

NUOVI RISCHI DA DISFUNZIONI ORGANIZZATIVE E PATOLOGIE STRESS LAVORO-CORRELATO: REPORT DELLO STUDIO DI CASI DENUNCIATI IN SICILIA

D. BELLOMO¹, V. CASSARA², M.P. MARINO³

¹ INAIL – Direzione Regionale Sicilia - Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione

² INAIL – Direzione Regionale Sicilia - Sovrintendenza Medica

³ INAIL – Direzione Regionale Sicilia- Ufficio Attività Istituzionali

RIASSUNTO

Partendo da una descrizione dello stress psico-sociale, il presente lavoro analizza 44 casi di malattie professionali da stress sul lavoro denunciate all'INAIL Sicilia dal 2001. I dati del fenomeno rilevano i soggetti interessati, il tipo di aziende e le mansioni, le patologie, le cause di rischio, il contenzioso, ecc. inquadrandosi nell'ambito dei rischi stress lavoro-correlati di cui al D. Leg.vo 81/2008 e della tutela assicurativa ante e post Circolare INAIL 71/2003.

SUMMARY

This paper starts from psycho-social stress description and shows a report about 44 stress-related occupational illnesses claimed for compensation to INAIL in Sicily since 2001. Data are about interested people, type of organization and job, occupational diseases, risk factors, administrative and civil cases, etc. The study is referred to related-work stress according to “Decreto legislativo 81/2008” and to workers’ accident insurance managed by INAIL.

1. INTRODUZIONE

Nella sua Costituzione del 7 aprile 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS - WHO) inserì una nuova e ambiziosa definizione di salute che superava la vecchia concezione bio-medica opponente salute a malattia e includeva quegli aspetti dello “star bene” legati alle condizioni psichica e sociale degli individui. Salute era (ed è) uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia”. Il concetto di salute acquisiva quindi una nuova natura: non solo mancanza di stato d'infermità ma anche espressione soggettiva della pienezza del benessere psico-fisico-mentale della persona. Accogliendo tale idea di salute integrale, estesa alla sfera relazionale, la recente normativa italiana su salute e sicurezza sul lavoro (D. Leg.vo 81/2008) ha esplicitato di valutare pure i rischi psico-sociali da stress lavoro-correlato¹.

2. LO STRESS PSICO-SOCIALE

Lo stress è una normale reazione di adattamento ad uno stato di tensione fisica e mentale, che consente di affrontare situazioni della vita richiedenti particolare attenzione e sforzo, ma che in condizioni estreme possono causare patologie. Lo stress è una reazione complessa che attiva strutture e funzioni diverse dell'organismo. Esiste un livello ottimale di stimolazione che genera condizione di benessere o “eustress”, mentre livelli superiori o inferiori generano condizioni di “distress” che possono portare a vere e proprie patologie organiche e psichiche. La suscettibilità e la predisposizione individuali sono elementi determinanti per l'evoluzione del processo. Tra le variabili c'è pure il significato attribuito all'evento, che costituisce tappa limitante per lo sviluppo del processo. Selye ha ben espresso il concetto e la difficoltà di studio dello stress dicendo che “ciò che è stressante per una persona può non esserlo per un'altra”.

L'evidenza scientifica dimostra che nella classificazione degli eventi stressanti quelli connessi al lavoro si collocano al settimo posto e, pur tuttavia, hanno una notevole rilevanza. Si può affermare

¹ La definizione di salute è trascritta nell'art. 2 del D. Leg.vo 81/2008

che le caratteristiche fisiche e psico-sociali del lavoro, interagendo con eventi stressanti della vita extralavorativa e dell'ambiente familiare, giocano un ruolo cruciale nel determinare lo stress e i disturbi psico-fisici ad esso correlati. Tra le più autorevoli definizioni di stress dovuto al lavoro è da citare quella del NIOSH² (1999), che lo descrive come *“un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore”*.

L'esposizione prolungata a situazioni stressanti che non si risolvono può far insorgere o aggravare disturbi e patologie sia fisiche sia psichiche. In particolare:

- disturbi comportamentali (eccessi alimentari, voluttuari e farmacologici); disturbi del sonno, ansietà, tensione, insofferenza, depressione; disturbi da riduzione delle abilità e della performance in generale, disturbi della memoria ecc;
- patologie cardiovascolari; disfunzioni del sistema gastrointestinale; dermatopatie; disturbi muscolo-scheletrici da tensione; malattie psichiche.

In Tabella 1, le principali sindromi correlabili ad eventi stressanti secondo il DSM IV³.

Tabella 1 – Principali sindromi correlabili ad eventi stressanti

Disturbi dell'adattamento	“La caratteristica fondamentale di un Disturbo dell'Adattamento è una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi. I sintomi devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti”. I disturbi sono d'ansia (instabilità emotiva, stati di allerta, incapacità di rilassarsi, sonno disturbato, ansia somatizzata) o depressivi.
Reazione acuta da stress	La reazione acuta da stress (o “Disturbo acuto da stress”) insorge molto presto dopo il verificarsi di un evento fortemente traumatico e si presenta con ansia, depressione, disperazione, accessi d'ira, condizione di isolamento. Può essere grave ma in genere regredisce in pochi giorni. Alcuni mesi dopo una reazione acuta da stress si può manifestare un disturbo post traumatico da stress.
Disturbo (o “sindrome”) post-traumatico da stress DPTS	E' “una risposta ritardata e protratta ad un evento stressante o a situazioni (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone” (ICD-10) ⁴ . Insorge dopo un periodo di latenza, talvolta superiore ai sei mesi. In forma meno grave è assimilato a una condizione ansioso-depressiva. Accanto a tali sintomi si presentano aspetti clinici peculiari. Uno dei comportamenti più frequenti e più evidenti è la monotematica fissazione del pensiero sugli eventi traumatici (ossessione del ricordo dell'evento e conseguente ripetitività nei discorsi). Ha una vistosa componente somatica legata allo stato emotivo: sudorazione, tensione muscolare, crisi ipertensive, reazioni gastrointestinali. Tra le reazioni emotive ci sono vere e proprie manifestazioni fobiche. Tra le cause, tutti gli eventi traumatici violenti (tortura, prigionia, isolamento, ecc.) e tra essi condizioni di mobbing più gravi.

Impropriamente, nell'ambito delle malattie da stress viene compreso il “mobbing”. In realtà, i due termini vengono spesso confusi ed usati indifferentemente per definire situazioni che, benché trovino entrambe il terreno di coltura nell'ambiente lavorativo e possano determinare conseguenze sul piano psico-fisico, sono pure del tutto diverse, considerata la differente rilevanza giuridica degli elementi costitutivi delle due fattispecie. Il mobbing si concretizza in un insieme di azioni o comportamenti caratterizzati da precise finalità; appare di tutta evidenza che esso non può essere annoverato tra le malattie da stress, potendo semmai costituire eventuale causa di queste ultime.

3. ASPETTI NORMATIVI

Il D.M. 14 gennaio 2008 ha aggiornato e modificato l'elenco delle malattie per le quali c'è l'obbligo di denuncia ex art. 139⁵ del DPR 30 giugno 1965 n. 1124, mantenendo inalterato l'inquadramento

² National Institute for Occupational Safety and Health

³ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - American Psychiatric Association

⁴ International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death - WHO

⁵ Art. 139: “E' obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità ...”

delle malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro, già introdotto con il D.M. 27 aprile 2004. L'elenco è suddiviso in tre liste di malattie, rispettivamente con: elevata probabilità di origine lavorativa (lista I), limitata probabilità (lista II) e possibile origine lavorativa (lista III). Inserisce le malattie psichiche e psicosomatiche nella lista II come gruppo VII. Le malattie in lista I costituiscono la base per l'aggiornamento delle nuove tabelle delle malattie professionali di cui agli artt. 3 e 211 del Testo Unico dell'Assicurazione mentre le altre malattie vanno tenute sotto controllo al fine di monitorarle e meglio definirne l'insorgenza per cause correlate all'attività professionale.

Ai fini dell'indennizzo del danno biologico, il D. M. 12 luglio 2000 considerava già nella sua tabella delle menomazioni il Disturbo post-traumatico da stress cronico, prevedendo un grado di danno da 0% a 15% a seconda della sua gravità (moderato, severo).

Il nuovo Testo Unico sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Leg.vo 81/2008) ha messo in risalto che il Datore di lavoro deve valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, con specifico riferimento anche ai rischi da stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004. Il dettato dell'art. 28 - Oggetto della valutazione dei rischi - rileva quindi che lo stress va considerato e valutato al pari di altri fattori di rischio al fine di individuare, adottare, verificare le misure di tutela necessarie a prevenire danni alla salute "totale" dei lavoratori.

4. L'ACCORDO EUROPEO SULLO STRESS SUL LAVORO DELL'8 OTTOBRE 2004

L'Accordo è stato siglato a Bruxelles dal sindacato europeo (CES) e dalle più rappresentative associazioni datoriali europee. Costituisce una pietra miliare per far comprendere, condividere, prevenire, gestire i problemi dello stress⁶ da lavoro. I punti fondanti dell'Accordo rilevano che: lo stress da lavoro è un problema comune a datori di lavoro e a lavoratori; può colpire potenzialmente in ogni luogo di lavoro e qualunque lavoratore; assumerlo come problema può voler dire più efficienza e un netto miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza, con benefici economici per aziende, lavoratori e società tutta. Attenzione, però, che non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro sono causate dallo stesso. Scopo preminente dell'Accordo è migliorare la consapevolezza e la comprensione delle parti sullo stress da lavoro e individuarne i sintomi. Obiettivo principale è offrire un modello per individuare, prevenire, gestire i problemi ad esso correlati, con esclusione di violenza e sopraffazione sul lavoro, e stress post-traumatico. Il modello è ispirato al ciclo PDCA⁷ e si focalizza su significato e forme di stress da lavoro, sui più comuni e rilevanti indicatori di problemi correlati, sulle responsabilità datoriali e dei lavoratori (ex direttiva europea 89/391 sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro), sugli interventi di prevenzione e riduzione degli effetti, sull'attuazione e sul loro controllo nel tempo. La prevenzione è fattibile con misure individuali e/o collettive agendo ad esempio con politiche anti-stress, integrate sia sul versante valutazione degli effetti sia sull'efficacia di prevenzione. Può comprendere: misure gestionali e di comunicazione; azioni di miglioramento generale di organizzazione/processi/ambiente; formazione di dirigenti e lavoratori - che contempli anche le cause di stress e le modalità per affrontarlo e/o adattarsi al cambiamento; informazione e consultazione di lavoratori e/o dei loro rappresentanti.

5. LA TRATTAZIONE INAIL DELLA DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI STRESS LAVORO-CORRELATO O DA "COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVE"

5.1 La Circolare INAIL n. 71 del 2003

Le prime istruzioni per definire le denunce di Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing, risalgono al 2001⁸. In esse c'era già il seme dei principi

⁶ Lo stress è definito uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti.

⁷ Plan, Do, Check, Act

⁸ Lettera della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale del 12 settembre 2001

fondanti del protocollo valutativo poi messo a punto e diffuso con la Circolare 71 del 2003, ossia: condizioni di stress e disagio lavorativi conseguenti a fattori ambientali-organizzativi, includenti il c.d. “mobbing strategico” possono causare patologie psichiche e psicosomatiche meritevoli di attenzione e tutela assicurativa dell’INAIL, (...). Lo stress è un fattore morbigeno che può presentarsi ed agire in ambiente di lavoro attraverso situazioni ascrivibili al “mobbing strategico” e/o a situazioni derivanti dalla crescente “costrittività organizzativa”. La Circolare 71/2003 forniva dettagliate istruzioni sul rischio tutelato, la diagnosi di malattia professionale e le modalità di trattazione delle denunce di Disturbi psichici da c.o. sul lavoro, definendo un vero e proprio protocollo operativo di diagnosi medica ed eziologica. E’ ben noto che la Circolare è stata annullata dal TAR Lazio nel 2005 su opposizione di CONFINDUSTRIA e altri, poi impugnata dall’INAIL davanti il Consiglio di Stato e recentemente confermata dallo stesso (sentenza n. 1576/2009 del 26 marzo 2009) con la motivazione che le malattie riconducibili alle condizioni organizzative e ambientali del lavoro non possono essere considerate come malattie professionali, poiché non contratte a causa di un rischio specifico delle lavorazioni di cui al Testo Unico dell’Assicurazione (articoli 1 e 4). Il pronunciamento del Consiglio di Stato appare già in contrasto con la normativa vigente e con gli orientamenti giurisprudenziali consolidati in materia di tutela assicurativa delle malattie professionali non tabellate, e, verosimilmente, sarà oggetto di nuove valutazioni nel merito. Qui si vuole tuttavia sottolineare un principio generale di grande importanza per la tutela del lavoratore sostenuto con la Circolare INAIL 71/2003 (e che si ritiene valido) e cioè che il rischio tecnopatico rilevante da un punto di vista assicurativo non deriva esclusivamente dalla nocività delle lavorazioni ma anche da particolari condizioni dell’attività e dell’organizzazione aziendale. La costrittività organizzativa (c.o.) è definita come condizioni di rischio che si determinano per incongruenze nel processo organizzativo⁹. Comprende anche il mobbing strategico, purché correlabile a finalità lavorative miranti ad allontanare o emarginare un lavoratore e attuate con azioni riconducibili ai tipici elementi di c.o. o ad altri similari. Le più frequenti forme di incongruenze dei processi organizzativi sono elencate nella Circolare e, va sottolineato, sono indicate già nel citato D.M. 27 aprile 2004 come agenti/lavorazioni/esposizioni da cui possono originarsi malattie psichiche e psicosomatiche. Tra le costrittività ci sono: marginalizzazione dall’attività lavorativa, svuotamento di mansioni, ripetuti trasferimenti ingiustificati, prolungata attribuzione di compiti esorbitanti, ecc. Tali fattori di rischio devono agire su un lavoratore in modo organizzato, sistematico e durevole.

Due le affezioni considerate nell’ambito classificativo dei disturbi psichici e comportamentali: la sindrome da disadattamento cronico e la sindrome post traumatica da stress DPTS - definite nel § 2. Con l’annullamento della Circolare 71, le costrittività organizzative tornano a considerarsi fattori di rischio generico e non già specifico, comportando in concreto una trattazione dei casi secondo un percorso valutativo più aderente a quello del sistema extra-tabellare¹⁰, lasciando di fatto più discrezionalità nel processo istruttorio¹¹. Continua il supporto delle indagini ispettive - criticate dal TAR Lazio - per ricostruire il quadro degli elementi di rischio, limitandosi però alla verifica di quanto asserito dal denunciante più che a ricercare o ad approfondire sui fattori di rischio.

5.2 La Sentenza del TAR Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005

Premesso che i disturbi psichici e psicosomatici da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro o c.o. sono genericamente indicati o ricondotti al “mobbing”, il TAR ha focalizzato l’argomento di controversia “sull’opposizione a che il c.d. mobbing, attraverso vari mezzi, assurga a malattia tipizzata indennizzabile in assenza di definizioni scientifiche certe.”

Senza alcuna finalità di analisi della sentenza, si evidenziano alcuni punti salienti ai fini d’interesse:

⁹ La prima definizione leggibile nella relazione per il C.d.A. INAIL della Direzione Centrale Prestazioni del 17 luglio recita: incongruenze delle scelte di processo organizzativo

¹⁰ Sentenza della Corte Costituzionale n. 179/88

¹¹ Circolare INAIL n. 70 del 2001

Il primo: le malattie connesse ai fattori di c.o. o mobbing non possono essere trattate secondo percorsi di accertamento tipici della malattia tabellata (con obbligo interno in carico agli ispettori non solo di verificare ma anche di integrare gli elementi oggettivi dei fattori di nocività), beneficiando della presunzione relativa di origine eziologia dall'attività lavorativa ed invertendo di fatto il c.d. onere della prova, che è del lavoratore. Il secondo: la Circolare indica una sorta di relazione biunivoca tra le due sindromi¹² ed i fattori individuati di c.o. senza -a parere del Tribunale- essere supportata da "consolidata e seria letteratura". Le modalità di trattazione dei casi non esaminano inoltre con attenzione il necessario nesso di causalità malattia-fattori di pericolosità. In sostanza, si ravvede una sorta di semplificazione dell'accertamento eziologico malattia-fattore di rischio riconducendo patologie multifattoriali a complessa definizione d'origine ad un quadro casistico preconstituito, limitato a fattori comportamentali potenzialmente generatori - con elevata probabilità - di disturbi psichici e quindi ad essi facilmente correlabili in via presuntiva. Il terzo: si osserva e si censura un "irrigidimento della definizione di costrittività organizzativa, quale pratica morbigena indennizzabile, in assenza non solo di un'esatta definizione normativa della stessa e di univoci indirizzi della giurisprudenza, ma soprattutto del doveroso approfondimento scientifico-medico al riguardo." Per altro, "... non è legittimo, né possibile ricondurre tutte le dinamiche delle relazioni di lavoro all'interno di un'impresa alla c.d. "c.o...." (Cfr. § 3.3. Sentenza). Il quarto: è corretta l'inclusione del mobbing nella lista di malattie a limitata probabilità di origine lavorativa di cui al D.M. 27 aprile 2004, che non "legittima a posteriori" i contenuti della Circolare 71/2003.

6. DATI STATISTICI

Le Tabelle 2 e 3 mostrano un'elaborazione di dati statistici sui disturbi dell'adattamento cronico e post-traumatico da stress cronico manifestatisi negli anni 2004-2007. Si fa di seguito una brevissima disamina sulla dimensione del fenomeno, lasciando al lettore le osservazioni d'interesse.

In Italia, i casi di disturbo dell'adattamento cronico (DAC) complessivamente denunciati ammontano a 700, con il 9,1% indennizzato. Le denunce di disturbi post-traumatici da stress cronico (DPTS) sono state 543 con il 9,9% indennizzato. In Sicilia, i casi di DAC denunciati nel periodo 2004-2007 sono 15 e quelli di DPTS sono 28. Nessun caso risulta "indennizzato". Approfondendo, si vedrà che ci sono stati alcuni "accoglimenti".

Tabella 2 – Casi di Disturbi psichici e psicosomatici da "costrittività organizzative" denunciati ed indennizzati¹³ in Italia ed in Sicilia per anno di manifestazione¹⁴ (Banca Dati Statistica BDS INAIL aggiornata al 31/10/2008)

Disturbo dell'adattamento cronico DAC								
	2004		2005		2006		2007	
	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi
Italia	192	21	170	22	159	13	179	8
Sicilia	5	-	4	-	3	-	3	-
Disturbo post-traumatico da stress cronico DPTS								
	2004		2005		2006		2007	
	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi	Denunce	Indennizzi
Italia	144	14	144	18	120	13	135	9
Sicilia	14	-	6	-	3	-	5	-

¹² Disturbo dell'adattamento cronico e Disturbo post traumatico da stress cronico

¹³ Comprendono i casi indennizzati sia in temporanea sia in permanente

¹⁴ I dati delle denunce potrebbero essere incompleti per effetto di attribuzioni dei casi in fase di protocollazione ad altre patologie e disturbi psichici. I dati indennizzati del 2007 non sono consolidati

Guardando al tipo di danno tutelato (Tabella 3), a livello nazionale si osserva che buona parte dei “disturbi” (80% e 79%) ha generato inabilità permanente, con grado medio intorno al 9%; le definizioni con sola inabilità temporanea assoluta hanno la durata media di 152 e 153,5 giorni.

Tabella 3 – Casi di Disturbi psichici e psicosomatici da “costrittività organizzative” manifestatisi nel periodo 2004-2007 indennizzati e riconosciuti in Italia e relative definizioni assicurative (BDS INAIL aggiornata al 31/10/2008)

Malattie	Inabilità temporanea	Durata media in giorni	Inabilità permanente	Grado medio	Totale Inabilità	Riconosciuti senza indennizzo
Disturbo dell'adattamento cronico	7	152	57	8,75	64	7
Disturbo post-traumatico da stress cronico	4	153,5	50	9,25	54	9

7. I CASI DI DISTURBI DA STRESS MANIFESTATISI IN SICILIA

Il monitoraggio e lo studio analitico di 44 casi di patologie da stress denunciate in Sicilia tra il 2001 ed il 2008 - valutati dalla Sovrintendenza Medica Regionale - mostrano il seguente fenomeno.

La distribuzione per sesso è di 30 maschi (68%) e 14 femmine; l'età dei maschi alla data di manifestazione è in media 50 anni; il più giovane ha 34 anni (impiegato tecnico laureato, indotto raffineria) ed il più anziano 64 (impiegato postale con diploma scuola media). L'età delle femmine è in media 48 anni; la più giovane ha 38 anni (responsabile commerciale con diploma di scuola superiore) e la più anziana 57 (impiegata postale con diploma di scuola superiore). Una disamina più approfondita mostra in generale una concentrazione nelle fasce di età 54-58 anni con il 29,5% dei lavoratori e 44-48 con il 23% (Figura 1).

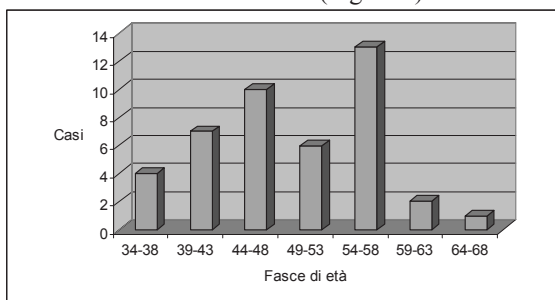


Figura 1 – Distribuzione delle età dei lavoratori

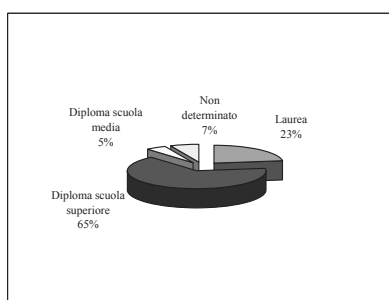


Figura 2 – Titolo studio dei lavoratori

Il livello di istruzione dei denunciati è medio-alto, con ben il 23% di laureati (Figura 2).

Rispetto alle aziende di appartenenza ed alle mansioni si osserva che il 25% delle richieste provengono da lavoratori di Comuni con mansioni di: insegnante psicologo, specialista area vigilanza (tre casi), agente (due casi) - ispettore - istruttore di polizia municipale, comandante VV.UU., impiegato (due casi). Il 9% circa proviene da: Poste (tre impiegati, un dirigente), USL/Ospedale (capo servizio neuropsichiatria, due medici, infermiere), Commercio (cassiera, venditore, responsabile, rappresentante), Raffineria/indotto (capo turno processo, operatore polivalente turnista, geometra, impiegato tecnico), Associazioni/società assistenza malati, riabilitazione, servizio 118 (tre impiegati, un infermiere). Il 7% circa riguarda le Ferrovie, con due operatori ed un capo stazione. Tra gli altri ambiti interessati ci sono: Banca e Assicurazione (4,5% ciascuna, impiegati, ispettore), Azienda telefonica - Call center (impiegato tecnico-amministrativo), Azienda farmaceutica (informatore scientifico), ecc.

Le patologie denunciate (Tabella 4) sono riconducibili sostanzialmente al Disturbo post traumatico da stress cronico (43%) ed al Disturbo dell'adattamento cronico (25%).

Tabella 4 – Patologie denunciate con codice nosologico INAIL

Codice M	Patologia denunciata	N. casi
136	Psicosi schizofrenica	1
138	Sindromi neurotiche - disturbi della personalità	2
141	Affezioni psicosomatiche	1
144	Disturbo dell'adattamento cronico	11
145	Disturbo post traumatico da stress cronico	19
152	Altre malattie del sistema nervoso centrale	1
194	Ipertensione con cardiopatia	1
214	Altre cerebropatie vascolari	1
Non codificati		7

Le patologie riscontrate in fase di accertamento medico-legale INAIL (Tabella 5) rilevano, invece, un evidente aumento di “Altre forme psicotiche” e soprattutto di “Assenza della tecnopatia” (14%).

Tabella 5 – Patologie riscontrate con codice nosologico INAIL

Codice M	Patologia riscontrata	N. casi
137	Altre forme psicotiche	4
141	Affezioni psicosomatiche	2
144	Disturbo dell'adattamento cronico	5
145	Disturbo post traumatico da stress cronico	10
194	Ipertensione con cardiopatia	1
997	Assenza della MP denunciata	6
Non codificati		16

Passando alle tipologie di *elementi “stressogeni”*, si osserva la netta prevalenza di conflittualità verticale /orizzontale e di demansionamento, seguiti dai trasferimenti ripetuti. Nel dettaglio si ha:

- conflittualità interpersonali con superiori e/o tra colleghi: 36,4% (un caso, con fattori familiari)
- demansionamento: 25 % (associato in tre casi a fattori personali, conflittualità, turni eccessivi)
- trasferimenti ripetuti: 11,4 %
- marginalizzazioni: 4,5%
- turni incalzanti e lavoro stressante/turni e conflitti: 4,5%
- altro 18,2%: attribuzione protratta di compiti esorbitanti; tipo di lavoro; organizzazione lavoro carente o con problemi da obiettivi contraddittori e turni; insoddisfazione; mobbing strategico.

Le denunce sono talvolta integrate da relazioni psicologiche di centri anti-mobbing di strutture sanitarie pubbliche (USL) che mettono a fuoco il quadro causale della patologia.

Premesso che solo una denuncia (2008) è in corso di valutazione, la percentuale di *accoglimento degli eventi manifestati* è del 9,1%. Diventa 18%, considerando pure i riconoscimenti su opposizione amministrativa o sentenza. In totale, risultano indennizzati solo tre casi ed un altro lo sarà a breve; quattro sono stati comunque riconosciuti come tecnopatie. In Tabella 6, la sintesi.

Tabella 6 – Casi riconosciuti e indennizzati

Data evento	Sesso Età	Mansione/azienda	Fattore di rischio	Patologia denunciata - % danno biologico	Nosologia di uscita¹⁵
2004	M /39	Impiegato/Consorzio riabilitazione	Conflittualità con superiori	Disturbo dell'adattamento, ansia, umore depresso cronicizzato con disturbi somatici clinicamente accertati - 5 %	Disturbo post traumatico da stress cronico DPTS (da problemi di relazione con superiori)
2004	F/52	Dirigente/Poste	Conflittualità interpersonale	Disturbo dell'adattamento cronico DAC con ansia e umore depresso - 10% Valutazione CTU 2008 in giudizio c/INAIL, accolta	Disturbo dell'adattamento cronico DAC

¹⁵ Codice M e Agente causale - tra parentesi

2004	M/45	Impiegato/ONLUS assistenza spastici	Mobbing strategico	DAC in situazione lavorativa anamnesticamente avversativa - In corso di espletare collegiale dopo parere positivo SMG	Nosologia in entrata Affezioni psicosomatiche (problemi nelle relazioni con i superiori)
2004	M/54	Dirigente medico/Ospedale	Organizzazione lavoro carente	DAC in situazione occupazionale anamnesticamente avversativa - 4% in collegiale, non accettato	DPTS (da problemi nelle relazioni con i superiori)
2005	M/57	Geometra/Raffineria	Fattori personali familiari e conflittualità interpersonali	Sindrome ansioso depressiva con note fobiche e somatizzazioni - 15% da Sentenza Corte A.	Prima chiusura: assenza di patologia. In corso di riesame con collegiale
2007	F/38	Responsabile/Az. commerciale	Demansionamento	DAC con ansia e umore depresso - 8%	DPTS (Altro)
2007	M/56	Impiegato tecnico amministrativo con mansioni di rilievo Call Center/ Az. telef.	Organizzazione lavoro (obiettivi contraddittori, turni ecc.)	Stato ansioso depressivo con somatizzazione. Crisi ipertensive (conseguenze secondarie) - 6 %	DAC (lavoro con richieste e quantità irregolari)
2007	M/56	Capo stazione superiore/Ferrovie	Demansionamento, turnazione eccessiva	Disturbo post traumatico da stress cronico - 6% in collegiale, oppos. x grado	Altre forme psicotiche (Altro)

Riguardo alla *definizione delle chiusure negative* (Figura 3), si nota che le principali motivazioni sono l'assenza di nesso eziologico con il 28,2% e l'assenza o l'inidoneità del rischio che insieme costituiscono un altro 28,2%. Parecchie denunce sono state chiuse per istruttoria incompleta.

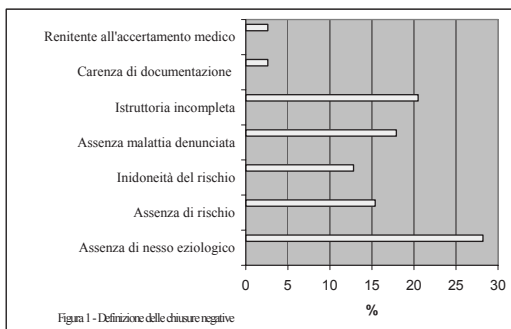


Figura 3 - Definizione delle chiusure negative

Risulta cospicuo il *numero di opposizioni amministrative* alle definizioni negative dei casi o avverso il grado di danno, risolte con o senza collegiale (36%), mentre è più contenuto il *contenzioso giudiziario* diretto (13%). E' da citare il caso di un geometra di raffineria (in Tabella 6), chiuso per assenza di patologia, negato in collegiale ed ora in corso di rivalutazione medico-legale, a seguito di causa vinta contro il datore di lavoro che ha riconosciuto la costrittività organizzativa.

8. CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

“Da tempo non capivo ciò che succedeva: i miei compiti si riducevano, come se parte del mio lavoro non fosse più necessaria, ma al contempo erano assunte nuove persone per fare quello che prima io facevo“. “Non sapevo più qual era il mio vero ruolo, ero disorientata, venivo rimproverata per un nonnulla, ma non avevo nessuna spiegazione sui cambiamenti in atto“. “Ad un certo punto ho sentito un forte senso di solitudine e di vuoto intorno a me ... stavo male, e così ho chiesto un mese di aspettativa per evitare di ammalarmi“. E' la voce di una lavoratrice, capo area

risorse umane di un centro di formazione, che descrive la personale percezione di malessere da incongruenze organizzative agite con svuotamento di mansioni e marginalizzazione. E' un esempio di situazione stressante sul lavoro con conseguente sofferenza psichica, non dissimile ad alcuni casi denunciati all'Istituto. L'analisi fatta sul campione di 44 patologie e disturbi mostra un fenomeno che, pur trasversale per età degli individui, interessa anche lavoratori giovani (trentenni) e con un'ampia aspettativa di vita professionale. Gli eventi appartengono più strettamente a lavoratori con grado d'istruzione medio-alto (più colpiti i maschi): tale constatazione fa ipotizzare da un lato una maggiore vulnerabilità del lavoro di più alto livello in quanto sottoposto a variabilità e occasioni di conflitto; dall'altra fa anche pensare a carenza di consapevolezza sul significato dello stress da lavoro, dei fattori di rischio, ecc. del lavoratore comune e meno istruito. Da quanto detto, scaturisce sia l'importanza di valutare e prevenire lo stress lavoro-correlato, sia l'esigenza di una mirata formazione per fornire a tutti strumenti di conoscenza e comprensione.

Sul fronte delle malattie, è da sottolineare che il Disturbo post traumatico da stress cronico risulta diagnosticato e riconosciuto in maggior misura rispetto al Disturbo da stress cronico, diversamente dalle previsioni ex Circolare 71/2003. E' anche da notare il riscontro di altre affezioni psichiche o psicosomatiche ed il riconoscimento di uno di questi casi con danno biologico indennizzabile.

Ancora sul versante della tutela assicurativa, si segnalano due aspetti strettamente correlati. Il primo: appare abbastanza evidente una disomogeneità di trattazione delle denunce, che si manifesta soprattutto nella non semplice fase di raccolta e ricostruzione degli elementi di rischio. Il secondo: si assiste - ad oggi - ad un limitato riconoscimento ed indennizzo di eventi (9%).

Or bene, premesso che sono relativamente pochi i casi ricondotti a patologie non lavorative, la visione congiunta delle motivazioni dei mancati accoglimenti (per lo più assenza di nesso eziologico o di rischio, istruttoria incompleta), delle cause presunte (in testa le conflittualità) e del contenzioso amministrativo/giudiziario (comprese le prime sentenze civili che pervengono per rivalutazione dei casi) pone l'accento sull'esigenza di una maggiore attenzione nella ricostruzione degli elementi di rischio da stress, noto che la multifattorialità ha per altro un peso significativo.

Nonostante la critica del TAR Lazio sull'obbligatorietà delle indagini ispettive e sul loro contributo integrativo degli elementi probatori, tale strumento continua legittimamente ad impiegarsi conformemente al percorso d'accertamento delle malattie non tabellate. Dopo la sentenza del Consiglio di Stato (Cfr. § 5.1) non è al momento prevedibile quale sarà l'evoluzione della tutela delle malattie/disturbi correlati a stress da disfunzioni organizzative, ambientali, ecc. In attesa di istruzioni, si ritiene che per l'accertamento del rischio le indagini ispettive siano imprescindibili e che vadano estese in modo sistematico a tutti i casi presuntivamente meritevoli di riconoscimento, purché: 1. esperite su input circostanziati e precisi; 2. finalizzate a verificare o al più ricomporre organicamente condizioni di rischio "organizzativo" o ambientale che siano oggettivamente riscontrabili e documentate, avulse da interpretazioni soggettive, quali orari di lavoro, turnazioni, incarichi e compiti, ordini di servizio, tipo di attività, strutturazione fisica dell'ambiente e delle postazioni di lavoro, individuazione di interlocutori, ecc. escludendo quei fattori che attengono particolarmente alla sfera relazionale. In questo ambito sarebbe auspicabile una diversa qualificazione professionale in chi esegue l'indagine o il supporto di una figura specializzata (psicologo/medico del lavoro). Supporto specialistico anche là dove i disagi siano correlati ai contenuti del lavoro in rapporto alle capacità dei lavoratori e nel caso di fattori di rischio ambientali correlati a rumore, fumo, microclima ecc. , disagi da uso di DPI, problemi di sicurezza.

La conflittualità interpersonale con superiori o tra colleghi è da guardare non sempre come fattore primario di rischio, ma come concausa o causa successiva¹⁶. La non facilità di adattamento ai cambiamenti organizzativi aziendali che modificano fortemente tipo di attività e ritmi lavorativi (talvolta con sequenziali demansionamenti) possono innescare incomprensioni interpersonali, ostilità, "scontri" verbali tra lavoratori che, protratti nel tempo, risultano, oltre un "limite di accettabilità" dei soggetti più sensibili, idonei a determinare disturbi psichici.

¹⁶ Da notare che la Circolare 71/2003 escludeva dal rischio tutelato le "situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che di vita" tra cui le conflittualità interpersonali e le difficoltà relazionali

Le trasformazioni societarie e organizzative delle grandi aziende, dettate da normali o contingenti dinamiche produttive (crisi economica, cessione di servizi poco redditizi, delocalizzazione produttiva ecc.), unitamente al progredire di forme di automazione, informatizzazione e gestione del lavoro in remoto, comportano inevitabilmente modifiche di funzioni, passaggi di profilo professionale, spostamenti sul territorio, incertezze occupazionali ecc. che qualora non siano gestite con idonei percorsi di accompagnamento alla riconversione di ruoli e mansioni, di condivisione di scelte e di ri-motivazione del capitale umano, rischiano di essere vissute dai lavoratori con grande difficoltà e disagio diventando fonte di stress e “malessere” lavorativo. Sorge qui naturale il richiamo dell’Accordo europeo sullo stress sul lavoro che prevede nei contenuti della formazione il tema “affrontare lo stress e/o adattarsi al cambiamento”. Il principio è di insegnare e di imparare ad adattarsi ai cambiamenti e a superare le pressioni che essi esercitano.

L’adozione di adeguate misure di prevenzione dovrebbe essere garantita già da oggi attraverso le previsioni di valutazione dei rischi del D. Leg.vo 81/2008. Medici competenti ed altri attori della sicurezza aziendale collaborano con i datori di lavoro per individuare i fattori di stress e scegliere i criteri di valutazione. Quale che sia l’approccio o gli strumenti impiegati (colloqui, ascolto, questionari), riconoscere e prevenire cause di stress costituisce un processo delicato e da non banalizzare, per il quale va considerata la necessità di consulenze specialistiche appropriate. Analisti di organizzazione e progettisti di sistemi di lavoro, esperti in ergonomia, altre figure possono indicare soluzioni per risolvere e prevenire disfunzioni organizzative o disequilibri nei carichi di lavoro anche occulti; analogamente, psicologi del lavoro, esperti in comunicazione, ecc. possono contribuire a comprendere situazioni di stress connesse al sistema delle relazioni interne ed ai normali bisogni delle persone quali soddisfazione professionale, aspettative di carriera, formazione, clima sociale fluido e sereno, ambiente salubre. Bisogna anche pensare a iniziative “fresche” e creative per combattere un nemico subdolo, come ad esempio corsi di formazione che includono lezioni di scherma, utili per un sereno confronto con altri, incontri di salutogenesi, momenti socio-ricreativi.

Lo psicologo R. Karasek ha individuato nelle seguenti variabili dell’organizzazione del lavoro gli aspetti su cui agire per ridurre lo stress e le patologie correlate e per aumentare la soddisfazione ed il benessere dei lavoratori:

- *carico di lavoro*, cioè la quantità e la qualità della domanda di operazioni da svolgere e la pressione dei compiti
- *autonomia decisionale*, ossia i comportamenti da intraprendere per svolgere il proprio lavoro, e la varietà dello stesso, ovvero la possibilità di poter scegliere nel proprio lavoro tra un certo numero di abilità o conoscenze acquisite
- *sostegno morale*, cioè la qualità dell’ambiente umano e relazionale nel contesto lavorativo e soprattutto la possibilità di ricorrere ad altri per aiuto/cooperazione nella soluzione dei problemi.

Nella valutazione del “*carico di lavoro*”, la norma ISO 17005 può essere di valido aiuto per progettare l’attività di lavoro più “a misura delle capacità delle persone” ponendo attenzione al carico mentale dei lavoratori ed ai suoi effetti. Sovraccarico o sottocarico lavorativo possono determinare stress mentale, ossia “l’insieme di tutte le influenze esterne esercitate su una persona, al punto da condizionarla mentalmente”. La norma offre una guida per progettare sistemi di lavori che ottimizzino il carico di lavoro mentale tenendo conto dei compiti, degli strumenti di lavoro, della qualità dell’ambiente fisico e organizzativo, e della “capacità” di chi deve svolgere l’attività, che non è solo conoscenza e competenza ma dipende anche dai naturali e soggettivi limiti psico-fisici.

Al “*sostegno morale*” può contribuire l’adozione e la diffusione di codici di condotta interni che guardano con attenzione ai problemi di relazione e alla comunicazione negli ambienti lavorativi e a garantire comportamenti improntati al rispetto altrui. Alcune organizzazioni hanno adottato codici di condotta per la lotta contro le violenze morali e la persecuzione psicologica a tutela della dignità degli uomini e delle donne nell’ambiente di lavoro (mobbing). L’INAIL, ad esempio, ha approvato e

diffuso il codice nel 2008¹⁷. L'assenza di benessere in ambiente di lavoro può derivare anche da comportamenti scorretti ed offensivi della dignità personale, basati su discriminazioni sessuali. Per prevenire situazioni di disagio e malessere, da qualche anno si diffondono codici di condotta contro le molestie sessuali¹⁸. Per i problemi di "salute" da stalking occupazionale, si dispone oggi di una nuova normativa che vuole essere deterrente del fenomeno stalking¹⁹ in genere, e sostegno per le vittime dando una prima assistenza psicologica e giuridica.

La complessità e la delicatezza della valutazione e della gestione dei rischi psico-sociali e dello stress lavoro-correlato emergono con forza nei passaggi già riportati, con cui si conclude l'articolo.

Affrontare problemi di salute è complicato poiché si tratta di capire tutti gli elementi che costituiscono i pazienti: le loro preoccupazioni fisiche, emozionali e sociali, il passato ed il loro futuro, la realtà del mondo in cui vivono. Il rischio è non considerare aspetti importanti che pur non essendo malattia possono diventarlo. [OMS, Rapporto sulla salute nel mondo 2008]

La salute dei lavoratori non dipende solo dai rischi tradizionali o nuovi emergenti, ma anche da aspetti di vita quali ineguaglianza sociale, occupazione, reddito, genere, razza, comportamenti legati alla salute, accesso ai servizi per la salute. [OMS, Dichiarazione sulla salute dei lavoratori 2006]

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca, si ama ... [Conferenza internazionale sulla promozione della salute Ottawa, Ontario Canada 17-21 novembre 1986].

BIBLIOGRAFIA

Accordo europeo sullo stress sul lavoro dell'8 ottobre 2004 - ARAN Newsletter 2004 n. 5 sett./ott.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81: Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. G. U. n. 101 del 30 aprile 2008 - Supplemento Ordinario n. 108.

Decreto Ministeriale del 12 luglio 2000: Approvazione di "Tabella delle menomazioni", "Tabella indennizzo danno biologico", "Tabella dei coefficienti", relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali. G.U. n. 172 del 25 luglio 2000.

Decreto Ministeriale del 14 gennaio 2008: Elenco delle malattie per le quali è 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 modificazione e integrazioni. G.U. n. 70 del 22 marzo 2008 SO n. 68.

Delibera del Consiglio di Amministrazione INAIL n. 473 del 26 luglio 2001: "Definizione di percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo."

H. Selye: A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents, Nature, 138, 32; 1936.

¹⁷ Circolare n. 42 dell' 11 luglio 2008

¹⁸ L'INAIL ha approvato e diffuso il codice con Circolare n. 8 del 9 febbraio 2005, istituendo la figura territoriale del Consigliere di fiducia che ha compiti di supporto, consulenza ed assistenza ai dipendenti al fine di favorire la rimozione delle situazioni di disagio segnalate, ristabilendo così serenità ambientale.

¹⁹ E' sanzionato chi molesta o minaccia taluno con atti reiterati e idonei a cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero a ingenerare un fondato timore per l' incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero a costringere lo stesso ad alterare le proprie scelte o abitudini di vita

H. Selye: The evolution of the stress concept. Stress and cardiovascular disease, Am. J. Cardiol, 1970, vol.26, pagg. 289-248.

INAIL D.G. - D.C. Prestazioni e Sovrintendenza Medica Generale: Circolare n. 71 del 17 dicembre 2003.

INAIL D. G. - D. C. Prestazioni: Relazione per il CdA del 17 luglio 2001 sulle “Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativi, compreso il “mobbing”.

Lettera del 12 settembre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale INAIL: “Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing. Prime indicazioni operative”.

Patologia psichica da stress mobbing e costrittività organizzativa - La tutela dell'INAIL, INAIL aprile 2005.

P. Cenni: Il carico di lavoro mentale: come definirlo, gestirlo e valutarlo. http://www.uni.com/uni/controller/it/comunicare/come_comunica/uec/uec_1_2006/lavoromentale_gen2006.htm.

R. Karasek et al.: Health work, stress, productivity and reconstruction of working life, 1990, Basic Books, New York.

R. Karasek et al.: The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychological job characteristics, Journal of Occupational Health Psychology, ottobre 1998, vol. n.3 (4), pagg. 322-355.

Sentenza del Consiglio di Stato n. 1576 del 26 marzo 2009.

Sentenza del TAR Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005: Sentenza sui Ricorsi riuniti n. 2532/2004 e n. 9497/2004