

M.G. Cassitto

L'approccio clinico del medico competente al lavoratore esposto a stress occupazionale

Fondazione IRCCS Policlinico Mangiagalli Regina Elena, Dipartimento Di Medicina Preventiva, del Lavoro e dell'Ambiente - Stress e Disadattamento Lavorativo, Clinica del Lavoro Luigi Devoto, Via San Barnaba, 8 20122 Milano

ABSTRACT. *CLINICAL APPROACH TO WORKERS OCCUPATIONALLY EXPOSED TO NEGATIVE STRESS BY THE OCCUPATIONAL HEALTH PHYSICIAN. Following the activation of new norms requiring that all occupational risks including psychosocial risks be evaluated and prevention programs activated, the occupational physician is now faced with new tasks and is expected to modify his role and function. Care and monitoring of stressed workers demand a higher participation in and an adaptation to the different ways in which stress shows up and has consequences on workers health and wellbeing. A subjects suffering of a stress-related disorder asks for a prompt solution be it medical or a job reorganization intervention in order to guarantee the prosecution of his job while the burnout affected subject rather points to leave the situation, to move to another responsibility or no responsibility even when this means abandoning a life choice. The subject suffering for a mobbing situation asks for justice, an intervention to stop the devastating mechanism and the recognition of the actors of his suffering. The three situations ask for differentiated interventions on the part of the occupational physician but all three require attention, participation, time and change from only medical assistance to a caring attitude and an active participation lasting in time.*

Key words: *stress related disorders, occupational physician tasks, stress clinical management.*

Con la pubblicazione del DL 81 si è reso e tuttora si rende necessario da parte di tutti una riconsiderazione sui rischi psicosociali lavoro-correlati e sul ruolo che gli operatori interessati dovranno svolgere sia per garantirne la prevenzione sia per la gestione dei soggetti in questi rischi coinvolti. La riconsiderazione implica prima di tutto la consapevolezza che il fenomeno da valutare è generale, ubiquitario, non legato a specifici ambienti o processi di lavoro, privo di indicatori immediati in base alle attività svolte, ma dotato di una potenzialità di rischio che può o meno realizzarsi in qualsiasi condizione e organizzazione lavorativa con effetti, talvolta importanti, sia sui singoli lavoratori che sull'intera organizzazione.

È quindi evidente come tutti coloro che si occupano di prevenzione, protezione e/o gestione del rischio siano direttamente coinvolti e, a maggior ragione, il medico competente cui spetta il ruolo non facile di garante della salute dei dipendenti della sua azienda, salute che a questo punto rientra a pieno titolo nella famosa definizione dell'OMS del lontano 1948 come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Anche senza voli utopistici nel raggiungimento di questo obiettivo va comunque riconosciuta la necessità, peraltro sempre avvertita e praticata da moltissimi medici del lavoro, di uscire da una visione meccanicistica di misura dei rischi fisico-chimici, livelli di rumore, ecc. verso una nuova cultura che preveda una valutazione integrata da conoscenze e metodi che attengono alla ricerca psicosociale, verso un comportamento pro-attivo per una migliore qualità della vita lavorativa e, quindi della vita nel suo complesso. Tutti coloro che si sono occupati in questi anni di patologie stress-correlate sanno quanto una cattiva vita di lavoro possa provocare non solo vere e proprie malattie ma esondare nella vita extralavorativa familiare e sociale degli individui, conoscono bene i casi di malattia professionale da stress sul lavoro e i fenomeni derivati più gravi di mobbing, straining e burnout e in genere di stress psicologico, quale concausa di infortuni o/e di malattia professionale. Senza riesaminare gli aspetti specifici dei compiti del medico competente che tutti conoscono, è importante analizzare gli aspetti innovativi conseguenti alle nuove norme. Il medico competente si troverà a valutare fattori di disagio del lavoratore sia come individuo, con la sua personalità e caratteristiche peculiari, sia nella sua relazione con l'organizzazione creata dal datore di lavoro.

Queste dimensioni non fanno parte completamente del bagaglio esperienziale del medico del lavoro e possono presentare aspetti di problematicità in quanto le risposte disfunzionali osservate sono comunque condizionate dalla soggettività individuale.

Assume quindi un'importanza determinante il rapporto che il medico del lavoro potrà o vorrà stabilire con il lavoratore che a lui si rivolge poiché dalla qualità di questo rapporto dipenderà l'esito dell'intervento e i risultati che potranno essere raggiunti. Un'obiezione non priva di fondamento è che le patologie di cui sono portatori i soggetti affetti da sindrome stress correlata, mobbing o burnout sono di competenza degli specialisti della psiche e/o della psicosomatica e non del medico del lavoro. È però altrettanto vero che, prima di diventare patologie franche di interesse psichiatrico, lo stress negativo determina uno stato di disagio diffuso che coinvolge sia gli aspetti fisici che quelli emozionali e/o comportamentali spingendo il soggetto alla richiesta di aiuto. Un intervento costruttivo del medico del lavoro nella fase di esordio del disagio potrà in molti casi evitare lo svilupparsi di disfunzionalità maggiori ed il necessario ricorso agli specialisti della psiche. E solo lui che, avendo una conoscenza approfondita dell'ambiente di lavoro e dall'attività che il lavoratore svolge, può svolgere un'operazione talvolta completamente risolutiva o preventiva di un peggioramento della situazione. La necessaria indipendenza da condizionamenti è spesso un aspetto di criticità in quanto la differenza di ruolo e status tra il medico e la persona che a lui si rivolge comporta necessariamente uno squilibrio di posizione. I condizionamenti di ruolo o le valutazioni strettamente soggettive possono portare a giudicare la situazione riferita con parametri talvolta molto lontani da quelli del soggetto che chiede aiuto. Ma è indispensabile che nell'intervento del medico competente non ci sia scollamento tra il ruolo che riveste e il comportamento. Inoltre, non dobbiamo dimenticare che per ora la figura del medico del lavoro e soprattutto del medico competente è, agli occhi dei lavoratori, ancora portatrice di una stigmata negativa; scelto e pagato dal datore di lavoro non può per principio, nel pensiero dei più, essere indipendente e stare dalla parte del lavoratore. In alcuni frequenti casi ne viene addirittura negata l'esistenza, indice questo della poca visibilità che questa figura spesso ha nelle aziende. Allora è evidente come l'approccio clinico al lavoratore diventi possibile e costruttivo solo se si riesce a stabilire con lui un rapporto di stima e fiducia, solo se il medico riesce a diventare una figura di riferimento che il lavoratore vede se non totalmente dalla sua parte per lo meno equidistante nel rapporto tra lui e l'azienda.

Rischi stress lavoro-correlati. Cosa può portare dunque il lavoratore all'attenzione del medico e quale tipo di aiuto chiede. Sostanzialmente tre tipologie di problemi simili ma non sovrapponibili, un disagio stress correlato, una sofferenza da burnout, una patologia mobbing-correlata. Non ho usato a caso o per scrupolo della non ripetizione tre termini diversi, disagio, sofferenza, patologia, ma questi termini sottolineano le differenze esistenti tra queste forme di malessere. Il lavoratore stressato, più precisamente, portatore di strain, che "non ce la fa più" a svolgere adeguata-

mente il suo lavoro lamenta contemporaneamente un ridotta capacità di gestire gli impegni quotidiani, la paura di non riuscire a rispondere alle proprie responsabilità e mantenere le scadenze, la consapevolezza di una ridotta efficienza con rischio di errori, di incidenti, di un'umentata insofferenza e ridotta disponibilità a collaborare con gli altri. Porta poi sotto il profilo dello stato psicofisico tutti quei disturbi che ben conosciamo, emotivi, cognitivi, comportamentali, psicosomatici. Nel soggetto stressato non sono dominanti le reazioni depressive mentre più frequentemente si osserva ansia anticipatoria condizionata dai modi, tempi, interferenze da affrontare nello svolgimento dei propri compiti. Comunica sostanzialmente la presenza di disfunzioni organizzative che creano una situazione che, avverte, gli sta sfuggendo di mano, di qui la paura, l'ansia e i disturbi psicofisici. La seconda tipologia riguarda le situazioni di burnout; anche in questo caso le disfunzionalità organizzative sono in gran parte ma non completamente responsabili di uno stato di esaurimento delle risorse, della paura di incorrere in errori che trattandosi di soggetti al servizio degli altri possono determinare disastri, una saturazione dei canali informativi con aumentata fatica alla gestione delle informazioni e la comparsa di una volontà di fuga, di prendere le distanze dall'ambiente, dai problemi e dalle persone che creano insofferenza, irritabilità ed esasperazione. Comunica quindi un quadro in cui un rapporto interpersonale necessariamente sbilanciato (medico-paziente, infermiere-paziente, insegnante-allievi) ha maggior rilevanza che nei casi di strain e in cui il peso della personalità ha certamente un ruolo determinante. Le disfunzionalità psicofisiche sono sostanzialmente le stesse della tipologia precedente ma con in più vissuti di sofferenza in quanto si tratta generalmente di soggetti che hanno scelto la professione d'aiuto proprio in quanto al servizio degli altri. La terza tipologia include le vittime di violenza morale. A differenza delle due tipologie precedenti questi soggetti sono in una situazione di sostanziale impotenza, in balia dell'ambiente, in particolare dei responsabili della violenza che determinano il clima e il quotidiano che queste persone devono affrontare. Comunicano tentativi di reazione, in genere falliti o che hanno peggiorato la situazione, polarizzazione ideativa sugli eventi, rabbia, depressione, autosvalutazione, contrazione massiva, talvolta totale della vita extralavorativa. Le disfunzionalità psicofisiche sono più importanti e più invasive poiché lo stato di impotenza e di isolamento in cui si trovano impedisce altri meccanismi che non siano il coinvolgimento somatico. Cosa chiedono questi soggetti? I portatori di patologia stress-correlata un aiuto per riuscire a far fronte agli impegni che non riescono più a gestire, recuperare il sonno, sedare l'ansia, controllare il mal di stomaco, il mal di testa, la pressione. Sono comunque di persone molto usurate ma che restano ancorate alla loro realtà di lavoro e, soprattutto, motivate a continuarla con talvolta ridotta consapevolezza dei loro limiti e/o motivazioni dietro al loro troppo fare. Principalmente chiedono ascolto e farmaci, quasi mai periodi di malattia che, anzi viene rifiutata. I soggetti portatori di sindrome da burnout portano la sofferenza della sconfitta e la richiesta di un cambiamento, talvolta di qualunque genere anche

peggiorativo. Abbiamo detto trattarsi prevalentemente di professioni d'aiuto e spesso si evidenzia quanto questi soggetti si siano fatti un carico eccessivo delle problematiche delle persone o delle situazioni di cui si devono occupare, non riuscendo così più a discernere tra la propria vita e la loro. Il senso della sconfitta li porta inoltre ad una caduta dell'autostima e alla messa in discussione dell'identità professionale. Per questa crisi di identità vorrebbero abbandonare il campo e fare un lavoro con livelli di responsabilità più contenuti o, comunque, maggiormente condivisi. La caratteristica principale infatti è la solitudine delle responsabilità. La terza tipologia chiede certamente un'attenzione ed un coinvolgimento assai più impegnativo. Sono i mobbizzati. Chiedono non solo il riconoscimento della loro sofferenza, dei torti subiti e il bisogno di giustizia ma auspicano un'intervento che in qualche modo fermi il meccanismo che li sta stritolando. Dal punto di vista clinico i disturbi sono sostanzialmente gli stessi degli altri due gruppi anche se spesso più gravi e invalidanti e con caratteristiche che rimandano, pur senza esserle, a gravi patologie psichiatriche.

L'incontro col medico competente dovrà quindi necessariamente avere caratteristiche diverse da una normale visita periodica o di idoneità. L'elemento dominante sarà il colloquio che avrà necessariamente un andamento diverso sia dall'anamnesi medica normalmente intesa ma altrettanto lontano da un colloquio psicologico. Nel primo caso il medico dirige l'interazione col paziente ai fini di ottenere tutte le informazioni necessarie alla diagnosi. Le problematiche soggettive non sono in primo piano e il medico parte da ipotesi di cui cerca conferma/disconferma o orientamento verso altre diagnosi. Ugualmente, le sue personali reazioni nei confronti del paziente non entrano in maniera determinante nel percorso diagnostico. All'opposto, nel colloquio psicologico vi è invece al centro un lavoro di collaborazione in un processo esplorativo dove il non detto ha spesso maggior rilevanza dell'esplicito. Il colloquio di cui ci occupiamo in questa sede include certamente aspetti che si ritrovano negli altri due ma con caratteristiche che ne fanno una categoria a parte. Si tratta ovviamente di colloqui d'aiuto ma in cui c'è un passaggio fondamentale da un "to cure" a "to care" e che ha come presupposto della relazione da parte del medico un'accettazione incondizionata, uno stato di empatia col soggetto, l'indipendenza da condizionamenti che garantisce la trasparenza e la congruenza di quanto si dice e si fa. Parliamo di accettazione incondizionata nel senso di saper accogliere senza preconcetti quanto la persona ci comunica e il come. È la sua esperienza che ha valore, il modo in cui vive le situazioni e la risonanza che hanno dentro di lui. Come sempre si sostiene solo il soggetto è in grado di giudicare se una situazione è per lui negativa, positiva o neutra. Avere un ascolto empatico, significa porsi dalla sua parte spogliandosi di quelle che sono le competenze, i giudizi, l'orientamento personale nei confronti di una data situazione. L'ascolto deve essere un processo attivo a cui l'empatia dà la chiave della comprensione totale del messaggio. Oltre l'empatia, l'altro presupposto è il tempo da dedicare al soggetto, un tempo che può essere anche molto lungo. Anche da questo punto di vista esiste una differenza

nei tre tipi di soggetti che chiedono aiuto. Il soggetto stressato e quello affetto da burnout riescono almeno complessivamente ad inquadrare le cause del loro disagio, prevalentemente in termini di organizzazione disfunzionale e dell'esaurimento delle loro risorse. La comunicazione è più immediata, ha contorni definiti e la situazione inquadrabile anche se non sempre è facile la soluzione. Nel caso invece del mobbing l'elemento dominante è l'incomprensibilità di quanto accade non solo per chi ascolta ma soprattutto per chi comunica. Il racconto è spesso disorganizzato, non lineare, confuso. Vengono riferiti eventi non sempre inquadrabili in un contesto di oggettività o quantificabili o interpretabili in termini di nocimento. Certamente l'emotività che sempre caratterizza questi racconti non giova alla chiarezza dei nessi logici, i livelli di arousal e le reazioni emozionali potranno essere molto intense. Il soggetto evidenzia vissuti di impotenza, un agitarsi a vuoto in maniera spesso non costruttiva. Diventa quindi necessario lasciare che la tensione si scarichi senza interferire, commentare, sminuire, giudicare. Questo consente successivamente di riprendere il discorso chiedendo tutti i chiarimenti necessari per inquadrare al meglio la situazione, chiederne le possibili cause o motivazioni, contenere gli aspetti di generalizzazione che portano a considerare tutto quanto avviene in azienda in termini di lesività. L'obiettivo sarà avere un quadro esaustivo anche se unilaterale da utilizzare successivamente nell'azione che il medico competente dovrà intraprendere per verificare quanto ascoltato e, se provato, cercare di modificare la situazione. Dovrà anche prevenire decisioni affrettate quali l'abbandono del posto di lavoro che è spesso la reazione ultima del mobbizzato. Durante la visita sarà importante identificare indirettamente o direttamente, perché riferiti dal lavoratore, quei sintomi fisici, comportamentali e psico-emozionali responsabili di un'evidente cambiamento rispetto ad una condizione psico-fisica normale. In tutte e tre le tipologie ricordate, poiché il lavoratore è venuto a chiedere aiuto questo dovrà concretizzarsi in un piano operativo per entrambi, per il medico in una serie di passaggi all'interno dell'azienda e di contatti con le figure di riferimento. Per il lavoratore in un piano terapeutico di farmaci e giorni di malattia. Nei casi i sintomi riferiti evidenzino lo strutturarsi di una sindrome sia a dominante psicologica che fisica o, come avviene il più sovente con il coinvolgimento di entrambi questi aspetti, sarà necessario il rinvio ad uno specialista con cui stabilire un rapporto di collaborazione. Nei casi di strain e burnout un significativo aiuto al lavoratore potrà venire dall'aiutare questi soggetti a ridimensionare la portata delle loro difficoltà e a ben delimitare quanto attiene all'organizzazione e quanto a problematiche personali. Ancora nei soggetti affetti da sindrome del burnout sarà fondamentale aiutarli ad accettare le sconfitte o comunque le difficoltà senza necessariamente considerarle una prova della loro non adeguatezza al compito. Nei casi di mobbing invece sarà compito del medico competente aiutare questi soggetti a bloccare la tendenza tipica ma inevitabile a cadere in un meccanismo di generalizzazione degli eventi tale da essere letta come ideazione paranoidea. In realtà non di questo si tratta ma piuttosto nell'ovvio risultato indotto

dalla imprevedibilità degli attacchi e dalla non chiara motivazione. Un insieme di interventi negativi, per citare solo qualche esempio, critiche senza fondamento, attribuzione di colpe altrui, controlli al limite dell'abuso personale, in un contesto non trasparente e in cui non si hanno più alleati o comunque manifestazioni di solidarietà, riducono inevitabilmente la capacità di distinguere tra azioni sicuramente indirizzate a ledere e comportamenti disfunzionali presenti in ogni realtà lavorativa. E sempre senza dimenticare il fattore tempo, più si protrae la situazione meno efficace diventa la capacità critica. Diventa quindi fondamentale un'equilibrata disamina di quanto il soggetto dice da parte di chi dovrebbe conoscere a fondo l'ambiente di lavoro del soggetto, non per negare la sua realtà ma per contenerla in ambiti di oggettività che impediscano all'ambiente di tacciarlo di paranoia, facilitando così il gioco del mobbing. Fondamentale poi rimane mantenere il rapporto fiduciario col lavoratore il cui bisogno primario è sapere che non verrà abbandonato al suo destino. Questo legame andrà mantenuto proprio monitorandone non solo lo stato fisico ma anche e soprattutto il suo vivere all'interno dell'organizzazione con contatti e controlli periodici. Cosa potrà poi fare il medico a favore della persona che a lui si è rivolta vuoi per stress, burnout, mobbing o comunque disagio insorto nell'ambiente di lavoro?. È chiaro che non ci possono essere delle regole generali e valide in ogni caso. Ogni contesto lavorativo ha caratteristiche sue proprie e le possibilità d'azione del medico competente non potranno che contestualizzarsi in base a fattori quali la tipologia e le dimensioni dell'azienda, la presenza o meno di una direzione del personale che svolga anche funzioni di sviluppo delle risorse umane, del tipo di rapporto che il medico competente ha stabilito con la dirigenza aziendale e la capacità di quella dirigenza guardare

oltre il caso del singolo e saperlo inquadrare in una più vasta valutazione dello stato di salute della propria organizzazione, di considerarlo come spia di un più diffuso malessere, di una sotterranea patologia che, se trascurata, potrebbe diffondersi all'intera struttura provocandone danni d'immagine, sociali ed economici. Come dimostrato da colleghi del nord europa gli ambienti di lavoro disfunzionali a livello dei rapporti interpersonali sono anche gli ambienti di lavoro dove maggiori sono le assenze, il turnover, gli infortuni e quindi i costi in generale. E questo dovrà essere il messaggio fondamentale di cui farsi portavoce presso i responsabili dell'azienda.

Bibliografia

- 1) Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. Consigli pratici destinati ai lavoratori su come affrontare lo stress legato all'attività lavorativa e le sue cause. Fact Sheet 31, Bilbao 2002.
- 2) Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro. Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress sul lavoro. European Week for Safety and Health at Work, Issue 104, Bilbao 2003.
- 3) Cassitto MG, Gilioli R. Aspetti emergenti dello stress occupazionale. *La Medicina del Lavoro* 2002; 94 (1), 108-113.
- 4) Giordano S. Mobbing: rischio relazionale sul luogo di lavoro. Strumenti e possibilità di intervento delle figure professionali nella prevenzione, diagnosi e riabilitazione. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano, AA. 2000/2001.
- 5) Lehto A-M, Sutela, H. Efficient, more efficient, exhausted. Findings of Finnish Quality of Work Life Surveys 1977-1997, *Statistics Finland, Labour Markets* 1999: 8.
- 6) Maslach. La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella Editrice, 1997.
- 7) Vartia M. Workplace bullying -A study on the work environment, well-being and health, *People and Work Research Reports* 56, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 2003.

Richiesta estratti: M.G. Cassitto - Dipartimento di Medicina Preventiva, del Lavoro e dell'Ambiente- Stress e Disadattamento Lavorativo, Clinica del Lavoro Luigi Devoto, Via San Barnaba, 8, 20122 Milano, Italy - E-mail: m.cassitto@policlinico.mi.it