridicolizzarlo in pubblico;
- denigrarlo davanti agli altri;
- privarlo di ogni possibilità di esprimersi;
- beffarsi dei suoi punti deboli;
- fare allusioni scortesi, senza mai esplicitarle;
- mettere in dubbio le sue capacità di giudizio e di decisione.

Usare il paradosso: Il paradosso nasce, il più delle volte dal divario tra le parole dette e il tono con cui le si pronuncia. Si dice una cosa a livello verbale e si esprime quella opposta a livello non verbale. È un mezzo molto efficace per destabilizzare l'interlocutore. Un tipo di messaggio paradossale consiste nel seminare il dubbio su fatti più o meno insignificanti della vita quotidiana. Il partner finisce per vacillare e non sa più chi ha torto e chi ha ragione. Watzlawick (1971) afferma che il paradosso non solo pervade l'interazione e influenza il nostro comportamento e la nostra salute mentale, ma sfida anche la nostra fede nella coerenza e quindi nella fermezza ultima del nostro universo.

Squalificare: Consiste nel togliere a qualcuno ogni qualità, nel dirgli e ripetergli che non vale niente, fino a indurlo a pensare che sia davvero così. Watzlawick (1971) la definisce come una tecnica importante dove un individuo può comunicare in modo da invalidare le proprie comunicazioni o quelle dell'altro.

Dividere per regnare meglio: Laddove il perverso narcisista eccelle, è nell'arte di aizzare le persone le une contro le altre, di provocare rivalità e gelosie. In un'azienda ciò si concretizza in pettegolezzi, sottintesi, privilegi accordati a un lavoratore a detrimento di un altro, preferenze che cambiano. Vuol dire anche fare circolare voci che, impercettibilmente, arriveranno a ferire la vittima senza che essa riesca a individuarne l'origine.

Imporre il proprio potere: Siamo nell'ambito di una logica di abuso di potere, in cui il più forte sottomette l'altro. Il potere si prende con la parole. Il discorso del perverso è totalizzante: enuncia proposizioni che sembrano universalmente vere.

Waztlawick, Beavin e Jackson (1971), concordano nel definire la relazione simmetrica quando le comunicazioni ed i comportamenti di chi comunica sono basate sull'eguaglianza. Due persone sono in simmetria relazionale quando il loro scambi comunicativi definiscono ruoli il più possibile simili. Si parla invece di complementarietà, quando le comunicazioni ed i comportamenti sono basati sulla differenza tra le persone, in modo che una assume la direzione, il comando della relazione (viene a trovarsi in posizione *one-up*), e l'altra la segue (assumendo la posizione *one-down*). Due persone sono in simmetria relazionale quan-

do i loro scambi comunicativi definiscono ruoli il più possibile reciproci, tali da compensarsi reciprocamente (Secci, 2001). La simmetria e la complementarità, per Waztlawick, non sono in se stesse per loro natura "buone" o "cattive", "normali" o "anormali". I due concetti si riferiscono semplicemente alle due categorie fondamentali in cui si possono dividere tutti gli scambi della comunicazione. Entrambe hanno funzioni basilari, e la loro presenza è di fondamentale importanza. Come ogni altro modello di comunicazione anche queste due categorie hanno le loro patologie potenziali. In una relazione simmetrica è sempre presente il pericolo della competitività. Watzlawick, per spiegare l'*escalation simmetrica*, si serve di una celebre espressione di Orwell: «l'uguaglianza, tra gli individui e le nazioni, sembra più rassicurante se si riesce ad essere un po' più uguali degli altri». Uno stato di guerra più o meno manifesto caratterizza l'*escalation simmetrica*, contrariamente a quanto avviene in una relazione simmetrica sana, improntata alla fiducia e al rispetto tra i partner.

Agli stessi criteri di accettazione incondizionata, propri della relazione simmetrica si riconduce una sana relazione complementare. L'aspetto patologico evidenzia una rigidità del rapporto simmetrico. Nella relazione complementare il problema tipico è quello in cui un individuo P chiede ad un altro O che gli confermi la definizione che P dà di sé e che è in contrasto col modo con cui O vede P. Questo pone O in un dilemma assai singolare: deve cambiare la propria definizione del Sé in una che faccia da complemento e quindi sostenga quella di P, perché è nella natura delle relazioni complementari che una definizione del Sé si possa mantenere soltanto se il partner assume uno specifico ruolo complementare. Come conseguenza della rigidità di un rapporto simmetrico si possono produrre in una o in entrambe le parti del sistema sentimenti di "perdita del sé" e di risentimento reciproco. Si tratta di processi tanto sottili quanto devastanti.

In psicoanalisi si parla di sadomasochismo, inteso come il legame tra due individui le cui formazioni del rispettivo carattere deviante si amalgamano a vicenda. In tal senso Secci ipotizza che la relazione tra mobber e mobbizzato si configura come proprio come relazione complementare rigida o simmetrica rigida.

Jaoui afferma che nessuno può avere su di noi più potere di quanto gliene vogliamo concedere. Ognuno di noi dunque è responsabile di ciò che fa, di ciò che è e di ciò che gli accade.

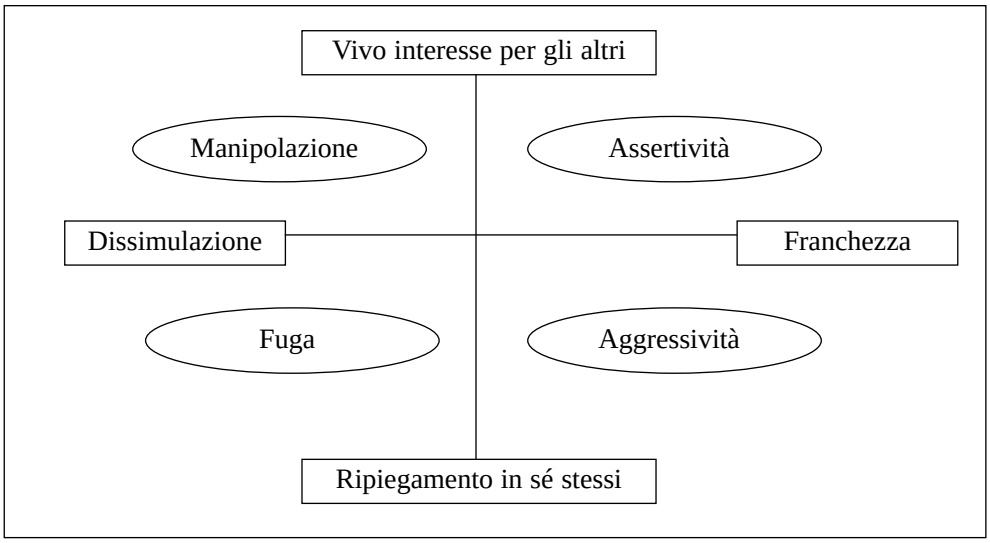
L'assertività è una tra le diverse modalità efficaci per difendere, fermamente ma senza aggressività, i propri valori.

Con tale termine si intende un'attitudine che permette, a partire da una analisi chiara della situazione, di definire chiaramente il proprio obiettivo o la propria posizione di fronte a questa situazione, di svelarla senza ambiguità a terzi, di difenderla senza aggressività, pur ammettendo un diverso atteggiamento da parte degli altri.

È necessario precisare che il termine assertivo non va inteso come sinonimo di assertorio, ossia di apodittico, lapidario. Altresì, assertivo va qui inteso come capace di affermare la propria personalità, di non nascondersi, evitando al contempo di mortificare quella degli altri. In questa ottica, l'atteggiamento

assertivo ricavato dal modello di Schuler è il solo, tra i quattro individuati (aggressivo, di fuga, di manipolazione), ad eludere appieno ogni potenziale posizione in un'eventuale dinamica di mobbing. Se infatti l'atteggiamento aggressivo ha il difetto di tenere al ridimensionamento degli altri, quello manipolativo alla dissimulazione e alla trasformazione della realtà e quello di fuga all'evitamento, con la possibile conseguenza dell'auto-emarginazione; l'atteggiamento assertivo è il solo ad affrancarsi da qualsiasi tentazione potenzialmente mobbizzante, nell'uno come nell'altro verso.

FIGURA 2 - *I quattro atteggiamenti relazionali studiati da Schuler.*



Il diagramma riportato in Figura 2 presenta i quattro atteggiamenti possibili nei confronti degli interlocutori. È diviso in quattro quadranti da due assi perpendicolari.

L'asse verticale rappresenta l'*interesse per gli altri* versus *ripiegamento su sé stessi*:

- in alto si trova l'atteggiamento di ascolto attento, d'interesse per l'altro (*vivo interesse per gli altri*): è un atteggiamento di apertura, di disponibilità sociale, favorevole alla comunicazione;
- in basso questo interesse è quasi nullo (*Ripiegamento su se stessi*): è un atteggiamento di chiusura, di ripiegamento su se stessi che, secondo Schuler, è proprio di chi ha scelto la solitudine o di chi parla senza mai ascoltare e non presta alcuna attenzione agli altri.

L'Asse Orizzontale rappresenta il grado di *franchezza* versus *dissimulazione* nelle relazioni:

- a sinistra vi è l'atteggiamento di *dissimulazione*: un atteggiamento di deliberata decisione di non esprimere le idee e le opinioni personali che si possono avere su un soggetto;
- a destra vi è l'atteggiamento di *franchezza*: un atteggiamento che consiste nell'esporre sistematicamente il proprio pensiero, qualche volta anche senza riflettere sulle conseguenze che possono comportare (produrre/causare).

L'eccesso di ciascuno di questi atteggiamenti può costituire, ovviamente, una carenza più o meno grave nella comunicazione.

Guardiamo dunque sotto la lente d'ingrandimento ciascuno dei quattro atteggiamenti definiti nel grafico.

L'atteggiamento di fuga. Questo primo atteggiamento si caratterizza per la presenza contemporanea di un ripiegamento su se stessi ed una profonda dissimulazione. Spinto all'estremo è un atteggiamento da eremita, da solitario, che respinge ogni comunicazione. Di fatto, esso si riscontra raramente sotto questa forma, quantunque alcuni credano che sia giusto adottarlo nel solo ambito professionale. L'atteggiamento di fuga limita ogni forma di comunicazione e chi lo assume sembra rifiutare ogni forma di soddisfazione o di piacere nell'ambito professionale.

La mancanza di comunicazione non è il solo sintomo dell'atteggiamento di fuga. Di fronte al lavoro, coloro che si rifugiano in quest'atteggiamento possono adottare inoltre diversi comportamenti:

L'inattività, che sembra essere il sintomo più frequente. Il lavoro viene considerato senza interesse, viene trascurato. In alcuni casi, un lavoro che può essere svolto in poche ore viene protratto per una settimana. In questo atteggiamento può risultare la presenza di uno stato depressivo.

L'agitazione, paradossalmente, sembra essere una conseguenza dell'atteggiamento di fuga, in quanto si rischia di fare più lavori insieme senza portarne a termine alcuno, creando così, per la mancata organizzazione, un sovraccarico insopportabile di lavoro.

Il sovradattamento, ove è presente un rifiuto verso ogni iniziativa ed organizzazione; non vengono stabilite priorità e gerarchie personali per portare a termine il lavoro ma ci si adatta alla modalità richiesta.

La violenza, raramente diretta verso gli altri colleghi di lavoro, è rivolta più verso se stessi. I più comuni corollari di questo atteggiamento, a livello sintomatologico, sono gli stati depressivi, le emicranie e l'assenteismo ripetuto dovuto alla comparsa di malattie psicosomatiche.

L'atteggiamento aggressivo. Sembra che le persone con atteggiamento aggressivo siano persuase della loro efficienza personale, nella convinzione che gli altri siano molto meno efficienti ed abbiano bisogno di forti sollecitazioni. Tendono a creare un clima di terrore nei loro uffici e non sembrano tollerare le contraddizioni. Appaiono molto esigenti verso loro stessi, non sembrano avere

rispetto dei loro collaboratori, non sembrano consapevoli del clima disastroso che instaurano e del basso rendimento del lavoro che in generale ne risulta.

L'atteggiamento di manipolazione. Questo terzo atteggiamento deriva allo stesso tempo da un certo interesse per gli altri e da una dissimulazione selettiva mirante a trasmettere soltanto i messaggi che permettono di raggiungere i propri fini. La manipolazione è spesso efficace: il pericolo consiste nel vederla scoperta e nel perdere quindi la fiducia di chi ne è stato vittima.

L'atteggiamento assertivo. L'assertività è l'attitudine, in una qualsiasi situazione, a definire chiaramente la nostra posizione, a renderla nota, a difenderla senza aggressività, ammettendo e accettando posizioni differenti da parte altrui. Quest'attitudine si manifesta attraverso una predisposizione ad ascoltare, alternata ad una esposizione chiara del proprio punto di vista. I principali vantaggi risultanti dal comportamento assertivo sul lavoro sono:

- il rispetto dei valori umani;
- una migliore comunicazione a tutti i livelli e tra i livelli;
- gli obiettivi chiari, negoziati ed accettati;
- la permanente ricerca di soluzioni ai problemi e ai conflitti, affrontati con la volontà di risolverli;
- la formulazione chiara di opinioni, che evita la critica implicita.

Una buona padronanza dell'assertività permette di pervenire ai seguenti risultati nelle proprie relazioni professionali:

- dire di "no", saper accettare un rifiuto;
- meglio dire di "sì" (saper accettare i complimenti e prendesi la responsabilità di un successo);
- entrare in relazione con sconosciuti;
- formulare chiaramente una domanda o un rifiuto;
- emettere con un giusto tono critiche e complimenti;
- sviluppare relazioni amichevoli con coloro che si è scelto.

Questo tipo di comportamento deriva allo stesso tempo dal saper ascoltare gli altri e da un buon livello di franchezza. Niente ipocrisie, la voglia ed il coraggio di dire chiaramente cosa si pensa, cosa ci si aspetta e che cosa si spera. Schuler utilizza un'espressione, di cui ignora l'origine, che sembra definire bene l'assertività: «Né istrice, né zerbino» (pag. 46). L'istrice si appallottola dimostrando un eccesso di aggressività; lo zerbino, fatto per essere calpestato, rappresenta un eccesso di passività. L'atteggiamento assertivo, lontano da questi due estremi, privilegia il rispetto di se stessi e degli altri.

Sorprendentemente l'atteggiamento assertivo è quasi sempre il più naturale: esso consiste in effetti nel rendere partecipe pacatamente il proprio interlocutore – chiunque esso sia – delle proprie difficoltà, bisogni, aspirazioni, senti-

menti, desideri, e nel riconoscere all'interlocutore stesso il diritto di dire "no", assumendone il relativo rischio.

L'insieme di questi quattro atteggiamenti costituisce un "modello". Come ogni modello, è una rappresentazione molto semplificata di una realtà complessa di cui si cercherà di precisarne i limiti.

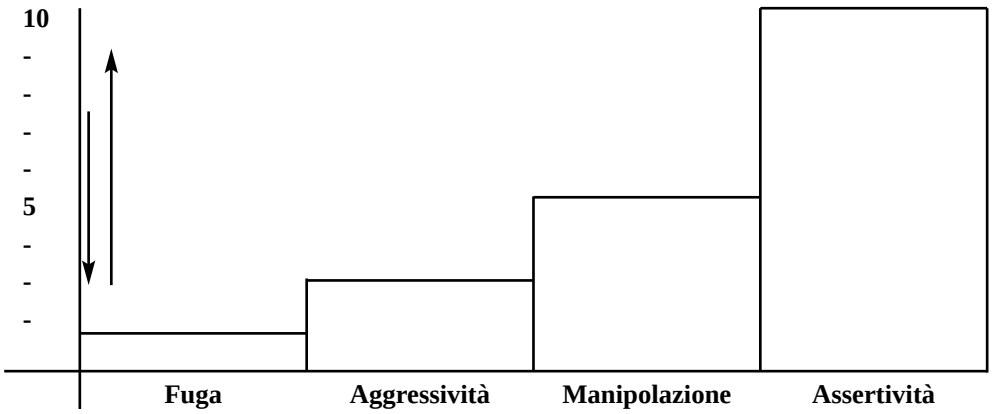
In primo luogo, non si assume mai sempre lo stesso atteggiamento: si passa di volta in volta da uno all'altro ed è quello più frequente che crea la nostra immagine. È normale lasciarsi trascinare a volte dall'ira (aggressività) o defilarsi in talune circostanze. La manipolazione può portare vantaggi certi e sarebbe peccato ignorarne le possibilità. Comunque, nella maggioranza dei casi, l'atteggiamento assertivo è il più soddisfacente e permette di restare in ottimi rapporti con tutti i colleghi.

D'altra parte, i confini tra questi quattro comportamenti sono netti solo nello schema di Schuler: la realtà è più complessa ed è talvolta difficile definire tali confini.

Non abbiamo tutti gli stessi punti di riferimento ed è ciò che rende la pratica dell'assertività delicata; solo ascoltando attentamente gli interlocutori ci si può fare un'idea giusta del punto dove essi vedono i confini tra i diversi atteggiamenti. Si può essere assertivi senza precauzioni particolari con alcuni, più attenti con altri, fino a rinunciare in alcuni casi ad esprimersi liberamente per il timore di conseguenze veramente spiacevoli. L'assertività non è un comportamento predefinito ma è un comportamento "su misura", che dipende sempre dall'interlocutore, dall'attenzione che gli si accorda e dalla capacità di comprendere bene il suo punto di vista e la sua posizione, anche se molto lontana dalla propria.

Ciascuno di noi adotta, a seconda delle circostanze, dell'umore del momento e dell'interlocutore, i quattro comportamenti sopra definiti. È possibile tuttavia definire una specie di "profilo-tipo" che può procurare maggiori soddisfazioni nelle relazioni con gli altri (cfr. Figura 3).

FIGURA 3 - *Profilo tipi ideale.*



A priori e salvo rare eccezioni, *l'atteggiamento di fuga passiva* è il meno gratificante ed è quello che soddisfa di meno l'interlocutore e danneggia le relazioni reciproche. Per quanto è possibile è opportuno evitarlo, almeno sul lavoro. Tradotto in termini tecnici, in una scala da 0 a 10 un buon punteggio su questa dimensione potrebbe essere proprio 0.

L'atteggiamento aggressivo, ha seri inconvenienti quando è troppo frequente. Tuttavia, in certi casi, quando per esempio si teme di essere vittime di un'aggressione, esso ci sembra del tutto opportuno. Nella stessa scala di merito, il punteggio 2 o 3 sembra costituire una media ragionevole.

L'atteggiamento manipolatorio dipende molto dall'ambiente di lavoro nel quale ci si muove: in alcune attività sembra essere un talento apprezzato, mentre in altre potrebbe essere un grave difetto, ritenuto inaccettabile. In talune situazioni, una certa dose d'abile manipolazione cosciente ed occasionale può essere molto utile. In questo caso, un punteggio attorno a 5 può sembrare una media onesta.

Per quanto riguarda l'*assertività*, non sembra ci sia alcun motivo di limitarne lo sviluppo: i vantaggi ottenuti sembrano superare di gran lunga gli svantaggi. Per questo, Schuler suggerisce di mirare qui al punteggio di 10/10.

Per concludere, sembra che il profilo tipo che si può raccomandare sia quello riportato in Figura 3. L'atteggiamento di fuga è ridotto al minimo; sussiste un minimo d'aggressività come valvola di sicurezza per dar sfogo alla propria indignazione di fronte a certe situazioni. L'atteggiamento di manipolazione conserva una certa importanza, senza essere dominante. Evidentemente l'atteggiamento assertivo è il più frequente ed il più sviluppato, perché è di gran lunga il più comodo ed il più efficace per promuovere buoni rapporti con tutti coloro che ci circondano.

Le due frecce indicano, secondo l'esperienza di Schuler, ciò che è più utile per progredire:

- limitare per quanto possibile l'atteggiamento di fuga, dal quale è spesso difficile liberarsi, ma che costituisce in ogni caso una via d'uscita spiacevole;
- sviluppare senza limiti l'atteggiamento assertivo, che ci aiuta a stabilire le migliori relazioni possibili con gli altri.

Se il mobbizzato può contare su di una buona rete sociale, con sufficiente mobilità professionale, e adeguate sicurezze sociali (compresa la famiglia), si allontanerà dal luogo del conflitto, se no continuerà a subire. Mobber e mobbizzato in alcuni casi possono scambiarsi i ruoli e fare alternativamente da capro espiatorio rispetto alla rete degli spettatori che possono sfruttare questa situazione.

1.4 Il mobbing nel mondo infermieristico[10]

L'attenzione alla diffusione del fenomeno mobbing nel mondo sanitario è

[10] Paragrafo redatto da M. Grazia De Marinis, Maria Matarese e Daniela Tartaglini

abbastanza recente ed è stata di molto preceduta dall'interesse per sindromi in un certo senso analoghe quali il *burn out* e lo stress lavorativo. La letteratura è ricca di studi su tali concetti che, anche se qualitativamente differenti dal mobbing, sono accomunati tra di essi dalla presenza di una situazione di difficoltà che induce ad una reazione adattativa nel soggetto coinvolto ed infine conduce alla sua trasformazione in una sindrome specifica. *Burn out*, stress e mobbing possono rappresentare percorsi ipotetici cui molti operatori sanitari vanno incontro nella loro esperienza lavorativa e che presentano conseguenze sul soggetto molto simili.

Benché molto simili da un punto di vista sintomatologico, tali fenomeni hanno la loro origine in cause diverse individuabili, a seconda dei casi, nel coinvolgimento emotivo e nella fatica fisica, nelle condizioni fisiche dell'ambiente lavorativo, nella gestione del lavoro e nella burocratizzazione, nel ruolo e nelle relazioni lavorative. La natura delle suddette variabili deve essere necessariamente accertata per ben identificare il problema e le relative strategie di prevenzione e gestione terapeutica.

Il *burn out* è una sindrome di esaurimento emozionale che può presentarsi in chi per professione si occupa di persone che sperimentano situazioni problematiche e/o di sofferenza. A rischio di *burn out* sono quindi tutte le professioni che implicano il costante contatto con la sofferenza, in cui il coinvolgimento emotivo può essere tanto forte da rivelarsi a un certo punto insostenibile. Gli infermieri, per la peculiarità della loro attività professionale svolta a stretto e continuo contatto con i pazienti, sono tra le categorie maggiormente interessate dal *burn out*.

Il concetto di stress ha subito profonde e radicali evoluzioni dalla sua prima formulazione ad opera di Selye (1936): inizialmente utilizzato per indicare la reazione biologica adattiva di un qualunque organismo ad uno stimolo esterno, essenzialmente fisico, il concetto di stress è stato poi spiegato come sindrome di adattamento caratterizzata da una prima fase di allarme di reazione agli stressors, da una seconda fase, detta di resistenza, in cui le difese allertate nella prima sono in precario equilibrio, ed infine, una terza fase in cui, perdurando gli stressors, vengono ad esaurirsi le difese con il conseguente sviluppo di uno stato di esaurimento funzionale. Successivamente Lazarus (1984) ha stabilito che gli stimoli esterni, soprattutto se di bassa intensità e di tipo psicosociale, vengono processati e valutati a livello cognitivo e che esiste un'elevata variabilità individuale in questa possibilità di elaborazione cognitiva dello stimolo stressogeno e della successiva modalità di risposta legate alla personalità, all'esperienza appresa ecc.

È evidente dunque che, mentre le cause dello stress e del *burn out* sono individuate nelle caratteristiche del contesto lavorativo e nell'interazione sociale fra operatore e destinatario dell'aiuto, le cause del mobbing vanno indiscutibilmente attribuite a comportamenti vessatori, esercitati attraverso violenza verbale e/o fisica nell'ambiente lavorativo da parte di colleghi o di soggetti gerarchicamente superiori.

I dati sulla diffusione del mobbing, provenienti in gran parte da studi riferibili al mondo lavorativo del Nord Europa, non sono confortanti se si pensa che, per l'International Labour Office (ILO), la violenza fisica ed emotiva sul posto di lavoro rappresenta la maggiore minaccia alla salute collettiva in questo nuovo millennio.

Per quanto riguarda la realtà occupazionale dell'Italia si calcola che oltre un milione di lavoratori siano interessati dal fenomeno. Mentre sono pochi i dati riferibili alla diffusione del mobbing nel mondo sanitario.

Uno studio del 1999 condotto in alcuni servizi sanitari inglesi[11] mette in evidenza che il 38% del personale ha subito abusi nel posto di lavoro e il 42% è stato testimone di attacchi verso i propri colleghi. Nel personale mobbizzato vengono descritti alti livelli di insoddisfazione lavorativa, di stress, depressione e ansia. L'Australian Nursing Federation, in un recente documento[12], afferma che casi di *bullying* e *harassement* (termini rispettivamente utilizzati in Inghilterra e negli Stati Uniti per identificare aspetti particolari del Mobbing, vedi maltrattamenti e molestie compiuti da un capo verso un suo sottoposto) sono in aumento nei diversi ambiti lavorativi, nonostante siano fenomeni ancora poco descritti e studiati.

Leymann individua tra gli ambienti lavorativi più favorevoli al verificarsi di situazioni mobbizzanti gli ospedali e le scuole (Leymann e Gustafsson, 1996). Rintraccia in questi ambiti, tra i fattori favorenti, condizioni organizzative estremamente precarie e sistemi gerarchici complessi e a volte poco ben identificabili. Le condizioni di lavoro degli infermieri sono paradigmatici di queste situazioni: in ospedale sono sottoposti a due linee gerarchiche distinte: da una parte quella medica, responsabile delle decisioni diagnostico-terapeutiche, dall'altra quella infermieristica (caposala, capo dei servizi, ecc.) più direttamente responsabile della qualità assistenziale. Il mobbing può essere dunque essere esercitato da più categorie di superiori per motivi diversi che vanno dalla volontà di controllo e sfruttamento alla paura di perdere potere nella struttura gerarchica. Inoltre, non sempre le decisioni prese dalle gerarchie mediche ed infermieristiche sono tra di loro congruenti e i rapporti favorevoli. Ciò causa inevitabili incertezze, disorientamenti e conflitti cui spesso si associano situazioni di forte appesantimento dei compiti derivate dalla mancanza di personale sufficiente e da criteri organizzativi poco ottimali. In questo clima può capitare che persone con particolari caratteristiche di creatività o competenza soffrano maggiormente per le difficoltà crescenti che incontrano e che possano subire un emarginazione progressiva per la diversità dei punti di vista e dei comportamenti adottati.

Per gli infermieri, ai dati sul mobbing, si affiancano anche quelli relativi alla violenza più generale subita dal contatto con il pubblico. Uno studio effettuato nel 1997 dal South Australian Working Women's Centre[13] rivela che, tra i

---

[11] Quin L, *Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey*, BMJ 1999, 318: 228-232

[12] *Australian Nursing Federation http://www.caitrin.mtx.net/policies.anf.sa.htm* (ottobre 2001)

[13] *Bullies down under http://www.caitrin,mtx.net/nursing.htm* (ottobre 2001)

lavoratori australiani, infermieri e personale insegnante sono tra i lavoratori del Sud Australia maggiormente esposti a violenze fisiche e verbali. Anche il rapporto ILO del 1998[14] sulle violenze lavorative considera alcune categorie più esposte di altre e tra queste vengono appunto indicate le categorie dei lavoratori sanitari e sociali, gli insegnanti, i taxisti e coloro che svolgono lavori in contesti isolati. Particolarmente esposti risultano essere gli infermieri che erogano assistenza a domicilio del paziente.

Esistono differenze di distribuzione dei fenomeni di violenza lavorativa rispetto al sesso. Le donne sembrano essere le più colpite soprattutto per il tipo di lavoro che svolgono: la professione infermieristica, così come quella degli insegnanti sono professioni svolte prevalentemente da donne.

La diffusione delle violenze fisiche e verbali tra il personale infermieristico è rivelata anche da una recente indagine del Nursing Times[15] che fornisce dati allarmanti sul fenomeno: quasi la metà delle infermiere inglesi hanno subito aggressioni fisiche durante la loro vita lavorativa e almeno 8 infermiere su 10 sono oggetto di violenze verbali. Sono dati che destano preoccupazioni particolari tra gli infermieri inglesi già colpiti da una notevole carenza di personale e si teme che gli abusi in ambito lavorativo possano costituire un ulteriore causa di abbandono della professione.

In un articolo di Spring[16] vengono discusse le ragioni che espongono il personale infermieristico a mobbing e a violenze fisiche e verbali in ambiente lavorativo. La diffusione non sarebbe casuale: l'autrice indica almeno tre caratteristiche della professione infermieristica che favorirebbero al suo interno l'aumento delle vittime di atteggiamenti persecutori e violenti.

Prima di tutto un'attenzione molto spiccata per i bisogni umani dei pazienti e dei loro familiari che espone gli infermieri ad un rapporto non sempre ricambiato da comportamentali cortesi, sensibili e positivi; il secondo elemento è individuabile nell'inevitabile esposizione alle relazioni lavorative con numerose categorie professionali che possono essere fonte di ingiustizie e calunnie e con cui non sempre è possibile far valere le proprie ragioni; il terzo elemento è rintracciabile nel fatto che la professione infermieristica è una professione prevalentemente femminile, alla continua ricerca di una propria forza culturale e contrattuale non ancora del tutta raggiunta.

1.5 Gli aspetti clinici del mobbing[17]

Il mobbing, per le sue caratteristiche di intensità, durata e aggressività, coinvolge molteplici aspetti della vita del soggetto interessato e tocca profon-

---

[14] *Mobbing: scheda di base http://www.uil.it/mobbing/chi.htm* (ootobre 2001)

[15] *Health nurses want "zero tollerance" on violence http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_292000/292454.stm* (ottobre 2001)

[16] Nurse advocate http//www.nuurseadvocate.org/nurseabuse.htm (ottobre 2001)

[17] Paragrafo redatto da Paola Binetti e da Sara Galluzzo

damente anche lo stato della sua salute, creando una condizione di stress, da cui successivamente possono scaturire anche altre manifestazioni di disagio e di sofferenza. Le teorie sullo stress, elaborate in questi ultimi anni, hanno utilizzati modelli interpretativi sempre più profondi e più complessi e dall'iniziale attenzione ai meccanismi ormonali ci si è spostati verso una crescente consapevolezza delle modalità specifiche con cui il sistema immunitario è chiamato in causa da eventi di natura prevalentemente emotiva. L'approccio attualmente più accreditato parla di risposte adattative mediate dal sistema neuro-endocrino-immunitario.

Il termine stress raramente viene usato nel significato originario con il quale H. Selye nel 1936 volle identificare la risposta aspecifica dell'organismo a vari tipi di richieste, che superavano una soglia particolare per il singolo soggetto. Avendo osservato che animali da esperimento sottoposti a stimoli diversi manifestavano una sindrome comune caratterizzata da ipertrofia cortico-surrenale, atrofia del timo e delle ghiandole linfatiche e ulcere gastriche, Selye cercò di stabilire una relazione tra uno stimolo esterno pericoloso e/o minaccioso (stressor) e la reazione biologica interna dell'organismo (risposta di stress) caratterizzata dal comune stato di attivazione dell'asse ipotalamo-corticosurrene con produzione e secrezione di glucocorticoidi. In tal senso lo stress era visto come una reazione adattativa a nuovi stimoli, che scaturiva dalla sensibilità, dalla percezione e quindi dalla difesa dei mammiferi, compreso l'uomo, a una nuova condizione. La reazione diventava però patogena se eccessivamente protratta ed intensa. L'equilibrio del sistema endocrino é sensibile alla risposta emozionale di stress. E' ampiamente documentato come circostanze stressanti si accompagnano ad alterati livelli sierici di cortisolo, ACTH, catecolamine, GH, prolattina, ormoni gonadotropi e gonadici, ormoni tiroidei. Un disturbo del ciclo mestruale con ritardi (fino all'amenorrea) o anticipi é una ben nota risposta delle donne sane allo stress, sia esso banale o estremamente grave.

Manson ha successivamente dimostrato che la "risposta di stress" si manifesta ogni qualvolta uno stressor induce una risposta emozionale mediata dal sistema limbico-ipotalamico, a sua volta responsabile del coinvolgimento simultaneo di tutti i principali assi neuroendocrini. Arrivò quindi a formulare il concetto di risposta multiormonale allo stress. Nel 1968 George Solomon suggerì che gli stress emotivi potevano influenzare il sistema immunitario, e la maggior parte degli studi successivi ha dimostrato l'effetto negativo dello stress sull' attività linfocitaria e sulle malattie immunitarie, causando una iporesponsività del sistema immune e di conseguenza un aumento della suscettibilità alle infezioni e alle neoplasie.

Numerose evidenze sono riportate sull'interazione tra sistema nervoso, endocrino ed immune, a tal punto da portare alla nascita della neuroendocrinoimmunologia. Due vie collegano il cervello e il sistema immunitario: il sistema nervoso autonomo e l'asse ipotalamo-ipofisi. Entrambe le vie forniscono molecole biologicamente attive capaci di interagire con le cellule del sistema immunitario. D'altra parte gli organi linfoidi primari e secondari sono innervati

da fibre nervose adrenergiche del sistema simpatico. Benché non siano stati ancora completamente identificati tutti i siti di azione delle citochine a livello cerebrale, é noto che la somministrazione di citochine influenza i valori della temperatura corporea, il sonno, il comportamento alimentare, l'attività locomotoria ed esplorativa, lo stato dell'umore.

E' pertanto possibile affermare l'esistenza di un circuito neuro-endocrino-immunitario (NEI loop) nel quale le citochine proinfiammatorie stimolano l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene ad incrementare la produzione di corticosteroidi che a loro volta modulano il processo reattivo.

Quasi contemporaneamente Lazarus poneva particolare attenzione agli aspetti psicologici coinvolti nella risposta di stress. Partendo dall'osservazione che individui diversi mostrano risposte biologiche altrettanto diverse ad uno stesso stimolo, suppose che la sua elaborazione avveniva attraverso processi cognitivi fortemente individualizzati. Gli stessi che permettono anche la valutazione dell'evento stressante, dopo averne contestualizzato le possibili conseguenze, diverse per ogni persona (valutazione cognitiva). E' in questa fase interpretativa che scaturisce l'accettazione o il rifiuto dell'evento stressante, vissuto come più o meno destabilizzante, con l'attribuzione di una coloritura emozionale tale da influenzare la reazione biologica e comportamentale dei singoli individui.

Varie ricerche di psicobiologia dello stress hanno posto particolare attenzione alle modificazioni somatiche collegate a processi emozionali cercando di conoscere le basi cerebrali della reattività emozionale, di identificare i precisi mediatori biologici e le connessioni con i vari organi e apparati. Il sistema limbico connesso all'asse ipotalamo-ipofisi é considerato il locus di coordinamento e di controllo della reazione di stress. L'attivazione emozionale elicitata dallo stressor ed organizzata a livello limbico si esprimerebbe in:

- una risposta biologica centrale con alterazione dei sistemi neurotrasmettitoriali e dei neuropeptidi modulatori;
- una risposta biologica periferica con modificazioni neurovegetative, neuroendocrine, neuromuscolari, immunologiche insieme ad una risposta psicologico-comportamentale.

Un evento od una situazione stressante - interna/esterna, acuta/cronica - provoca cambiamenti a cui l'organismo non può rispondere adeguatamente. Nella scala di valutazione del riadattamento sociale, Thomas Holmes e Richard Rahe hanno elencato 43 situazioni associate a vari gradi di stress nella vita di una persona media, attribuendo un punteggio ad ognuna di esse (ad esempio il decesso del coniuge é pari a 100 punti). Un punteggio di 200 o più punti in un solo anno aumenta l'incidenza di malattie psicosomatiche.

La maggior parte dei ricercatori concorda nell'affermare che stress cronici persistenti possono avere un ruolo causale nello sviluppo di segni e sintomi clinici, fino a manifestarsi come un vero e proprio quadro sindromico. Sebbene la

maggior parte degli organi e/o apparati possa essere interessata, sono stati identificati alcuni organi *target* più frequentemente coinvolti nello sviluppo di manifestazioni cliniche in corso di eventi stressanti.

Per comprendere meglio il modo in cui un evento funge da stressor può essere interessante definire le caratteristiche di una esperienza stressante, sintetizzandole in questi aspetti chiave:

- possibilità di previsione rispetto alle avversità;
- percezione della intensità della situazione avversa;
- aspettativa di durata;
- intervallo di tempo tra evento e reazione;
- importanza di evitare quella situazione per la persona;
- controllabilità della situazione avversa: attivamente, passivamente, direttamente, indirettamente.

Le prime tre riguardano l'atteggiamento che precede e accompagna l'evento stressante, mentre le ultime tre caratterizzano la valutazione dell'evento e del suo impatto sul soggetto, e fanno riferimento soprattutto alla sua capacità di gestione. Sono due degli aspetti chiave che occorre tener presente nella situazione di stress: l'aggressività del fatto considerato in se stesso e le risorse del soggetto, ossia gli aspetti oggettivi e gli aspetti soggettivi. Infatti lo stress accusato da una persona va considerato come una possibile interazione tra situazione stressante e personalità del soggetto. In questa situazione si mettono in gioco una serie di strategie di difesa, che Lazarus chiama meccanismi di coping. Lo stress quindi non è tanto una minaccia o la conseguenza di una tensione eccessiva, quanto piuttosto una possibile alternativa per controllare delle situazioni di rischio, che in ambito lavorativo sembrano legate soprattutto:

a) all'ambiente sociale in cui si realizza il lavoro, al clima di stima, di fiducia e di accoglienza;
b) al tipo di compito lavorativo, alla sua rilevanza economico-sociale, alle prospettive di carriera;
c) alle aspettative personali e familiari rispetto al quadro sociale di riferimento
d) alla rete di rapporti professionali e al prevalere di aspetti di tipo competitivo o collaborativi;
e) al ruolo ricoperto rispetto alle dinamiche decisionali, con i possibili livelli di insicurezza e di precarietà;
f) alle piccole o grandi provocazioni che a volte l'invidia genera nel contesto professionale, o che l'aggressività gratuita di qualcuno scarica sugli altri (mobbing).

Non sempre è facile riconoscere i primi sintomi di stress soprattutto quando assumono la forma della rassegnazione, con uno stato d'animo depresso, tendenza all'isolamento, labilità emotiva, perdita di interessi e di spirito d'iniziati-

va, stanchezza e demotivazione, minore efficacia nel lavoro, disturbi della comunicazione, possibilità che si verifichino incidenti. Spesso i primi indicatori esterni di un disagio che spesso si protrae da mesi, vengono riconosciuti ed accettati quando si configurano come sintomi di malattia. La persona va dal medico, ammettendo esplicitamente di aver bisogno di aiuto, mettendo in primo piano i segni di malattia e lasciando sullo sfondo il complesso articolarsi dei suoi vissuti di ansia e di frustrazione.

La cefalea è una delle manifestazioni più comuni e più frequentemente riferite da pazienti sottoposti a stress acuti e/o cronici, che di solito aggravano questa sintomatologia, indipendentemente dalla causa primaria sottostante, sia essa fisica o psicologica. La cefalea tensiva e l'emicrania sembrano essere quelle maggiormente associate a stressor. Sono spesso attribuibili ad uno stato cronico di stress: astenia; facile faticabilità; insonnia; irritabilità; inappetenza o iperfagia; calo/aumento ponderale; alterata percezione e abbassamento della soglia del dolore con algie croniche persistenti; innalzamento della temperatura corporea.

Le principali manifestazioni a carico dell'Apparato cardiovascolare sono rappresentate da palpitazioni, extrasistoli, tachicardia fino allo sviluppo di gravi aritmie, come ad esempio tachicardia e fibrillazione ventricolare. Associate a stress acuti possono riscontrarsi anche modificazioni elettrocardiografiche. Sono stati condotti degli studi su volontari sani sottoposti a stress fisici da cui è emerso che al momento del massimo sforzo si ha iperaggregabilità piastrinica con degranulazione e liberazione di ß-tireoglobulina; un incremento del colesterolo totale, delle apolipoproteine A e B. Questi dati supportano un possibile coinvolgimento delle pareti vasali in corso di sforzo fisico. Ulteriori studi hanno rilevato un transitorio ma consistente incremento del numero di piastrine durante sforzo fisico. In persone sottoposte a stress viene spesso riferito *dolore toracico* accompagnato talvolta ad una coorte di sintomi quali: senso di soffocamento, tosse e dispnea; malessere e sproporzionato affaticamento; vertigini; sudorazione profusa, che identificano una sindrome definita "astenia neurocircolatoria". Anche il fenomeno di Raynaud é frequentemente causato da stress esterni.

E' frequente il riscontro di alterazioni della frequenza, profondità e regolarità del respiro fino allo sviluppo di una *sindrome da iperventilazione* caratterizzata da alcalosi respiratoria con vasocostrizione cerebrale e conseguente perdita di coscienza. Stress acuti e cronici giocano un ruolo fondamentale nella patogenesi e nello sviluppo dell' asma bronchiale e della febbre da fieno.

L'apparato gastrointestinale è un comune bersaglio di stressor. Lo stress e l'ansia possono determinare iperacidità gastrica ed una ipersecrezione di pepsina con lo sviluppo di gastriti e ulcera gastrica. E' noto il rapporto causale che intercorre tra stress e sindrome del colon irritabile, ma stress aspecifici di vario genere possono essere coinvolti nel determinismo e nelle riacutizzazioni delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

I fattori emotivi sono importanti in ogni aspetto delle manifestazioni dermatologiche: esordio, aggravamento, risposta alla terapia e prognosi. Le dermatosi pruriginose, sia in forma generalizzata che localizzata, sono riscontrate con

alta frequenza in soggetti sottoposti a stress cronici. Situazioni stressanti possono indurre una iperidrosi che compare principalmente sulla superficie palmare delle mani, sulla pianta dei piedi e a livello ascellare. In situazioni di stress emotivi prolungati una sudorazione eccessiva può causare manifestazioni cutanee secondarie, eruzioni, vescicole e infezioni; pertanto essa può essere alla base di altre malattie dermatologiche non primitivamente correlate con le emozioni. È noto che l'acne e l'alopecia abbiano una stretta correlazione con lo stress.

TABELLA 1 - *Criteri di valutazione del riadattamento sociale.*

Eventi della vita	Valore medio
1) Decesso del coniuge	100
2) Divorzio	73
3) Separazione dal coniuge	65
4) Detenzione in carcere o in altri istituti	63
5) Decesso di un familiare intimo	63
6) Lesione personale grave o malattia	53
7) Matrimonio	50
8) Ustione sul lavoro	47
9) Riconciliazione con il coniuge	45
10) Pensionamento	45
11) Modificazioni importanti nella salute o nel comportamento di un familiare	44
12) Gravidanza	40
13) Problemi sessuali	39
14) Aumento della famiglia di un membro	39
15) Modificazioni importanti del lavoro	39
16) Modificazioni importanti della situazione finanziaria	38
17) Morte di un amico intimo	37
18) Modificazione del tipo di lavoro	36
19) Grosse modificazioni nel numero di discussione con il coniuge	35
20) Contrarre un'ipoteca superiore a 10.000 dollari	31
21) Privazione del diritto di riscatto di una ipoteca o scadenza di un prestito	30
22) Grossi cambiamenti di responsabilità a lavoro	29
23) Figlio/a che lascia casa	29
24) Problemi legali	29
25) Raggiungimento di importanti traguardi personali	28
26) Inizio o fine del lavoro della moglie fuori casa	26
27) Inizio o fine della scuola dell'obbligo	26
28) Cambiamenti importanti delle condizioni di vita	25
29) Modificazioni delle abitudini personali	24
30) Problemi con il principale	23
31) Grossi cambiamenti dell'orario o delle condizioni di lavoro	20
32) Cambio di residenza	20
33) Cambio di scuola	20
34) Cambiamenti importanti del tipo usuale o della qualità di attività ricreative	19
35) Cambiamenti importanti delle attività religiose	19
36) Cambiamenti importanti nella attività sociali	18
37) Contrarre un'ipoteca o un prestito inferiore a 10.000 dollari	17
38) Cambiamenti importanti delle abitudini di sonno	16
39) Cambiamenti importanti nel numero di familiari che vivono insieme	15
40) Cambiamenti importanti delle abitudini alimentari	15
41) Disoccupazione	15
42) Natale	12
43) Violazioni minori delle leggi	11

1.6 Gli aspetti giuridici e normativi del mobbing[18] [19]

L'attuale contesto normativo

In attesa di una probabile, *specifica* disciplina della materia rilevano, a tutela della dignità, professionalità e salute dei lavoratori, norme di rango costituzionale e ordinario, che hanno supportato una significativa giurisprudenza costituzionale, di legittimità e di merito in argomento.

La Costituzione della Repubblica. Alcuni articoli, segnatamente il 32 (definito dalla dottrina caposaldo primario e assoluto della salute) e il 41, allocati, rispettivamente, sotto le rubriche "rapporti etico-sociali" e "rapporti economici", pongono vincoli - ora - alla legge ordinaria che «non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» (peraltro il problema del *mobbing* si è di recente venuto presentando e acuendo anche nel settore del pubblico impiego, considerato, tra l'altro, il crescente innesto in tale ambito di logiche privatistiche) - ora - all'iniziativa economica privata, la quale «non può svolgersi (...) in modo da recare danno alla sicurezza e alla libertà umana».

Diritto comunitario. Quale condizione necessaria, ancorché non sufficiente, ai fini del nostro specifico interesse, per rendere i luoghi di lavoro, riferiti a tutti i settori di attività pubblici e privati, ambienti con più elevato livello di protezione e di sicurezza, è da citare, come prima misura fondamentale per migliorare la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro, la direttiva 89/391/CCE del 12 giugno 1989, recepita nell'ordinamento interno con decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, per sottrarre i lavoratori stessi all'influenza di fattori ambientali pericolosi, tali da incidere profondamente e negativamente sullo stato psico-fisico del prestatore d'opera. Riconducibili a tre le misure di fondo, da adottare da parte del datore di lavoro "debitore principale" dell'obbligo di sicurezza: di programmazione, di prevenzione e di esperienza. Il *mobbing* può, infatti, trovare fertile terreno di coltura proprio in un ambiente di lavoro, scarsamente insicuro e insalubre. È poi da tenere presente che, in punto di contenzioso, la giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee ha acceduto di buon grado ad un'interpretazione piuttosto ampia della nozione "ambiente di lavoro" e delle conseguenti implicazioni psico-sociali.

Normativa ordinaria e civilistica. La giurisprudenza di riferimento al tema *de quo* trae essenzialmente spunto da una coordinata e combinata lettura di norme costituzionali, alle quali si è dianzi fatto espresso riferimento, comunitarie e di diritto civile. Articolo cardine è il 2087 del codice civile, che, integrando le obbligazioni scaturenti dal contratto, statuisce che «l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità

[18] Paragrafo redatto da Bruno Nobile

[19] La raccolta delle informazioni normative è stata curata da Francesca Porcacchia.

fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro». Come ha osservato il Tofani, si impone al datore di lavoro l'obbligo più generale di attuare tutte le misure generiche di prudenza e di diligenza atte a tutelare l'incolumità ed integrità psicofisica del lavoratore. Inadempimenti dai quali consegue la responsabilità contrattuale del datore di lavoro.

Inoltre, in termini generali, per definire il contesto normativo entro il quale inserire eventualmente una specifica disciplina giuridica del fenomeno del *mobbing*, soccorrono altresì gli articoli 1175 (comportamento secondo correttezza da osservare da parte del creditore e del debitore nell'adempimento delle obbligazioni) e, in stretta correlazione con il precedente, 1375 (esecuzione in buona fede del contratto).

È pure da citare la legge n. 125 del 1991 sulla parità uomo-donna nel lavoro, le cui finalità si perseguono attraverso azioni positive atte, fra l'altro, a «superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo» (articolo 1, comma 2, lettera c). Proposito riaffermato nel decreto legislativo n. 165/2001 sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, laddove si garantisce pari opportunità alle lavoratici e ai lavoratori.

De jure condendo

La Commissione Lavoro del Senato ha avviato, in sede referente, nella seduta del 14 marzo 2002 l'esame congiunto di sei disegni di legge volti a tutelare i lavoratori dagli atti di violenza o persecuzione psicologica, ai quali progetti si sono aggiunte, in corso d'opera, altre tre proposte di legge. Più precisamente si tratta dei disegni di legge:

- AS 122, Tomassini (Forza Italia) - Disposizioni a tutela dei lavoratori dalla violenza o dalla persecuzione psicologica.
- AS 266, Ripamonti (Verdi - U) - Tutela della persona che lavora da violenze morali e persecuzioni psicologiche nell'ambito dell'attività lavorativa.
- AS 422 - Magnalbò (Alleanza Nazionale) - Norme per contrastare il fenomeno del *mobbing*.
- AS 879 - Costa (Forza Italia) - Norme per contrastare il fenomeno del *mobbing*.
- AS 924 - Battafarano (Democratici di Sinistra - U) ed altri - Tutela della persona che lavora da violenze morali e persecuzioni psicologiche nell'ambito dell'attività lavorativa.
- AS 986 - Tofani (Alleanza Nazionale) ed altri - Disposizioni a tutela della persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro.
- AS 1242 - Montagnino (Margherita) ed altri - Tutela della persona che lavora da violenze morali e persecuzioni psicologiche nell'ambito dell'attività lavorativa..

- AS 1280 Tommaso Sodano (Rifondazione Comunista) ed altri - Norme per la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori da molestie morali e psicologiche nel mondo del lavoro.
- AS 1290 Eufemi ed altri (CCD-CDU) - Norme generali contro la violenza psicologica nei luoghi di lavoro.

Al momento della redazione di questo capitolo (metà luglio 2002), la predetta Commissione si è limitata ad ascoltare, nel corso di due sedute, un'ampia esposizione del relatore sul dibattito in corso in ordine al fenomeno del *mobbing*, incidente sulla personalità, sulla dignità e sull'integrità psicofisica dei soggetti coinvolti e sulle soluzioni prospettate nei provvedimenti in discussione, per convenire quindi sull'opportunità, stante la complessità del tema, di procedere ad audizioni delle parti sociali, di esperti e rappresentanti di associazioni interessate al problema.

E' ragionevolmente da presumere che la Commissione deciderà, al termine della discussione generale, di costituire un comitato ristretto allo scopo di redigere un testo unificato, in mancanza del quale sarà utile ricondurre a più comuni denominatori i *titoli* sui cui contenuti il Legislatore è chiamato a deliberare.

Pregiudizialmente si pone il quesito se sia necessario introdurre nell'ordinamento una nuova fattispecie, che comunque infoltirebbe il ginepraio legislativo esistente o, in alternativa, se sia preferibile utilizzare gli strumenti normativi esistenti, tenuto conto degli orientamenti giurisprudenziali di supplenza e del probabile, incidente direttamente o indirettamente sul fenomeno in questione, diritto comunitario, da attuare obbligatoriamente da ciascun Stato membro dell'Unione europea.

Finalità ed ambito di applicazione. Muovendo da quanto statuisce l'articolo 41 della Costituzione, secondo cui l'iniziativa economica non può svolgersi in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana, in combinato disposto con il precedente articolo 31, finalizzato alla tutela della salute, come fondamentale interesse dell'individuo e interesse primario della collettività, la tutela di qualsiasi lavoratrice o lavoratore – comprese nelle variegate tipologie di lavoro le collaborazioni, a prescindere dalla loro natura, mansione e grado – ha per oggetto atti e comportamenti ostili che assumono le caratteristiche della violenza morale o della persecuzione psicologica o delle molestie sessuali. Gli ambiti di attività possono essere indifferentemente pubblici o privati. È stato a quest'ultimo proposito opportunamente osservato che la crescente privatizzazione del rapporto di pubblico impiego ne sta alterando l'originaria configurazione, sul piano tanto di fatto quanto giuridico.

Definizioni. I soggetti che pongono in essere atti o comportamenti, anche omissivi, riconducibili alla nozione di *mobbing* possono essere individuati (occorrendo in questo caso, come altrove, cercare un punto di sintesi e di equilibrio e in sintonia con le altre proposizioni normative che saranno adottate) di volta in volta nei datori di lavoro, superiori gerarchici o pari grado o, anche, capi intermedi o addirittura inferiori. Questione rilevante in punto di individuazione

di responsabilità, atteso che si potrebbe introdurre una disciplina non soltanto soggettiva, bensì anche di natura solidale (oggettiva). Quanto al *mobbing*, esso viene di volta in volta configurato in termini generali (atti, comportamenti persecutori o vessatori) o facendosi ricorso ad una sorta di casistica, da ritenere esemplificativa, pertanto non esaustiva (atti di ostilità, segnalazioni diffamatorie, maltrattamenti verbali, indebita apertura di corrispondenza, difficoltà di permessi o ferie, e via elencando). Si aggiunga che ai fini dell'accertamento della responsabilità soggettiva, l'istigazione viene considerata equivalente alla commissione del fatto. Peraltro si è ipotizzato l'emanazione di un provvedimento amministrativo, da assumere sotto forma di decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali (che presenterebbe, se non altro, il vantaggio di essere agevolmente aggiornato e, ove del caso, emendato) con il quale, nell'assolvere anche a funzioni di prevenzione ed informazione, individuare le singole fattispecie di violenza o persecuzione ai danni dei lavoratori rilevanti ai sensi della disciplina che si sarà inteso dettare. Azioni, esperibili anche di fronte a soggetti esterni all'impresa, ente o amministrazione, che mirano a danneggiare, per qualsivoglia motivo, il soggetto *mobbizzato* e che sono svolte con carattere sistematico, continuato, presumibilmente esplicato in un arco temporale medio-lungo, e con palese (pre)determinazione. Elementi, ciascuno dei quali concorre individualmente nella valutazione del livello di gravità da parte del giudice, per determinare se ricorrono gli estremi di una pronuncia di condanna per comportamenti ritenuti vessatori. L'intento alla base dell'attività di *mobbing* è quello di danneggiare il lavoratore, incidendo profondamente sulla sua immagine sociale, sul suo potere formale e informale, sulla situazione privata e professionale, sulle relazioni sociali, provocando contestualmente danni diretti o indiretti alla salute psicofisica. È di tutta evidenza che in sede di contenzioso, sarà necessario ricorrere a perizie mediche, in quanto è invocabile, a carico o a scarico dell'imputazione, un intero trattato di patologia clinica. Per completezza espositiva vale la pena ricordare che, soltanto da un punto di vista concettuale, si può distinguere tra *mobbing verticale* e *mobbing orizzontale*, a seconda della rilevanza o meno dell'esercizio di un potere gerarchico.

Attività di prevenzione. Nei provvedimenti all'esame della Commissione Lavoro sono indicate le attività di prevenzione ed informazione (per queste ultime si veda oltre). La prevenzione viene assicurata per il tramite di organismi interni alle imprese appositamente costituiti o le naturali rappresentanze sindacali, al fine di porre in essere tutte le iniziative per prevenire la violenza o la persecuzione psicologica ed i conflitti sui luoghi di lavoro. In punto di prevenzione, il disegno di legge AS 1280 – omettendo qualsiasi riferimento alle questioni tuttora irrisolte delle competenze, legislative e amministrative dello Stato e delle Regioni, nel momento in cui il Parlamento è chiamato a dare attuazione alla legge costituzionale n. 3 del 2001, entrata a far parte dell'ordinamento dopo l'esito positivo dell'ultima consultazione referendaria – prevede l'istituzione di centri regionali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei disturbi da disadattamento lavorativo; organismi tecnici di consulenza dei servizi di preven-

zione e protezione nei luoghi di lavoro delle AUSL. Interessante è quanto si contempla nel disegno di legge AS 1290 (lo schema normativo più caratterizzato rispetto agli altri) che attiva forme di tutela, anche contro il cosiddetto *mobbing* "esterno" (inteso come pressione proveniente da organizzazioni sindacali) prevedendo la costituzione di uno sportello unico presso la Presidenza del Consiglio dei ministri contro gli abusi nell'ambiente lavorativo delle amministrazioni pubbliche. In parallelo: lo sportello unico presso il Ministero del lavoro contro gli abusi nei posti di lavoro privato.

Attività d'informazione. Attività intimamente connessa con la precedente ed intesa quindi a tutelare l'incolumità e l'integrità psicofisica del lavoratore, è quella di informazione periodica e rilevante su assegnazioni di incarichi, trasferimenti, variazioni di mansioni e qualifiche, trasferimenti, vale a dire su tutto ciò che concerne l'utilizzazione dei lavoratori nell'ambito delle strategie e nei diversi assetti organizzativi in corso di attuazione deliberati dal datore di lavoro, pubblico o privato che sia, nel presupposto che trasparenza e correttezza nei rapporti professionali devono essere sempre manifeste. Né è mancato chi ha previsto che, al momento della formalizzazione di qualsiasi rapporto di lavoro, il datore di lavoro è tenuto a consegnare ai lavoratori una comunicazione, da affiggere nelle bacheche aziendali, del Dicastero del *welfare* relativa alla tutela delle violenze morali e della persecuzione psicologica. C'è da aggiungere che, ad integrazione dello Statuto dei lavoratori, questi ultimi dovrebbero aver diritto, fuori o dentro l'orario di lavoro, ad un precisando numero di ore su base annuale (da due a sei, a seconda delle proposte avanzate) per trattare il tema *de quo*.

Accertamento dei fatti e adozione di misure. I fatti lesivi della personalità del lavoratore, causati da comportamenti, atti o fatti riconducibili al *mobbing*, laddove denunciati, nei modi e nei termini individuati, comportano l'obbligo per il datore di lavoro, all'uopo abilitato ad avvalersi di esperti esterni e/o dei lavoratori dell'area aziendale interessata, di assumere tutte le iniziative funzionali a superare il conflitto, previo accertamento di quanto accaduto.

Tutela giudiziaria. Le soluzioni proposte si differenziano a seconda del progetto di legge preso in esame. Gli atti discriminatori (e di ritorsione) sono annullabili, su istanza del danneggiato, ora nulli ai termini del codice civile (articolo 2728, secondo comma), ovvero impugnabili ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 2113 del codice civile, salvo, in alcuni casi, il risarcimento del danno. Per lo più, laddove il lavoratore non intenda di avvalersi delle procedure di conciliazione, di cui alla contrattazione collettiva, ma intenda adire il giudizio, anche attraverso delega conferita alle organizzazioni sindacali, si può promuovere il tentativo di conciliazione previsto dall'articolo 413 del codice di procedura civile, anche attraverso le rappresentanze sindacali aziendali. Dal ricorso alla giustizia ordinaria consegue la condanna del responsabile del comportamento sanzionato al risarcimento del danno, la cui liquidazione avverrà, comunque, in forma equitativa. Né manca chi ha prospettato, oltre al risarcimento del danno, la reintegrazione nel posto di lavoro. Merita una considerazione a parte quanto previsto dal disegno di legge AS 1290, dal momento che il *mobbing* si configura

come reato (*rectius*: delitto). Scelta drastica, ad avviso del redattore di tale disegno di legge, che risponde ad esigenze di giustizia sostanziale (con trasposizione sull'evento originato in ambito lavorativo dello schema giuridico della violenza privata) risultante l'unico deterrente contro il *mobbing*, privo tuttora di specifica disciplina sanzionatoria.

Pubblicità del provvedimento del giudice. Su istanza della parte interessata, è prevista la pubblicità, nell'azienda o ente interessato alle risultanze giudiziarie, del provvedimento del giudice. Secondo una delle proposte, se l'atto è commesso dal datore di lavoro o si evince una sua complicità, il giudice dispone la pubblicazione della sentenza su almeno due quotidiani a tiratura nazionale. Il nome della persona vittima della violenza può o deve essere omesso.

Responsabilità disciplinare. La maggior parte delle proposte di legge definisce i casi in cui applicare, nei confronti dei soggetti che attuano azioni ritenute *mobbizzanti*, le responsabilità disciplinari, rinviandosi, per lo più, in proposito alla contrattazione collettiva.

Partiti politici ed Associazioni. Secondo alcuni proponenti, la disciplina sul *mobbing*, andrebbe estesa anche al contesto dei partiti politici e delle associazioni regolate dall'articolo 36 del codice civile, che statuisce che l'ordinamento interno e l'amministrazione delle associazioni non riconosciute come persone giuridiche sono regolati dagli accordi degli associati.

Norme "leggère". Da qualche proponente è stata prospetta l'ipotesi di una disposizione per l'adozione spontanea di *codici di comportamento*. Testualmente, i soggetti che stipulano i contratti collettivi nazionali di lavoro hanno la facoltà di adottare norme per l'emanazione di codici antimolestie e, in particolare, codici volti alla prevenzione del *mobbing*, anche mediante tecniche incentivanti. E al riguardo si adduce l'esempio della normativa in tema di azioni positive che "prevede il rimborso totale o parziale di oneri finanziari connessi all'attuazione dell'iniziativa incentivata".

Entrata in vigore. Ex articolo 10 delle preleggi, la disciplina entrerà in vigore nel decimoquinto giorno successivo a quello della sua pubblicazione, salvo che non si disponga diversamente (il giorno successivo a quello della pubblicazione della legge o sessanta giorni, secondo l'una o l'altra delle solo due ipotesi formulate al riguardo).

Una sottospecie di mobbing: il bossing. Anche questa singolare fattispecie è rinvenibile nel disegno di legge AS 1290. È quanto perpetrato contro dirigenti o funzionari direttivi specialmente nelle amministrazioni pubbliche. Il fenomeno riguarda sovente vessazioni, operate da sindacalisti senza scrupoli (fuori di un fisiologico contesto di un'ordinata pressione sindacale, nei confronti di autorità gerarchicamente sopraordinate. La fattispecie rileva sotto il profilo sanzionatario, prevedendosi un aggravamento per un terzo della pena.

La giurisprudenza

Nella relazione introduttiva al disegno di legge sopra citato AS 986, si legge che tralasciando gli aspetti penali, è evidente che il *mobbing* può essere causa di

"danno biologico", risarcibile dinanzi al giudice ordinario, definito per la prima volta, *sub specie juris*, dalla legge n. 57 del 2001. In attesa di una disciplina organica, recita testualmente il comma 2 dell'articolo 5, per danno biologico si intende "la lesione all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale". Ed anche se la chiave di lettura della norma non può certamente prescindere dalle precipue finalità della legge 57/2001, vale come affermazione di principio, se non altro a futura memoria, la disposizione in virtù della quale il danno biologico è risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione del reddito del danneggiato. (Per inciso la giurisprudenza identifica lo *stress* esistenziale con il danno biologico). L'ipotesi del risarcimento del danno biologico, prosegue l'estensore del disegno di legge AS 986, è quella che, statisticamente, potrebbe essere preminente. Essa postula un duplice accertamento fattuale: 1) sussistenza di un atteggiamento ingiustificatamente vessatorio e, in seconda istanza 2) accertamento della sussistenza di effetti pregiudizievoli per l'equilibrio psicofisico del lavoratore, direttamente connessi al complesso evento "*mobbistico*", da compiersi attraverso una consulenza medicolegale.

La giurisprudenza costituzionale. La sentenza della Corte, n. 372 del 1994 va, incidentalmente, ricordata in questa sede, per l'affermazione inerente al danno biologico, il quale, «al pari di ogni altro danno ingiusto, è risarcibile soltanto come pregiudizio effettivamente conseguente a una lesione», stabilendosi un elementare nesso di causalità tra evento e danno ingiustamente provocato, ma ribadendo solennemente, ancorché implicitamente, quasi ce ne fosse bisogno, il principio del "*neminem laedere*".

La giurisprudenza di legittimità. La Cassazione è intervenuta più volta in materia. Tra le sentenze emanate in tempi recenti, va citata la sentenza 475/1999, con la quale è stato affermato che è risarcibile il danno derivato al dipendente da un comportamento illegittimo e persecutorio del datore di lavoro, consistito nella richiesta a più riprese, all'INPS dell'effettuazione di visite mediche domiciliari di controllo dello stato di malattia del lavoratore, attestato dal certificato del medico curante, nonostante la malattia fosse stata accertata dai controlli precedenti.

Altra massima si espunge dalla sentenza 143/2000: il comportamento del lavoratore che – mediante una lettera di diffida comunicata alla dirigenza aziendale e divulgata a mezzo stampa – rivolga al capo del personale accuse, poi non provate, di atteggiamenti persecutori, può configurare, in base ad una valutazione rimessa al giudice di merito, incensurabile in sede di legittimità, se congruamente e logicamente motivata, un fatto di gravità tale da vulnerare il rapporto di fiducia esistente tra le parti e da legittimare, quindi, il licenziamento per giusta causa ex articolo 2119 del codice civile. È l'effetto *boomerang* di chi incautamente mette in campo accuse di *mobbing* non comprovate o, addirittura, inesistenti.

Sul nesso causale tra danno biologico e persecuzione, la Cassazione è intervenuta con sentenza 5491/2000, sancendo che «il lavoratore che sia vittima di

comportamenti persecutori da parte del datore di lavoro ha diritto al risarcimento del cosiddetto danno biologico ma deve dimostrare l'esistenza di un nesso causale tra il comportamento del datore di lavoro ed il pregiudizio alla propria salute». In linea il Tribunale di Milano (sentenza del 20 maggio 2000): chi invoca il *mobbing* come fatto produttivo di danno ne deve provare l'esistenza e dimostrarne la potenzialità lesiva.

Anche in sede penale, con riferimento specifico all'articolo 572 del codice penale (reato di maltrattamenti) la Suprema Corte (sentenza 10090/2001) ha condannato un capogruppo di lavoratori "porta a porta" che aveva ridotto i suoi dipendenti in uno stato di penosa sottomissione ed umiliazione.

La giurisprudenza amministrativa. Pur se allo scopo di deviare su altra giurisdizione (quella ordinaria) il Consiglio di Stato si è occupato della questione. Decidendo in termini di competenza il C.d.S. ha sostenuto (ordinanza 6311/2000) che è competente l'autorità giudiziaria ordinaria a decidere su una richiesta di condanna avanzata da un dipendente della pubblica amministrazione per danno biologico da *mobbing*. Con il che implicitamente ammettendo come il *mobbing* sia praticabile e perseguibile anche nel pubblico impiego.

La giurisprudenza di merito. Tra questa giurisprudenza la scelta cade sulla significativa pronuncia del Tribunale di Torino dell'11 dicembre 1999, largamente richiamata dalla dottrina, che afferma come sia configurabile come *mobbing* in azienda l'ipotesi in cui il dipendente sia oggetto ripetuto di soprusi da parte dei superiori, volti ad isolarlo dall'ambiente di lavoro e, nei casi più gravi, ad espellerlo, con gravi menomazioni della sua capacità lavorativa e della sua integrità psichica.

Considerazioni conclusive

Posto, ovviamente, che il Legislatore, nella sua sovranità, è libero di disciplinare questo o quell'altro aspetto della vita di relazione, atteso inoltre che il *mobbing* come fatto in natura è senz'altro esistente e configurabile, considerato poi che laddove si pervenga ad una disciplina qualsivoglia, resta indubitabile l'estrema difficoltà probatoria degli elementi in fatto e in diritto, sui quali il giudice è chiamato a pronunciarsi per la ricostruzione dell'evento denunciato ai fini dell'attribuzione di eventuale responsabilità in capo al soggetto attivo del *mobbing* e conseguente risarcimento del danno per il soggetto passivo denunciante, resta da superare sul piano concettuale l'opposizione di quella dottrina che si fonda – nel negare la possibilità di autonomia giuridica alla categoria del cosiddetto danno esistenziale – sul convincimento che esso «estrapoli uno dei profili che definiscono la nozione di danno da lesione alla salute, connotato da una consapevole *omnicomprensività*, estesa a tutti gli aspetti della vita concreta dell'individuo che vengono alterati o soppressi in conseguenza delle lesioni causate dall'altrui illecito».

2. Il mobbing nel mondo infermieristico: origine della professione infermieristica in Italia[20]

Nel primo capitolo, grazie al contributo teorico di tipo sociopsicologico, è stato possibile analizzare il *mobbing* nelle sue caratteristiche generali con particolare attenzione all'individuazione e descrizione delle cause e dei fattori che ne possono favorire l'insorgenza all'interno dei luoghi di lavoro.

In questo ambito, prima di procedere ad un'analisi delle organizzazioni lavorative sociosanitarie in cui è inserita la figura infermieristica, può essere utile ripercorrere brevemente la storia della professione infermieristica in Italia, per ottenere – in un'ottica evolutiva – l'identikit dell'infermiere e trovare le ragioni di una sua ambigua collocazione all'interno delle organizzazioni professionali, ovvero in posizioni funzionali in cui l'operatore infermiere era chiamato a svolgere attività in parte autonome ed in parte dipendenti dalla sfera decisionale di altri professionisti. Questa contraddizione ha esposto nel tempo gli infermieri a situazioni di insoddisfazione lavorativa, a stress, a conflitti intra e interprofessionali, condizioni che potrebbero oggi, così come nel passato, costituire fattori predisponenti all'insorgenza del fenomeno mobbing.

In Italia per lungo tempo, nonostante l'attivazione delle Scuole professionali per la formazione infermieristica di base e corsi di specializzazione post base, sino agli anni '90 gli infermieri sono stati considerati professione sanitaria ausiliaria (art. n.100 Testo Unico delle Leggi Sanitarie 27 Luglio 1934, n.1265), volendo con questa denominazione da un lato sottolineare la subordinazione dell'infermiere al medico e dall'altro riconoscere una certo grado di autonomia professionale, quel tanto che era necessario per far assumere all'infermiere responsabilità assistenziali ed organizzative indispensabili per una gestione complessiva dell'assistenza ai pazienti nei momenti di assenza del medico.

La subordinazione, prevista e normata dal *R.D. 26 Maggio 1940, n. 1310* e successive modifiche realizzate con il *D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225*, trovava la

[20] Capitolo redatto da Daniela Tartaglini

sua espressione nel *mansionario*, un elenco di attività assistenziali suddivise in tre aree:

1. attività che l'infermiere era chiamato a svolgere in totale autonomia;
2. attività da svolgere su base di prescrizioni mediche;
3. attività da eseguire sulla base di prescrizioni e controllo medico.

Questa subordinazione tecnica era tuttavia spesso vanificata poiché, a causa di situazioni di emergenza, oppure a causa della complessità dei servizi o per la momentanea assenza del medico, gli infermieri erano chiamati ad assumersi, in modo autonomo, tutte le responsabilità clinico/assistenziali legate al caso. Tali situazioni hanno spesso esposto gli infermieri ad un profondo disagio psicologico, riconducibile al dilemma del fare o non fare, cioè scegliere se agire tempestivamente in modo da salvaguardare la salute del paziente o, nel rispetto della legge, non agire ed aspettare il medico per ottenere indicazioni scritte.

In realtà, avvalendosi della propria competenza ed esperienza professionale, gli infermieri hanno spesso "infranto" la legge, pianificando interventi assistenziali finalizzati al ripristino delle condizioni di salute dei pazienti loro affidati. Ciò ha provocato negli infermieri un ulteriore malessere, legato a frequenti conflitti con i medici nonché all'interno dello stesso gruppo professionale nel momento in cui le scelte operative di ciascun infermiere, dettate da livelli diversi di competenze e professionalità, si differenziavano l'una dall'altra.

Questi ed altri fattori, che emergeranno dalla sintetica descrizione storica dell'assistenza infermieristica, hanno contribuito a delineare un'immagine della professione poco attraente, con deboli aspettative, divisa al suo interno, facilmente esposta ad azioni scorrette e fortemente limitanti da parte di altre categorie professionali nelle varie realtà lavorative.

Pertanto l'analisi storica, oltre ad indicare come si è giunti all'attuale profilo di infermiere e alla sua posizione all'interno dei sistemi sociosanitari, può contribuire ad individuare, rispetto all'intera categoria professionale, cause o elementi predisponenti ad azioni di mobbing.

2.1 I periodo dal 1925 agli anni '60

Sino al 1925, in Italia l'assistenza agli infermi era prerogativa esclusiva di Ordini Religiosi che reclutavano per l'assistenza ragazze povere o bisognose oppure uomini disoccupati, con l'intento di impiegare queste persone che il più delle volte avevano capacità intellettuali alle mansioni più pesanti, confondendo i ruoli di personale di assistenza con quello di ausiliario (facchini).

Il personale era impreparato dal punto di vista tecnico ed umano nonché scarsamente retribuito.

Nel 1901 si costituì il *Consiglio Internazionale delle Infermiere*, associa-

zione infermieristica internazionale che si propose di tracciare linee guida per lo sviluppo completo della personalità dell'infermiere, considerata come donna e cittadina in tutti i Paesi.

Anche in Italia si sollevò la questione femminile. Nel 1908 si svolse a Roma il primo *Congresso Femminile Nazionale* per l'analisi della questione femminile relativamente alla sua indipendenza economica e morale da ottenere tramite il lavoro. In questo ambito rientrò anche la questione della formazione delle infermiere, attività lavorativa che poteva nobilitare la donna e corrispondere alle sue caratteristiche naturali. Occorreva però non solo regolamentare la formazione infermieristica, ma rimuovere anche tutti quei fattori ostacolanti lo sviluppo delle condizioni sociali e culturali dell'intera popolazione femminile.

In quegli anni le poche infermiere volontarie della Croce Rossa, nobildonne italiane dedite all'assistenza ai bisognosi e agli ammalati, cominciarono insieme a gruppi di medici, sulla scia dell'influsso del pensiero e delle prime scuole dell'infermiera inglese Florence Nithingale, a sviluppare l'idea di formare una *leadership* infermieristica indipendente dal personale religioso, formata a livello tecnico/pratico, da poter impiegare e retribuire per attività di assistenza infermieristica negli ospedali e nel territorio.

Furono così istituite e regolamentate le prime *Scuole convitto per Infermiere Professionali* per la formazione infermieristica di base con il R.D.L. 15 agosto 1925 n.1832[21].

Sulla base delle disposizioni contenute nella norma, le scuole – poste sotto il controllo dello Stato – svolgevano corsi biennali per il conseguimento del diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera. Si istituì un successivo terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive (caposala) e per assistente sanitaria visitatrice (infermiera di comunità con funzioni preventive). Le scuole, inserite in ospedali o cliniche, possedevano un proprio Statuto e Regolamento che rendeva possibile una certa autonomia nelle gestione delle attività didattiche. Le scuole, esclusivamente femminili ed a pagamento, avevano l'obbligatorietà dell'internato, una sorta di collegio nel quale le allieve trascorrevano i due anni di formazione teorico/pratica.

La Direttrice della scuola, infermiera con il titolo di caposala, dipendeva dal Direttore Didattico (figura medica spesso coincidente con quella del Direttore Sanitario), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo della struttura ospedaliera in cui era inserita la scuola. Il Direttore Didattico convocava e presiedeva i Consigli dei Docenti mentre la Direttrice della scuola rispondeva al Direttore della sua attività di coordinamento e di docenza. La direttrice, più che dell'insegnamento, era chiamata ad occuparsi dell'educazione morale delle

[21] R.D.L. 15 agosto 1925 n. 1832: «"Facoltà della istituzione di Scuole Convitto professionali" per Infermiere e di "Scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale" per "Assistenti Sanitarie Visitatrici" e successivo regolamento R.D. 21 novembre 1929, n. 2330».

allieve, dei problemi disciplinari e della conservazione degli oggetti e del materiale di cui la scuola disponeva. Doveva inoltre organizzare il servizio di assistenza svolto dalle allieve, cioè l'attività di tirocinio clinico considerato come vero e proprio lavoro destinato a soddisfare più l'esigenza dell'ospedale che non quelle della loro formazione.

La subordinazione della Direttrice infermiera al Direttore Didattico e/o al Direttore Sanitario verrà in parte superata dal D.P.R. n.761 del 1979, decreto con il quale si darà riconoscimento alla dirigenza infermieristica nel settore della didattica e dell'organizzazione dei servizi.

Era preferibile che le allieve che intendevano frequentare la scuola possedessero il titolo di scuola media di primo grado. Poiché tale titolo non era obbligatorio, in assenza di questo venivano accettate anche le candidate in possesso della quinta elementare. A livello nazionale, questa situazione determinò negli anni una differenziazione tra quelle scuole che negli anni successivi posero attenzione al livello di cultura e di formazione delle candidate e quelle per le quali era sufficiente che la candidata fosse in grado di leggere e scrivere. Era previsto un periodo di prova, circa tre mesi, al termine del quale veniva espresso un giudizio di idoneità, necessario per la prosecuzione del corso. Le allieve dovevano inoltre sostenere il pagamento di una tassa di iscrizione e tasse mensili per l'intera durata del corso. I pochi insegnamenti teorici, regolamentati successivamente con il D.M. 30 settembre 1938, erano prevalentemente affidati a personale medico. I docenti riportavano i contenuti delle lezioni in testi, scritti in modo semplice e sintetico, consapevoli di rivolgersi a dei subordinati di scarso livello culturale.

L'ambiente formativo era rigidamente regolamentato. Scopo generale della formazione era quello di formare una buona infermiera educata, possibilmente colta, ma soprattutto obbediente poiché considerata una pura esecutrice di ordini. L'allieva poteva essere soggetta a provvedimenti disciplinari per mancanze commesse nella scuola, nel tirocinio e nel convitto. La punizione più grave era il licenziamento e non si prevedeva nessuna possibilità di difesa per l'interessata. Le allieve trascorrevano gran parte del loro tempo di formazione in tirocinio. Erano considerate personale di assistenza e potevano essere chiamate in qualsiasi momento per sostituire personale infermieristico assente per malattia o carente in situazioni di emergenza. Spesso la loro presenza nei reparti era priva della guida e supervisione di personale infermieristico diplomato e ciò determinava l'assunzione di gravose responsabilità non sempre corrispondenti agli obietti formativi raggiunti in quel determinato momento dall'allieva.

In sintesi, la formazione delle infermiere professionali[22], orientata allo svol-

[22] Una definizione puntuale di infermiere professionale è rintracciabile nel Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, dove si legge che egli è «il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica....(le cui principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria)».

gimento di mansioni piuttosto che alla gestione di problemi di assistenza, nasce e si sviluppa in un contesto che non favorisce l'acquisizione della capacità di giudizio e di discussione, dello spirito critico, della consapevolezza del proprio ruolo specifico all'interno del sistema sanitario, elementi necessari per sviluppare in modo autonomo il corpo delle discipline infermieristiche e i servizi infermieristici. L'enfasi posta su alcuni aspetti della formazione – come l'obbedienza, la posizione gerarchica dell'infermiera, lo spirito di sacrificio, il controllo e la disciplina – contribuirà a sviluppare, nella gran parte delle infermiere, uno stato emotivo e psicologico particolarmente fragile, incapace di difendersi ma spesso, ancor prima, di riconoscere attacchi e soprusi ad opera di altre categorie professionali.

L'istituzione, con legge n. 1049 del 29 ottobre 1954, dei *Collegi per Infermiere Professionali*, l'attività di alcune associazioni infermieristiche nazionali, l'impegno a favore della formazione infermieristica di enti come la Croce Rossa Italiana e delle organizzazioni sindacali, la crescita di una *leadership* infermieristica, nonché lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche nell'ambito della sanità, porteranno negli anni Sessanta e Settanta a numerosi cambiamenti per gli infermieri nel settore della formazione e dell'attività professionale, determinando una crescita della categoria professionale in linea con quella degli infermieri degli altri Paesi Europei.

2.2 II periodo dal 1965 al 1992

Con il D.P.R. 24 maggio 1965, n. 775 ("Modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Roma – Istituzione della "Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica") viene istituita la prima scuola universitaria in Italia per la formazione di personale infermieristico dirigente e docente di scuole e servizi infermieristici a vari livelli.

Per poter essere ammessi alla scuola occorreva la maturità quinquennale, il diploma di infermiera professionale e alcuni anni di attività professionale (da 2 a 5 anni, a seconda dei titoli di specializzazione). Il corso della durata di due anni accademici prevede a tutt'oggi ventidue esami universitari e la dissertazione della tesi finale. Da allora, molte sono oggi le scuole per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica presenti in varie università italiane, che concorrono a promuovere la figura infermieristica nel nostro Paese.

Negli anni di avvio delle scuole per dirigenti e dell'immissione nel mondo del lavoro dei primi infermieri dirigenti, si verificarono numerosi cambiamenti che contribuirono, in modo decisivo, a modificare il profilo dell'infermiere in Italia.

In seguito all'Accordo Europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, sull'istruzione e la formazione delle infermiere – finalizzato a garantire un elevato grado di qualificazione delle infermiere e a garantire la loro libera circolazione nell'ambito dei paesi della Comunità Europea – in Italia, in ossequio a quanto

stabilito, furono apportate modifiche sostanziali alla formazione infermieristica con la legge n. 124 del 25 febbraio 1971[23].

Tale provvedimento legislativo estese al personale maschile l'esercizio della professione di infermiere professionale. Le Scuole Convitto vennero denominate "Scuole per Infermieri professionali", e fu abolito l'obbligo dell'internato. A partire dall'anno scolastico 1973/74 per l'ammissione alla scuola per Infermieri Professionali furono richiesti dieci anni di scolarità ossia l'idoneità al terzo anno di una Scuola Media Superiore.

Nel 1972 con D.P.R. n. 4 e n. 10 ("Trasferimento della formazione professionale infermieristica alle Regioni") la gestione delle scuole per infermieri passò alle Regioni, lasciando allo Stato competenze relative ai requisiti di ammissione, agli esami finali e agli ordinamenti didattici.

Con la legge 15 novembre 1973 n. 795 ("Ratifica ed esecuzione dell'Accordo Europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere") furono definite le funzioni dell'infermiere, il livello di istruzione richiesto per essere ammessi alle scuole (dieci anni di scolarità), la durata complessiva del corso (di circa 4.600 ore di insegnamento e di tirocinio) da svolgersi nel triennio. Vennero stabiliti alcuni criteri per l'organizzazione del tirocinio clinico, tra i quali l'individuazione di infermiere diplomate da assegnare ai reparti/servizi destinati al tirocinio clinico. La direzione della scuola per infermiere doveva essere affidata a un medico o a un'infermiera mentre l'insegnamento era affidato ad insegnanti qualificati (medici, infermieri e specialisti nelle varie discipline). Successivamente, con D.P.R. del 13 ottobre 1975 n. 867, fu attuata la modifica dei programmi di insegnamento: la durata degli studi venne portata a tre anni con 4.610 ore di formazione teorico/pratica. Si completò così l'adeguamento a quanto stabilito nell'Accordo europeo di Strasburgo in modo tale da garantire la libera circolazione degli infermieri nei paesi della comunità europea. Inoltre si favorì, con il progressivo contatto a livello europeo ed internazionale dei gruppi infermieristici, lo scambio di esperienze e la diffusione di modelli di assistenza e risultati di ricerche su questioni di interesse infermieristico.

Negli anni Sessanta e Settanta, con il repentino sviluppo della scienza medica e della tecnologia, si verificò la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera e quella dei servizi territoriali. In ospedale cominciò ad essere sempre più richiesto l'impiego di personale specializzato, mentre nel territorio più lentamente si diffuse un modello di assistenza sociosanitaria integrata, da realizzarsi in servizi di prevenzione e di riabilitazione. Le scuole per infermieri, in ordine alle disposizioni europee relative alla formazione complementare delle infermiere (Comitato di Sanità Pubblica del Consiglio d'Europa del 1983) attivarono corsi di specializzazione post-base della durata di un anno, al termine del quale veniva rilasciato un attestato di partecipazione. La riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, culminata nella legge quadro n. 833 del 1978 ("Istituzione

[23] Legge n. 124 del 25 febbraio 1971 "Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione infermieristica, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione di personale di assistenza diretta".

del Servizio Sanitario Nazionale") e successivi decreti attuativi, determinò l'esigenza di riorganizzare lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali, dividendolo in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. In base a tale suddivisione, per gli infermieri inquadrati nel ruolo sanitario fu possibile riordinare la normativa concorsuale per le posizioni di infermiere professionale e infermiere professionale specializzato, di infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala) e di infermiere dirigente.

In breve, l'ingresso degli uomini nella professione indusse cambiamenti profondi nelle motivazioni ed una maggiore partecipazione della categoria alle rivendicazioni sindacali ed ai cambiamenti sociali. La componente maschile allargò prospettive occupazionali soprattutto in settori tecnici ed altamente specializzati dell'assistenza e favorì il progressivo miglioramento delle condizioni contrattuali e lavorative.

L'abolizione dell'internato determinò una drastica riduzione dei fattori di condizionamento che incidevano sulla formazione e favorì una maggiore crescita professionale a livello individuale. L'adeguamento alla normativa europea diffuse la necessità di confrontarsi con gli infermieri degli altri paesi circa i modelli formativi ed organizzativi. Si sviluppò l'associazionismo per l'innalzamento culturale del personale infermieristico e per la tutela del suo esercizio professionale.

Purtroppo le numerose organizzazioni professionali e sindacali presero posizioni diverse rispetto alle azioni di sviluppo da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi.

Le organizzazioni professionali riproposero il vecchio modello di una professione elitaria, refrattaria alle problematiche sociali e lavorative, mentre le organizzazioni sindacali privilegiarono la contrattazione economica perseguendo l'appiattimento della categoria, senza tenere conto degli aspetti culturali, giuridici e di status che determinarono comunque una differenziazione di funzioni all'interno della professione.

La contrapposizione di queste due componenti di rappresentatività della professione infermieristica, in costante conflitto sulle problematiche professionali, non favorì l'evoluzione della formazione dei quadri dirigenti – aspetto fondamentale per il perseguimento dell'autonomia della professione – e continuò ad ostacolare un vero e proprio salto di qualità per l'intera categoria professionale, rendendo ancora debole e instabile l'immagine professionale.

2.3 Il periodo dal 1992 ad oggi

Il dibattito all'interno della categoria professionale, il clima sociale e politico degli anni '80 nonché gli effetti della nuova organizzazione sanitaria, contribuiranno negli anni Novanta a promuovere numerosi cambiamenti a livello legislativo per la professione infermieristica.

Con il D.M. del 31 gennaio 1992 ("Istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche") e successive modificazioni e con il D.M. 24 luglio

1996 (“Approvazione della tabella XVIII ter.”), recante gli ordinamenti didattici, la formazione infermieristica di base si realizza secondo ordinamenti didattici universitari da completare con corsi di perfezionamento (DPR 162/’82) e con il preesistente corso per dirigenti dell’assistenza infermieristica.

Con il D.M. n. 739 del 1994 verrà definito il nuovo profilo dell’infermiere, ottenendo successivamente con legge del 26 febbraio 1999, n. 42 l’abolizione del mansionario e il cambiamento nelle denominazione da “Professione sanitaria ausiliaria“ a “Professione sanitaria”.

Gli infermieri assaporano per la prima volta la possibilità di definirsi professionisti a tutto tondo senza dover fare conti con funzioni ausiliarie delegate dal medico.

Per l’infermiere, così come per qualsiasi professionista, sarà la propria competenza professionale, il profilo ed il Codice Deontologico a definire lo specifico del suo agire professionale e le conseguenti responsabilità operative da assumersi nei contesti operativi. Il recente decreto ministeriale del 2 aprile 2001 (“Determinazione delle classi delle lauree universitarie e delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie”) sostiene appieno l’autonomia professionale con la trasformazione ed il completamento del percorso formativo. Oggi è possibile ottenere una laurea da infermiere con tre anni di formazione universitaria, proseguire con Master di I livello, specializzarsi con laurea di II livello e completare gli studi infermieristici con Master di II livello e Dottorati di ricerca.

In sintesi, dunque, l’avanzamento dell’immagine professionale delineata nei provvedimenti legislativi non è ancora evidente nei luoghi di lavoro. L’infermiere ha ancora molte difficoltà a trovare spazi di autonomia e a utilizzare risorse umane e materiali per promuovere una maggiore qualità delle cure infermieristiche. Spesso egli è ancora coinvolto in situazioni in cui è chiamato a dipendere da livelli decisionali di altre figure: l’infermiere dal medico, la caposala dal primario, il direttore dei servizi infermieristici dal direttore sanitario ed amministrativo.

L’organizzazione dei servizi sociosanitari non è ancora pronta a recepire i nuovi profili professionali ed a definire nuove posizioni funzionali in cui si renda possibile l’espressione di professionalità infermieristiche specializzate.

Molte sono le resistenze legate a rigide mentalità, a problemi economici e a problemi organizzativi, che ostacolano il cambiamento a livello operativo, contribuendo a rendere poco attraente la professione infermieristica tra i giovani.

Gli stessi infermieri, divisi al loro interno per le tante storie diverse vissute a livello formativo e professionale, spesso contribuiscono ad alimentare conflitti, stress e demotivazione, con il risultato di frequenti cambiamenti di sede lavorativa ed un precoce abbandono della professione.

Ci vorrà ancora tempo e sostanziali cambiamenti a livello di politica sociosanitaria per poter dare a tutte le professioni della salute, compresa quella infermieristica, opportuni spazi di visibilità e decisionalità nei contesti operativi, in un’ottica di proficua collaborazione ed integrazione.

3. Il mobbing in area sanitaria: il disegno della ricerca

3.1 La concettualizzazione del problema e la progettazione della ricerca[24]

L'impianto metodologico della ricerca è stato sviluppato seguendo due direttrici principali: da un lato sono state poste alcune considerazioni preventive, aventi per oggetto le dimensioni del campione, la scelta dell'unità di analisi e la scelta del tipo di strumento da adottare per la raccolta dei dati. Dall'altra, si è proceduto in regime con quanto collegialmente dibattuto, setacciato, analizzato e alla fine condiviso sul versante propriamente teorico. Pertanto, la metodologia che ne è scaturita è figlia tanto di considerazioni prosaicamente materiali (la disponibilità finanziaria, le risorse umane a disposizione, l'arco temporale entro il quale la ricerca andava collocata), quanto di più nobili considerazioni teoriche, le quali – in ultima istanza – sono state determinanti nella realizzazione dello strumento di rilevazione dei dati.

A livello metodologico, va precisato – dovremmo dire "ammesso" – che il fenomeno oggetto della presente indagine non si piega con naturalezza alle esigenze empiriche del caso: le maglie del questionario semistrutturato – lo strumento che l'équipe ha deciso di adottare per l'indagine – vanno piuttosto larghe ad un problema che ha una natura di carattere psicoantropologico alquanto pronunciata. Per questo, non va nascosto che sarebbe stato opportuno ricorrere a tecniche più *soft*, meno standardizzate, insomma più consonanti ad un fenomeno che tra le proprie caratteristiche possiede certamente quella della dissimulazione da parte di chi lo mette in atto (Mead, 1939; Whyte, 1943; Bales, 1950; Galtung, 1970; Schwartz e Jacobs, 1979; Bailey, 1982; Delli Zotti, 1997). Perciò, una tecnica di radice antropologica quale quella dell'osservazione non partecipante sarebbe probabilmente stata più adeguata al caso. Tuttavia, a prescindere dai limiti metodologici in essa insiti e peraltro assai noti (perturbazione dell'oggetto d'indagine, coinvolgimento tra osservatore e

[24] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.

osservato, dilatazione dei tempi di ricerca, scarsa controllabilità e replicabilità per assenza di un protocollo standard), la scelta è ricaduta su uno strumento più rapido, per alcuni versi – che chiariremo in seguito – più anonimo e che certamente non avrebbe costretto uno o più membri dell'équipe di ricerca a stravolgere il proprio quotidiano in ragione di un'indagine che – condotta con tecniche osservative – avrebbe probabilmente richiesto moltissimi mesi prima di potere evidenziare le effettive dinamiche mobbizzanti, permettendo oltretutto un semplice studio di caso.

L'inchiesta condotta congiuntamente dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale e dal Campus Bio Medico si colloca tanto sul versante descrittivo quanto su quello esplicativo. Sul primo fronte, l'obiettivo posto è evidentemente quello di fornire una stima del fenomeno, con riferimento non a casi di mobbing conclamato, bensì con riferimento a casi di mobbing potenziale. A corollario di questo vanno collocate naturalmente tutte le altre caratteristiche associate all'attivazione di episodi di mobbizzazione: quali sono le caratteristiche di chi lo ha subito? È possibile stabilire la prevalenza di un profilo psicologico? In quale misura il tipo di organizzazione può determinare episodi di mobbing, almeno a livello potenziale? A queste e ad altre domande si è cercato di offrire una risposta in ossequio alle considerazioni teoriche espresse nella prima parte di questo lavoro.

Sul versante esplicativo, come già è stato ricordato, si è invece tentato di mettere a punto un modello dinamico del mobbing, capace di dare conto di tutti i potenziali elementi che possono contribuire ad innescarlo.

A questo punto si rende necessaria una precisazione, peraltro già richiamata altrove: a dispetto delle definizioni che canonicamente raffigurano il mobbing in termini di azione perpetrata da uno o più soggetti a danno di un altro, con implicazioni sul piano psico-fisiologico, perpetrazione del danno per una durata di almeno sei mesi ed infine allontanamento (per autodifesa o per accumulo di stress e insopportazione ambientale) da parte della vittima, è utile richiamare ancora una volta l'attenzione sul fatto che nella ricerca si è fatto sì riferimento a tutti gli aspetti normalmente implicati nella definizione di mobbing, salvo poi trattare il concetto stesso di mobbing in una versione più estensiva, meno rispettosa dei canoni prefissati legalmente laddove si è legiferato su questo tema e meglio capace di inglobare al proprio interno una definizione per così dire embrionale del fenomeno oggetto d'indagine. Pertanto, l'orientamento seguito ha privilegiato la definizione di quello che a rigore potrebbe essere chiamato *mobbing potenziale*, piuttosto che conclamato. Si badi bene che, agendo diversamente, si sarebbe caduti nella contraddizione di effettuare l'indagine nei luoghi sbagliati: se – come è vero – il mobbing si risolve con l'allontanamento della vittima dal posto di lavoro, perché dunque cercarla proprio lì? In altri termini, se ci fossimo attenuti ad una definizione canonica del mobbing, saremmo stati costretti a coadiuvare la dimensione empirica "sul campo" con approfondimenti di tipo clinico (secondo la terminologia metodologica, non in senso medico, si badi bene), ossia attraverso interviste cosiddette in profondità atte a ricostruire

la dinamica dell'accaduto (l'episodio di mobbizzazione) attraverso la testimonianza delle vittime.

3.2 La scelta del campione e dell'unità di analisi[25]

Precisato ciò, è opportuno richiamare qualche nota sulla costruzione del campione. È noto che, per potere aspirare al requisito della rappresentatività e quindi della generalizzabilità delle inferenze tratte dall'indagine, un'inchiesta richiede un campione capace di fotografare, nelle debite proporzioni, le caratteristiche dell'universo. Impossibilitati ad un'impresa che richiederebbe un finanziamento altissimo e che al contempo rabbuia gli umori di chi sospetta che un'équipe di ricerca possa portare alla luce episodi di mobbing all'interno dell'istituzione entro la quale opera, ci siamo pertanto diretti su quella che viene comunemente definita *indagine-pilota*.

Le indagini di questo tipo, pur non potendo aspirare ai ranghi di rappresentatività richiamati sopra, hanno tuttavia il pregio di fare da apripista per altre più altisonanti indagini, non perdendo tuttavia la capacità di testare ipotesi, suggerire direzioni di ricerca, rispondere a interrogativi di diversa sorta.

Quando ci si muove in ambiti di questo genere è necessario tamponare il più possibile le potenziali derive demografiche del campione, cercando pertanto di raggiungere una ragionevole soglia di rappresentatività in maniera da ottenere un campione che, pur non fotografando perfettamente l'universo di riferimento, eviti quanto meno la trappola di trasformarlo in una caricatura. Ciò significa che per quanto possibile ci si deve riferire ad una popolazione eterogenea, ad un contesto territoriale più variegato possibile, a ogni genere di profilo sociodemografico.

Se dunque inizialmente il gruppo di ricerca ha elaborato un'ipotesi di campionamento con qualche ambizione di rappresentatività campionaria, le condizioni concrete di ricerca hanno suggerito un ridimensionamento degli obiettivi. Ciò è dipeso non soltanto dall'ingente mole di risorse umane e finanziarie che sarebbero occorse per potere produrre un campione rappresentativo, ma anche per l'ostruzionismo che la tematica sollevata con la ricerca ha acceso in più di un presidio ospedaliero. Contattate dalle responsabili del settore nursing del gruppo di ricerca, alcune strutture ospedaliere hanno manifestato una certa resistenza in più di un caso. Questa risposta era in qualche modo prevedibile e ovvia in quanto proprio per la natura del fenomeno stesso che nasce all'interno di una struttura organizzativa e ne mette in discussione le strategie operative e per i risvolti legali e sindacali di tale fenomeno le strutture sanitarie non gradiscano un interessamento che proviene da istituzioni esterne alla struttura stessa.

[25] Paragrafo redatto da Maria Matarese e Daniela Tartaglini.

Il campione prescelto è stato dunque un campione non probabilistico prossimo a quello che tecnicamente viene chiamato “a palla di neve”, o “a valanga”, vale a dire un campione che procede per approssimazioni successive a mezzo delle conoscenze disponibili per potere raggiungere le diverse unità. Per realizzarlo, sono state inizialmente prese come universo di riferimento tutte le strutture ospedaliere – pubbliche o private – distribuite sul territorio della Capitale. Quindi sono stati attivati i contatti con quelle strutture che coprissero zone del territorio diverse, in maniera da ottenere una sorta di campione per quote capace di riflettere più da vicino possibile la complessa e variegata realtà romana. Di fronte agli inevitabili casi di mortalità del campione, ovviamente determinati dai rifiuti dei responsabili contattati, si è proceduto cercando di candidare all’interno del campione strutture che mostrassero un profilo più simile possibile a quelle che erano state espunte.

I criteri utilizzati per la selezione delle unità ospedaliere sono stati i seguenti:

- le dimensioni della struttura;
- la tipologia (Aziende Sanitarie Locali e ospedaliere; Servizi di assistenza domiciliare, policlinici universitari);
- l’appartenenza al pubblico o al privato, in modo che fossero rappresentate tutte le varie tipologie di strutture in cui gli infermieri si trovano a lavorare sul territorio romano.

Tra tutte le strutture presenti sul territorio romano sono state inoltre privilegiate e selezionate quelle strutture presso le quali – come già ricordato – preesistevano dei contatti istituzionali che potessero favorire l’adesione al progetto di ricerca e l’espletamento della ricerca stessa.

All’interno delle strutture di grosse dimensioni sono state selezionate alcune aree assistenziali, in modo da avere rappresentate tutte le aree in cui gli infermieri prestano la loro attività professionale, e cioè:

- Area chirurgica: sale operatorie e reparti di chirurgia;
- Area di medicina generale e specialistica;
- Area di cure pediatriche;
- Area critica (pronto soccorso, rianimazioni e terapie intensive);
- Servizi Territoriali di Prevenzione, Cura e Riabilitazione (Centri di assistenza domiciliare, consultori familiari, SerT, dipartimenti di salute mentale);
- Servizi Infermieristici Dipartimentali;
- Sedi didattiche delle scuole di formazione universitaria infermieristica.

Delle otto sedi individuate hanno aderito all’indagine solo cinque:

- una ASL (presidio ospedaliero e servizi del territorio);
- un’azienda ospedaliera;

- un presidio ospedaliero di ASL;
- un policlinico universitario;
- un servizio di assistenza domiciliare privato.

Nella Tabella 2 sono riassunte, per ogni struttura che ha aderito allo studio, le aree assistenziali e le qualifiche degli infermieri intervistati.

TABELLA 2 - *Aree assistenziali e qualifiche degli infermieri intervistati.*

	Aree assistenziali	Categorie professionali	Questionari distribuiti	Questionari rientrati
Struttura A Azienda Ospedaliera	❑ Dipartimento cardioscienze ❑ Sede del corso Diploma Universitario per Infermiere ❑ Servizio Infermieristico	Dirigenti, docenti, caposala, infermieri	310	200
Struttura B Policlinico Universitario	❑ Dipartimento di chirurgia (sale operatorie, degenze, servizio di emodialisi, e di endoscopia digestiva) ❑ Sede del corso di Diploma Universitario per Infermiere	Docenti, caposala, infermieri	220	114
Struttura C Presidio ospedaliero di ASL	❑ Medicina ❑ Sala operatorie ❑ Chirurgia ❑ Ortopedia ❑ Pediatria ❑ Servizio Infermieristico ❑ Ostetricia ❑ Oculistica ❑ Otorinolaringoiatria ❑ Neurologia ❑ Area critica ❑ Servizio di psichiatrico di diagnosi e cura ❑ Radiologia ❑ Day hospital ❑ Ambulatori	Dirigenti, caposala, infermieri	380	214
Struttura D ASL: presidio ospedaliero e servizi del territorio	❑ Medicina ❑ Sala operatorie ❑ Ginecologia ostetricia ❑ Chirurgia ❑ Area critica ❑ Pediatria ❑ Ambulatori ❑ Servizi territoriali (ass. domiciliare, consultorio familiare e pediatrico, DSM, SerT, Medicina Scolastica, Poliambulatorio)	Caposala e infermieri	700	193
Struttura E Struttura Territoriale Privata	❑ Assistenza domiciliare ❑ Hospice	Infermieri	20	13
		Totale questionari	1.630	734

Nella prima fase della ricerca, assieme alle richieste di autorizzazione inoltrate ai direttori generali delle ASL e ai direttori dei Servizi Infermieristici, sono stati individuati alcuni referenti per la distribuzione e la raccolta dei questionari.

Sono quindi stati realizzati incontri preliminari con ciascun referente, con il preciso scopo di illustrare le finalità delle ricerca, le modalità di distribuzione e di compilazione dei questionari.

Per aumentare il numero dei questionari compilati, è stato previsto un incentivo in denaro per i referenti.

La distribuzione e la raccolta dei questionari hanno richiesto complessivamente oltre due mesi di tempo.

Per ciò che attiene alla *scelta dell'unità di analisi*, l'obiettivo iniziale era quello di superare complessivamente le 1000 unità, laddove quale unità di analisi sono stati scelti – è abbastanza ovvio – gli infermieri, a qualsiasi livello essi appartenessero, mentre come unità di contesto è stata scelta la struttura ospedaliera, una volta ottenuto il nulla osta dai responsabili.

Pertanto, l'unità di analisi oggetto dell'indagine è costituita dal personale infermieristico, ostetrico, vigilatrice d'infanzia e assistenti sanitarie che appartengono alle professioni sanitarie di matrice assistenziale e che per esercitare devono iscriversi al medesimo collegio professionale (Collegio IPASVI). Tali figure rientrano nell'indagine indipendentemente dalla qualifica ricoperta a livello della singola unità operativa o dipartimentale (infermiere, caposala, dirigente).

3.3 La fase di pre-inchiesta[26]

Allo scopo di mettere a punto uno strumento di rilevazione meglio articolato possibile, sono state realizzate tre fasi preliminari alla rilevazione stessa, che hanno consentito di tarare lo strumento nella maniera più efficace possibile.

In primis, è stata ovviamente effettuata una ricognizione bibliografica avente per oggetto il mobbing e tutto ciò che ad esso è connesso: ricerche di taglio medico-psicologico sullo stress, inchieste sul disagio lavorativo, analisi relative alle molestie sessuali sul luogo di lavoro. Sono stati pertanto raccolti libri, articoli e ogni altro genere di materiale che potesse consentire di focalizzare al meglio gli obiettivi del lavoro, come ad esempio i questionari utilizzati in occasione di inchieste connotate da una qualche forma di parentela con quella realizzata dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

Si è poi provveduto ad organizzare un *focus group*, con il preciso intento di fare emergere dai diretti interessati – ossia dagli stessi infermieri – aspetti che altrimenti sarebbero potuti sfuggire ai membri del gruppo di ricerca. Binetti,

[26] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.

Flora e Matarese – la prima in qualità di decana nonché medico del gruppo, la seconda di psicologa e la terza di dirigente dell'assistenza infermieristica – hanno condotto il *focus group* in parziale ossequio ai dettami canonici della tecnica[27]. Come è noto, il *focus group* ha la proprietà di operare un confronto collegiale ed approfondito su alcuni temi cruciali della ricerca proposti dal conduttore. I partecipanti al *focus group* svolgono la funzione di cartina di tornasole rispetto ai temi sollevati. Essi consentono, grazie ai loro interventi, alle loro osservazioni, al racconto dei loro vissuti personali, di inquadrare il fenomeno oggetto d'indagine in un'ottica più puntuale possibile. Ecco perché si ricorre alla tecnica del *focus group* proprio nelle occasioni in cui il fenomeno, come si argomentava all'inizio di questo capitolo, ha una propria natura sfuggente e presenta quindi dei confini non sempre perfettamente coglibili da chi fa ricerca.

La terza fase preliminare al licenziamento della versione definitiva dello strumento di ricerca è stata quella di pre-test. Oltre sessanta persone sono state raggiunte da una versione per così dire "di prova" del questionario. Queste stesse persone lo hanno compilato simulando le condizioni di ricerca che si sarebbero verificate nella fase di rilevazione vera e propria, fatta eccezione per il fatto che – qualora avessero trovato qualche difficoltà nella compilazione del questionario – si sarebbero rivolte ad un ricercatore preposto a questa funzione.

Il materiale così raccolto è stato preventivamente sottoposto ad una rapida analisi dei dati, allo scopo di mettere in luce quelle domande che mostravano di non discriminare abbastanza o quelle modalità di risposta che non venivano sufficientemente gettonate. In più, è stato possibile perfezionare la redazione delle modalità di risposta di quelle domande che, proprio in fase di pre-testing, erano state volutamente lasciate aperte alla libera risposta degli intervistati.

3.4 Lo strumento di rilevazione e le modalità di intervista[28]

Il questionario messo a punto dall'équipe di ricerca è stato organizzato in maniera tale da fare convergere all'interno di esso le diverse problematiche che, nella fase di progettazione e concettualizzazione della ricerca, erano emerse come rilevanti. Esso riflette pertanto la dimensione sociologica, quella psicologica e quella clinica, alle quali si accompagna una parte relativa alla registrazione dei dati cosiddetti strutturali: il sesso, l'età, l'anzianità di servizio e via dicendo.

---

[27] Convenzionalmente, i criteri per una realizzazione efficace del focus group sono almeno quattro: a) i partecipanti al focus group non devono conoscersi tra loro; b) il gruppo deve essere più omogeneo possibile, in modo che le caratteristiche di uno o più membri del gruppo non vadano a detrimento della comunicazione complessiva, magari inibendo altri partecipanti; c) il gruppo deve essere costituito da un minimo di 4 ad un massimo di 20 persone; d) il focus group deve essere presenziato e condotto da una sola persona (per tutti questi punti, Cfr. Corrao, 1999; Dawson, 1993; Knodel, 1993; Kreuger, 1994; Morgan, 1988)

[28] Paragrafo redatto da Stefano Nobile, con l'eccezione del sottoparagrafo relativo alla dimesione psicologica, la cui stesura è stata curata da Caterina Flora.

Complessivamente, il questionario da una parte restituisce il modello messo a punto a livello teorico, mentre dall'altra contempla i suggerimenti derivati dalle fasi preliminari menzionate sopra.

Scendendo invece più nel dettaglio, le singole sezioni (sociologica, psicologica, medico-clinica e strutturale) sono state costruite ricorrendo a strategie d'indagine e a modalità di costruzione delle domande differenziate a seconda delle necessità. Pertanto, esse verranno presentate nelle righe che seguono in maniera differenziata.

La dimensione sociologica

Nella dimensione sociologica, come già è stato ricordato in un'altra parte di questo lavoro, confluivano aree relative alle aspettative professionali e relazionali degli infermieri, al tipo di rapporti (verticali e orizzontali) stabiliti all'interno della struttura lavorativa, alla percezione del controllo all'interno di essa, all'estrinsecazione di conflitti e alla presenza o meno di corporativismo e solidarietà tra colleghi infermieri.

A seconda delle necessità, le diverse aree sono state costruite ricorrendo a strategie ad hoc. In alcuni casi sono state utilizzate delle scale di atteggiamento, mentre in altri si è preferito ricorrere alle canoniche domande con ampia autonomia semantica, da assemblare in indici sintetici nella successiva fase di analisi dei dati.

La dimensione psicologica

Come si è visto in precedenza, il modello individuato prevedeva la presenza di una dimensione psicologica il cui compito precipuo era quello di cogliere l'eventuale propensione degli intervistati a ricoprire, a seconda dei casi, il ruolo di *mobber* piuttosto che quello di *mobbizzato*.

A tal fine, sono stati inizialmente passati in rassegna alcuni possibili modelli applicabili a questo tipo di situazione, test di normale utilizzo nell'indagine clinico-psicologica che tuttavia avrebbero trovato difficile cittadinanza all'interno di uno strumento di rilevazione che – date le modalità di somministrazione (cfr. la sezione relativa) – richiedeva soprattutto il requisito dell'agilità. È noto invece che alcuni tra i più diffusi test clinici atti a rilevare la propensione dei pazienti a vestire i panni della vittima, così come i test clinici in genere (Anastasi, 1954; Cronbach, 1970), sono caratterizzati dalla dimensione ipertrofica dei test stessi. Questa mole così consistente è giustificata sul piano scientifico dalla necessità, da un lato, di disporre del più ampio numero di indicatori possibile, mentre dall'altro è dovuta alla necessità di integrare la maggior parte dei test psicologici con apposite domande di controllo, mirate a certificare l'attendibilità dei rispondenti (Gulliksen, 1936; Kuder e Richardson, 1937; Jackson e Ferguson, 1941; Guttman, 1945 e 1946; Cronbach, 1943 e 1947; Bohrnstedt, 1969; Bohrnstedt e Heise, 1970; Carmines e Zeller, 1979).

Pertanto, non è stato possibile impiegare test di grosse dimensioni che cal-

zassero a pennello con le necessità della ricerca, come per esempio quello ideato da Millon.

È stato pertanto necessario convergere su strumenti più leggeri ed immediati: dopo un accurato vaglio e dopo un confronto con alcuni testimoni qualificati, la scelta è caduta sul test ideato da Eric Schuler. Si tratta di un test strutturato, con modalità di risposta dicotomiche (vero/falso), il cui profilo presenta quattro tipici atteggiamenti, riferiti a due assi: il primo asse va dalla dissimulazione alla franchezza totale; il secondo dal ripiegamento su se stessi all'interesse massimo per gli altri, che si traduce in attenzione. Secondo le zone definite da questi due assi, ci si trova in uno dei quattro casi seguenti, riportati anche in Figura 2 (pag. 33):

- Aggressività (ripiegamento su se stessi; franchezza totale);
- Fuga (Ripiegamento su se stessi, Dissimulazione);
- Manipolazione (Buona attenzione per gli altri; Dissimulazione);
- Assertività (Buona attenzione per gli altri; Franchezza).

Il test permette di determinare la tendenza ad adottare l'uno o l'altro di questi atteggiamenti, traducendoli eventualmente in comportamenti. Il profilo ideale, quello per così dire più "equilibrato", è quello che limita il comportamento di fuga, ammette di tanto in tanto un minimo di aggressività, comporta una dose non trascurabile di manipolazione – che può rivelarsi perfino utile – e cerca di sviluppare l'assertività al massimo livello.

Come si ricorderà, infatti, il profilo ideale, ossia quello teoricamente più refrattario alle azioni mobbizzanti, è quello assertivo. L'adozione del test ha dunque il preciso scopo di sondare le potenziali relazioni esistenti tra tipi di atteggiamento maggiormente esposti al mobbing – come per esempio quello di fuga – ed altri che, all'opposto, ne risultano impermeabili. Il modello di Schuler consente appunto di individuare questi tipi, così da consentire l'avanzamento di ipotesi teoriche circa la relazione tra questi e le azioni mobbizzanti subite.

Chiariti dunque gli aspetti teorici sottesi al modello di Schuler, vanno fornite alcune precisazioni in merito all'impiego del modello stesso, che ha subito – sul piano tecnico – due importanti modifiche.

La prima modifica riguarda il numero di *item* impiegati: allo scopo di non appesantire eccessivamente il questionario, si è optato per una sua riduzione, sostenibile sul piano metodologico. Gli *item*, che nel modello originale sono 48 (12 per ciascuna dimensione latente) sono stati portati a 36. La riduzione non è stata operata con un criterio semantico, bensì con un criterio sintattico. L'intera batteria di 48 *item* è stata infatti sottoposta ad un campione di un centinaio di persone. Questa operazione ha permesso di scartare quegli *item* che polarizzavano maggiormente la desiderabilità sociale delle risposte e che, in definitiva, risultavano scarsamente discriminanti rispetto alla popolazione nel suo complesso. Se dunque da un lato si è adottato un criterio al tempo stesso pragmatico e di natura statistica, dall'altro l'operazione è inattaccabile sul piano metodolo-

gico in quanto conserva la proprietà di assegnare comunque un ampio numero di *item* (8) a ciascuna dimensione.

La seconda modifica è stata invece operata ex-post ed è decisamente più complessa. Il tallone d'Achille del modello di Schuler sta infatti nella sua incapacità di distinguere i profili dei soggetti che mostrano un determinato profilo in ragione degli *item* con i quali si sono mostrati in accordo. Questo aspetto tecnico del test di Schuler comporta l'inservibilità delle risposte di disaccordo con gli stimoli del test. Questa insufficienza poteva essere colmata in due modi: sul piano puramente teorico oppure sul piano statistico, pur sempre sorretto da una razionale impalcatura logica e teorica. Se ragionassimo in astratto, dovremmo probabilmente affermare che un individuo che si dice in disaccordo con una certa affermazione – la quale, in caso di accordo, funge da "spia" di uno dei quattro tipi di personalità – dovrebbe a rigore fare accendere la "spia" diametralmente opposta a quella del profilo per la quale è stata costruita (cfr. ancora una volta la Fig. 2 a pag. 33). Le cose stanno tuttavia diversamente: i quattro profili sono infatti la risultante di altrettante dimensioni (franchezza *vs*. dissimulazione; orientamento verso gli altri *vs*. orientamento verso se stessi). Pertanto, è legittimo pensare che il mancato accordo con una determinata affermazione rimandi non esclusivamente al profilo opposto a quello da essa sotteso, ma – in porzioni diverse – a tutti e tre i profili. Il campo semantico di un indicatore (Lazarsfeld, 1967; Lombardo, 1994), infatti, non coincide mai completamente con quello del concetto al quale esso si riferisce (fatta ovviamente eccezione per quei concetti la cui definizione operativa, come l'età o il sesso, è immediata). Un indicatore, in altre parole, ha una "parte indicante" ed una "parte estranea" (Marradi, 1984) che non lo rendono mai perfettamente sovrapponibile al concetto, operazione che invece è implicita nell'ipersemplificazione tecnica operata dal modello di Schuler. È stata conseguentemente apportata una modifica alla tecnica di calcolo dei punteggi finali che consentisse di contemplare in qualche misura il disaccordo con gli *item* del test. La modifica consiste nell'adottare, per ciascuna delle tre dimensioni alle quali il singolo *item* non è riferito, una quota proporzionale al coefficiente di contingenza[29] che quell'*item* ha rispetto a ciascuna delle tre dimensioni alle quali non è riferito. La quota proporzionalmente più alta è stata ovviamente attribuita alla prima dimensione meno associata (volendo commettere uno strafalcione metodologico e linguistico potremmo dire "correlata"), quindi alla seconda e infine alla terza. Prendiamo ad esempio la frase "non temo d'imbarazzare il mio interlocutore". Nel modello di Schuler, l'accordo con questa frase denuncia la presenza di aggressività e quindi la persona che si dice in accordo con questa affermazione prende un punto sulla scala dell'aggressività. Se invece si dice in disaccordo non prende alcun punto su nessuna delle scale. Nella variante messa a punto dal gruppo di ricerca[30], il disac-

[29] È stato utilizzato un coefficiente di associazione per variabili dicotomiche a categorie non ordinabili e quindi è stata prodotta la matrice dei test di associazione tra tutte le 36 variabili del test.

[30] Il modello statistico è stato costruito da Stefano Nobile.

cordo alimenterebbe invece una parte di punteggio sulle tre dimensioni escluse e cioè: 0,500 sulla dimensione della fuga, che è quella con una correlazione inversa più alta, 0,438 punti sulla dimensione della manipolazione e 0,062 punti sulla restante dimensione dell'assertività. Si tratta soltanto di un esempio, che però dovrebbe aiutare a capire come – con questa strategia – si possa da una parte ovviare al problema del basso numero di accordi con gli *item* della scala e dall'altro si riequilibrano i punteggi senza perdere l'informazione che proviene dalle affermazioni di disaccordo.

La dimensione medico-clinica

Nella dimensione medico-clinica hanno trovato posto quei temi legati direttamente con le eventuali manifestazioni stressogene del mobbing. Si è cioè utilizzata l'eventuale presenza di sintomi tipici da stress come indicatore di una possibile condizione – anche soltanto embrionale – di mobbizzazione, con l'impegno di verificare in seguito se ed eventualmente in quale misura questo aspetto era associato all'effettiva presenza di altre caratteristiche legate alle condizioni dell'intervistato, vuoi di natura sociologica, vuoi di natura psicologica vuoi, ancora, di natura strettamente biografica.

La presenza di eventuali elementi stressogeni negli intervistati è poi stata controllata con variabili esterne che avrebbero potuto determinare un effetto spurio nella relazione tra condizioni dell'intervistato ed effetto mobbizzante. Queste variabili di controllo riguardavano la presenza o meno di fattori stressogeni extralavorativi che potevano essere intervenuti nella recente storia personale degli intervistati: nascite, morti, separazioni e via dicendo. Anche in questo caso, si è fatto ricorso ad una batteria di *item*, con il preciso intento di ricavare, a valle dell'indagine, un indice sintetico di stress, decurtata dalla eventuale quota di stress imputabile a fattori extralavorativi.

Per ciò che riguarda le modalità di intervista, va ricordato che la fase di pretest è servita ad evidenziare quelle domande rispetto alle quali gli intervistati, coadiuvati da un esperto, mostravano le maggiori difficoltà nel fornire una risposta. Si è quindi provveduto a semplificarle in ragione dei suggerimenti raccolti dagli stessi intervistati, suggerimenti che naturalmente sono stati riadattati al questionario grazie alle specifiche competenze metodologiche del gruppo di ricerca. In altri casi, le domande sono state cassate oppure ad esse sono state aggiunte (o tolte) determinate modalità di risposta. Tutto ciò al fine di semplificare uno strumento di una certa complessità, la cui modalità di compilazione era affidata all'autocompilazione e alla supervisione di un coordinatore il quale, come già ricordato, ha ricevuto un incentivo al fine di garantire il maggior numero di ritorni possibile.

Il questionario auto-somministrato presenta alcuni noti vantaggi, il primo dei quali – prosaico ma certamente importante – è quello di ammortizzare notevolmente il costo complessivo della ricerca, eliminando le voci di spesa relative agli intervistatori. Una seconda ragione, non meno importante, del successo di questo tipo di somministrazione è legata all'impostazione comportamentista:

come fa notare Pitrone (1986, p.145), «il questionario compilato direttamente dai soggetti appare come uno strumento "realmente" standardizzato, al riparo da eventuali interventi distorcenti degli intervistatori». Tra i vantaggi va anche annoverato il fatto che, ancora seguendo un'impostazione comportamentista, lo "stimolo" viene fornito pressoché nello stesso momento, o quantomeno nello stesso periodo. A fronte di questi vantaggi – tra i quali non va dimenticato il fatto che il questionario auto-somministrato spesso garantisce una maggiore spontaneità nelle risposte – esistono naturalmente anche degli svantaggi. Il basso tasso di ritorno (quote intorno al 50% sono considerate più che buone, ma anche tassi del 10% sono ritenuti accettabili), la maggiore propensione a rispondere da parte delle persone con status socioeconomico più elevato e infine la possibilità che non sia la persona effettivamente designata quella che concretamente risponde al questionario sono alcune tra le più vistose carenze di una modalità di somministrazione di questo genere.

Per arginarne i limiti, il gruppo di ricerca ha deciso di destinare una parte del finanziamento della ricerca a dei supervisori, i quali avevano il preciso compito di stimolare il ritorno dei questionari e di rendersi disponibili – essendo preventivamente stati addestrati – a fornire chiarimenti sulla loro compilazione. Questo ha reso possibile un ritorno di questionari compilati assai più ampio della media. Su 1630 questionari distribuiti ne sono infatti tornati 737, pari ad un tasso di ritorni del 45%.

A ciò va aggiunto che lo stimolo fornito al corpo infermieristico rientrava appieno in quelle tematiche che gli individui sentono strettamente legate alla loro vita e che proprio in virtù di questo rendono più motivati gli intervistati (Goode e Hatt, 1952).

3.5 La raccolta dei dati e l'immissione dei dati in matrice[31]

Dopo avere effettuato alcuni solleciti, i dati sono stati raccolti lasciando un margine di 30 giorni agli intervistati.

La registrazione dei dati stessi in matrice è stata realizzata con il pacchetto informatico Spss per Windows, dopo avere opportunamente costruito la maschera di immissione. La fase di immissione[32] è stata logicamente seguita da una fase di pulizia e controllo dei dati, da una ricodifica delle domande aperte e dalla creazione degli indici sintetici, sui quali hanno poggiato le successive fasi di analisi mono- bi- e multivariata dei dati.

[31] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.
[32] L'immissione dei dati è stata curata dalla signora Patrizia D'Arrigo.

4. Il mobbing in area sanitaria: i risultati dell'indagine sul personale infermieristico a Roma

4.1 Sguardo dall'alto[33]

Ospedali, fabbriche, ministeri, aziende, università, aule scolastiche e luoghi di lavoro e di relazione in genere. È qui che il mobbing può trovare il proprio *humus* potenziale per nascere, crescere, svilupparsi e in qualche caso ingigantirsi fino all'emarginazione di uno o più individui. Ma in quale misura questo fenomeno dipende da cause contingenti, imponderabili, determinate dall'incontinenza aggressiva del singolo o di un gruppo e quanto invece può essere attribuito a fattori di natura sociologica che, in quanto esito di interrelazioni umane, potrebbero essere in qualche misura controllati?

Nella prima parte di questo lavoro abbiamo visto che le variabili sociopsicologiche possono – come sembrerebbe dimostrare il concatenamento di diverse ipotesi teoriche – in qualche misura influenzare l'innesco di un'azione mobbizzante che non sia meramente il frutto dell'imponderabile crudeltà del singolo. Proprio le origini etimologiche del termine mobbing rimandano ad una definizione tenacemente ancorata all'estrinsecazione di impulsi aggressivi che deflagrano soprattutto in presenza di condizioni socio-ambientali particolari. Se nel mondo animale la carenza di risorse, la difesa del territorio e della prole possono scatenare azioni di gruppo contro il "nemico" esterno, è possibile ipotizzare che esistano delle condizioni analoghe anche tra gli uomini? Eccellenti divulgatori come lo psicanalista Erich Fromm (1973), il biologo Henri Laborit (1976) e l'etologo Konrad Lorenz (1963) hanno già fornito delle risposte in questo senso in una prospettiva disciplinare che tiene tuttavia conto di punti di vista ben diversi da quello sociologico. I sociologi hanno cominciato a guardare al mobbing soltanto sul finire degli anni Ottanta, in concomitanza con l'inizio della «fine del lavoro» (Rifkin, 1995), i drastici e rapidissimi cambiamenti del mondo aziendale e i massicci

[33] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.

tagli nell'impiego in seno al terziario. Il fenomeno – come abbiamo visto più volte – assumeva le sembianze di una vera e propria strategia aziendale per il taglio dei posti di lavoro in esubero, assumendo una propria particolare dizione come forma organizzata di mobbing, detta *bossing*.

A dispetto di ciò, continuano a latitare – anche nell'ambito delle sociologie speciali – analisi sistematiche sulla nascita per così dire "spontanea" del mobbing, mentre i pochi contributi esistenti sembrano indirizzati maggiormente verso una prospettiva di tipo puramente descrittivo (quante persone vengono allontanate, che tipo di aggressioni subiscono, come valutano i rapporti con i superiori, eccetera). Ci si domanda allora se sia possibile individuare dei fattori di rischio di ordine sociologico che, qualora venissero messi a fuoco, possano diventare oggetto di più accorte politiche aziendali o, come nel nostro caso, di una più scrupolosa e vigile dirigenza sanitaria nei confronti di un problema, che, come abbiamo osservato nella prima parte di questo lavoro, trova nell'ambito ospedaliero una delle sue punte più elevate. In quella che con un pizzico di magniloquenza viene presentata come «la prima ricerca italiana» sul mobbing, Ege (1998, p. 27) ci ricorda appunto che l'ambiente ospedaliero è uno di quelli presso i quali il mobbing attecchisce maggiormente, presumibilmente a causa della «presenza di due gruppi che tendono a mescolarsi poco: il personale medico e quello paramedico. Per questa sorta di rivalità – precisa ancora Ege – esiste all'interno di ciascun gruppo un certo "codice" professionale, per cui chi non segue le regole del gruppo si pone automaticamente in una posizione rischiosa».

Vediamo dunque in quale misura, per dirla con Popper (1963), le congetture operate nella prima parte di questo lavoro trovano effettivo riscontro sul piano empirico.

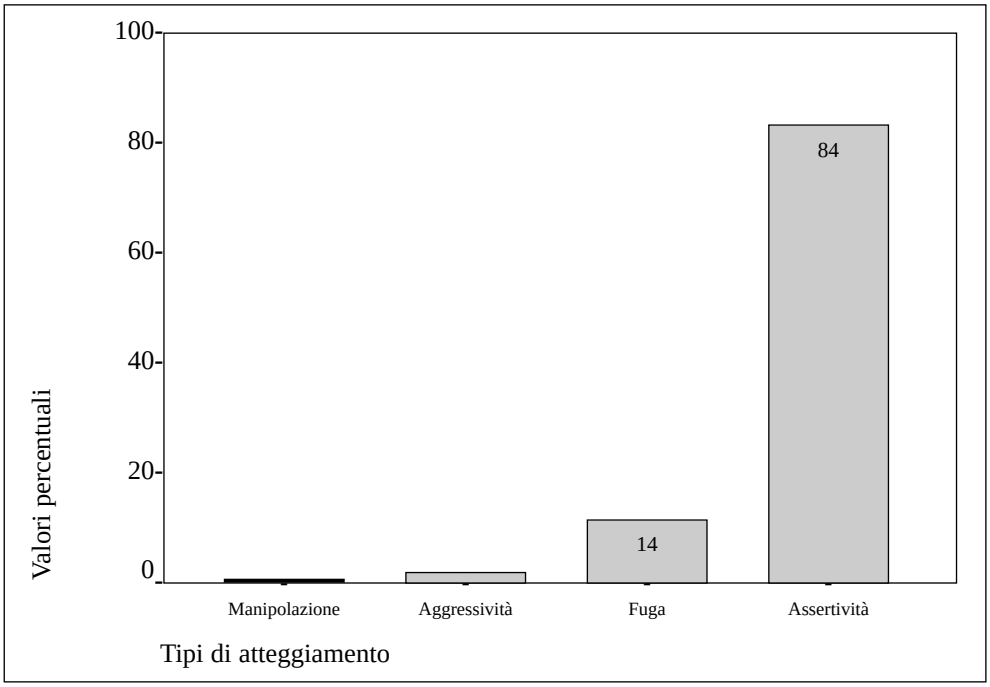
Prima, però, è necessario spendere due parole per motivare l'assenza dei risultati relativi alla dimensione psicologica nelle pagine che seguono. Come è già stato ampiamente documentato, la psicologia non dispone di un test ad hoc, validato[34], concepito appositamente per dare conto della propensione al ruolo di mobber ovvero a quello di mobbizzato. Per ovviare a questa carenza, ci si è orientati verso un test – quello di Schuler, peraltro esso stesso non validato – che consentisse un'approssimazione teorica accettabile al modello adottato in occasione della presente ricerca. La scelta è stata ovviamente operata facendo riferimento a più soluzioni possibili. Che cosa, allora, non ha funzionato? Come si ricorderà, il test elaborato da Schuler presenta quattro atteggiamenti psicologici (assertività, fuga, manipolazione e aggressività) che, stando alle ipotesi espresse nella prima parte di questo lavoro, avrebbero potuto fornire delle indicazioni in merito all'eventuale propensione degli intervistati a rivestire il ruolo di vittima.

[34] Un test può essere ritenuto valido (o "validato") quando – come chiarisce la Anastasi (1954, p. 56) – «misura in realtà ciò che dice di misurare». Per ottenere questo risultato è necessario ricorrere ad una somministrazione su grandi campioni e sottoporre il test stesso ad opportune procedure di controllo.

Dei 48 *item* iniziali ne sono stati espunti, dopo il pretest, ben 12. Il modello statistico prevedeva che gli *item* rimanenti, equamente ripartiti in termini di numero tra i quattro atteggiamenti da rilevare, correlassero tra loro all'interno di ciascuna dimensione in misura maggiore rispetto alle dimensioni esterne. In breve, ci si aspettava, ad esempio, che tutti gli *item* sottostanti la dimensione "aggressività" correlassero tra loro meglio di quanto non potessero correlare con *item* della dimensione "fuga". In termini tecnici, si parla in questi casi del requisito per cui la validità convergente deve presentare misure di associazione maggiori rispetto a quelle presentate a livello interfattoriale (validità discriminante; Cfr. Campbell e Fiske, 1959).

Il test di Schuler non soltanto presentava questo manifesto difetto tecnico (alcuni *item* appartenenti alla stessa dimensione presentavano misure di associazione minore rispetto a quella con *item* afferenti a dimensioni esterne), ma aggiungeva a questa veniale lacuna un più marcato handicap. I risultati hanno infatti mostrato l'altissima desiderabilità della dimensione "assertività" (l'84% degli infernieri si polarizza su questa dimensione) che rende impossibile ogni tentativo di analisi (Figura 4).

FIGURA 4 - *I quattro tipi di atteggiamento ricavati dal test di Schuler*



Gli intervistati sembrano dunque in larghissima parte (85,5%) franchi (58,2%) e altruisti (27,2%), dato che – senza nulla volere togliere a chi eser-

cita la professione infermieristica – pare lontano da ogni possibile buon senso.

Si sarebbero potuti ottenere risultati più edificanti salendo di un gradino lungo la scala di astrazione del test progettato da Schuler, passando cioè dai quattro atteggiamenti alle quattro dimensioni che li compongono (franchezza, vivo interesse verso gli altri, dissimulazione e ripiegamento su se stessi).

In questo modo, è possibile rintracciare almeno parzialmente la relazione supposta teoricamente nelle pagine precedenti: la Tabella 3 mostra infatti che le persone meno a rischio hanno un atteggiamento che oscilla tra l'interesse verso gli altri e la franchezza; al contrario, coloro che più risultano esposti alle molestie morali hanno come tratto peculiare il ripiegamento su se stessi, in una percentuale che è largamente maggiore rispetto a quella riferita alle altre dimensioni degli atteggiamenti psicologici.

TABELLA 3 - *Mobbing e dimensioni dell'atteggiamento secondo il test di Schuler (valori in percentuale)*

		Tratto dominante della personalità				*Totale*
		Franchezza	Vivo interesse verso	Dissimulazione	Ripiegamento su se stessi	
Esposizione ad azioni mobbizzanti	Soggetti protetti	80,6	82,6	79,2	70,0	*80,6*
	Soggetti a rischio	10,7	9,5	14,3	10,0	*10,7*
	Soggetti altamente esposti	8,6	8,0	6,5	20,0	*8,7*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Tuttavia, non è rintracciabile una relazione sufficientemente marcata da avvallare ulteriori analisi. Quanto leggibile dalla Tabella 3 suggerisce comunque che la componente psicologica andrebbe in qualche modo "decurtata" dal modello, a conferma di quanto ipotizzato in sede teorica. Ciò significa che la potenziale esposizione al mobbing – governata essenzialmente da elementi di matrice sociologica – è condizionata almeno in parte da un atteggiamento dimesso, chiuso, evitante. Un test più mirato avrebbe probabilmente potuto circostanziare meglio le caratteristiche psicologiche che possono intervenire in questo processo.

Chiarito ciò, possiamo passare all'esposizione dei risultati della ricerca, cominciando con una panoramica sulle caratteristiche generali presentate dagli infermieri del nostro campione, proseguendo con una valutazione del modello

sociologico e chiudendo con l'analisi delle implicazioni stressogene del mobbing.

4.2 Le caratteristiche del campione[35]

Come già si è osservato nelle pagine relative al disegno della ricerca, quest'ultima è stata condotta presso cinque strutture sanitarie romane rappresentative dei livelli di assistenza di base e specialistica del Servizio Sanitario Nazionale[36].

Nella selezione delle unità di personale afferenti alle strutture da includere nell'indagine, si è tentato di garantire la massima eterogeneità possibile, senza pretese di rappresentatività statistica, in relazione ai ruoli professionali che gli infermieri possono assumere all'interno del contesto sanitario. La stragrande maggioranza dei soggetti intervistati (pari all'82,6% dei casi) si colloca entro la categoria degli infermieri professionali. Le altre categorie di infermieri non superano i 3 punti percentuali, tranne le caposala che hanno risposto in numero lievemente superiore costituendo il 7,7% del nostro campione (si veda Tabella 4). Una composizione così disomogenea riflette l'effettivo impiego delle professionalità infermieristiche all'interno delle strutture sanitarie. Di fatto la maggior parte dei servizi è dedicata alla cura di soggetti adulti e gli infermieri professionali, cui non è richiesta una specializzazione peculiare, trovano collocazione proprio in questo ambito[37].

TABELLA 4 - *Ruolo professionale svolto.*

	%
Infermieri professionali	82,6
Caposala	7,7
Ostetriche	2,6
Infermieri generici	2,3
Infermieri pediatrici o vigilatrici d'infanzia	1,6
Infermieri psichiatrici	1,4
Dirigenti dell'assistenza infermieristica	1,4
Assistenti sanitari	0,3
Totale	*100,0*
	691 casi validi

[35] Paragrafo redatto da Federica Mancini, Maria Grazia De Marinis, Daniela Tartaglini e Maria Matarese.

[36] Sulle procedure di selezione del campionamento adottate si veda il par. 3.2.

[37] Di fatto i servizi dedicati alle puerpere, ai bambini e a soggetti con disturbi psichiatrici sono ambiti meno numerosi rispetto ai servizi di cura dedicati agli adulti.

La storia della professione infermieristica nel nostro Paese è caratterizzata da numerose modifiche dei *curricula* formativi, tanto da determinare – ai giorni nostri – significative disparità per medesimi profili professionali, nei percorsi formativi che li hanno determinati[38].

Alcune figure stanno scomparendo; per altre oggi è necessario compiere percorsi di formazione più lunghi e maggiormente qualificanti. La formazione, anche quella di base, consente di acquisire un potere culturale e professionale spendibile in una molteplicità di situazioni lavorative, siano esse legate alla complessità dell'esercizio professionale, alla progressione di carriera o al paritario confronto professionale. Per molti anni i percorsi formativi degli infermieri, che prevedevano il conseguimento di un diploma professionale e successivamente di un diploma universitario triennale, hanno determinato una evidente disparità tra gli infermieri e gli altri professionisti sanitari con cui collaboravano e ai quali invece è da sempre richiesto il diploma di laurea. L'assenza di un comune livello formativo ha ostacolato l'integrazione di competenze e professionalità tra i diversi attori del processo di cura, con riferimento in particolare al rapporto tra il medico e l'infermiere, laddove tale disparità è stata sovente causa di progressiva emarginazione degli infermieri dai processi decisionali. Tuttavia con l'attivazione, avvenuta con Decreto Ministeriale del 2 aprile 2001, dei corsi di laurea e dei *master* di primo e secondo livello, gli infermieri possono finalmente contare su percorsi formativi maggiormente qualificati che garantiscono autonomia decisionale nello svolgimento della professione. Tuttavia la recente istituzione dei nuovi percorsi formativi non ha evidentemente ancora potuto riflettersi sulla effettiva composizione dei professionisti arruolati nella ricerca.

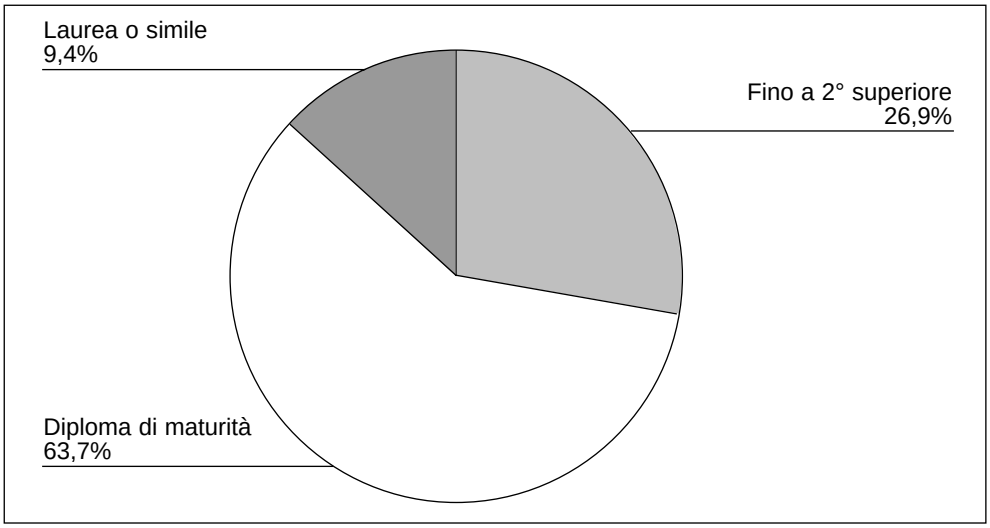
Se nel nostro campione appena il 7,7% degli intervistati ha conseguito il *Diploma Universitario per Infermiere*, istituito d'altra parte solo nel gennaio 1992, un'ampia maggioranza di infermieri è comunque in possesso del titolo di scuola media superiore (63,7%). Ciò appare tanto più meritorio se si considera che, fino all'istituzione del diploma universitario, il requisito minimo per l'accesso ai corsi di formazione infermieristica professionale era fissato a 10 anni di scolarità. Tuttavia, già prima del 1992, in molte scuole per infermieri professionali veniva privilegiato il titolo di maturità e comunque quest'ultimo era già requisito necessario per l'accesso alle scuole speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica. Inoltre l'istituzione della formazione universitaria, attivata nel 1992, ha costituito uno stimolo per gli infermieri con un incompleto percorso di scuola media superiore, affinché provvedessero ad integrare il livello di scolarità conseguendo il diploma di maturità.

La maggior parte degli intervistati (88,8%) ha dunque conseguito il diploma di infermiere presso le scuole professionali prima del 1992; tuttavia, oltre un terzo di essi ha successivamente perfezionato la propria formazione con delle

---

[38] Per una puntuale descrizione della storia della professione infermieristica in Italia si veda il Cap.2 del presente volume.

FIGURA 5 - *Titolo di studio di base degli infermieri.*



specializzazioni *post base*. I titoli di formazione *post base* dichiarati dagli intervistati si distribuiscono nel seguente modo: il 12,9% è in possesso del certificato di abilitazione a funzione direttive che nel passato costituiva requisito indispensabile per svolgere il ruolo di caposala all'interno dei servizi assistenziali; il 12,2% ha acquisito diplomi di specializzazione in ambito clinico; il 4,5% ha conseguito il titolo per dirigente dell'assistenza infermieristica o titolo equivalente e il 2% ha il diploma di assistente sanitario.

TABELLA 5 - *Titolo di studio professionale*[39].

	% casi
Diploma per infermiere professionale	88,8
Certificato abilitazione funzioni direttive	13,6
Specializzazione in ambito clinico	12,9
Diploma infermieri generici	8,3
Diploma universitario infermiere	7,7
Diploma universitario di dirigente	4,7
Diploma vigilatrice d'infanzia	3,1
Diploma di ostetrica	2,7
Diploma assistente sanitaria visitatrice	2,1
Totale	*144,1*
	699 Casi validi

[39] Come si può ben vedere, la percentuale totale riportata in tabella esubera quota 100. Questa apparente "anomalia" è spiegata dal fatto che gli intervistati avevano a disposizione più di una risposta e che le risposte fornite sono state successivamente aggregate. Ciò significa che, per esempio, se gli intervistati avessero avuto a disposizione 3 risposte e tutti avessero impiegato tutte e tre le risposte, la percentuale risultante sarebbe stata del 300%. Le tre tabelle successive sono presentate secondo lo stesso criterio, ossia in base alla percentuale *sui casi*.

Il campione è inoltre composto dal 8,3% di infermieri generici, figura ormai in via di estinzione in quanto non più prevista dalle norme di settore, dal 3,1% di vigilatrici di infanzia e dal 2,7% di ostetriche.

Molti degli infermieri intervistati dichiarano di possedere titoli di specializzazione, testimoniando una vivace richiesta di formazione e aggiornamento *post base*. È noto come l'elevata richiesta di professionalità infermieristiche determini un'immediata collocazione nel mondo lavorativo al termine degli studi di base che tuttavia, come dimostrano i dati a nostra disposizione, non implica l'interruzione del processo formativo. Molti infermieri continuano a formarsi una volta occupati per acquisire maggiori competenze ma anche per raggiungere posizioni lavorative maggiormente consone alle proprie aspirazioni. Ad ulteriore testimonianza della richiesta di formazione da parte degli infermieri si ricorda come, già prima dell'attivazione dei diplomi universitari, i corsi di specializzazione – prerogativa delle scuole professionali – avessero subito un notevole sviluppo proprio in seguito al bisogno formativo espresso dagli infermieri. Dopo il 1992 i corsi di formazione *post base* hanno subito una lunga fase di arresto a causa del lento riordino degli studi che solo con il decreto 509/99 e i decreti di area sanitaria del 2 aprile 2001 ha avuto il suo pieno compimento.

Un dato significativo emerso riguarda l'elevata mobilità degli infermieri intervistati sia intra che interospedaliera.

Con riguardo ai cambiamenti di sede lavorativa, ben il 50,6% degli intervistati afferma di aver cambiato da 1 a 3 volte struttura ospedaliera e una quota pari al 14,1% ha cambiato ospedale più di 4 volte (solo poco più di un intervistato su 3 dichiara di non aver mai cambiato ospedale). La significativa mobilità del personale è un fenomeno favorito dalla forte richiesta di infermieri all'interno delle aziende sanitarie. Da tempo ormai si parla di una vera e propria "emergenza infermieristica" sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, dovuta alla disaffezione professionale e allo scarso interesse dei giovani alla professione. Le cause di tale carenza sono molteplici e complesse. In questo contesto merita forse una maggiore considerazione lo scarso interesse per una professione fortemente esposta alla sofferenza, legata ad immagini di rapporti gerarchici subordinati e di condizioni lavorative fortemente disagevoli.

Le motivazioni del cambiamento di ospedale addotte più frequentemente dagli infermieri, riguardano, in primo luogo, l'esigenza di avvicinamento tra sede lavorativa e abitazione: il 39,2% dei soggetti, tra i motivi del cambiamento dichiarati, riferisce la lontananza del luogo di lavoro. La collocazione delle sede lavorativa e la gestione della vita familiare dunque risultano essere complessivamente fattori significativi di mobilità del personale, più di quanto lo siano le problematiche relazionali con i colleghi, dichiarate dall'1,7% degli intervistati, le insoddisfazioni legate al lavoro stesso (9,6%) o il desiderio di fare nuove esperienze (17,3%). D'altra parte si fa notare come ben il 54,2% del campione intervistato nei diversi ospedali e presidi sia coniugato e il 48,1% viva in coppia con figli.

Le difficoltà logistiche sono tanto più evidenti, se si considera che quattro

intervistati su cinque abitano a Roma: la complessità del tessuto urbano, con le problematiche ad esso associate, costringe a spostamenti tali che si ripercuotono negativamente sulla qualità di vita e sulle necessità familiari, soprattutto quando queste sono esclusiva responsabilità della donna che lavora. Sono proprio le donne, infatti, a cambiare più frequentemente ospedale, probabilmente per il maggiore carico di responsabilità in ambito familiare ad esse conferito.

La difficoltà di conciliare il lavoro con le esigenze familiari è particolarmente sentito dal nostro campione composto, per la gran parte, da personale di sesso femminile (la quota di infermiere donne è pari al 72,2% del campione). Tale dato conferma una tendenza ben nota che caratterizza la professione infermieristica da sempre e in ogni paese. Malgrado i recenti processi di ammodernamento del settore, infatti, la professione è sostanzialmente "al femminile". A ciò va aggiunto la gravosità insita negli orari di lavoro dell'ospedale, organizzati secondo una stretta turnistica che copre le 24 ore e si articola su 7/8 ore giornaliere[40]. La turnistica può risultare particolarmente pesante per chi deve conciliarla le esigenze familiari con i tempi di spostamento e, anche se non è direttamente associabile a situazioni di conflitto, può diventare essa stessa un fattore di forte appesantimento del lavoro.

TABELLA 6 - *Motivazioni al cambiamento di sede lavorativa.*

	% casi
Logistici	39,2
Passaggio dal pubblico al privato e viceversa	29,2
Cessazione del rapporto di lavoro (contratto a tempo determinato)	19,6
Desiderio di fare altre esperienze	17,3
Insoddisfazione lavorativa	9,6
Problemi relazionali con i colleghi	1,7
Altri motivi	11,7
Totale	*128,4*
	454 casi validi

Come già segnalato, gli infermieri intervistati pongono come prima motivazione del cambiamento di ospedale l'esigenza di vicinanza dal luogo di abitazione e, al secondo posto, le motivazioni di tipo contrattuale, il passaggio dal privato al pubblico (che raccoglie il 29,2% dei casi intervistati) e la conclusione di un contratto a tempo determinato (19,6%). Le strutture private assumono il personale direttamente, senza bandire concorsi, per cui rappresentano una facile

[40] In genere i turni prevedono, in sequenza, una mattina, un pomeriggio, una notte e un riposo con inizio, rispettivamente, alle ore 7, alle 14 e alle 22.

scelta per quanti, ad esempio, sono appena diplomati e in cerca di un'immediata collocazione lavorativa. Il cambiamento interviene non appena si prospetta la possibilità di un contratto più sicuro e stabile.

Il campione esaminato è contraddistinto da una vita lavorativa abbastanza lunga: il 38,9% di esso ha un'anzianità fino a 10 anni di servizio; il 37,5% lavora da un tempo compreso da 10 a 20 anni mentre il 23,6% ha un'esperienza di oltre 20 anni. Questo consente di ipotizzare che la maggioranza degli intervistati sia stato soggetto ad un'esposizione tale alle dinamiche relazionali ed organizzative degli ambienti lavorativi tale da poterne sperimentare sufficientemente le ricadute personali e professionali.

Il cambiamento di unità operativa, all'interno di un medesimo presidio, si verifica grosso modo con la stessa frequenza con cui sono avvenuti i cambiamento di ospedale: il 49,1% ha cambiato presidio da 1 a 3 volte, l'11,1% ha cambiato unità operativa più di 4 volte, mentre quasi il 40% degli intervistati non ha mai cambiato unità operativa.

Anche la mobilità interna è dunque abbastanza vivace e tra le ragioni più frequenti addotte c'è da segnalare il desiderio di compiere nuove esperienze lavorative (33%), di recarsi presso altri reparti maggiormente graditi (22,5%) e una insoddisfazione legata alla gravosità della mansione svolta (26,7%). I rapporti con colleghi e medici non sono motivazioni frequenti per lo spostamento tra reparti (6,4% dei casi).

TABELLA 7 - *Motivazioni al cambiamento di unità lavorativa.*

	% casi
Desiderio di fare altre esperienze	33,0
Insoddisfazione lavorativa	26,7
Per andare in un reparto specifico	22,5
Motivi personali (maternità, salute, familiari ecc.)	10,1
Perché vincitore di concorso pubblico	6,8
Problemi relazionali con i colleghi	6,4
Altri motivi	11,9
Totale	*117,4*
	454 casi validi

Le motivazioni addotte al cambiamento sia di sede di lavoro che di unità operativa all'interno della medesima struttura sanitaria, non evidenziano attinenza con rapporti "degenerati" con colleghi o superiori. Motivi relazionali sono in entrambi i casi riferiti da una esigua minoranza dei soggetti intervistati.

Gli infermieri sono stati sollecitati ad esprimere il proprio livello di soddisfazione rispetto alle attese maturate all'inizio del percorso lavorativo. Poco meno della metà degli intervistati (pari al 42,7%) manifesta sentimenti di fru-

strazione con particolare riferimento alla mansione svolta, all'utilità sociale della professione e alla remunerazione del lavoro svolto.

Gli infermieri maggiormente insoddisfatti sono quelli che hanno un'età superiore ai 36 anni, probabilmente a causa di un'attività lavorativa svolta in un passato ancora "recente" che non ha offerto spazi adeguati per lo sviluppo di carriere o incentivazioni economiche adeguate all'impegno richiesto. Oltre all'età, anche il ruolo svolto sembra avere un significato rilevante per l'insoddisfazione nei confronti della professione: gli infermieri generici rappresentano la popolazione maggiormente frustrata, mentre i dirigenti dell'assistenza infermieristica dichiarano una soddisfazione nei confronti della professione molto più alta. È evidente che persone senza possibilità di carriera, in a continuo contatto con le problematiche assistenziali e privi di spazi di autonomia decisionale, nutrano sentimenti di frustrazione più evidenti di chi, come i dirigenti dei servizi infermieristici, raggiunge l'apice della carriera, conquistando ampi spazi di autonomia.

Quanto alla conflittualità sul luogo di lavoro, il 58,3% degli intervistati riferisce di esserne stato coinvolto occasionalmente. L'oggetto della contesa riguarda quasi nella metà delle occasioni questioni relative ad aspetti organizzativi e procedurali, alle quali sono stati coinvolti i tre quarti degli infermieri intervistati (Tabella 8).

TABELLA 8 - *Le ragioni dei conflitti sul posto di lavoro.*

	% casi
Organizzative, procedurali	74,6
Operative	41,5
Personali, private	26,3
Normative	14,6
Altre ragioni	2,8
Totale	*159,7*
	472 casi validi

Gli aspetti organizzativo-procedurali sono costituiti da un diverso modo di intendere l'assistenza infermieristica, idea ancora fortemente influenzata da una mentalità mansioneristica tuttora presente in molte realtà lavorative. Il mansionario ha sempre costituito un'arma a doppio taglio: da un lato, infatti, esso implica il rispetto della legge e la dipendenza dalle prescrizioni mediche e dal controllo del medico. Questo implica l'assunzione di un'impostazione rigida, spesso acritica e poco attenta alle esigenze individuali di malati e familiari. Dall'altra parte, il mansionario è autorizzato ad assumersi responsabilità e autonomia piena per intervenire in casi di emergenza, o in tutte quelle situazioni in cui per competenze consolidate, per maggiori conoscenze riferite alle condizioni di vita dei malati e delle famiglie, è necessario imporsi, prendendo decisioni pur sapendo di infrangere la legge.

Spesso questo ha costituito, e probabilmente ancora costituisce, un motivo di conflitto tra gli infermieri e i medici nonché all'interno dello stesso gruppo di infermieri.

Frequentemente l'organizzazione delle attività assistenziali e di cura negli ospedali è fortemente centrata sulle esigenze interne di funzionalità dei servizi e sulle esigenze dell'attività medica che contempla non solo tempi di cura ma anche di ricerca e attività ambulatoriali esterne. Così spesso accade che i tempi previsti per lo svolgimento delle attività non siano quelli degli ammalati, dei loro bisogni e delle loro necessità, comprese quelle dei loro familiari. Gli infermieri, impegnati a garantire il benessere ed il comfort dei loro assistiti, sono impossibilitati a tradurre in obiettivi di assistenza le necessità dei malati, comprimendo tempi e svolgendo spesso attività improprie (per esempio attività amministrative, trasporto materiali, eccetera).

Si alimentano così il disagio, lo stress, i conflitti tra infermieri: tra coloro che si adattano alla routine e coloro che tentano di personalizzare i tempi e le modalità dell'assistenza.

L'attuale modello di finanziamento degli ospedali (DRG) comporta la presenza negli ospedali di pazienti acuti con un veloce *turn over* di ricoveri. Sono pazienti ad alta complessità assistenziale, che in pochi giorni subiscono trattamenti di cura intensiva e che vengono dimessi velocemente. Occorre una competenza elevata per gestire la complessità delle problematiche assistenziali e tempi maggiori per garantire dimissioni protette (per esempio, tempi per educare i pazienti ad attività di autocura prima di lasciare gli ospedali). Spesso non si tiene conto di questo. L'inserimento del personale infermieristico nei reparti di degenza a volte è casuale: si tiene conto del numero complessivo degli infermieri e non del livello di competenze specialistiche necessarie per garantire la qualità delle cure. Manca una corretta valutazione dei carichi di lavoro con una conseguente assegnazione impropria di attività tra infermieri e operatori di supporto.

Questi, in parte, sono i problemi di natura organizzativa e procedurale che possono generare conflitti tra infermieri e all'interno delle équipe multiprofessionali e che, sommati ai disagi correlati all'impossibilità di adattare i tempi di lavoro alle proprie esigenze di vita, possono condurre l'infermiere ad abbandonare la propria professione.

Se più della metà degli intervistati è stato coinvolto in episodi – seppure occasionali - di conflittualità sul luogo di lavoro, una quota significativa di soggetti dichiara di subire vessazioni. Gli intervistati sono stati sollecitati ad esprimersi con riferimento alla frequenza di "attacchi" eventualmente subiti alla propria possibilità di comunicare, alle relazioni sociali, alla propria immagine sociale, alla qualità del lavoro ed alla salute[41]. Il 10,7% degli inter-

[41] Si tratta di una classificazione delle azioni "mobbizzanti" introdotta dal più diffuso strumento di indagine sul mobbing, realizzato da Leymann nel 1997 e conosciuto come questionario LIPT (Leymann Inventory of

vistati segnala alcuni episodi di "attacco", pertanto è stato classificato come "a rischio di mobbing", mentre una quota pari all'8,8% dei soggetti ha dichiarato di aver subito vessazioni tali da potersi considerare "altamente esposto a mobbing". Seppure tali dati vadano considerati con le dovute cautele, in quanto riferiti all'autopercezione di comportamenti vessatori nei propri confronti, essi evidenziano – in accordo con un'ipotesi da più parti formulata circa l'elevata esposizione del personale sanitario al fenomeno - una significativa presenza di soggetti sottoposti a vessazioni sul luogo di lavoro. La presenza di soggetti "esposti a mobbing" nel nostro campione è sorprendentemente simile al numero dei mobbizzati indicato nei dati pubblicati dall'International Labour Office nel 1998 (Duncan Chappel e Vittorio Di Martino, 1998) stimati in 12 milioni, ovvero pari all'8,1% degli occupati in Europa. Tuttavia è doveroso segnalare che le stime condotte dall'ILO sulla consistenza del mobbing in Italia, attesterebbero il fenomeno nel nostro paese intorno al 4,2% della popolazione lavoratrice.

4.3 L'incidenza delle variabili sociologiche sul mobbing[42]

Come si ricorderà, le variabili di ordine sociologico implicate nel modello sono legate al tipo di organizzazione della struttura ospedaliera, alla rigidità della struttura gerarchica della stessa, alla presenza o meno di conflitti e, quale contraltare a questi, di corporativismo e spirito di gruppo. Infine sono stati considerati il sistema di aspettative – capace di innescare o meno un meccanismo di privazione relativa con conseguente, possibile ricaduta su azioni aggressive e mobbizzanti – e le dimensioni della struttura.

Diciamo subito che tra le variabili considerate quella che presenta una frequenza più allarmante è senz'altro la variabile relativa al sistema di aspettative. Mentre infatti il nostro campione di intervistati non fornisce nel complesso valutazioni preoccupanti in riferimento alla percezione della struttura presso la quale opera né vengono segnalati casi particolarmente frequenti di conflitto e via dicendo, sembra invece che il sistema di aspettative nei confronti della professione possa configurarsi come un fattore anomalo, quanto meno stando all'insistenza con cui esso viene implicitamente segnalato come problema dai nostri intervistati. Il fatto è tanto più rilevante se si considera la frustrazione delle aspettative rispetto al lavoro come una sorta di meccanismo in grado di rilevare lo scarto tra l'ideale adottato in partenza, ossia al momento dell'ingresso nella professione, e il suo esito effettivo nel momento in cui si consolida il contatto tra

---

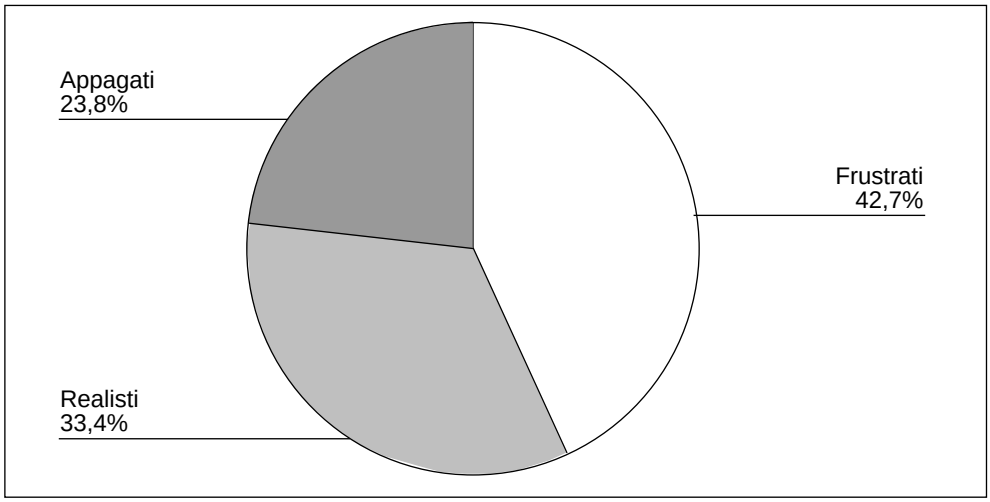
Psichological Terrorism). Ciascuna "classe" prevede una batteria di item volta a "misurare" l'intensità dell'azione mobbizzante. Gli item sono stati in parte ripresi nel questionario somministrato al nostro campione operando una selezione ed adattandoli alla realtà oggetto dello studio.

[42] Paragrafo redatto da Stefano Nobile.

il lavoratore-infermiere e il contesto entro il quale questo opera. In questo senso si potrebbe considerare la conferma o la disconferma della aspettative come l'*output* complessivo di tutto ciò che l'infermiere riversa sul lavoro e quindi come una sorta di super-variabile nella quale convergono aspetti differenti della professione.

Il grafico riportato in Figura 6 mostra infatti che addirittura il 42% degli infermieri intervistati afferma di avere avuto un riscontro complessivamente peggiore rispetto alle attese più o meno rosee che aveva al momento dell'ingresso nella professione. Il dato, come si diceva, è rilevante, quantunque vada segnalato il fatto che la quota dei "realisti" – ossia di coloro che avevano una giusta prospettiva della professione che avrebbero svolto – e dei soddisfatti – che hanno visto addirittura premiate le proprie aspettativa – è comunque maggioritaria.

FIGURA 6 - *Le attese rispetto alla professione. "Prima" e "dopo" l'ingresso nella professione.*



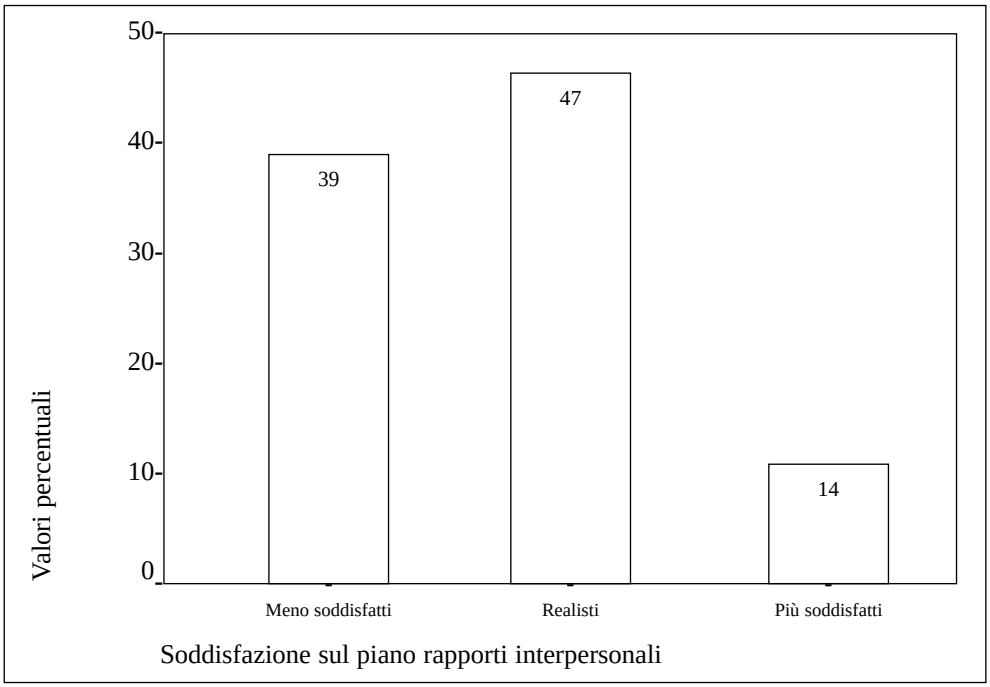
Ma in cosa si estrinseca questa insoddisfazione? Su un piano generale, sembra che l'elemento critico si annidi soprattutto nell'aspetto economico, come si può constatare dalla Tabella 9.

TABELLA 9 - *I motivi della soddisfazione e dell'insoddifsazione professionale (valori percentuali).*

	Frustrati	Realisti	Appagati	*Totale*
Guadagno economico	72,6	22,8	4,6	*100,0*
Mansioni svolte	34,1	47,6	18,3	*100,0*
Livello professionale raggiunto	31,9	44,0	24,1	*100,0*
Utilità sociale della professione svolta	27,2	44,7	28,1	*100,0*

L'incidenza del fattore economico sulla frustrazione complessiva delle aspettative dovrebbe dunque fugare ogni sospetto sulla sua possibile relazione col mobbing. L'indice sintetico costruito inglobava tuttavia anche la dimensione relazionale, a sua volta composta da una serie di indicatori. Dalla Figura 7 si evince che a fronte di un aspetto puramente strumentale (il guadagno economico) se ne prospetta uno di natura espressiva (la bontà dei rapporti interpersonali) che se da una parte sembra indicare che la quasi metà degli intervistati sanno perfettamente a cosa andranno incontro sul piano delle relazioni interpersonali, dall'altra una consistente quota del 39% del campione si dice insoddisfatta dei rapporti rispetto a come se li prefigurava. Si deve dunque concludere che tanto la componente espressiva (i rapporti interpersonali) quanto quella puramente strumentale (il guadagno economico) hanno un peso rilevante nel determinare la complessiva frustrazione delle aspettative da parte di una consistente quota di infermieri e infermiere.

FIGURA 7 - *La soddisfazione sul piano dei rapporti interpersonali rispetto alle attese (valori percentuali).*



Se andiamo ad analizzare quali attori sociali sono quelli che più alimentano questa condizione di frustrazione delle aspettative sul piano dei rapporti interpersonali, scopriamo che le maggiori insoddisfazioni convergono verso la direzione infermieristica, elemento che possiamo ovviamente considerare come un potenziale fattore di mobbing.

TABELLA 10 - *La soddisfazione sul piano dei rapporti interpersonali rispetto alle attese nei confronti dei singoli gruppi (valori percentuali).*

	Meno soddisfatti	Realisti	Più soddisfatti	*Totale*
Direzione Infermieristica	33,5	56,5	10,0	*100,0*
Medici	28,1	52,0	19,9	*100,0*
Colleghi	27,0	60,3	12,7	*100,0*
Personale amministrativo	26,8	62,7	10,5	*100,0*
Operatori sociosanitari	24,0	65,2	10,8	*100,0*
Pazienti	18,8	69,3	11,9	*100,0*

La Tabella 10 mostra infatti che la direzione infermieristica riscontra la minor quota di persone soddisfatte rispetto alle attese pre-lavorative nonché quella maggiore di persone insoddisfatte.

Da un'analisi complessiva della Tabella 10 si può evincere che – in termini di aspettative – i pazienti risultano occupare la categoria che meglio si integra con il lavoro infermieristico, seguita dagli operatori sociosanitari mentre, all'opposto, direzione infermieristica e personale amministrativo fanno registrare una più diffusa insofferenza. Soltanto il rapporto con i medici sembra avere un andamento anomalo: esso fa infatti registrare la più elevata quota percentuale di persone insoddisfatte (28,1%) ma al contempo anche quella più alta di infermieri che hanno trovato nel rapporto con i medici una relazione più edificante di quanto si aspettassero (19,9%). È evidente la peculiarità di questa categoria, capace di riflettere un ampio ventaglio di sensibilità umana.

TABELLA 11 - *Aspettative rispetto alla professione ed esposizione ad azioni mobbizzanti (valori percentuali).*

		Le attese rispetto alla professione			*Totale*
		Frustrate	Realistiche	Premiate	
Esposizione ad azioni mobbizzanti	Soggetti protetti	73,9	83,3	91,5	*81,3*
	Soggetti a rischio	13,0	10,1	5,0	*10,1*
	Soggetti altamente esposti	13,0	6,6	3,5	*8,6*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Sembra dunque che la prima variabile presa in considerazione nel modello – la privazione relativa che può, entro certi limiti, scaturire dalla disillusione delle proprie aspettative professionali – si configuri come una variabile capace di incidere sulla determinazione di effetti mobbizzanti. La Tabella 11 mostra infatti che i soggetti maggiormente esposti ad azioni di tipo mobbizzante sono quelli che palesano una più marcata frustrazione delle aspettative. Se si osservano i valori di riga relativi ai soggetti altamente esposti, si può vedere chiaramente che soltanto nel 3,5% dei casi questi si dicono più soddisfatti di quanto si aspettassero complessivamente, mentre la percentuale cresce di quasi 4 volte se si guardano gli infermieri che manifestano frustrazione professionale. La relazione si amplifica ulteriormente (si veda la Tabella 12) se si mettono a confronto la variabile relativa all'esposizione alle azioni mobbizzanti con quella relativa alle aspettative nei rapporti con la direzione infermieristica la quale, come abbiamo visto, è in cima alle idiosincrasie dei nostri infermieri.

TABELLA 12 - *Aspettative rispetto al rapporto con la direzione Infermieristica ed esposizione ad azioni mobbizzanti (valori percentuali).*

		Aspettative rispetto al rapporto con la direzione infermieristica			*Totale*
		Meno soddisfatti	Realisti	Più soddisfatti	
Esposizione ad azioni mobbizzanti	Soggetti protetti	71,7	83,5	92,5	*80,5*
	Soggetti a rischio	13,9	9,6	4,5	*10,5*
	Soggetti altamente esposti	14,3	6,9	3,0	*9,0*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Ma cosa determina la disillusione delle aspettative professionali? Esistono dei fattori per così dire strutturali che determinano in qualche misura la soddisfazione o la frustrazione delle aspettative? L'analisi dei dati sembra suggerire a questo proposito che l'unico fattore rilevante capace di condizionare la qualità dei rapporti interprofessionali è la struttura gerarchica del luogo ove si lavora. La Tabella 13 mostra infatti che le strutture di tipo autoritario – nelle quali cioè vige un fitto controllo sugli orari e sulla qualità del lavoro svolto e nelle quali al tempo stesso gli infermieri non godono di alcuna libertà di iniziativa così come non hanno alcuna rilevanza sul piano decisionale – sono anche quelle che, unitamente alle organizzazioni di tipo moderato, producono la più ampia quota di insoddisfazione in termini di aspettative professionali.

TABELLA 13 - *Aspettative rispetto alla professione e organizzazione della struttura ospedaliera (valori percentuali).*

		Le attese rispetto alla professione			*Totale*
		Frustrate	Realistiche	Premiate	
Organizzazione della struttura ospedaliera	Autoritarie	26,0	23,1	19,7	*23,5*
	Moderate	30,1	29,2	23,4	*28,2*
	Democratico partecipative	43,9	47,7	56,9	*48,3*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Il discorso rovesciato vale invece per le organizzazioni di carattere democratico-partecipativo le quali, comparativamente, sono quelle che con più insistenza premiano le attese da parte degli infermieri del nostro campione.

La prova del nove, grazie alla quale questo aspetto del modello esplicativo del mobbing sembra rafforzarsi, deriva dal confronto tra l'esito delle aspettative professionali e il coinvolgimento in conflitti presso il luogo di lavoro. In altre parole, la frustrazione sembra innescare un potenziale di conflittualità che si traduce in una più intensa compromissione in esperienze di tipo litigioso.

TABELLA 14 - *Aspettative rispetto alla professione e frequenza del coinvolgimento in conflitti (valori percentuali).*

		Le attese rispetto alla professione			*Totale*
		Frustrate	Realistiche	Premiate	
Coinvolgimento in conflitti	Mai	22,6	27,4	35,4	*27,1*
	Raramente	56,1	59,8	55,8	*57,2*
	Spesso	18,1	11,6	8,0	*13,7*
	Molto spesso	3,2	1,2	0,9	*2,0*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

La Tabella 14 mostra proprio il fatto che le persone più frustrate rispetto alle proprie aspettative professionali sono anche quelle che si trovano coinvolte con maggiore frequenza all'interno di situazioni conflittuali e viceversa. È tuttavia difficile stabilire se si tratti di una causa (la frustrazione *causa* l'aggressività e quindi i conflitti) oppure di un effetto (si è frustrati perché ci si trova, proprio malgrado, in situazioni conflittuali non volute). In altri termini, è difficile stabilire se, per esempio, tra i frustrati che si trovano spesso in situazioni conflittuali ci siano sia mobber che mobbizzati o se prevalgano gli uni sugli altri (o viceversa).

Ma quali aspetti investono per lo più i conflitti? Dalla lettura congiunta delle variabili che riunivano i conflitti presso il luogo di lavoro precedente e quello attuale (Tabella 15) si può evincere che il più frequente oggetto di contesa, menzionato quasi da un intervistato su due, è rappresentato da problemi di carattere organizzativo, mentre per più di un quarto dei casi le questioni insorgono da dispute sugli aspetti operativi. Questo dato sembrerebbe dunque confermare la rilevanza che la dimensione organizzativa, che può penalizzare le iniziative degli infermieri con pesanti ingerenze sul loro operato, ha sull'esacerbazione dei conflitti.

TABELLA 15 - *Perché nascono i conflitti in ambito ospedaliero*[43].

Ragioni dei conflitti	% risposte
Ragioni organizzative, procedurali	45,5
Ragioni operative	27,4
Ragioni personali, private	15,7
Ragioni normative	9,6
Altre ragioni	1,8
Totale	*100,0*
	(558 casi validi)

Abbiamo dunque osservato che una variabile che incide direttamente sull'esito delle attese professionali e sul modello stesso che abbiamo eretto rispetto a potenziali condizioni di mobbing è il carattere organizzativo delle strutture ospedaliere. Le organizzazioni di tipo autoritario (ma anche quelle "moderate") lasciano fermentare un senso di insoddisfazione che non emerge nelle strutture democratiche, caratterizzate da scarso controllo, libertà d'iniziativa e coinvolgimento decisionale. Ma quante sono percentualmente queste strutture?

Il grafico a torta riportato in Figura 8 mostra che queste sono complessivamente la maggioranza (46,6%) mentre le strutture organizzate secondo modelli autoritari sono circa una su quattro.

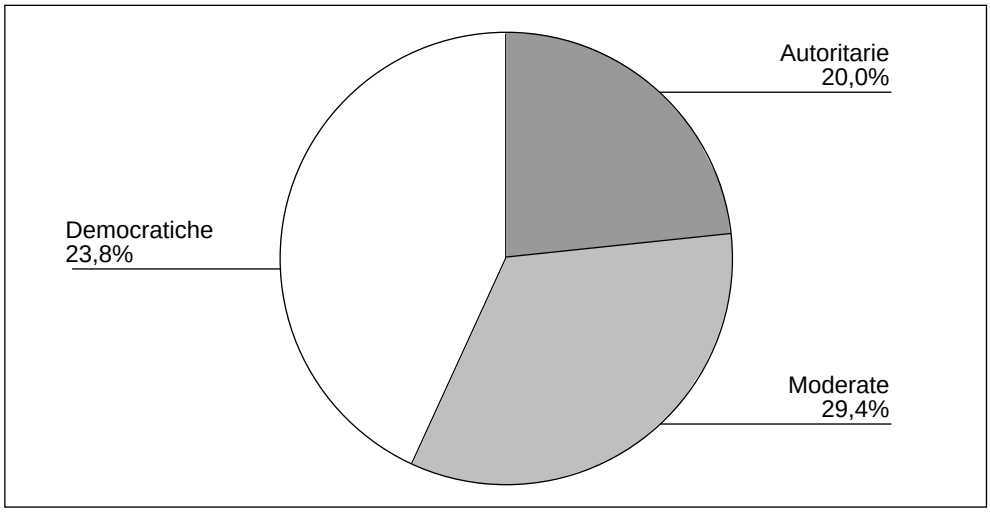
Si tratta ovviamente di un dato meramente soggettivo, derivato dalla combinazione di più domande rivolte agli intervistati in merito alla percezione di alcuni aspetti salienti dell'organizzazione lavorativa.

Se andiamo comunque a verificare l'incidenza che il tipo di organizzazione ha sulla determinazione dei conflitti siamo però costretti ad osservare l'assenza di qualsiasi relazione significativa. Sembrerebbe dunque che la relazione tra organizzazione della struttura e mobbing sia di tipo indiretto: i conflitti ven-

[43] Questa tabella si differenzia dalla precedente Tabella 8, la quale riportava le risposte riferite unicamente ai conflitti nell'attuale posto di lavoro degli intervistati.

gono prodotti non dalla struttura in sé – che presumibilmente riesce a sedare, *proprio attraverso il controllo*, la possibile insorgenza di conflitti – bensì dalla frustrazione che innesca negli infermieri e che, come abbiamo visto, facilmente si traduce in una maggiore predisposizione – vuoi come aggressore, vuoi come vittima – ai conflitti.

FIGURA 8 - *Organizzazione delle strutture ospedaliere.*



Questi ultimi a loro volta non sembrano risentire delle dimensioni della struttura nella quale avvengono, mentre le dimensioni della struttura a loro volta sembrano avere influenza sul mobbing. Mentre nel primo caso – quello della relazione tra dimensioni della struttura e numero di conflitti – non si presenta alcuna relazione significativa, nel secondo – quello del rapporto tra dimensioni della struttura e presenza di azioni che preludono al mobbing – la relazione è piuttosto evidente, come si può constatare dalla Tabella 16.

TABELLA 16 - *Densità della struttura ospedaliera ed esposizione ad azioni mobbizzanti (valori percentuali).*

		Densità della struttura ospedaliera			*Totale*
		Bassa	Media	Alta	
Esposizione ad azioni mobbizzanti	Soggetti protetti	87,4	79,6	79,0	*80,5*
	Soggetti a rischio	5,8	12,2	10,8	*10,7*
	Soggetti altamente esposti	6,8	8,2	10,2	*8,8*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Infatti, più la struttura è densa più è alta la percentuale di soggetti esposti alle molestie morali (e viceversa). Il dato sembrerebbe dunque confermare quello derivante da una coeva ricerca dell'EurIspes (2000) condotta nell'ambito delle imprese, dalla quale emergeva appunto che le imprese con il maggior numero di dipendenti erano anche quelle presso le quali si registravano le più elevate percentuali (e non – si badi bene – valori assoluti) di casi di mobbing.

Si è dunque visto che gli elementi che possono innescare azioni mobbizzanti sono connessi, direttamente o indirettamente, al tipo di organizzazione e alla eventuale frustrazione delle aspettative professionali le quali possono produrre dei conflitti che determinano a loro volta il mobbing. Forzando questa che impropriamente potremmo chiamare "catena causale", quale anello potremmo trovare in chiusura? Quale *output* produce dunque il mobbing? I dati che abbiamo a disposizione non ci consentono di dare una risposta precisa a questo interrogativo. Da una parte, infatti, dovremmo aspettarci, come abbiamo già sottolineato nella prima parte di questo lavoro, di trovare i soggetti mobbizzati fuori dal contesto lavorativo. Ma anche lavorando su un'accezione debole, il concetto che abbiamo definito di "mobbing allo stato embrionale", gli strumenti che abbiamo a disposizione non ci possono suggerire granché. Rispondere a questo interrogativo avrebbe infatti richiesto un disegno della ricerca di diverso tipo che, pur avvalendosi dello strumento del questionario semi-standardizzato, fosse realizzato diacronicamente, in ossequio a quelli che nella letteratura metodologica vengono chiamati "studi di panel".

Non avendo avuto dunque la possibilità di verificare – attraverso una seconda fase di rilevazione – gli effetti degli elementi che il nostro modello suggerisce abbiano una connessione con il mobbing, possiamo muoverci su un piano puramente ipotetico, rimandando ad altre, successive indagini, l'eventuale compito di rispondere a questi interrogativi.

La lettura della Tabella 17 lascia trasparire una relazione – per quanto flebile[44] – tra la maggior o minore esposizione ad azioni di tipo mobbizzante e la stabilità o instabilità professionale, ossia la frequenza con cui gli infermieri tendono a chiedere di essere trasferiti presso un altro luogo di lavoro. Le caselle della diagonale discendente, segnate in grigio, mostrano che vi è una tendenza di coloro che – anche in ragione dell'età[45] – tendono a rimanere più radicati pres-

[44] I valori-test adottati per il controllo delle associazioni tra le diverse variabili risentono della peculiarità della distribuzione. Il carattere tipicamente sommerso del nostro oggetto d'indagine giocoforza lascia affiorare, nella maggior parte dei casi, una minoranza di soggetti che si sono trovati, per così dire, in condizioni professionali al limite della sopportabilità. Questo aspetto della ricerca ha una ricaduta sul piano tecnico-statistico, determinando tabelle di contingenza tendenzialmente piuttosto squilibrate, come si può facilmente desumere dalla lettura dei marginali di riga. Per questo, si è preferito non riportare i valori dei coefficienti di associazione adottati di volta in volta.

[45] Si tenga conto che l'indice di stabilità/instabilità professionale è un indice di tipo logaritmico che tende a decurtare il numero assoluto di cambiamenti di presidio ospedaliero con l'età, secondo il semplice assunto per il quale con l'aumentare dell'età (o dell'anzianità professionale che è grosso modo lo stesso) tende anche ad aumentare la probabilità che – prima o poi – un infermiere per una qualche ragione cambi presidio lavorativo. È per questo che si è preferito utilizzare un indice di questo tipo in luogo dell'informazione relativa al semplice numero di cambiamenti complessivi effettuati nel corso della propria carriera dagli intervistati.

so un determinato luogo di lavoro ad essere meno esposti ad azioni di mobbing. Il dato è tuttavia ambiguo: se è pur vero che i cambiamenti precedono cronologicamente le informazioni che gli intervistati possono fornire in merito ad eventuali molestie morali subite presso il luogo dove lavoravano al momento dell'intervista, è anche vero che è difficile attribuire una direzione precisa a questa relazione. Si potrebbero infatti avanzare due ipotesi.

TABELLA 17 - *Stabilità e instabilità professionale ed esposizione ad azioni mobbizzanti (valori percentuali).*

		Stabilità e instabilità professionale			*Totale*
		Stabili	Nella media	Instabili	
Esposizione ad azioni mobbizzanti	Soggetti protetti	82,4	78,9	80,3	*80,6*
	Soggetti a rischio	10,4	12,7	9,2	*10,7*
	Soggetti altamente esposti	7,2	8,3	10,5	*8,6*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

La prima ipotesi è che gli infermieri più stabili, che hanno cioè cambiato con minore frequenza posto di lavoro, sono anche quelli che per propria indole tendono a non lasciarsi coinvolgere in azioni mobbizzanti (e, viceversa, quelli più instabili sono anche quelli che più facilmente diventano vittime di azioni mobbizzanti). In questo caso si potrebbe allora inferire che i primi, quelli più stabili, tendono anche ad avere meno problemi e di conseguenza innescano un circolo virtuoso grazie al quale tendono a spostarsi di meno. Al contrario, quelli con più problemi rispondono alle azioni mobbizzanti con la fuga, attribuendo all'esterno una causa di malessere che può invece essere endogena. Secondo quest'ipotesi, dunque, sarebbe la naturale propensione caratterologica degli infermieri a determinare una maggiore o minore esposizione ad azioni mobbizzanti con conseguente comportamento stanziale o di fuga. Potremmo cercare di controllare l'ipotesi inserendo la variabile "atteggiamento psicologico" ricavabile dal test di Schuler nella relazione tra le due variabili precedenti. Purtroppo però il test – come già descritto nel par. 4.1 – ha fornito dei risultati insufficienti a rispondere a una domanda del genere per le ragioni già ampiamente illustrate nella sezione relativa al disegno della ricerca di questo lavoro.

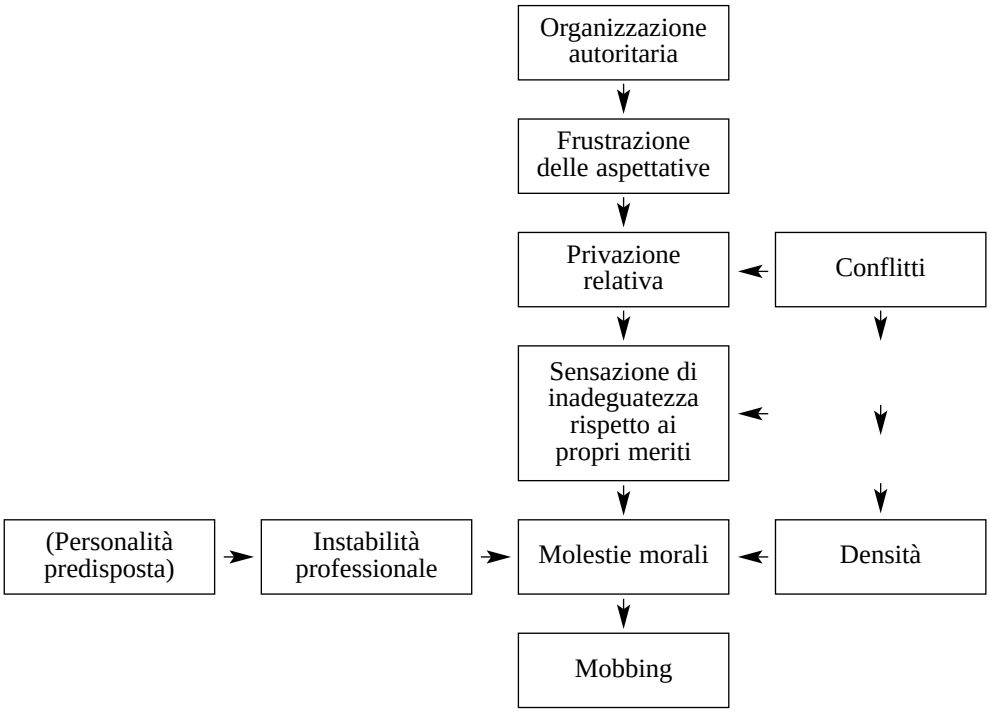
La seconda ipotesi rovescia la precedente: l'instabilità professionale può essere vista non più come variabile endogena influenzata dalla predisposizione al ruolo di vittima, bensì come effettiva risposta alle molestie morali subite. A onor del vero, questa seconda ipotesi sembra ottenere scarso credito presso alcuni degli studiosi che si sono occupati più o meno direttamente del fenomeno (Berne, 1979; Walter, 1993), i quali tendono sì a stigmatizzare il mobbing come

fenomeno riprovevole ma al contempo non negano l'influenza che personalità diverse possono avere nella sua determinazione.

L'analisi delle variabili sociologiche condotta fino a questo punto può dunque essere riassunta e schematizzata in questo modo: l'organizzazione è il fattore più "esterno", quello che sembra avere il maggiore impatto su quel senso di privazione relativa che può generare la frustrazione delle aspettative professionali. Quest'ultima a sua volta dà vita ad una maggiore predisposizione ai conflitti i quali ultimi sono associati ad una più frequente esposizione alle molestie morali. Ma alla più alta frequenza con cui si presentano queste ultime concorre anche la maggiore complessità della struttura ospedaliera presso la quale i nostri intervistati prestano servizio.

Il modello potrebbe dunque essere rappresentato come in Figura 9.

FIGURA 9 - *Un possibile modello del mobbing in ambito infermieristico alla luce dei risultati di ricerca*



Si tratta naturalmente di un modello che va preso con la dovuta cautela. Innanzitutto perché – come è stato più volte ribadito – nessuna delle relazioni trovate, per quanto interessante, sembra essere particolarmente intensa: il numero di variabili in gioco è talmente elevato e il meccanismo così complesso da

rendere difficile una lettura radicalmente schematica di come si innesca il mobbing in ambito infermieristico. La commistione di elementi personologici con altri del tutto esterni come la necessità di spostarsi per motivi familiari o altro, determina una situazione assai magmatica, nella quale è possibile soltanto individuare delle uniformità tendenziali, dei meccanismi elementari che sembrano presiedere alla determinazione di casi, almeno potenziali, di mobbing. In secondo luogo va precisato che comunque le variabili che intervengono hanno per così dire un effetto che è ragionevole ipotizzare come spesso simultaneo. La famigerata "catena causale" alla quale si è fatto cenno non diventa altro, allora, che un espediente essoterico finalizzato all'ottenimento di una più chiara lettura del fenomeno.

La complessità del modello può essere ulteriormente enfatizzata passando ad un tipo di analisi più complesso, una tecnica multivariata conosciuta come Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM). Questa tecnica consente di elaborare più variabili categoriali, le quali vengono distinte in attive e illustrative. Le prime sono quelle che determinano la sintesi complessiva dei dati, mentre le seconde – come suggerisce il nome – hanno la sola funzione di rendere più leggibile, di illustrare quindi, l'*output* ottenuto[46].

Abbiamo quindi utilizzato come variabili attive:

- la stabilità/instabilità professionale;
- il tipo di struttura organizzativa;
- l'esito delle aspettative professionali;
- l'atteggiamento di personalità;
- il livello di stress;
- l'esposizione a molestie morali.

Mentre tra le variabili illustrative abbiamo inserito:

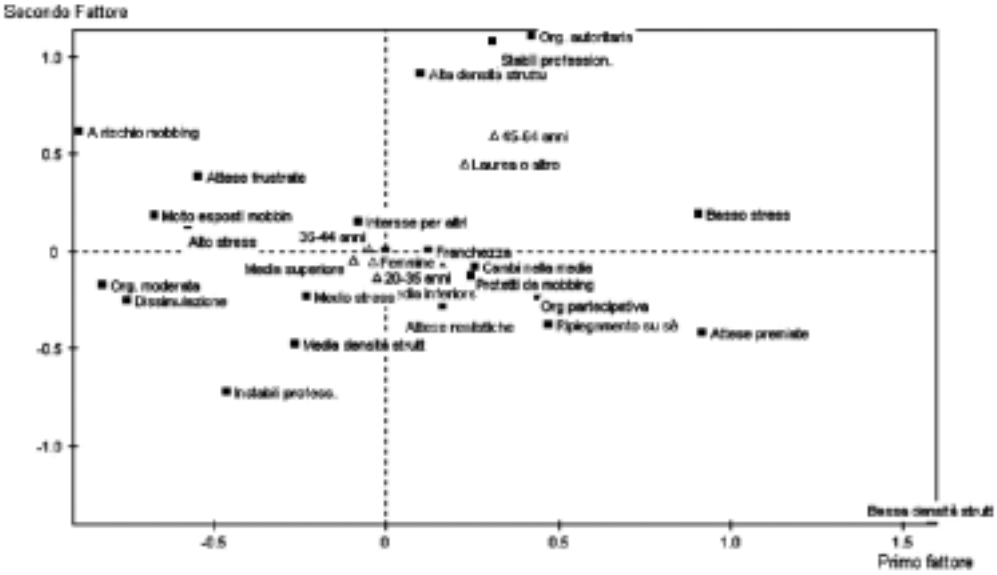
- l'età;
- il genere;
- il titolo di studio.

La piena complessità del modello teorico si è tradotta nell'impossibilità di economizzare l'informazione in maniera soddisfacente: le sei variabili attive impiegate (e quindi le 19 modalità ad esse connesse) riproducono sui primi due fattori una quota troppo ridotta di varianza (circa il 22%) per potere accettare pacificamente la sintesi che essi operano sui dati. Detto in termini più prosaici e meglio abbordabili dal neofita, il fatto che i primi *n* fattori (con *n* comunque basso) estratti dall'ACM riproducano una bassa quota di varianza significa che le variabili che li hanno prodotti non hanno una relazione particolarmente forte e quindi tendono ad associarsi tra di loro in modo particolarmente fluttuante.

---

[46] Per un approfondimento si vedano Bouroche e Saporta (1980), Benzècri e Benzècri (1984) e Di Franco (1997).

FIGURA 10 - *Analisi delle corrispondenze multiple.*



Ciò nonostante, può risultare utile, per quanto approssimativa, una lettura di sintesi. Se si osserva la figura 10 si può facilmente constatare che i soggetti più esposti alle molestie morali sono quelli più frustrati rispetto alle aspettative professionali, fortemente stressati e con una predominante psicologica legata ad uno spiccato interesse per gli altri.

All'opposto, gli individui più impermeabili alle molestie morali tendono a lavorare in organizzazioni di tipo partecipativo, hanno attese professionali realistiche e tendono alla franchezza da un punto di vista psicologico.

Alla resa dei conti, dunque, con quali risposte possiamo congedare il lettore? In quali interstizi dell'ambiente lavorativo ospedaliero suggerisce di intervenire la nostra analisi? Quali accorgimenti potrebbero contribuire ad arginare il mobbing nel mondo infermieristico?

È chiaro che una risposta a questi interrogativi non può venire fuori come Minerva dalla testa di Giove. Abbiamo ripetuto più volte che la complessità del fenomeno, unita ad una sua natura eminentemente sotterranea, sfugge facilmente alle maglie di una rete empirica che, per quanto efficiente, ne dà soltanto una rappresentazione schematizzata. Se si accettano le regole del gioco, allora se ne possono anche intendere gli esiti con la dovuta cautela. Questi esiti suggeriscono innanzitutto la presenza di un occhio vigile sui rapporti tra infermieri e direzione infermieristica. Non solo: i risultati della ricerca indicano nella maggiore partecipazione degli infermieri alle attività decisionali una possibile chiave di volta per sedare conflitti e tensioni, stemperando la potenziale frustrazione professionale con una minore parcellizzazione del lavoro. Infine, è auspicabile una socializzazione alla professione da parte dei medici che sia meno inamidata dai rigidi vincoli della

gerarchia e che quindi possa favorire un più fluido rapporto con il personale paramedico. Utopia? Forse. Ma è dal diritto all'immaginazione sociologica che devono prendere le mosse quelle riforme sociali per una migliore qualità della vita.

4.4 Stress e conflitti[47]

Lo studio delle condizioni di salute rappresenta uno degli indicatori di eccellenza del processo di mobbing, perché la ricaduta delle azioni mobbizzanti sulle condizioni di salute delle vittime è certa e appartiene al costrutto che definisce il mobbing. Anche se ovviamente non sempre la causa dello stress o di forme più leggere di disagio psicofisico in una persona è da attribuire a fenomeni di mobbing. È infatti comunemente accettata a livello scientifico una concezione olistica, che considera l'uomo una indissolubile unità psico-somatica, capace di esprimere la propria sofferenza psichica sia a livello mentale che a livello del corpo, attraverso il difficile e complesso linguaggio della somatizzazione (Winnicott, 1966). L'equilibrio tra salute e malattia, tra benessere e malessere, appare senz'altro legato alla interazione dei fattori biologici, sociali e psicologici. Numerose ricerche continuano a ribadire il peso degli aspetti psicologici sull'insorgenza e sul decorso di ogni malattia, inserendo i disturbi psicosomatici nel più ampio contesto del disagio emotivo e comportamentale. La turbativa che le azioni mobbizzanti introducono nella vita di una persona tocca il nucleo più profondo della sua personalità e si traduce all'esterno in un'ampia e complessa sintomatologia di tipo psico-somatico. Il termine psicosomatico (Trombini, 1992) viene comunemente utilizzato in due accezioni:

- una prima accezione più intensiva e restrittiva, in cui si sottolinea la dimensione psicogena (conflitti psicologici con una ricaduta a livello professionale e socio-familiare) di un processo che nei suoi effetti è percepito a livello fisico (malattie, disturbi del sonno, dell'appetito, ecc…)
- una più estensiva, che riguarda l'approccio del medico alla malattia, e sottende un quadro di riferimento antropologico in cui l'uomo è colto nella sua duplice dimensione di unità e di relazionalità.

Da oltre quaranta anni sono sempre più ampie le conferme del concetto di somatizzazione come tendenza a provare e comunicare il malessere psicologico sotto forma di sintomi fisici, che richiedono una specifica assistenza medica (Jores, 1963).

Un corretto approccio ad una persona e alla sua malattia non può quindi prescindere da un'accurata analisi psicologica che consenta di comprendere il mondo emozionale del paziente attraverso l'interpretazione dei significati che lui stesso attribuisce ai suoi sintomi, intesi come messaggeri emotivi ad alta valenza semantica. Si tratta di un messaggio complesso, che spesso neppure chi

[47] Paragrafo redatto da Paola Binetti.

lo trasmette è in grado di valutare pienamente, nonostante la specifica ed innegabile dimensione soggettiva: solo l'intera storia del soggetto permette di cogliere i nessi significativi e la valenza emotiva che fatti apparentemente banali possono avere su tutto l'assetto mentale e fisico di una persona.

L'indagine sulle possibili manifestazioni di mobbing nel personale infermieristico ha voluto dedicare un'attenzione particolare al disagio psico-fisico degli infermieri nella convinzione che dove questi segni sono particolarmente marcati, lì si possa configurare una condizione di stress. Lo stress può infatti essere in parte conseguenza di azioni mobbizzanti, che logorano le resistenze psico-fisiche di una persona, ma in parte proprio per la fragilità emotiva in cui si trova una persona stressata, può favorire un'interpretazione mobbizzante di azioni, che potrebbero essere catalogate in altro modo.

Nella persona stressata l'incapacità a far fronte a determinate situazioni, può generare una naturale sensazione di vittimismo, per cui il soggetto ritiene eccessive tutte le richieste che si riversano su di lui e non riesce ad accettare situazioni che impegnino un rapido sforzo di adattamento, per farsene carico adeguatamente. Viceversa una serie di circostanze in cui il soggetto è costantemente sottoposto ad interventi di tipo svalutativo, può minare alla base quella naturale sicurezza personale indispensabile per affrontare situazioni in cui il margine di rischio può essere accolto e affrontato solo in un clima di fiducia reciproca e di solidarietà operativa.

Nel questionario sottoposto ai 740 infermieri la domanda che cerca di analizzare le loro condizioni di salute è posta quasi in coda allo strumento di rilevazione, dopo che le persone hanno dovuto soffermarsi a riflettere sulle loro motivazioni ed aspettative, sul loro contesto professionale, sulle caratteristiche specifiche di questo, sui modelli organizzativi e sui livelli di conflittualità che vi si possono presentare, cercando di mettere in risalto anche i propri meccanismi di difesa per venirne a capo, quali il cambiamento materiale di sede, di unità di servizio, ecc.

I parametri presi in esame in questa domanda sono collocati in una linea ideale che va da una generica percezione di nervosismo fino a precise difficoltà nell'esercizio del proprio lavoro, legate ad una sofferenza psicosomatica, in cui sono ricompresi sintomi come una stanchezza persistente, la cefalea, il mal di stomaco, le difficoltà digestive, l'impossibilità a riposare adeguatamente per recuperare le proprie energie, la perdita di entusiasmo e il tono depresso dell'umore, ma anche l'incapacità a concentrasi su compiti nuovi, su possibili alternative extra professionali, eccetera. Sembra una miscellanea confusa e generica di segni e sintomi: eppure statisticamente sono gli elementi caratteristici che appaiono nell'anamnesi di un ambulatorio del medico di famiglia o del medico del lavoro. Il paziente si sente stanco e a disagio, lamenta dolori di incerta collocazione, non riesce né a nutrirsi bene né a riposare, non si sente motivato a fare niente di particolare: tutto gli costa, e soprattutto non crede che tutto questo sia semplicemente la conseguenza di una condizione di stress. Esce dalla visita ambulatoriale, spesso ripetuta con molti e diversi specialisti, solo in parte rassicurato dal fatto di

non avere un brutto male. Più spesso è preoccupato perché non vede vie d'uscita e dubita della competenza del medico che non sa venire a capo del suo caso. Migra internamente tra i vari servizi, facilitato – nel caso degli infermieri – dal fatto di avere a disposizione competenze professionali diversificate e accessibili.

Prendere atto che la causa del suo malessere sia lo stress legato alle caratteristiche del proprio ambiente di lavoro: con i suoi modelli organizzativo-gestionali, i suoi livelli di conflittualità e frustrazione, i suoi meccanismi di comunicazione interna spesso ambigui o apertamente contraddittori, imporrebbe una riflessione forte su di sé e sul proprio contesto, che spesso non è in grado di fare, perché non si sente di assumere le conseguenze di eventuali decisioni. In questo modo il disagio cresce fino ad attestarsi su livelli alti, che non possono non avere una ricaduta su tutto l'ambiente professionale, data la concentrazione di casi.

Per rendere più significativa e meno dispersiva l'analisi dei dati raccolti li abbiamo accostati su di un piano quali-quantitativo:

a) Gli otto indicatori selezionati nel questionario sono stati distribuiti secondo una linea che va dalla sintomatologia più generica, in cui è compresa la stanchezza fisica: i dolori di tipo muscolare e un certo nervosismo non meglio identificato, passa attraverso una sintomatologia a carattere psicosomatico, con una specifica e tipica localizzazione d'organo, per coinvolgere progressivamente le alterazioni del ritmo sonno-veglia e le tonalità dell'umore, prima di prendere in considerazione i sintomi di stanchezza mentale e l'impatto che tutto ciò può avere sul normale svolgimento dei propri compiti professionali.
b) Le risposte date dagli intervistati e distribuite secondo una scala che andava da 0 a 10, sono state raccolte in quattro classi, che comprendono quattro livelli di intensità nella percezione del problema: da assente a molto elevato. Il livello 0, che indica totale assenza di sintomatologia, è rimasto a sé stante, mentre gli altri tre livelli comprendono le risposte indicate con i valori da 1 a 3, classificate come manifestazioni lievi, da 4 a 7 come manifestazioni di media intensità, e da 8 a 10: come manifestazioni di elevata intensità.

Nella Tabella 18 sono sintetizzati i dati così come sono stati presi in considerazione per la discussione.

TABELLA 18 - *Livello della sintomatologia per categorie (valori percentuali).*

	Nessuno	Lievi	Medi	Elevati	*Totale*
Dolori muscolari	29,7	28,3	31,4	10,6	*100,0*
Gastrointestinali	35,0	31,7	24,4	8,9	*100,0*
Tensione o nervosismo	22,4	35,7	33,4	8,5	*100,0*
Disturbi del sonno	40,1	28,7	23,4	7,8	*100,0*
Stanchezza mentale	20,7	43,3	28,9	7,1	*100,0*
Depressione	36,4	35,7	23,0	4,9	*100,0*
Psicosomatici	37,5	33,2	24,7	4,6	*100,0*
Difficoltà nel lavoro	46,2	38,1	13,6	2,1	*100,0*

Tra le più frequenti manifestazioni di stanchezza presentate dagli infermieri ci sono i disturbi a carico dell'apparato osteo-artro-muscolare. Sono frequenti sia i dolori localizzati alla colonna vertebrale, a livello cervicale e lombosacrale, sia i dolori a carico degli arti e rappresentano una importante manifestazione dell'impegno fisico che il lavoro infermieristico richiede. Ma sono anche espressione della tensione emotiva che la professione richiede e che si esprime nel grado di contrattura muscolare generalizzato. Nella nostra indagine le risposte degli infermieri si distribuiscono in modo uniforme rispetto ai quattro livelli segnalati delle diverse categorie, mettendo in risalto come il 75% di loro soffra in grado diverso di questo disturbo. Classicamente i disturbi sono prevalenti nei soggetti di sesso femminile (Cfr. Tabella 19) ed esordiscono in modo insidioso, a volte associati ad una rigidità mattutina, che rende più difficile l'avvio della giornata, e spesso accompagnati ad una stanchezza generalizzata, difficile da definire anche in sede di diagnostica differenziale (Pancheri, 1993).

TABELLA 19 - *Livello di stress e genere (valori percentuali).*

		Genere		*Totale*
		Femmine	Maschi	
Livello di stress	Alto	27,5	20,7	*25,6*
	Medio	35,6	33,1	*34,9*
	Basso	36,9	46,2	*39,5*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*

I dolori tendono ad accentuarsi durante la giornata e in alcuni momenti risultano invalidanti, a tal punto che il soggetto teme di misurarsi con la quotidianità dei suoi impegni proprio perché si sente minacciato dal possibile accentuarsi dei dolori. Inizialmente si tenta un'interpretazione che li metta in rapporto con piccoli traumi occasionali, con sforzi di intensità superiore alla media, con il mutare delle condizioni climatiche. Anche l'assunzione dei farmaci, dopo iniziali benefici, resta insoddisfacente e incrementa il senso di ansia del paziente. Con il passare del tempo il soggetto scopre la capricciosità di questi dolori, l'impossibilità di collegarli direttamente ad una cosa o all'altra, per cui sviluppa una generica diffidenza nei confronti di medici e farmaci e comincia a prendere in considerazione la possibilità di ritirarsi dalla professione. Nel caso degli infermieri la loro cultura scientifica li sollecita ad una serie di approfondimenti diagnostici, in cui davanti a possibili risultati negativi, invece di far maturare una serena accettazione del significato del sintomo, si crea una sorta di escalation verso professionisti sempre più noti, verso indagini sempre più sofisticate, alla ricerca di farmaci sempre più potenti.

Analogamente manifestazioni di tensione e di nervosismo colpiscono poco meno dell'80 % degli intervistati, e il 40% circa di loro segnala un livello medio-

alto di un non meglio specificato malessere psicologico. E' facile supporre che se in un reparto o in un servizio il 50% degli infermieri è in uno stato abituale di tensione di questo tipo la loro qualità di vita e quella di chi si rivolge a loro sarà esposta ad un costante rischio. D'altra parte proprio perché l'indagine è stata fatta all'interno di unità operative omogenee è anche possibile supporre che gli elementi di tensione possano dipendere dal contesto e rappresentare un indicatore di rischio significativo.

Tra le manifestazioni di nervosismo aspecifico occorre includere anche tutta una serie di disturbi funzionali, che generalmente vengono etichettati come lamentele somatiche, a cui non corrisponde nessuna base organica dimostrabile: l'intensità delle lamentele appare nettamente sproporzionata rispetto all'entità del processo descritto. Queste lamentale, percepite a livello soggettivo come un disagio difficile da circoscrivere, possono trovarsi in relazione, anche dal punto di vista temporale, con un conflitto emotivo, ed in questo caso sono sintomatiche di un disagio psichico più o meno inespresso. Dal punto di vista psicologico costituiscono la sofferenza di una persona che riesce ad esprimerla per lo più solo attraverso il canale somatico. In alcune persone manca anche una consapevolezza delle proprie emozioni e della capacità di esprimere le medesime attraverso il linguaggio verbale ed il pensiero razionale. Per comprendere questi disturbi può essere molto utile tener conto di due variabili: l'eventuale presenza di un fattore stressante e il clima relazionale a livello familiare e professionale.

Le manifestazioni psicosomatiche impegnano in modo significativo oltre il 30% degli intervistati, anche se solo il 4,6% presenta sintomi rilevanti. Gli studiosi di malattie dermatologiche ritengono che spesso ci sia una relazione di natura simbolica tra il conflitto psichico e le manifestazioni cutanee: la pelle rappresenta per loro uno dei più importanti mezzi di comunicazione di cui l'uomo dispone. A livello somatico manifestazioni che vanno dall'iperidrosi, alla psoriasi, dall'alopecia a varie forme di prurito, avrebbero la funzione di segnalare all'individuo e al suo ambiente che le loro relazioni hanno imboccato una strada a rischio e che il livello di conflittualità latente, sta marciando direttamente verso un processo di slatentizzazione, in cui possono intrecciarsi aspetti positivi (sul piano somatico) e negativi sul piano psicologico. La cefalea tensiva rappresenta una delle manifestazioni più frequenti di stress anche nella popolazione generale, dove raggiunge un valore compreso tra il 10 e il 30% a seconda dell'età, essendo più frequente nelle donne di età compresa tra i 20 e i 30 anni[48]. Si accompagna quasi sempre a manifestazioni d'ansia e a disturbi dell'umore, di tipo depressivo.

Questo dato è ulteriormente rafforzato da quello che prende in esame la sintomatologia a carico delle funzioni gastrointestinali, laddove la percentuale di disagio e di sofferenza è più elevata e raggiunge un intervistato su tre, che denuncia disturbi di livello medio-alto. Di questi l'8,9% ha disturbi rilevanti. L'obesità è il risultato del più comune disturbo del comportamento alimentare: in tutti i pazienti si trova un aumento dell'*intake* calorico, ma l'eziologia di que-

[48] R. Cirbo, Pain Syndromis, Acta Midica romana 35 (1997), 366-374.

sta patologia è tutt'altro che chiara e, oltre ai logici fattori metabolici, coinvolge anche fattori di tipo socio-professionale che hanno profondamente mutato le abitudini alimentari nella popolazione generale. Gli infermieri debbono anche tener conto della sostanziale distonia tra i loro orari e quelli di altri professionisti, per cui la turnistica attualmente prevista nei principali ospedali li fa mangiare sempre o molto prima o molto dopo gli altri, in una relazione di solitudine che non consente un'adeguata rielaborazione delle tensioni e dei conflitti maturati nella mattinata o nel pomeriggio di lavoro. Manca spesso alle loro abitudini alimentari quella dimensione sociale del condividere a livello familiare non tanto il mangiare, quanto i vissuti interpersonali, che maturati nello specifico sociale di ognuno si caricano di una valenza affettiva che li rende patrimonio di tutti in famiglia. D'altra parte l'aumento del peso corporeo oltre il 20% definisce un'obesità a rischio di altre e successive patologie di tipo cardio-vascolare, ma aumenta anche la vulnerabilità alle patologie osteo-artro-muscolare, accelera il senso di stanchezza e crea una affaticabilità respiratoria vistosa (Corsello e Migneco, 1995). Le lacune conoscitive che riguardano i disturbi somatoformi sono rilevanti, soprattutto in merito ai fattori eziologici e ai meccanismi patogenetici, sia sotto il profilo neuro-anatomico e neuro-fisiologico, che sotto quello neuro-chimico e neuro-endocrino. Questa patologia ha una elevata prevalenza (0,5%), sia nella popolazione generale, che nella popolazione che afferisce al medico di base (Lipowski, 1986, 1988) e il suo costo complessivo è importante. Pur tuttavia viene spesso banalizzata, nel momento in cui non si trova un riscontro organico e il paziente viene liquidato con una generica rassicurazione sulla aspecificità dei suoi sintomi. In realtà i disturbi funzionali meritano una forte attenzione proprio nel momento in cui il paziente si rivolge ad un medico o ad un servizio di diagnosi, perché solo un intervento precoce, chiaro e deciso può stimolare il paziente a cercare di comprendere cosa accade nel suo mondo interiore, cosa lo disturba e lo fa soffrire, anche al di là della sua immaginazione. Quando ciò non accade il disturbo, lungi dal risolversi da solo, cronicizza oppure imbocca un percorso di trasformazioni interne, per cui cambia di localizzazione ma conserva la sua dimensione stabile di *spina irritativi*.

Il 40% degli infermieri afferma di riuscire a riposare bene: nel duplice significato di addormentarsi con facilità e di non svegliarsi fino al termine del tempo previsto. I disturbi dell'addormentamento, quando si configurano come risvegli precoci, sono spesso considerati un'importante spia di sintomatologia depressiva, mentre le difficoltà a prendere sonno spesso tradiscono dei livelli di ansia, insufficientemente controllati. Il sonno è considerato dai ricercatori come un fenomeno che si realizza in forma attiva, favorito da fenomeni passivi (Blanc, 1993). L'insonnia nella popolazione generale è il disturbo di sonno più frequente: ne soffre un terzo della popolazione adulta, di cui un quinto in forma cronica. I soggetti più a rischio sono le donne di età compresa tra i 45 e i 55 anni. Tra i disturbi del sonno accanto all'insonnia occorre considerare anche la sonnolenza diurna, che appare frequentemente in persone che svolgono un'attività professionale soggetta a turni, oppure presentano abitudini sociali legate ad un

eccessivo procrastinare del momento di addormentarsi (Kriger e altri, 1994). Negli infermieri si possono sommare entrambi i meccanismi di disturbo del sonno, dal momento che spesso la turnistica impone delle oggettive difficoltà alla normalizzazione del ritmo biologico e si converte in fattore di stress. In ogni caso l'elevata percentuale di infermieri che non riescono a recuperare pienamente le loro energie con il riposo notturno definisce un quadro di rischio aperto per successive manifestazioni di stanchezza, in cui lo stress si accumula in modo progressivo.

Poco più di un infermiere su tre non sembra toccato da manifestazioni depressive e, in un certo senso, mantiene l'entusiasmo nel proprio lavoro. Stanchezza e difficoltà insidiano in modo fortemente caratterizzante questa professione, che dovendosi fare carico del dolore e della sofferenza dei malati e dei familiari, avrebbe bisogno di una quota supplementare di serenità e di stabilità dell'umore. Quasi il 5% degli infermieri denuncia manifestazioni depressive di grado elevato. Per tali soggetti, se non adeguatamente curati, si può configurare un elevato rischio di *burn out.*

La stanchezza mentale sembra essere invece il disturbo stressogeno più diffuso: quasi l'80% degli intervistati ne soffre in forme che variano da manifestazioni lievi (35,7%) a manifestazioni acute (7,1%). Un sintomo del genere è di per sé sufficiente ad allontanare la possibilità di riprendere gli studi o di intraprendere corsi di aggiornamento impegnativi. Troppo stanchi per cambiare o per migliorare la propria situazione attraverso il canale formativo. È una sorta di circolo vizioso per cui l'insoddisfazione che la stanchezza mentale genera o che da questa è generata, non può diventare un punto di partenza in vista di un cambiamento radicale. C'è quella difficoltà di concentrazione che non permette di riflettere abbastanza sulle alternative e stimola una sorta di coazione a ripetere ciò che si sta facendo, lamentandosene, ma senza riuscire a scrollarselo decisamente di dosso.

Nonostante tutti i segnali di disagio e di sofferenza descritti è sorprendente come un 46,2% di infermieri asserisca che ciò non ha alcuna ripercussione negativa sul proprio lavoro e solo un 2,1% afferma di avere difficoltà rilevanti. Per la restante metà degli intervistati si tratta di sintomi medio-lievi, gestibili e comunque inquadrabili nell'ambito di prestazioni accettabili. Sorprende questo dato perché da un lato riflette la consapevolezza della dimensione etica del proprio lavoro, per cui nonostante i propri personali segnali di disagio, questi non devono ricadere sul paziente, dall'altro mostra anche la difficoltà che ha l'infermiere a cogliere eventuali effetti negativi della sua stanchezza psico-fisica sul paziente. L'infermiere attraverso questi dati apparentemente contrastanti mette in risalto quanto sia forte il gap che separa il suo dover essere in un certo modo dalla possibilità di accettare anche a livello intrasoggettivo di non essere all'altezza della sua missione. Riconosce con semplicità quali siano le cose che generano in lui la sintomatologia da stress, ma poi si rifiuta di credere che tutto ciò possa avere ripercussioni negative sul suo lavoro, che ritiene debba essere salvaguardato da ogni possibile aggressione, anche da quelle che potrebbero avere un'in-

consapevole origine nel suo non star bene. Questo sforzo di essere comunque all'altezza della situazione, anche quando si configura in un piano prevalentemente virtuale, è comunque un ulteriore fattore di stress, che si aggiunge ai precedenti per accentuare la sua fragilità.

D'altra parte non si può sottovalutare l'importanza del contesto nell'indagine, che si è svolta sul posto di lavoro degli intervistati, spesso affidata nella raccolta dei questionari a figure istituzionali, quali i caposala. Diventa così sempre più difficile individuare le strutture intra-psichiche che operano sulla modulazione delle emozioni, sui livelli di elaborazione dei conflitti e sulla gerarchia delle difese attuate. L'analisi del rapporto stress-risposta maladattativa, alla base della formazione del sintomo nella medicina, deve superare la focalizzazione sulla natura dello stimolo stressogeno per spostare l'attenzione sul complesso delle reazioni individuali, che determinano le risposte psicologiche e neuro-endocrino-immunologiche. I fattori stressogeni, di ampia e variegata natura, raggiungono il SNC interagendo lungo il loro percorso con una serie di circuiti neuronali attivi, in cui confluiscono informazioni accumulate in esperienze precedenti, e depositate sotto forma di ricordi, giudizi, aspettative, delusioni, credenze e pregiudizi. Le reciproche influenze si traducono in una complessa modulazione eccitatoria e inibitoria, modellando velocemente le risposte, che acquisiscono un carattere personale sempre più tipico e caratteristico.

In breve sintesi, i sintomi psicosomatici sollevano vari interrogativi sul piano della spiegazione-interpretazione:

- attraverso la loro natura simbolica (il linguaggio degli organi) rivelano alcune sacche di sofferenza che il soggetto da solo non è in grado di individuare (Bria, 1995);
- rappresentano un tentativo di uscire da un conflitto doloroso, per cui l'individuo non sa o non può trovare una spiegazione accettabile sul piano razionale (McDougall);
- appaiono in occasione di alcuni *life events* che il soggetto non è in grado di gestire (Farber, 1993).

Il questionario utilizzato riportava alcune domande mirate ad esplorare la dimensione del cambiamento personale e professionale e la sua eventuale associazione a disturbi sul piano della salute. Un 43% di soggetti denuncia cambiamenti nella vita privata e un 39,5% cambiamenti nella vita professionale.

Come mostra con grande chiarezza la Tabella 20, lo stress sembra essere altamente associato con i cambiamenti intervenuti nella vita – privata e professionale – degli intervistati[49]. All'aumento di questi cambiamenti si registra infatti un regolare aumento dello stress.

[49] L'indice di stress è stato costruito tenendo conto delle due variabili che raccoglievano informazioni in merito agli eventi stressogeni verificatisi nella vita privata e professionale degli intervistati nel corso dei 12 mesi precedenti il momento della compilazione del questionario.

TABELLA 20 - *Incidenza dei cambiamenti professionali e privati sul livello di stress (valori percentuali).*

		Cambiamenti intervenuti nel corso dell'ultimo anno			*Totale*
		Nessun cambiamento	Cambiamento parziale	Cambiamento radicale	
Livello di stress	Alto	20,9	25,2	38,3	*25,7*
	Medio	30,0	41,0	33,0	*34,7*
	Basso	49,1	33,8	28,7	*39,6*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Le informazioni relative ai cambiamenti sono dunque servite a controllare l'effetto spurio a livello stressogeno causato da fattori esterni alle eventuali molestie morali subite dagli intervistati. Togliendo dai 737 infermieri raggiunti dal questionario quelli che non hanno fornito risposte ad alcune delle domande utili a dare conto della relazione tra stress e mobbing e coloro i quali hanno subito una qualche forma di cambiamento nella loro vita nel corso dell'ultimo anno, rimangono 277 infermieri. La metà esatta di coloro che sono altamente esposti ad azioni mobbizzanti sono quelli che manifestano forti sintomi di stress, come mette icasticamente in luce la Tabella 21.

TABELLA 21 - *Effetto del mobbing sullo stress (valori percentuali).*

		Esposizione ad azioni mobbizzanti			*Totale*
		Soggetti protetti	Soggetti a rischio	Soggetti altamente esposti	
Livello di stress	Alto	18,2	25,0	50,0	*20,9*
	Medio	28,6	35,7	38,9	*30,0*
	Basso	53,2	39,3	11,1	*49,1*
Totale		*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

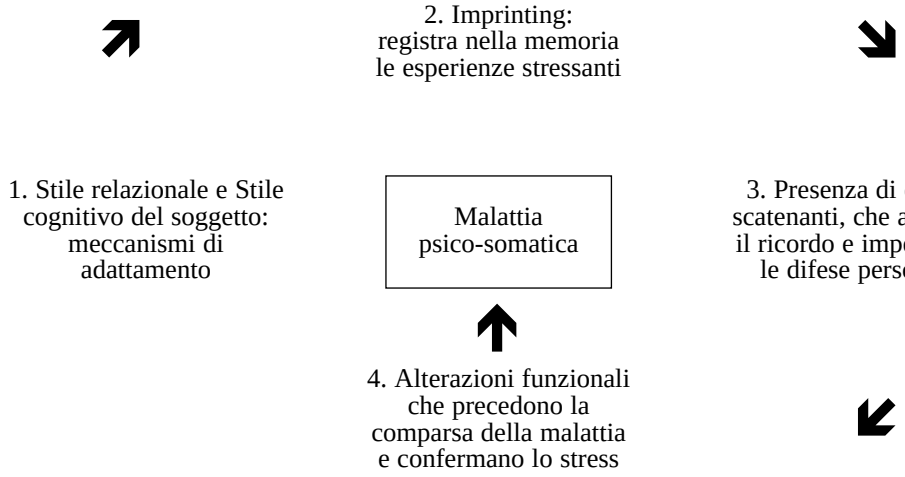
Analogamente, i soggetti al riparo da azioni mobbizzanti sono anche quelli che manifestano il minimo livello di stress.

Questi elementi ci possono indurre a due considerazioni di diversa natura: innanzitutto, sanciscono il fatto che le molestie morali sono inevitabilmente foriere di patologie psicosomatiche e stressogene. In secondo luogo, ratificano la buona tenuta a livello metodologico dello strumento di rilevazione.

L'analisi qualitativa dei cambiamenti permette altresì di considerare le percentuali ottenute in rapporto diretto con i disturbi psico-fisici di grado elevato. Come si ricorderà, la Scala di valutazione del riadattamento sociale elaborata da Thomas Holmes e Richard Rahe elenca 43 situazioni associate a vari gradi di stress nella vita di una persona media, un punteggio di 200 punti in un anno espone ad un grave rischio di malattie psicosomatiche. Ora tra gli eventi descritti dagli intervistati la morte, la malattia grave, le separazioni da persone importanti, occupano oltre un 45% delle risposte e rivelano una sostanziale difficoltà nella rielaborazione del lutto con un aumento della fragilità emotiva. Quando a queste circostanze si sommano cambiamenti importanti nel proprio luogo di lavoro, dovuti a possibili screzi relazionali, è facile raggiungere il valore critico che determina l'insorgenza di seri disturbi della salute. Ciò che appare interessante è la possibile sommatoria di fattori che acquisiscono il loro valore di pericolosità non presi uno ad uno, ma solo se considerati nelle loro interazioni dinamiche.

In una condizione di fragilità emotiva legata a cause di tipo personale, per lutti o abbandoni, è possibile che sia sufficiente anche un basso livello di critica o di svalutazione per far scattare uno stato d'animo di vittima tale per cui il soggetto possa pensare che tutto il mondo sia coalizzato contro di lui. Ma può anche accadere che un intenso livello di frustrazione a livello professionale, possa rendere la persona iperreattiva davanti a certe dinamiche familiari, creando una possibile aggressività verbale, secondaria ad una sensibilità offesa in precedenza. La nuova vulnerabilità può tradursi in un vissuto persecutorio in cui ancora una volta sembra che sia impossibile far fronte da soli a tante e così gravi difficoltà. Tra i cambiamenti segnalati a livello familiare ce n'è solo un 15% che potrebbe essere considerato positivamente: dal matrimonio alla nascita di un figlio, ma anche questi eventi possono contribuire ad implementare i livelli di ansia e di incertezza. È anche interessante rilevare come una percentuale compresa tra il 15 e il 18% delle persone intervistate non abbia risposto a queste domande, come se le considerassero scarsamente rilevanti ai fini dell'inchiesta.

L'effetto sommatorio degli eventi che richiedono un notevole sforzo adattativo ci permette di ipotizzare che ognuno di loro lasci una traccia importante non solo nella memoria affettiva del soggetto, ma anche nel suo assetto neuroendocrino-immunitario, rendendolo sempre meno capace di rispondere in modo soddisfacente alle sollecitazioni che si presentano. D'altra parte il tipo di meccanismo adattativo messo in gioco (*coping*) dipende anche dallo stile di personalità del soggetto, dal suo modo di porsi in relazione con gli altri. Il tutto permette di disegnare un circuito vizioso che può essere controllato solo con una visione d'insieme. Il mobbing in una situazione come questa può diventare attivo anche con una soglia di stimolazione bassa, dal momento che trova soggetti e contesti fortemente predisposti ad entrare in crisi, dal momento che già si muovono in un clima di precarietà emotiva, in cui tutte le difese individuali sono fortemente compromesse.



Nell'inchiesta appare chiaramente che nelle persone intervistate il disturbo psicopatologico principale e la sua manifestazione psicosomatica non è rappresentato dalla sintomatologia, che può assumere forme molto diverse, ma dalla eventuale patologia dell'Io soggiacente. Ed è molto importante cogliere questo rapporto tra indicatori di disagio, cause contestuali e modalità reattive individuali, perché le differenze non si collocano tanto a livello dei sintomi o dei comportamenti, quanto piuttosto a livello della messa in gioco della personalità di base. Cogliere questa dinamica interattiva tra segni e sintomi da un lato, circostanze oggettive dall'altro e capacità di negoziare significati e strategie difensive nell'interfaccia è importante anche per definire una corretta linea di intervento. Un'adesione superficiale al livello sintomatologico può rendere difficile un'effettiva valutazione di alcuni seri rischi evolutivi. Dietro una così spiccata eterogeneità di disturbi somatici spesso si nascondono quadri depressivi non riconosciuti dal paziente stesso e ancor più difficili da smascherare in un'indagine che non ha come interlocutori dei pazienti, ma delle persone presumibilmente sane, impegnate in una relazione di cura con persone malate. Se nel nostro campione il 60% circa delle persone, presumibilmente sane perché impegnate in una attività professionale esigente ed impegnativa sia sul piano fisico che emotivo, sul piano etico e sul piano organizzativo-gestionale, mostra in gradi diversi di star male, vuol dire che il contesto in cui si svolge la sua professione ha in se stesso dei sintomi di una patologia meritevole della più ampia attenzione.

Il questionario somministrato andava alla ricerca di eventuali segni di mobbing nel personale infermieristico. Non sono stati individuati casi "conclamati" non sarebbe stato facile, proprio per la natura del fenomeno, individuare che ha però evidenziato uno stato di malessere diffuso che investe tutto lo stile di relazione degli infermieri, il loro rapporto con se stessi e con il pro-

prio benessere. È bastato un senso di genuino interesse e di concreta partecipazione alle loro vicende, evitando atteggiamenti intrusivi, per far emergere un'emozione rimasta mascherata, a volte come incitata o segregata nel piano delle aspettative profonde di molti professionisti, troppo spesso delusi da quanto hanno trovato nel loro lavoro professionale. Sono un 73% le persone che appaiono frustrate e sono ancora un 65% quelle che mostrano disturbi della loro salute. C'è un alta corrispondenza che merita di essere tenuta presente. I livelli di stress si distribuiscono su tutte le fasce d'età e di titolo di studio, riguardano uno scollamento più profondo tra progettualità e livello di realizzazione esistenziale.

Il questionario si è rivelato uno strumento più utile del previsto perché ha permesso di evitare il rischio abbastanza plausibile di una sequenza del tipo: interesse per la sintomatologia nascosta → esami diagnostici, anche a livello psicologico → oggettivazione diagnostica. Una sequenza che avrebbe consegnato alla nosografia tradizionale l'individuazione dei problemi sottesi al malessere infermieristico. In questo modo invece sono affiorate delle associazioni molto più significative tra livelli di aspettative, modelli organizzativi e disagio personale a livello psico-somatico. L'aver lasciato volutamente fuor di contesto l'aspetto diagnostico, privilegiando nell'analisi delle condizioni di salute gli aspetti fenomenologici, così come appaiono anche ad un professionista non esperto (la terminologia utilizzata è quella del linguaggio comune e non quella tecnico-scientifica), ha permesso di far affiorare con maggiore trasparenza il sistema delle difese emotive e cognitive di ogni soggetto, con un indubbio vantaggio sul piano predittivo (Leff e Vaughn, 1985). I soggetti collocati verso il polo che raccoglie i sintomi più rilevanti (il 25% circa), mostrano una criticità potenziale che si accentua quando sono presenti in più di una delle 8 scale prese in considerazione. Il punto critico è quello che riguarda i livelli di efficacia-efficienza nelle prestazioni professionali. Fintanto che questa scala mantiene livelli accettabili, l'infermiere riesce a contenere il suo disagio e a rielaborare adeguatamente i propri livelli di conflittualità, per cui ha la capacità di fronteggiare positivamente i suoi problemi. Infatti se il soggetto mostra contestualmente segni di stanchezza fisica e mentale, che non gli consentono di individuare, sia pure momentaneamente strade alternative, la condizione di malattia diventerà sempre più vistosa, fino a condizionare anche il suo funzionamento sociale (Stotland e Garrick, 1990). Analogamente, quando i segni di malattia psicosomatica colpiscono con intensità e continuità più di un sistema o apparato, per il paziente diventa difficile farsi carico delle responsabilità operative del suo lavoro e tenderà prima o poi ad allontanarsene. Analogamente a quanto può accadere quando i disturbi dell'umore si sommano con i disturbi del sonno e il paziente non riesce più a recuperare le energie necessarie per far fronte alle sue responsabilità.

La capacità di affrontare i propri compiti diventa quindi un indicatore essenziale anche sotto il profilo dell'analisi delle condizioni di salute, un indicatore oggettivo che caratterizza la percezione soggettiva delle difficoltà denun-

ciate. Il 46,2% delle persone che si dicono totalmente indenni da difficoltà in questo ambito rappresentano l'effettiva *task force* su cui i servizi ospedalieri possono contare, anche se occasionalmente lamentano dei disturbi, che comunque riescono a controllare nel rapporto con i malati e con i colleghi. In un certo senso si può paradossalmente dire che sono in buona condizione di salute quegli infermieri che comunque riescono a far fronte alle loro responsabilità, mentre il punto critico va posto nel passaggio ad una mutata capacità di orientare le proprie risorse al servizio.

Conclusioni[50]

L'attenzione di media e sindacati, nonché del mondo politico al mobbing è in fortissimo aumento in questi ultimi anni. Tale interesse si può certamente attribuire, oltre che alle modificazioni intervenute nell'economia dei paesi industrializzati, ad una nuova sensibilità verso il tema della tutela della salute globale del lavoratore, riferita non solo all'integrità fisica dell'individuo ma anche al suo benessere psicologico. A fronte dell'interesse suscitato e della sua attualità, sono ancora scarse le conoscenze acquisite sia per quanto riguarda la fenomenologia del mobbing sia con riferimento alla sua genesi e ai fattori che ne determinano lo scatenarsi.

Con lo studio realizzato sul personale infermieristico si è inteso intraprendere un doppio percorso: per un verso quello di delineare i tratti principali del fenomeno in uno specifico ambito professionale; dall'altro si è tentato di andare oltre la descrizione, per proporre un modello esplicativo. Se è vero che il mobbing non alligna esclusivamente sull'imponderabile e gratuita malvagità umana, allora è plausibile ipotizzare alcuni fattori comuni a più contesti lavorativi che fungano da terreno fertile per la nascita e lo sviluppo del mobbing.

L'impresa non era certo facile, non solo perché è comunque improbo individuare ed isolare da un fenomeno sociale estremamente complesso, un certo numero di fattori causali puri, ma anche a causa dell'oggetto stesso d'indagine, il mobbing, che, per sua natura, viene occultato da chi lo mette in atto e a stento riconosciuto da chi ne subisce le conseguenze.

L'Istituto Italiano di Medicina Sociale, in collaborazione con l'Università Campus Bio Medico, ha voluto intraprendere questa strada concentrando i propri sforzi su uno specifico gruppo di lavoratori – il personale infermieristico, appunto – e all'interno di un limitato ambito territoriale, quello del Comune di Roma.

Queste scelte operative, dettate da necessità strumentali riferibili alle

[50] Le conclusioni sono state redatte da Federica Mancini.

gestione delle risorse materiali ed umane disponibili, se per un verso hanno impedito la generalizzazione dei risultati ad un contesto più ampio di quello indagato, dall'altro hanno comunque consentito di testare un modello teorico che, con gli opportuni aggiustamenti, potrebbe essere esportato a studi di più ampio respiro su campioni nazionali di addetti ai servizi infermieristici oppure di altre categorie di lavoratori. La ricerca si caratterizza dunque come un'indagine pilota il cui scopo principale è quello di fornire utili suggestioni ed indicazioni per studi futuri di maggiore rilevanza dal punto di vista dell'universo di riferimento.

La scelta del campo d'indagine, l'ambiente infermieristico, non è casuale. Numerosi sono infatti gli indizi che inducono a considerare il settore sanitario come un *humus* adatto alla nascita di comportamenti configurabili come mobbing: la coabitazione di due professionalità sanitarie con profili dissimili e per certi versi antagoniste (quella infermieristica e quella medica), la significativa presenza di personale di sesso femminile, lo stress connesso alla turnistica e alla costante prossimità alla morte e alla malattia. L'elevata esposizione del personale sanitario al mobbing viene segnalata in alcuni lavori scientifici. Un rapporto ILO (Chappel e Martino, 1998), per esempio, individua proprio in tale popolazione, insieme ai tassisti e agli insegnanti, una popolazione di lavoratori ad alto rischio di maltrattamento. Anche Harald Ege (1998, p. 27), autore impegnato nello studio del fenomeno nel nostro Paese, parla della sanità come di un settore nel quale si presentano con significativa frequenza fenomeni di mobbing.

Se l'ospedale è un ambiente dove più di altri si può annidare il mobbing, tra gli operatori della sanità, sono gli infermieri ad apparire più deboli, quindi maggiormente esposti a fenomeni vessatori, in quanto subordinati alle direttive di un'altra categoria professionale, quella dei medici.

Qual era dunque l'oggetto della nostra indagine? Cosa siamo dunque andati a cercare? Il "mobbing"? Non in senso stretto. Il mobbing non è una condizione stabile, ma piuttosto un *processo* che ha come esito conclusivo una condizione patologica di grave sofferenza psichica e frequentemente l'esclusione dal mondo produttivo. Sarebbe dunque stato un errore andare a cercare all'interno di un contesto lavorativo soggetti che, stando alla definizione canonica di "mobbizzato", sono già stati espulsi o comunque versano in uno stato di salute gravemente compromesso. Trattandosi di un processo che dotti studiosi (Leymann, 1990; Ege, 1998 e 1999) hanno suddiviso in successive fasi di sviluppo, si è optato per l'individuazione di quello che abbiamo definito come "mobbing potenziale " ovvero non ancora giunto a compimento, ma che comunque manifesta già alcune delle caratteristiche descritte dai teorici del fenomeno. Potremmo cioè trovarci in quella che Leymann definisce la *seconda fase del mobbing* – nella quale si osserva un crescendo delle molestie – o addirittura nella *terza fase*, in cui si ravvisa la negazione dei diritti della vittima. Certo non sapremo mai se i "potenziali" mobbizzati individuati nel nostro studio avranno trovato delle strategie per svincolarsi dalla spirale di molestie psicologiche, ma certo è che il disagio manifestato dalle risposte fornite, se protratto ulteriormente, non

potrebbe che condurre alla *quarta* e ultima fase del mobbing, nella quale – come sostiene Leymann – si porta a compimento il disegno persecutorio con la dequalificazione delle mansioni, il trasferimento coercitivo e conseguentemente la malattia di lunga durata, sino all'esclusione dal mondo del lavoro.

I dati raccolti tra gli infermieri che hanno collaborato allo studio, hanno evidenziato una significativa presenza di soggetti che dichiarano di aver subito attacchi che si configurano come azioni di preludio al mobbing. In particolare si è riscontrato poco più del 10% di intervistati "a rischio di mobbing", avendo segnalato alcuni episodi di attacco di vario tipo nei propri confronti, e una quota pari all'8,8% di soggetti che ha dichiarato di aver subito vessazioni ripetute e tali da potersi considerare "altamente esposto a mobbing".

Considerando le stime più attendibili sulla consistenza del fenomeno nel nostro paese, che lo attesterebbe intorno al 4% della forza lavoro occupata[51], i dati da noi rilevati su quanti possono essere definiti "altamente esposti al mobbing" sembrerebbero plausibili in virtù della già citata elevata esposizione al fenomeno della categoria professionale esaminata, che ne farebbe aumentare sensibilmente l'incidenza percentuale.

L'obiettivo dell'indagine tuttavia non era semplicemente quello di "contare" quanti lavoratori del nostro campione potessero essere fatti rientrare nella definizione stipulativa di "mobbing potenziale", quanto piuttosto di individuare le condizioni socio-ambientali che concorrono a determinare il mobbing.

Per rispondere a questo quesito è stato messo a punto un modello teorico di analisi, successivamente messo alla prova dal lavoro di ricerca empirica. Si tratta di un'operazione di semplificazione della realtà strumentale alla ricerca: nell'impossibilità di tenere sotto controllo contemporaneamente tutte le possibili relazioni, e contro relazioni, tra le numerose variabili che intervengono nella realtà, si tiene conto, sulla scorta delle conoscenze acquisite, delle sole relazioni plausibili (per lo più di tipo lineare) e se ne verifica la "tenuta" empirica. Il modello non nasce dal nulla: piuttosto, esso è il frutto del quadro teorico di riferimento che i ricercatori hanno definito sulla base della letteratura esistente, del patrimonio conoscitivo maturato, ma anche della sensibilità alla tematica derivante dalla esperienza esistenziale dei singoli componenti il gruppo di lavoro.

Nel modello sono messi in relazione fattori esterni all'individuo come l'organizzazione aziendale e la densità sociale della struttura e fattori interni riferibili al singolo lavoratore quali la personalità, la frustrazione generata dall'insoddisfazione per il lavoro, lo stress, l'instabilità professionale con l'occorrenza di episodi di aggressività e di "mobbing potenziale" riscontrati tra gli intervistati.

L'ipotesi avanzata attribuisce ad un clima aziendale negativo – autoritario,

---

[51] Si tratta di una stima che si base su di un sondaggio svolto dalla Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Fondazione di Dublino) negli anni l996-97 tra 21.500 lavoratori dell'Unione Europea. Nel corso dei 12 mesi precedenti la rilevazione complessivamente l'8% dei lavoratori dell'U.E., pari a 1 milioni di persone sarebbe stato vittima di mobbing sul posto di lavoro. In Italia i ricercatori hanno rilevato una percentuale di mobbizzati pari al 4%. Gli stessi autori ritengono che i dati siano notevolmente sottostimati.

stressogeno, con frequenti episodi di aggressività – associato ad un'alta densità sociale[52] della struttura in cui si lavora e ad un elevato grado di insoddisfazione professionale, il ruolo di determinanti del mobbing.

Il modello, alla prova delle evidenze empiriche riscontrate, risulta sostanzialmente validato. Molte delle relazioni tra variabili ipotizzate vengono confermate, sostanziando in particolare l'ipotesi che i fattori organizzativi, in primo luogo, presiedano alla generazione dell'aggressività e del mobbing.

Anche se non è stata riscontrata una relazione diretta tra il tipo di organizzazione (autoritario, moderato e democratico) e le molestie morali, ad una più attenta analisi si coglie un nesso più complesso. In questa relazione, infatti, si inserisce un altro fattore, la frustrazione, intesa come la distanza tra le aspettative maturate all'inizio della carriera e la realtà professionale vissuta dagli infermieri. L'insoddisfazione professionale – dichiarata da una quota elevata di intervistati – si associa significativamente con il "mobbing potenziale". I soggetti a rischio e quelli altamente esposti, infatti, manifestano una maggiore frustrazione delle aspettative. Ma ciò che è ancor più interessante è la relazione tra l'insoddisfazione e un certo tipo di struttura organizzativa. L'appagamento professionale risulta associato alle sole strutture democratico-partecipative. Si palesa in tal modo una relazione indiretta, ovvero le strutture autoritarie e moderate generano frustrazione che a sua volta dà luogo a situazioni a rischio di mobbing.

La frustrazione rispetto alle aspettative maturate si associa significativamente, confermando la rilevanza di tale fattore, anche con il coinvolgimento dei soggetti in episodi di aggressività sul luogo di lavoro. A questo riguardo però è necessario fare una precisazione: non si è infatti in grado di stabilire la direzione della relazione, ovvero se sia la frustrazione a generare l'aggressività o, viceversa, se l'aggressività, deteriorando i rapporti interpersonali, concorra a generare la frustrazione.

Un'altra relazione attesa che trova riscontro empirico nei dati raccolti, riguarda l'associazione tra lo stress e la molestia psicologica. L'indagine dunque concorre a confermare il danno a livello della salute psichica, da più parti sostenuto, che le azioni di mobbing, seppure "potenziali", arrecano ai soggetti esposti alle molestie. In realtà nel nostro modello lo stress è stato ipotizzato anche come un fattore antecedente il mobbing: è plausibile ipotizzare che il rapporto tra stress e mobbing sia, in realtà, di tipo circolare, ovvero le situazioni stressanti concorrono a favorire l'instaurarsi del mobbing che a sua volta produce stress, configurando, in tal modo, un circolo vizioso.

Anche la relazione tra dimensione della struttura, altro aspetto prettamente organizzativo, e azioni mobbizzanti trova riscontro nelle evidenze empiriche raccolte. Alle strutture ad elevata densità corrisponde, infatti, un numero superiore di soggetti esposti alle molestie morali.

---

[52] Si ricorda la lettore che con tale termine si vogliono indicare quelle strutture che presentano una elevata numerosià di addetti. Alcuni studi sostengono che le strutture più grandi sono maggiormente a rischio di mobbing.

Complessivamente, dunque, si ravvisa il ruolo significativo dell'organizzazione, quale fattore determinante il mobbing, seppure in parte mediato da un aspetto soggettivo connesso ad un sentimento di privazione relativa derivante dal confronto tra l'immagine della professione maturata all'avvio della carriera e la realtà vissuta. Quello della insoddisfazione nei riguardi della professione è un dato allarmante per l'incidenza percentuale sul campione studiato. Il disagio espresso dagli infermieri è attribuito in parte a fattori strumentali – la percezione di un'inadeguatezza nella retribuzione ricevuta – ma frequente è anche l'insofferenza che ha come oggetto le relazioni interpersonali, ed in particolare i rapporti gerarchici con la direzione infermieristica. Qualunque sia il motivo che la provoca, l'insoddisfazione espressa può essere considerata il sintomo di un disagio endemico in tale categoria di lavoratori e foriero di una disaffezione alla professione che si manifesta in precoci abbandoni e in uno scarso interesse ad essa da parte delle nuove generazioni a dispetto dell'elevata richiesta del mercato. I motivi dello scarso *appeal* della professione infermieristica meriterebbero maggiore attenzione da parte degli addetti ai lavori al fine di individuare idonee soluzioni.

Se questo studio deve fungere da apripista ad altri lavori sul medesimo tema è doveroso segnalare quello che potremmo definire come un aspetto irrisolto della nostra inchiesta, ovvero il tentativo di individuare una tecnica di rilevazione dei tratti di personalità dei soggetti. Si tratta di un aspetto utile al fine di scindere quei casi di percezione distorta dovuta alla personalità patologica dei soggetti, dai casi di vero e proprio mobbing. A dare luogo alla molestia psicologica può concorrere, infatti, un'esasperata propensione all'aggressività dovuta alla personalità del singolo, così come, d'altra parte, il "mobbizzato" in alcuni casi potrebbe rivelarsi un soggetto patologicamente votato al vittimismo o mostrarsi iperreattivo all'aggressività sporadica di colleghi o superiori. Per controllare questa effetto spurio, dovuta alla percezione del soggetto intervistato, è stato introdotto nel modello la variabile "personalità", operativizzata nel questionario in un breve test che non appesantisse eccessivamente lo strumento di rilevazione. Alla prova empirica, il test utilizzato, forse proprio a causa dell'operazione di sintesi compiuta, ha prodotto dei risultati insoddisfacenti. I dati ottenuti non hanno operato l'attesa distinzione tra gli intervistati che bensì sono conversi nella quasi totalità dei casi su di un medesimo profilo di personalità. Ciò ha impedito l'utilizzo di tale informazione in sede di analisi dei dati.

Si vuole congedare il lettore con una riflessione su un dato particolarmente interessante emerso nel corso dell'analisi dei dati e che riguarda la vivace mobilità sia intra- che inter -ospedaliera degli infermieri che hanno composto il nostro campione. Lungi dall'essere considerata indicatore di malessere professionale, la mobilità è stata interpretata come una risorsa della professione in virtù delle motivazioni al trasferimento addotte dagli intervistati, che sono riconducibili prevalentemente a desideri personali di miglioramento della propria posizione professionale o più semplicemente di avvicinamento logistico alla famiglia.

Si ritiene che questa caratteristica di elevata mobilità del personale infer-

mieristico possa ragionevolmente essere estesa oltre i limiti della popolazione studiata. È noto, infatti, che la richiesta di infermieri è di gran lunga superiore alla disponibilità di professionisti sul mercato. Tuttavia ciò che ci preme sottolineare è quali ripercussioni possa avere la mobilità sul manifestarsi del mobbing. È nostro convincimento che di fronte al disagio prodotto dalle continue vessazioni, la mobilità costituisca per l'infermiere una "valvola di sfogo" inesistente per altri professionisti; egli può, con una certa facilità, cambiare reparto se non addirittura sede di lavoro, allontanandosi da colleghi e superiori che esercitano su di lui un'indesiderata pressione psicologica. In virtù di tale considerazione, la professione infermieristica si connota in modo del tutto peculiare riguardo al mobbing. Se per un verso essa presenta caratteristiche che hanno indotto in più di una sede a considerarla ad elevato rischio, dall'altro si sono riscontrati elementi tali da far sorgere il sospetto che questo rischio possa non concretizzarsi o comunque non giungere alle sue estreme conseguenze, in virtù della elevata mobilità del personale infermieristico.

Bibliografia

Adams A., 1992, *Bullying at work: how to confront and overcome it*, Virago, Londra

Adorno T.W., Frenkel Brunswick E., Levinson D.J. e Sanford R.N., 1950, *The authoritarian personality*, Harper, New York; trad. it. *La personalità autoritaria*, Edizioni di comunità, Milano, 2 voll., 1973; ed. cons. 1982

Alderman C., 2000, «Bullying in the workplace», in *Nursing Standard 1997*; 11(35): 22-26.

Allport G.W., 1954, *La natura del pregiudizio*, La Nuova Italia, Firenze

American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed. (DSM-IV), A.P.A., Washington D.C.

Anastasi A., 1954, *Psychological testing*, MacMillian, London; trad. it. *I test psicologici*, F. Angeli, Milano, 1981; ed. cons. 1997

Ascenzi A. e Bergagio G.L., 2000, *Il mobbing: il marketing sociale come strumento per combatterlo*, G.Giappichelli editore , Torino

Bailey K.D., 1982, *Methods of social research*, The Free Press, New York; trad. it. *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1991

Bales R.F., 1950, *Interaction process analysis, Reading*, Addison-Wesley, Mass.

Bassman E., 1992, *Abuse in the workplace*, Quorum Books, New York

Battistelli F., 2000, *Cause e misure di contrasto del mobbing militare*, F. Angeli, Milano

Becker H.S., 1963, *Outsiders*, Free Press, New York

Benucci F., 2000, «*Il fenomeno del Mobbing: preliminari indicazioni per la valutazione medico legale*», Università "La Sapienza", Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Roma

Benzècri J.P. e Benzècri F., 1984, *L'analyse des données. Analyse des correspondances & classification exposè elèmentaire*, Dunod, Parigi

Berkowitz L., 1964-1980, *Advances in experimental social psichology*, vol. I-XIII, Academic Press, New York

Berkowitz L., 1973, «Control and aggression» in *Review of child development*

research, a cura di B.M.Caldwell & H.M.Ricciutti, Chicago University Press, Chicago, vol.3
Berkowitz L., 1974, «Some determinants of impulsive aggression: role of mediated associations with reinforcements for aggression», in *Psychological review*, 81
Berne E., 1961, *Transactional analysis. A systematic individual and social psychiatry*, Grove Press, New York; trad. it. *Analisi transazionale e psicoterapia*, 1971, Astrolabio, Roma
Berne E., 1979, *Ciao. E poi?*, Bompiani, Milano
Binetti P., Matarese M., De Marinis M.G., Tartaglini D., 1990, *La formazione infermieristica universitaria*, Società Editrice Universo, Roma
Bjorkqvist K, Osterman K, Hjelt-Back M., 1994, «Aggression among university employees», in *Aggressive Behaviour*, 20: 173-184
Blanc, HF ,1993, *L'impero del sonno*, Giunti, Firenze
Blau P.M., 1977, *Inequality and heterogeneity: a primitive theory of social structure*, The Free Press, New York
Bohrnstedt G.W. e Heise D.R., 1970, «Validity, invalidity and reliability», in *Sociological methodology*, a cura di E.F.Borgatta e G.W.Bohrnstedt, 1970, Jossey-Brass, San Francisco: 104-129
Bohrnstedt G.W., 1969, «A quick method for determining the reliability and validity of multiple-item scales», in *American Sociological review*, IV: 542-548
Bona M., Monateri G. e Oliva V., 2000, *Mobbing. Vessazioni sul lavoro*, Giuffrè, Milano
Bott E., 1971, *Family and social network*, Tavistock, Londra
Bouroche J.M. e Saporta G., 1980, *L'analyse des donnèes*, Presse Universitaires de France, Parigi; trad. it. *L'analisi dei dati*, CLU, Napoli, 1983
Bria P., et al., 1995, *Alopecia aereata in età evolutiva: un'ipotesi psico-immunitaria*, Atti del Congresso della Società italiana di Dermatologia, Cagliari
Brommer U., 1995, *Mobbing. Psycho-krieg am arbeitsplatz und was man dagegen tun kann*, Heyne, Monaco
Bursten B., 1973, «Some narcisistic personality typer», in *International Journal Psycho-Analitic*, 54, pp. 287-300
Calegari P., 1994, *Il muro del pregiudizio. Letture in tema di ecologia della mente*, Liguori, Napoli
Campbell D.T. e Fiske D.W., 1959, «Convergent and discriminant validation by multitrait-multimethod matrix», in *Psychological Bulletin*, LVI, n.2: 81-105
Caprara G.V. e Borgogni L., 1988, «Stress e Organizzazione del lavoro», in *Bollettino di Psicologia Applicata*, 187/188, pp.5-23
Carmines E.G. e Zeller R.A., 1979, *Reliability and validity assessment*, Sage, London
Casilli A., 2000, *Stop mobbing: resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro*, Derive e Approdi, Roma
Cazeneuve J., 1968, *Sociologie de Marcel Mauss*, Presses Universitaires de

France; Paris; trad. it. *La sociologia di Mauss. Il principio del fatto sociale totale*, Il Saggiatore, Milano, 1971
Cherniss C., 1980, *La sindrome del burnout*, Centro Scientifico Torinese, Torino
Cohen A.K., 1955, *Delinquent boys. The culture of the gang*, The Free press, Glencoe, Illinois; trad. it. *Ragazzi delinquenti*, Feltrinelli, Milano, 1974
Cohen A.K., 1966, *Deviance and control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Yersey; trad. it. *Controllo sociale e comportamento deviante*, Il Mulino, Bologna, 1969
Collins R., 1988, *Theoretical sociology*, Orlando, Harcourt Brace Javanovich Inc.; trad it. *Teorie sociologiche*, Il Mulino, Bologna, 1992
Corrao S., 1999, «Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire», in *Sociologia e Ricerca Sociale*, F. Angeli, Milano, n.60
Corsello S.M., Migneco M.G., 1995, «Obesità come fattore di rischio per altre malattie», in *Clinica dell'Obesità*, a cura di Barbarino, De Risio, Satta, Masson, Milano
Cosseta A.B., 1994, *Professione infermiere. Organizzazione, normativa, etica*, Utet, Torino
Cronbach L., 1943, «On estimates of test reliability», in *Journal of educational and psychological measurement*, XXXIV: 485-494
Cronbach L., 1947, «Test reliability: its meaning and determination», in *Psychometrika*, I: 1-16
Cronbach L.J., 1970, *Essentials of psychological testing*, Harper & Row, New York; trad. it. *I test psicologici*, Giunti-Barbèra, Firenze, 1982
Dawson *et al.*, 1993, *A manual for the use of focus groups*, International Nutrition Foundation for Developing Countries, Boston
De Francesco C., 1979, «Privazione relativa e condizione studentesca. Alcune conseguenze della scolarizzazione in adolescenti», in *Rassegna italiana di sociologia*, II, Aprile – Giugno
Delli Zotti G., 1997, *Introduzione alla ricerca sociale*, F. Angeli, Milano
Di Franco G., 1997, *Tecniche e modelli di analisi multivariata dei dati*, Seam, Roma
Chappel D. e Di Martino V., 1998, *Violence at work*, International Labour Office, Geneva
Durkheim E., 1893, *La divisione del lavoro sociale*, Ed. di Comunità, Milano, 1971
Ege H. e Lancioni M., 1998, *Stress e Mobbing*, Pitagora, Bologna
Ege H., 1996, *Mobbing. Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro*, Pitagora ed., Bologna
Ege H., 1997, *Il Mobbing in Italia. Introduzione al Mobbing culturale*, Pitagora ed., Bologna
Ege H., 1998, *I numeri del Mobbing, la prima ricerca italiana*, Pitagora ed., Bologna
Etzioni A., 1964, *Modern organizations*, Englewood Cliffs, New Jersey; trad. it. *Sociologia dell'organizzazione*, Il Mulino, Bologna, 1967

EurIspes, 2000, *Rapporto Italia 2000*, Koinè, Roma
Farber EM, 1993, «Psychoneuroimmunology and dermatology», *Int. J. Dermatology*, Feb. 32(2):93-4
Festinger L., Schachter S. e Back K., 1950, *Social pressures in informal groups*, Harper and Row, New York
Field T., 1996, *Bull in sight*, Wessex Press, Wantage
Fromm E., 1973, *The anatomy of human destructiveness*; trad. it. *Anatomia della distruttività umana*, Mondadori, Milano, 1975; ed. cons. 1983
Gabbard G.O., 1989, «Two subtypes of narcissistic personality disorder», in *Bull. Menninger Clin.*, 53, pp. 527-532
Galtung J., 1970, *Theory and methods of social research*, Allen & Unwin, London
Gilioli A. Gilioli R., 2000, *Cattivi capi, cattivi colleghi: come difendersi dal mobbing e dal nuovo capitalismo selvaggio*, Mondadori, Milano
Glasl F., 1980, *Konfliktmanagement. Diagnose und beschädigter identität*, Suhrkamp, Francoforte
Goffman E., 1963, *Stigma*, Englewood Cliffs, New Jersey; trad it. *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè, Milano, 1974
Goode W.J. e Hatt P.K., 1952, *Methods in social research*, McGraw-Hill, New York; trad. it. *Metodologia della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1962; ed. cons. 1968
Gulliksen H.O., 1936, «The content reliability of a test», in *Psychometrika*, III: 189-194
Guttman L., 1945, «A basis for analyzing test-retest reliability», in *Psychometrika*, X: 255-282
Guttman L., 1946, «The test-retest reliability of qualitative data», in *Psychometrika*, I: 81-95
Heider F., 1958, *The psichology of interpersonal relations*, New York, Wiley; trad. it. *Psicologia delle relazioni interpersonali*, Il Mulino, Bologna, 1972
Hirigoyen M.F., 2000, *Molestie morali: la violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Einaudi, Torino
Jackson R.W.B. e Ferguson G.A., 1941, *Studies on the reliability of tests*, Department of Educational Research, Toronto, Bulletin XII
Jaoui H., 1992, *La creatività per tutti. Strumenti e metodi da impiegare nel quotidiano*, F. Angeli, Milano
Jones E.E. e Davis K.E., 1965, «From acts to dispositions: the attribution process in person perception», in *Advances in experimental social psichology*, a cura di L.Berkowitz, pp.75-85
Jores A., 1963, *L'uomo malato. Introduzione alla medicina psicosomatica*, Ed. universitaria, Firenze
Kernberg O.F., 1970, «Factors in the psychoanalytic treatment of narcisistic personalities», in *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 18, pp. 51-85
Kernberg O.F., 1974a, «Contrasting viewpoints regarding the nature and

psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication», in *J. am. Psychoanal. Assoc*., 22, pp. 255-267
Kernberg O.F., 1974b, «Further contributions to the treatment of narcisistic personalities», in *Int. J. Psycho-Anal*., 55, pp. 215-240
Kernberg O.F., 1975, «The Narcissistic Personality», in *Borderline conditions and Pathological Narcissism*, J. Aronson, New York
Kernberg O.F., 1987, *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino
Knodel J., 1993, «The design and analysis of Focus Groups studies: a practical approach», in *Successful focus groups. Advancing the state of the art*, a cura di D.L.Morgan, Sage, London
Knoke D. e Laumann E.O., 1982, «The social organization of national policy domains: an exploration of some structural hypotheses», in *Social structure and network analysis*, a cura di P.V.Marsden e N.Lin, Sage, Beverly Hills
Kohut H., 1977, *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino
Kohut H., 1980, *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino
Kohut H., 1986, *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino
Kreuger R.A., 1994, *Focus groups. A practical guide for applied research*, Sage, London; ed cons. II
Kriger M.H., Roth T., Dement W.C., 1994, *Principles and practice of sleep medicine*, WB Saunders Comp, Philadelphia
Kuder F.G. e Richardson M.W., 1937, «The theory of the estimation of test reliability», in *Psychometrika*, II: 151-160
Laborit H., 1976, *Eloge de la fuit*; trad. it. *Elogio della fuga*, Mondadori, Milano, 1982; ed cons. 1985
Lancioni M., 1996, *Stress*, Prima, Bologna
Lazarsfeld P.F. e Merton R.K, 1954, «Friendship as social process: a subsostantive and methological analysis», in *Freedom and control in modern society*, a cura di M.Berger, T.Abel e C.Page, Van Nostrand, New York; trad. it. «L'amicizia come processo sociale: un'analisi interpretativa e metodologica», in *Saggi storici e metodologici* a cura di Carmelo Lombardo, Eucos, Roma
Lazarsfeld P.F., 1967, *Metodologia e ricerca sociologica*, a cura di V.Capecchi, Il Mulino, Bologna
Lazzari C., 1997, *Il terrorismo sessuale*, Prima, Bologna
Leff J, Vaughn C., 1985, *Expressed Emotion in families: its significance for mental disease*, Guieford Press, New York
Lemert E., 1951, *Social pathology*, McGraw-Hill, New York
Lenski G.E., 1966, *Power and privilege. A theory of stratification*, McGraw-Hill, New York,
Leymann H. e Gustafsson A., 1996, «How ill does one become of victimization at work?», in *Mobbing and Victimazation at work*. A special issue of the *European Journal of Work and Organizational Psycology*, a cura di Zapf e Leymann
Leymann H. e Gustavsson, B., 1984, *Psychological violence at work. Two explorative study*, Arbetarskyddsstyrelsen, Stockholm

Leymann H., 1987, *Vorksenmobning – Om psykisk vold i arbejdslivet*, København
Leymann H., 1990, «Mobbing and psychological terror at workplaces», in *Violence and victims*, vol. 5, n°2
Leymann H., 1993, *Mobbing. Psychoterror am Arbeyplatz und wie man sich dagegen weheren kann*, Rowohlt, Reinbeck
Leymann H., 2000, *The Mobbing Encyclopaedia*, Sito Internet: http://www.leymann.se/English/frame.html
Lipowski Z.J., 1987, "Somatization: Medicine's unsolved problem" *Psychosomatics*, n.28 (6), pp.294-297
Lipowski Z.J., 1988, "Somatization: The concept and its clinical application", *Americal Journal of Psychiatry*, n.145, pp.1358-1368
Lombardo C., 1994, *La congiunzione inespressa. I criteri di selezione degli indicatori nella ricerca sociale*, F. Angeli, Milano
Lorenz K., 1963, *Das sogenannte Böse*; trad. it. *Il cosiddetto male*, Il Saggiatore, Milano, 1969
Lorenz K., 1969, *L'aggressività*, Il Saggiatore, Milano
Lyons R., Tivey H. e Ball C., 1995, *Bullying at work: how to tackle it. A guide for MSF representatives and members*, MSF, London
Madge J., 1962, *The origins of scientific sociology*, The Free press, New York; trad. it. *Lo sviluppo dei metodi di ricerca empirica in sociologia*, Il Mulino, Bologna, 1966; ed. cons. 1991
Marradi A., 1984, *Concetti e metodo per la ricerca sociale*, La Giuntina, Firenze; ed. cons. 1991
Mazzara B.M., 1997, *Stereotipi e pregiudizi*, Il Mulino, Bologna
McDougall J, 1988, *Teatri dell'io:illusione e verità sulla scena psicoanalitica*, Raffaello Cortina, Milano
McDougall J, 1990, *I teatri del corpo: un approccio psicoanaliticoai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina, Milano
Mead M., 1939, «Coming of age in Samoa», in *From the South Seas: studies of adolescence and sex in primitive societies*, Morrow, New York; trad. it. *L'adolescente in una società primitiva*, Giunti-Barbera, Firenze, 1954
Menelao A., Della Porta M., Rindone, G. (a cura di), 2001, *Mobbing: la faccia impresentabile del mondo del lavoro*, Angeli, Milano
Merton R.K. e Lazarsfeld P.F., 1950, *Continuities in social research: studies in the scope and method of "The American soldier"*, The Free Press of Glencoe, New York
Monateri et al., 2000, *Mobbing. Vessazioni sul lavoro*, Giuffrè, Milano
Morgan D.L., 1988, *Focus groups as qualitative research*, Sage, London
Neuberger O., 1994, *Mobbing. Übel mitspielen in organisationen*, Rainewr Hampp Verlag, Monaco e Mering
Paluzzi S. e Paolillo V., 1992, «L'O.S.I. Occupational Stress Inventory Computer Version: contributo preliminare alla validazione del test sullo stress lavorativo», in *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale, Strategie*

Cognitive in Situazioni di Stress, a cura di M.Olivetti Belardinelli, Kappa, Roma, 1984; ed. cons. 1992, pp. 135-146

Paluzzi S. e Paolillo V., 1995, «Sindrome di Burn-out negli studenti della Facoltà di Psicologia dell'Università di Roma», in *Psicodiagnostica Computerizzata*, a cura di Del Miglio e Paluzzi, Borla, Roma, pp.99-117

Paluzzi S., Ferracuti S., Guariglia G., Paolillo V. e Santoro M.A., 1991, «Moments préliminaires de validation e de standardization de la version computersée du WCST-Cvin» in *Scientific Contribution to general Psychology, self organizing systems*, a cura di M.Olivetti Belardinelli, Kappa, Roma, 1984; ed cons. 1992, pp. 37-38

Pancheri P, 1993, *Stress, emozioni e malattie*, Mondadori, Milano

Paolillo V. e Paluzzi S., 1991, «L'O.S.I., Occupational Stress Inventory – Contributo Preliminare di validazione», in *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale,Strategie Cognitive in Situazioni di Stress* a cura di M.Olivetti Belardinelli, Euromind, Frosinone

Paolillo V., 1987, «L'informatica nella psicodiagnosi e in medicina Psicosomatica», in *Il T.A. nelle sue applicazioni non cliniche*, a cura di L.Peresson, Violato, Padova

Paolillo V., 2000, «Studio pilota multimediale sulle relazioni tra depressione e menopausa: un caso di mobbing», *Atti Congresso "Depressione e Menopausa"*,Ce.

Paolillo V., 2000, *Il Mobbing branco omicida. Un kit di sopravvivenza*, Scione, Roma

Paolillo V., Cantelmi T., Migliorini S., Santoro M.A. e Sica A., 2000, «Studio-pilota multimediale sul Mobbing nella donna – Kit di sopravvivenza», *Atti V° Convegno AP-SIMP "Universo donna"*, C.N.R., Roma

Pitrone M.C., 1986, *Il sondaggio*, F. Angeli, Milano

Popper K.R., 1963, *Conjectures and refutations*, Routledge & Kegan Paul; trad. it. *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna, 1985

Randall P. 1997, *Adult bullying: perpetrators and victims*, Routledge, Londra

Rayner C. e Hoel H., 1997, «A summary review of literature relating to workplace bullying», in *Appl. Soc. Psychol.* 7: pp.181-191.

Rayner C., 1997, «The incidence of workplace bullying», in *Appl. Soc. Psychol.*, 7: pp.199-208.

Resch M., 1994, *Wenn arbeit krank mascht*, Ullstein, Francoforte

Rifkin J., 1995, *The end of work – The declin of the global labor force and the dawn of the post-market era*, Putnam Books, Berkely, Usa; trad. it. *La fine del lavoro – Il declino della forza lavoro globale e l'avvento dell'era post-mercato*, Baldini & Castoldi, Milano, 1995, ed. cons. 1998

Santinello M., 1998, *Molestie sessuali nei luoghi di lavoro: guida pratica di auto-aiuto per dirigenti, quadri e dipendenti*, F. Angeli, Milano

Santiniello M., 1990, *La sindrome del Burnout*, Erip, Pordenone

Schuler E., 2000, *Le tecniche assertive*, F. Angeli, Milano

Schwartz H. e Jacobs J., 1979, *Qualitative sociology. A method to the madness*,

New York, The Free Press; trad. it. *Sociologia qualitativa. Un metodo nella follia*, Il Mulino, Bologna
Secci E. M., 2001, «L'approccio strategico al mobbing: dalla terapia alla gestione delle risorse umane», in *Mobbing: la faccia impresentabile del mondo del lavoro*, a cura di A.Menelao, M.Della Porta e G.Rindone, F. Angeli, Milano
Simmel G., 1908, *Soziologie untersuchungen über die formen der vergessellschaftung*, Dunker e Humbolt, Berlin; trad. It. *Sociologia*, Ed. Comunità, Milano, 1989
Spaltro E., 1996, *Il buon lavoro*, Ed. Lavoro, Roma
Stotland N.L., Garrick T.R., 1990, *Manual of psychiatric consultation*, Am. Psych. Press, Washington
Stouffer S.A. – Guttman L. – Suchman E.A. – Lazarsfeld P.F. – Star S.A. – Clausen J.A., 1950, *Studies in social psychology in world war II*, Priceton University Press, Princeton, N.J.
Thomas W.I. e Thomas D.S., 1928, *The child in America*, Knopf, New York
Trombini G., 1992, "Qualità della vita e Medicina psicosomatica", *Med. Psicosom.*, 37:247-254
Turner J.H., 1984, *Social stratification. A theoretical analysis*, Columbia University Press, New York
Walter H., 1993, *Mobbing: kleinkrieg am arbeitplatz*, Campus, Francoforte e New York
Watzlawick P., 1965, «Paradoxical Predictions», in *Psychiatry*, 28, pp. 368-74
Watzlawick P., Beavin J., Jackson D., 1971, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma
Whyte W.F., 1943, *Street Corner Society*, University of Chicago Press, Chicago
Winnicott D.W., 1966, "Somatic Illness in its positive and negative aspects" in *International Journal of Psychogy*, Anal. 45 :510-5166

Postfazione

Di mobbing si è scritto e detto molto negli ultimi anni. Per parte nostra, che in più sedi abbiamo affrontato la materia, nel redigere la post-fazione di "Mobbing in area sanitaria, un'indagine sul personale infermieristico", *ribadiamo l'utilità del testo proposto per un ulteriore e qualificato tassello conoscitivo sull'argomento. La sindrome da mobbing, è noto, rientra nell'ambito dei cosiddetti "rischi psicosociali ed organizzativi" presenti nell'ambiente di lavoro e, in particolare, correlata al "rischio relazionale" o "interpersonale". E' della Consensus Conference la definizione per cui il mobbing si inquadra come ".. una forma di molestia o violenza psicologica esercitata quasi sempre con intenzionalità lesiva, ripetuta in modo iterativo, con modalità polimorfe; l'azione persecutoria è intrapresa per un periodo determinato, arbitrariamente stabilito in almeno sei mesi sulla base dei primi rilievi nord-europei, ma con ampia variabilità dipendente dalle modalità di attuazione e dai tratti della personalità dei soggetti, con la finalità o la conseguenza dell'estromissione del soggetto da quel posto di lavoro".*

La "sindrome da mobbing" è stata anche posta – secondo il DSM-IV – nell'ambito di: Disturbo dell'adattamento (DA); Disturbo acuto da stress (DAS); Disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

La più recente (2002) bozza di Legge contro la violenza morale o psichica in occasione di lavoro (mobbing) all'articolo 1 comma 2 testualmente recita: "si intende per: a) violenza morale o psichica in occasione di lavoro: 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; b) diagnosi di sindrome correlata: diagnosi che, in base al protocollo di cui all'allegato I, soddisfa le seguenti condizioni: riscontro di un'anamnesi positiva per violenza morale o psichica in occasione di lavoro; accertamento di disturbi fisici o psicopatologici o psicosomatici o del comportamento, diagnosticati secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; l'essere tali disturbi conse-

guenza della violenza morale o psichica in occasione di lavoro, anche in presenza di patologie preesistenti".

E' palese come, sulla base del proposto inquadramento della "sindrome", la bozza legislativa individui l'accertamento di disturbi fisici o psicopatologici o psicosomatici o del comportamento, diagnosticati secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed il Documento della Consensus Conference ponga l'accento sulla diagnosi, che deve essere posta "in seno al lavoro di una équipe multidisciplinare di specialisti che operano in parallelo e coordinati tra loro".

Questa impostazione diagnostica e valutativa dovrebbe essere perseguita soprattutto da parte di coloro che redigono una certificazione diagnostico-valutativa di parte in ambito pubblico o privato e, parimenti, dovrebbe essere perseguita in ambito I.N.A.I.L. o in ambito di "causalità di servizio" o giudiziario, ecc.

*Nel Documento vengono delineate tre possibili forme di certificazione, e relativamente all'attività del medico competente**,** si evince che questi, nell'identificazione di situazioni di mobbing dovrà ricercare tutti i mezzi idonei a ridurla o eliminarla, sensibilizzando le parti sociali, diffondendo la conoscenza del fenomeno nell'ambito delle organizzazioni lavorative, presentando i rischi connessi con le disfunzioni organizzative e le possibili ripercussioni sulla salute psichica e fisica provocate dalle aggressioni morali; promuovendo iniziative a livello locale o regionale, acquisendo la capacità di formulare diagnosi ed eventualmente indirizzare i pazienti verso centri in grado di fornire gli adeguati supporti specialistici, evitando che il giudizio di idoneità lavorativa possa essere utilizzato per favorire o aggravare la condizione di discriminazione o le vessazioni nei confronti del lavoratore, segnalando all'INAIL, all'Organo di Vigilanza ed alla Magistratura i casi con patologia riconducibili a violenze morali nei luoghi di lavoro.*

Per quanto riguarda il ruolo che dovrebbe svolgere l'Organo di Vigilanza territorialmente competente, esso potrebbe essere il primo punto di riferimento del lavoratore, potendo svolgere indagini, accedere ai luoghi di lavoro, assumere sommarie informazione da testimoni o dallo stesso interessato, analizzare le modalità organizzative, procedurali ed ergonomiche.

Si ricorda, infine, che il lavoratore, nel caso in cui ritenga che il giudizio del medico competente sia stato "condizionato", può far ricorso avverso il giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale allo stesso per una revisione del giudizio del medico competente (art. 17, comma 4 D.Lgs. 626/94).

* * *

E' ben noto come molti aspetti della valutazione del danno in sede civile – a seguito dell'evoluzione normativa, giuridica e giurisprudenziale – si siano, a loro volta, riavvicinati alla valutazione del danno in ambito assistenziale (invalidità civile e L. 104/92) ed in ambito previdenziale (INAIL).

In tema di "risarcimento del danno alla persona" in ambito civile e, quindi, nell'inquadramento del "danno alla salute" costituito dal "danno biologico" (danno alla integrità psico-fisica) e dal "danno conseguenza patrimoniale" (incidenza sulla capacità lavorativa specifica) si deve far riferimento alle indicazioni delle principali "Guide" utilizzate in ambito medico-legale, rilevando come nel Luvoni-Bernardi-Mangili venga prevista la sola "Sindrome soggettiva generale da trauma del capo", nel mentre nella Guida redatta da Bargagna et Alii – approvata dalla S.I.M.L.A. – si ritrovano indicazioni che sono del tutto rapportabili alla "Sindrome da Mobbing".

Nella Guida approvata dalla SIMLA il "DPTS" è valutato in un "range" tra il 5 ed il 10 % nelle forme lievi e sino al 30 % nelle forme gravi.

Relativamente alla recente normativa emanata in relazione alla valutazione del "danno biologico" in ambito I.N.A.I.L. (Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n° 38 in G.U. n° 50 del 1 marzo 2000 e Decreto Ministeriale del 12.07.2000 inerente le Tabelle di valutazione in Suppl. Ord. G.U. n° 119 del 25.07.2000) si vuole ricordare come l'INAIL eroghi l'indennizzo previsto alla luce delle disposizioni note.

Senza dubbio è possibile affermare che la diagnosi di "sindrome da mobbing" deve, alla luce della Sentenza Corte Costituzionale n. 179/88, comportare la denuncia all'I.N.A.I.L. in quanto malattia correlata al lavoro *per la quale l'onere della prova ricade sul lavoratore.*

Peraltro, in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale n. 184/86, la valutazione del danno patito deve contemplare sia la menomazione all'integrità psico-fisica (danno biologico) che quella alla capacità lavorativa (danno patrimoniale).

Infine, appare opportuno soffermarsi su quelle che sono le infermità che possono essere prese in considerazione nell'ambito della "causalità di servizio" (che appariva essere in 'fase terminale' a seguito dell'ampliamento delle competenze dell'I.N.A.I.L. e della relativa ricordata normativa in vigore ma che è ritornata prepotentemente alla ribalta con l'emanazione del D.P.R. n° 461 del 29.10.2001; G.U. n° 5 del 7.01.2002) ove, di certo, la verifica della "concausa efficiente e determinante" rende più semplice il riconoscimento della "sindrome" come correlata al lavoro e, quindi, la sua conseguente valutazione.

Nella fase di transizione ritengo che maggiormente aderente alla realtà clinica di questa "sindrome" è la valutazione indicata nell'ambito del "danno biologico" da responsabilità civile, ma la stessa dovrà trovare il conforto e l'adeguamento attraverso la fase esperenziale con la possibilità di pervenire all'emanazione di una normativa di merito ed all'indicazione di "linee guida" per la diagnosi e la valutazione della stessa.

Di più, tale Commissione potrebbe anche iniziare uno studio sulla possibilità di integrare le normative assistenziali (invalidità civile e L. 104/92) con quelle previdenziali (in particolare dell'I.N.A.I.L.) – almeno in una prima fase (con la possibilità successiva di integrarla con l'infortunistica stradale

che potrebbe, per scelta politica, rientrare almeno in parte nelle assicurazioni sociali) – onde poter studiare una diversa dimensione del "danno biologico" all'interno di una valutazione di grado di "handicap" o "disabilità" che consenta di non replicare la valutazione percentualistica, ma di dimensionare il danno all'integrità psico-fisica nel sociale in categorie di "disabilità" e di "disagio" o di "svantaggio".

In tal senso va segnalata l'iniziativa del Ministro della Funzione Pubblica che ha istituito un'apposita commissione, presieduta dal prof. Michele Piccione, allo scopo di elaborare un progetto unificato di legge sul mobbing rivolto ai dipendenti della Pubblica Amministrazione. Di tale circostanza si è data ampia menzione indicando la bozza che ha lo scopo precipuo di raccogliere in un unico disegno di legge le istanze presenti nelle numerose iniziative parlamentari e regionali, segno tangibile di un notevole interesse del decisore politico verso tale problema. Una svolta quanto mai attesa e necessaria.

Prof. PIETRANTONIO RICCI
Presidente dell'Istituto Italiano
di Medicina Sociale