

## RELAZIONE CONVEGNO 02.04.04

Dr. G. D'Antonio – Direttore INAIL Modena

### PRIME INDICAZIONI PER LE SEDI

- ✓ **Delibera n° 473 del 26 luglio 2001** – Il Consiglio di Amministrazione INAIL approva un'impostazione di ATTENTA APERTURA al tema delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, riconoscendo la possibile rilevanza assicurativa di situazioni di rischio tecnopatico determinato dalle condizioni organizzativo/ambientali in cui il lavoratore svolge le sue prestazioni.
- ✓ Seguono prime istruzioni e viene costituito un Comitato Scientifico (costituito da 6 membri esterni all'Istituto, esperti in Medicina del Lavoro, Psicologia del Lavoro, Medicina Legale, Psicopatologia forense), con il compito di effettuare uno studio in tema di malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing, e finalizzato alla DEFINIZIONE DI UN PERCORSO METODOLOGICO per consentire l'accertamento del rischio e la conseguente diagnosi eziologia e medico-legale da parte dell'INAIL.
- ✓ Si tratta quindi di un fenomeno che, manifestatosi fino ad allora nella sola sede civilistica, inizia ad interessare anche la sfera assicurativo-previdenziale.

### NOZIONE DI RISCHIO ASSICURATO

Il fondamento giuridico si trova nella **Sentenza della Corte Cost. n° 179/88** (come noto ha introdotto il cosiddetto "sistema misto" nell'ambito della assicurazione obbligatoria contro le M.P. estendendo la tutela anche a tutte le malattie di cui sia dimostrata, CON ONERE DELLA PROVA A CARICO DEL LAVORATORE, la causa di lavoro).

Tale fondamento viene ripreso anche nell'**art. 10 – 4° comma – del D.Lgs. 38/2000.**

La sentenza è stata interpretata in modo evolutivo anche in relazione alle nuove forme organizzative dei processi produttivi, ritenendo che del rischio tecnopatico, dal punto di vista assicurativo, si debba considerare non solo quello collegato alla nocività intrinseca delle lavorazioni tabellate e non del ciclo produttivo, ma anche quello riconducibile alla concreta organizzazione aziendale in cui si svolgono le prestazioni lavorative. Quindi le patologie psichiche e psicosomatiche riconducibili al lavoro possono essere considerate di origine professionale solo se causate o concausate in modo prevalente da specifiche e particolari condizioni dell'attività lavorativa e della organizzazione del lavoro.

Siamo in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo definibili di "COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA".

Le situazioni di "costrittività organizzativa" sono state elencate dal Comitato Scientifico e rivestono un imprescindibile valore orientativo per situazioni assimilabili (11 situazioni) :

- Marginalizzazione dell'attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti ed eccessivi, anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Solo all'interno di questa categoria di "costrittività organizzativa" si colloca anche il MOBBING STRATEGICO, ossia quell'azione, specificamente ricollegabile a finalità lavorative, posta in essere sia dai superiori che dai colleghi di pari grado al fine di ottenere l'allontanamento o l'emarginazione del lavoratore dall'ambiente di lavoro in cui opera.

M.P. O INFORTUNIO?

CAUSA LENTA O VIOLENTA?

Normalmente i fattori di rischio organizzativo-ambientale agiscono per accumulo e sono quindi riconducibili alla categoria "causa lenta, progressiva e diluita nel tempo" che caratterizza la malattia professionale. Possono comunque esistere situazioni con eventi documentabili di efficienza causale tale da determinare la rottura dell'equilibrio psico-fisico del soggetto: ad es. patologia che si manifesta come incidente acuto ad espressione clinica intensa (tipico l'infarto). In questo caso la patologia è inquadrabile come infortunio.

COSTRITTIVITA' ORGANIZZATIVE

Quindi : RISCHIO TUTELATO E RILEVANZA AI FINI ASSICURATIVI SOLO per situazioni: elencate – durature – oggettive – verificabili - documentabili anche tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretativa. E' importante sottolineare che l'esistenza o meno di specifiche responsabilità soggettive **è irrilevante** qualora sussista la "costrittività organizzativa".

Dette responsabilità possono costituire uno degli elementi di prova una volta verificate nella competente sede giudiziaria.

## ESCLUSIONI

- © Fattori organizzativi legati al normale andamento del rapporto di lavoro (trasferimento, rassegnazione, licenziamento);
- © Situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o comportamenti puramente soggettivi).

## MODALITA' DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE (Circ. n° 71/03)

(PROTOCOLLO – LINEE GUIDA – INDIRIZZI)

- © M.P. non tabellata
- © In quanto tale esiste l'obbligo di produrre tutta la documentazione idonea a supportare la richiesta per il rischio e la malattia
- © Trattandosi di documentazione non sempre producibile dall'assicurato, è necessario procedere ad indagini ispettive per raccogliere:
  - a)** Prove testimoniali del Datore di Lavoro
  - b)** Prove testimoniali dei colleghi di lavoro
  - c)** Prove testimoniali del Resp. per la Sicurezza la Prevenzione e la Protezione (se necessario)
  - d)** Prove testimoniali di ogni altra persona informata sui fatti
  - e)** Ulteriori elementi acquisibili da accertamenti ispettivi di D.P.L. e ASL, pregressi e/o successivi.

Ciò per:

- Acquisire riscontri oggettivi di quanto dichiarato,
  - Integrare gli elementi probatori prodotti dall'assicurato.
- © Indagini mirate su richiesta del Medico Legale che provvederà anche ad indicare gli specifici aspetti da indagare.
  - © Gli accertamenti ispettivi sono sempre da effettuarsi, tranne nell'ipotesi che il medico, in sede di prima istruttoria, determini l'assenza della malattia o vi sia certezza di esclusione della sua origine professionale.

## ITER DIAGNOSTICO

- © Anamnesi lavorativa pregressa e attuale (mansioni, qualifica, situazioni lavorative, ecc.)
- © Anamnesi fisiologica (abitudini di vita, fumo, alcoolici, hobbies, alimentazione)
- © Anamnesi patologica remota
- © Anamnesi patologica prossima (diagnosi malattia denunciata, decorso della stessa, sintomi, acquisizione documentazione specialistica, ecc.)
- © Esame obiettivo completo
- © Indagini neuropsichiatriche (visita e relazione)

- © Tests psicodiagnostici per integrare l'esame obiettivo psichico fra quelli ritenuti più utili dallo specialista e fra i quali:
- a) Questionario di personalità
  - b) Scale di valutazione dei sintomi psichiatrici (ansia, depressione, aggressività, rabbia, ecc.)
  - c) Tests proiettivi.

## DIAGNOSI

Occorre effettuare l'inquadramento nosografico nei due quadri morbosi:

1. sindrome di disadattamento cronico
2. sindrome post-traumatica da stress cronico.

Queste diagnosi sono normalmente correlabili alla prima ipotesi, con varie manifestazioni cliniche di ansia, depressione, alterazione della condotta.

La valutazione di queste manifestazioni consentirà la classificazione in

- a) lieve
- b) moderato
- c) severo.

Alla seconda tipologia appartengono gli eventi acuti (definiti estremi, catastrofici, eccezionalmente minacciosi) che trovano collocazione come infortuni.

## ESCLUSIONI

La diagnosi differenziale dovrà escludere la presenza di sindromi e disturbi psichici riconducibili a patologie d'organo, sistemiche, abusi di farmaci, sostanze stupefacenti, nonché a gravi disturbi di personalità, sindromi psicotiche, schizofrenia, ecc.

## VALUTAZIONE DEL DANNO

Si fa riferimento a due voci della "Tabella delle menomazioni" contenuta nel D.Lgs. 38/00:

- **180 – disturbo post-traumatico da stress cronico moderato**, a seconda dell'efficacia della psicoterapia (fino al 6%)
- **181 – disturbo post-traumatico da stress cronico severo**, a seconda dell'efficacia della psicoterapia (fino al 15%).

Il disturbo dell'adattamento cronico viene fatto con riferimento analogico al disturbo previsto post-traumatico.

La graduazione del danno viene fatta secondo quadro clinico.

Segnalo che sulla materia è stato aperto un confronto dell'INAIL con l'ISPESL che risulta aver dedicato attenzione all'argomento sotto il profilo della ricerca ai fini della prevenzione (si parla anche di inserimento nel D.V.R. di buone pratiche per eliminare preventivamente l'insorgenza di rischi).

Dei 200 casi segnalati all'INAIL, a livello nazionale al 31.12.03, il 15% (30) sono stati accettati.