

RELAZIONE DEL COMITATO SCIENTIFICO NOMINATO A SEGUITO DI DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'INAIL DEL 26 LUGLIO 2001 N. 473/2001 SU MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA STRESS E DISAGIO LAVORATIVO, COMPRESO IL "MOBBING".

### 1. Introduzione

Con Delibera n. 473 del 26 luglio 2001 il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto ha approvato l'iniziativa tesa a definire percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress dell'ambiente di lavoro, compreso il cosiddetto "mobbing".

In base alla sentenza n. 179/1988 – che integrando l'art. 3 del T.U. ha introdotto il c.d. "sistema misto" nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali estendendo la tutela a tutte le malattie di cui sia dimostrata, con onere della prova a carico del lavoratore, **la causa di lavoro** – e all'art. 10, comma IV, del D. Lgs. n. 38/2000, le patologie in questione possono formare oggetto della tutela assicurativa in ambito INAIL.

Il Presidente dell'INAIL, su proposta del Direttore Generale, ha costituito il Comitato Scientifico nominando sei membri esterni all'Istituto –esperti in Medicina del Lavoro, in Medicina Legale, in Psicologia del lavoro, in Psicopatologia Forense– assieme ai responsabili delle funzioni centrali della Direzione Centrale Prestazioni, della Sovrintendenza Medica Generale e dell'Avvocatura Generale.

Al Comitato veniva affidato il compito di effettuare uno studio in tema di "malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il "mobbing", finalizzato alla definizione di un percorso metodologico per consentire

L'accertamento del rischio e la conseguente diagnosi eziologica e medico-legale da parte dell'Istituto, percorso che prevede, come per le altre malattie professionali non tabellate (cfr. circolare INAIL n. 80/97) e fermo restando l'obbligo dell'assicurato di produrre tutta la documentazione idonea a supportare la propria richiesta, il poterdovere dell'Istituto di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

Nel corso delle riunioni tenutesi presso la sede centrale dell'INAIL, seguite da separate elaborazioni dei singoli componenti del Comitato, si sono discussi gli indirizzi relativi a linee guida per gli accertamenti in caso di denuncia di malattia professionale non tabellata che l'assicurato addebiti a stress lavorativo.

Alla luce della sentenza citata, interpretata anche in relazione all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi e della accresciuta attenzione, anche legislativa, ai profili di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, **si è ritenuto dunque che il rischio tecnopatico assicurativamente rilevante sia non solo quello collegato alla nocività delle lavorazioni, tabellate e non, ma anche quello riconducibile a particolari condizioni dell'attività e della organizzazione aziendale, anche se in assenza, allo stato attuale, di specifici riferimenti normativi di carattere prevenzionale.**

## 2. Il rischio tutelato



Nella gestione del fenomeno occorre fare riferimento ai consolidati criteri giuridici e medico-legali che garantiscano una effettiva diagnosi “differenziale” della malattia professionale rispetto alla malattia comune.

Nel definire il rischio lavorativo di malattie psichiche e psicosomatiche rilevante ai fini assicurativi si sono individuati e presi in considerazione i seguenti criteri:

1. Sono compresi nel rischio lavorativo le condizioni di rischio che si creano per incongruenze del processo organizzativo (cosiddetta “costrittività organizzativa”).
2. La tipologia dei più frequenti “elementi di costrittività” è illustrata al successivo paragrafo 3.
3. Qualora sussista la costrittività organizzativa è irrilevante l’esistenza o meno di specifiche responsabilità soggettive; dette responsabilità potranno costituire uno degli elementi di prova una volta verificate nella competente sede giudiziaria.
4. La categoria della “costrittività organizzativa” ricomprende anche il cosiddetto “mobbing strategico”, specificamente ricollegabile a finalità lavorative, ossia quell’insieme di azioni poste in essere nell’ambiente di lavoro con lo scopo di allontanare o emarginare il lavoratore, e riconducibili a quegli elementi di costrittività organizzativa indicati al paragrafo 3, o ad altri che siano ad essi assimilabili.



5. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato i fattori organizzativi legati al normale andamento del rapporto di lavoro (licenziamento, riassegnazione ecc.).
6. Sono esclusi dal rischio lavorativo tutelato le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro sia a quelli di vita.

**Sono in conclusione da considerarsi irrilevanti ai fini del rischio tutelato i comportamenti puramente soggettivi delle persone che operano nell'ambiente di lavoro a meno che tali condotte, reiterate, non si traducano e non si concretizzino in documentabili e oggettivamente riscontrabili incongruenze di processo organizzativo.**

### **3. L'organizzazione del lavoro e la costrittività organizzativa**

L'organizzazione del lavoro comprende le componenti "fisiche" e le componenti "psichiche" che originano dal rapporto tra i singoli lavoratori e tra questi e chi sovrintende al lavoro.

I noti cambiamenti del mondo del lavoro hanno fatto emergere quadri patologici ricollegabili a "fattori di costrittività" nell'organizzazione del lavoro, sia nell'ambito del lavoro industriale sia nella Pubblica Amministrazione, ove pure è stato introdotto il criterio organizzativo/gestionale e tecnico di "azienda".

Le incongruenze dei processi organizzativi possano diventare fattori di rischio psichico per il lavoratore.

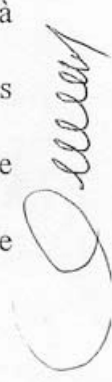


Si elencano le più frequenti condizioni di “costrittività organizzativa” traendo anche spunti da fonti normative, giurisprudenziali, nonché dalla casistica riportata e dalle prime risultanze dell’esame dei casi denunciati all’Inail:

- marginalizzazione dalla 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 dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad 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

#### **4. Principali quadri morbosi psichici e psicosomatici.**

Premesso che predisposizioni individuali e particolari strutture di personalità possono condizionare una maggiore suscettibilità nei confronti dei fattori di stress lavorativo come riportati ai paragrafi 2 e 3, è indispensabile procedere all’inquadramento nosografico e alla definizione quali-quantitativa delle patologie



correlabili secondo accreditate classificazioni dei quadri morbosì psichici e psicosomatici.

Secondo la classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell' ICD – 10 e secondo il DSM – IV si individuano due sindromi correlate allo stress, **la sindrome da disadattamento e la sindrome post traumatica da stress.**

**La sindrome da disadattamento** (Disturbo dell'adattamento) è il manifestarsi di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o a più fattori stressanti, identificabili, non estremi.

**La sindrome post traumatica da stress** (Disturbo post traumatico da stress) è la risposta ritardata o protratta ad un evento fortemente stressante o a una situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone.

Il disturbo post traumatico da stress secondo il DSM IV (classificazione multiassiale concepita per uso clinico) comporta gli stessi sintomi del disturbo dell'adattamento ma più gravi e con possibilità di sequele associate a intrusività del pensiero e/o il rivivere la situazione stressante, oltreché comportamenti di evitamento.

Il disturbo post traumatico da stress é comunque un quadro clinico più difficilmente correlabile ai rischi lavorativi sopradescritti.

Il riscontro di una maggior frequenza della sindrome da disadattamento è inoltre supportata dall'esperienza di alcuni studi nazionali, peraltro ancora in evoluzione e in via di definizione, come anche riportato nel Documento di Consenso sul "*rischio mobbing*" di qualificati medici del lavoro.



## **5. Percorso metodologico e criteriologia per la diagnosi di malattia professionale.**

Analogamente alle altre malattie professionali non tabellate le condizioni denunciate dall'assicurato devono essere accuratamente approfondite e analizzate, non soltanto attraverso le **dichiarazioni dell'interessato, ma anche con dichiarazioni del datore di lavoro e la complementare raccolta di elementi di conoscenza direttamente acquisiti presso i dirigenti e i colleghi di lavoro.**

**Le suddette indagini, volte a chiarire l'anamnesi lavorativa, dovranno ovviamente essere mirate all'individuazione di quei fattori di rischio legati alla c.d. "costrittività organizzativa" come richiamati al paragrafo 3.**

Parallelamente dovrà essere acquisita tutta la documentazione sanitaria disponibile.

In campo psichiatrico, molto più che in altre branche specialistiche, assume particolare importanza la ricostruzione **dello stato anteriore** del soggetto anche in riferimento ai fattori eziologici concausali extralavorativi.

E' ampiamente noto infatti come dette patologie si sviluppino con il concorso di cause diverse (personali-familiari, ambientali-sociali), tra le quali il "rischio lavorativo" talora assume i connotati di mera **occasionalità** temporale priva di rilevanza eziologica.

Ciò detto, dovrà dunque essere svolta una attenta analisi sullo **stato anteriore** del soggetto che dovrà portare a una delle seguenti conclusioni diagnostiche eziologiche:



- Presenza di disturbi/patologie preesistenti alle quali ricondurre tutto il quadro clinico manifestato
- Presenza di disturbi/patologie preesistenti (predisponenti) che hanno ruolo concausale
- Assenza di disturbi/patologie preesistenti

Esclusa l'eziologia lavorativa nella prima ipotesi, nell'ambito delle ultime due condizioni invece l'**analisi del rischio denunciato** assumerà rilevanza assicurativa quando si potrà dimostrare, con criterio di certezza o quantomeno di elevata probabilità, l'esposizione al rischio lavorativo come causa preminente (o causa unica).

E' evidente che tale metodologia è la stessa utilizzata nella ormai ultradecennale esperienza maturata nella gestione delle malattie professionali non tabellate.

Nella valutazione e ponderazione della vis lesiva degli eventi può essere di utile orientamento ricordare come in letteratura siano reperibili scale che classificano gli eventi della vita stressanti, attraverso le risposte ottenute da diversi gruppi di soggetti (v. Holmes e Rahe, 1967; Dohrenwend e coll., 1974, 1988; Fisher 1996). Gli eventi più in alto nelle varie scale sono: la morte del coniuge o di un figlio, seguono poi con valutazioni decrescenti il divorzio, la separazione dal coniuge, la carcerazione, la morte di un familiare stretto, incidenti o malattie, il matrimonio, la perdita del lavoro o il fallimento lavorativo, il declassamento, la promozione, il pensionamento, la morte di un caro amico, cambiamenti di lavoro e altri cambiamenti nella vita sociale.





Gli eventi ricollegabili all'ambiente di lavoro pur non essendo collocati nelle posizioni alte delle scale possono avere incidenza di rilievo e vanno pertanto opportunamente confrontati e valutati nel contesto degli altri eventi della vita, anche positivi, che ogni singolo soggetto può trovarsi ad affrontare.

Occorre comunque tenere ben presente i limiti di dette "scale" dovuti sia alla specificità delle realtà sociali delle popolazioni studiate, perdipiù in epoche diverse, sia alle inevitabili interazioni tra la vita lavorativa, familiare e sociale.

Per quanto attiene all'accertamento della patologia denunciata è necessario che la stessa venga **supportata e confermata da accertamenti specialistici**.

A tale proposito è indispensabile una articolata indagine clinica completa che consenta l'analisi della personalità premorboza nonché dell'evoluzione del quadro clinico.

**Si elencano di seguito i tests comunemente utilizzati**, non senza aver ricordato che né il DSM-IV né l'ICD-10 prevedono l'utilizzo di test mentali per la diagnosi psichiatrica:

#### **Tests proiettivi di personalità**

##### **Costitutivi**

- SIS
- Rorschach

##### **Costruttivi**

- Reattivo di Wartegg

##### **Interpretativi**

- TAT



### Questionari di personalità

- MMPI 2
- EWI
- MPI
- CBA

### Tests di efficienza intellettiva

- Matrici progressive di Raven
- Wais
- WCST

### Tests di autovalutazione di ansia e depressione

- HAD scale
- HAM-A
- HAM Depression rating scale
- Mood scale

## **6. Criteri per la valutazione del danno.**

La vigente tabella delle menomazioni di cui al Decreto Lgs.vo 38/2000, come approvata con D.M. del 12 luglio 2000, relativa alla valutazione del danno biologico nell'ambito della tutela assicurativa degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, prevede sull'argomento unicamente le due seguenti voci:

**180. Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda**

**dell'efficacia della psicoterapia - fino a 6% -**

**181. Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda**

**dell'efficacia della psicoterapia - fino a 15% - .**



Per la valutazione percentuale del **Disturbo dell'adattamento cronico** dovrà pertanto procedersi con **riferimento analogico** a tali voci e relative valutazioni, con un preciso inquadramento nosografico della patologia, secondo i criteri clinici e medico-legali suesposti, che dovrà essere coerente con le richiamate classificazioni delle sindromi e dei disturbi di natura psichica (ICD-10 e DSM-IV), e modulata secondo gli effetti menomativi dei disturbi obiettivati.

La quantificazione del danno, tenendo presente che detti disturbi sono prevalentemente transitori, dovrà quindi tenere conto del polimorfismo del quadro clinico e graduarsi con la gravità della sintomatologia predominante, - vedi le classificazioni come riportate nella ICD-10 (\*) e nel DSM-IV (\*\*)-, con una valutazione percentuale che potrà collocarsi, nelle **forme di grado lieve/moderato**, nell'intervallo previsto dalla citata voce 180, e nelle **forme di grado severo**, con importanti sintomi depressivi e della condotta, nella successiva voce 181.

**(\*) disturbo dell'adattamento con**

- reazione depressiva breve**
- reazione depressiva prolungata**
- reazione mista ansioso-depressiva**
- disturbo prevalente di altri aspetti emozionali**
- prevalente disturbo della condotta**
- disturbo misto delle emozioni e della condotta**
- altri sintomi predominanti specifici**

**(\*\*) disturbo dell'adattamento con**

- umore depresso**
- ansia**
- ansia e umore depresso misti**



- alterazione della condotta
- alterazione mista dell'emotività e della condotta
- non specificato

IL SOVINTENDENTE MENCO GENERALE  
(Dott. Giuseppe Cimaglia)

