

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

di Vittorio Lodolo D’Oria<sup>1</sup>, Renato Pocaterra<sup>2</sup>, Paolo Bonomi<sup>3</sup>, Stefania Pozzi<sup>4</sup>, Giuseppe Bulgarini d’Elci<sup>5</sup>, Augusto Iossa Fasano<sup>6</sup>, Maria Ferrari<sup>7</sup>, Francesca Waldis<sup>8</sup>, Massimiliano Della Torre<sup>9</sup>, Franca Vizzi<sup>10</sup>.

## 1. Introduzione

Il fenomeno del *disagio mentale professionale* (DMP) degli insegnanti, più noto con il nome di *burnout*<sup>11</sup> 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’insegnante<sup>12</sup>, 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 dare una connotazione a sintomi, segni e comportamenti espressi dai docenti in fase di disagio<sup>13</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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](mailto:vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it)

<sup>2</sup> Fondazione Iard [www.fondazioneiard.it](http://www.fondazioneiard.it)

<sup>3</sup> Fondazione Iard [www.fondazioneiard.it](http://www.fondazioneiard.it)

<sup>4</sup> Fondazione Iard [www.fondazioneiard.it](http://www.fondazioneiard.it)

<sup>5</sup> Avvocato esperto in diritto del lavoro privato e pubblico.

<sup>6</sup> Psichiatra psicoanalista coordinatore di Metandro ( [www.metandro.com](http://www.metandro.com) ).

<sup>7</sup> IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Mangiagalli e Regina Elena.

<sup>8</sup> IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Mangiagalli e Regina Elena.

<sup>9</sup> Medico del lavoro *competente* dell’A.O. Fatebenefratelli di Milano.

<sup>10</sup> Medico legale della Unità Operativa di Medicina Legale della ASL 1 di Torino.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> “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).

<sup>13</sup> “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).

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*<sup>14</sup>.

Con la pubblicazione dello studio *“Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti?”*<sup>15</sup>, si arriva finalmente a investire della questione “DMP nella scuola” anche il settore medico-scientifico e non più solamente quello psicologico<sup>16</sup>.

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 1996-2002<sup>17</sup>. 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 Verona<sup>18</sup>. Procedendo a ritroso nel tempo (1979) troviamo una pubblicazione della CISL dal titolo significativo: *“Insegnare logora?”*<sup>19</sup>. 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*<sup>20</sup>. 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».*

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*.

---

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

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

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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).

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

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

## 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 2006<sup>21</sup>. 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 Istruzione<sup>22</sup>. L'indagine si è concentrata principalmente tra novembre 2007 e marzo 2008<sup>23</sup> attraverso due modalità di rilevazione. Per circa  $\frac{3}{4}$  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  $\frac{1}{4}$  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'Aosta<sup>24</sup>. Si può dunque affermare che la popolazione oggetto di studio costituisce per numero e provenienza un rilevante campione nazionale di dirigenti scolastici.

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.

---

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

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> 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.

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

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 geografica<sup>25</sup>.

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

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		
<b>Nord-Ovest</b>	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		
<b>Nord-Est</b>	351	24,9	16,3	0,65
Toscana	56	4,0		
Lazio	184	13,0		
Umbria	4	0,3		
Marche	11	0,8		
<b>Centro</b>	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		
<b>Sud</b>	160	11,3	28,0	2,49
Sardegna	93	6,6		
Sicilia	194	13,7		
<b>Isole</b>	287	20,3	12,9	0,63
Provenienza sconosciuta	12	0,8		
<b>Totale</b>	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).

<sup>25</sup> 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.

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*

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

	<b>Corsi</b>	<b>E-mail</b>
% 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 studi<sup>26</sup>, 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)

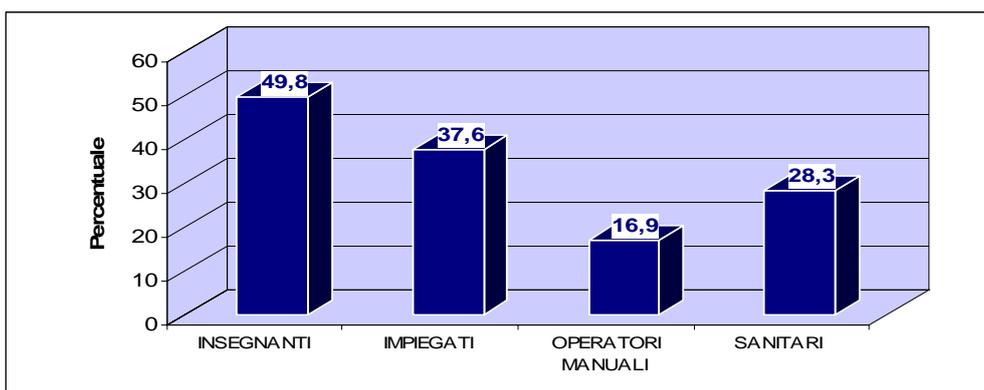
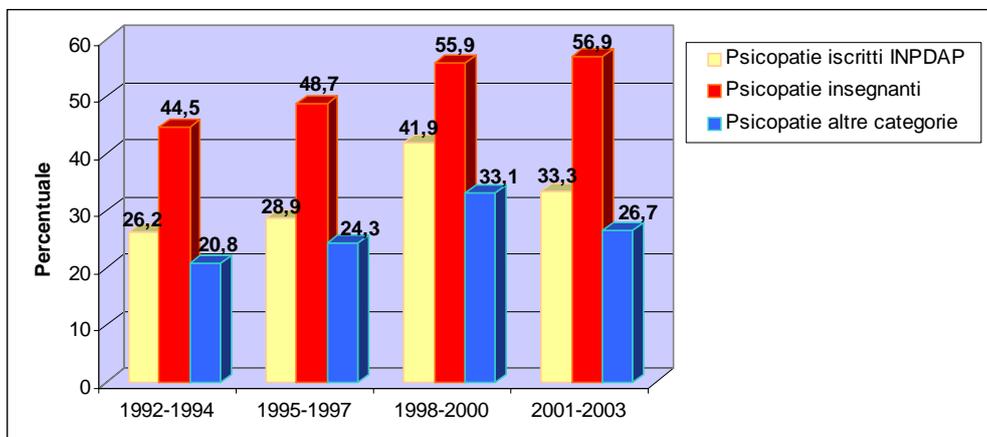


Grafico 2 - Incidenza patologie psichiatriche per professione e anno



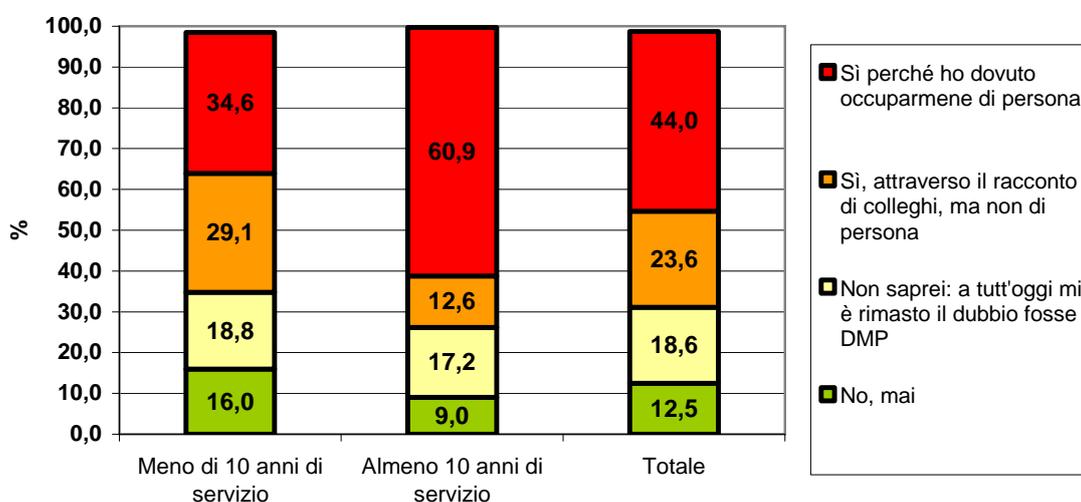
Dall'analisi dei dati, tuttavia, emerge che solamente il 24% del campione risulta essere correttamente informato dei succitati rischi. Al contrario il 5,8% ritiene la professione scevra da rischi, mentre il 14,9% considera il *burnout* quale unico potenziale rischio per i docenti. Infine la maggioranza relativa degli intervistati (46%) riconosce alla categoria il duplice rischio di sviluppare burnout e patologie psichiatriche.

<sup>26</sup> Si faccia riferimento a "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. "Accertamenti di idoneità al lavoro degli insegnanti della Provincia di Torino nel periodo 1996-2002", tesi di specializzazione in Medicina Legale di Vizzi F. (2003). "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 di Aschieri A. (1999).

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 - Si 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 base<sup>27</sup>.

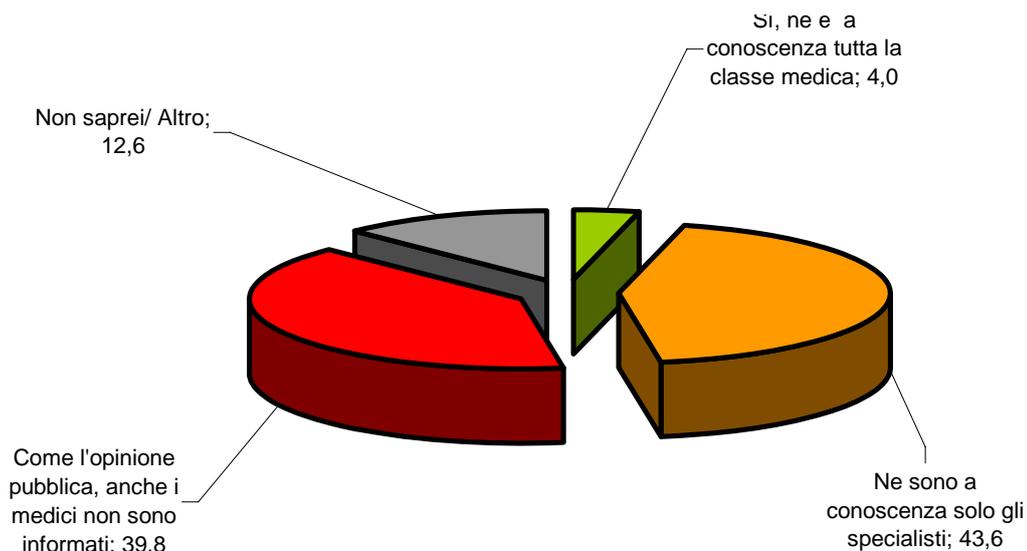
Dati MIUR 2005 rilevano che l’età media dei docenti è di 49,6 anni e di conseguenza l’Italia è la nazione con la classe docente più anziana d’Europa. Stimolato con i suddetti dati, il campione afferma di possedere la percezione che solamente il 29,1% dei docenti (M 28,1% vs. F 29,9%) considera la menopausa 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 significative<sup>28</sup> tra le risposte stratificate per sesso.

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

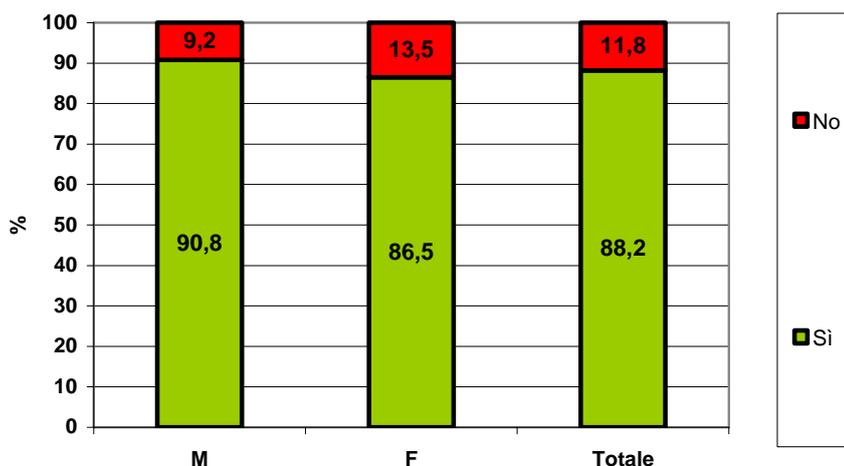
<sup>28</sup> La significatività statistica è stata misurata attraverso un test  $\chi^2$  con un livello di fiducia del 95%.

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?*



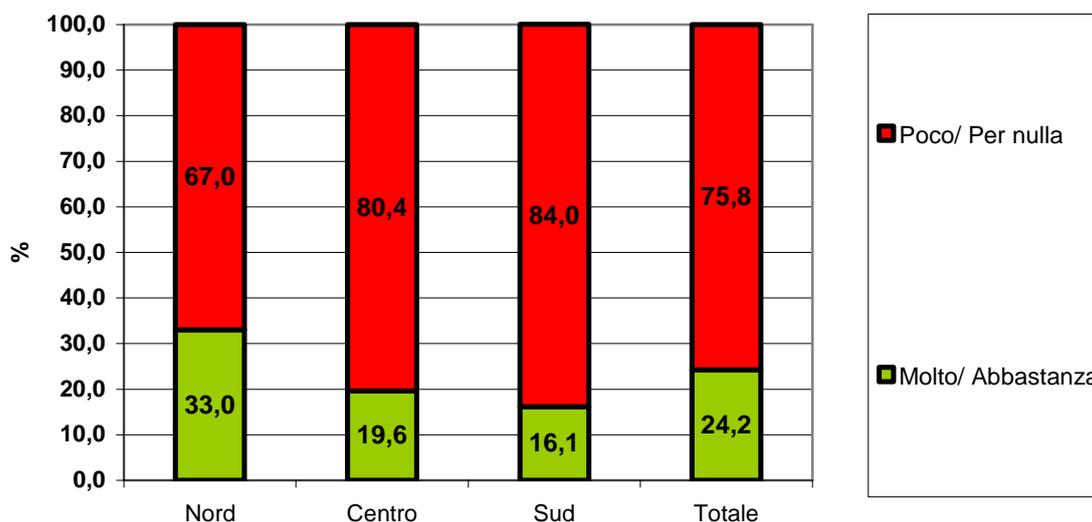
*Grafico 5 - Le riforme previdenziali hanno indotto la donna-insegnante a vivere la propria menopausa sul posto di lavoro anziché altrove. Riterrebbe utile indagare scientificamente la correlazione tra menopausa e DMP sul posto di lavoro?*



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)?



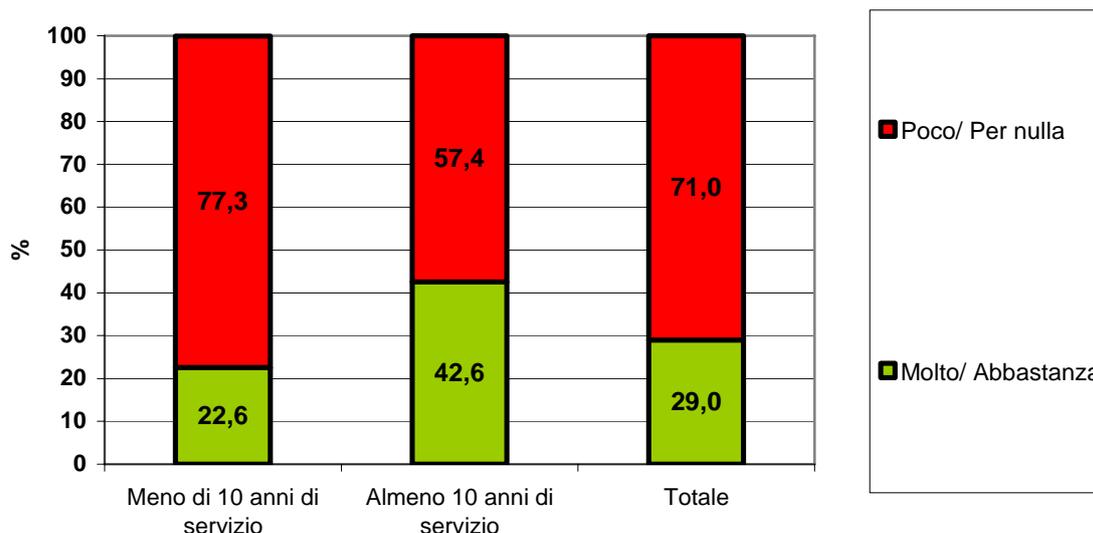
Rappresentano la minoranza (32%) coloro che si sono ritenuti "all'altezza" nel gestire un caso di DMP, ma la loro "adeguatezza" scende al 29% quando si prospetta loro un nuovo caso da risolvere. Di converso il 71% degli intervistati ritiene di essere "poco o per nulla" in grado di affrontare le suddette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

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

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



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 utile<sup>30</sup> 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 CMV<sup>31</sup>. 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.

---

<sup>30</sup> 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.

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

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

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

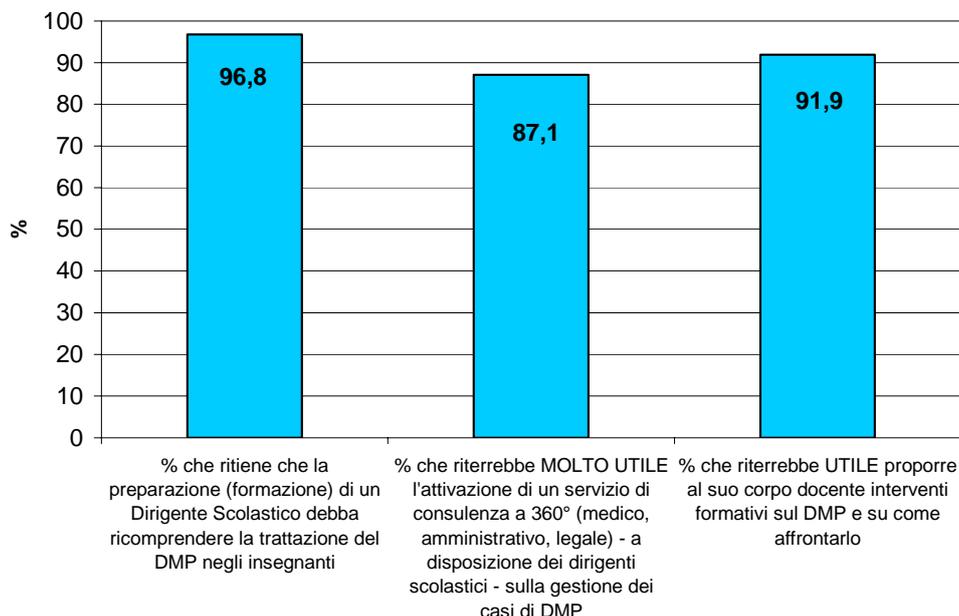
Nr. risposte corrette	Dirigenti	Vicari	Totale
Nessuna	2,1	7,2	4,5
Una	4,8	8,7	6,7
Due	16,9	27,1	19,5
Tre	24,9	26,9	25,4
Quattro	26,1	21,1	24,4
Cinque	17,6	6,4	13,8
Sei	6,6	2,3	5,0
Tutte	0,9	0,4	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0
% risposte corrette	50,2	39,4	46,2

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 (tumoriali)?	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

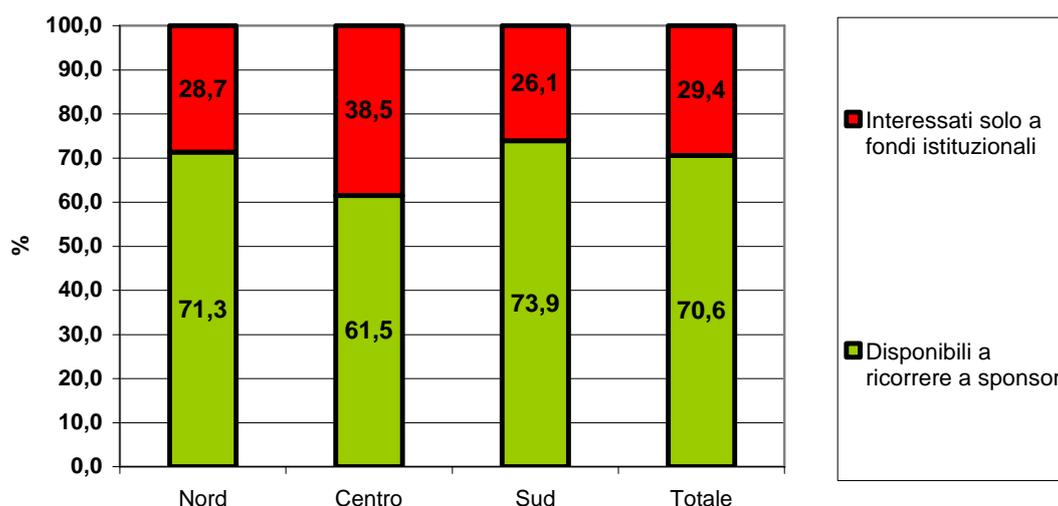
## Segni e sintomi del burnout

- 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 sponsorizzazione<sup>32</sup>. 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



<sup>32</sup> 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 Lavoro<sup>33</sup>, 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 normative<sup>34</sup> 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 RSL<sup>35</sup> ed i rappresentanti sindacali - 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.

---

<sup>33</sup> N° 5/2004.

<sup>34</sup> 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](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;

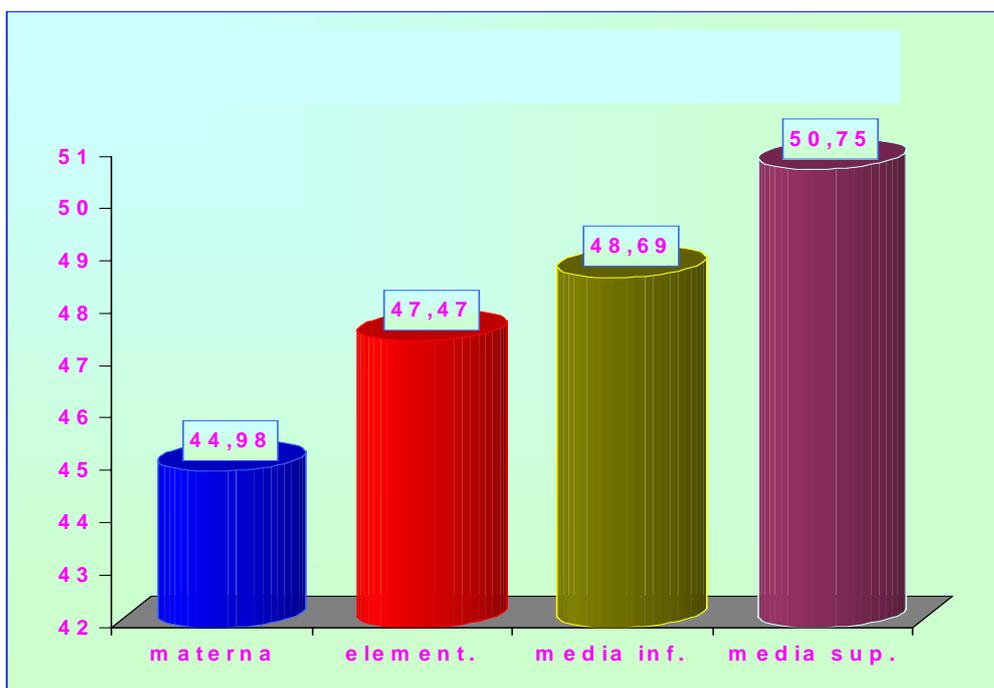
Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica Direttiva del 24 marzo 2004 Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 80 del 5 aprile 2004. [http://www.lavoro.gov.it/NR/ronlyres/58405DB4-0CC8-499A-952A-4357B83CF546/0/013\\_direttiva\\_24\\_03\\_05.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/ronlyres/58405DB4-0CC8-499A-952A-4357B83CF546/0/013_direttiva_24_03_05.pdf).

<sup>35</sup> - 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.

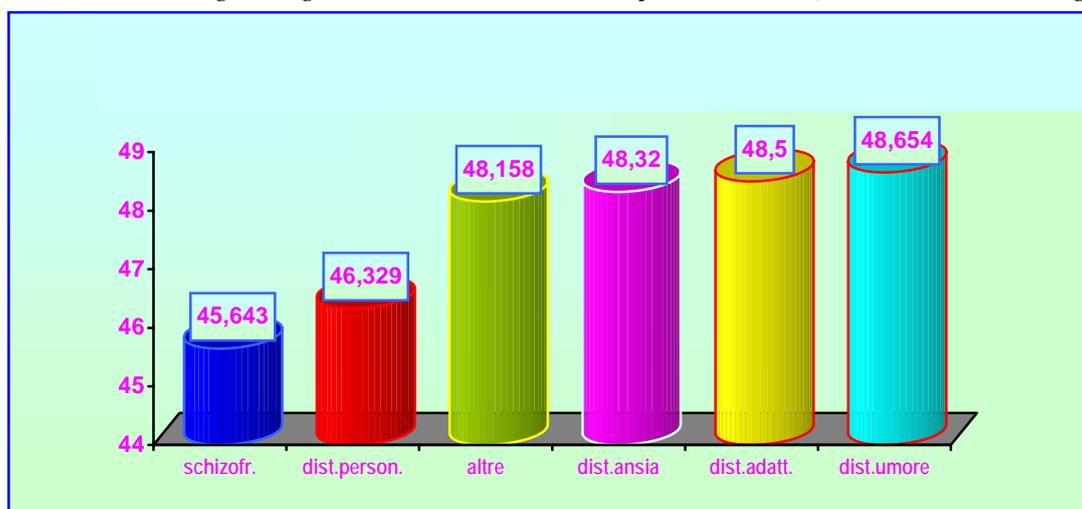
- il **rappresentante dei lavoratori per la sicurezza**, figura centrale di collegamento tra i lavoratori e le figure previste di responsabilità della tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Determinante il suo apporto nel processo continuo di valutazione dei rischi (tradizionali e psico-sociali), 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.

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 scolastico<sup>36</sup>. 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 contemplano né lo psichiatra né lo psicologo.

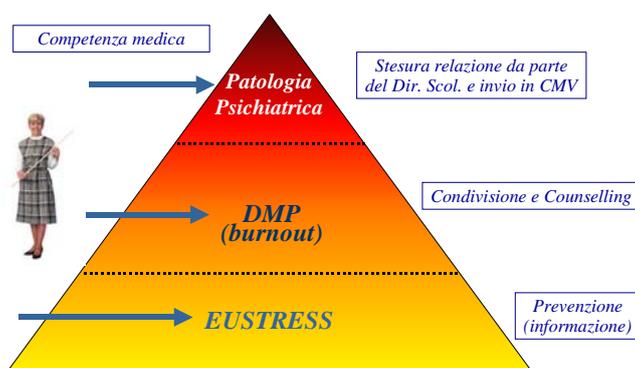
Grafico 11 - Età media degli insegnanti suddivisi secondo il tipo di disturbo (al momento della diagnosi!)



<sup>36</sup> 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 contemplate dal nuovo Testo Unico<sup>37</sup> 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 riporta<sup>38</sup>. 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 la donna circa cinque volte più esposta al rischio depressivo in età *perimenopausale*<sup>39</sup> rispetto al suo periodo *fertile* (vedi figura sottostante).

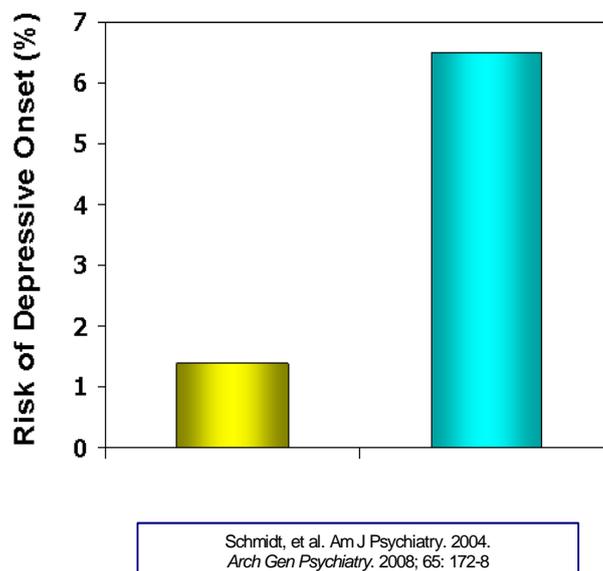
---

<sup>37</sup> 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.

<sup>38</sup> 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%<sup>38</sup>. 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..."

<sup>39</sup> 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.

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 farmacologico<sup>40</sup>.

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 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 caso<sup>41</sup>.

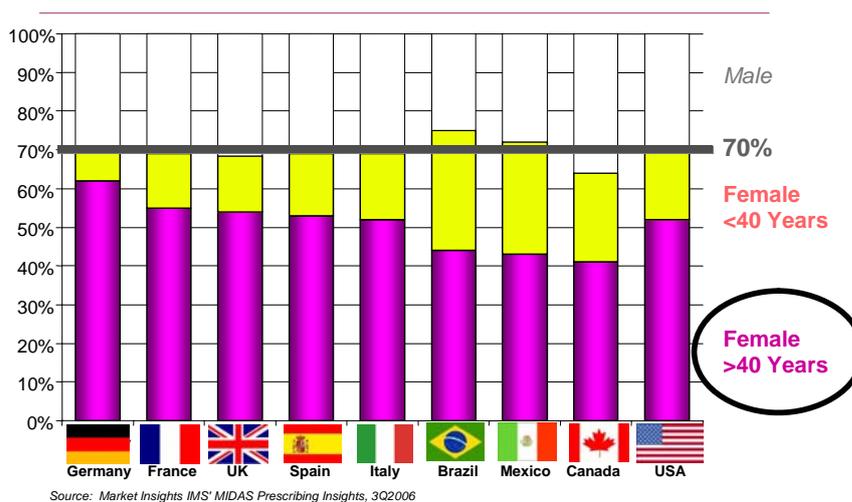
<sup>40</sup> Il sistema neuroendocrino regola l'espressione clinica dei sintomi fisici e psichici, ed in menopausa, in seguito ai cambiamenti ormonali, si alterano alcuni dei suoi sistemi neurotrasmettoriali (sistema serotoninergico, oppioidergico, dopaminergico) con ripercussioni sul tono generale 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.

<sup>41</sup> 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 esprimeva ad un rischio maggiore dei disturbi dell'umore.

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 madre<sup>42</sup>. A ciò si aggiunge spesso lo sforzo per l'assistenza di un genitore anziano.

Nonostante i continui proclami di attenzione nei confronti delle donne<sup>43</sup> provenienti da più parti, nessuno – parti sociali incluse<sup>44</sup> – sembra essersi accorto che le quattro riforme previdenziali dagli 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).

<sup>42</sup> 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.

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

<sup>44</sup> 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.

Grafico 14 - Anzianità di servizio alla visita di accertamento

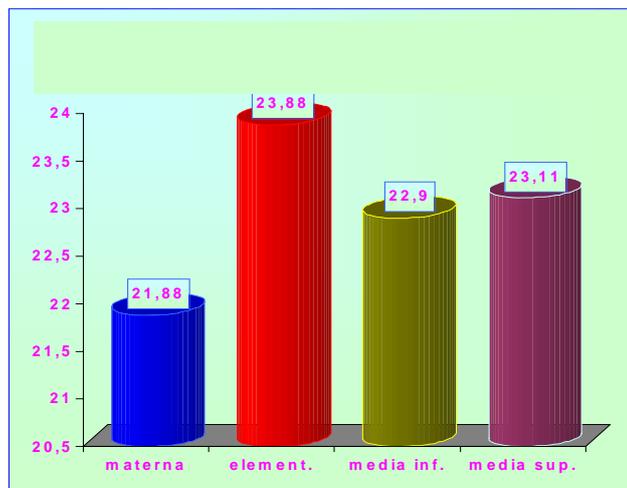
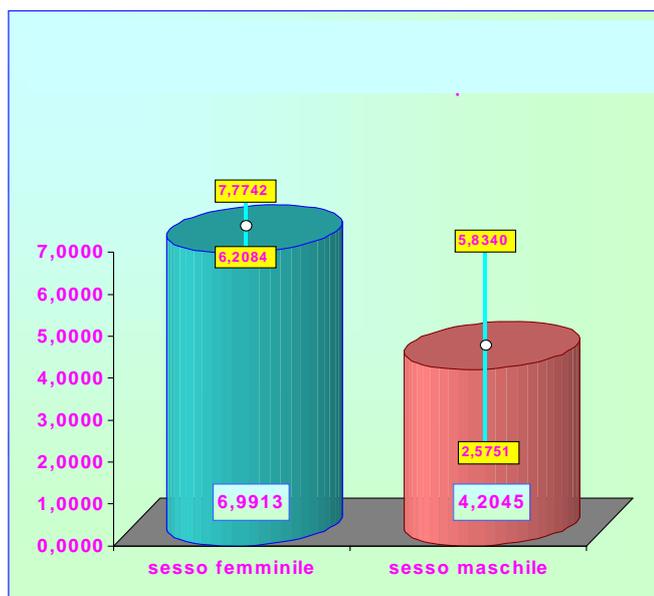


Grafico 15 - Mesi di assenza per patologia psichiatrica



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 ansiosa 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 interrotto<sup>45</sup> – 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 insegnanti<sup>46</sup> 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 mobbing<sup>47</sup>. 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 equivale a dire: *“La pubblicità condiziona il mio vicino, ma non ha potere su di me”*<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> 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 scoperchiare un vaso di Pandora.

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

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> 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](http://www.gimbe.org)).

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*”<sup>49</sup>. 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 scientifica<sup>50</sup> 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).

## **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

---

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> “*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

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 sociali<sup>51</sup>. 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.

---

<sup>51</sup> 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, 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).

## 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.