

MAGISTER



MATER

PATER

Il Disagio Mentale Professionale negli Insegnanti:
dalla gestione alla prevenzione

di Vittorio Lodolo D'Oria

Al maestro

*... disprezzato e reietto dagli uomini,
uomo dei dolori che ben conosce il patire,
come uno davanti al quale ci si copre la faccia,
era disprezzato e non ne avevamo alcuna stima.
... chi si affligge per la sua sorte? (Is. 53).*

Indice generale

Prefazione (a cura di *Giorgio Rembado*)

La ricerca nazionale

IL DISAGIO MENTALE PROFESSIONALE (DMP) NEGLI INSEGNANTI:	6
1. Introduzione	6
2. Razionale della ricerca	8
3. Metodi e analisi del campione	8
4. RISULTATI (parte prima). Esperienza e percezione dei dirigenti scolastici	11
5. RISULTATI (parte seconda). Gestione e prevenzione del DMP da parte dei dirigenti scolastici	16
6. RISULTATI (parte terza). Il fabbisogno formativo ai fini di prevenzione e gestione del DMP	17
7. Discussione	21
8. Conclusioni	31

Il rischio psicosociale nel *Documento di Valutazione del Rischio (DVR)*: misure di prevenzione, monitoraggio e gestione del *Disagio Mentale Professionale (DMP)* negli insegnanti.

1. Introduzione
2. Lo stress nel corpo docente: una piramide a tre strati
3. La sicurezza sulla tutela della salute in ambiente scolastico
4. Prevenzione di primo livello: formazione e informazione sul DMP
5. Prevenzione di secondo livello: monitoraggio, ascolto e condivisione del DMP
6. Prevenzione di terzo livello: orientamento alla cura (*invio in CMV*) e reinserimento lavorativo

Allegato

Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti? La Medicina del Lavoro N. 5 – AD 2004 di Lodolo D’Oria V., Pecori Giraldi F., Della Torre M., Iossa Fasano A., Vizzi F., Fontani S., Vitello A., Cantoni S., Pascale A., Frigoli P.

Bibliografia

Prefazione

La scuola è diventata una fabbrica di malessere? A questo possono far pensare i tanti casi di cronaca che ci pongono di fronte ad episodi sempre più clamorosi e bizzarri di ordinaria sopraffazione in cui le parti di vittima e di torturatore vengono ricoperte, a seconda delle circostanze, da docenti o da studenti, con un'alternanza di ruoli dettata solo dalla casualità delle situazioni.

Eppure, fino a non molto tempo addietro, la facciata degli edifici non faceva trapelare nulla dei tanti stati d'animo spesso tumultuosi degli attori in gioco, avallando lo stereotipo di una scuola magari grigia ma spogliata da passioni, ritenuta a torto una sorta di limbo, un mondo a se stante del tutto separato e diverso da quello reale, in cui rinchiudere per la durata degli studi e per una convenzione sociale adolescenti in formazione e adulti rimasti talora un po' bambini, senza che delle loro sorti ci si interessasse più di tanto, eccezion fatta per particolari occasioni rituali: solo allora l'attenzione "pubblica" veniva dedicata, non senza quella particolare accondiscendenza che l'adulto rivolge al mondo dell'infanzia, alle vicende scolastiche.

Ora, da quando il sipario si è strappato e sono venuti in superficie i numerosi contrasti che il confronto intergenerazionale provoca quotidianamente dentro alle aule, non si contano i commenti stupiti dell'opinione pubblica, che sta scoprendo una realtà tanto dissimile dall'idea di scuola che si era fatta, da far gridare, anche a ragione, all'esplosione di un'emergenza educativa.

Ma, superati l'inevitabile sconcerto iniziale e il comprensibile allarme che un fenomeno di tale portata necessariamente produce e prima che sulla questione ripiombino la disattenzione ed il disinteresse che normalmente colpiscono il mondo dell'istruzione, bisogna favorire un approccio più ragionato attraverso l'utilizzo di strumenti che l'analisi scientifica mette a disposizione.

Intanto per scoprire che il malessere di cui si parla affligge in primo luogo gli insegnanti con una sindrome nota da tempo (da più di vent'anni) con il nome di *burnout* e che il fenomeno è diffuso in molti paesi del mondo, per il logoramento tipicamente legato all'esercizio della professione. E che non si può girare la testa dall'altra parte.

E' così che è nata l'idea della presente ricerca, che ha coinvolto in tutte le parti d'Italia più di millequattrocento persone, tra presidi e loro vicari o collaboratori. A loro sono stati somministrati questionari per raccogliere informazioni sul livello di consapevolezza in materia.

I risultati hanno messo in luce con grande evidenza il bisogno di informazione al riguardo e una diffusa domanda di formazione per la prevenzione e per la gestione del disagio mentale professionale dei docenti. Entrambe le esigenze non meravigliano, visto che l'argomento non è quasi mai stato affrontato da iniziative ufficiali di formazione rivolte ai dirigenti (rimozione?), mentre chi ha la responsabilità dell'organizzazione del servizio deve affrontare il problema da una duplice angolazione, tenendo conto da un lato della necessità di salvaguardare l'integrità psicofisica del personale e dall'altro del parallelo dovere di tutelare gli studenti di fronte a docenti colpiti da sindrome di disagio mentale professionale.

I dirigenti delle scuole sanno bene che, quando esplodono patologie di questo tipo, il loro intervento richiede competenze variegata ed espone a rischi su più fronti: per questo avvertono la necessità di saperne di più e vorrebbero poter disporre di risorse adeguate per sviluppare una migliore azione preventiva a vantaggio dei docenti. Molti presidi tra quelli interpellati onestamente dichiarano di non sentirsi preparati ad affrontare casi di disagio mentale professionale e pertanto all'occorrenza temono di dover gestire senza un'apposita formazione professionale situazioni di emergenza, stretti tra opposte reazioni difensive, quella dei soggetti afflitti da malessere che cercheranno di sottrarsi ad accertamenti diagnostici e le fondate proteste e preoccupazioni dei genitori.

La risposta è sempre la stessa: formazione specifica per irrobustire le competenze dei presidi e informazione orientata ai docenti per prevenire lo stress professionale. E questo impone che del problema si facciano carico le autorità di governo per destinare allo scopo le risorse necessarie, ma anche le organizzazioni sindacali che hanno il compito di rappresentare gli interessi del personale e tutti coloro che hanno a cuore la qualità dell'istruzione, perché è fin troppo chiaro che senza un

solido equilibrio psicologico degli addetti ai lavori non esistono le condizioni per fare una buona scuola.

Giorgio Rembado
Presidente anp/cida

IL DISAGIO MENTALE PROFESSIONALE (DMP) NEGLI INSEGNANTI: esperienza, percezione, prevenzione e gestione del fenomeno da parte dei Dirigenti Scolastici

di Vittorio Lodolo D'Oria¹, Renato Pocaterra², Paolo Bonomi³, Stefania Pozzi⁴, Giuseppe Bulgarini d'Elci⁵, Augusto Iossa Fasano⁶, Maria Ferrari⁷, Francesca Waldis⁸, Massimiliano Della Torre⁹, Franca Vizzi¹⁰.

1. Introduzione

Il fenomeno del disagio mentale professionale (DMP) degli insegnanti, più noto con il nome di burnout¹¹ è da anni uno dei temi di ricerca cui Fondazione IARD sta dedicando attenzione, nella misura in cui tale problema si introduce nelle pieghe del sistema scuola e mette in gioco le relazioni tra i soggetti che ne fanno parte. Il ruolo dell'insegnante oggi è sottoposto a tensioni e pressioni contrapposte: egli si trova a dover mediare tra le istanze della conservazione e della trasmissione della tradizione culturale, della quale si sente erede, e le spinte all'innovazione che tendono a superare la centralità della scuola in quanto unico sistema formativo. Sembra paradossale che quanto più la scuola diventa un'istituzione di fondamentale importanza in quella che è stata definita la knowledge society, sempre più gli insegnanti si percepiscono come appartenenti ad una categoria sociale il cui prestigio è in declino: i processi di rappresentazione sociale, infatti, evidenziano una percezione negativa del ruolo dell'insegnante¹², il quale si sente spesso oggetto di un mancato riconoscimento; a ciò si aggiunge lo stereotipo diffuso che gli insegnanti abbiano una "vita più comoda", che godano di orari di lavoro più brevi e di ferie più lunghe rispetto agli altri lavoratori e, qualora insorgano disturbi legati allo stress, sovente si pensa che ciò sia dovuto unicamente ad inadeguatezza personale e professionale. Tuttavia, proprio perché parte di un sistema ricco di tensioni e mutamenti, qual è il mondo della scuola, l'insegnante vive oggi una dinamica di ruolo estremamente articolata: tale complessità fa intravedere nicchie nelle quali il malessere e l'insoddisfazione generano situazioni di stress negativo e disagio, con conseguenze di tipo psico-fisico, sociale e relazionale, che possono sfociare in vere e proprie patologie di tipo psichiatrico.

Alla luce di tali considerazioni, Fondazione IARD inizia l'analisi del DMP nel 2003, con una prima indagine nazionale sul *burnout*, che coinvolge direttamente la categoria degli insegnanti e grazie alla quale si inizia a

¹ Componente del Collegio Medico per l'Inabilità al Lavoro della ASL Città di Milano responsabile del settore "Scuola e Sanità" della Fondazione Iard. Indirizzo e-mail: vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it

² Fondazione Iard www.fondazioneiard.it

³ Fondazione Iard www.fondazioneiard.it

⁴ Fondazione Iard www.fondazioneiard.it

⁵ Avvocato esperto in diritto del lavoro privato e pubblico.

⁶ Psichiatra psicoanalista coordinatore di Metandro (www.metandro.com).

⁷ IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Mangiagalli e Regina Elena.

⁸ IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Mangiagalli e Regina Elena.

⁹ Medico del lavoro *competente* dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano.

¹⁰ Medico legale della Unità Operativa di Medicina Legale della ASL 1 di Torino.

¹¹ Il *burnout* – così come descritto in letteratura – è invece caratterizzato da quattro elementi principali:

- affaticamento fisico ed emotivo;
- atteggiamento distaccato e apatico nei confronti degli altri e nei rapporti interpersonali;
- sentimento di frustrazione dovuto alla mancanza di realizzazione delle proprie aspettative;
- diminuzione e perdita della capacità di auto-controllo degli impulsi.

¹² "Orientarsi a scuola – Vol. II – Studenti, insegnanti e genitori a confronto per la scelta futura" - Fondazione Iard - a cura di Pocaterra R, Gulli G. (2007).

dare una connotazione a sintomi, segni e comportamenti espressi dai docenti in fase di disagio¹³. L'entità del fenomeno, nonché le richieste di aiuto da parte degli insegnanti stessi, hanno indotto ad approfondire la questione con il coinvolgimento di chi coordina le risorse professionali ed ha la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi di qualità ed efficacia educativa dell'organizzazione scolastica.

Alcune migliaia di pubblicazioni della letteratura psicologica internazionale (se ne contano più di 8.000) confermano che gli insegnanti – facenti parte delle cosiddette *helping profession* – sono a rischio di *burnout*. Al contrario – inspiegabilmente – è pressoché inesplorata dal punto di vista medico-scientifico la correlazione tra il rischio di sviluppare una patologia psichiatrica e la professione docente, quasi a rifiutare (o esorcizzare?) l'ipotesi che il DMP possa evolvere in patologia mentale conclamata. *Sembrerebbe trattarsi di uno sciagurato sortilegio del ventesimo secolo quello che impedisce alla società di riconoscere l'immane dispendio di energie psicofisiche necessarie per adempiere al compito educativo, negando dignità e prestigio a chi lo esercita*¹⁴.

Con la pubblicazione dello studio *“Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?”*¹⁵, si arriva finalmente a investire della questione “DMP nella scuola” anche il settore medico-scientifico e non più solamente quello psicologico¹⁶.

A riprova del fatto che la professione dell'insegnante è a rischio di patologia psichiatrica, uno studio analogo è stato condotto nella ASL di Torino su 596 insegnanti che sono stati sottoposti agli accertamenti di inabilità al lavoro nel periodo 1996-2002¹⁷. La percentuale di motivazioni psichiatriche che ha determinato l'accertamento medico-collegiale è del 48,9%, rispetto al 49,2% rilevato nello studio precedente in analogo periodo. Conclusioni sovrapponibili (46,3%) sono pervenute da uno studio retrospettivo condotto nel 1999 nella ASL di Verona¹⁸. Procedendo a ritroso nel tempo (1979) troviamo una pubblicazione della CISL dal titolo significativo: *“Insegnare logora?”*¹⁹. Il suddetto sindacato effettuò una ricerca condotta dall'Università di Pavia su 2.000 insegnanti dell'area milanese: risultò che il 30% del campione faceva uso di psicofarmaci, con punte del 34% tra i docenti che operavano in periferia.

Il fenomeno del DMP tra gli insegnanti è una questione internazionale non relegabile ad un singolo Paese proprio perché legato all'attività professionale svolta. E' la Francia a lanciare per prima il preoccupante *allarme suicidi tra gli insegnanti*²⁰. Questo grave segnale - che sembra essere la logica conclusione di un DMP trascurato ma ben radicato nella classe docente - ha provocato una drastica e seria reazione del Consiglio Economico e Sociale (CES) transalpino: *“Ogni giorno, al di là delle Alpi, una persona si suicida a causa delle difficoltà legate alla professione. Le ragioni: stress, eccessivo carico di lavoro, mobbing o, più semplicemente, paura di perdere il posto ...Allarme insegnanti. Il dramma dei suicidi non risparmia il servizio pubblico. Il vicepresidente del CES – monsieur Larose – è categorico. Nel mirino ci sono soprattutto gli insegnanti. Tanto che non mancano iniziative ad hoc. Come quella che riguarda il Centro di Salute Mentale della Mutua Generale dell'Educazione Nazionale (MGEN), dove uno psichiatra segue ogni anno 300 professori. «Il 50% dei docenti presi in carico – rileva Mario Horenstein, lo specialista ingaggiato dall'MGEN – soffre di problemi di adattamento con manifestazioni di depressione attiva, e il 10% di sindrome post-traumatica da stress legato a violenza. E' dunque importante aiutarli perché non affondino».*

¹³ “La comunicazione sinergica sociale e di prodotto applicata” all'interno di *“Pubblicità, Sponsorizzazioni e Cause Related Marketing: tre nuovi strumenti di marketing per imprese, sanità, scuola ed enti locali”* – Il Sole 24 Ore – a cura di Lodolo D'Oria V. (2003).

¹⁴ “Scuola di Follia” pag. 23 a cura di Lodolo D'Oria V. – Armando Editore (2005).

¹⁵ La Medicina del Lavoro” n° 5/2004 di Lodolo D'Oria V. e Al.

¹⁶ Il termine *burnout* non è infatti contemplato dai manuali di diagnostica psichiatrica quali il DSM IV TR americano e l'ICD 10 europeo che tendono a far rientrare il DMP tra i disturbi dell'adattamento e la sindrome post traumatica da stress.

¹⁷ Vizzi F. Accertamenti di idoneità al lavoro degli insegnanti della Provincia di Torino nel periodo 1996-2002. Tesi di specializzazione in Medicina Legale A.A. 2001-2002.

¹⁸ Aschieri A. Giudizio di idoneità al lavoro ai sensi dell'art.5 della legge 300/71, statuto dei lavoratori, analisi statistica con particolare riguardo all'attività d'insegnamento. Tesi di specializzazione in Medicina del Lavoro (1999).

¹⁹ CISL - Università Pavia, Cattedra di Statistica Medica e Igiene Mentale. *Insegnare logora? Pubblicazione monografica*, 1979.

²⁰ Il Sole 24 Sanità N° 15/07 del 17-23 Aprile 2007.

Il testo è stato realizzato grazie al supporto di *Henkel Italia SpA*, ed ha potuto contare sulla preziosa collaborazione tra *l'ANP - Associazione Nazionale Dirigenti e Alte Professionalità della Scuola* e la *Fondazione IARD*.

2. Razionale della ricerca

Con la presente ricerca, estesa a tutto il territorio nazionale, si è voluto dar seguito a uno studio pilota condotto nel Triveneto nel 2006²¹. Per saggiare nell'intero Paese la consapevolezza dei dirigenti scolastici circa il fenomeno DMP, le loro esperienze sul campo, nonché la capacità a riconoscerlo, gestirlo e prevenirlo, sono stati posti loro specifici quesiti: *con quale frequenza sono venuti in contatto con casi di DMP? A quali rischi vanno incontro se trattano tale problema in modo inadeguato, ovvero se lo ignorano? Sono a conoscenza delle procedure da seguire? Si sentono supportati dalle istituzioni preposte? Hanno fiducia nel supporto della classe medica ed in particolare nella Commissione Medica di Verifica? Avvertono un fabbisogno formativo esplicito in materia? Con quali fondi finanzierebbero l'intervento?...*

3. Metodi e analisi del campione

Il progetto, presentato in queste pagine, ha interessato 1.412 soggetti (1.124 dirigenti scolastici e 288 vicari o collaboratori del dirigente) ai quali è stato somministrato un questionario strutturato semi-standardizzato. Il campione copre oltre il 10% dell'universo, stando ai dati del Ministero della Pubblica Istruzione²². L'indagine si è concentrata principalmente tra novembre 2007 e marzo 2008²³ attraverso due modalità di rilevazione. Per circa ¾ dei soggetti, il contesto di rilevazione è stato il setting di formazione, nell'ambito del quale ANP e Fondazione IARD hanno organizzato seminari sul tema del DMP ai fini del suo riconoscimento e della gestione efficace. La modalità di somministrazione è stata dunque quella dell'autocompilazione assistita, la quale ha come punto di forza la possibilità di motivare gli intervistati alla compilazione del questionario, attraverso una relazione diretta e personale con i ricercatori e i formatori, e al contempo permette agli intervistati di chiarire eventuali dubbi in fase di compilazione. Circa ¼ dei questionari sono stati invece compilati tramite un reclutamento per posta elettronica. Ai dirigenti scolastici è stata inviata un'e-mail da parte dell'ANP contenente in allegato il questionario che i dirigenti potevano rispedire compilato via e-mail o in alternativa via fax. Tale modalità di reclutamento ha comportato l'indubbio vantaggio di raggiungere anche dirigenti scolastici che non avevano modo di partecipare ai corsi di formazione o non erano sufficientemente motivati per prendervi parte. Ai 15 seminari di formazione organizzati in 11 regioni d'Italia (Lombardia, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia, Emilia Romagna e Sardegna) hanno partecipato anche dirigenti provenienti da altre regioni e Province a statuto autonomo. Hanno così preso parte alla ricerca dirigenti di tutte le regioni d'Italia con l'eccezione della sola Valle d'Aosta²⁴. Si può dunque affermare che la popolazione oggetto di studio costituisce per numero e provenienza un rilevante campione nazionale di dirigenti scolastici.

²¹ *"I dirigenti scolastici alle prese con il Disagio Mentale Professionale negli insegnanti"* di Lodolo D'Oria V. e Altri – Fondazione Iard 09/2006.

²² *I posti da dirigente nell'organico del personale statale sono 10.759 unità, corrispondenti ad altrettante istituzioni scolastiche sul territorio nazionale. Fonte: Sistema Informativo del Ministero della Pubblica Istruzione, "Sedi, alunni, classi, dotazioni organiche del personale della scuola statale" Anno scolastico 2007/2008.*

²³ Una prima sessione di questionari (per un ammontare complessivo di 320 interviste) è stata realizzata con una somministrazione risalente al 2006, attraverso un'indagine pilota. Tali questionari sono solamente parzialmente comparabili (solo la metà delle domande sono state formulate in maniera identica) ma si è ritenuto opportuno conservarli in quanto consentono di raggiungere un'adeguata numerosità campionaria per il territorio del Triveneto.

²⁴ In questa Regione a statuto speciale, peraltro, le scuole non vengono gestite dallo Stato.

Al fine di conferire al campione maggiore rappresentatività territoriale si è optato per una riponderazione delle interviste, in modo da attribuire ai dirigenti intervistati suddivisi secondo la provenienza nelle cinque grandi ripartizioni geografiche che compongono l'Italia (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), un peso proporzionale a quello che si osserva secondo i dati del Ministero dell'Istruzione sulle dotazioni organiche del personale, nell'universo suddiviso per le medesime ripartizioni geografiche.

Sia d_{oj} il numero di dirigenti osservati nel campione provenienti dalla j -esima ripartizione geografica e d_{ij} il numero complessivo di dirigenti teorici (secondo la fonte del Ministero dell'Istruzione) per la j -esima ripartizione geografica. Si avrà il peso p_j che garantisce la post-stratificazione per grandi ripartizioni territoriali degli intervistati provenienti dalla j -esima area geografica²⁵.

$$p_j = \frac{d_{ij} \sum_{j=1}^5 d_{oj} / \sum_{j=1}^5 d_{ij}}{d_{oj}} \quad \text{con } j = 1 \text{ (Nord-Ovest), } 2 \text{ (Nord-Est), } \dots, 5 \text{ (Isole)}$$

La tabella 1 evidenzia la distribuzione delle interviste per regione, per area geografica e i pesi di post-stratificazione. Dal sistema di pesi si evince come nel campione fossero sottorappresentati i dirigenti del Sud e sovracampionati i dirigenti del Nord-Est e delle Isole Sicilia e Sardegna. I risultati saranno di seguito presentati stratificati per Nord – Centro – Sud per semplificare il confronto e agevolare la lettura dei dati.

Tabella 1 – Distribuzione del campione per regione di provenienza, grandi ripartizioni geografiche e pesi di post-stratificazione

	Dirigenti intervistati	Percentuali interviste	Percentuali teoriche (universo)	p_j
Piemonte	133	9,4		
Lombardia	199	14,1		
Liguria	13	0,9		
Nord-Ovest	345	24,4	24,2	0,98
Trentino Alto Adige	14	1,0		
Friuli Venezia Giulia	101	7,2		
Veneto	190	13,5		
Emilia Romagna	46	3,3		
Nord-Est	351	24,9	16,3	0,65
Toscana	56	4,0		
Lazio	184	13,0		
Umbria	4	0,3		
Marche	11	0,8		
Centro	255	18,1	18,5	1,00
Abruzzo	15	1,1		
Molise	4	0,3		
Campania	101	7,2		
Puglia	30	2,1		
Calabria	10	0,7		
Sud	160	11,3	28,0	2,49
Sardegna	93	6,6		
Sicilia	194	13,7		
Isole	287	20,3	12,9	0,63

²⁵ La metodologia illustrata è stata riapplicata anche per quel sottoinsieme di domande presenti solamente nella seconda versione del questionario, che sono state riponderate facendo riferimento ai soli dirigenti intervistati nel periodo novembre 2007 – marzo 2008.

Provenienza sconosciuta	12	0,8	
Totale	1.412	100,0	100,0

L'età media dei soggetti intervistati è di 53 anni (il valore medio sale a 55,7 nel caso degli uomini e scende a 51,5 nel caso delle donne). La composizione per sesso è a prevalenza femminile (le donne rappresentano il 61,8% del campione) ma è importante osservare come le donne occupino più frequentemente la posizione di vicario (1 su 4 contro il rapporto di 1 intervistato su 10 per quanto concerne il sottocampione maschile). Gli intervistati con almeno 10 anni di servizio nel ruolo di dirigente sono il 38,2%. Anche per questa variabile si osservano però delle differenze di genere: tra gli uomini la percentuale di persone con almeno 10 anni di esperienza è molto più alta rispetto a quanto si osserva tra le donne (49,1% vs. 31,3%). Si tratta di un divario di cui occorrerà tener conto nell'analisi, data la rilevanza che gioca l'anzianità di servizio nelle esperienze e nelle competenze dei dirigenti scolastici (ovviamente gli uomini, mediamente da più anni in servizio rispetto alle donne, si troveranno favoriti nel confronto di genere in quanto ad esperienze e competenze).

Tabella 2 – Caratteristiche del campione per sesso, età, ruolo e anni di esperienza nel ruolo di dirigente scolastico

	M	F	Totale
Composizione per sesso	38,2	61,8	100,0
Età media	55,7	51,5	53,0
Dirigente	88,6	72,5	78,5
Vicario	11,4	27,5	21,5
Totale	100,0	100,0	100,0
Meno di 10 anni di esperienza	50,9	68,7	61,7
Almeno 10 anni di esperienza	49,1	31,3	38,3
Totale	100,0	100,0	100,0

Un'ultima considerazione sul campione merita di essere spesa riguardo alle due differenti modalità di somministrazione e reclutamento. E' ragionevole ipotizzare infatti che i dirigenti che hanno partecipato direttamente ai corsi di formazione sulla gestione del DMP negli insegnanti siano più interessati al problema rispetto ai dirigenti che si sono limitati a compilare il questionario pervenuto loro via e-mail, senza però partecipare ad alcun corso. D'altro canto non va esclusa la possibilità che almeno una parte dei rispondenti via e-mail non abbia partecipato ai corsi per ragioni che vanno al di là della motivazione (ad esempio perché non hanno saputo dell'iniziativa dei corsi, o perché troppo distanti dalle sedi presso le quali si sono svolti). In ogni caso si è ritenuto interessante confrontare i due sottocampioni (reclutati tramite corsi vs. reclutati via e-mail) per alcune domande chiave (riportate nella tabella 3).

Dai risultati emerge, coerentemente con la predetta ipotesi, che i partecipanti ai corsi sono stati più frequentemente toccati dal problema (la percentuale che si è trovata a dover affrontare in prima persona un caso di DMP è pari al 44,3%, di 6 punti percentuali maggiore rispetto a quella riscontrata nei dirigenti reclutati tramite e-mail), ma nonostante questo i due gruppi non differiscono per l'importanza attribuita agli strumenti da impiegare per fronteggiare la problematica del DMP. Da questo si evince dunque come la rilevanza data dai dirigenti intervistati al problema del DMP prescinda dalle modalità di reclutamento del campione.

Tabella 3 – Confronto di tre variabili chiave della ricerca per modalità di reclutamento del campione

	Corsi	E-mail
% di rispondenti che si è trovata a diretto confronto con casi conclamati di DMP	44,3	38,2
% di rispondenti che affermano che la preparazione (formazione) di un Dirigente Scolastico debba ricomprendere la trattazione del DMP negli insegnanti	97,2	96,0
% di rispondenti che riterrebbero utile l'attivazione di un servizio di consulenza a 360° a disposizione dei dirigenti scolastici - sulla gestione dei casi di DMP	99,4	99,0

4. RISULTATI (parte prima). Esperienza e percezione dei dirigenti scolastici

Secondo recenti studi²⁶, la categoria professionale degli insegnanti è più esposta rispetto ad altre (sanitari, impiegati, operatori manuali) al rischio di sviluppare condizioni di burnout, patologie psichiatriche e malattie neoplastiche (tumoriali).

Grafico 1 - Incidenza patologie psichiatriche per professione (anno 2004)

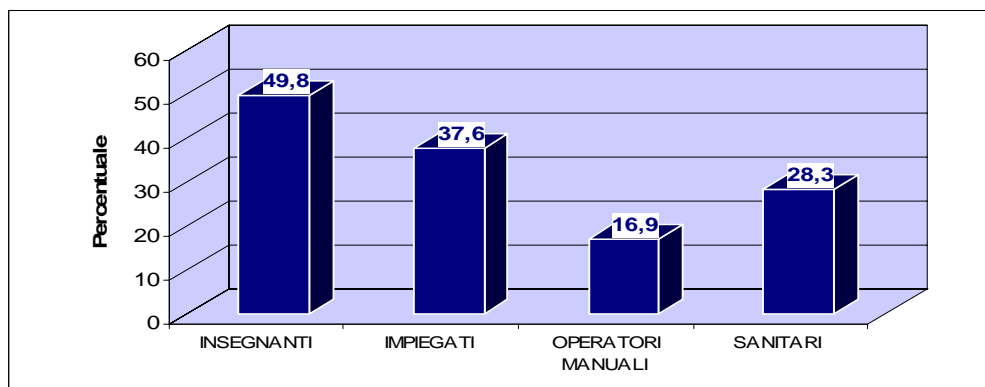
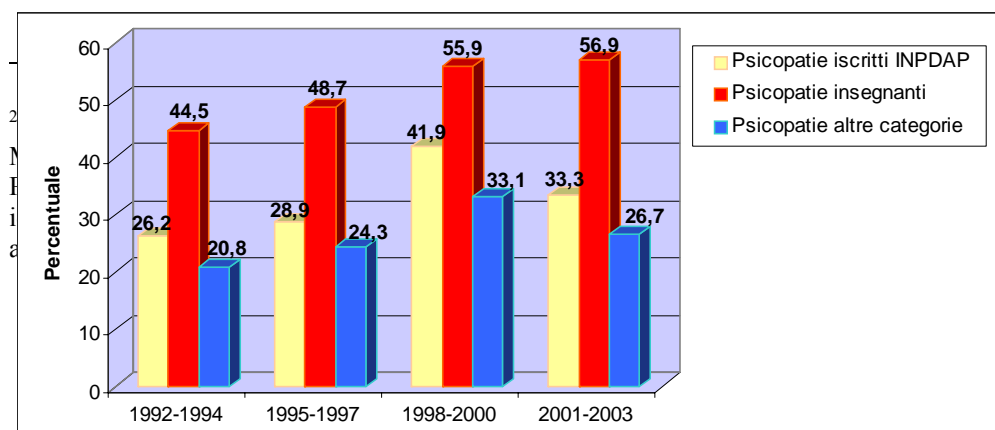


Grafico 2 - Incidenza patologie psichiatriche per professione e anno

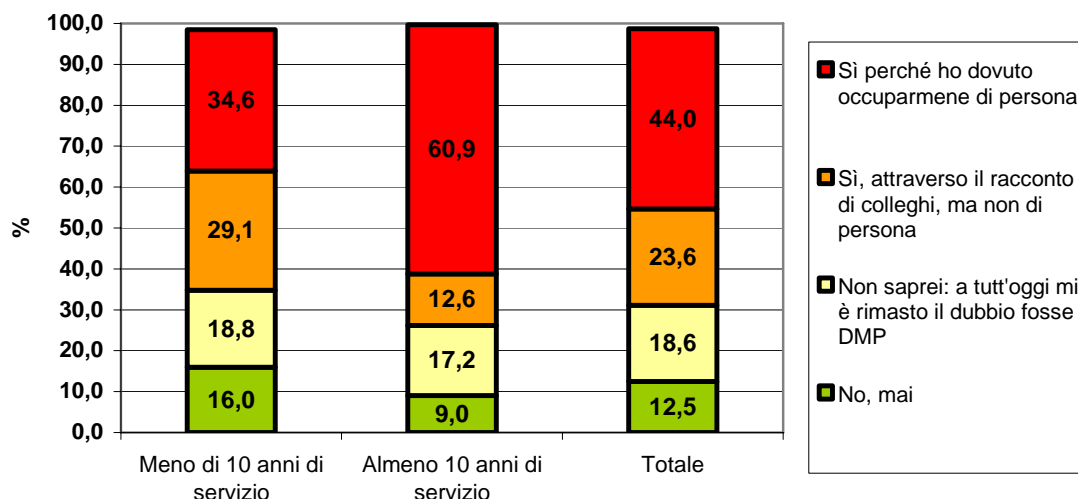


degli insegnanti?” – La
oro degli insegnanti della
zzi F. (2003). “Giudizio di
con particolare riguardo
999).

Dall'analisi dei dati, tuttavia, emerge che solamente il 24% del campione risulta essere correttamente informato dei succitati rischi. Al contrario il 5,8% ritiene la professione scevra da rischi, mentre il 14,9% considera il burnout quale unico potenziale rischio per i docenti. Infine la maggioranza relativa degli intervistati (46%) riconosce alla categoria il duplice rischio di sviluppare burnout e patologie psichiatriche. Pertanto sono proprio le malattie tumorali tra gli insegnanti a rivestire il ruolo di "illustri sconosciute", nonostante la letteratura scientifica abbia già da tempo riconosciuto e dimostrato la stretta correlazione tra le patologie ansioso-depressive e l'insorgenza di forme neoplastiche. La consapevolezza di tutti i potenziali rischi risulta comunque essere maggiore al Centro (27,1%), rispetto al Sud (25,9%) e al Nord (20,6%).

Il fenomeno DMP nei docenti è dunque un problema rilevante nella scuola come dimostrato da cifre inconfutabili: infatti solo il 12,5% dei dirigenti scolastici (DS) non ha mai sentito parlare di casi di DMP nei docenti. Al contrario la maggioranza relativa (44%), ha dovuto affrontarli direttamente, ma si trasforma in maggioranza assoluta (60,9%) se si considerano i presidi con un'anzianità di servizio superiore ai dieci anni. Di converso scende a 34,6% tra coloro che possiedono un'anzianità di servizio non ancora decennale. Si consideri inoltre che la suddetta percentuale del 44%, rapportata all'intera carriera di un DS, è decisamente sottostimata poiché il 62% del campione possiede un'anzianità di servizio inferiore ai due lustri. Un cospicuo gruppo ne ha sentito parlare da colleghi (23,6%), mentre un secondo (18,6%) è tuttora corroso dal tarlo del sospetto che certe manifestazioni e/o stravaganze del docente altro non fossero se non l'espressione di un DMP.

Grafico 3 - Sì è mai trovato a diretto confronto con casi conclamati di DMP?



Solo il 4% del campione ritiene che la categoria dei medici sia a conoscenza del rischio DMP negli insegnanti, l'11,7% non lo sa, mentre il 43,6% suppone che ne siano consapevoli solo gli specialisti (neuropsichiatri e psicologi). Verosimilmente la percezione di quest'ultimo gruppo è del tutto infondata poiché – come già evidenziato in principio – sono assai scarse le pubblicazioni medico-scientifiche in materia. La percentuale degli “ottimisti” sembra essere maggiore al Sud (46%) piuttosto che al Centro (42,5%) e al Nord (41,5%). Si consideri inoltre che, se anche la totalità degli psichiatri fosse a conoscenza del fenomeno DMP nei docenti, ci si dovrebbe realisticamente chiedere quanti sono gli insegnanti “sofferenti” che nella realtà quotidiana si rivolgono agli specialisti. Infatti anche qualora tra i camici bianchi vi fosse la suddetta consapevolezza, resterebbe da stabilire il contatto tra loro e i professori affinché si possa avviare la collaborazione. Come abbiamo letto, la Francia ha in parte risolto il problema alla radice, assegnando d'ufficio a ciascun insegnante lo psichiatra di base²⁷.

Dati MIUR 2005 rilevano che l'età media dei docenti è di 49,6 anni e di conseguenza l'Italia è la nazione con la classe docente più anziana d'Europa. Stimolato con i suddetti dati, il campione afferma di possedere la percezione che solamente il 29,1% dei docenti (M 28,1% vs. F 29,9%) considera la menopausa quale ulteriore aggravio di *stress* per colei che insegna. Il 43,6% invece nega fermamente questa consapevolezza da parte del corpo docente (M 41% vs. F 45,1%), ed il 24,2% (M 27,7% vs. F 21,1%) non sa o non si esprime in merito. Non si evidenziano pertanto differenze statisticamente significative²⁸ tra le risposte stratificate per sesso.

La maggioranza assoluta degli intervistati (88,2%) ritiene che il binomio *menopausa-DMP* nella scuola debba essere indagato scientificamente, soprattutto ora che le quattro riforme previdenziali, succedutesi dagli anni '90 ad oggi, hanno costretto la donna-lavoratrice a trascorrere sul lavoro un periodo psicofisicamente delicato seppur fisiologico quale la menopausa. Stratificando i dati per sesso, si nota come gli uomini siano lievemente più inclini all'indagine sull'argomento (M 90,8% vs. F 86,5%) mentre le donne lievemente meno propense (M 9,2% vs. F 13,5%).

Grafico 4: Secondo lei, esiste nella classe medica la consapevolezza che la professione dell'insegnante è a rischio di DMP?

²⁷ A ciascuno psichiatra sono assegnati 300 insegnanti che possono liberamente rivolgersi a lui per eventuale supporto.

²⁸ La significatività statistica è stata misurata attraverso un test χ^2 con un livello di fiducia del 95%.

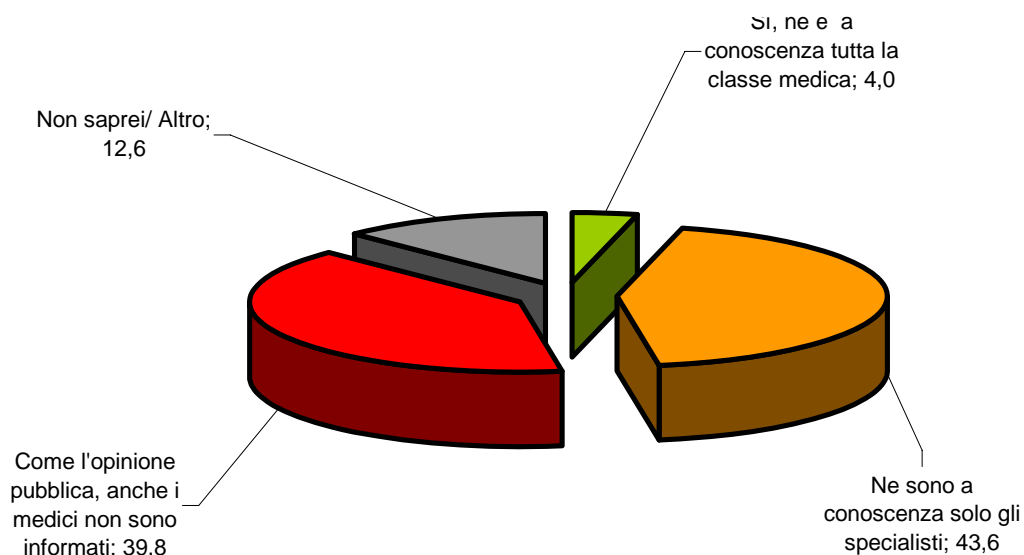
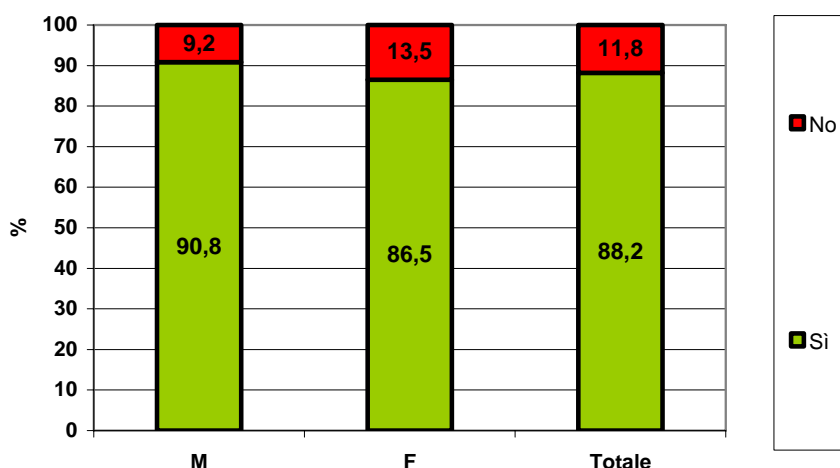


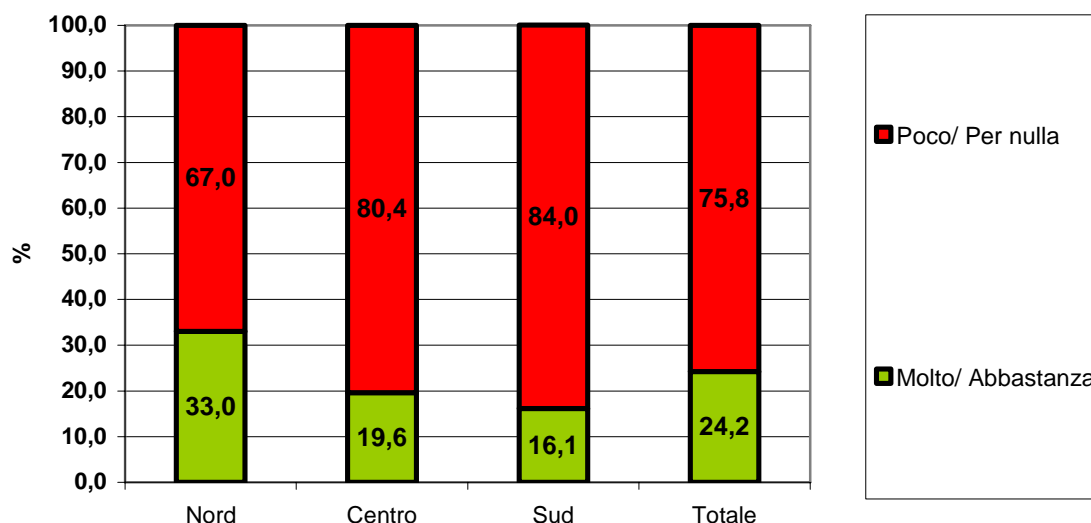
Grafico 5 - Le riforme previdenziali hanno indotto la donna-insegnante a vivere la propria menopausa sul posto di lavoro anziché altrove. Riterrebbe utile indagare scientificamente la correlazione tra menopausa e DMP sul posto di lavoro?



La percezione che il campione possiede circa i potenziali rischi - cui un caso di DMP può esporre in termini di incolumità psicofisica le persone a contatto con il docente in condizione di disagio - vede in ordine decrescente (cioè dal più a rischio al meno a rischio): l'utenza (86,4%), il docente stesso (78,1%), i colleghi del docente (55,2%), il dirigente scolastico (52,2%).

Nell'esprimere una valutazione circa il sostegno delle istituzioni preposte (Ufficio Scolastico Provinciale e/o Regionale) nell'affrontare i casi di DMP, il campione esaminato si dichiara "molto o abbastanza soddisfatto" dell'appoggio ricevuto solamente nel 30% dei casi. Il 70% al contrario sostiene di essere "poco o per nulla" sostenuto. La sfiducia nei confronti delle succitate istituzioni scolastiche è maggiore al Sud (84%), seguito dal Centro (80,4%), infine dal Nord (67%).

Grafico 6 - Nell'affrontare un caso di DMP (faccia riferimento all'ultimo caso affrontato) si è sentito/a appoggiato/a dall'amministrazione (Ufficio scolastico provinciale, Ufficio scolastico regionale)?



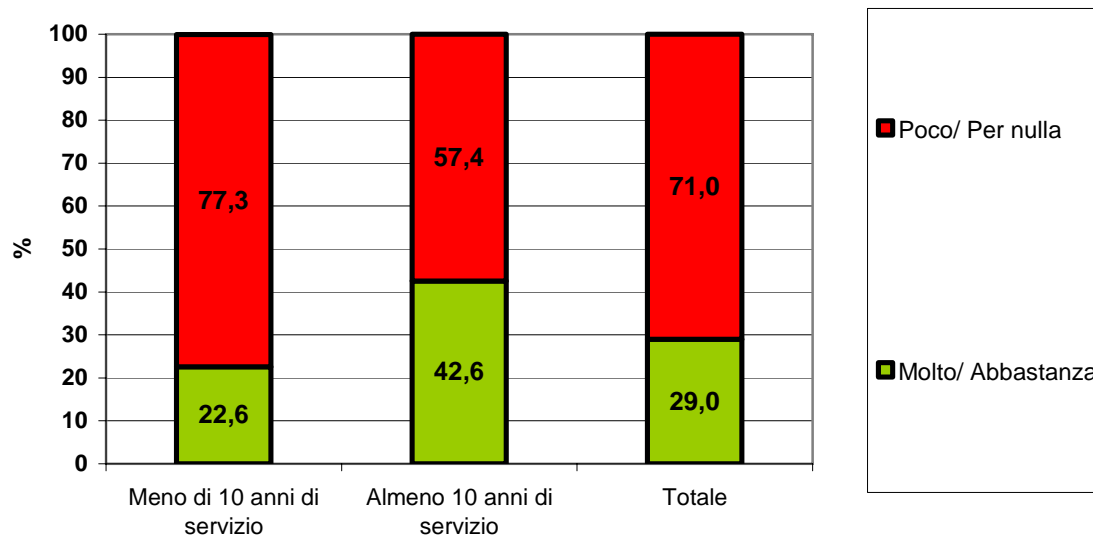
Rappresentano la minoranza (32%) coloro che si sono ritenuti “*all'altezza*” nel gestire un caso di DMP, ma la loro “*adeguatezza*” scende al 29% quando si prospetta loro un nuovo caso da risolvere. Di converso il 71% degli intervistati ritiene di essere “*poco o per nulla*” in grado di affrontare le suddette situazioni.

La corretta procedura da adottare per affrontare un caso di DMP consiste nell’invio del docente a visita medica collegiale in Commissione Medica di Verifica (CMV). Tale organo istituzionale è infatti preposto alla valutazione dell’idoneità psicofisica del lavoratore ai fini dello svolgimento della sua attività professionale. Nonostante ciò solo il 21,1% degli intervistati ha inviato i casi di DMP in collegio medico. Il datore di lavoro (nella fattispecie il dirigente scolastico) può disporre l’invio in CMV, nei limiti consentiti dalla legge, anche a prescindere dall’assenso del diretto interessato²⁹. Nelle intenzioni future – di fronte a un eventuale nuovo caso di DMP – la percentuale di coloro che si rivolgerebbero alla CMV raddoppia (42,5%). La discrepanza tra “*l'agito*” e le “*intenzioni*” dei presidi è verosimilmente dovuta ad un timore professionale percepito. Infatti l’autorità diretta si espone fisiologicamente al rischio di denunce di *mobbing*, soprattutto in quei casi clinici in cui nel paziente scatta la “*negazione della patologia*” che, talvolta, è parte integrante del corredo sintomatologico e dei segni clinici che accompagnano un disagio psichico conclamato. E’ tuttavia da notare che se da un lato l’invio in CMV senza il consenso dell’interessato espone i dirigenti scolastici a rischio di denunce per *mobbing*, dall’altro anche l’inerzia può comportare azioni legali per omissione d’atti d’ufficio. A questo proposito è bene ricordare che il *temporeggiare* prima di assumere decisioni è nella maggior parte non solo inutile ma anche rischioso. Nei casi di patologia psichiatrica conclamata infatti, la prognosi della persona può evolvere in senso peggiorativo col trascorrere del tempo in assenza di uno specifico trattamento terapeutico. Ne discende un maggior rischio per la salute del paziente e per la serenità del clima all’interno dell’ambiente scolastico.

Il 9,2% del campione ritiene erroneamente che l’invio in CMV privo del consenso dell’insegnante sia un “*atto illecito*”. Il 73,8% invece lo considera giustamente “*un atto dovuto a tutela del docente stesso e di tutto l'ambiente scolastico*”. Tuttavia quasi tre quarti dei dirigenti (71%) dichiara che non si sentirebbe all’altezza della situazione di fronte a un caso di DMP, mentre solo uno su quattro di costoro che hanno effettivamente affrontato casi di DMP sono ricorsi alla CMV.

Grafico 7 - Nel caso in cui si trovasse ad affrontare un nuovo caso di DMP si sentirebbe professionalmente all'altezza della situazione?

²⁹ Vedi art. 5 Legge 20 maggio 1970 , n° 300 (Statuto dei lavoratori).



Solo il 45% di chi non ha avuto esperienze dirette di DMP si riterrebbe “adeguato” e la percentuale si riduce ulteriormente all’interno del substrato di coloro che hanno meno di 10 anni di servizio, scendendo al 36%. Gli altri provvedimenti “impropri” assunti, o che i dirigenti scolastici assumerebbero, in ordine decrescente di fronte a casi di DMP sono rispettivamente: “*ho suggerito o suggerirei di prendere ferie*” (24,5% e 22,4%); “*ho adottato o adotterei sanzioni disciplinari*” (9,9% e 4,6%); “*ho adibito o adibirei il docente ad altre mansioni*” (8,1% e 7,4%); “*ho richiesto o richiederei una visita ispettiva*” (5,8% e 5,9%); “*ho suggerito o suggerirei al docente di richiedere trasferimento per incompatibilità ambientale*” (4,2% e 1,7%); “*non saprei*” (15% e 9,9%).

5. RISULTATI (parte seconda). Gestione e prevenzione del DMP da parte dei dirigenti scolastici

Il questionario ha quindi preso in esame il livello di conoscenza del *target* circa le procedure giuridico-amministrative che il dirigente scolastico dovrebbe seguire per l’invio in CMV di un docente in fase di DMP.

Come già anticipato nella precedente sezione, il provvedimento ufficiale da assumere nei confronti di un docente in DMP è l’invio dell’insegnante stesso a visita medica collegiale.

Solamente il 30,3% dei dirigenti scolastici è a conoscenza del fatto che non vi sono limiti numerici di richieste di visita medica collegiale (la percentuale scende ulteriormente al 27,1% se l’anzianità di servizio è inferiore ai 10 anni e sale di converso al 39,5% per i “veterani”). La restante percentuale ammette di non conoscere la risposta (42,4%), o risponde in modo errato (23,5%), ovvero non risponde del tutto (3,9%).

Il campione intervistato si dimostra ancora meno informato circa il possibile destino cui potrebbe andare incontro il docente che rifiutasse di sottoporsi a visita medica collegiale. L’amministrazione di appartenenza potrebbe infatti procedere disciplinarmente nei confronti del lavoratore che si sottrae volontariamente alla vigilanza sanitaria cui è sottoposto. Viene infatti impedito al datore di lavoro l’esercizio delle incombenze cui è tenuto per legge (la tutela della salute del lavoratore). Tale potenziale effetto è noto ad appena il 4,8% del campione. Un cospicuo gruppo di dirigenti scolastici non sa rispondere (38,2%), mentre un secondo di poco inferiore (27,8%) ritiene che in simili situazioni gli Uffici Scolastici preposti possano solamente “riavviare la pratica a oltranza fino ad espletamento della visita medica”. Infine il 17,9% ritiene possibile unicamente “procedere alla sospensione del docente dall’insegnamento”. Tuttavia la bassa percentuale di risposte corrette è

verosimilmente riconducibile al fatto che l'Ufficio Scolastico di riferimento esperisce ogni possibile alternativa pur di evitare la risoluzione del rapporto di lavoro (sebbene possa attivarne la procedura) e pertanto adotta una diversa prassi.

Una volta assunta la decisione d'inviare a visita medica collegiale il docente in presunto DMP, il dirigente scolastico ha il compito di trasmettere alla CMV una relazione sintetica allegando tutto quanto utile³⁰ ai fini della comprensione del caso clinico. Solamente il 47% dei dirigenti scolastici procederebbe in tal modo; mentre il 19,4 % produrrebbe una lunga e dettagliata relazione non accompagnata da allegati; l'11,8% non allegherebbe atti e testimonianze in affiancamento ad una relazione sintetica; l'11% non risponde ed il restante 11,6% assumerebbe altri comportamenti inefficaci o addirittura *impropri* (come quello di "formulare ipotesi diagnostiche" nel 4,5% dei casi). E' curioso infine notare come gli atteggiamenti corretti totali (47%) siano statisticamente inferiori al Nord (39,6%), rispetto al Centro (55,3%) e al Sud (50,5%).

Tra la maggior parte dei dirigenti (64,2%) vi è comunque la giusta consapevolezza che il docente inviato a visita medica collegiale possa richiedere e ottenere copia integrale della documentazione trasmessa dalla sua amministrazione alla CMV³¹. Non sa rispondere il 12,7% degli intervistati, mentre la restante percentuale (23,1%) si astiene dal rispondere o comunque risponde in maniera errata.

Nel procedere alla stesura della relazione per il collegio medico, il 44,7% sostiene che "non avrebbe difficoltà di sorta nello stilare il documento di accompagnamento", mentre il 22,5% "lo farebbe solo per dovere ma con apprensione" ed il 21,2% "non saprebbe da dove cominciare". Tuttavia tra coloro che si sentono sicuri (il succitato 44,7%), solo uno su cinque è ricorso effettivamente alla CMV ed meno della metà di costoro vi farebbe affidamento nei casi di DMP. Ne consegue che la sicurezza manifestata è in buona parte "apparente", al punto che il campione stesso riconosce all'unanimità il proprio fabbisogno formativo (vedi più avanti).

Nel questionario è quindi richiamata il D. L.vo 626/94 che equipara il dirigente scolastico al datore di lavoro. Il preside diviene così responsabile della tutela della salute del lavoratore nell'ambiente di lavoro, come successivamente esplicitato con D.M. 382/98. Sulla base del dettato normativo il 66,5% del campione ritiene di dover "intervenire sui rischi fisici e gestire i casi di DMP conclamato occupandosi, inoltre, della prevenzione del rischio di usura psichica". Il 6% crede di doversi occupare solo dei rischi strutturali dell'edificio, mentre il 9,9% includerebbe anche i casi di DMP conclamato ma non la sua prevenzione. La percentuale residua (17%) non sa o non risponde. Nonostante le buone intenzioni la realtà è affatto diversa: solo il 15,4% dell'intero campione dichiara di aver previsto interventi di prevenzione del DMP nel *Documento di Valutazione del Rischio (DVR)*. Il 72,3% afferma di non aver previsto la prevenzione del DMP nel DVR; il 4,8% dichiara che non è nemmeno stato redatto il DVR; il 12,2% non sa o non risponde.

6. RISULTATI (parte terza). Il fabbisogno formativo ai fini di prevenzione e gestione del DMP

³⁰ Documenti scritti, denunce, testimonianze, lamentele scritte di colleghi, studenti e genitori, contestazioni di addebito, controdeduzioni, sanzioni, referenze delle precedenti scuole, carteggi, verbali, tentativi di conciliazione esperiti, relazioni agli atti della scuola, eventuali documenti medici prodotti dall'interessato, profilo delle assenze negli ultimi 3 anni tutti i documenti che possono essere utili alla definizione medica del caso. Tutta la suddetta documentazione assume valore di testimonianza per il collegio medico chiamato ad accertare la veridicità della relazione del dirigente scolastico, particolarmente in quei casi – tutt'altro che infrequenti – di denuncia di mobbing da parte dell'interessato.

³¹ Ai sensi degli art. 22-23 della L. 241/90.

Il questionario ha quindi voluto appurare l'eventuale esigenza di un fabbisogno formativo tra i dirigenti scolastici in materia di *prevenzione e gestione del rischio DMP* degli insegnanti. La suddetta necessità è risultata essere reale (vedi tabelle sottostanti) e riconosciuta.

Tabella 4 – Distribuzione percentuale campione per numero di risposte corrette alle sette domande di conoscenza sulla gestione del DMP

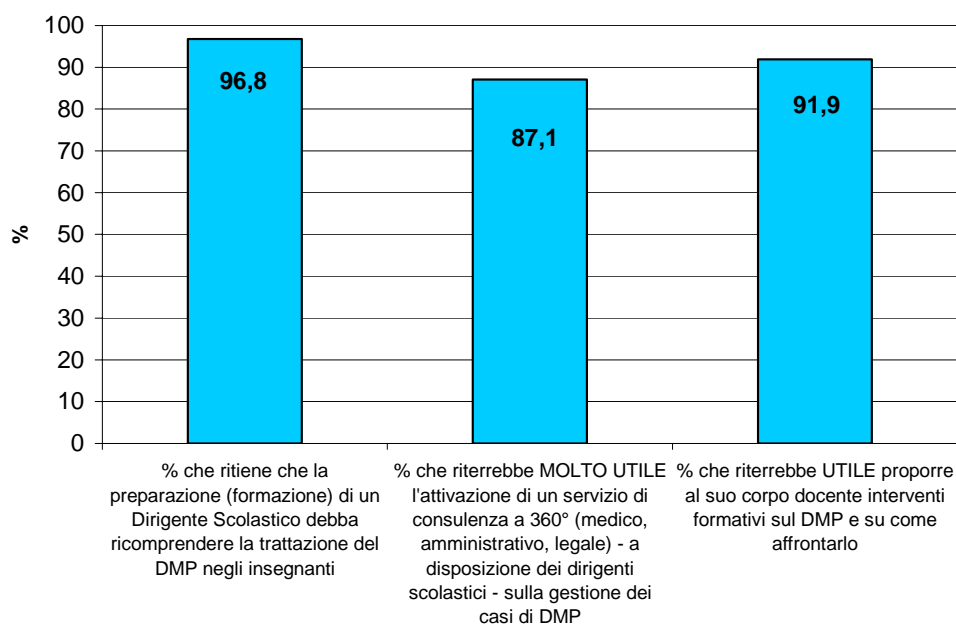
Nr. risposte corrette	Dirigenti	Vicari	Totale
Nessuna	2,1	7,2	4,5
Una	4,8	8,7	6,7
Due	16,9	27,1	19,5
Tre	24,9	26,9	25,4
Quattro	26,1	21,1	24,4
Cinque	17,6	6,4	13,8
Sei	6,6	2,3	5,0
Tutte	0,9	0,4	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0
% risposte corrette	50,2	39,4	46,2

Tabella 5 – Domande di conoscenza sul DMP ordinate in senso crescente sulla base della percentuale delle risposte esatte fornite dai DS

Posiz.	Domanda	Risposta esatta	%risposte esatte
1	Nel caso in cui il docente inviato in collegio medico rifiutasse di sottoporsi a visita, cosa può/deve fare l'amministrazione d'appartenenza?	Può procedere alla risoluzione del contratto di lavoro	4,8
2	La categoria degli insegnanti è più esposta (rispetto a operai, impiegati e personale sanitario) al rischio di burnout e/o patologie psichiatriche e/o malattie neoplastiche (tumoralì)?	Sì	24,0
3	Quante volte può essere inviato a visita medica collegiale un docente?	Un numero di volte illimitato, a prescindere dal consenso dell'interessato	30,3
4	Quale sarebbe il primo provvedimento ufficiale da assumere nei confronti di un docente in fase DMP?	L'invio a visita medica collegiale	42,5
5	Il docente sottoposto a visita medica collegiale può ottenere copia della documentazione integrale inviata dalla sua amministrazione alla CMV competente?	Sì	64,2
6	Secondo il dettato della 626 il dirigente scolastico è equiparato al datore di lavoro ed è pertanto responsabile della tutela della salute nell'ambiente di lavoro. Di conseguenza il compito del Ds è quello di...	Intervenire sui rischi fisici e gestire i casi di DMP conclamato (perché è a rischio l'incolumità dell'utenza) occupandosi inoltre della prevenzione del rischio di usura psichica	66,5
7	La decisione di mandare un docente, verosimilmente affetto da una psicopatia, a visita medica collegiale senza ottenerne l'assenso, è ...	Un atto dovuto del dirigente a tutela del docente stesso e dell'intera comunità scolastica	73,8

Il campione è inoltre unanimemente d'accordo (96,8%) sul richiedere la formazione in merito alla gestione del DMP, così come "bulgare" sono state anche le percentuali di coloro che considerano "molto utile" (87,1%) ed "abbastanza utile" (12%) l'attivazione di un servizio di consulenza a 360° (medico, amministrativo, giuridico) per un più sereno ed efficace svolgimento del mandato di preside.

Grafico 8 – Rilevanza attribuita dai DS al fabbisogno formativo ai fini della prevenzione e della gestione del DMP



La quasi totalità dei dirigenti scolastici (92%) ritiene utile proporre interventi di formazione/informazione di prevenzione del DMP ai propri docenti in quanto favorirebbe la condivisione dello stress e la riduzione del DMP. Mettere gli insegnanti in grado di riconoscere i fattori predisponenti al burnout ed i segnali clinici premonitori (vedi diapositive seguenti), aiuta certamente gli interessati a monitorare le proprie reazioni, controllare gli impulsi e mantenere accettabili i livelli di stress.

Fattori predisponenti al burnout

Life events

- perdite, separazioni, lutti, malattia
- menopausa, puerperio
- provenienza da paese lontano
- ...

Tratti personalità premorbosa

- tratti schizoidi (isolamento)
- passività e dipendenza dagli altri
- bassa autostima
- perfezionismo esasperato
- autoritarismo
- diffidenza e sospettosità
- esibizionismo
- pessimismo manifesto

Sintomi psicopatologici

- ossessioni e compulsioni
- disforia e umore instabile
- ansia generalizzata
- impulsività
- ostilità
- litigiosità
- aggressività
- incapacità a mediare
- vittimismo
- sospetto e paranoia

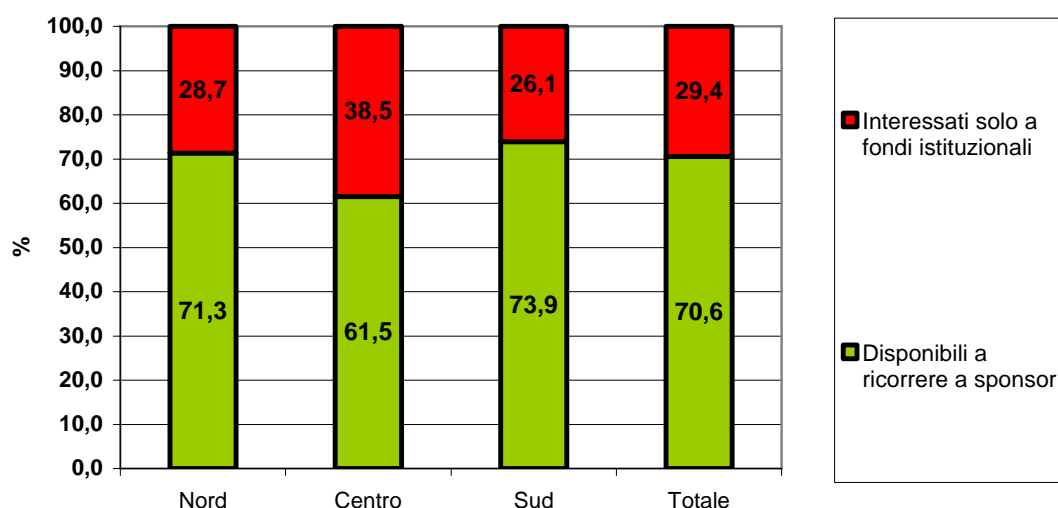
Segni e sintomi del burnout

- senso di fallimento/vergogna
- rabbia/risentimento/colpa
- stanchezza cronica/insonnia
- incapacità a concentrarsi
- rigidità di pensiero
- mal di testa/stomaco e coliti
- sospetto e paranoia
- uso di coping negative
- crisi di ansia/panico
- incapacità a gestire il quotidiano
- trascuratezza nell'esercitare
- interpretatività, querulomania
- sentirsi spiato/osservato
- diffidenza, fobie
- procedimenti disciplinari
- assenza recapito domiciliare fisso
- cinismo/apatia/mimica depressa
- assenteismo/evitamento impegni
- ossessioni-compulsioni
- pessimismo cronico
- accanimento sul debole/disabile
- scoppi e accessi d'ira
- conflitti con l'autorità diretta
- ricorso all'autorità istituzionale
- stravaganze/trasandatezza
- rivendicazioni/manie persecuzione
- ricorso al dileggio/sarcasmo
- sentirsi "mobbizzato"
- frequenti trasferimenti
- perdita autocritica e autocontrollo
- episodi significativi alle spalle
-

L'intervento formativo inoltre faciliterebbe il *reinserimento lavorativo guidato* degli insegnanti reduci da fasi di disagio psicofisico.

Non è altrimenti unanime il consenso sulle modalità da adottare per il reperimento dei finanziamenti atti a sostenere la formazione dei docenti. La maggioranza assoluta (70,6%) ritiene la formazione/informazione dei docenti sul rischio DMP di assoluta priorità, e dunque non si farebbe scrupolo nel ricorrere a legittime forme di sponsorizzazione³². Coloro che rivestono l'incarico da meno di 10 anni sembrano essere di poco più propensi all'uso di questo strumento per il reperimento di nuove risorse rispetto ai *veterani*. Al contrario, il 29,4% del campione effettuerebbe le suddette iniziative a favore degli insegnanti solamente se vi fosse una copertura con fondi istituzionali.

Grafico 9 – Percentuale di DS disponibili a ricorrere alla sponsorizzazioni per attivare interventi formativi su prevenzione e gestione del DMP tra i docenti



³² Le finanziarie relative agli anni 1998 e 2000 (L. 449/97 e L. 488/99), rispettivamente agli artt. 43 e 30, hanno dapprima introdotto quindi incentivato il ricorso allo strumento della sponsorizzazione da parte delle PP.AA. Successivamente il MIUR con D.M. 44/01 ne ha esplicitamente prevista facoltà d'uso da parte degli Istituti Scolastici.

7. Discussione

1. Come documentato dalla pubblicazione su La Medicina del Lavoro³³, il DMP tra i docenti è in costante aumento. Ne è riprova anche il crescente numero di casi che gli stessi dirigenti scolastici si trovano a gestire con l'aumentare dell'anzianità di servizio. Al contrario, solo il 12,5% dell'intero campione non ha mai sentito parlare di DMP, ma la loro consistenza scende al 9% se l'anzianità di servizio supera i 10 anni. La maggior frequenza di casi di DMP tra i dirigenti con più esperienza dipende infatti principalmente dal fatto che sono rimasti più "esposti al rischio" per più tempo. Dalla situazione attuale si evince che assai difficilmente un dirigente - al quale manca ancora qualche anno di servizio prima della pensione - avrà la fortuna di non dover gestire in prima persona casi di DMP. Sfuggire alla suddetta incombenza sembra addirittura impossibile per chi ha da poco assunto l'incarico di preside.
2. Per questo motivo il fabbisogno formativo per riconoscere segni premonitori, prevenire e gestire il DMP, monitorare i livelli di stress in ambiente scolastico, trova unanime consapevolezza e consenso. La necessità di un'adeguata formazione in proposito discende anche dal dettato del nuovo Testo Unico e dalle recenti normative³⁴ in tema di salute nei posti di lavoro. Il dirigente scolastico non può più sottrarsi ai propri compiti istituzionali ed è piuttosto chiamato a coinvolgere i suoi collaboratori - quali il medico competente (nel caso ne disponesse) il RSPP, il RSL³⁵ ed i rappresentanti sindacali -

³³ N° 5/2004.

³⁴ Vedi Comunicazione della Commissione "Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e dalla società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006" Bruxelles, 11.03.2002- COM(2002) 118 definitivo.

http://sicurezza.uniss.it/include/docs/normativa/com2002_it.pdf

Accordo bilaterale europeo sullo stress sul lavoro - CISL - USB - Lombardia
<http://www.lombardia.cisl.it/doc/626/documentazione/2006/accordobilateralestress.pdf> ;

Decreto Ministeriale del 27 aprile 2004 - Elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la

denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente

della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni. Gazzetta

ufficiale n. 153 del 2 Luglio 2004;

Decreto Legislativo n. 626 del 1994 e successive modifiche "prescrive misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti i settori di attività privati o pubblici". <http://www.uil.it/newsamb/nt626.pdf> ;

Decreto Ministeriale M.P.I. 382/98;

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica Direttiva del 24 marzo 2004 Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile 2004. http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/58405DB4-0CC8-499A-952A-4357B83CF546/0/013_direttiva_24_03_05.pdf.

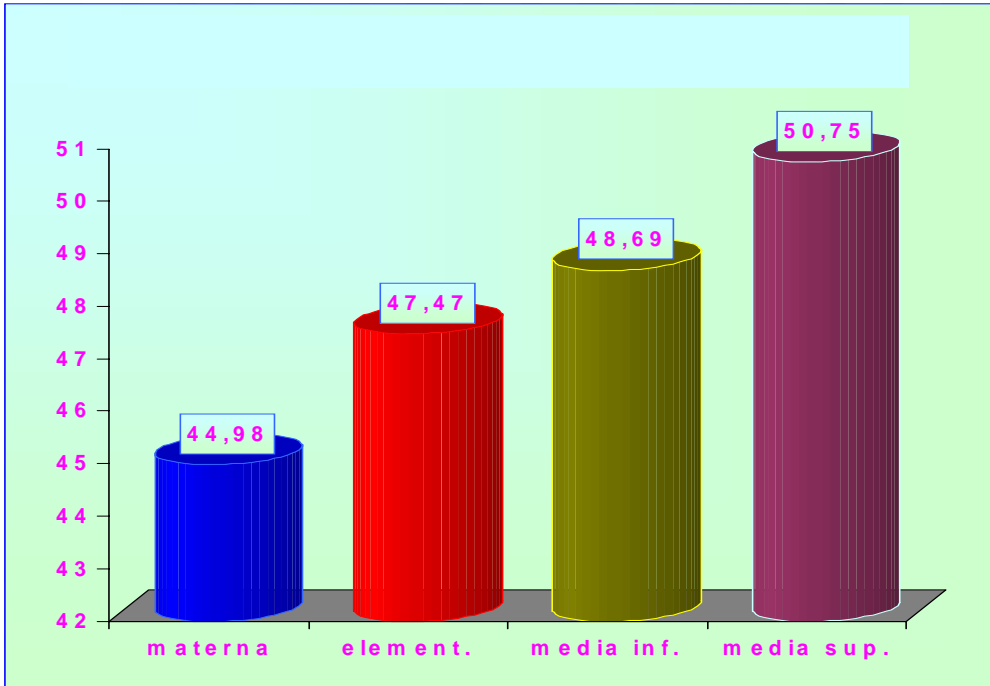
³⁵ - il **medico competente** che, come previsto nel d.lgs.626/'94, partecipa attivamente al processo di valutazione di «tutti» i rischi, visita obbligatoriamente gli ambienti di lavoro per vedere i lavoratori nel pieno svolgimento delle loro funzioni, collabora alla progettazione e allo svolgimento dei corsi di formazione all'interno dell'azienda. Pertanto, un medico al pari e in contatto costante con le altre figure della prevenzione in azienda, che svolge un ruolo attivo e propositivo.

- il **responsabile del servizio di prevenzione e protezione**, figura di impianto tecnico, ma essenziale nella relazione tra il livello gestionale-organizzativo e il livello più meramente operativo-produttivo, più naturalmente vicino con la realtà lavorativa quotidiana, ma al contempo referente esperto della dirigenza. A carico di questa figura centrale è la recente introduzione, tra le materie obbligatorie per la sua formazione, di quella relativa ai rischi di natura psicosociale, sottolineandone così, l'incontestabile "emergenza" e la necessità di doverli conoscere per ricomprenderli tra i fattori oggetto della valutazione dei rischi e degli interventi di natura preventiva a favore dell'intera popolazione lavorativa.

- il **rappresentate dei lavoratori per la sicurezza**, figura centrale di collegamento tra i lavoratori e le figure previste di responsabilità della tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Determinante il suo apporto nel processo continuo di valutazione dei rischi (tradizionali e psico-sociali), richiamando in modo costante l'attenzione sul rapporto tra rischi e sistema organizzativo aziendale e ponendo a priorità l'analisi puntuale degli effetti sinergici di tale correlazione.

anche nella compilazione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR) circa i rischi psicosociali delle cosiddette *helping profession*. Anche la stretta correlazione tra anzianità di servizio e DMP - del tutto evidente nello studio di Torino (diapositiva sottostante) che mostra come la patologia si manifesta prima in colui che prima comincia ad insegnare – richiederà attenta riflessione per i programmi di prevenzione futuri del DMP.

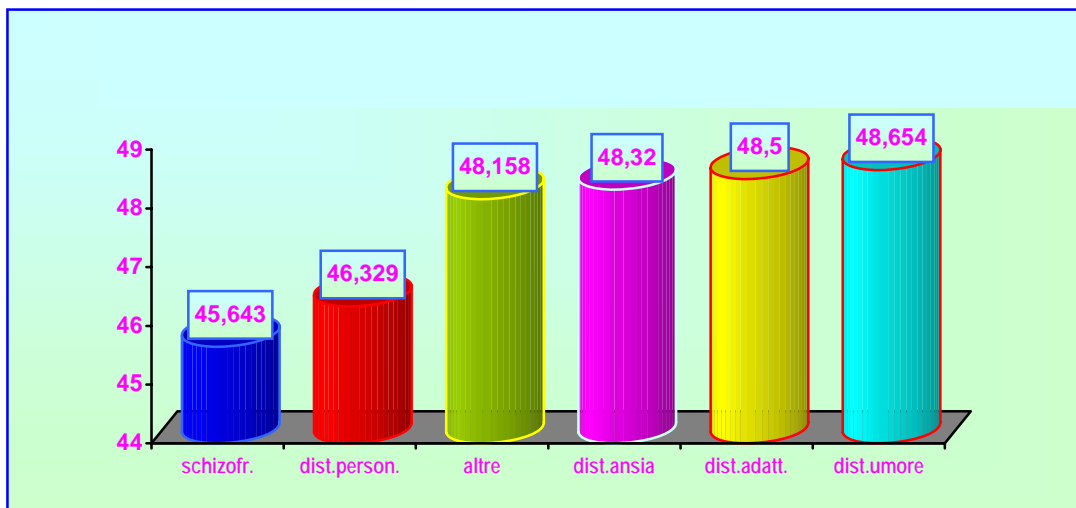
Grafico 10 - Età alla visita secondo il livello di insegnamento



3. Che vi sia inoltre un'estrema urgenza nello stabilire una stretta collaborazione tra Scuola e Sanità è comprovato anche dall'*età media alla diagnosi* suddivise per patologia (diapositiva sottostante). Forme patologiche gravi quali la schizofrenia arrivano a diagnosi in CMV ad un'età superiore ai 45 anni, quando è risaputo che la malattia ha esordio soprattutto in fase giovanile (18-25 anni). La patologia che resta sconosciuta per almeno 20 anni, vede di conseguenza aggravare la prognosi del soggetto a causa della mancata impostazione di un'adeguata terapia, producendo altresì effetti devastanti nell'ambiente scolastico³⁶. Si aggiunga inoltre che molti dei suddetti casi, prima di arrivare all'osservazione medica, passano attraverso i *Consigli di Disciplina* (a seguito di "sanzioni" ed altri provvedimenti impropri) che al proprio interno non contengono né lo psichiatra né lo psicologo.

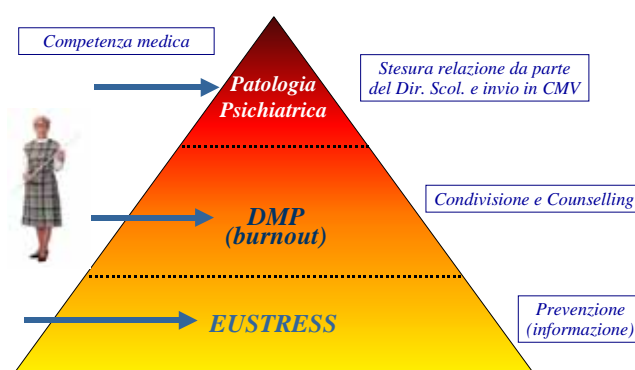
Grafico 11 - Età media degli insegnanti suddivisi secondo il tipo di disturbo (al momento della diagnosi!)

³⁶ Nel volume "Scuola di Follia" (a cura di Lodolo D'Oria V. – Armando editore 2005) sono riportati 30 casi di docenti che hanno penosamente "vagato" per la scuola privi di una diagnosi ed un supporto terapeutico, con le immaginabili ripercussioni sul clima relazionale in ambiente scolastico.



4. Nel capitolo sul DMP, il DVR deve prevedere interventi differenziati secondo le fasce rappresentate in figura. La triplice azione contempla attività di *prevenzione* (informazione sul rischio DMP per i docenti) per la base della piramide; *condivisione e counselling* per il livello intermedio (sportelli per disagio, attività di monitoraggio con questionari, gruppi di auto-aiuto); *riconoscimento dei segni premonitori e gestione appropriata dei casi DMP con invio tempestivo del docente in CMV* al vertice della piramide (vedi capitolo successivo).

Il triplice intervento nel DVR



5. Di fronte a un caso di DMP conclamato, i potenziali rischi legali per il dirigente scolastico sono di triplice natura:
- l'accusa di mobbing da parte dell'interessato;
 - i reclami e le denunce dell'utenza;
 - un eventuale episodio lesivo dell'integrità psicofisica di docente e/o utenza, del quale il preside è comunque chiamato a rispondere (soprattutto in caso d'inerzia o di gestione inappropriata del caso). Dalla ricerca emerge chiaramente che i dirigenti hanno piena consapevolezza del fatto che il maggior rischio d'incolumità psicofisica grava sugli studenti (86,4%) e sull'insegnante in DMP (78,1%) e solo in seconda battuta su colleghi insegnanti (55,2%) e sullo stesso preside (52,2%).
6. E' per ciò del tutto condivisibile l'unanime richiesta del campione (99,1%) di un supporto consulenziale a 360° per la gestione del DMP che esige un approccio multidisciplinare integrato (medico, legale, amministrativo). Durante lo svolgimento dei seminari formativi sono stati effettivamente numerosi i quesiti circa le potenziali soluzioni da adottare nei casi di docenti affetti da

DMP (vedi sottostante diapositiva riassuntiva). Sono seguite altrettante richieste di aiuto dei presidi in merito alla stesura della relazione da inviare alla CMV.

Domande FAQ dei dirigenti scolastici

- Occorre il consenso dell'interessato per l'invio a visita medica in CMV?
- Cosa faccio se l'interessato rifiuta di presentarsi a visita medica in CMV?
- Quali conseguenze vi sono per l'insegnante che rifiuta di sottoporsi a visita in CMV?
- Devo per forza scrivere una relazione di accompagnamento al caso alla CMV?
- L'interessato può ottenere copia della relazione del Dirigente Scolastico (DS)?
- E' utile richiedere la visita ispettiva prima dell'invio a visita medica in CMV?
- Devo prevedere il rischio DMP nel DVR ai sensi della L 626/94?
- Devo allegare atti e testimonianze alla relazione di accompagnamento per la CMV?
- Ha senso sanzionare il docente in fase di DMP?
- Quante volte può essere richiesta la visita in CMV per lo stesso docente?
- Posso trasmettere documenti medici contenenti la diagnosi alla CMV?
- Conviene indurre il docente in DMP a richiedere il trasferimento presso altra scuola?
- Vi possono essere conseguenze per un DS in caso d'inerzia con un docente in DMP?
- Posso consultare il medico o un familiare del docente in DMP?
- Ha senso invitare il docente in DMP a prendere ferie, malattia o aspettativa?
- Posso ricorrere contro un provvedimento "illogico" adottato dalla CMV?

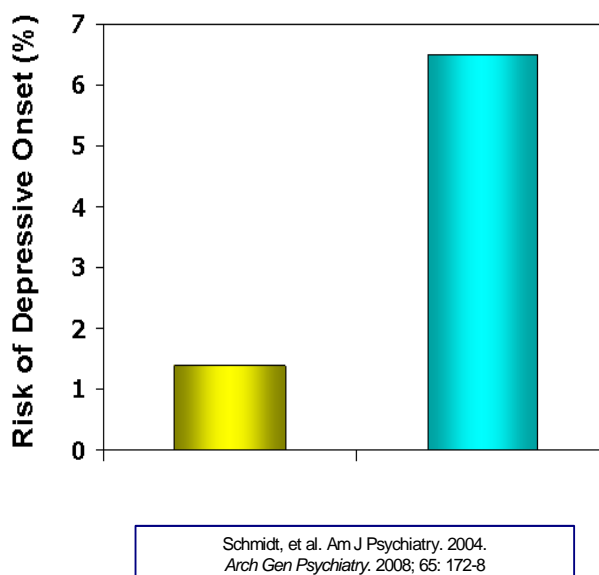
7. Posto che il tasso di *femminilizzazione* della classe docente è dell'85%, merita particolare attenzione la questione della cosiddetta *differenza di genere* peraltro contemplata dal nuovo Testo Unico³⁷ per la sicurezza sul lavoro. Vale la pena inoltre richiamare in proposito il recente rapporto sulla salute della donna presentato dal Ministero della Salute il 7 Marzo u.s., per i dati significativi che lo stesso riporta³⁸. La donna infatti possiede peculiari caratteristiche biologiche funzionali al ciclo riproduttivo (mestruazioni, gravidanza, puerperio, allattamento), che la espongono maggiormente a patologie ansiose (3:1 rispetto al sesso maschile) e depressive (2:1). Assai meno nota è la circostanza che vede

³⁷ L'art. 28 al comma 1 impone al datore di lavoro di considerare "tutti i rischi" (in tal senso già l'art. 4 del D. L.vo 19 settembre 1994, n. 626) per la salute e la sicurezza dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress da lavoro, alle differenze di genere, all'età. Gli esiti di detta valutazione confluiscono nel Documento di Valutazione dei Rischi di cui al comma 2. Il successivo art. 29 descrive le modalità di effettuazione della valutazione dei rischi.

³⁸ Primo "Rapporto sullo stato di salute delle donne in Italia" – 100 anni di 8 marzo – Roma, 07.03.08 Auditorium del Ministero della Salute. "... Le donne italiane sono 30 milioni (51,4% della popolazione); negli ultimi 10 anni il tasso di nuzialità è diminuito dal 4,8 al 4,2 per mille e il numero medio di figli per donna è rimasto stabile (1,2 – 1,3); dal '93 vi è un milione di occupate in più, tuttavia il tasso di occupazione femminile nel 2005 è 45,3% mentre quello maschile è 69,7%); il lavoro part-time e flessibile passa dal 14,3% del 1993 al 25,6% del 2006; nel Servizio Sanitario Nazionale la presenza femminile è del 60,9% mentre nel comparto scuola si sale al 76%³⁸. Lo studio del Ministero della Salute fornisce infine le cifre tratteggiando un quadro a tinte fosche: "Lo stress è il primo problema lavorativo per le donne (la % di malattie correlate allo stress sono circa il doppio per le donne rispetto agli uomini); il consumo di farmaci nelle donne cresce al crescere dell'età: 43,7% per tutte le età (75% tra 65-74 anni; 86,2% in quella di 75 ed oltre); le cause di morte più frequenti fra le donne sono le malattie dell'apparato circolatorio (46,8%) ed il cancro (23,8%); una donna ogni quattro ha la possibilità di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita; il cancro alla mammella causa il 17,1% della mortalità per tutti i tumori; il cancro alla cervice uterina lo 0,6%; la mortalità per cancro al polmone è in continuo aumento (9,8% di tutti i tumori nelle donne); i programmi di screening mammografico e della cervice uterina sono rispettivamente al 71% e al 78,2% di copertura con forti differenze territoriali tra Nord e Sud; il 17% delle donne è abituale fumatrice ed il 3,4% forte fumatrice; il 26,8% è in soprappeso con un 10% di donne obese; il 47% non pratica alcuno sport mentre solo il 16% dichiara di fare sport con continuità; l'età media della madre al parto è di 31,9 anni; il 50,4% delle madri ha un'occupazione lavorativa..."

la donna circa cinque volte più esposta al rischio depressivo in età *perimenopausale*³⁹ rispetto al suo periodo *fertile* (vedi figura sottostante).

Grafico 12 - Rischio insorgenza depressione in età fertile vs. menopausa



Il passaggio dalla fase riproduttiva della vita di una donna allo stato di transizione menopausale, infine alla postmenopausa, comporta molte modificazioni ormonali che si riflettono sul fisico e sulla psiche. Le connessioni tra la fisiopatologia del Sistema Nervoso Centrale (SNC), la menopausa e gli ormoni steroidei si sono rese progressivamente più evidenti nel corso degli ultimi anni (vedi ampia bibliografia scientifica specificamente riportata in appendice al presente documento). Anche il disturbo psichiatrico depressivo è più frequente nel sesso femminile (donne:uomini=2:1) dopo la pubertà, essendo la frequenza identica in epoca pre-puberale. Come già evidenziato, l'incidenza nella donna, rispetto all'uomo, risulta ancora maggiore ove si consideri la fascia d'età perimenopausale. Inoltre un'anamnesi positiva per *sindrome premestruale*, *depressione post-partum* o in caso di *menopausa chirurgica*, sono considerati ulteriori fattori di rischio per depressione in perimenopausa. Il disturbo presenta infine una componente familiare, essendo più frequente da 1.5 a 3 volte tra i familiari di primo grado di individui depressi.

Il ruolo degli estrogeni come possibili agenti protettivi dello stato morfofunzionale del SNC, o come composti ad attività antidepressiva, ha ottenuto il sostegno di vari studi clinici, suggerendo per tali composti anche un ruolo sinergico al trattamento anti-depressivo farmacologico⁴⁰.

E' importante ribadire come per ogni fase di passaggio, nell'arco di un periodo variabile dai 6 ai 24

mesi, si osserva un riassetto dell'equilibrio neuroendocrino e una conseguente risoluzione della

³⁹ La menopausa viene definita come la cessazione dei cicli mestruali per esaurimento della funzione follicolare ovarica; di conseguenza le ovaie producono una quantità di estrogeni e progesterone sempre minore. Questo periodo si manifesta con irregolarità del ciclo mestruale fino alla completa cessazione delle mestruazioni ed è da attribuire prevalentemente alla riduzione del numero di cicli ovulatori.

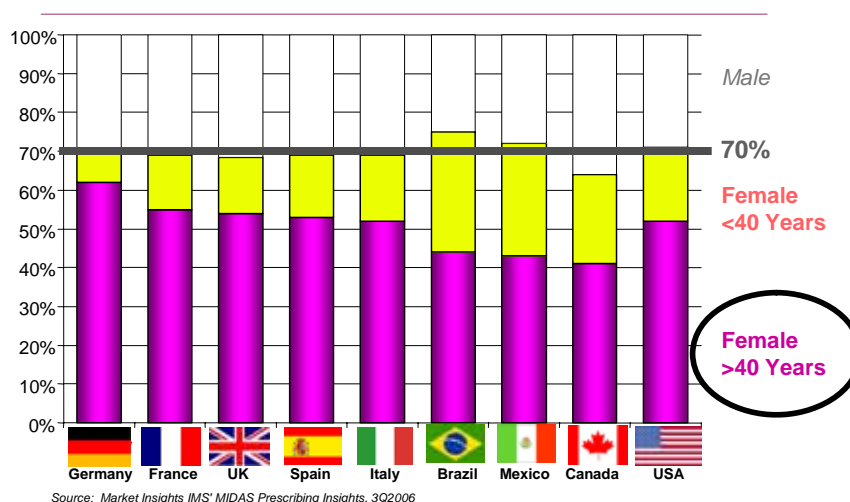
⁴⁰ Il sistema neuroendocrino regola l'espressione clinica dei sintomi fisici e psichici, ed in menopausa, in seguito ai cambiamenti ormonali, si alterano alcuni dei suoi sistemi neurotrasmettoriali (sistema serotonergico, oppioidergico, dopaminergico) con ripercussioni sul tono generale dell'umore. L'effetto positivo della terapia estrogenica sul tono dell'umore è mediato sia da un'azione diretta, sia indirettamente attraverso una riduzione di altri sintomi correlati allo stato di transizione menopausale come ad esempio le vampate o i disturbi del sonno.

sintomatologia: tale equilibrio nel caso in cui non sia raggiunto spontaneamente è possibile ottenerlo attraverso l'uso di terapia ormonale sostitutiva associata o meno ad antidepressivi a seconda della gravità del caso⁴¹.

Se dunque la biologia della donna richiede particolare attenzione, deve essere a maggior ragione tenuta in massima considerazione laddove la *femminilizzazione* della categoria dell'85% si accompagna a un'età media di 49,8 anni (dati MIUR 2005).

La controprova del disagio femminile ci perviene anche dai dati di mercato in merito alla vendita degli antidepressivi. Il 70% dei consumi è infatti appannaggio delle donne, mentre le *over-fourty* sostengono – da sole – addirittura il 50% del mercato in molti Paesi (vedi figura sottostante).

Grafico 13 - Trattamento della depressione per sesso ed età



La società occidentale – ci dice il rapporto del Ministero della Salute – si è inoltre *evoluta* nel senso che la donna genera il primo (e spesso unico) figlio all'età media di 31,9 anni. La conseguenza che giocoforza ne discende è la contemporaneità di due momenti notoriamente delicati quali l'adolescenza del figlio e la menopausa della madre⁴². A ciò si aggiunge spesso lo sforzo per l'assistenza di un genitore anziano.

Nonostante i continui proclami di attenzione nei confronti delle donne⁴³ provenienti da più parti, nessuno – parti sociali incluse⁴⁴ – sembra essersi accorto che le quattro riforme previdenziali dagli

⁴¹ Nell'esperienza del Centro della Menopausa della Clinica Mangiagalli di Milano (che raccoglie un'ampia casistica di 2000 pazienti all'anno) da tempo era stato empiricamente osservato - pur senza una raccolta strutturata di dati - che la professione dell'insegnante esponeva ad un rischio maggiore dei disturbi dell'umore.

⁴² La menopausa è una fase delicata nella vita della donna poiché è associata a perdita della fertilità, invecchiamento, aumento di peso, osteoporosi, calo della libido, altri tipi di sintomi e disturbi.

⁴³ E' relativamente recente anche l'istituzione di un apposito Ministero per le Pari Opportunità.

⁴⁴ A metà luglio 2007, il segretario della UIL Angeletti ha effettuato un timido tentativo per far rientrare tra i "lavori usuranti" le maestre d'asilo. La proposta venne immediatamente ridicolizzata dai quotidiani (Sergio Rizzo sul Corriere della Sera del 14 Luglio 2007 la definisce "una sparata micidiale"). Al contrario lo studio pubblicato su La Medicina del Lavoro n° 5/2004 mostra che gli insegnanti si usurano psichicamente a tutti i livelli. L'unica differenza consiste nel fatto che nelle maestre d'asilo le patologie psichiatriche compaiono prima (48,5 anni di età) unicamente perché cominciano a lavorare prima delle colleghe in quanto, fino a pochi anni fa, non era richiesta la laurea come titolo di studio.

inizi anni '90 ad oggi hanno *costretto* la donna lavoratrice a trascorrere il periodo dalla menopausa sul posto di lavoro anziché altrove. Questo dato potrebbe almeno in parte giustificare la continua crescita delle patologie psichiatriche che dal 1992 ad oggi si osserva nei colleghi medici ed in particolare tra gli insegnanti. Sbarrata infatti la via del ritiro spontaneo dal mondo della scuola (baby-pensioni), l'unica possibilità d'uscita rimasta è la visita in CMV. Non è un caso se le diagnosi psichiatriche osservate nello studio di Torino riguardano docenti con anzianità di servizio media intorno ai 23 anni e le assenze dal lavoro per disagio psichico sono assai prolungate (diapositive sottostanti).

Grafico 14 - Anzianità di servizio alla visita di accertamento

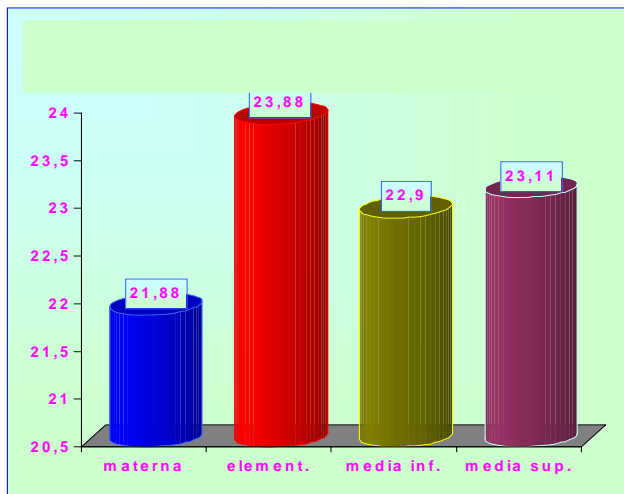
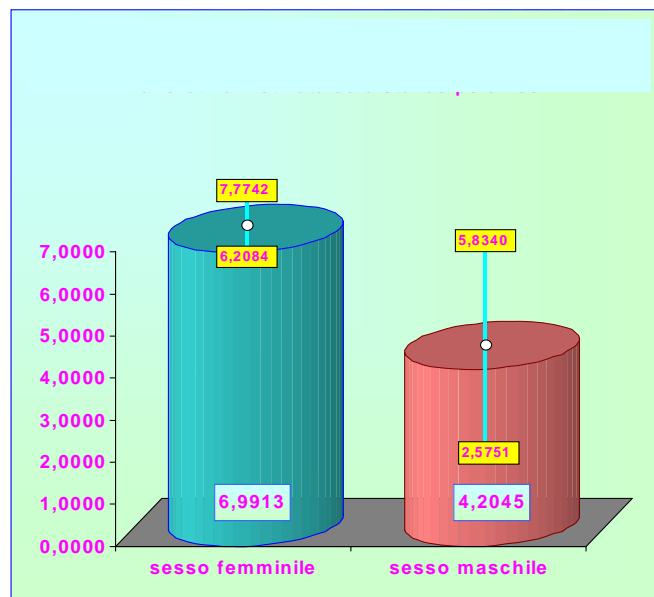


Grafico 15 - Mesi di assenza per patologia psichiatrica



Forse proprio in virtù di tutte le suddette considerazioni (riassunte nella sottostante figura) il campione degli intervistati ritiene opportuno, a larghissima maggioranza (88,2%), indagare il rapporto esistente tra menopausa e DMP nella scuola fortemente *femminilizzata*. Il prefiggersi l'obiettivo di raggiungere per le donne tassi di occupazione pari a quelli maschili "a prescindere", senza prima approfondire la fisiologia femminile, equivale ad effettuare un pericoloso salto nel buio.

Fattori di rischio DMP per la donna

- *lavoro psichicamente usurante (helping profession)*
- *nell'85% dei casi le docenti sono donne (800.000 lavoratrici)*
- *rischio di patologia ansioso donna vs. uomo 3:1*
- *rischio patologia depressiva donna vs. uomo 2:1*
- *rischio depressione stagionale donna vs. uomo 6:1*
- *età media dei docenti italiani 49,8 anni*
- *rischio depressivo età perimenopausale vs. età fertile 5:1*
- *età media della donna al primo parto 31,9 anni*
- *menopausa coincide con l'adolescenza dei figli e spesso con ...*
- *assistenza ai genitori/parenti anziani non autosufficienti*
- *riforme previdenza costringono a trascorrere menopausa a lavoro*

8. Per poter affrontare la questione DMP occorrerebbe un forte e congiunto impegno sindacale che riprendesse le fila del discorso avviato – ma subito colpevolmente interrotto⁴⁵ – dalla CISL nel 1979 con la ricerca condotta insieme all'Università di Pavia su 2.000 insegnanti di Milano e Provincia. Altre ricerche più recenti sugli insegnanti⁴⁶ hanno solo sfiorato il problema affrontando le fonti di insoddisfazione nella professione docente. A 30 anni di distanza da quei risultati preoccupanti (il 30% del campione dichiarava di fare uso di psicofarmaci) e di fronte a una scuola sempre più in crisi, il sindacato è chiamato ad approfondire il DMP dei docenti studiandone anche i rischi intrinsecamente legati alla fisiologia della donna, nonché a proteggere i propri iscritti, tutelando la loro salute anche attraverso adeguate strategie previdenziali. A seguire potrà essere affrontata la delicata questione riguardante l'eventuale causa di servizio che può potenzialmente derivare dal danno psichiatrico conseguente all'usura psicofisica professionale del docente. Quanto sopra rifuggendo da una speciosa e talvolta comoda mescolanza tra fenomeni quali il DMP ed il mobbing⁴⁷. Sono infatti tutt'altro che infrequenti i casi di DMP - che arrivano in CMV dopo aver richiesto assistenza agli sportelli dei sindacati - con un corredo sintomatologico composto da *deliri, allucinazioni e manie di persecuzione*, sostenendo di essere oggetto di *mobbing* da parte di colleghi e dirigente scolastico.
9. Altro preciso impegno da portare avanti col supporto di campagne di comunicazione istituzionali è rappresentato dalla necessità di sfatare i noti stereotipi sugli insegnanti. I luoghi comuni sono fortemente radicati negli stessi insegnanti che finiscono con l'autocommiserarsi nella nefasta convinzione che "l'opinione pubblica è composta da tutti coloro che non sono insegnanti", che poi

⁴⁵ Già allora risultò sorprendentemente che il 30% del campione di docenti faceva uso di psicofarmaci, con punte del 34% tra i docenti che operavano in periferia. Dopo la pubblicazione monografica dall'eloquente titolo "Insegnare logora?" e a dispetto dei roboanti proclami dei vertici sindacali e dei responsabili istituzionali di allora, calò un velo di silenzio inaspettato quasi a non volere scoperciare un vaso di Pandora.

⁴⁶ Cavalli A. (a cura di), *Insegnare oggi. Prima indagine IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana* (Bologna, Il Mulino, 1992).

⁴⁷ Spesso i due fenomeni coincidono ed il nome cambia a seconda dell'osservatore: per l'interessato si tratta di mobbing, mentre per il collegio medico è un disturbo paranoide.

equivale a dire: *“La pubblicità condiziona il mio vicino, ma non ha potere su di me”*⁴⁸. Questo convincimento errato induce un atteggiamento di disperata rassegnazione e diviene, in tutti gli insegnanti, ostacolo alla possibilità di confrontarsi e condividere il disagio con amici/parenti (*“non mi crederebbero mai a causa degli stereotipi”*) e colleghi (*“perché hanno il mio stesso problema di credibilità”*). L’insegnante in difficoltà si troverà di conseguenza da solo a gestire un forte livello di stress con l’alta probabilità di ricorrere a *reazioni di adattamento negative* (bere, fumare, “pasticcarsi”) anziché *positive* (assunzione di sani stili di vita, buona gestione del tempo libero, condivisione dei problemi, amicizie, svaghi, hobbies etc.).

10. Il fabbisogno formativo dei medici (di famiglia, specialisti e componenti delle CMV) necessita di attenta considerazione. Da un lato i dirigenti scolastici ritengono correttamente che i medici di famiglia sono all’oscuro circa il rischio DMP nei docenti, dall’altro possiedono una convinzione illusoria circa gli specialisti (il 44,5% sostiene che *“sono a conoscenza del DMP nei docenti”* quando praticamente non esistono ricerche mediche in merito). Ancor più drammatica è l’ignoranza del fenomeno da parte dei componenti delle CMV poiché si può tradurre nell’assunzione di un provvedimento inadeguato da parte della commissione con ripercussioni negative sull’ambiente scolastico. Già nella ricerca condotta sui presidi del Triveneto (Fondazione Iard 2006), meno della metà del campione affermava di nutrire poca fiducia nei confronti del collegio medico. Talvolta questo scarso credito di cui fruiscono i medici è del tutto meritato soprattutto se il provvedimento della CMV perviene al paradossale giudizio di *“Soggetto idoneo alle mansioni d’insegnante, purchè l’attività non si svolga in condizioni di rilevante stress e conflittualità”*⁴⁹. Dal quadro appena tracciato e nella direzione di un approccio multidisciplinare al DMP dei docenti, occorre immediatamente procedere con azione di acculturamento dei medici relativamente al DMP nella scuola, provvedendo altresì ad avvicinare la CMV all’amministrazione scolastica. Si consideri a titolo d’esempio che una semplice ma efficace azione nei confronti dei medici potrebbe consistere nella distribuzione della pubblicazione scientifica⁵⁰ ai docenti i quali, a loro volta (dopo attenta lettura), lo consegnino al loro medico di base per opportuna conoscenza (il rapporto docenti-Medico di Medicina Generale è infatti 20:1).

⁴⁸ Il fenomeno è così diffuso in tutti noi e tra tutte le categorie professionali che un interessante studio condotto tra i medici di base portava allo sconcertante risultato che attestava la loro convinzione di essere immuni dalla propaganda delle case farmaceutiche, mentre questa avrebbe condizionato solo i colleghi. (Bobbio M., Liberati A. 2000-2004-2005 www.gimbe.org).

⁴⁹ Nel caso in esame l’insegnante sottoposto a visita dalla CMV. Il docente era accompagnato da una eloquente e dettagliatissima relazione di visita ispettiva che evidenziava inconfutabili manifestazioni patologiche quali: aggressività fisica e verbale nei confronti degli alunni; conflitti con i colleghi e col preside; manie di persecuzione; esposti e denunce dei genitori degli alunni; “deragliamenti” del pensiero e “insalata di parole; sanzioni e segnalazioni nelle precedenti sedi di lavoro; documentazione scolastica attestante altre manifestazioni di disagio psichico già dieci anni prima della visita in CMV; ed altro ancora.

Nel corso dei seminari di formazione che hanno coinvolto circa 1.100 presidi, sono stati segnalati numerosi casi nei quali i collegi medici hanno comunicato anche la diagnosi all’amministrazione scolastica. Talvolta la segreteria delle CMV ha addirittura inoltrato all’istituto scolastico la richiesta di informare direttamente il lavoratore.

⁵⁰ *“Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?”* – La Medicina del Lavoro N.5/2004 – di Lodolo D’Oria V. e altri

Difficoltà della CMV

- ignoranza sul rischio DMP insegnanti (no pubblicazioni)
- documentazione inadeguata trasmessa dal dirigente scol. (DS)
- denuncia di *mobbing* da parte dell'interessato
- tutela del posto di lavoro pz. e riduzione stipendio (90-50-0%)
- medico di parte nega patologie del suo assistito
- compito istituzionale non prevede attività terapeutica
- archiviazione pratica 1° mancata presentazione ingiustificata
- conflitto tra tutela individuo vs. tutela collettività del DS

11. I corsi per informare gli insegnanti sul rischio DMP hanno precisi obiettivi di prevenzione (vedi diapositiva sottostante).

Obiettivi e vantaggi del corso per docenti

- Si favorisce “autodiagnosi” e monitoraggio individuale
- Si abbattano stereotipi riducendo ansia e aumentando la condivisione dello stress
- Si spiega che visita in CMV è un diritto/tutela del docente e non un danno
- Si illustrano i diritti alla tutela salute dei docenti (LL. 335/98, 274/91 etc)
- Si apre alla possibilità del counselling e auto-aiuto per chi percepisce il disagio
- Si illustrano tecniche e reazioni di adattamento allo stress (*positive e negative*)
- Si abbatte il rischio di denunce per mobbing ed esposti legali (L. 626/94)
- Si coinvolgono anche i RSPP, i RSL ed i rappresentanti sindacali
- Si accresce la conoscenza del DMP nel medico competente, MMG, PLS
- Si tutela indirettamente l'incolumità dell'utenza
- Si riducono verosimilmente assenze e supplenze per diminuzione/condivisione DMP
- Si preparano i colleghi a riaccogliere docenti in DMP adibiti ad altre mansioni

Merita quindi un'attenta disamina la modalità con cui si possono potenzialmente reperire i finanziamenti atti a sostenere le numerose azioni da intraprendere a favore degli interessati.

Preso atto della cronica carenza di finanziamenti per la scuola, si è provveduto a sondare la disponibilità dei dirigenti scolastici a ricorrere allo strumento della sponsorizzazione messo a disposizione del legislatore con le finanziarie '98 e 2000. La scuola – come la sanità dove oramai è possibile fare la pubblicità all'interno degli ospedali – è sicuramente ad alta “sensibilità etica” come confermano i dati. Tuttavia prevalgono a larghissima maggioranza i favorevoli (oltre il 70%) che sembrano essersi accorti dei benefici apportati dalle crescenti sponsorizzazioni a favore di cause sociali⁵¹. Il DMP dei docenti non è più trascurabile, e dunque vale la pena percorrere con la dovuta cautela ogni via utile per affrontare l'emergenza.

⁵¹ Una indagine Eurisko del 2008 rivela che nell'ambito del *Cause Related Marketing* (marketing agganciato alle cause di utilità sociale) il ricorso alle sponsorizzazioni è il più frequente (56%) rispetto ad altre tecniche (Public Relation,

8. Conclusioni

Le molteplici riflessioni scaturite dai dati della ricerca sono dunque utili ad impostare una seria trattazione del DMP negli insegnanti da parte dei dirigenti scolastici chiamati a tutelare per legge l'incolumità psicofisica del lavoratore e l'incolumità dell'utenza, senza trascurare efficienza ed efficacia del corretto svolgimento delle attività didattiche.

Le conclusioni dello studio ci spingono a prefigurare interventi in ambito scolastico, focalizzandoci sulle modalità di riconoscimento, prevenzione e gestione del DMP nella scuola. La complessità del fenomeno, infatti, richiede particolare attenzione verso la molteplicità dei fattori e dei soggetti che entrano in gioco nella gestione delle situazioni di disagio mentale professionale.

In questo senso, le prospettive future vedono l'attivazione di un modello di rilevazione, gestione e prevenzione del DMP, che vuole agire non solo sui destinatari diretti (i docenti a rischio), ma si prefigge di coinvolgere tutti i soggetti che intervengono nel processo di rilevazione dei sintomi, certificazione della diagnosi, gestione del fenomeno e tutela dal rischio di disagio nella popolazione insegnante. Dirigenti scolastici, ispettori tecnici ministeriali, medici del lavoro e medici legali, medici competenti e medici di base, psichiatri e psicologi, RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), RSL (Rappresentante della Sicurezza sul Lavoro), istituzioni, famiglie, opinione pubblica sono così chiamati a collaborare per rispondere a un problema internazionale di non trascurabile entità.

Il rischio psicosociale nel Documento di Valutazione del Rischio (DVR): misure di prevenzione, monitoraggio e gestione del Disagio Mentale Professionale (*burnout*) negli insegnanti.

Marketing Diretto, *licensing* etc.). Inoltre la cultura ed i giovani risultano essere due settori in crescita relativamente alla capacità di attrarre l'interesse degli sponsor su temi internazionali quale è appunto il DMP nei docenti.

Per quanto concerne il rilievo etico, giuridico, fiscale e contrattuale della sponsorizzazione si veda il testo "*Pubblicità, Sponsorizzazioni e Cause Related Marketing: tre nuovi strumenti di marketing per imprese, sanità, scuola ed enti locali*" – Il Sole 24 Ore – a cura di Lodolo D'Oria V. (2003).

di Vittorio Lodolo D'Oria⁵², Augusto Iossa Fasano⁵³, Massimiliano Della Torre⁵⁴.

Introduzione

Lo *stress* può essere considerato un ingrediente fisso della vita quotidiana tanto in ambito domestico-familiare quanto sul luogo di lavoro. Sono state coniate numerose definizioni di *stress*, ma esiste ormai un ampio consenso sul fatto che all'origine dello stesso concorrono molteplici fattori come la risposta fisica, mentale ed emotiva che ciascun individuo oppone all'incontro con stimoli ambientali o relazionali (conflitti, pressioni, sollecitazioni etc.).

Una o più condizioni stressogene, se particolarmente intense o protratte nel tempo, possono indurre l'ormai nota sindrome del burnout (Maslach, 1982).

Questa è solitamente caratterizzata da particolari stati d'animo (quali ansia, irritabilità, esaurimento fisico, panico, agitazione, senso di colpa, negativismo, ridotta autostima, empatia e capacità d'ascolto etc.), somatizzazioni (quali emicrania, sudorazioni, insonnia, disturbi gastrointestinali, parestesie etc.)

(Fontana, 1993), reazioni comportamentali (assenze o ritardi frequenti sul posto di lavoro, chiusura difensiva al dialogo, distacco emotivo dall'interlocutore, ridotta creatività, ricorso a comportamenti stereotipati).

Lo stress possiede anche dei risvolti positivi in quanto rappresenta uno stimolo all'azione, ma è soprattutto la capacità individuale di adattamento a esso (reattività) a consentire la suddivisione degli episodi in distress (stress nocivi) ed eustress (stress positivi).

Sin dalla prima metà degli anni 80 la sindrome del *burnout* negli insegnanti è stata oggetto di particolare attenzione da parte di molti autori internazionali (Kokkinos, 2007; Anderson e Iwanicki, 1984; Beck & Gargiulo, 1983; Belcastro, Gold & Hays, 1983; Gold, 1984, 1985; Iwanicki & Schwab, 1981; Schwab & Iwanicki, 1982; Kyriacou, 1987) ed è stata in seguito riconosciuta come risultante di tre elementi principali (Maslach, 1986):

- affaticamento fisico ed emotivo (*emotional exhaustion and fatigue*)
- atteggiamento distaccato e apatico nei confronti di studenti, colleghi e nei rapporti interpersonali (*depersonalisation and cynical attitude*)
- sentimento di frustrazione dovuto alla mancata realizzazione delle proprie aspettative (*lack of personal accomplishment*).

Più recentemente Folgheraiter (1994) introduce un quarto elemento descritto come *perdita della capacità del controllo*, smarrimento cioè di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione. La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita di relazione e l'individuo non riesce a "staccare" mentalmente tendendo a lasciarsi andare anche a reazioni emotive, impulsive e violente.

Numerosi studi hanno confermato che la categoria degli insegnanti rientra a pieno titolo tra le cosiddette *helping profession* proprio perché sottoposta a numerosi *stress relazionali* (Mark, 1990; Pithers, 1995; Betoret, 2006). La loro natura, sia in generale che con specifico riferimento allo scenario scolastico italiano, può essere ricondotta ad alcuni fattori riguardanti:

- la peculiarità della professione (rapporto con studenti e genitori, classi numerose, situazione di precariato, conflittualità tra colleghi, costante necessità di aggiornamento)
- la trasformazione della società verso uno stile di vita sempre più *multietnico* e *multiculturale* (crescita del numero di studenti extracomunitari e degli interscambi culturali come effetti della globalizzazione)

⁵² Componente del Collegio Medico per l'Inabilità al Lavoro della ASL Città di Milano responsabile del settore "Scuola e Sanità" della Fondazione Iard. Indirizzo e-mail: vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it

⁵³ Psichiatra psicoanalista coordinatore di Metandro (www.metandro.com).

⁵⁴ Medico del lavoro *competente* dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano.

- ❑ il continuo evolversi della percezione dei valori sociali (con l'introduzione di nuove politiche a favore dell'handicap con l'inserimento di alunni disabili nelle classi, delega educativa da parte della famiglia a fronte dell'assenza di genitori-lavoratori o di famiglie monoparentali)
- ❑ l'evoluzione scientifica (avvento dell'era informatica e delle nuove tecnologie di comunicazione elettronica)
- ❑ il susseguirsi continuo di riforme (autonomia scolastica, innalzamento della scuola dell'obbligo, ingresso nel mondo della scuola anticipato all'età di cinque anni e mezzo)
- ❑ la maggior partecipazione degli studenti alle decisioni e conseguente livellamento dei ruoli con i docenti dopo il '68 (decreti delegati del '74, Statuto degli studenti/studentesse del DPR 239/98)
- ❑ il passaggio critico dall'individualismo al lavoro d'equipe (che ha comportato la scomparsa dell'insegnante unico con l'avvento dell'insegnamento basato su una pluralità di docenti)
- ❑ l'inadeguato ruolo sociale attribuito/riconosciuto alla professione (retribuzione insoddisfacente, risorse carenti, precarietà del posto di lavoro, mobilità, scarsa considerazione da parte dell'opinione pubblica).

Da una rivisitazione della letteratura (Nagy, 1992) sono stati individuati oramai almeno 40 fattori che determinano il *burnout*. Gli stessi sono riconducibili a tre categorie principali (Marck, 1990):

- fattori sociali e personali del soggetto: comprendono le caratteristiche individuali (personalità, sesso, età, tolleranza, aspettative professionali, suscettibilità, stile cognitivo, background culturale, razza, religione, tempra, tenacia, arrendevolezza, resistenza, livello socio-economico, stile di vita, situazione familiare, eventi luttuosi etc.)
- fattori relazionali: relativi ai rapporti interpersonali con studenti e loro familiari, direzione scolastica, competitività coi colleghi, affollamento delle classi
- fattori oggettivi organizzativi (o professionali) : riguardano l'organizzazione scolastica e le condizioni di lavoro (riforme scolastiche, precariato, ubicazione della scuola in zona urbana o rurale, carico di lavoro, risorse didattiche, attrezzature, programma da svolgere, organizzazione degli orari di lezione, funzioni obiettivo, chiarezza dei regolamenti di funzionamento, flussi di comunicazione interna, frequenza delle riunioni, percorso di carriera, reporting/feedback inefficace etc.).

Lo stress nel corpo docente: una piramide a tre strati

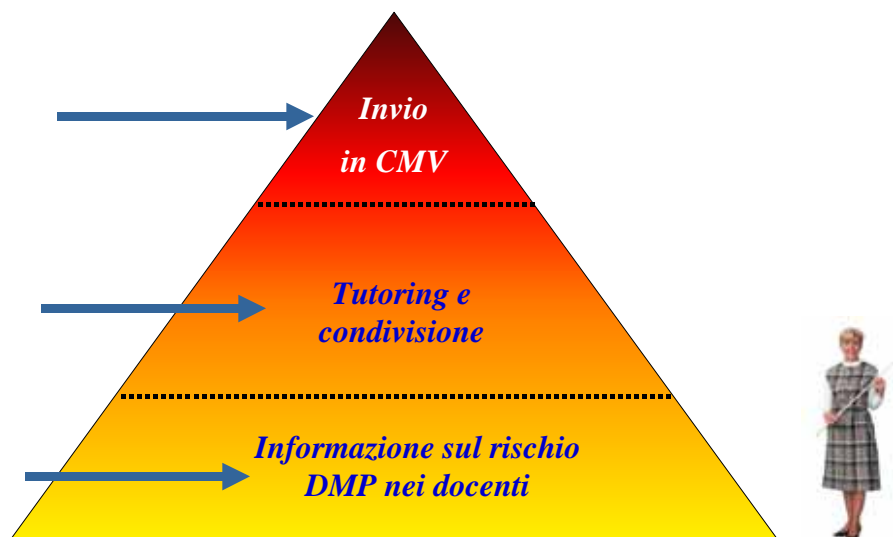
Premesso che tra scuola pubblica e privata si contano circa un milione di insegnanti, ai fini di un intervento in loro favore può essere utile rappresentare la categoria come un'unica *piramide* suddivisa in tre *strati* a seconda delle condizioni di salute psicofisica individuale.

1. *La base della piramide*: abitata da coloro che sono in **buona salute**. Ci si dovrà preoccupare di salvaguardare il benessere psicofisico di chi esercita la professione, prevenendo il *rischio-DMP*. Formare e informare gli insegnanti in modo completo, diviene perciò una tappa cruciale per contrastare il *distress*. Occorre inoltre mettere i docenti in grado di gestire sapientemente le proprie energie monitorandole nel tempo. L'auto-valutazione delle proprie condizioni psicofisiche aiuterà a mantenere integra ed efficiente la propria *capacità di critica e giudizio*.
2. *Lo strato intermedio*: popolato da coloro che sono in una situazione di DMP (**burnout**). Si dovrà predisporre un intervento di *social support* che si traduce nell'attivazione di strutture di ascolto, informazione, condivisione, auto-aiuto e *counselling*. L'obiettivo delle suddette iniziative consiste nell'evitare all'insegnante in difficoltà quei sentimenti di *vergogna* ed *isolamento*, tipici dell'individuo che rischiano di far adottare reazioni di adattamento

negative (isolamento, apatia, aggressività, fumo, alcool etc). Presidiare l'area del disagio è fondamentale poiché la situazione può evolvere verso la patologia mentale con la rapida perdita delle *capacità di critica e giudizio* e la conseguente emarginazione sociale e nel posto di lavoro.

3. *L'apice della piramide*: composto da coloro che sono oramai vittime di una **psicopatologia** franca. Si dovrà pensare a come riconoscerli, *agganciarli* ed orientarli verso l'accertamento medico in Commissione Medica di Verifica affinché non arrechino altri danni a se stessi e all'utenza. L'intervento è ovviamente volto a perseguire la cura/guarigione dell'individuo, con l'obiettivo finale di favorirne il reinserimento lavorativo e sociale. A tal fine dovranno essere formati in merito alla gestione del DMP tutti coloro che rivestono ruoli di responsabilità nella tutela della salute degli insegnanti (dirigenti scolastici, loro collaboratori, RSL, RSPP, medico competente, ispettori tecnici ministeriali, componenti delle CMV, psicologo scolastico etc). Fornire specifici contenuti su come riconoscere e gestire i casi complessi, costituisce una priorità nella *formazione manageriale* dei presidi.

Il triplice intervento sul DMP



La sicurezza sulla tutela della salute in ambiente scolastico

Il nuovo Testo Unico all'articolo 3 comma 2 specifica che "...nei riguardi degli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado, le disposizioni del presente decreto legislativo sono applicate tenendo conto delle effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative, individuate entro e non oltre dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo con decreti emanati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988 n. 400, dai Ministri competenti di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della salute e delle riforme e innovazioni nella pubblica amministrazione sentite le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale..."

Fino alla scadenza dei 12 mesi di cui al comma 2, sono fatte salve le disposizioni attuative dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626. Decorso inutilmente tale

termine, trovano applicazione le singole discipline speciali, integrate dai criteri e principi generali del succitato decreto.

Nel caso specifico trattasi di quelle indicate nel DM 382/98 pubblicato nella GU n. 258 del novembre 1998 recante le "Norme per l'individuazione delle particolari esigenze negli istituti di istruzione ed educazione di ogni ordine e grado ai fini delle norme del D.Lgs 626/94".

In questa prima fase sono dunque fondamentali tutte le attività di prevenzione con azioni sia sull'ambiente di lavoro che sui lavoratori.

Punto di partenza oltre che obbligo del datore di lavoro, così come indicato nell'articolo 16 del nuovo TU, è la valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza, ovvero la programmazione della prevenzione mirata ad un complesso che integri - in modo coerente con la prevenzione stessa - le condizioni tecniche e produttive dell'azienda, nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro.

L'oggetto della valutazione dei rischi (articolo 28 del nuovo TU, ex art. 4 D. L.vo 626/94), che costituisce tra l'altro obbligo non delegabile del datore di lavoro (art.17), deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo *stress lavoro-correlato*, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, in base alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi.

Occorre ribadire, inoltre, l'importanza della valutazione del rischio quale momento di formazione della cultura della sicurezza da parte del datore di lavoro, del dirigente e del preposto, oltre che dei lavoratori.

In questa ottica, appare pertanto importante indicare la necessità che negli istituti di istruzione, ove possono essere presenti organizzazioni complesse con più unità, si proceda alla stesura della valutazione attraverso il contributo partecipativo dei dirigenti e dei preposti, oltre che dei rappresentanti dei lavoratori, ove nominati.

In particolare devono essere prese in considerazione le problematiche riguardanti l'organizzazione del lavoro quali orari, carichi di lavoro, stress, rapporti gerarchici e interindividuali, rapporti con terzi e con l'utenza (genitori e studenti).

Al termine della valutazione dei rischi il datore di lavoro deve produrre il *Documento di Valutazione dei Rischi* che comprenderà anche i criteri adottati per la valutazione stessa; l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate; il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza; nonché l'individuazione di procedure per l'attuazione delle misure da realizzare e i ruoli dell'organizzazione aziendale che devono essere assegnati unicamente a soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri.

Un ruolo di fondamentale importanza deve essere svolto dal *Servizio di Prevenzione e Protezione* organizzato dal datore di lavoro costituito dall'insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all'azienda finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori all'interno dell'istituto.

Tra i principali compiti del SPP vi sono l'individuazione dei fattori di rischio, la valutazione dei rischi e l'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale; elaborazione, delle misure preventive e protettive e elaborazione di procedure di sicurezza per le varie attività aziendali; proposta di programmi di informazione e formazione dei lavoratori.

Gli addetti e i responsabili dei servizi, interni o esterni, di cui al comma 1, devono possedere le capacità e i requisiti professionali specificate all'articolo 32 del TU: essere in numero sufficiente rispetto alle caratteristiche dell'azienda e disporre di mezzi e di tempo adeguati per lo svolgimento dei compiti loro assegnati.

Il ricorso a persone o servizi esterni è obbligatorio in assenza di dipendenti che, all'interno dell'azienda ovvero dell'unità produttiva, siano in possesso dei requisiti necessari per legge.

Tra questi è prevista la frequenza a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi (anche di natura ergonomica e da stress lavoro-correlato come indicato all'art. 28, comma 1, e art. 32 comma 2), di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative e di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali.

Negli istituti di istruzione, di formazione professionale e universitari, il datore di lavoro che non opta per lo svolgimento diretto dei compiti propri del servizio di prevenzione e protezione dei rischi designa il responsabile del servizio di prevenzione e protezione individuandolo tra:

- a) il personale interno all'unità scolastica in possesso dei requisiti che si dichiara a tal fine disponibile;
- b) il personale interno ad una unità scolastica in possesso dei requisiti che si dichiara disponibile ad operare in una pluralità di istituti.

In assenza di personale, gruppi di istituti possono avvalersi in maniera comune dell'opera di un unico esperto esterno tramite stipula di apposita convenzione: in via prioritaria con gli enti locali proprietari degli edifici scolastici e, in via subordinata, con enti o istituti specializzati in materia di salute e sicurezza sul lavoro o con altro esperto esterno libero professionista.

Per quanto riguarda gli obblighi di formazione e informazione dei lavoratori il datore di lavoro deve provvedere altresì affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione: sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, sulle normative di sicurezza e sulle disposizioni aziendali in materia; con particolare riferimento a: concetti di rischio; danno; prevenzione; protezione; organizzazione della prevenzione aziendale; diritti e doveri dei vari soggetti aziendali; organi di vigilanza e controllo; assistenza; rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni; misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristiche del settore o comparto di appartenenza dell'azienda.

Il datore di lavoro può anche nominare un medico competente⁵⁵ che deve partecipare alla valutazione del rischio fornendo contributi significativi per quanto riguarda la prevenzione e la tutela della salute psicofisica del lavoratore. Il medico competente può avvalersi della competenza di specialisti in particolare di psicologi del lavoro e psichiatri, per la prevenzione del *rischio stress occupazionale psicosociale e di stress lavorativo*.

⁵⁵ Tra i compiti del medico competente vi sono quelli di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza inoltre collabora alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale.

Il medico competente:

- ❑ programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
- ❑ informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;
- ❑ comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata;
- ❑ fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori.

La sorveglianza sanitaria consiste in visite mediche preventive intese a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica; visite mediche periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio.

Prevenzione di primo livello: formazione e informazione sul DMP

L'ampia bibliografia internazionale a disposizione riconosce il rischio di usura psicofisica per la classe docente che è, a tutti gli effetti, accreditata tra le cosiddette *helping profession*. Inoltre la formula del rischio universalmente adottata è la seguente: $R=PD/K$ ⁵⁶. Se dunque il datore di lavoro – cioè il dirigente scolastico in ambito scolastico – è tenuto ad adottare le misure necessarie per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori (artt. 4 e 17 del D. L.vo 626/94), non può venire meno l'obbligo di contemplare i rischi psicosociali (DMP) nel *Documento di Valutazione del Rischio* che, a termini di legge, il dirigente è chiamato a stilare con il RSPP (art. 3 del DM 382/98). Il succitato decreto ministeriale prevede inoltre che *il datore di lavoro attivi gli opportuni interventi ed ogni idonea iniziativa di formazione e informazione* (art. 1).

E' lo stesso D. L.vo 626/94 che all'art. 21 obbliga il dirigente scolastico a *provvedere affinché ciascun lavoratore riceva un'adeguata formazione sui rischi per la sicurezza e la salute connessa all'attività dell'impresa in generale (omissis)... e sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta*, mentre all'art. 22 ricorda che *la formazione deve essere periodicamente ripetuta (anche per i casi di trasferimento ed assunzione) e l'RSPP ne ha particolare diritto*. Ne consegue *l'obbligatorietà – per i lavoratori – della partecipazione alla formazione che dovrà avvenire nell'orario di lavoro e non può comportare oneri economici a carico dei lavoratori* (6° comma, art. 22). E' infine lo stesso decreto ministeriale (1° comma, art. 6) a chiamare in causa gli enti istituzionalmente preposti (Uffici Scolastici Regionali e Provinciali) affinché *formino e aggiornino i dirigenti scolastici che a loro volta attuano la formazione dei lavoratori ai sensi dell'art. 22 del D. L.vo 626/94, promuovendo iniziative di formazione, informazione, addestramento del personale d'intesa con enti istituzionalmente preposti alla sicurezza sul lavoro*.

Per la compilazione del DVR è infine fondamentale il coinvolgimento del medico competente – per gli istituti scolastici che ne dispongono – come ricorda l'art. 17 del D. L.vo 626/94.

La formazione da proporre agli insegnanti dovrà possedere dei contenuti specifici⁵⁷ ed eventualmente altri più generali, riferiti alla fisiologia della persona, agli stili di vita, alla prevenzione delle malattie (es. screening per patologie oncologiche⁵⁸) alla gestione delle relazioni e dei conflitti o altro ancora. Essendo il DMP negli insegnanti una tematica in gran parte sconosciuta agli stessi medici, e richiedendo competenze multidisciplinari per poter affrontare con cognizione di causa le possibili conseguenze cui il docente può andare incontro o rappresentare per terzi⁵⁹ agli incontri formativi saranno invitati a partecipare i componenti della CMV provinciale di riferimento, i medici del lavoro *competenti*, i medici di medicina generale (MMG) dei docenti (l'invito potrà

⁵⁶ R = rischio; P = probabilità che si verifichi un evento; D = entità del danno; K = informazione e formazione del soggetto.

⁵⁷ Argomenti di formazione per attuare programmi di prevenzione tra i docenti:

- Principali fattori professionali di rischio per *sindrome del burnout* e psicopatologia
- Profili psicologici maggiormente esposti al rischio-DMP nelle *helping profession*
- Reazioni di adattamento allo stress: quelle negative e quelle positive
- Segnali premonitori del disagio mentale: prevenire, riconoscere, monitorare il DMP
- Strumenti e tecniche di prevenzione: consapevolezza del rischio lavorativo, auto-diagnosi, auto-cura, condivisione, confronto e orientamento alla cura
- Reinserimento lavorativo guidato dell'insegnante dopo una fase di *burnout*

⁵⁸ Considerata la *femminilizzazione* della professione docente (85%) e l'età media della stessa (49,8 anni), si sottolinea la necessaria attenzione alla fisiologia della donna (gravidanza, puerperio, menopausa) anche prevedendo - nel DVR - il costante richiamo all'utilità degli screening per il tumore della mammella e della cervice uterina. I dati pubblicati su "La Medicina del Lavoro" accreditano l'urgenza di misure preventive verso le suddette patologie neoplastiche.

⁵⁹ Rischio per l'incolumità fisica del lavoratore e/o dell'utenza, aspetti previdenziali, esaurimento del periodo di comporto, rischio di risoluzione del rapporto di lavoro, sanzioni disciplinari, risvolti medico-legali a seguito dei provvedimenti della CMV o della mancata presentazione a visita medica collegiale etc

essere loro esteso dagli stessi insegnanti che desiderassero, nel proprio interesse, coinvolgere il loro curante) ed i pediatri di libera scelta (PLS).

Nelle sottostanti diapositive sono riportati i vantaggi attesi dall'intervento formativo e rappresentate le sedi dove è stato finora operato lo stesso⁶⁰.

In alcune scuole sono state inoltre opportunamente stipulate apposite ed convenzioni con realtà commerciali (palestre, ristoranti, cinema, teatri etc) a favore dei docenti affinché siano incentivati a fruire al meglio del loro tempo libero, incentivando li stessi a condividere le problematiche quotidiane ed abbattere conseguentemente i livelli d'ansia.

Obiettivi e vantaggi del corso per docenti

- favorire “autodiagnosi” e monitoraggio individuale
- abbattere stereotipi riducendo ansia e aumentando condivisione stress
- spiegare che la visita in CMV è un diritto/tutela del docente e non è “mobbing”
- illustrare i diritti e gli strumenti normativi per tutela salute dei docenti
- aprire alla possibilità del *counselling* per chi percepisce il disagio
- illustrare le reazioni di adattamento *positive* e quelle *negative*
- ridurre il rischio di denunce per mobbing a danno del dirigente scolastico
- diminuire rischio di denunce legali (gestione e prevenzione del DMP attuata)
- formare RSPP ed RSL
- introdurre formazione/prevenzione obbligatoria ai sensi del D.Lvo. 626/94
- accrescere anche la conoscenza DMP nella classe medica (M.Comp., MMG, PLS)
- tutelare l'incolumità dell'utenza
- contenere assenze e supplenze
- preparare il terreno al reinserimento lavorativo di docenti reduci dal DMP

Località nelle quali è stata effettuata la formazione per docenti e dirigenti scolastici

⁶⁰ Sono stati attualmente interessati istituti scolastici di 14 regioni con oltre 50 seminari, corsi, interventi formativi.



Prevenzione di secondo livello: monitoraggio, ascolto e condivisione del DMP

Il livello di sopportazione dello stress di regola si riduce col trascorrere dell'anno scolastico in seguito all'usura psicofisica progressiva. L'atteggiamento di ascolto del dirigente scolastico, attraverso la continua disponibilità al colloquio e agli incontri personali con i suoi docenti, è pertanto requisito fondamentale ma non sufficiente. Un'azione puntuale e completa per la prevenzione di secondo livello contempla anche i seguenti interventi:

- ❑ monitoraggio del clima relazionale dell'ambiente scolastico e dei livelli di stress attraverso la somministrazione e l'elaborazione di griglie di autovalutazione, questionari anonimi⁶¹ (inizio, metà e fine anno scolastico) con restituzione di apposito *feed-back*;
- ❑ raccolta e valutazione dei *trend* di indicatori oggettivi⁶² comparati con dati storici e/o eventualmente di scuole con analoghe caratteristiche nel territorio (*benchmarking*);
- ❑ attivazione di un'*area ritrovo insegnanti* (con la funzione di sportello di ascolto, condivisione e auto-aiuto) con l'ausilio di docenti interni alla scuola. Tra gli insegnanti che hanno mostrato interesse all'argomento durante la frequentazione del corso base di *informazione sul rischio DMP*, saranno infatti selezionati dei *tutor* – in base a predisposizione, formazione professionale e interesse personale – che verranno appositamente formati⁶³ per ricoprire adeguatamente il loro ruolo sotto una supervisione specialistica;

⁶¹ Sono in fase di realizzazione questionario e griglia di autovalutazione standard da utilizzare per il monitoraggio dei livelli di stress dei docenti.

⁶² Trattasi di: *assenze, supplenze, lamentele ufficiali di genitori e studenti, trasferimenti e turnover di docenti, anzianità di servizio, sanzioni e visite ispettive, note agli studenti, tasso di fuga e attrazione della scuola, debiti, incidenti etc.*

⁶³ Argomenti trattati nei corsi per la formazione del *tutor dell'area ritrovo insegnanti*:

- Gli indicatori del DMP ed i segnali di allerta nella scuola: strumenti di indagine e loro utilizzo

- coordinamento delle suddette attività da parte di un centro psicologico territoriale di riferimento che presiede la regia degli interventi, sapendo leggere i segnali di disagio e conseguentemente proporre le contromisure adeguate atte a contrastare il DMP.

Prevenzione di terzo livello: orientamento alla cura (*invio in CMV*) e reinserimento lavorativo

Il dirigente scolastico deve essere in grado di gestire anche eventuali casi di docenti che - loro malgrado - sono già soggetti a patologia psichiatrica conclamata e spesso la negano pervicacemente. I suddetti casi possono essere incontrati o ereditati dal preside come conseguenza di trasferimenti o nuove assegnazioni dell'insegnante o del dirigente stesso.

A tale proposito il capo d'istituto ha il dovere di rifuggire dall'assumere provvedimenti impropri, impostando correttamente una richiesta di visita in CMV per l'interessato⁶⁴, accompagnandola con una puntuale e precisa relazione per la commissione medica⁶⁵.

Diviene di conseguenza fisiologico conoscere l'argomento DMP per poi poter adottare le corrette modalità per affrontarlo e gestirlo. Il seminario formativo messo a punto per i dirigenti scolastici sviluppa pertanto specifici argomenti⁶⁶, con l'obiettivo di rilevare le criticità, rispondere ai quesiti e impostare le soluzioni dei singoli casi.

Il delicato compito, cui il dirigente è chiamato, prevede infatti la tutela della salute del lavoratore garantendo contestualmente l'incolumità dell'utenza. Il preside, senza sbilanciarsi nella formulazione di ipotesi diagnostiche, orienterà il docente verso la sede istituzionalmente indicata per affrontare una questione di natura medica.

Anche il reinserimento lavorativo guidato del docente "*oggetto di*" (ovvero "*reduce da*") un provvedimento di *inidoneità temporanea all'insegnamento* richiede attenzione e disponibilità. Uno degli obiettivi della formazione iniziale consiste specificamente nel prepararsi ad accogliere ed aiutare chi rientra in servizio o colui che sta attraversando una fase di disagio.

-
- Nozioni psicologiche di base: strategie di condivisione e mediazione
 - L'attività di prevenzione nel corpo docente nel Documento di Valutazione del Rischio
 - L'accertamento medico in CMV: come, quando e perché richiederlo
 - I limiti della commissione medica per l'inabilità al lavoro: come superarli
 - Il nesso tra *burnout* e *mobbing*: equivoci e analogie
 - Analisi di casi e role-playing
 - Come facilitare il reinserimento guidato al lavoro del docente reduce dal disagio

⁶⁴ Qualora la scuola avesse il medico competente, deve avvalersene ai fini dell'invio alla CMV che disporrà di un elemento aggiuntivo – la valutazione dell'idoneità lavorativa specifica appunto - su cui basare la valutazione ai fini della diagnosi e del conseguente provvedimento.

⁶⁵ La ricerca della presente pubblicazione ha rilevato l'effettiva necessità formativa dei dirigenti scolastici sull'argomento DMP, nonché la volontà degli stessi a formarsi e ricevere supporto medico, giuridico e amministrativo. Si rimanda pertanto alla lettura integrale della ricerca per i debiti approfondimenti.

⁶⁶ Argomenti trattati nei corsi per dirigenti scolastici

- Le sanzioni disciplinari e i trasferimenti: strumenti inefficaci e rischiosi per affrontare il DMP
- La richiesta di visita ispettiva: atto utile o dilatorio?
- L'accertamento medico per l'inabilità al lavoro: quando, come e perché richiederlo
- La relazione per la richiesta della visita medica collegiale in CMV: struttura e contenuti
- I limiti della commissione medica per l'inabilità al lavoro: come superarli
- I rischi legali per il dirigente scolastico: come evitare denunce ed esposti
- Il nesso tra *burnout* e *mobbing*: equivoci e analogie
- L'attività di prevenzione nel corpo docente
- Il reinserimento guidato al lavoro del docente reduce dal disagio: i passi verso il recupero
- Le responsabilità del dirigente scolastico secondo il T.U. e il D. L.vo 626/94: Documento Valutazione del Rischio

La Medicina del Lavoro N. 5 – AD 2004

Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?

V. Lodolo D'Oria¹, F. Pecori Giraldi², M. Della Torre³, A. Iossa Fasano⁴, F. Vizzi⁵, S. Fontani⁶,
A. Vitello⁷, S. Cantoni⁸, A. Pascale⁹, P. Frigoli¹⁰.

¹ Medico Rappresentante delle Casse Pensioni INPDAP in seno al Collegio Medico per l'inabilità al lavoro della ASL Città di Milano; responsabile area "Studio e tutela del benessere psicofisico degli operatori in ambito scolastico" della Fondazione IARD. *Mail:* vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it

² Istituto Auxologico Italiano, Ospedale S. Luca IRCCS - Milano.

³ Unità Operativa di Medicina del Lavoro, Ospedale L. Sacco – Polo Universitario - Milano

⁴ Collegio Medico per l'inabilità al lavoro della ASL Città di Milano – Medico psichiatra

⁵ Servizio di Medicina Legale – ASL 1 Torino

⁶ Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – ASL Città di Milano

⁷ Servizio di Medicina Legale – ASL Città di Milano

⁸ Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – ASL Città di Milano

⁹ Dottoranda di ricerca in Modelli di formazione – Università degli Studi della Calabria

¹⁰ Mamaco S.a.s. - Partnership pubblico-privato nei settori Scuola e Sanità - Milano

KEYWORDS

Teachers; students; school; helping professions; burnout; psychiatric disease.

SUMMARY

"Is there any correlation between psychiatric disease and teaching profession?". Background: **Some professional categories are at risk for burnout due to job-related stressors. Burnout is characterized by physical and emotional exhaustion, apathy, cynical attitude, poor personal accomplishment and reduced self-control. Several studies on occupational stress have demonstrated that burnout has a strong impact on helping professions and, in particular, on teachers.** Objectives: **The purpose of the study is to highlight and compare differences among clinical disorders diagnosed in four different classes of workers belonging to the Public Administration with particular focus on job-related and mental disorders.** Materials and methods: **Based on the data collected in 3.447 medical examinations, performed within Milan Health District from January 92 to December 03 - in order to assess people disability - researchers compared four categories of state employees (teachers, clerks, health care professionals and blue collars).** Results: **The findings reveal that teachers' risk to develop psychiatric disorders is 2-, 2.5-, and 3-fold higher than that of clerks, health care professionals and blue collars, respectively. Age or sex did not represent a confounding factor for increased rate of psychiatric disorders. Interestingly teachers also presented an approximately 1.5 - 2 fold higher risk of developing neoplasia, compared with clerks and blue collars.** Conclusions: **The increased prevalence of psychiatric disorders among teachers, detected in this cohort of public employees filing for disability pension, is striking and warrants further investigations. This finding points to the need for job related interventions aimed at buffering teachers' psychiatric disorders, a multidimensional issue which requires active debates among institutions, unions, school authorities, the scientific community, professional associations and, last but not least, students and their families.**

Corrispondenza:
Vittorio Lodolo D'Oria
Via dei Chiaramonti 19 – 20148 Milano
E-mail: vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it

RIASSUNTO

Alcune categorie di lavoratori, a causa di particolari fattori stressogeni legati all'attività professionale, sono soggetti a rischio di sindrome del burnout. Tale condizione è caratterizzata da affaticamento fisico ed emotivo, atteggiamento distaccato e apatico nei rapporti interpersonali, e sentimento di frustrazione. Autorevoli studi hanno accertato che tale affezione rappresenta un fenomeno di portata internazionale, che ricorre frequentemente negli insegnanti. Sono altresì rare le pubblicazioni comparative sulla prevalenza della sindrome del burnout nelle varie categorie professionali. Addirittura inesistenti gli studi che valutano l'incidenza di psicopatologie tra gli insegnanti. Lo studio Golgota, partendo dall'analisi degli accertamenti sanitari per l'incapacità al lavoro, effettuati dal Collegio Medico della ASL Città di Milano nel periodo 1/92 – 12/03 per un totale di 3.447 casi clinici, ha operato un confronto tra quattro macrocategorie professionali di dipendenti dell'Amministrazione Pubblica (insegnanti, impiegati, personale sanitario, operatori manuali). I risultati mostrano che la categoria degli insegnanti - in controtendenza con gli stereotipi diffusi nell'opinione pubblica - è soggetta a una frequenza di patologie psichiatriche pari a due volte quella della categoria degli impiegati, due volte e mezzo quella del personale sanitario e tre volte quella degli operatori manuali. Lo studio evidenzia inoltre come gli insegnanti presentino il rischio di sviluppare una neoplasia, superiore di 1.5-2 volte rispetto ad operatori manuali ed impiegati. Le variabili sesso ed età non sono risultate essere fattori di confondimento ai fini dei risultati dello studio. Viene rilevata la necessità di ulteriori approfondimenti epidemiologici, affiancati da contestuali interventi operativi volti a contrastare tempestivamente il disagio mentale negli insegnanti. Si ritiene necessaria l'apertura di un dibattito che coinvolga istituzioni, parti sociali, amministrazioni scolastiche, associazioni di categoria, studenti, famiglie e comunità medico-scientifica, in ragione della portata e della multidimensionalità del problema che interessa gli ambiti sanitario, sociale, culturale, economico ed istituzionale.

Introduzione

Sin dalla prima metà degli anni '80 la sindrome del *burnout* negli insegnanti è stata oggetto di particolare attenzione da parte di molti autori internazionali (2,3, 9,17,19,20,27).

La condizione è stata riconosciuta come risultante di quattro elementi principali (6,18,20,22,25):

- affaticamento fisico ed emotivo (*emotional exhaustion and fatigue*);
- atteggiamento distaccato e apatico nei confronti di studenti, colleghi e nei rapporti interpersonali (*depersonalisation and cynical attitude*);
- sentimento di frustrazione dovuto alla mancata realizzazione delle proprie aspettative (*lack of personal accomplishment*);
- diminuzione dell'autocontrollo (*reduced self-control*).

Recenti studi confermano lo stress cui è sottoposta la categoria degli insegnanti (4,5,15,24,32) riconducendone l'origine a fattori quali:

- peculiarità della professione (rapporto con studenti e genitori, classi numerose, retribuzione insoddisfacente, risorse carenti, precariato, conflittualità tra colleghi, costante necessità di aggiornamento);
- trasformazione della società verso una realtà di vita *multi-etnica* e *multiculturale* come effetto della globalizzazione (crescita del numero di studenti extracomunitari);
- continuo evolversi della percezione dei valori sociali (introduzione di nuove politiche a favore dell'handicap e conseguente inserimento di alunni disabili nelle classi; delega educativa da parte della famiglia a fronte dell'assenza di genitori-lavoratori o di famiglie monoparentali; alleanza genitori-figli a detrimento dell'asse genitori-insegnanti);
- evoluzione scientifica (avvento dell'era informatica e delle nuove tecnologie di comunicazione elettronica);
- susseguirsi continuo di riforme (autonomia scolastica, lavoro d'équipe, innalzamento della scuola dell'obbligo, ingresso anticipato nel mondo della scuola);
- riforma delle *baby-pensioni*;
- bassa considerazione sociale da parte dell'opinione pubblica.

Tra le categorie di fattori che influiscono sullo stress della persona riconosciamo:

- *le caratteristiche sociali e personali del soggetto*: comprendono le caratteristiche individuali (personalità, sesso, età, tolleranza, aspettative professionali, suscettibilità, stile cognitivo, background culturale, razza, religione, tempra, tenacia, arrendevolezza, resistenza, livello socio-economico, stile di vita, situazione familiare, *life-events* etc).
- *i fattori oggettivi professionali*: riguardano l'organizzazione scolastica e le condizioni di lavoro (riforme scolastiche, precariato, ubicazione della scuola in zona urbana o rurale, carico di lavoro, risorse didattiche, attrezzature, programma da svolgere, organizzazione degli orari di lezione, funzioni obiettivo, chiarezza dei regolamenti di funzionamento, flussi di comunicazione interna, frequenza delle riunioni, percorso di carriera, reporting/feedback inefficace etc).

Il disagio psicofisico degli insegnanti è dunque un tema di valenza internazionale da almeno vent'anni come dimostrano gli studi condotti negli Stati Uniti (14), in Gran Bretagna (10), Israele (37), Australia (24), Canada (36), Norvegia (29), Malta (8), Barbados (31) ed Hong Kong (1). Sul tema sono stati anche condotti studi comparativi tra sistemi scolastici di differenti paesi come Italia e Francia (33), Scozia e Australia (32), Giordania ed Emirati Arabi (1), Stati Uniti e Gran Bretagna (13), Nuova Zelanda e Australia (23). Meno frequenti, ma altamente significativi, i lavori (7) che hanno effettuato un confronto tra l'incidenza del *burnout* su categorie professionali differenti (ad es. insegnanti/impiegati).

Razionale dello studio

Partendo dall'analisi dei verbali relativi agli accertamenti sanitari per l'inabilità al lavoro svolti dai Collegi Medici (istituiti ai sensi dell'art. 13 della legge 8 agosto 1991, n. 274⁶⁷) nel periodo 1/92 – 12/03 e concernenti i lavoratori iscritti alle Casse Pensioni INPDAP (Istituto Nazionale Pensioni Dipendenti Amministrazione Pubblica) residenti nella città di Milano, lo studio *Golgota* si propone di osservare:

⁶⁷ Visite medico-collegiali finalizzate all'accertamento della sussistenza o meno della condizione di inabilità (non derivante da causa di servizio) assoluta e permanente, a qualsiasi proficuo lavoro ed in subordine all'accertamento della "inidoneità relativa alle sole mansioni esercitate" (circolare 15 novembre 1991, n. 9/I.P. del Ministero del Tesoro)

- composizione della popolazione facente domanda in base alla categoria professionale di appartenenza (operatori manuali, impiegati, personale sanitario, insegnanti);
 - tipologia di patologie – suddivise per aree terapeutiche – alla base delle domande d'inabilità al lavoro;
 - prevalenza delle patologie ed in particolare di quelle psichiatriche nelle diverse categorie professionali;
 - severità delle patologie psichiatriche, assumendo come indice prognostico di gravità il provvedimento adottato dalla Commissione Medica competente (idoneità al lavoro, temporanea/permanente inidoneità parziale, temporanea/permanente inabilità totale al lavoro);
 - eventuali differenze di prevalenza di patologie psichiatriche tra la categorie degli insegnanti stratificati per livello d'insegnamento (scuola materna, elementare, media, superiore).
- A fronte dell'ampia casistica osservata, lo studio ritiene verosimile l'assunto in base al quale le caratteristiche sociali e personali abbiano un peso analogo nel determinare la patologia psichiatrica nei quattro raggruppamenti professionali. Ne discende pertanto che le eventuali differenze sono imputabili ai fattori oggettivi professionali.*

Materiali e metodi

Lo studio Golgota è stato reso possibile grazie alla raccolta dei dati⁶⁸ eseguita direttamente dal medico INPDAP che ha partecipato – ai sensi dell'art. 13 della L. n. 275/91 e con le modalità previste dalla circolare 15 novembre 1991, n. 9/I.P del Ministero del Tesoro – alle visite medico-collegiali effettuate presso l'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano.

L'analisi statistica effettuata si riferisce ad un arco temporale di 12 anni (01/1992 – 12/2003) per un totale di 3447 pratiche di accertamenti d'inabilità al lavoro inerenti altrettanti lavoratori.

Per ciascun soggetto sottoposto ad accertamento sono stati raccolti i dati riguardanti sesso, età al momento della visita, professione, ente di appartenenza, diagnosi, provvedimento adottato dalla Commissione Medica.

Per la categoria degli insegnanti è stato rilevato, come dato aggiuntivo, il settore d'insegnamento (scuola materna, elementare, media, superiore).

Si è proceduto inizialmente a suddividere le patologie – che hanno motivato le domande di inabilità al lavoro dei 3447 casi – in base all'apparato colpito, per poi confrontare i dati riguardanti gli insegnanti con quelli della restante popolazione aggregata. Sono stati in seguito confrontati i risultati delle quattro categorie professionali individuate e, laddove sono emerse differenze statisticamente significative tra gli insegnanti e le altre categorie osservate, si è proceduto ad un approfondimento degli scostamenti evidenziati.

Il Collegio medico competente, afferente al Servizio di Medicina Legale, risulta composto da quattro membri: il presidente – un medico dirigente di struttura complessa⁶⁹ – un medico specialista in Medicina del Lavoro; un medico del Servizio di Medicina Legale; un medico rappresentante la Cassa pensioni cui il lavoratore risulta iscritto.

Per i casi clinici di competenza psichiatrica l'organo sanitario collegiale si avvale di uno specialista psichiatra. Per la stesura di relazioni psichiatriche integrative – resesi necessarie ai fini della diagnosi finale – il Collegio si avvale dei Centri Psico Sociali di zona competenti per territorio, sempreché il paziente non risulti essere già in carico a una struttura specializzata pubblica o privata accreditata.

Gli ulteriori dati occorrenti ai fini dello studio sono stati reperiti presso la Sede Provinciale INPDAP di Milano, il Provveditorato agli Studi di Milano e sul sito internet del Ministero della Pubblica Istruzione (MIUR).

Il lavoratore ha infine facoltà di integrare il collegio medico con un sanitario di propria fiducia, assumendosene l'onere economico.⁷⁰

Ai fini delle elaborazioni statistiche sono stati considerati "psichiatrici" tutti quei casi che contemplavano, nell'ambito della diagnosi conclusiva accertata dal Collegio Medico, una patologia di pertinenza della omonima branca specialistica. Si è quindi proceduto a conteggiare

⁶⁸ Nel rispetto della legge n. 675/1996 sul trattamento dei dati sensibili

⁶⁹ Con riferimento alla Circolare del Ministero del Tesoro del 15-11-1983, n. 608 ed alla citata circolare 15 novembre 1991, n. 9/ I.P.

⁷⁰ art. 13 L. 8 agosto 1991, n. 274

separatamente le diagnosi esclusivamente psichiatriche (senza cioè concomitanze di patologia di altra natura), da quelle dove la patologia psichiatrica è associata ad altra affezione.

Le patologie psichiatriche sono state riunite in gruppi di categorie compatibili con la classificazione del DSM-IV TR e ispirati all'approccio psicodinamico (16).

L'abuso di sostanze e il disturbo dell'alimentazione sono stati uniti a causa delle sovrapposizioni frequenti tra bulimia e alcolismo; quest'ultimo – a sua volta – avrebbe dovuto essere distinto dalle tossicomanie da sostanze psicoattive con una tripartizione che sarebbe però risultata frammentaria.

Analisi statistica

I risultati sono stati ottenuti utilizzando il software Statview (Abacus Concepts Inc, Berkeley CA, U.S.A.). Il confronto tra proporzioni è stato effettuato tramite il test chi quadro (χ^2) oppure il test esatto di Fisher, a seconda della numerosità del campione. Per confronti multipli, è stata applicata la correzione di Bonferroni. Per il confronto tra medie sono stati utilizzati il test t di Student per dati non appaiati, oppure l'ANOVA seguito dal test post-hoc di Bonferroni. Il rischio relativo è stato calcolato confrontando il rischio tra insegnanti e altre categorie di professioni, il rischio attribuibile (i.e. frazione eziologica) è stato calcolato come percentuale di $1-1/\text{rischio relativo}$. Gli intervalli di confidenza al 95% (C.I.) dei rischi calcolati sono stati ottenuti utilizzando la formula di Miettinen. Al fine di stabilire la presenza di fattori di confondimento, quali età e sesso, la casistica è stata stratificata per classi di età o per sesso. Per ogni classe è stata calcolata la somma dei rischi specifici pesati per la proporzione di soggetti della medesima classe. I risultati sono espressi come media \pm errore standard della media.

Risultati

Sono state esaminate 3447 pratiche di accertamento per l'inabilità al lavoro relative a 774 insegnanti, 651 impiegati (colletti bianchi), 1556 operatori manuali (colletti blu) e 466 operatori sanitari.

Il database è costituito da 2407 donne e 1040 uomini con età media di $46.25 \pm 0,15$ anni, estremi 21-69 anni. Non c'è una differenza significativa tra l'età degli uomini e delle donne (46.24 ± 0.29 vs 46.25 ± 0.18 , NS). L'età degli insegnanti è risultata significativamente superiore a quella di tutte le altre categorie professionali (tabella 1); anche l'età degli operatori manuali è apparsa mediamente superiore rispetto a quella di impiegati e sanitari. Il sesso femminile è risultato largamente rappresentato tra insegnanti e sanitari, prevalente – seppur in maniera più contenuta – in impiegati e operatori manuali, rappresentando rispettivamente, il 77.9%, 75.2%, 59.4% e 68.5%. La proporzione di donne è risultata significativamente superiore in insegnanti e sanitari rispetto alle altre due categorie professionali ($p < 0.0001$ per tutti i confronti significativi).

Tabella 1 - Descrizione della popolazione allo studio suddivisa per sesso ed età nelle differenti categorie professionali analizzate.

CATEGORIA	FEMMINE	ETA ¹	MASCHI	ETA ¹	TOTALE NUMERO	ETA ¹
IMPIEGATI	387 (59,4%)	44 (23-65)	264 (40,6%)	45 (24-65)	651(18,9%)	44 (23-65) §
INSEGNANTI	603 (77,9%)	50 (26-68)	171(22%)	52 (34-69)	774(22,4%)	50 (26-69)*
OPERATORI MANUALI	1067 (68,5%)	48 (24-68)	489 (31,5%)	46 (25-66)	1556 (45,1%)	47 (24-68)
SANITARI	350 (75,2%)	43 (21-68)	116 (24,8%)	47 (26-69)	466(13,5%)	45 (21-69) §
TOTALE	2407 (69,9%)	46 (21-68)	1040 (30,1%)	46 (24-69)	3447	47 (21-69)

¹mediana * $p < 0.0001$ vs tutte le altre professioni; § $p < 0.0001$ vs collaboratori

Confronto tra insegnanti e categorie professionali aggregate.

Il confronto tra le domande di inabilità al lavoro degli insegnanti ed il resto degli iscritti INPDAP ha consentito di rilevare una prevalenza significativamente maggiore di patologie psichiatriche, laringee e neoplastiche negli insegnanti (tabella 2).

Tabella 2- Distribuzione delle differenti patologie diagnosticate nelle categorie professionali (in grassetto le differenze statisticamente significative).

	INS.	INS. %	IMP.	IMP. %	OPER.MAN	OPER.MAN %	SANIT.	SANIT. %
TRAUMI	0	0	1	0,2	2	0,1	1	0,2
DERMOPATIA	1	0,1	5	0,8	23	1,5	5	1,1
EMOPATIA	6	0,8	5	0,8	16	1	3	0,6
GINECOPATIA	7	0,9	5	0,8	37	2,4	5	1,1
UROPATIA	7	0,9	3	0,5	34	2,2	4	0,9
NEFROPATIA	10	1,3	17	2,6	34	2,2	7	1,5
OTOPATIA	10	1,4	11	1,7	26	1,7	6	1,3
IMMUNOPATIA	10	1,4	17	2,6	39	2,5	17	3,7
INFETTIVOPATIA	14	1,8	10	1,5	26	1,7	9	1,9
PNEUMOPATIA	20	2,6	26	4	53	3,4	17	3,7
VASCULOPATIA	23	2,9	15	2,3	107	6,9	24	5,1
GASTROPATIA	26	3,4	43	6,6	109	6,9	31	6,7
OCULOPATIA	30	4	25	3,8	40	2,6	14	3
ENDOCRINOPATIA	38	5	32	4,9	115	7,4	33	7,1
LARINGOPATIA	45	5,8	3	0,5	4	0,2	0	0
CARDIOPATIA	78	10,1	49	7,5	157	10,1	41	8,8
OSTEOPATIA	98	12,7	133	20,4	627	40,3	131	28,1
NEOPLASIA	110	14,2	60	9,2	112	7,2	51	11
NEUROPATIA	138	17,8	148	22,7	541	34,8	134	28,8
PSICOPATIA	386	49,8	245	37,6	263	16,9	132	28,3

In particolare, la prevalenza di patologie psichiatriche è risultata essere 49.8% negli insegnanti rispetto al 23.9% degli altri iscritti all'INPDAP ($\chi^2 = 190.7$; $p < 0.0001$), con un rischio relativo pari a 2.08 (C.I. 95% 2.06-2.10) ed una frazione eziologica di 51.2% (C.I. 95% 51.5-52.2). La prevalenza di neoplasia è risultata del 14.2% negli insegnanti e dell'8.4% nelle altre categorie professionali ($\chi^2 = 23.4$; $p < 0.0001$), con un rischio relativo pari a 1.69 (C.I. 95% 1.62-1.77) ed una frazione eziologica di 40.8% (C.I. 95% 37.9-44.0). La patologia laringea riscontrata ha una prevalenza del 5.8% negli insegnanti e 0.26% nelle altre categorie ($\chi^2 = 121.14$; $p < 0.0001$), con un rischio relativo pari a 21.9 (C.I. 95% 20.8-23.0) ed una frazione eziologica di 95.4% (C.I. 95% 95.1-95.7).

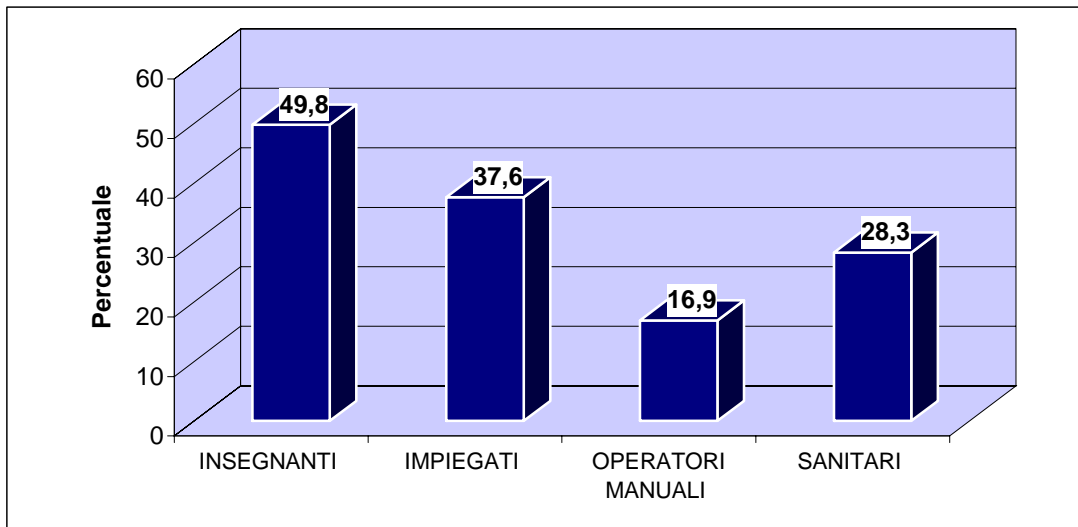
Gli insegnanti presentano pertanto un rischio di patologia psichiatrica doppio rispetto a quello presente nel complesso dei dipendenti pubblici facenti capo all'INPDAP. Il rischio di neoplasia è quasi 1.7 volte superiore e quello di patologia laringea 20 volte superiore per gli insegnanti rispetto alle altre categorie professionali aggregate. Dalla frazione eziologica si evince che la metà delle patologie psichiatriche, presentate come causa di inabilità al lavoro, sono correlate all'attività di insegnante, ed analogo discorso vale per il 40% circa delle patologie neoplastiche ed il 95% delle patologie laringee.

Di converso, in virtù del lavoro manuale svolto, richiedente un maggiore impegno fisico, nei colletti blu si è avuta una prevalenza di patologie a carico del sistema osteo-artro-muscolare (rispettivamente 40.3% e 28.1%) statisticamente significativa rispetto alle altre categorie professionali osservate. Tale reperto è ampiamente supportato dalla letteratura internazionale e da studi eseguiti da autorevoli enti governativi americani (21, 38).

Confronto tra insegnanti e singole categorie professionali

Il confronto delle cause degli accertamenti di inabilità al lavoro tra insegnanti e le singole patologie professionali (figura 1), conferma la maggiore frequenza di patologie psichiatriche in insegnanti e impiegati (49.8% e 37.7%, $\chi^2 = 22.3$, $p < 0.0001$) con un RR di 1,33 (C.I. 95% 1.29-1.36) ed una frazione eziologica del 24.5% (C.I. 95% 21.6-27.9).

Figura 1- Prevalenza di patologie psichiatriche nei diversi gruppi professionali



Similmente, le patologie psichiatriche figuravano nel 16.9% degli accertamenti di inabilità al lavoro relativi alla categoria professionale degli operatori manuali ($\chi^2 = 275.9$ $p < 0.0001$ vs insegnanti) e nel 28.3% degli accertamenti di inabilità del personale sanitario ($\chi^2 = 43.9$, $p < 0.0001$), con un RR rispettivamente di 2.93 (C.I. 95% 2.9-2.95) nel confronto con i primi e di 1.77 (C.I. 95% 1.73-1.82) nel confronto con i secondi. Pertanto, anche rispetto alle altre categorie professionali valutate individualmente, gli insegnanti presentano un rischio 2-3 volte maggiore di manifestare una patologia psichiatrica.

I disturbi dell'umore ed i disturbi d'ansia rappresentano negli insegnanti il 71.5% delle patologie psichiatriche mentre nelle altre categorie professionali costituiscono rispettivamente il 70.6% (impiegati), 64.4% (operatori) e 68.7% (sanitari) (tabella 3).

Tabella 3 - Classificazione delle patologie psichiatriche diagnosticate secondo il DSM IV nelle categorie professionali (valori espressi come numero e percentuale sul totale delle patologie psichiatriche per ciascuna categoria).

	IMPIEGATI	INSEGNANTI	OPERATORI	SANITARI	TOTALE
Disturbi dell'umore	91 (37,1%)	151(39,1%)	86 (32,5%)	47(35,9%)	375 (36,5%)
Disturbo dell'adattamento	4 (1,6%)	3 (0,8%)	1(0,4%)	1(0,8%)	9(0,9%)
Disturbi d'ansia	82 (33,5%)	125 (32,4%)	85 (31,9%)	43 (32,8%)	335(32,6%)
Disturbi di personalità	20 (8,2%)	45 (11,6%)	19 (7,1%)	6(4,6%)	90(8,8%)
Schizofrenia ed altri disturbi psicotici	38 (15,5%)	41(10,6%)	45 (17%)	28(21,3%)	152(14,8%)
Demenze ed altri disturbi cognitivi	1 (0,4%)	6 (1,6%)	4 (1,5%)	2(1,5%)	13 (1,3%)

Disturbi dissociativi	1 (0,4%)	4(1%)	1 (0,4%)	1(0,8%)	7 (0,7%)
Disturbi somatoformi	0	3 (0,8%)	4 (1,5%)	2(1,5%)	9 (0,9%)
Abuso di sostanze e anoressia nervosa	6 (2,4%)	5(1,3%)	11(4,2%)	0	22 (2,1%)
Ritardo mentale	0	0	7 (2,7%)	0	7(0,7%)
Disturbi del controllo degli impulsi	2 (0,8%)	3 (0,8%)	2 (0,8%)	1(0,8%)	8 (0,8%)
Totale	245	386	265	131	1027

Riguardo alla possibilità di sviluppare patologie psichiatriche associate ad altre condizioni morbose, la distribuzione di “patologie psichiatriche pure” e “patologie psichiatriche associate” è risultata sovrapponibile nelle diverse categorie professionali salvo una prevalenza significativamente superiore di “patologie psichiatriche associate” negli operatori manuali ($P < 0.0001$) (tabella 4).

Tabella 4 - Proporzione di patologie psichiatriche pure e patologie psichiatriche associate nelle diverse categorie di iscritti INPDAP. I dati sono espressi come percentuale delle patologie psichiatriche totali per ciascuna categoria.

	INSEGNANTI		IMPIEGATI		OPERATORI MANUALI		SANITARI	
	F	M	F	M	F	M	F	M
PSICOPATIE PURE	207 (69%)	62 (72,1%)	124 (74,3%)	60 (77%)	78 (46,4%)	71 (74%)	66 (66%)	20 (62,5%)
PSICOPATIE ASSOCIATE	93 (31%)	24 (27,9%)	43 (25,7%)	18 (23%)	90 (53,6%)	25 (26%)	34 (34%)	12 (37,5%)
TOTALE	300	86	167	78	168	96	100	32

Dal momento che gli insegnanti sono significativamente più “attempati” al momento della richiesta di inabilità rispetto alle altre categorie di dipendenti (tabella 1) è stata effettuata la stratificazione per età del rischio relativo. Questa analisi ha indicato che l'età non è un fattore di confondimento infatti il rischio relativo cumulativo di patologia psichiatrica per età non differisce da quello grezzo ($RR_{età} = 2.09$ e $RR_{grezzo} = 2.08$). L'età dei soggetti sottoposti ad accertamenti d'inabilità per patologie di natura psichiatrica è risultata sostanzialmente sovrapponibile all'età di soggetti che non presentavano una patologia psichiatrica (rispettivamente 46.2 ± 0.26 vs 46.3 ± 0.18 anni, NS). E' stata peraltro riscontrata una tendenza ad un'età più giovane tra gli insegnanti affetti da patologie psichiatriche rispetto agli insegnanti che non presentavano patologia psichiatrica (48.8 ± 0.37 anni negli insegnanti con motivazioni psichiatriche vs 50.2 ± 0.41 anni senza motivazioni psichiatriche; $p < 0.05$). Questo confronto è risultato significativo solo per gli insegnanti, non per le altre categorie professionali.

Riguardo alla distribuzione per sesso, considerando che la popolazione dei soggetti sottoposti ad accertamenti di inabilità è composta per il 69.9% da donne e 30.1% da uomini (tabella 1), è apparso curioso osservare come la frequenza di motivazioni psichiatriche sia risultata uguale tra gli iscritti INPDAP nei due sessi (30.5% tra le donne, 28.1% tra gli uomini, NS). La prevalenza di patologia psichiatrica è risultata uguale anche tra insegnanti maschi e femmine: 49.7% nelle donne, 50.3% negli uomini (tabella 5).

Tabella 5 - Distribuzione delle patologie psichiatriche suddivise per sesso, diagnosticate nella categoria degli insegnanti sul totale della popolazione docente.

	M	F	totale
PATOLOGIE PSICHIATRICHE	86	300	386
POPOLAZIONE INSEGNANTI	171	603	774
PERCENTUALE PATOLOGIE PSICHIATRICHE PER SESSO	50,3%	49,7%	49,8%

Analogamente, il rischio relativo di patologia psichiatrica è apparso immutato dopo la stratificazione per sesso, attestando il fatto che il sesso non è un elemento di confondimento per la patologia psichiatrica ($RR_{sex} = 2.08$ e $RR_{grezzo} = 2.08$).

Non è stata riscontrata una maggiore numerosità di accertamenti d'inabilità al lavoro con motivazioni psichiatriche tra gli insegnanti provenienti dalla scuola materna piuttosto che elementare, media o superiore (rispettivamente 46.6%, 52%, 51.8% e 48.4%) (tabella 6).

Tabella 6 – Stratificazione dei docenti per livello d'insegnamento e patologia psichiatrica.

SCUOLE	INSEGNANTI		INSEGNANTI PSICO	
MATERNE	103	13,3%	48	46,6%
ELEMENTARI	223	28,8%	116	52,0%
MEDIE	220	28,5%	114	51,8%
SUPERIORI	219	28,2%	106	48,4%
ALTRO	9	1,1%	2	22,2%
TOTALE	774	100	386	49,8

La professione di insegnante sembra pertanto influire sulla prevalenza di patologie psichiatriche indipendentemente dal livello scolastico al quale si esercita. Infine, la domanda d'inabilità, presentata per motivazioni psichiatriche (tabella 7), ha portato al riconoscimento di inidoneità all'insegnamento nell'80.7% dei casi (53.1% permanentemente e 27.6% temporaneamente) mentre il 9.9% degli insegnanti è stato riconosciuto assolutamente e permanentemente inabile a qualsiasi proficuo lavoro. Solo l'8.8% è stato ritenuto idoneo all'insegnamento dal Collegio Medico.

Tabella 7 – Provvedimenti del collegio medico a carico degli insegnanti, suddivisi per patologie psichiatriche e non psichiatriche.

GIUDIZIO	INSEGNANTI			
	PATOL. NON PSICHIATRICHE		PATOL. PSICHIATRICHE	
Idoneo	59	15,2%	34	8,8%
Non idoneo temporaneamente all'insegnamento	77	19,9%	107	27,6%
Non idoneo all'insegnamento	229	59,0%	205	53,1%
Temporaneamente inabile	0	0,0%	2	0,5%
Inabile	23	5,9%	38	9,9%
Totale	388	100%	386	100%

L'inidoneità all'insegnamento è stata riconosciuta nella stessa percentuale di insegnanti che non presentavano motivazioni psichiatriche (78.9%), mentre la proporzione di insegnanti senza

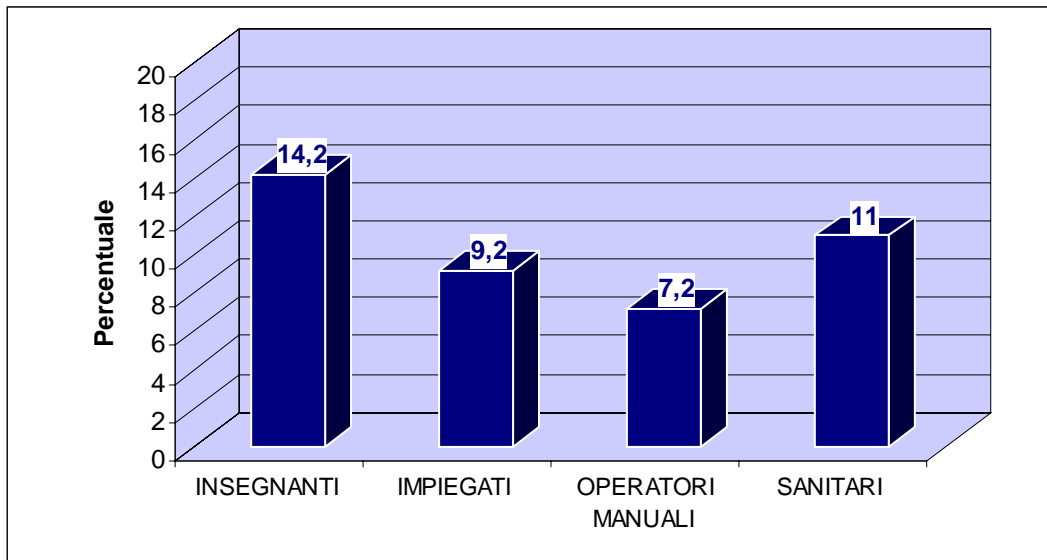
patologie psichiatriche ritenuti idonei è apparsa nettamente superiore (15.2%; $p < 0.01$ vs insegnanti con patologie psichiatriche). Il numero di inabili a qualsiasi proficuo lavoro è apparso nettamente inferiore per insegnanti che non presentavano patologie psichiatriche (5.9%).

La frequenza di patologie neoplastiche quale causa di domanda di inabilità al lavoro (tabella 8; grafico 2) è risultata significativamente più elevata negli insegnanti rispetto a impiegati [14.2% vs 9.2%, $\chi^2 = 8.46$, $p < 0.0001$; RR 1.54 (C.I. 95% 1.39-1.7), frazione eziologica 35.2% (C.I. 95% 27.6-44.8)] e rispetto agli operatori [14.2% e 7.2%; $\chi^2 = 29.0$ $p < 0.0001$; RR 1.96 (C.I. 95% 1.87-2.05), frazione eziologica 49.3% (C.I. 95% 46.9-51.7)]. Per contro, non vi era differenza significativa tra la prevalenza di patologie neoplastiche tra insegnanti e sanitari (14.2 vs 11%; $\chi^2 = 2.6$, NS). Gli insegnanti presentano quindi un rischio 1.5-2 volte superiore a impiegati e operatori di presentare una neoplasia come motivazione della domanda di inabilità al lavoro.

Tabella 8 – Distribuzione delle differenti patologie neoplastiche nelle categorie professionali analizzate, espresse in termini di numero e percentuale per ciascuna categoria e per organo bersaglio.

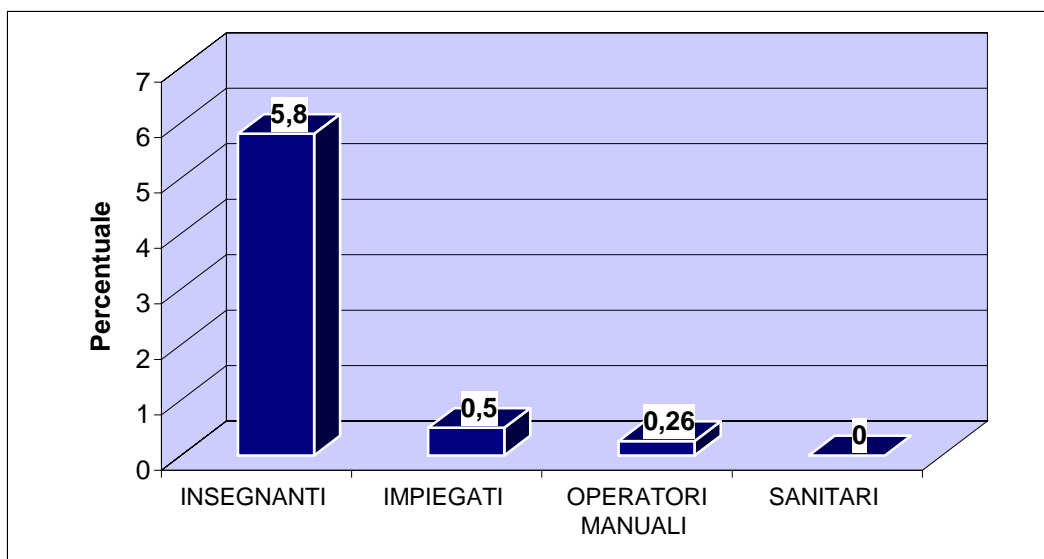
TIPO DI NEOPLASIA	CATEGORIA				
	INSEGNANTI	IMPIEGATI	OPERATORI	SANITARI	TOTALE
	N° - %	N° - %	N° - %	N° - %	N° - %
SNC	11 (10,1%)	7(11,9%)	15(13%)	4 (7,4%)	37 (11%)
CUTE	0	2 (3,4%)	3 (2,6%)	3 (5,6%)	8 (2,4%)
EMOPOIETICO	4 (3,7%)	2 (3,4%)	5 (4,3%)	4 (7,4%)	15 (4,5%)
ESOFAGO	0	1(1,7%)	0	0	1 (0,3%)
FARINGE	0	0	1 (0,9%)	0	1 (0,3%)
FEGATO	0	1(1,7%)	3 (2,6%)	0	4 (1,2%)
INTESTINO	12 (11,1%)	6 (10,2%)	8 (7%)	1 (1,8%)	27 (8%)
LARINGE	3 (2,8%)	0	3 (2,6%)	4 (7,4%)	10 (3%)
LINFOMA	5 (4,6%)	4 (6,8%)	7 (6%)	2 (3,7%)	18 (5,3%)
MAMMELLA	43 (39,8%)	17 (28,3%)	42 (36,5%)	19 (35,2%)	121 (36%)
OVAIO	4 (3,7%)	4 (6,8%)	2 (1,7%)	2 (3,7%)	12 (3,6%)
PANCREAS	0	1(1,7%)	2 (1,7%)	0	3 (0,9%)
POLMONE	5 (4,6%)	3 (5%)	8 (7%)	4 (7,4%)	20 (5,9%)
PROSTATA	1 (0,93%)	1(1,7%)	0	0	2 (0,6%)
RENI	3 (2,8%)	1(1,7%)	3 (2,6%)	1 (1,8%)	8 (2,4%)
SENI PARANASALI	2 (1,9%)	0	0	0	2 (0,6%)
STOMACO	0	3 (5%)	3 (2,6%)	1 (1,8%)	7 (2%)
TESTICOLO	1 (0,93%)	2 (3,4%)	0	1 (1,8%)	4 (1,2%)
TIROIDE	4 (3,7%)	1(1,7%)	3 (2,6%)	2 (3,7%)	10 (3%)
UTERO	7 (6,5%)	3 (5%)	4 (3,5%)	3 (5,6%)	17 (5%)
VESCICA	1 (0,93%)	1(1,7%)	3 (2,6%)	0	5 (1,5%)
ALTRI	2 (1,9%)	0	0	3 (5,6%)	5 (1,5%)
TOTALE	108	59	115	54	336

Grafico 2 - Prevalenza di patologie neoplastiche nelle categorie professionali analizzate



L'analisi demografica del campione ha evidenziato che i soggetti con neoplasia presentano un'età media più avanzata rispetto alla restante popolazione (49.9 ± 0.42 vs 45.9 ± 0.16 anni, $p < 0.0001$). Il rischio relativo di neoplasia negli insegnanti, peraltro, è rimasto sostanzialmente invariato dopo stratificazione per età e per sesso ($RR_{\text{grezzo}} = 1.69$, $RR_{\text{età}} = 1.43$, $RR_{\text{ sesso}} = 1.61$), ad indicare che queste variabili non sono elementi di confondimento. Gli insegnanti di scuola materna presentano una minor prevalenza di patologia neoplastica (4.8% vs 17.1%, 14,6% e 16.1% in insegnanti di scuola elementare, media e superiore; $\chi^2 = 11.38$; $p < 0,05$), dato che è riconducibile alla più giovane età di questo gruppo di insegnanti (42.7 ± 0.78 vs 50.6 ± 0.27 anni, $p < 0.0001$). Infine, la domanda d'inabilità presentata per patologia neoplastica ha portato al riconoscimento di inidoneità all'insegnamento nell'80% dei casi, mentre i restanti 6.8% e 13.2% degli insegnanti sono stati riconosciuti rispettivamente inabili e idonei. Solo gli insegnanti riportano patologie laringee nella domanda di accertamento per invalidità (grafico 3), come confermato dalla frazione eziologica evidenziata in precedenza. In nessuna delle altre categorie professionali la prevalenza di laringopatia supera l'1%.

Figura 3 - Prevalenza di patologia laringea nei differenti gruppi professionali analizzati



Non vi erano differenze significative per quanto concerne l'età e la distribuzione di donne e uomini tra insegnanti affetti o non affetti da laringopatia. Parimenti, la stratificazione per età e sesso non ha modificato il rischio relativo di laringopatia per gli insegnanti ($RR_{\text{grezzo}}= 21.9$, $RR_{\text{età}}= 23.9$, $RR_{\text{sezzo}}= 22.1$). La prevalenza di laringopatia era altresì paragonabile nei diversi livelli di insegnamento (rispettivamente 4.8%, 4.0%, 6.4% e 6.9% per insegnanti di scuola materna, elementare, media e superiore). La presenza di patologia laringea ha portato nella quasi totalità dei casi al riconoscimento di inidoneità all'insegnamento (88.2%) mentre il restante 11.8% è stato ritenuto idoneo. Questo dato è in accordo con la letteratura che riconosce ampiamente l'associazione tra affezioni a carico dell'apparato fonatorio e la categoria degli insegnanti (28, 34, 35, 40).

Discussione

La situazione rilevata dallo studio Gogota, in decisa controtendenza rispetto ai luoghi comuni sugli insegnanti (lavorano solo mezza giornata e dispongono di lunghissimi periodi di vacanza), vede la categoria dei docenti particolarmente esposta al rischio di sviluppare patologie psichiatriche oltre che le oramai riconosciute laringopatie.

L'analisi effettuata sembrerebbe escludere come elementi di confondimento sia l'età che il sesso, facendo ricadere per intero l'esito dei risultati dello studio sull'attività professionale esercitata.

In uno studio analogo – effettuato recentemente nella ASL di Torino su 596 insegnanti che hanno subito gli accertamenti di inabilità al lavoro nel periodo 1996-2002 (39) – emergono sconcertanti conferme a quanto osservato a Milano. Infatti la percentuale di motivazioni psichiatriche alla base delle domande è del 48.9% rispetto al 49.8% del presente studio.

Già nel 1979 (quando ancora non esistevano gli antidepressivi di ultima generazione – noti come SSRI – e gli psicofarmaci erano a prevalente prescrizione specialistica), uno studio su 2.000 insegnanti dell'area milanese rilevò che il 30% del campione faceva uso di psicofarmaci (12).

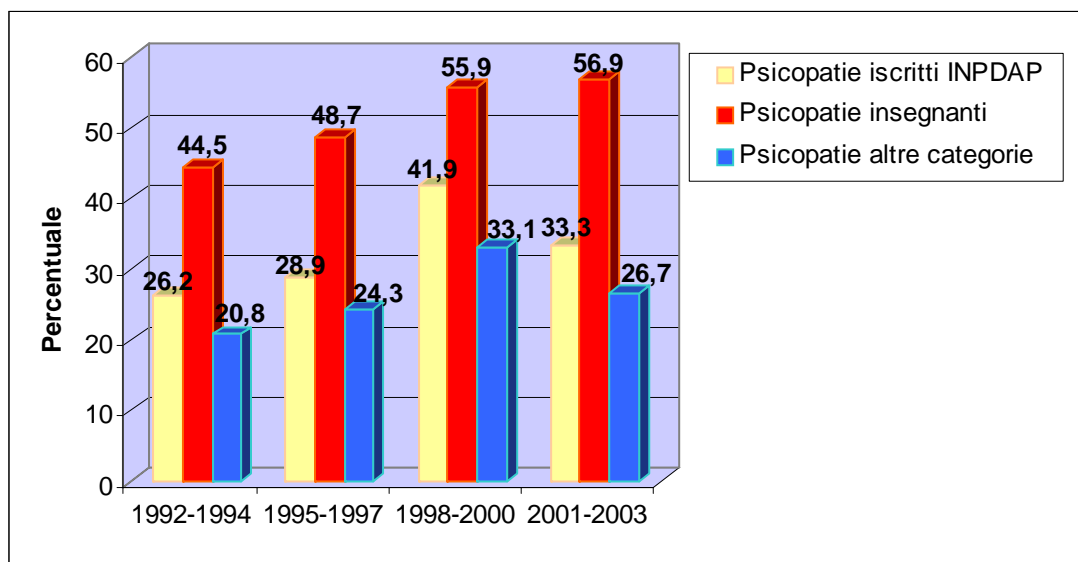
Ricordiamo anche come in un recente studio canadese (36), tra le coping strategies negative più in uso, viene indicato proprio un frequente ricorso all'uso di farmaci delle classi ansiolitici, ipnotici, sedativi e antidepressivi (fenomeno noto come medicalizzazione del disagio).

Una trattazione a parte merita il particolare rilievo sociale del problema. Questo coinvolge nella sola Italia un milione d'insegnanti, sette milioni di studenti con le rispettive famiglie e le istituzioni che si trovano ad affrontare le conseguenze socio-economiche di un sistema scolastico inefficiente (demotivazione e assenteismo della classe docente, aumento dei costi per supplenze e giorni di malattia da retribuire, pensioni d'inabilità, equo indennizzo, assistenza sanitaria).

Anche la riforma delle cosiddette baby-pensioni (1992), pur operando nel senso del risanamento economico, ha indubbiamente contribuito a slatentizzare una situazione sommersa, sottraendo una via di fuga spontanea agli insegnanti in difficoltà oggi tenuti a lavorare fino ai 60 anni (donne) e 65 anni (uomini).

Osservando l'andamento delle domande d'inabilità al lavoro su base psichiatrica - nei trienni del periodo 1992-2003 - non è da escludere anche per il futuro un continuo aumento delle istanze, al fine di ottenere il trattamento pensionistico anticipato (grafico 4).

Figura 4 – Andamento nel tempo delle richieste di idoneità al lavoro per patologie psichiatriche in tutti i dipendenti INPDAP analizzati, nella sola categoria degli insegnanti e nelle altre categorie professionali.



Si considerino poi a parte le implicazioni di alcune recenti disposizioni, che pongono in capo all'amministrazione di appartenenza l'attivazione d'ufficio della pratica, qualora il dipendente riporti lesioni per certa o presunta ragione di servizio o abbia contratto infermità nell'esporsi per obbligo di servizio a cause morbigena e dette infermità siano tali da poter divenire causa d'invalidità o di altra menomazione dell'integrità fisica, psichica o sensoriale (art. 3 D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461).

A fronte delle suddette considerazioni appare quanto meno insolito il silenzio delle direzioni centrali dei sindacati di categoria, tenuto poi conto che fu proprio la CISL (12) – nella succitata ricerca – a lanciare 25 anni fa un grido d'allarme sull'argomento. Il fatto assume poi particolare pregnanza in un momento cruciale come quello attuale dove – nel confronto sindacato/istituzioni – risultano all'ordine del giorno le riforme di scuola e pensioni.

Da ultimo si segnala come la denuncia di casi di mobbing, da parte dei soggetti affetti da patologie psichiatriche, sia oltremodo frequente, evidenziando un'interrelazione importante – e non ancora sufficientemente indagata – tra disadattamento lavorativo e disagio mentale.

Venendo infine agli attori-protagonisti del sistema (insegnanti, dirigenti scolastici, medici di medicina generale, medici legali e del lavoro, specialisti psichiatri e psicologi, opinione pubblica – studenti e famiglie – e mass-media) appare evidente come, trattandosi di una questione complessa, le principali azioni d'intervento ipotizzabili possono essere schematizzate in:

- ricerca/studio epidemiologico sul disagio mentale nella categoria;
- sensibilizzazione sul fenomeno per imparare a riconoscere, trattare e prevenire il disagio mentale;
- informazione della comunità scientifica sul fenomeno – attraverso la divulgazione delle ricerche scientifiche;
- formazione/educazione ECM effettuata dagli specialisti a favore dei medici di medicina generale (MMG) sull'approccio terapeutico integrato alla patologia ansioso-depressiva contrastando il fenomeno noto come medicalizzazione del disagio;
- facilitazione del reinserimento lavorativo e sociale del soggetto disagiato;
- prevenzione: MMG mettono in guardia gli insegnanti dal rischio professionale di disagio mentale e li informano sulle coping strategies da adottare per difendersi;

- *sondaggi d'opinione sugli stereotipi nei confronti degli insegnanti e conseguente campagna di comunicazione sul reale stato del fenomeno per restituire dignità sociale alla professione. Nel progetto – ovviamente supportato dalle istituzioni – dovranno essere coinvolti i sindacati e tutte le associazioni di categoria dei succitati attori-protagonisti (tabella 9).*

Conclusione

Il disagio mentale negli insegnanti richiede necessariamente ulteriori approfondimenti. Le comunità nazionale e internazionale sono chiamate urgentemente ad adottare interventi per contrastarne crescita e diffusione. Occorrono riflessioni che prospettino soluzioni operative, obbligatoriamente articolate, riguardo ai diversi aspetti di un problema composito.

Legislatore, parti sociali, comunità medico-scientifica, associazioni di categoria, associazioni studentesche e familiari, nonché singoli individui sono chiamati ad aprire un dibattito indispensabile e costruttivo nella società che cambia, riconoscendo che un ulteriore ritardo non avrebbe giustificazioni ma solo conseguenze negative in termini di salute, economia e cultura per l'intera collettività.

Particolarmente appropriato per la discussione risulta infine il momento attuale che vede all'ordine del giorno il tema della riforma scolastica e previdenziale.

Tabella 9 – Matrice attore-azione relativa al piano di intervento per il contenimento del disagio mentale nella categoria professionale degli insegnanti.

<i>Azione</i>	Sensibilizzazione	Informazione	Formazione	Ricerca	Cura	Prevenzione
Specialista (SP) Psichiatra Psicologo Medico Lavoro Medico Legale		Divulgazione di studi su burnout e disagio mentale negli insegnanti tra gli SP per informarli che tra le <i>helping profession</i> è una categoria a elevato rischio professionale		SP partecipa a studi clinici per dare una dimensione al problema e verificare il nesso tra burnout e patologia psichica vera e propria ai fini del riconoscimento nel DSM-IV-TR	SP tratta i casi complessi	SP fornisce ai medici generici indicazioni per trattare a 360° la patologia ansioso-depressiva e suggerisce loro i casi di pertinenza dello specialista
Medico di Medicina Generale (MMG)		Divulgazione di studi su burnout e disagio mentale negli insegnanti tra i MMG per informarli che è una categoria a rischio professionale	Attivazione di corsi ECM perché MMG trattino la patologia ansioso-depressiva a 360°, riconoscano il burnout, sappiano orientare allo SP ed evitino la medicalizzazione del disagio prescrivendo solo farmaci antidepressivi	MMG partecipa a studi epidemiologici su larga scala per stabilire i fattori di rischio, la dimensione del problema e le <i>coping</i> utilizzate	MMG tratta i casi di burnout	MMG tiene corsi di prevenzione del disagio mentale, autodiagnosi, autocura, auto-aiuto e orientamento al supporto medico specialistico
Insegnante (INS), Dirigente Scolastico, Ispettore	Campagna di comunicazione rivolta agli INS per far conoscere il rischio professionale, come prevenirlo/affrontarlo, quali <i>coping</i> adottare, a chi rivolgersi per ottenere aiuto, diminuire vergogna e isolamento	Attivazione di corsi di specializzazione per gli INS per favorire nascita e sviluppo di tecniche di auto-aiuto e stress management	Organizzazione di seminari dove i MMG spiegano agli INS come riconoscere e affrontare il disagio psico-fisico e a chi rivolgersi in caso di necessità	INS è oggetto di osservazione a inizio, metà e fine anno. Ricerche su motivazione della scelta della professione, autopercezione, <i>coping</i> , assenteismo, condizioni psicofisiche, zone urbane vs zone rurali, fattori di rischio	INS mette in atto le <i>coping strategies</i> positive e i principi di autodiagnosi, autocura. INS esperto di burnout (tutor) collabora nell'accogliere il collega in difficoltà favorendone il reinserimento lavorativo	INS partecipa alla prevenzione con passaparola, orientamento dei colleghi a rischio per un corretto supporto, tutoring, test d'ingresso alla professione, check – up durante l'anno, istituzione momenti d'incontro (auto-aiuto)
Opinione Pubblica e mass-media (OP-MM)	Campagna di comunicazione rivolta alla popolazione per abbattere stereotipi e far conoscere il nuovo ruolo educativo dell'insegnante e restituire dignità alla professione docente			OP e MM partecipano allo studio su percezione, stereotipi e aspettative sia nei confronti della professione sia nei confronti dei singoli docenti		MM e OP ricevono a inizio, metà e fine anno i risultati delle ricerche sulla salute del corpo docente. Prevedono uno spazio/rubrica dedicato alla categoria professionale e alla scuola in generale

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abu-Hilal M.M. *Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and Emirati teachers*. Psychological Reports 1995; 77, 1367-1375.
- Anderson M.B. & Iwanicki E.F. *Teacher motivation and its relationship to burnout*. Educational Administration Quarterly 1984; 20, 109-132.
- Aschieri A. *Giudizio di idoneità al lavoro ai sensi dell'art.5 della legge 300/71, statuto dei lavoratori, analisi statistica con particolare riguardo all'attività d'insegnamento*. Tesi di specializzazione in Medicina del Lavoro (1999).
- Beck C.L. & Gargiulo R.M. *Burnout in teachers of retarded and non retarded children*. Journal of Educational Research 1983; 76, 169-173.
- Beer J. and Beer, J. *Burnout and stress, depression and self-esteem of teachers*. Psychological Reports 1992; 71, 1331-1336.
- Belcastro P.A. *Burnout and its relationship to teachers'somatic complaints and illnesses*. Psychological Report 1982; 50, 1045-1046.
- Belcastro P.A., Gold R.S. & Hays L.C. *Maslach Burnout Inventory: factor structures for samples of teachers*. Psychological Reports 1983; 53, 364-366.
- Belcastro, P.A. & Hays, L.C. *Ergophilia...ergophobia...ergo...burnout?* Professional Psychology, 1984; 15, 260-270.
- Berg J.E., Berg O., Reiten T. and Kostveit S. *Functional diagnosis as a tool in rehabilitation: a comparison of teachers and other employees*. International Journal of Rehabilitation Research 1998; 21, 273-284.
- Berg, J.E., *Disability pensions granted from 1988 to 1990 in two municipalities in Norway: the importance of occupational status*. Scandinavian Journal of Social Welfare; 1994; 3, 14-18.
- Betoret Fernando Domenech (2006). *Stressors, self-efficacy, coping resources and burnout among secondary school teachers in Spain*. Educational Psychology Vol. 26, N°4 Aug. 2006, pp. 519-539.
- Boccalon, R.M. *Chi cura rischia di bruciarsi*. Sanità Management, marzo 2001, 37-44.
- Borg M.G. and Riding R.J. *Teacher stress and cognitive style*. British Journal of Educational Psychology 1993; 63, 271-286.
- Bortner, R.W. *A short rating scale as a potential measure of pattern A behaviour*. Journal of Chronic Diseases; 1969 22, 87-91.
- Boyle, G.J., Borg, M.G., Falzon, J.M. and Baglioni, Jr.A.J. *A structural model of the dimensions of teacher stress*. British Journal of Educational Psychology, 1995; 65, 49-67.
- Brown, M. & Ralph, S. *Teacher stress*. Research in Education, 1992 48, 103-110.
- Burke R. and Greenglass E. *Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well-being among teachers*. Psychology, Health and Medicine 1996; 1, 193-205.

- Burke, R.J. and Greenglass, E.R. *It may be lonely at the top but it's less stressful: psychological burnout in public schools*. Psychological Reports, 1989, 64, 615-623.
- Burke, R.J. and Greenglass, E.R. *Sex differences in psychological burnout in teachers*. Psychological Reports, 1989, 65, 55-63.
- Burke, R.J. and Greenglass, E.R. *Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers*. Psychological Reports, 1993, 73, 371-380.
- Capel S.A. *The incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers*. British Journal of Educational Psychology 1987; 57, 279-288.
- Centre Européen D'Expertise en Évaluation. Rapport final. *Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005*. 2006
- Chan D.W., and Hui E.K.P. *Burnout and coping among Chinese secondary school teachers in Hong Kong*. British Journal of Educational Psychology 1995; 65, 15-25.
- Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills, Sage; 1980. trad. It. La syndrome del burnout, Torino, CST, 1983.
- CISL - Università Pavia, Cattedra di Statistica Medica e Igiene Mentale. *Insegnare logora?* Pubblicazione monografica, 1979.
- Cooper C.L. and Kelly, M. *Occupational stress in head teachers: a national UK study*. British Journal of Educational Psychology 1993; 63, 130-143.
- Cox E., Parsons R. *Empowerment oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, Cole, 1994.
- Farber B.A. *Subtypes of burnout: theory, research, and practice*. Annual Conference 2001; APA, SF, Columbia University.
- Farber B.A. *Burnout in psychotherapists: incidence, types and trends*. Psychotherapy in Private Practice 1990; 8(1), 35-44
- Farber, B.A. *Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture*. Psychotherapy in Practice, 2000, Vol. 56(5), 589-594.
- Farber, B.A. *Treatment strategies for different types of teacher burnout*. Psychotherapy in Practice, 2000, Vol. 56(5), 675-689.
- Fondazione Censis *34° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese*. Processi formativi, 2000, 71-159.
- Fontana, D. and Abouserie, R. *Stress levels, gender and personality factors in teachers*. British Journal of Educational Psychology, 1993, 63, 261-270.
- Friedman, I.A. *Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance*. Psychotherapy in Practice, 2000, Vol. 56(5), 595-606.
- Gabbard G. *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore Milano, 2002.

- Gold Y. *The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and junior high school classroom teachers*. Educational and Psychological Measurement 1984; 44, 1009-1016.
- Griffith J., Steptoe A. and Cropley M. *An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers*. British Journal of Educational Psychology 1999; 69, 517-531.
- Hart, P.M., Wearing, A.J. and Conn, M. *Conventional wisdom is a poor predictor of the relationship between discipline policy, student misbehaviour and teacher stress*. British Journal of Educational Psychology, 1995, 65, 27-48.
- Hart, P.M., Wearing, A.J., Conn, M., Carter, N.L. and Dingle, R.K. *Development of the school organisational health questionnaire: a measure for assessing teacher morale and school organisational climate*. British Journal of Educational Psychology, 2000, 70, 211-228.
- Hiebert, B. & Farber, I. *Teacher stress: a literature review with a few surprises*. Canadian Journal of Education, 1984, 9, 14-27.
- Horenstein J. M. *Qualitatè de vie au travail des enseignants du premier et second degré.État des lieux. Analyse. Propositions*. (2006).
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C. and Ierodiakonou, C. *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?* Int’L.J.Psychiatry in Medicine, 1999, Vol. 29(4) 421-433.
- Istituto di Ricerca IARD *Gli insegnanti di fronte al cambiamento – Seconda indagine IARD sul corpo insegnante della scuola italiana* – a cura di A. Cavalli, 2000.
- Istituto di Ricerca IARD *Insegnare oggi - Prima indagine IARD sul corpo insegnante della scuola italiana*, 1999.
- Iwanicki E.F. & Schwab R.L. *A cross-validation study of the Maslach Burnout Inventory*. Educational and Psychological Measurement 1981; 41, 1167-1174.
- Johansson JA, Rubenowitz S. *Risk indicators in the psychosocial and physical work environment for work-related neck, shoulder and low back symptoms: a study among blue and white collar workers in eight companies*. Scand J Rehabil Med 1994; 26:131-142.
- Kokkinos Constantinos M. (2007). *Job stressors, personality and burnout in primary school teachers*. British Journal of Educational Psychology, 77, 229-243.
- Kushnir, T., Cohen, A.H. and Kitai, E. *Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction*. Medical Education, 2000, 34, 430-436.
- Kyriacou C. *Teacher stress and burnout: an international review*. Educational Research 1987; 29, 146-152.
- Leiter M. P. *Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns*. Journal of Organizational Behaviour 1991; 12, 123-144.
- Leventhal J., *Quest for Timely Detection and Treatment of Women With Depression*, Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy, 2007
- Lodolo D’Oria V. *Scuola di follia*. Armando Editore, 2005.

- Lodolo D'Oria V., Pecori Giralardi F., Della Torre M., Iossa Fasano A., Vizzi F., Fontani S., Vitello A., Cantoni S., Pascale A., Frigoli P. *Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?* La Medicina del Lavoro N. 5 – AD 2004.
- Lodolo D'Oria V., Pocaterra R., Pozzi S. *"I dirigenti scolastici alle prese con il Disagio Mentale Professionale negli insegnanti"* – Fondazione Iard 09/2006.
- Lodolo D'Oria Vittorio, Pecori Giralardi Francesca, Vitello Antonio, Vanoli Carola, Zeppegno Patrizia, Frigoli Paolo, *Burnout e patologia psichiatrica negli insegnanti*. Rivista Scientifica Difesa Sociale, 2002.
- Manthei R. & Solman R. *Teacher stress and negative outcomes in Canterbury state schools*. New Zealand Journal of Educational Studies 1988; 23, 145-163.
- Mark, C., Pierce, B. and Molloy, G.N. *Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout*. British Journal of Educational Psychology 1990; 60, 37-51.
- Maslach C. & Goldberg J. *Prevention of burnout: new perspectives*. Applied & Preventive Psychology 1998; 7, 63-74.
- Maslach C. & Jackson S.E. *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd edn.). Palo Alto, CA 1986; Consultino Psychologists Press, Inc.
- Maslach C. & Leiter M.P. *The truth about burnout*. San Francisco, CA 1997; Jossey-Bass.
- Mattiske JA, Oates JM., Greenwood KM. *Vocal problems among teachers: a review of prevalence, causes, prevention, and treatment*. J Voice. 1998 Dec; 12(4) pp. 489-99.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés – Direction Générale de la Santé bureau de la santé mentale SD6 C. *Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005*. Annoncée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne.
- Ministero della Salute, *Lo Stato di Salute delle Donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle Donne"*, Roma, 2008
- Moriana J. A. & Herruzo J. (2006). Variables related to psychiatric sick leave taken by spanish secondary school teacher. *Work & Stress*, July-September 2006; 20(3): 259-271
- Mykletun R.J. and Mykletun A. *Comprehensive schoolteachers at risk of early exit from work*. Experimental Aging Research 1999; 25, 359-365.
- Nagy, S. and Nagy, M.C. *Longitudinal examination of teachers' burnout in a school district*. Psychological Reports, 1992, 71, 523-531.
- O'Connor, P.R. & Clarke, V.A. *Determinants of teacher stress*. Australian Journal of Education, 1990, 34, 41-51.
- Otto, R. *Teachers under Stress*. Melbourne: Hill of Content Publishing, 1986.
- Pascale A. *Sindrome di burnout e professione docente*. Labor Edizioni, Potenza 2001.

- Payne M.A. and Furnham A. *Dimensions of occupational stress in west Indian secondary school teachers*. British Journal of Educational Psychology 1987, 57; 141-150.
- Pedrabissi L., Rolland J.P. and Santiello M. *Stress and burnout among teachers in Italy and France*. The Journal of Psychology 1991; 127(5), 529-535.
- Pietrantoni, L. e Zani B. *Risorse e difficoltà del lavoro sociale fra burnout e empowerment*. Rapporto di Ricerca Università di Bologna (Scienze dell'educazione), 1999.
- Pithers R.T. and Soden R. *Scottish and Australian teacher stress and strain: a comparative study*. British Journal of Educational Psychology 1998; 68, 269-279.
- Pithers, R.T. and Fogarty, G.J. *Symposium on teacher stress*. British Journal of Educational Psychology, 1995, 65, 3-14.
- Punch, K.F. & Tuetteman, E. *Correlates of psychological distress among secondary school teachers*. British Educational Research Journal, 1990, 16, 369-382.
- Richardson, A. M., Burke, R. J., Leiter, M. P. *Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway*. Anxiety, stress and coping: International Journal, 1992, 5, 55-68.
- Russel, D.W., Altmaier, E. and Van Velzen, D. *Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers*. Journal of Applied Psychology, 1987, Vol. 72, n°2, 269-274.
- Sala E, Laine A, Simberg S, Pentti J, Suonpaa J. *The prevalence of voice disorders among day care center teachers compared with nurses: a questionnaire and clinical study*. J Voice. 2001 Sep;15(3): 413-23.
- Schonfeld, I.S. *Psychological distress in a sample of teachers*. The Journal of Psychology, 1989, 124(3), 321-338.
- Schwab, R. & Iwanicki, E. *Who are our burned out teachers?* Educational Research Quarterly, 1982, 7, 5-16.
- Smith E, Lemke J, Taylor M, Kirchner HL, Hoffman H. *Frequency of voice problems among teachers and other occupations*. J Voice. 1998 Dec; 12(4): 480-8.
- St-Arnaud L. Guay, H., Laliberté D. and Coté N.: *Étude sur la réinsertion professionnelle des enseignantes et enseignants à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale*, 2000.
- Tatar M. and Yahav, V.: *Secondary school pupils' perceptions of burnout among teachers*. British Journal of Educational Psychology 1999; 69, 457-468.
- Tuuli, P. and Karisalmi, S. *Impact of working life quality on burnout*. Experimental Aging Research, 1999, 25, 441-449.
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH); *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors* pp 383-390 July, 1997.
- Vandenberghe, R. & Huberman, M. (Eds.). *Understanding and preventing teacher burnout*. New York: Cambridge University Press, 1999.
- Vizzi F. *Accertamenti di idoneità al lavoro degli insegnanti della Provincia di Torino nel periodo 1996-2002*. Tesi di specializzazione in Medicina Legale A.A. 2001-2002.

Westling L. David et al. The teacher support program. Remedial and special education. Volume 27. N° 3 May/June 2006. Pag. 136-147.

Williams NR. Occupational *groups at risk of voice disorders: a review of the literature*, Occup Med (Lond). 2003 Oct; 53(7): 456-60.

BIBLIOGRAFIA SULLA MENOPAUSA

Bernard L. et al. *Prevalente and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women*. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:418-424

Cohen LS et al. *Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report*. Am J Psychiatry 2003; 160: 1519-1522

Ellen W et al. *Associations of Hormones and Menopausal Status With depressed mood in women with non history of depression*. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 375-382

Ellen W et al. *Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause*. Arc Gen Psychiatry. 2004;61:62-70

Genazzani AR et al. *Menopause and the central nervous system:intervento options*. Mauritas 1999;31:103-110

Lindheim SR et al. *Behavioral stress responses in premenopausal woman and the effects of estrogen*. Am J Obstes Gynecol. 1992; 167: 1831-1836

Mistry R et al. *Premenstrual Symptoms and Perimenopausal depression*. Am J Psichiatri. 2006; 163: 133-137

Patricia A. et al. *Biological, Social, and Behavioral factors associated with premenstrual sindrome*. Arc of Med. 1999; 8:122-128

Schmidt P. *A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in perimenopausal women*. Am J Psychiatry 161:12, December 2004

Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, Jackson RD, Oberman A, *Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study*, Pubmed 2007

Soares CN et al. *Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomizes, placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 529-534

Wassertheil-Smoller S., Shumaker S., Ockene J., *Depression and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women*, The Women's Health Initiative, 2003, pp 289-298.

IV di copertina

Come affrontare l'allarme di un problema internazionale, quale il rischio di usura psicofisica nei docenti, lanciato un anno fa in Francia per l'emergenza suicidi tra gli insegnanti?

La presente pubblicazione – organizzata in due parti – dapprima fotografa il *Disagio Mentale Professionale* (DMP) con una ricerca nazionale, quindi prospetta ai dirigenti scolastici un primo intervento strutturato nel *Documento di Valutazione dei Rischi*.

Quattro anni dopo la pubblicazione scientifica dall'eloquente titolo “*Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?*” (*La Medicina del Lavoro* N° 5/2004), il testo propone le esperienze maturate nell'incontro dell'autore con migliaia di insegnanti e quasi duemila dirigenti scolastici in oltre 1000 ore di formazione attraverso 14 regioni della Penisola. Ne esce una scuola sofferente che, consapevole dei propri limiti, nell'interesse delle future generazioni, chiede di non essere lasciata sola da istituzioni, parti sociali e opinione pubblica.

Note sull'autore: Vittorio Lodolo D'Oria (vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it), medico ematologo, dal 1992 è componente del *Collegio Medico della ASL Città di Milano* per il riconoscimento dell'inabilità al lavoro per causa di salute. Si occupa del *Disagio Mentale Professionale* (DMP) negli insegnanti dal 1998.

Primo firmatario degli studi:

- “I dirigenti scolastici alle prese con il Disagio Mentale Professionale negli insegnanti” sul sito www.fondazioneiard.org nella sezione “Scuola e Sanità” (settembre 2006);
- “Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?”. *Medicina del Lavoro*, n° 5/2004;
- “Quale correlazione tra patologia psichiatrica e fenomeno del burnout negli insegnanti”. *Difesa Sociale*, n°4/2002 e *Sole 24 Ore Scuola* n°17/2002;
- Ricerca su “La percezione del burnout nella classe docente: risultati della ricerca nazionale su 1.252 insegnanti” (Fondazione IARD, Settembre 2003);
- “Immagine e salute degli insegnanti in Italia: situazioni, problemi e proposte” contenuto nel rapporto OCSE 2002-2004 “*Attracting, developing and retaining effective teachers*”.

Ha pubblicato sull'argomento il testo “**Scuola di Follia**” (Armando Editore, 2005) contenente casi emblematici di DMP nei docenti incontrati in collegio medico.

La **Direzione generale per il personale della scuola** del **MIUR** ha ufficialmente espresso apprezzamento all'autore per l'attività svolta nel settore del *Disagio Mentale Professionale* degli insegnanti (con nota Prot. N° 419/Uff. VII del 13.12.05), manifestando la volontà di collaborare ad ogni iniziativa volta a prevenire e contrastare il fenomeno del suddetto disagio tra i docenti.