

Professione docente: un mestiere a rischio di disagio psichico? Indagine su stereotipi, vissuti, biologia e prospettive di un lavoro al femminile

V. LODOLO D'ORIA, G. BULGARINI D'ELCI*, P. BONOMI**, M. DELLA TORRE DI VALSASSINA***, A. IOSSA FASANO****, VALENTINA GIANNELLA*****, MARIA FERRARI*****, FRANCESCA WALDIS*****, FRANCESCA PECORI GIRALDI*****

Componente del Collegio Medico per l'Inabilità al Lavoro della ASL Milano e responsabile del settore "Scuola e Sanità" della Fondazione Iard, Milano

* Avvocato esperto in diritto del lavoro privato e pubblico, Studio Legale Bulgarini, Milano

** Ricercatore della Fondazione Iard, Milano

*** Medico del lavoro competente dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli, Milano

**** Psichiatra psicoanalista coordinatore di Metandro, Milano

***** Psicologa di Metandro, Milano

***** Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore, Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano

***** Università di Milano, Ospedale S. Luca, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano

KEY WORDS

Teachers; psychosocial risks; psychiatric disorders; burnout

SUMMARY

«Are teachers at risk for psychiatric disorders? Stereotypes, physiology and perspectives of a job prevalently done by women». Background: Teachers are one of the so-called helping professions which are strongly exposed to the "Burnout syndrome". Nonetheless, public opinion is still convinced teachers enjoy a privileged status and physicians most often ignore psychiatric disorders following burnout due to teaching-related stress. Indeed, although France recently issued a suicide warning among teachers, and psychiatric diagnosis among this profession almost doubled in Japan in ten years, only few studies have been published on the subject in peer-reviewed journals. Objective and methods: The present study was carried out by administering a questionnaire to 1.295 teachers from ten different Italian regions aimed at evaluating teachers' conditions as well as their perception of work-related health risks. Results and conclusions: The outcome showed that teachers are mostly unaware of work-related health risks, they are discouraged by their employers, perceive union support as highly insufficient and feel under attack by the mass media as well as by the public. Further, any attempt by the head teacher to protect teacher's health – mandatory according to recent Italian legislation – is frequently misinterpreted as mobbing, due to the lack of appropriate legal knowledge. Interestingly, the study population believed that investigating the link between menopause and depressive disorders among teachers was extremely useful. In fact, over 82% of teachers are women with a median age of approximately 50. Social stress among women has in fact increased greatly given the triple role played by fifty-year old teachers

Pervenuto il 16.10.2008 - Accettato il 11.3.2009

Corrispondenza: Dott. V. Lodolo D'Oria, Componente del Collegio Medico per l'Inabilità al Lavoro della ASL di Milano e responsabile del settore "Scuola e Sanità" della Fondazione Iard www.fondazioneiard.it. Via Chiaramonti 19, 20148 Milano
Tel. 335-7749493 - Fax 02-99989140 - E-mail: vittorio.lodolodoria@fastwebnet.it

(mother of adolescents, care-giver for elderly parents and teacher). Lastly, general practitioners and psychiatrists need to be educated on psychiatric disorders due to teaching-related stress in order to achieve a correct diagnosis and treatment.

RIASSUNTO

La categoria professionale dei docenti, poiché maggiormente esposta ad usura psicofisica, rientra notoriamente tra le cosiddette helping profession. Nonostante ciò l'opinione pubblica ritiene che gli insegnanti fruiscano di una condizione privilegiata. La classe medica è praticamente all'oscuro delle patologie psichiatriche conseguenti al Disagio Mentale Professionale nei docenti (DMP). Nonostante in Francia sia stato da poco lanciato l'allarme suicidio nella categoria, ed in Giappone osservato il raddoppio delle malattie di natura psichiatrica in un decennio, continua la carenza di pubblicazioni scientifiche sul DMP degli insegnanti. La nuova normativa sulla tutela della salute dei lavoratori prevede tuttavia che il dirigente scolastico individui i rischi psicosociali, tenendo in giusta considerazione anche le variabili di genere (81% degli insegnanti sono donne) ed età del lavoratore (l'età media sfiora i 50 anni). L'indagine svolta ha interessato 1.295 insegnanti, di dieci regioni italiane, ai quali è stato somministrato un questionario per indagare la loro consapevolezza del DMP, il loro vissuto sul campo, la capacità a riconoscerlo, prevenirlo nonché gli strumenti normativi per tutelare la loro salute. Il quadro che emerge è di una categoria scarsamente erudita sui rischi di salute nel proprio lavoro (solo il 20% ne è pienamente consapevole); disinformata sui diritti e doveri circa il ricorso del dirigente scolastico alla visita medica collegiale (quasi il 60% ritiene che si tratti di mobbing); sfiduciata nei confronti di istituzioni, sindacati e mass media. Considerate la femminilizzazione della categoria e l'età media avanzata, nonché l'alta incidenza di episodi depressivi tra i docenti, la categoria ritiene opportuno studiare la relazione tra menopausa e depressione sul lavoro. Le recenti riforme previdenziali, nonché l'età avanzata alla prima gravidanza fanno coincidere tre ruoli della donna (lavoratrice, madre di ragazzi adolescenti e care-giver ai genitori anziani) addirittura insostenibili per le insegnanti. Punto cruciale per i docenti resta comunque la necessità di avviare all'impreparazione della classe medica sul rischio DMP nella categoria, per il ruolo che è tenuta a giocare.

INTRODUZIONE

Il fenomeno del *disagio mentale professionale* (DMP) degli insegnanti, più noto col nome di *burnout*, assume particolare rilevanza alla luce della nuova normativa sulla *tutela della salute nei posti di lavoro*. Questa pone in capo al datore di lavoro il compito di individuare e contrastare tutti i rischi, compresi quelli *psicosociali*, tenendo in giusto conto il *genere* e l'*età* del lavoratore (secondo dati forniti dal Ministero della Pubblica Istruzione, il corpo docente è per l'81% composto da donne e presenta un'età media che tocca i 50 anni). La categoria professionale dei docenti rientra tra le cosiddette *helping profession* e risulta essere maggiormente esposta ad usura psicofisica (4, 20, 21). Nonostante ciò, nell'opinione pubblica è ben radicata la convinzione che la suddetta categoria fruisca di una condizione privilegiata.

Con la pubblicazione dello studio "Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professio-

nale degli insegnanti?", si arriva finalmente a investire della questione "DMP nella scuola" anche il settore medico-scientifico e non più solamente quello psicologico (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) che annovera innumerevoli lavori di approfondimento in materia (2, 12).

L'esposizione al rischio di sviluppare una patologia psichiatrica è ribadito da ricerche mediche sul corpo docente condotte anche a Torino, Verona e Milano (1, 14, 25).

Il fenomeno del DMP tra gli insegnanti è in realtà una questione internazionale (15-17, 22, 26), non relegabile ad uno specifico Paese, proprio perché legato all'attività professionale svolta. Sono stati per primi la Francia (3, 10, 24) e il Giappone (11) a lanciare nel 2007 rispettivamente il preoccupante al-

larne suicidi tra gli insegnanti¹ e a evidenziare il drammatico aumento delle diagnosi psichiatriche nelle assenze da lavoro per malattia.

Nel corso del precedente anno scolastico (2007/08) è stata condotta dagli stessi autori di questa ricerca un'indagine nazionale su 1.412 dirigenti scolastici (13) per valutare nell'ordine *consapevolezza, gestione e prevenzione* del DMP scolastico nei rispettivi istituti. Laddove le domande erano le medesime, è stato operato un confronto tra le risposte di docenti e dirigenti scolastici (DS).

La presente ricerca, patrocinata dai Ministeri della Pubblica Istruzione e delle Pari Opportunità, è stata realizzata grazie alla collaborazione tra l'ANP - Associazione Nazionale Dirigenti e Alte Professionalità della Scuola e la Fondazione IARD.

RAZIONALE DELLA RICERCA

Con la presente ricerca nazionale, si è voluto estendere alla categoria professionale degli insegnanti, l'indagine attuata nell'A. S. 2007/08 sui dirigenti scolastici. L'obiettivo è consistito nel saggiare

¹ Il Sole 24 Sanità N° 15/07 del 17-23 Aprile 2007. 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. È dunque importante aiutarli perché non affondino».

In Giappone lo studio di Ken Inoue et al., effettuato con la collaborazione dei Ministeri competenti, ha fatto registrare l'incremento dal 34% al 56,4% delle motivazioni psichiatriche delle assenze per malattia nell'arco di un decennio (1995-2004)

la consapevolezza dei docenti relativamente al fenomeno del DMP, il loro vissuto sul campo, la capacità a riconoscerlo, prevenirlo nonché la predisposizione a reagirvi. Sono stati pertanto posti loro specifici quesiti: *Con quale frequenza siete venuti in contatto con casi di DMP tra i vostri colleghi?*

Siete consapevoli dei rischi psicosociali della professione?

Si acuisce l'usura psicofisica in condizioni biologiche particolari (femminilizzazione della professione e menopausa)?

Conoscete strumenti e procedure da seguire per tutelare la salute sul posto di lavoro?

Vi sentite compresi/capiti dalle istituzioni, dai sindacati, nonché dai media e dall'opinione pubblica?

Avete fiducia nel supporto della classe medica (medici di famiglia e specialisti)?

Fate assenze a causa del DMP? Assumete psicofarmaci?

Avvertite la necessità di comunicare alla società la vostra reale condizione di salute?.....

METODI E ANALISI DEL CAMPIONE

La rilevazione ha interessato 1.295 insegnanti ai quali è stato somministrato un questionario strutturato semi-standardizzato. L'indagine si è svolta nel primo semestre del 2008 ed ha previsto come contesto di rilevazione il setting di formazione, nell'ambito del quale la Fondazione IARD ha condotto seminari sul tema del DMP e delle relative modalità di riconoscimento e gestione efficace dello stesso. La modalità di somministrazione è stata quella dell'*autocompilazione assistita*, modalità che 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. Considerando che i corsi di formazione sono stati organizzati in 10 regioni d'Italia (Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Puglia, Sardegna, Sicilia; raccogliendo inoltre adesioni di insegnanti provenienti da altre regioni), il campione oggetto di studio produce un quadro di riferimento della scuola e degli insegnanti di gran parte del territorio nazionale.

Per quanto concerne la composizione per sesso, il campione rispecchia la forte femminilizzazione dei docenti che esiste nella scuola italiana: l'82,6% degli insegnanti del campione sono donne (tabella 1), un valore che coglie con buona precisione la percentuale dell'universo pari all'81% (fonte Ministero dell'Istruzione, anno scolastico 2006/07). Pur essendo le donne del campione di poco più giovani dei colleghi uomini (45,8 anni a fronte di 46,5 anni) è assai rilevante la quota del campione costituita da donne che si trova nella classe di età perimenopausale (45-55 anni) che rappresenta ben il 37% dei soggetti intervistati. Si tratta di un riferimento importante in quanto la numerosità campionaria di questo specifico segmento (che ricopre un grande rilievo a causa della correlazione che sussiste tra il rischio di patologia ansioso depressiva e l'insorgenza della menopausa) consentirà di effettuare su di esso specifiche riflessioni.

Nella tabella 2 è riportata la distribuzione dei docenti per livello di scuola. Sono adeguatamente rappresentati gli insegnanti di tutti i livelli scolastici ed è ben rappresentato dal campione il fenomeno della decrescente femminilizzazione della professione al

Tabella 1 - Distribuzione percentuale del campione per sesso ed età

Table 1 - Age and sex distribution of the study population

	Totale %	<45 anni %	45-55 anni %	> 55 anni %
M	17,4	15,7	17,7	20,5
F	82,6	84,3	82,3	79,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabella 2 - Distribuzione percentuale del campione per livello di scuola

Table 2 - Proportion of nursery, primary and secondary school teachers

	% docenti donne	
Livello di scuola a cui insegna		
materna	13,3	99,4
elementare	31,4	93,0
media inferiore	16,1	78,5
media superiore	39,2	70,5
Totale	100,0	82,6

Tabella 3 - Distribuzione percentuale del campione per anzianità di servizio

Table 3 - Length of service in the study population

	%
Anzianità di servizio nel ruolo di docente	
Meno di 10 anni di servizio	25,5
Tra i 10 e i 20 anni di servizio	30,8
Oltre i 20 anni di servizio	43,7
Totale	100,0

crescere dei livelli scolastici, che caratterizza l'intero universo.

Dalla tabella 3 si evince che la maggioranza relativa dei docenti (il 43,7%) possiede un'anzianità di servizio di oltre 20 anni. Circa 1/4 del campione insegna invece da meno di 10 anni.

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

RISULTATI

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

Dall'analisi dei dati - incrociati con quelli analoghi emersi nella ricerca sui dirigenti scolastici (DS) - tuttavia, emerge che solamente il 21,9% del campione (contro il 24% dei DS) risulta essere consapevole dei succitati rischi per la salute. Al contrario l'8,4% dei docenti (contro il 5,8% dei DS) ritiene la professione scevra da rischi, mentre il 17,2% (contro il 14,9% dei DS) considera il *burnout* quale unico potenziale rischio per la categoria. Infine la maggioranza relativa degli intervistati 37,5% (contro il 46% dei DS) riconosce alla categoria il duplice rischio di sviluppare burnout e patologie psichiatriche. Pertanto sono proprio le malattie tumorali tra gli insegnanti a rivestire il ruolo di "illustri sconosciute", nonostante la letteratura scientifica abbia già da tempo dimostrato la stretta correlazione fisiopatologica tra le patologie ansioso-depressive e l'insorgenza di forme neoplastiche. La consapevolezza di tutti i potenziali rischi risulta comunque essere lievemente-

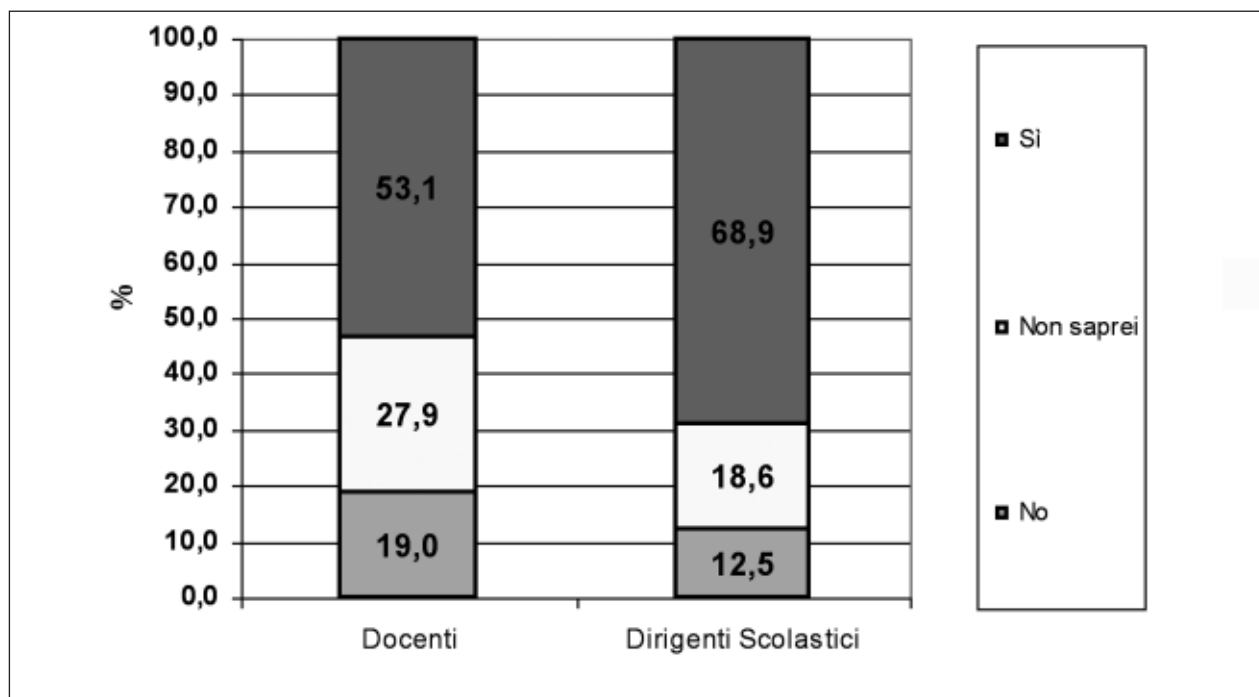


Figura 1 - Si è mai trovato a confronto (diretto o indiretto) con casi conclamati di DMP?

Figure 1 - Have you ever -either directly or indirectly- encounter evident work-related psychiatric disorders?

te (non certo sufficientemente) maggiore tra i DS che negli insegnanti, come conferma anche la percentuale di coloro che non sanno rispondere al quesito (il 13,9% contro il 7,4% dei DS).

Il fenomeno DMP nei docenti (figura 1) è un problema rilevante nella scuola come dimostrato da cifre inconfutabili: infatti solo il 19% degli insegnanti (contro il 12,5% dei DS) non ha mai sentito parlare di casi di DMP nei docenti. Al contrario la maggioranza relativa (35,5% contro il 44% dei DS), ha avuto un contatto diretto con colleghi in DMP. La percentuale sale fino al 42,5% con un'anzianità di servizio superiore ai 30 anni, mentre scende al 21,5% se gli anni di servizio svolto sono meno di 10. Un cospicuo gruppo ne ha sentito parlare da colleghi (17,4% contro il 23,6% dei DS), mentre una frazione maggiore (27,7% contro il 18,6% dei DS) è ancora *corrosa dal tarlo del sospetto* che certe manifestazioni, e/o stravaganze del docente, altro non fossero se non l'espressione di un DMP non diagnosticato. La maggior consapevolezza sul DMP da parte dei DS rispetto ai docenti è verosimilmente riconducibile alla posizione dirigenziale

rivestita nell'amministrazione, che consente una più ampia visuale dell'ambiente scolastico in virtù del maggior numero di contatti con docenti e colleghi DS di altri istituti.

Solo il 6,5% del campione (contro il 4% dei DS) ritiene che la categoria dei medici sia a conoscenza del rischio DMP negli insegnanti (figura 2), il 13,8 non lo sa (contro l'11,7% dei DS), mentre il 42,4% (contro il 43,6% dei DS) suppone che ne siano consapevoli solo gli specialisti (psichiatri). Verosimilmente la percezione di quest'ultimo gruppo è del tutto infondata poiché sono praticamente inesistenti le pubblicazioni medico-scientifiche in materia. Si consideri inoltre che, se anche la totalità degli psichiatri fosse a conoscenza del fenomeno DMP nei docenti, ci si dovrebbe chiedere quanti sono gli insegnanti "sofferenti" che nella realtà quotidiana si rivolgono ai suddetti specialisti (non si deve infatti sottovalutare la questione dello "stigma" nei confronti delle patologie mentali). Infatti anche qualora tra i camici bianchi vi fosse consapevolezza del rischio DMP nei docenti, resterebbe da quantificare l'effettivo ricorso agli stessi curanti, cioè il numero

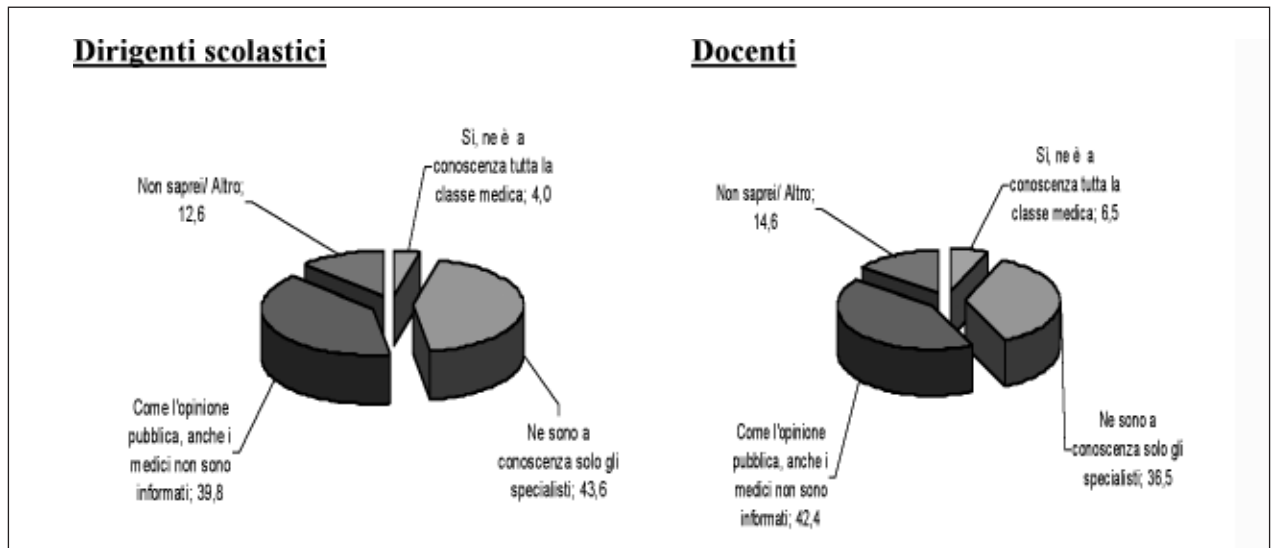


Figura 2 - Secondo lei, esiste nella classe medica la consapevolezza che la professione dell'insegnante è a rischio di DMP?
 Figure 2 - Do you believe the medical profession is aware of the high risk of teaching-related psychiatric disorders?

degli ammalati effettivamente presi in carico. Come abbiamo letto, la Francia ha in parte risolto il problema alla radice, dapprima riconoscendo i rischi psicosociali degli insegnanti, quindi assegnando d'ufficio a ciascun insegnante uno psichiatra di base in caso di necessità (a ciascuno psichiatra sono assegnati 300 insegnanti che possono liberamente rivolgersi allo specialista per eventuale supporto).

Dati MIUR 2005 rilevano che l'età media dei docenti è di 49,8 anni, facendo dell'Italia la nazione con la classe docente più anziana d'Europa. Parte del campione sostiene che la menopausa può aggravare lo *stress* di colei che insegna (55,9%), mentre un'esigua minoranza lo nega (12%) ed un cospicuo gruppo non sa rispondere (31,3%). Nell'analoga ricerca, il 29,1% dei DS sosteneva che tra i docenti esiste la *consapevolezza della menopausa quale ulteriore fattore di stress* per la donna-insegnante, mentre il 43,6% dei DS negava recisamente questa consapevolezza (M 41% vs. F 45,1%), ed il 24,2% (M 27,7% vs. F 21,1%) non sapeva o non si esprimeva in merito. Non si evidenziavano differenze statisticamente significative tra le risposte dei DS stratificati per sesso.

La maggioranza assoluta degli insegnanti intervistati (85,7% contro l'88,2% dei DS) ritiene che il binomio *menopausa-DMP* nella scuola debba essere

maggiormente approfondito anche dal punto di vista scientifico, 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 (figura 3), si nota come gli uomini sono lievemente più inclini all'indagine sull'argomento (M 87,1% vs. F 85,4%) e, di converso, le donne lievemente meno propense (M 12,9% vs. F 14,6%).

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*): la stessa persona affetta da DMP (78,3 contro il 78,1% dei DS), l'utenza (76% contro l'86,4% dei DS), i colleghi del docente (50,9% contro il 55,2% dei DS), il dirigente scolastico (33,9% contro il 52,2% dei DS). Quest'ultimo dato rende bene l'idea della percezione che i docenti possiedono circa la *"distanza/barriera"* che li separa dai loro datori di lavoro (DS).

Si è quindi proceduto a indagare la conoscenza dei *diritti-doveri* degli insegnanti circa gli strumenti messi a disposizione dal legislatore per *tutelare la salute del lavoratore*.

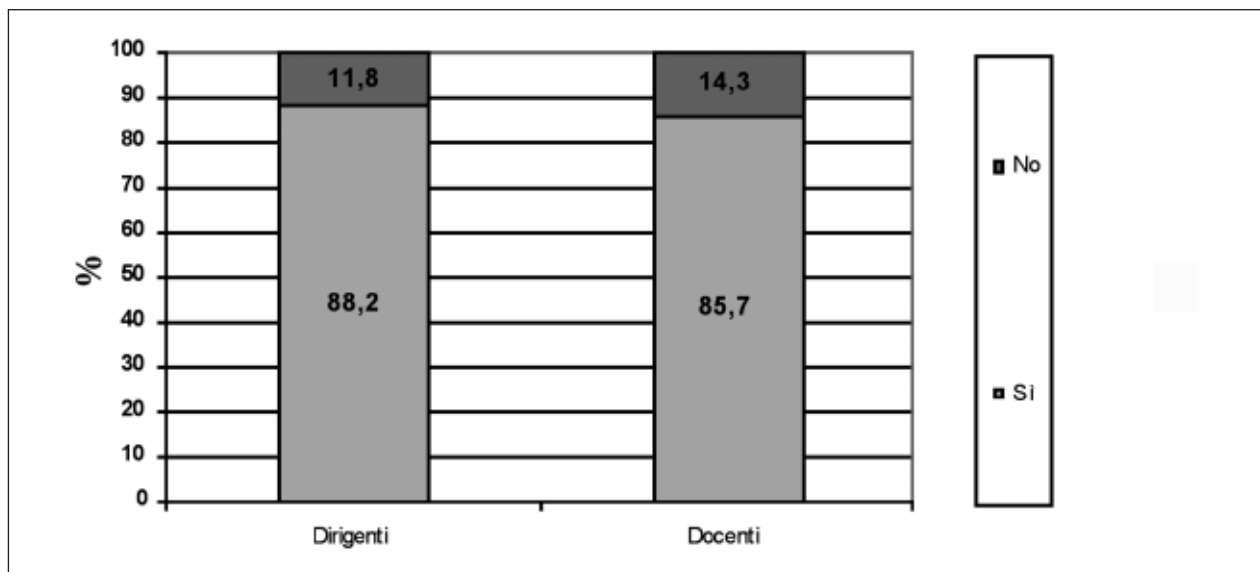


Figura 3 - Le riforme previdenziali hanno indotto la donna-insegnante a vivere la propria menopausa sul posto di lavoro anziché altrove. Riterrebbe utile indagare scientificamente la correlazione tra menopausa e DMP sul posto di lavoro?

Figure 3 - Social security legislation requires female teachers to work through menopause. Do you believe the relationship between menopause and work-related psychiatric disorders should be investigated in depth?

La corretta procedura da adottare per affrontare un caso di DMP prevede l'invio del docente a visita medica collegiale in Commissione Medica di Verifica (CMV). Tale organo istituzionale è infatti preposto all'accertamento dell'idoneità psicofisica del lavoratore ai fini dello svolgimento della sua attività professionale. Il datore di lavoro (nella fattispecie il dirigente scolastico) deve disporre l'invio in CMV, nei limiti consentiti dalla legge, anche a prescindere dall'assenso del diretto interessato (vedi art. 5 Legge 20 maggio 1970, n. 300 Statuto dei lavoratori). L'autorità diretta *si espone pertanto fisiologicamente al rischio di denunce per mobbing*, soprattutto in quei casi clinici in cui, nel lavoratore, scatta la "negazione della patologia" che, non di rado, è parte integrante del corredo sintomatologico che accompagna 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 l'inerzia può comportare conseguenze 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 – oltreché per l'utenza – e per la serenità dell'intero contesto scolastico.

Tornando all'indagine svolta, il 38,7% del campione di docenti (contro il 9,2% dei DS) ritiene erroneamente che "l'invio in CMV privo del consenso dell'insegnante" sia un "atto illecito" se non (addirittura) un "atto di mobbing" (7,3% contro lo 0,7% dei DS). Solo il 43,5% invece lo considera giustamente "un atto dovuto a tutela del docente stesso e di tutto l'ambiente scolastico" (contro il 73,8% dei DS).

Il questionario ha quindi preso in esame il livello di conoscenza del *target* circa la possibilità di accesso alla CMV che ciascun docente possiede in caso di malattia.

Solamente l'11,5% (contro il 30,3% dei DS) è a conoscenza del fatto che *non vi sono limiti al numero di volte in cui si può richiedere una visita medica collegiale* (la percentuale scende ulteriormente all'8% se l'anzianità di servizio è inferiore ai 10 anni e sale, di converso, al 13,3% per i "veterani" con anzianità superiore ai 20 anni). La restante percentuale ammette di non conoscere la risposta (53,3% contro 42,4%

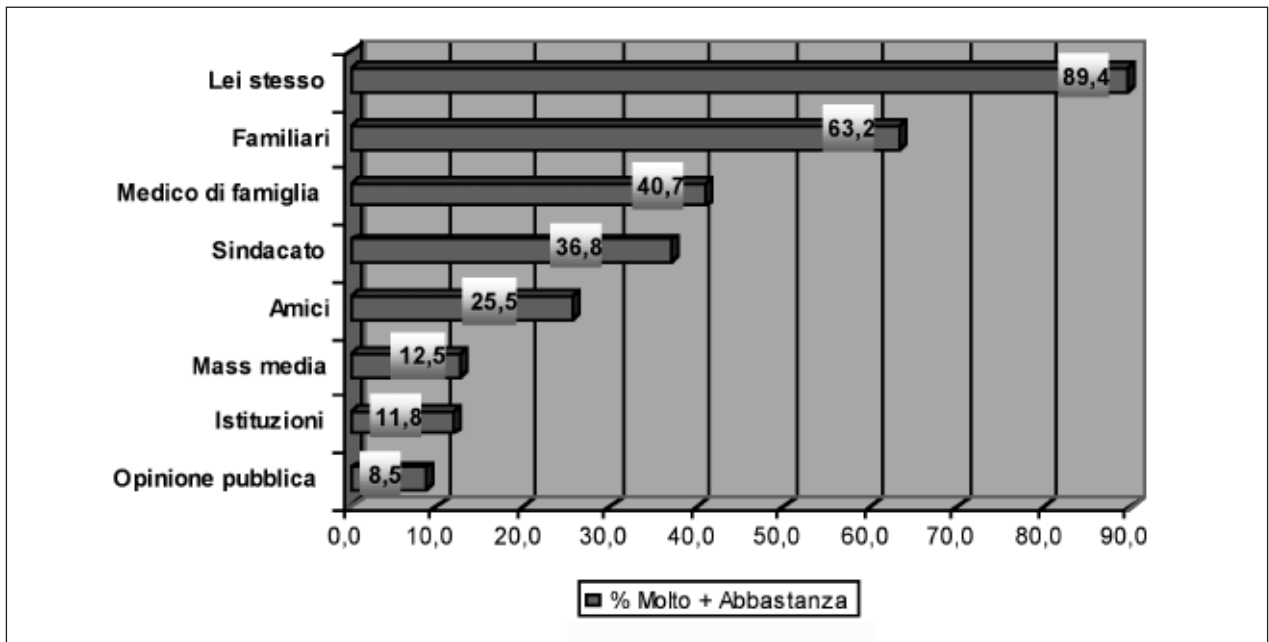


Figura 4 - La professione dell'insegnante è ritenuta psicofisicamente usurante?

Figure 4 - Do you believe the teaching profession to be psychologically and physically consuming?

dei DS), o risponde in modo errato (35,2% contro il 18% dei DS). In conclusione l'istituto della visita medica collegiale in CMV è percepito come "attacco" nei confronti del lavoratore anziché "tutela" dello stesso (come è nella realtà dei fatti).

Così come tra i DS, anche nella maggior parte dei docenti (60,2% contro il 64,2% dei DS) vi è la giusta consapevolezza che *il docente inviato a visita medica collegiale può richiedere e ottenere copia integrale* (inclusa la relazione sul docente appositamente stilata dal DS) *della documentazione trasmessa dalla sua amministrazione alla CMV* (ai sensi degli art. 22-23 della L. 241/90 sulla *trasparenza degli atti*). Non sa rispondere invece il 25,2% degli intervistati (contro il 12,7% dei DS), mentre la restante percentuale (23% contro il 23,1% dei DS) si astiene dal rispondere o comunque risponde in maniera errata.

I docenti ritengono fondamentale che i DS ricevano adeguata formazione in tema di gestione e prevenzione del DMP negli insegnanti (89,3% contro il 96,8% dei DS).

Nella pregressa indagine il 92% dei DS riteneva utile proporre interventi di formazione/informazione di prevenzione del DMP ai propri docenti per

favorire la condivisione dello stress e la riduzione del DMP in ambiente di lavoro. Mettere gli insegnanti in grado di riconoscere i fattori predisponenti al burnout ed i segnali clinici premonitori, aiuta certamente gli interessati a monitorare le proprie reazioni, controllare gli impulsi e mantenere accettabili i livelli di stress.

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

Sono quindi state poste al campione due domande attinenti l'aspetto biologico (genere ed età) contemplato nell'art. 28 del nuovo D. Lgs. 81/2008 che impone ai datori di lavoro di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori *...tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo 8/10/2004, quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 151/2001, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età e alla provenienza da altri Paesi...*

La *menopausa* sembra essere argomento "molto o abbastanza" delicato da affrontare in presenza di donne in età critica (45-55 anni) solamente per il 17,8% dei docenti (M 32,4% e F 14,7%), mentre lo

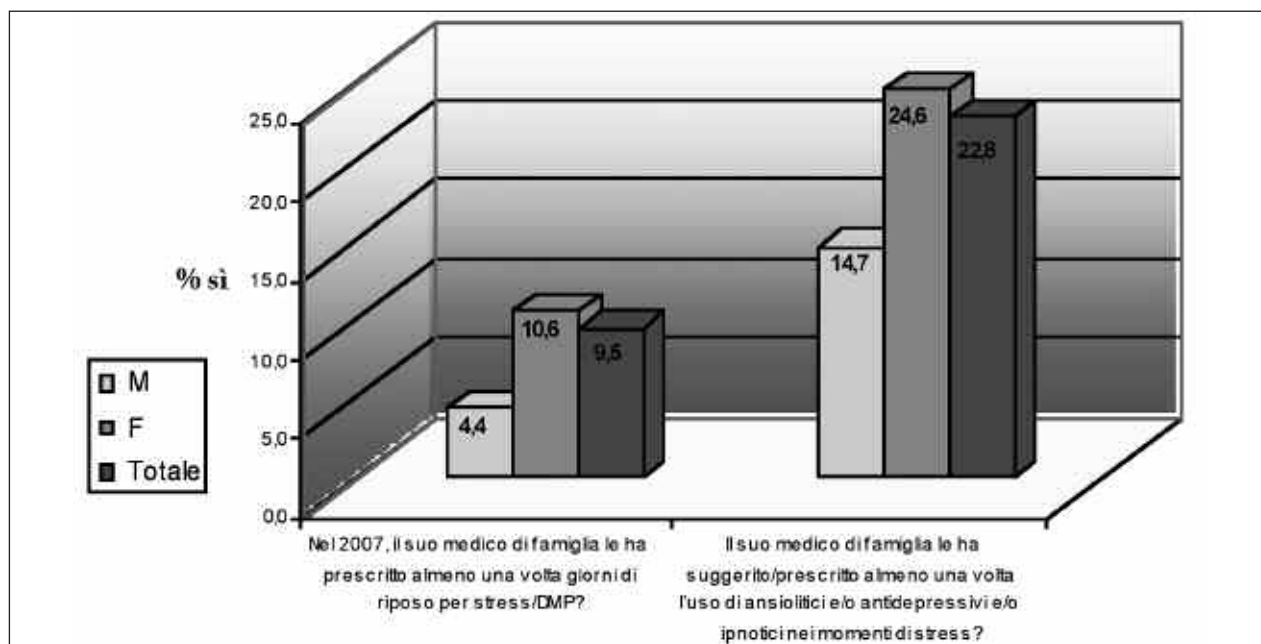


Figura 5 - Prescrizione da parte del medico di famiglia di giorni di riposo per stress o di psicofarmaci
 Figure 5 - Has your General Practitioner prescribe psychotropic drugs or sick leave for stress?

è "poco o per nulla" per l'82,2% (M 67,6% e F 85,3%).

Quando analoga domanda viene posta sulla *depressione*, le percentuali si ribaltano, quasi a sottolineare giustamente che il primo è un evento *fisiologico* mentre il secondo è *patologico*. Si ha infatti un 64,1% per "molto o abbastanza" (M 70,9% e F 62,7%) ed un 35,9% per "poco o per nulla" (M 29,1% e F 37,3%).

È stato poi chiesto ai docenti (figura 4) se il loro mestiere è ritenuto (*molto o abbastanza*) "psicofisicamente usurante" da una serie di figure e attori istituzionali che sono nell'ordine: loro stessi (tot. 89,4%, M 87,2% e F 89,9%); i familiari (tot. 63,1%, M 67% e F 62,3%); gli amici (tot. 25,5%, M 19,7% e F 26,8%); il medico di famiglia (tot. 40,7, M 34,9 e F 42%); le istituzioni (tot. 11,9%, M 10% e F 12,1%); i sindacati (tot. 36,8%, M 41,6 e F 35,7); i mass media (tot. 12,6%, M 13,1% e F 12,5%); l'opinione pubblica (tot. 8,5%, M 5,1% e F 9,1%). Appare chiaro che tanto più ci si *allontana* dalla realtà quotidiana dell'insegnante (dal suo *entourage* e dalla sua cerchia relazionale), tanto meno è riconosciuta l'usura psicofisica professionale. Nell'immaginario dei docenti ad essere più distanti dalla situazione reale

sono, in ordine decrescente, l'opinione pubblica, le istituzioni, i mass media, gli amici, i sindacati, il medico di famiglia ed i familiari.

Sollecitato a rispondere sulle modalità utilizzate per reagire allo stress prolungato (superiore alla settimana) solo il 9,2% del campione sostiene di non essere mai stato soggetto a tale spiacevole condizione. Il 32,4% afferma di condividere lo stress con amici e familiari ma non coi colleghi, mentre il 31,5 sostiene di non aver difficoltà a condividere il disagio con chiunque incontri. Una quota inferiore preferisce *arrangiarsi da solo senza coinvolgere il prossimo* (tot. 18,2%, M 24,8% e F 16,9%), mentre un'esigua minoranza (tot. 8,7%, M 9,9% e F 8,4%) si appoggia preferibilmente ai colleghi piuttosto che ai familiari.

Nell'89% dei casi il campione afferma che il proprio medico di base è a conoscenza della professione svolta dal suo paziente (M 82,7% e F 90,4%). Solo il 7,4% ritiene che il medico di famiglia non si ricordi della professione svolta dal docente (M 12,4% e F 6,2%). La restante percentuale (3,6%) non si è mai recata dal medico o non ha mai riferito allo stesso la professione svolta.

Il 68,7% del campione (M 66,8% e F 69,1%) ritiene che qualora raccontasse al medico *che la pro-*

pria professione è psicofisicamente usurante sarebbe preso sul serio dal camice bianco (“molto o abbastanza”). Al contrario (“poco o per nulla creduto e compreso”) si sentirebbe il 31,3% (M 33,2% e F 30,9%).

Di fronte alla richiesta di dichiarare eventuali prescrizioni di *giorni di malattia per stress superiore a una settimana* nel corso del 2007 (figura 5), la maggioranza assoluta del campione (tot. 55,6%, M 68,9% e F 54%) asserisce di non averne mai avuto bisogno, mentre una cospicua parte (tot. 33,8%, M 26,7 e F 35,4%) sostiene di non aver mai fruito di giorni di malattia, anche se vi sono stati dei momenti nei quali ce ne sarebbe stato bisogno. Esiguo le percentuali di coloro che hanno dichiarato di aver fruito di giorni di malattia periodicamente (tot. 0,7%, M 0% e F 0,9%), saltuariamente (tot. 4%, M 1,8 e F 4,5%), una volta sola (tot. 4,8%, M 2,7% e F 5,3%).

Circa l'assunzione di psicofarmaci (antidepressivi, ansiolitici ed ipnotici) il 77,2% del campione dichiara di non averne mai fatto uso (M 85,3% e F 75,4%), il 15,3% ne ha fatto un uso saltuario (M 11,6% e F 16,2%), mentre il 5,5% dichiara un utilizzo continuativo (M 3,1% e F 6%).

La quasi totalità del campione (tot. 95%, M 90,2% e F 95,9%) sarebbe favorevole alla realizzazione di una campagna informativa rivolta all'intera classe medica (inclusi gli specialisti, i medici delle CMV ed i *medici competenti*), per rendere edotta la categoria circa i rischi psicosociali cui espone la professione, nonché il DMP esistente tra i docenti (tabella 4). Inferiori al 2% coloro che reputano di non dover fare la suddetta campagna informativa per il rischio di addossare nuovi stereotipi alla categoria (tot. 1,9%, M 4% e F 1,4%).

L'ultima domanda del questionario si proponeva di capire a quale medico si rivolgerebbe tendenzialmente la donna quando si trova in *stato depressivo durante la menopausa*. Il più “gettonato” risulta essere il medico di famiglia (58,5%), seguito a notevole distanza dal ginecologo (20,2%) e poi, nell'ordine, lo psichiatra (10,6%), il neurologo (4,6%), altro (4,7%). Il medico di base è considerato il referente soprattutto dalle insegnanti elementari (63,9%), mentre lo è assai meno dalle docenti delle medie inferiori (53,5%).

DISCUSSIONE

1. Come documentato dalla pubblicazione su *La Medicina del Lavoro*, il fenomeno del DMP tra i docenti è in costante aumento. Ne è riprova anche il crescente numero di casi che gli stessi insegnanti incontrano – direttamente o indirettamente – con l'aumentare dell'anzianità di servizio. Solo il 18,8% dell'intero campione non ha mai sentito parlare di DMP, ma la sua consistenza passa dal 30,6% al 13%, a seconda che l'anzianità di servizio considerata sia inferiore ai 10 o superiore ai 20 anni. Sono le maestre delle elementari a riportare la maggiore percentuale di esperienza diretta con casi di DMP (40,1% contro il 26,8% materna, 27,5% medie, 36,8% superiori). Non sembra avere alcuna influenza il titolo di studio conseguito tra coloro che non sono mai venuti a contatto direttamente col DMP (laurea 18,8%, diploma 18,6%). Ponendo attenzione ai recenti (2008) dati europei di prevalenza riportati nel *Consensus Paper: Mental health in workplace settings* e riferiti alla popolazione generale, apprendiamo che: un cittadino su quattro avrà problemi di salute mentale nel corso della sua esistenza; nell'arco di un anno solare il 10% della popolazione europea va incontro a episodi depressivi e il 2,6% presenta disturbi psicotici. Se poi applicassimo le suddette percentuali alla popolazione docente – tralasciando il fatto che trattandosi di una *helping profession* le cifre dovrebbero essere certamente più alte – constateremo che 100.000 dei nostri insegnanti presentano episodi depressivi mentre 26.000 manifestano disturbi psicotici nell'arco di un anno (tra scuola pubblica e privata la popolazione docente ammonta grosso modo a un milione di unità). Se anche la situazione reale corrispondesse alla metà dei dati presi in considerazione, si verrebbero almeno a spiegare i numerosi e continui articoli che trovano spazio su televisione e carta stampata. D'altra parte preme porre questioni operative per fare fronte a siffatto problema. Chi supporta gli insegnanti – alle prese coi ragazzi – quando si trovano in fase di DMP durante lo svolgimento della loro professione? Come li si può aiutare se l'unico strumento utile (invio a visita medica collegiale in CMV) è considerato da loro stessi un atto di *mobbing*, ed è utilizzato correttamente solo dallo 0,7% dei loro datori di lavoro

Tabella 4 - Sarebbe favorevole alla realizzazione di una campagna di sensibilizzazione e informazione dei medici circa la reale condizione di usura psicofisica cui sono sottoposti gli insegnanti?

Table 4 - Do you believe the public and physicians should be informed about the extent of psychophysical stress in the teaching profession?

	Totale %	M %	F %
No. Del DMP è bene non parlare per non accrescere i già numerosi stereotipi sui docenti	1,9	4,0	1,4
Si. In fondo è bene che si sappia come stanno le cose, anche per fare prevenzione	79,9	75,9	80,7
Sono favorevolissimo e parteciperei portando al mio medico lavori scientifici sul DMP	15,1	14,3	15,2
No. Sarebbe inutile coinvolgere i medici nei problemi della scuola	0,6	1,3	0,5
Non saprei	2,2	3,6	1,9
Altro	0,4	0,9	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0

(DS)? Come fare ad avvicinare il mondo della scuola con quello della sanità (oggi del tutto ignari del DMP) ora che la tutela del lavoratore contempla l'inclusione dei rischi psicosociali nel *Documento di Valutazione del Rischio*? Come favorire il reinserimento lavorativo dell'insegnante uscito da una fase di DMP e la sua reintegrazione nel posto di lavoro? Come prevenire ed eliminare lo stigma che la malattia mentale porta con sé finendo col discriminare il soggetto in difficoltà? Le risposte ai quesiti passano unicamente attraverso azioni formative per insegnanti, DS, medici (non è sufficiente l'esperienza professionale). La stessa letteratura psichiatrica internazionale concorda sul fatto che la supervisione, non solo in ambito terapeutico ma anche assistenziale ed educativo, migliora la qualità dell'intervento e previene il *burnout* dell'operatore.

2. La consapevolezza dei rischi psicosociali – peraltro mediamente assai bassa in tutta la categoria professionale (21,9%) - aumenta proporzionalmente con l'anzianità di servizio passando dal 19,8% al 24,5%, a seconda che l'anzianità di servizio considerata sia inferiore ai 10 o superiore ai 20 anni. A sentirsi maggiormente esposti ai suddetti rischi sono le insegnanti delle scuole materne seguite a ruota dalle maestre elementari (27,9% materne, 25,8% elementari, 18% medie, 18,5% superiori). Il fabbisogno formativo dei docenti nonché dei dirigenti scolastici in materia di prevenzione e gestione del DMP (ivi incluso il monitoraggio dei livelli di stress in ambiente scolastico) trova dunque ragione nella radica-

ta ignoranza sui rischi psicosociali stessi della professione (ne sono a conoscenza solo il 21,9% dei docenti ed il 24% dei DS). È pertanto conseguente e legittima la volontà – pressoché unanime – nel pretendere dalle istituzioni formazione in proposito (89,3% del campione contro il 96,8% dei DS). La necessità di un'adeguata azione in tal senso discende anche dal dettato del nuovo Testo Unico e dalle recenti normative 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 - anche nella compilazione del *Documento di Valutazione dei Rischi* (DVR) dove andranno individuati i rischi psicosociali e le relative contromisure. Potranno inoltre essere individuati appositi *indicatori di rischio per il DMP* relativi al singolo istituto scolastico (tabella 5).

3. Il rischio che il DMP rappresenta per l'incolumità degli individui risulta essere *percepito*, dal campione, con uguale entità tanto a danno del docente affetto quanto a carico dell'utenza con la quale il primo è a contatto (78,3% contro 76%). Tuttavia la preoccupazione nei confronti dell'utenza è maggiore alle materne e nelle elementari (rispettivamente 83,3% e 79,4%) rispetto a quella riscontrata nei docenti di medie inferiori e superiori (rispettivamente 70,2% e 73,2%). Il fenomeno è in parte spiegabile col fatto che gli alunni sono fisiologicamente più *esposti* perché più *indifesi*. Tra gli insegnanti delle

Tabella 5 - Elenco dei potenziali indicatori di stress nella scuola

Table 5 - Potential stress indicators among teachers

Potenziali indicatori di stress nella scuola:

- tasso di fuga/attrazione della scuola (andamento iscrizioni negli AA. SS.)
- turnover docenti (nuovi arrivi, trasferimenti e domande di trasferimento)
- numero delle lettere/verbalizzazioni di reclamo dei genitori
- numero delle lettere di reclamo/sollecitazione degli studenti
- numero di incidenti avvenuti nella scuola durante l'AS (vigilanza)
- rapporto tra docenti precari e docenti di ruolo
- valutazione del rischio biologico oggettivo (sesso, età, puerperio)
- numero alunni per classe
- numero alunni difficili (segnalati dai servizi sociali) e con sostegno
- distribuzione vs. concentrazione degli incarichi tra i docenti
- numero problemi relazionali segnalati nei verbali dei Consigli di Classe
- numero programmi didattici non ultimati o in ritardo
- numero di assenze, visite ispettive, visite mediche in CMV (ATA inclusi)
- numero corsi aggiornamento con relativa partecipazione dei docenti

materne si osserva addirittura una maggiore preoccupazione per l'utenza che non per il docente stesso affetto da DMP (83,3% contro 81,9%), a differenza degli altri livelli scolastici dove prevale sempre – seppure di pochissimo – l'apprensione per la salute del collega. Le stesse famiglie di alunni e studenti potrebbero recepire l'intervento formativo come azione a tutela della loro prole evitando sterili contrapposizioni e la continua alimentazione di deleteri stereotipi nei confronti degli insegnanti. *L'asse genitori-insegnanti* potrebbe essere così ripristinato rispetto all'*asse genitori-figli*, dove padre e madre assumono troppo spesso il ruolo di *sindacalista* del figlio studente/alunno.

4. Un aspetto assai critico è rappresentato dall'assoluta ignoranza di docenti e DS nei confronti dei loro diritti/doveri e degli strumenti atti a tutelare

l'incolumità fisica nell'esercizio della professione. L'invio a visita medica collegiale in CMV è percepita dagli insegnanti soprattutto come *atto illegittimo*, ovvero azione di *mobbing* ai danni del docente in difficoltà, anziché come *atto dovuto a sua difesa*. La situazione innesca pertanto un circolo vizioso di assoluto rischio per il datore di lavoro (rifugge dal ricorrere alla CMV per timore di denunce per *mobbing*), il lavoratore (vede aggravare la prognosi col trascorrere del tempo senza ricevere un adeguato supporto medico), l'utenza (subisce un *rischio incolumità* ma soprattutto di insufficiente apprendimento). L'esperienza professionale che si accresce col progredire dell'anzianità di servizio supplisce in parte alla mancata informazione istituzionale. Si nota infatti che la percentuale degli insegnanti che ritengono l'invio in CMV come *"atto illecito da parte del DS"* cala dal 46,3% al 35,6% a seconda che il docente possieda un'anzianità di servizio inferiore ai 10 anni o superiore ai 20. Nemmeno influisce il titolo di studio conseguito che vede la percentuale dei diplomati attestarsi al 33,1% contro il 42,2% di risposte sbagliate.

5. Posto che il tasso di *femminilizzazione* della classe docente è dell'81%, merita particolare attenzione la questione della cosiddetta *differenza di genere* peraltro contemplata dal nuovo Testo Unico per la sicurezza sul lavoro. Vale la pena inoltre richiamare in proposito i dati significativi del rapporto sulla salute della donna (18) presentato dal Ministero della Salute il 7 Marzo 2008². La donna infatti possiede peculiari caratteristiche biologiche funzionali

² 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%³. 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

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* rispetto al suo periodo fertile (5-9, 19, 23).

È da sottolineare come tale periodo sia esattamente quello in cui si manifestano maggiormente i disturbi disforici e sarebbe pertanto auspicabile una maggior collaborazione tra il medico di base ed il ginecologo in modo da poter intervenire precocemente su tali disturbi, saperli riconoscere e favorire una collaborazione fra ginecologo e neurologo.

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

Se dunque la biologia della donna richiede particolare attenzione, deve essere a maggior ragione te-

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 sovrappeso 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...".

nuta in massima considerazione laddove la *femminizzazione* della categoria dell'81% si accompagna a un'età media di 49,8 anni (dati MIUR a.s. 2006/07).

La controprova del disagio femminile ci perviene anche dai dati di mercato (fonte IMS) 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. Ne consegue che - anche a richiesta degli stessi docenti e dei DS (rispettivamente 85,7% e 88,2%) - una ricerca della relazione tra DMP e menopausa è necessaria ancor più che auspicabile.

La società occidentale - ci dice il rapporto del Ministero della Salute - si è 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 (la menopausa è una fase delicata nella vita della donna perché associata a perdita della fertilità, invecchiamento, aumento di peso, osteoporosi, calo della libido, e altri tipi di sintomi e disturbi minori quali sudorazione eccessiva, vampate di calore). A ciò si aggiunge spesso lo sforzo per l'assistenza di un genitore anziano.

Nonostante i continui proclami di attenzione nei confronti delle donne provenienti da più parti, nessuno - parti sociali incluse (il segretario generale della UIL infatti ha effettuato nel luglio 2007 un timido tentativo, immediatamente rientrato per la pressione contraria degli organi di stampa, per far rientrare tra i "lavori usuranti" le maestre d'asilo) - sembra essersi accorto che le quattro riforme previdenziali dagli inizi anni '90 ad oggi hanno *costretto* la donna lavoratrice a trascorrere il periodo della 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 (annullamento delle *baby-pensioni* seguito da tre ulteriori riforme previdenziali), l'unica possibilità d'uscita rimasta è la visita in CMV.

Forse proprio in virtù di tutte le suddette considerazioni (tabella 6) il campione degli intervistati ritiene opportuno, a larghissima maggioranza (85,7), indagare il rapporto esistente tra menopausa e DMP

Tabella 6 - Elenco dei fattori di rischio per lo sviluppo del disagio mentale professionale

Table 6 - Risk factors for work-related psychiatric disorders in women

Fattori di rischio DMP per la donna:

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

nella scuola fortemente *femminilizzata*. La questione è poi maggiormente sentita dai DS (88,2%) per le nuove disposizioni di legge sulla tutela del lavoro³ che prevedono l'obbligo di includere gli specifici rischi psicosociali (e i docenti appartengono alle cosiddette *helping profession*), tenendo conto del *genere* e dell'*età* del lavoratore. Il prefiggersi l'obiettivo di raggiungere per le donne tassi di occupazione pari a quelli maschili, prescindendo dall'analisi dei suddetti rischi e relative variabili, richiede particolare attenzione anche alla luce delle nuove disposizioni normative sulle assenze dal lavoro per malattia.

6. Una riflessione interessante deriva dal confronto tra le analoghe domande del questionario (11 e

12) poste rispettivamente sulla *menopausa* e sulla *depressione*. Il campione sembra percepire la differenza tra "*fisiologia*" (menopausa) e "*patologia*" (depressione). Il 17,8% infatti ritiene *imbarazzante (molto o abbastanza)* parlare di *menopausa*, mentre la percentuale sale al 64,1% se l'argomento in questione fosse la *depressione*. Gli uomini sembrano essere più *cauti* sulla menopausa (32,4 M contro il 14,7 F), mentre i *generi* si ricompattano sulla depressione (64,1% M contro il 70,9 F). Tuttavia il risvolto negativo della questione sembra rappresentato dal fatto che a distanza di 20 anni dall'avvento del *Prozac* (1988) e derivati, la depressione resta ancora un tabù alla stregua delle altre patologie mentali alle quali si accompagna con un evidente *stigma*. Incrociando poi i dati della letteratura scientifica internazionale con quelli della *Comunità Europea* (gli uomini si suicidano 6 volte più delle donne, pur essendo queste esposte a un rischio depressivo doppio dei maschi), giungeremmo alla conclusione che *la femminilizzazione del corpo docente agisce come fattore limitante il rischio suicidario nella categoria professionale degli insegnanti*. I dati francesi stratificati per sesso potrebbero corroborare la tesi inducendo altresì l'Italia a fornire stime in proposito. Tornando alla questione della menopausa si nota come la maggioranza assoluta (58,8%) di coloro che l'hanno superata (donne con età superiore a 55 anni) ritiene che esponga ulteriormente l'individuo a usura psicofisica (il 19,8% nega il fatto mentre il 21,4% non sa esprimersi in proposito). Resta il fatto che l'80,2% delle insegnanti, con età superiore ai 55 anni, ritiene utile indagare la correlazione tra DMP e menopausa mentre la percentuale sale all'87,8% se l'anzianità di servizio è inferiore ai 10 anni.

7. Nella relazione tra insegnanti e medici emergono aspetti assai interessanti. La maggior parte degli insegnanti ritiene che la classe medica non conosca il rischio DMP degli insegnanti - alla stregua dell'opinione pubblica - ma vede, per contro, nel medico di famiglia, colui che potrebbe recepire le istanze del disagio psichico a origine professionale (il 68,7% "*mi crederebbe se gli dicessi che il mio mestiere è psicofisicamente usurante*"). Le attese nei confronti del medico di medicina generale (MMG) sono peraltro confermate dal 15,1% del campione (in ag-

³ L'Ufficio Scolastico Regionale della Sardegna con apposita nota indirizzata ai dirigenti scolastici (Prot. AOODRSA.REG.UFF. n. 2973 del 18/06/08 avente per oggetto "Adempimenti del datore di lavoro: valutazione dei rischi da stress da lavoro-correlato") rammenta i termini del recente decreto. Tuttavia gli stessi UU.SS.RR. sono tenuti a effettuare adeguata formazione dei DS in prima battuta ai sensi del DM 382/98 che all'art.6 c1 recita: "L'Amm.ne scolastica forma e aggiorna - a proprie spese - i DS che a loro volta attuano la formazione dei lavoratori ai sensi dell'art. 22 del D.L.vo 626/94".

giunta al 79,9% che è favorevole ad *una campagna informativa per i medici sul DMP dei docenti*), al punto da rendersi personalmente disponibile per consegnare *brevi manu* al MMG le pubblicazioni scientifiche sull'argomento. Appaiono forse smisurate nel 58,5% del campione femminile che si rivolgerebbe al MMG nel caso si trovasse ad affrontare un episodio depressivo durante la menopausa (il 20,2% si recherebbe dal *ginecologo* ed il 14,8% dal *neuropsichiatra*). Resta dunque il fatto che i medici (MMG e specialisti) sono del tutto all'oscuro del DMP degli insegnanti - poiché vi sono solo pubblicazioni su riviste psicosociali - pur essendovi nella categoria professionale forti aspettative nei loro confronti (soprattutto da parte femminile). Si aggiunga inoltre il fatto che le ricerche europee citate evidenziano come gli stessi specialisti (psichiatri, psicologi e psicoanalisti) nutrono pregiudizi nei confronti dei loro pazienti, alimentando la stigmatizzazione sociale.

8. Per poter affrontare la questione DMP occorrerebbe un forte e congiunto impegno istituzionali-sindacati che riprendesse le fila del discorso avviato e subito colpevolmente interrotto dalla CISL nel 1979 con la ricerca condotta insieme all'Università di Pavia su 2.000 insegnanti di Milano e Provincia (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). Parti sociali e ministeri competenti sono chiamati ad approfondire il DMP dei docenti, studiare i rischi ad esso collegati con particolare riguardo alla fisiologia della donna, nonché tutelare la loro salute attraverso adeguate strategie preventive. A seguire dovrà essere affrontata la delicata questione riguardante l'eventuale *causa di servizio* che può derivare dal danno psichiatrico conseguente all'usura psicofisica professionale del docente. Altro preciso impegno da portare avanti col supporto di campagne di comunicazione istituzionali è rappresentato dalla necessità di sfatare i deleteri stereotipi sugli insegnanti. La percezione di lontananza e sfiducia nei confronti di *istituzioni, mass media, opinione pubblica* e persino *sindacati*, non lascia adito a dubbi. Ne consegue un grosso problema: *nessun giovane oggi aspira più a diventare insegnante*, interrompendo la trasmissione del *sapere* tra

le *generazioni* che si succedono. La *distanza* tra istituzioni, opinione pubblica, mass media e docenti nella *percezione di usura psicofisica della professione* (rispettivamente del 12%, 9%, 13% contro il 90%) risulta troppo evidente perché le parti non rimettano in discussione le loro convinzioni. Le stesse parti sociali sono chiamate ad una profonda riflessione in quanto percepite come "interlocutore credibile e attento" solo dal 37% degli intervistati.

CONCLUSIONI

I dati della presente ricerca e le recenti indicazioni (2008) della Comunità Europea sulla salute mentale sono dunque utili ad impostare una seria trattazione del DMP in ambito scolastico. Il "target scuola" richiede interventi specifici sui diversi attori (docenti e alunni in primis) riconoscendo innanzitutto che in un sistema di relazioni ciascun protagonista può essere origine (e dunque portatore) del disagio ovvero soggetto che subisce poiché si relaziona con chi ne è affetto. Questo approccio consentirebbe di abbattere lo stigma legato alla patologia mentale poiché ciascun individuo è chiamato a interrogarsi sulla propria salute mentale unicamente per il fatto che opera in un sistema relazionale (quello scolastico appunto) dove tutti gli interlocutori sono legati a doppio filo. Ne conseguirebbe inoltre una maggior disponibilità a favorire l'integrazione e il reinserimento lavorativo di coloro che sperimentano disagio psichico. (Il Ministero della Pubblica Istruzione finanzia nel 2004 una campagna per abbattere lo stigma che la patologia psichiatrica porta con sé. www.campagnastigma.it).

Pur non essendovi per il futuro un'alternativa al *sistema scuola* basato sul rapporto insegnante-alunno, assistiamo inesorabilmente a uno scenario con dinamiche dirette verso:

- una categoria professionale insoddisfatta per lo scarso riconoscimento sociale, sempre più a rischio di patologie psichiatriche, e con evidenti conseguenze sull'apprendimento dei ragazzi;

- un maggior *rischio suicidario tra gli insegnanti*, che sembrerebbe essere contenuto grazie alla prevalente *femminilizzazione della categoria*, cui fa eco l'assoluta mancanza di dati italiani in proposito;

– il totale disinteresse (se non addirittura *ripugnanza*) dei giovani a esercitare in futuro la professione docente, nonché l'incapacità delle politiche comunitarie a motivare e trattenere nel ruolo gli insignanti;

– l'assenza di fiducia della classe docente nelle istituzioni e la percezione di scarsa attenzione da parte dei sindacati;

– la prevalente attenzione dei media rivolta a evidenziare eventi scolastici di cronaca nera (la tendenza a rinforzare l'immagine della patologia mentale come rischio per l'incolumità dei cittadini è secondo la Comunità Europea un fattore determinante per la *stigmatizzazione* della patologia mentale);

– la totale disinformazione dei medici sul rischio DMP negli insegnanti (assenza completa di ricerche e pubblicazioni scientifiche in merito) che si va ad aggiungere allo smantellamento della *medicina scolastica* comunque obsoleta.

La nuova normativa sulla tutela della salute dei lavoratori tuttavia obbliga i dirigenti scolastici a provvedere all'incolumità psicofisica del lavoratore e dell'utenza prendendo in considerazione lo *stress lavoro correlato* nonché il *genere* e l'*età* del lavoratore (art. 28 D. Lgs. 81/08). Laddove – solo in parte – ha supplito l'esperienza maturata sul lavoro, oggi deve essere affiancata, in maniera strutturale, la *formazione istituzionale* deputata a preservare, in ambito scolastico innanzitutto, la salute mentale dei lavoratori così come quella delle nuove generazioni (l'utenza).

Le suddette riflessioni ci spingono a prefigurare interventi, innanzitutto di tipo *in-formativo*, focalizzandoci sulle modalità di riconoscimento, prevenzione, cause 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.

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 nel processo di relazione intervengono nella manifestazione/rilevazione dei sintomi, certificazione della diagnosi, gestione del fenomeno e tutela dai rischi psicosociali.

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 non ulteriormente trascurabile.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. BETORET FD: Stressors, self-efficacy, coping resources and burnout among secondary school teachers in Spain. *Educational Psychology* 2006; 26: 519-539
3. CENTRE EUROPEEN D'EXPERTISE EN ÉVALUATION: *Rapport final. Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005*. 2006
4. CISL - Università Pavia, Cattedra di Statistica Medica e Igiene Mentale. *Insegnare logora?* Pubblicazione monografica, 1979
5. CLLAYTON A, GUICO-PABIA C: *Recognition of depression among women presenting with menopausal symptoms*. University of Virginia Healthsystem, Charlottesville, VA 22908, USA. *Menopause* 2008; 15: 758-767
6. COHEN LS, SOARES CM, POITRAS JR, et al: Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1519-1522
7. ELLEN W, MARY D, HUI LIN H, et al: Associations of Hormones and Menopausal Status With depressed mood in women with non history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 375-382
8. ELLEN W, MARY D, LI L, et al: Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arc Gen Psychiatry* 2004; 61: 62-70
9. FREY BN, LORD C, SOARES CN: *Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates*. McMaster University, James Street South, FB 638, Hamilton, MD FRCPC, Director, Women's Health Concerns Clinic (WHCC), Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, ON L8P 3B6, Canada. *Menopause Int* 2008; 14: 123-128

10. HORENSTEIN JM: Qualité de vie au travail des enseignants du premier et second degré. État des lieux. Analyse. Propositions, 2006
11. KEN INOUE, HISASHI T, HISANOBU K, et al: *Significant correlation of psychiatric disorders with leave of absence among teachers in Japan*. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2007; 61: 334
12. KOKKINOS CM: Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. British Journal of Educational Psychology 2007; 77: 229-243
13. LODOLO D'ORIA V: *Il Disagio Mentale Professionale negli Insegnanti: dalla gestione alla prevenzione* Supplemento alla rivista bimestrale *Dirigenti Scuola* n° 5/2008 - Editrice La Scuola 05/2008
14. LODOLO D'ORIA V, PECORI GIRALDI F, DELLA TORRE M, et al: Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti? *Med Lav* 2004; 95: 339-353
15. MCDAID D (Ed): *Mental health in workplace settings*. Consensus Paper Luxembourg: European Communities, 2008
16. MCDAID D: European Communities Research Paper: *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problem in Europe*, 2008
17. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ ET AUX HANDICAPÉS - Direction Générale de la Santé bureau de la santé mentale SD6 C. *Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005*. Annoncée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne
18. MINISTERO DELLA SALUTE: *Lo Stato di Salute delle Donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle Donne"*, Roma, 2008
19. MISTY R, RUBINOW D, DALY R, et al: Premenstrual Symptoms and Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 133-137
20. MORIANA JA, HERRUZO J: Variables related to psychiatric sick leave taken by spanish secondary school teacher. *Work & Stress* 2006; 20: 259-271
21. MYKLETUN RJ, MYKLETUN A: Comprehensive school-teachers at risk of early exit from work. *Experimental Aging Research* 1999; 25: 359-365
22. OECD: *Attracting, developing and retaining effective teachers - Final report: Teachers matter*, 2004
23. SOARES CN, ALMEIDA OP, JOFFE H, et al: Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 529-534
24. ST-ARNAUD L, GUAY H, LALIBERTÉ D, COTÉ N: Étude sur la réinsertion professionnelle des enseignantes et enseignants à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale, 2000.
25. 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
26. WITTCHEN H-U, JACOBI F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357-376

RINGRAZIAMENTI: Si ringraziano le associazioni *Famiglie Numerose Cattoliche (FNC)* ed *Associazione Italiana Famiglie Adhd (AIFA)* per il prezioso supporto alla realizzazione dello studio