

presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza»¹⁷. Nella circolare del Ministero del Lavoro del 18 novembre 2010 si forniscono le indicazioni necessarie per la valutazione dello stress lavoro-correlato, specificando, come riportato letteralmente nel testo, che bisogna prestare attenzione a:

- a) eventi sentinella, quali ad esempio: indici infortunistici; assenze per malattia; *turnover*; procedimenti e sanzioni; segnalazioni del medico competente, specifiche e frequenti lamenti formalizzate da parte dei lavoratori. I predetti eventi sono da valutarsi sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda (es. andamento nel tempo degli indici infortunistici rilevati in azienda);
- b) fattori di contenuto del lavoro, quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti;
- c) fattori di contesto del lavoro, quali ad esempio: ruolo nell'ambito dell'organizzazione; autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).

Dunque, sembra che l'orientamento prevalente a livello internazionale e nazionale sia quello di affrontare la valutazione del rischio stress osservando e intervenendo sul complesso dell'organizzazione del processo di lavoro, e risulta di estrema utilità orientare la valutazione e l'intervento considerando gli orientamenti scientifici e le buone pratiche più avanzate, che sopra in parte abbiamo indicato.

Soprattutto, è opportuno fare sì che la valutazione del rischio sia sostanziale e non formale, cercando di promuovere non solo una corretta identificazione di tutti gli ambiti possibili di rischio ma, anche, di promuovere una metodologia che sia il più possibile efficace per l'analisi, la prevenzione e l'intervento, come di seguito commentiamo.

■ La metodologia di gestione del rischio

Negli ultimi tre decenni nei Paesi del capitalismo avanzato sono accaduti dei profondi mutamenti economici e sociali che hanno comportato un aumento della frequenza dei cambiamenti dei processi produttivi di beni e servizi, dovuti principalmente: a) alla necessità delle aziende di adattarsi alla crescente competitività di un mercato globale; b) alla necessità di seguire le esigenze mutevoli dei consumatori e del mercato, fino a preferire i processi di lavoro *on demand* e *just in time*; c) alla necessità di introdurre le innovazioni tecnologiche e di processo sviluppate sempre più rapidamente. Conseguentemente, c'è stato un aumento generale dei processi di ristrutturazione aziendale e di ridefinizione dei processi di

¹⁷ D.lgs. 81/08, art. 2, comma 1, lett. q.

lavoro, a livello nazionale e internazionale, per mettere in atto delle strategie che consentissero alle aziende di confrontarsi con una competizione sempre più globale e con i cambiamenti sempre più veloci nei consumi e nei modi di produrre un bene o un servizio (Thompson, 1997; Accornero, 2003; Gallino, 2009; Huws *et al.*, 2009). Come dimostra una recente ricerca europea (svolta su 58 studi di caso aziendali in 13 Paesi), che ha utilizzato il modello analitico sopra citato di Kristensen (1999), la tendenza generale dei processi di ristrutturazione è verso un'organizzazione del lavoro più passiva e più intensa (a causa della diminuzione nell'influenza del lavoratore e di un aumento del carico di lavoro), con una vita lavorativa più incerta e individualistica (a causa della bassa prevedibilità e della diminuzione del supporto sociale), cui consegue un aumento diffuso dei rischi psicosociali (Di Nunzio *et al.*, 2009)¹⁸. Proprio i cambiamenti frequenti negli assetti aziendali – con l'esposizione ai rischi che essi generano – hanno comportato la necessità di un'azione continua di prevenzione e di una capacità di lettura a lungo termine, per fare fronte ad un'organizzazione del lavoro sempre più dinamica e all'introduzione di nuovi strumenti e tecnologie, rendendo evidente l'esigenza di anticipare i rischi propri dell'evoluzione aziendale per evitarli, attraverso una collaborazione costante tra tutti gli attori all'interno dell'azienda che deve caratterizzare il modello gestionale dei rischi (Kieselbach *et al.*, 2009; 2010).

Sempre in ambito internazionale, il prestigioso progetto di ricerca Prima Ef¹⁹ (Leka & Cox, 2008) è stato condotto con l'obiettivo di sviluppare un *framework* a livello europeo per la gestione dei rischi psicosociali con particolare attenzione allo stress lavoro-correlato e alla violenza nei luoghi di lavoro, adatto sia per il livello macro (europeo e nazionale) così come micro (aziendale). Il progetto propone un modello di gestione del rischio psicosociale che implica cinque elementi principali:

- a) la focalizzazione dichiarata su una definita popolazione di lavoratori, su un posto di lavoro o un gruppo di attività;
- b) la valutazione dei rischi per capire la natura del problema e le cause sottostanti;
- c) la progettazione e l'implementazione di azioni volte a eliminare o a ridurre i rischi (soluzioni);
- d) la valutazione di queste azioni;
- e) l'attiva ed attenta gestione dei processi.

¹⁸ Per un'analisi approfondita della dinamica e delle conseguenze dei processi di ristrutturazione in Europa cfr. i risultati del progetto di ricerca europeo «Works. Work Organisation and Restructuring in the Knowledge Society» disponibili sul sito: <http://worksproject.be>.

¹⁹ Il coordinamento del progetto è stato dell'Institute of Work, Health & Organisations (I-Who) dell'Università di Nottingham; tra i partner citiamo l'autorevole Finnish Institute of Occupational Health (Fioh) della Finlandia e, per l'Italia, l'Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (Ispesl). Il sito di riferimento in italiano è: <http://prima-ef.ispesl.it>.

Gli aspetti chiave considerati nella costruzione del progetto Prima Ef sono:

- a) il rapporto tra il benessere psicologico e il miglioramento della performance aziendale in termini di qualità;
- b) la necessità di un processo gestionale continuo;
- c) la necessità del coinvolgimento e della responsabilizzazione di tutti gli attori nella prevenzione;
- d) la contestualizzazione del problema (in termini di dimensione dell'azienda, settore di attività, le caratteristiche della forza lavoro – ad esempio il genere, l'età anagrafica e la presenza di lavoro a termine – e il contesto più ampio del Paese);
- e) una strategia di soluzione dei problemi sistematica, basata sulle evidenze e sulla pratica, che deve essere indirizzata a produrre un resoconto ragionato dei più importanti fattori psicosociali associati con la malattia-salute di uno specifico gruppo di lavoratori;
- f) la partecipazione di tutti gli attori è ritenuta fondamentale per la prevenzione, per cui tutti gli attori devono essere coinvolti e non bisogna richiedere semplicemente di modificare la loro percezione del rischio e i loro comportamenti. Di conseguenza, sono ritenuti di fondamentale importanza: la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori, il dialogo sociale ed il dialogo con gli esperti e gli *stakeholders* esterni;
- g) gli interventi devono essere differenziati: certamente l'azione primaria è sulla causa del rischio a livello organizzativo, tuttavia non devono essere trascurati interventi individuali considerando gli effetti sulla salute dei lavoratori;
- h) proteggere la salute psicosociale delle persone non è solo un obbligo giuridico, ma anche una questione etica e rientra nella sfera della responsabilità sociale delle imprese;
- i) la gestione del rischio psicosociale richiede delle capacità a livello macro e a livello dell'impresa, quali: delle adeguate conoscenze da parte degli attori chiave (dirigenti e lavoratori, così come i politici per il livello macro); informazioni credibili e rilevanti a supporto delle decisioni da prendere; la disponibilità di metodi e di strumenti efficaci e di facile impiego; la disponibilità di strutture di supporto (esperti, consulenti, servizi ed istituzioni, ricerca e sviluppo).

Come è evidente, i fattori di rischio sono molteplici e la metodologia di gestione indicata dai più autorevoli istituti scientifici europei è complessa, volta all'individuazione di tutte le possibili cause, alla prevenzione dei rischi e alla partecipazione di tutti gli attori, con una forte enfasi sul ruolo del dialogo sociale. Questo è anche indicato a livello legislativo sia in ambito europeo che nel nostro contesto nazionale, considerando le norme costituzionali così come l'art. 2087 e il d.lgs. 81/08 ed è opportuno precisarlo prima di approfondire la lettura della circolare del Ministero del Lavoro del 18 novembre 2010.

In questa circolare, si esplicita che in merito allo stress lavoro-correlato «la valutazione si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-cor-

relato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci. La valutazione preliminare consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, appartenenti quanto meno a tre distinte famiglie»: gli eventi sentinella, i fattori contenuto e di contesto del lavoro (riportati precedentemente in questo nostro scritto). La circolare precisa che «è necessario preliminarmente indicare il percorso metodologico che permetta una corretta identificazione dei fattori di rischio da stress lavoro-correlato, in modo che da tale identificazione discenda la pianificazione e realizzazione di misure di eliminazione o, quando essa non sia possibile, riduzione al minimo di tale fattore di rischio».

Riguardo agli attori coinvolti, come visto, si rimarca l'esigenza di una forte collaborazione tra tutti i soggetti e l'importanza che questo coinvolgimento sia consapevole, ossia con un adeguato livello di formazione e di competenze. Nel sistema italiano, la circolare del Ministero del Lavoro del 18 novembre 2010 precisa che «la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato è parte integrante della valutazione dei rischi e viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio) dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (Rsp) con il coinvolgimento del medico competente, ove nominato, e previa consultazione del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (Rls/Rlst)». È opportuno precisare, prima di proseguire nel commento, che queste indicazioni devono comunque inserirsi nella definizione normativa più ampia che include già nelle «misure generali di tutela» (art. 15) del d.lgs. 81/08 la partecipazione e la consultazione dei lavoratori e delle loro rappresentanze, così come la possibilità di ricorrere ad esperti esterni per il servizio di prevenzione e protezione (art. 31). Questo è da precisare perché dalla lettura della circolare, in relazione alla disciplina più ampia e ai riferimenti scientifici e istituzionali europei sopra indicati, emergono due rischi che, certamente evitabili, devono comunque comportare una elevata attenzione da parte delle figure istituzionali e degli attori coinvolti nel sistema di gestione del rischio:

- 1) il rischio di una tendenza verso la misurazione oggettiva come input per l'intervento (come nella fase preliminare, in cui si indica che «possono essere utilizzate liste di controllo applicabili anche dai soggetti aziendali della prevenzione che consentano una valutazione oggettiva, complessiva e, quando possibile, parametrica» degli indicatori di rischio), che si evita prevedendo dei momenti qualitativi di analisi e di confronto sui pericoli e gli interventi;
- 2) il rischio di una marginalizzazione del ruolo dei lavoratori (per cui sembra che solo «la valutazione approfondita prevede la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori, ad esempio attraverso differenti strumenti quali questionari, *focus group*, interviste semi-strutturate, sulle famiglie di fattori/indicatori di cui all'elenco sopra riportato»), che si evita prevedendo dei momenti di coinvolgimento lungo tutto il percorso di gestione del rischio.

Riguardo al primo aspetto, in ambito nazionale e internazionale, nonostante l'evidente complessità del tema, spesso si assiste alla tendenza verso una semplificazione della valutazione del rischio così come, anche, alla fascinazione esasperata per la sua quantificazione che concentra le energie sulla misurazione piuttosto che sulla definizione di soluzioni pragmatiche utili a prevenire l'esposizione ai fattori di rischio. Questo passaggio è esplicitamente denunciato all'interno della strategia Sobane (Malchaire *et al.*, 2008, p. 6), che difatti si orienta verso un approccio capace di coniugare una metodologia quantitativa con una qualitativa.

D'altra parte, questa tendenza alla misurazione spesso accompagna il secondo rischio, quello della marginalizzazione dei lavoratori, ridotti ad attori passivi oggetto di studio, di questionari o *check-list*.

Certamente, è importante utilizzare degli strumenti di valutazione standardizzati e validati dalle istituzioni e dalla comunità scientifica, del tipo questionario e *check-list*, poiché essi offrono l'opportunità di un'analisi dettagliata del processo di lavoro così come la possibilità di un confronto su dei dati oggettivi. Così come, anche, è importante l'osservazione degli eventi sentinella, come ad esempio il numero di incidenti e il livello di assenteismo, considerando però che nessuno di questi eventi è in sé preciso nel definire una probabilità dell'esposizione al rischio (ad esempio può esistere per un lavoratore l'impossibilità di assentarsi per un carico di lavoro eccessivo e dunque per una coercitiva presenza sul luogo di lavoro). Questi strumenti sono utili e, ovviamente, devono essere capaci di tenere in considerazione tutti i fattori di rischio precedentemente indicati dalla letteratura.

Allo stesso tempo, però, è necessario che questi strumenti standardizzati – e più in generale l'intero percorso di gestione del rischio psicosociale – siano *preceduti* e *accompagnati* da momenti qualitativi di confronto in cui i lavoratori possano avere maggiori opportunità di *voice*, sia attraverso le proprie rappresentanze che direttamente, utilizzando ad esempio i *focus-group*, le assemblee, i gruppi di lavoro (Di Nunzio e Leonardi, 2010). In particolare, è opportuno che emerga la domanda dei lavoratori, i loro bisogni in riferimento alle problematiche della salute così come all'organizzazione complessiva del lavoro, che spesso rimane a livello privato e individuale e non è socializzata all'interno delle forme dell'azione collettiva, costituendo questo, già di per sé, un potenziale rischio di stress. Questo perché, in generale, è noto che i rischi psicosociali sono strettamente legati alla soggettività dei lavoratori, anche considerando le loro aspettative e le loro potenzialità, come proprio si esplicita nella definizione di benessere dell'Organizzazione mondiale della sanità sopra citata. Così, anche se è difficile trovare una completa e stringente definizione di cosa sono i rischi psicosociali è evidente che, vista la peculiarità del tema, un elemento è certo e imprescindibile dal punto di vista scientifico così come in ambito istituzionale: la soggettività del lavoratore è un fattore determinante per comprendere l'entità dei rischi presenti sul lavoro, dunque l'opinione del lavoratore sulla propria salute così come sui fat-

tori di rischio e sul percorso di gestione del rischio è di fondamentale importanza e deve essere considerata.

In definitiva, i rischi psicosociali necessariamente devono essere valutati e gestiti con i lavoratori stessi, considerandoli come attori partecipi e attivi.

In considerazione di questo, l'intervento – in ambito legislativo così come in quello delle istituzioni e delle parti sociali a livello macro e nei luoghi di lavoro –, oltre che indirizzarsi verso la definizione dei concetti di rischio psicosociale e di stress, deve sempre di più orientarsi a implementare e definire in maniera stringente le opportunità di partecipazione dei lavoratori al processo di valutazione e gestione dei rischi psicosociali. In particolare, è necessario implementare i diritti e le opportunità del lavoratore di formazione, informazione, consultazione, intervento sui rischi psicosociali.

In relazione a questo, un recente progetto di ricerca europeo, volto ad analizzare il rapporto tra rischi psicosociali e dialogo sociale nel settore dei servizi in cinque Paesi europei (Teissier *et al.*, 2010), evidenzia come sia necessario definire dei metodi per implementare il dialogo sociale, ma, anche:

- a) rafforzare il rapporto tra i rappresentanti sindacali e i lavoratori, allo scopo di apportare al dialogo sociale una conoscenza il più possibile reale e approfondita delle condizioni di lavoro;
- b) elaborare delle modalità di espressione e di confronto per i lavoratori stessi, affinché essi possano non solo scambiarsi informazioni sulle condizioni di lavoro, sulle difficoltà e gli ostacoli che affrontano per la tutela della salute, ma anche delineare gli scenari di azione e le soluzioni che si potrebbero intraprendere.

▼ Stress e salute

Le diverse statistiche recenti evidenziano come si sia in presenza di un calo delle malattie professionali tradizionali e di un aumento dei disturbi dovuti a stress. Uno studio condotto fra i ferrovieri della Bretagna e pubblicato l'11 gennaio 2011 indica che circa il 50% dei lavoratori che hanno partecipato allo studio (3940 ferrovieri hanno risposto al questionario specifico) denunciano una condizione di stress in ambito lavorativo (da carico di lavoro e da pressione gerarchica come cause principali).

Lo stress, o per meglio dire un suo elevato livello, determina, nell'individuo, reazioni emozionali, cognitive, fisiologiche e comportamentali.

Tali reazioni, se prolungate nel tempo, possono determinare dapprima alterazioni dell'individuo con ripercussioni sulla qualità della vita familiare, sociale e lavorativa, e poi, perdurando, si strutturano in sindromi più o meno ben definite.

I disturbi che possono prodursi in caso di persistenza di fattori di stress sono solitamente distinti in tre gruppi: disturbi comportamentali ed emozionali; disturbi psicopatologici, disturbi psico-fisici. La tabella seguente li elenca per tipologia.

REAZIONI ASSOCIATE ALLO STRESS DA LAVORO

fisiche	psicologiche	comportamentali
cefalea	umore depresso	assenteismo
turbe del sonno	noia	tossicomania
tensioni muscolari	ansietà	abuso di farmaci
problemi di peso	deficit della memoria	problemi sessuali
disordini gastro-intestinali	insoddisfazione	aggressività
aumento pressorio	frustrazione	turbe alimentari
allergie	irritabilità	calo della creatività e dell'iniziativa
aumento dei livelli di colesterolo	pessimismo	problemi nelle relazioni interpersonali
affezioni dermatologiche		sbalzi frequenti dell'umore
disturbi cardiaci (tachicardia, senso di oppressione)		contatti superficiali
		riduzione della tolleranza alle frustrazioni
		disinteresse/isolamento

Appare importante ricordare, inoltre, che gli effetti negativi dello stress coinvolgono non solo i singoli lavoratori, ma determinano ripercussioni importanti sull'azienda per effetti sul clima aziendale e sulla organizzazione.

▼ Aspetti medico-legali

Per una valutazione medico-legale occorre il concorso di tre elementi essenziali: la situazione stressogena protratta, il pregiudizio dell'integrità psico-fisica del lavoratore ed il nesso etiologico che lega la causa all'evento.

Per quanto concerne il nesso di causalità è sempre necessario dimostrare un legame diretto tra evento illecito verificatosi in ambito lavorativo e danno patito dal lavoratore. Secondo quanto sancito dalle sentenze della Cassazione che hanno riconosciuto la possibilità di cumulare responsabilità contrattuale (ex art. 2087 c.c.) e extra-contrattuale (ex art. 2043), è comunque sempre indispensabile comprovare il danno alla integrità della persona correlandolo alla condotta anti-giuridica avvalendosi degli usuali criteri medico-legali di riferimento etiologico: criterio cronologico, topografico, di adeguatezza lesiva, di continuità sintomatologia, di esclusione di altre cause, ovvero sei criteri di sussunzione sotto leggi scientifiche (criterio di certezza o di probabilità statistica), tenuto conto della pluralità di cause e della incertezza della eziopatogenesi che tipizzano il danno psichico e molte delle patologie correlate allo stress.

Non è, infatti, il riferimento a categorie lavorative o anche a specifiche mansioni che, in termini di etiologia e patogenesi, può connotare la dipendenza professionale della patologia, quanto piuttosto le modalità in cui l'attività medesima si assolve con riferimento alle

caratteristiche personali del soggetto ed ai rapporti interrelazionali, caratterizzando un ambito specifico di lavoro in cui si trascende, in termini di qualità e quantità, l'ordinaria produzione di stimoli pur latamente «patogeni», e che francamente lo divengono nell'ambito particolare. Nel caso di danni da stress lavoro-correlato spetta al lavoratore (ed al Patronato ed al Sindacato che lo supportano) l'onere della prova.

Le patologie da stress lavoro-correlato possono trovare una loro definizione in ambito della tutela assicurativa Inail delle malattie professionali ai sensi del d.lgs. 38/2000, che, all'articolo 10, comma 4, stabilisce che: «fermo restando che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle di cui al comma 3 delle quali il lavoratore dimostri l'origine professionale»; come dimostra una ormai ragguardevole statistica. Le tabelle delle malattie professionali emanate nel 2008, come peraltro le liste di cui all'articolo 179 del Testo Unico Inail, non contemplano, infatti, questa tipologia di rischio.

Lo stress lavoro-correlato può determinare diverse fattispecie di danno, avendo chiaro che occorre differenziare fra la mera sofferenza transitoria e lo stato di malattia: la prima configurante il danno non patrimoniale o morale; la seconda il danno biologico, anche di natura psichica, sia di natura temporanea che permanente.

Danno alla salute

Si tratta del danno che deriva dalla compromissione del bene «salute» costituzionalmente protetto e che costituisce un valore fondato sulla integrità psico-fisica della persona: integrità da cui deriva lo stato di benessere personale e la possibilità di godere della salute, di poter svolgere la vita per tutta la sua durata secondo le ordinarie attività proprie del contesto in cui il soggetto vive, di poter realizzare il personale progetto di vita, comprendendo in ciò le relazioni interpersonali e sociali.

Si tratta di un bene che ha caratteristiche comuni con tutti i componenti del consorzio civile e che prescinde dalla posizione culturale, economica e sociale della persona, essendo per questo da valutare con criteri egualitari.

In una tale situazione appare evidente la compromissione degli aspetti fisici e psichici dello stato di salute, ma anche l'incremento della morbilità, per una attendibile riduzione della durata della vita.

In base all'articolo 2087 del codice civile il datore di lavoro deve prevenire i danni alla salute, adottando tutti gli strumenti resi disponibili dall'attuale stato della scienza e della tecnica anche laddove non espressamente contemplati dalle norme antifortunistiche. Concetto, questo, ribadito ed esteso dall'articolo 15 del decreto legislativo n. 81/08 che impone, fra le misure di tutela al punto d), il «rispetto dei principi ergonomici nella organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro [...] e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione».

Il datore di lavoro è tenuto al risarcimento sia del danno patrimoniale che di quello non patrimoniale (danno biologico e danno morale) qualora il lavoratore possa dimostrare non solo di aver subito una lesione fisica o psichica (lesione che, come ha indicato il Tribunale di Torino, Sez. lavoro 1° grado, 16-11-1999, può anche essere non permanente) e che la lesione sia dovuta al lavoro, ma anche che vi sia stato un illecito nel comportamento che ha cagionato tale danno: deve, cioè, provare la condotta dolosa o colposa del molestatore oppure che sia accertato un inadempimento contrattuale (vedi Cassazione n. 475 del 19 gennaio 1999).

Non è dato in questa sede enunciare i concetti che sono alla base del *danno biologico*, chiariti nel 1986 dal Bargagna *et al.* nel modo seguente: danno biologico è lesione dell'integrità biologica, dell'integrità psicofisica, condizione basilare per il godimento di uno stato di salute e per l'estrinsecazione di una normale efficienza psicofisica (Bargagna M. e Busnelli E.D., *Danno biologico e danno alla salute*, Cedam, Padova, 1986).

Ed ancora torna utile in proposito una definizione richiamata da Mangoni: «Danno alla salute è ogni modificazione peggiorativa dello stato anteriore della persona, anatomica e/o funzionale, stabilizzata od evolutiva, somatica o psichica, temporanea o permanente, che turbi comunque la validità e la cenestesi del soggetto provocando sofferenze fisiche o morali, ne riduca la capacità di espansione sociale e di godimento dei beni, ne pregiudichi transitoriamente o permanentemente la capacità di adattamento ad ogni sorta di stimoli e la capacità di rapido ripristino dell'omeostasi, od infine comporti una presumibile riduzione della durata media della vita» (in Mangoni E.D., *Valutazione medico-legale e risarcimento del danno alla persona: Rassegna e commento di opinioni e di indirizzi giurisprudenziali*, in *MP - Rassegna di Medicina Legale Previdenziale*, Anno VII, 2, 1994, p. 23).

Si tratta, dunque, del danno come definito al primo capoverso di questo stesso paragrafo. Appare non superfluo ricordare che la Corte Costituzionale, nel differenziare fra danno biologico e danno alla salute, ha ritenuto di precisare che le locuzioni danno biologico, o alla salute, o psico-fisico o naturalistico ecc. sono sinonimi ai fini del diritto al risarcimento e costituiscono il danno evento, non patrimoniale.

Come autorevolmente ricordava il prof. Norelli nella relazione al Convegno Simla di Riccione: «Nella ormai nota sentenza n. 184/86 Corte Cost. in termini inequivoci si individua la differenza che esiste tra danno biologico e lesione della salute; sottolineandosi anche la possibilità, che in concreto la Corte stessa dimostra di perseguire e la giurisprudenza successiva ha ormai carismatico, che i termini di danno biologico e quello di danno alla salute siano impiegati pur con imperfetta proprietà, come sinonimi, avendo tuttavia ben chiaro che si cita l'uno per considerare l'altro; essendo ciò argomento sufficiente per il medico-legale, a prescindere da pur validissime alchimie giuridiche che possono, tuttavia, non incidere sulla valutazione medico-legale una volta definiti i termini di riferimento.

Donde, argomentandosi poi in modo comune e costante di danno biologico (piuttosto che di danno alla salute), appare evidente come sia lecito abbandonare ogni differenziazione contenutistica».

Il danno alla salute, danno non patrimoniale, deve tuttavia essere risarcito, essendo la salute, secondo la Costituzione, un diritto indisponibile e irrinunciabile.

In particolare con la sentenza n. 356/1991 si ricorda che, poiché il «bene salute è tutelato dall'art. 32, primo comma, della Costituzione non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, sicché si configura come un diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati [...] deriva che la indennizzabilità non può essere limitata alle conseguenze della violazione incidenti sull'attitudine a produrre reddito.

«La tutela risarcitoria del diritto alla salute riguarda prioritariamente e indefettibilmente il danno biologico in se considerato rappresentato dalla stessa menomazione psicofisica [...] a prescindere dalle conseguenze che da essa possano o meno derivarne: a prescindere cioè dalla eventuale perdita o riduzione di reddito che ne sia conseguenza immediata o diretta, così come dei danni morali soggettivi. La menomazione dell'integrità psicofisica del soggetto offeso costituisce quindi danno integralmente risarcibile di per se stesso. L'autonomia del danno biologico rispetto alle altre ed eventuali conseguenze dannose di esso ed il principio costituzionale della sua integrale e non limitabile risarcibilità determinano l'impossibilità di considerare esauriente non soltanto una tutela risarcitoria limitata alle perdite o riduzioni di reddito, effettive o potenziali, conseguenti alla menomazione dell'integrità psicofisica, ma anche una tutela risarcitoria che prenda in considerazione soltanto quanto riguarda l'attitudine a svolgere attività produttive di reddito».

Si mostrano perfettamente valide le osservazioni e le indicazioni contenute nel volume curato dalla Consulenza medica dell'Inca nazionale alcuni anni or sono, in cui si afferma: «il danno alla salute è un danno esistenziale (Fallani) che determina una menomazione alla complessiva capacità di vivere, di affrontare i diversi momenti che si compendiano nel rischio di vivere.

«Il "danno biologico", inteso come "danno alla salute", è quindi difficilmente inquadrabile in schemi convenzionali, in tabelle assicurative pubbliche o private, se non per quanto concerne i valori patrimoniali, che possono essere uguali per tutti. Un percentile, cioè, può essere risarcito [...] con una valutazione economica uguale per tutti [...]. Ma ci sembra improbabile che il livello percentuale del danno possa trovare una corretta collocazione valutativa, uguale per tutti, in un qualsiasi barème, se non per grandi linee o per ampie frazioni e comunque attraverso un criterio che deve tener conto della *soggettività della «persona» menomata*. Quindi la stessa menomazione dovrà essere valutata con percentili diversi a seconda delle caratteristiche che la persona menomata presentava al momento del

verificarsi del danno-evento, prendendo in esame le deprivazioni che la stessa menomazione, differentemente da individuo a individuo, può determinare, mentre i criteri di valutazione economica del percentile possono essere uguali per tutti».

Non v'è dubbio che in questo caso vadano sviluppati ed approfonditi i «rapporti che sussistono tra il danno alla salute – non economico, non reddituale – ed il danno patrimoniale vero e proprio – economico, reddituale – ...» (Fiori A., *Cronaca e proposte dal fronte del danno alla persona da responsabilità civile*, in *Riv. Ital. Med. Leg.*, XI 1989, pp. 1196 e ss.): rapporti che appaiono strettamente intersecati in gran parte dei casi di stress lavoro correlato. E nell'analisi può essere utile richiamarsi alla sentenza della Corte Costituzionale 14 luglio 1986, n. 184, punto 21: «... oltre alla voce relativa al risarcimento, per sé, del danno biologico, a seguito del fatto lesivo alla salute, anche danni-conseguenze di carattere patrimoniale (esempio lucro cessante), anch'essi vanno risarciti, con altra autonoma voce, ex art. 32 Cost. e 2043 c.c. Così, ove dal fatto in discussione derivino danni morali subiettivi, i medesimi, in presenza del fatto, anche dei caratteri del reato, vanno risarciti ex art. 2059».

Sebbene il danno biologico sia stato individuato dalla giurisprudenza genovese nella «lesione dell'integrità fisica in sé e per sé considerata», con apparente esclusione dai suoi confini del cosiddetto danno psichico, non sembra che si possa parlare di quest'ultimo in termini di categoria distinta ed autonoma rispetto al primo.

A tale riguardo appare utile ricordare quanto stabilito dall'art. 13 del d.lgs. 38/2000, che definisce il danno biologico come «la lesione all'integrità psico-fisica suscettibile di valutazione medico-legale della persona».

Definizione, questa, eguale a quella contenuta nel disegno di legge sul danno alla persona proposto dal governo e che si avvicina molto a quanto riportato nella mozione approvata dal Consiglio direttivo della Simla nel maggio 2001, in cui si definisce che il danno biologico «consiste nella menomazione permanente e/o temporanea dell'integrità psico-fisica della persona, comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali, passibile di accertamento e di valutazione medico-legale ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito».

L'elemento psicologico, quale parte integrante dello stato di salute psico-fisico di ogni individuo, non è certamente avulso dalla componente biologica considerata nella sua interezza, ma ne rappresenta, diremmo, una specificazione.

A tale proposito, nell'introduzione alla «Guida orientativa per la valutazione del danno biologico» il Bargagna e coll. affermano: «Il danno psichico non può comunque essere considerato come una sorta di fattispecie autonoma o sottospecie del danno alla salute, trascurando l'affermata unitarietà dell'insieme soma-psiche. Se si è verificato effettivamente un grave trauma psichico allora si potrà realizzare, direttamente anche se non immediatamente, una condizione di danno biologico di natura psichica, danno che si pro-

durrà quando vi sia una particolare, personale predisposizione ad un forte e persistente turbamento, clinicamente inquadrabile dal punto di vista medico-legale».

Il danno psicologico consiste nella lesione dell'integrità psichica della persona, vale a dire nella violazione, nel turbamento, nella rottura dell'equilibrio psichico della vittima di un fatto illecito e va dunque distinto dal danno morale, che è invece rappresentato dalla sofferenza psichica che deriva da tale violenza.

Il problema che è stato evidenziato da molti autori riguarda gli aspetti risarcitori di tale danno psichico, che va inteso non come un mero stato di disagio che accompagna l'evento (per altro meritevole di tutela come danno temporaneo), ma come un evento che si protrae nel tempo. A tale riguardo, si rinvia alla vasta letteratura e giurisprudenza in merito alla permanenza del danno, o addirittura al danno che subisce una cronicizzazione.

Danno esistenziale

Il danno alla salute consiste non solo, però, nella lesione psico-fisica accertabile e valutabile medicalmente (come si è appena fatto), ma anche in un ulteriore profilo, quello definito dinamico-relazionale e relativo alla capacità della persona di esprimere la propria personalità, il che comporta (in estrema sintesi) che il danno alla salute debba essere scomposto in danno biologico e danno esistenziale, inteso quest'ultimo come compromissione della capacità relazionale della vittima.

Il danno esistenziale diviene, dunque, lo strumento per risarcire i pregiudizi conseguenti alla lesione di diritti della personalità non qualificabili come perdite economiche, secondo il concetto tradizionale del danno al patrimonio, e che va distinto dal danno morale pur presente nel caso in esame e su cui si tornerà.

Nei casi di lavoro molesto si dà spesso il caso che manchi un pregiudizio patrimoniale e/o una lesione alla salute, ma in essi è impossibile negare l'esistenza di un danno.

In altri termini, è proprio quella caratteristica di illiceità di per sé che consente di consacrare il danno da stress lavoro-correlato come un danno autonomo, lesivo di quel diritto esistenziale spettante a ciascun lavoratore e consistente nel diritto di svolgere all'interno dell'azienda il proprio mestiere con dignità, nel rispetto delle mansioni stabilite, con la possibilità di perseguire gli obiettivi prefissi e di sfruttare le opportunità di carriera, portando avanti la propria professionalità in un clima di rispetto e serenità tali da consentire una crescita sul lavoro, anche in aderenza ai principi costituzionali, senza soggiacere alle limitazioni previste dall'articolo 2103 c.c.

Il danno esistenziale diviene così il danno tipico delle molestie qualificabile in termini di danno-evento (nel senso che il danno da lavoro molesto si identifica con la semplice condotta molestante, anche se poi la vittima non abbia subito conseguenze ulteriori) e da ritenersi dimostrato con la sola prova delle condotte che, di per sé, sono già prova del danno.

Data per acquisita la liquidazione del danno esistenziale, si pone il problema della sua quantificazione e si ritiene che il criterio equitativo sia l'unico che possa trovare valido impiego, specie se si considera che il pregiudizio deve essere valutato soltanto al di fuori della capacità reddituale della persona. A tale fine, compito dell'ausiliario medico è quello di definire nei diversi ambiti in cui si esplica la personalità le attività che vengono ad essere compromesse ed il grado di compromissione delle stesse.

Per ultimo abbiamo il tema del danno morale, che deve essere inteso come il *pretium doloris*, vale a dire il corrispettivo economico della sofferenza, la cui valutazione deve essere anch'essa demandata al giudice in forma assolutamente equitativa.

Come ricorda il Norelli, la partecipazione della cultura medico-legale alla stima del danno morale permette di personalizzare la valutazione del danno morale pervenendo ad una puntualizzazione dimostrativa di tale danno.

Metodologia diagnostica in ambito medico-legale

Data la particolare difficoltà della dimostrazione del nesso causale esistente fra situazioni lavorative e manifestazioni patologiche, appare evidente la necessità di un intervento specialistico multidisciplinare mirato da un lato a definire – attraverso una valutazione del medico del lavoro – le principali caratteristiche dell'ambiente lavorativo e a delinearne gli aspetti francamente patologici, dall'altro – con l'intervento dello psichiatra e dello psicologo – a definire gli elementi del disagio o di perturbazione della integrità psichica del soggetto; soltanto al termine di tale iter procedurale spetterà al medico legale il compito di procedere alla quantificazione percentuale del danno.

Il primo passo sarà quello di pervenire ad una diagnosi differenziale con altre forme di violenza morale quali lo *stalking* (controllo costante dei lavoratori mirante ad abolire tutti i tempi morti), il *mobbing* ma anche il *burn-out*, ecc.

Una particolare attenzione va posta anche alla struttura psicologica del soggetto, in quanto è chiaro che non tutti reagiscono nello stesso modo alla stessa quantità di stress.

Valutazione del danno psichico

Le sofferenze che maggiormente emergono in conseguenza dello stress lavoro-correlato sono patimenti di carattere psichico o, più correttamente, danno biologico di natura psichica o, meglio, di menomazione permanente della sfera psichica.

I sintomi che rivestono maggiore importanza in sede valutativa, stante la loro capacità di «cronicizzazione» sono:

- a) manifestazioni psicosomatiche (sono le prime a manifestarsi): perdita di concentrazione, di memoria, turbe del sonno, cefalee, sudorazione;
- b) agitazione/irrequietezza;
- c) sindromi ansiose;

- d) depressioni con fissazione del pensiero sul proprio problema; abuso nei consumi di sigarette, caffè, analgesici, stimolanti, alcolici ecc.;
- e) disturbi comportamentali che impediscono la partecipazione alla vita lavorativa fino all'espulsione dal mondo del lavoro (attacchi di panico, disistima ecc.);
- f) alterazioni della personalità (fino al suicidio).

La valutazione del danno permanente comporta notevoli difficoltà, determinate in parte dalle caratteristiche delle tabelle valutative attualmente disponibili e a cui si farà riferimento, che non sono completamente in grado di determinare le conseguenze della patologia sull'attitudine lavorativa e sulla concreta spendibilità lavorativa della funzionalità residua di questi soggetti.

Tale valutazione dovrebbe essere fatta, come anche confermato dal decreto legislativo di riforma dell'assicurazione sugli infortuni, all'atto della stabilizzazione del danno, che in genere, quando riguarda la sfera psichica, pretende tempi lunghi, come del pari lunghi appaiono i periodi di inabilità assoluta temporanea che mai come in questo caso assumono rilievo ai fini della prevenzione di maggiori danni.

Si tratterà di pervenire ad una valutazione non appena il quadro sintomatologico appaia consolidato, dovendosi tenere conto della caratteristica oscillante di tale danno anche ai fini delle eventuali ricadute.

In primo luogo si può partire, avendo chiare le diversità, per quanto concerne essenzialmente la capacità lavorativa, dalle valutazioni previste dalle tabelle dell'invalidità civile:

- disturbi della memoria di lieve entità	11-20
- disturbi della memoria di media entità	21-30
- nevrosi ossessiva lieve	15
- nevrosi fobica ossessiva e/o ipocondriaca di media entità	21-30
- nevrosi fobica ossessiva grave	41-50
- disturbi ciclotimici che consentono una limitata attività professionale e sociale	36
- disturbi ciclotimici con ripercussioni sulla vita sociale	51-60
- sindrome depressiva endoreattiva lieve	10
- sindrome depressiva endoreattiva media	25
- sindrome depressiva endoreattiva grave	31-40
- nevrosi ansiosa	15

Nel volume *Il danno psichico* di W. Brondolo e A. Marigliano si propone una scala di valutazione che si riporta:

- a) intensificazione e permanenza a distanza di almeno uno-due anni di sintomi nell'ambito delle funzioni cognitive e della vita affettiva: appiattimento della affettività, difficoltà espressive, occasionali attacchi di panico, abbandono delle amicizie, alterazione

dei rapporti interpersonali, con possibilità di interruzione di relazioni affettive stabili e peggioramento globale del modo di essere 10-15%;

- b) presenza di sintomi psicopatologici più gravi: idee di suicidio, frequenti attacchi di panico, tendenza cleptomane ed altre anomalie della condotta (potus, assunzione incongrua ed arbitraria di psicofarmaci, trascorrere spesso la notte fuori casa), alterazioni significative del tono dell'umore, prendere decisioni avventate che coinvolgono altri componenti della famiglia, ripetute assenze non giustificate dal lavoro ecc. 20-30%;
- c) presenza di più gravi sintomi psicopatologici: diminuzione delle capacità critiche nell'esame di realtà, episodiche alterazioni dell'orientamento temporo-spaziale ed affettivo, diminuzione delle funzioni cognitive con significativo deficit delle prestazioni abituali sia nella vita di relazione che sul lavoro, significativa alterazione della capacità di entrare in rapporto con gli altri per la difficoltà di comunicazione, alterazioni anche gravi del comportamento (episodi di violenza, tendenze tossicofile, disordini affettivi e sessuali anche nell'ambito familiare), subentranti episodi depressivi ecc. 30-40%;
- d) significativa ma episodica alterazione della capacità di comunicare, di entrare e di essere in relazione con gli altri, diminuzione delle capacità critiche e di giudizio e saltuari deliri con deficit del funzionamento sociale ed occupazionale 40-50%;
- e) presenza di deliri e di allucinazioni che compromettono gravemente la vita quotidiana del soggetto 55-65%;
- f) diminuzione della capacità di avere cura della propria persona, rischi di atti violenti contro se stessi e contro gli altri, frequenti stati di eccitamento psicomotorio, perdita delle relazioni sociali ed affettive 65-75%;
- g) incapacità quasi completa di badare a se stessi ed inemendabile sintomatologia aggressiva con alto rischio suicidiario e di violenze eterodirette 75-90%.

Infine nella *Guida alla valutazione medico-legale* di Luvoni-Mangili-Bernardi non si danno indicazioni in merito all'invalidità permanente per le forme psichiche, pur se la più recente edizione (Giuffrè editore, 2002) prevede un capitolo dedicato a tale forma di danno. Unico riferimento riguarda la sindrome soggettiva generale da trauma cranico (che può consistere in cefalea, irritabilità, sensazioni di deficit della memoria e dell'attenzione, disturbi del sonno, con obiettività neurologica normale), per la quale viene indicata un'incapacità lavorativa del 4-6%.

Le nuove tabelle valutative delle menomazioni di cui all'art. 13 del d.lgs. 38/2000, elaborate dall'Inail, si soffermano maggiormente, anche se non in maniera esauriente, riportando:

- 179 Epilessia con grave compromissione psico-fisica (scadimento sino alla perdita dell'autonomia personale) a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate):
> 60
- 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
- 182 Sindrome soggettiva del traumatizzato cranico: fino a 4
- 183 Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di lieve entità: 10-20
- 184 Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di media entità: 21-50
- 185 Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di grave entità: > 50
- 188 Deterioramento mentale, sostanzialmente comparabile a stato deficitario semplice: fino a 50
- 189 Deterioramento mentale generale: > 50
- 190 Demenza vera: > 90

Ricordiamo però che tali valutazioni fanno riferimento a quanto previsto dall'articolo 13, e cioè all'indennizzo del danno biologico a cui si deve, per i danni superiori al 15%, aggiungere un fattore correttivo (coefficiente) che assume a riferimento l'incidenza della menomazione sulla capacità del lavoratore infortunato o tecnopatico di produrre reddito da lavoro e tiene conto della categoria di attività di appartenenza dell'assicurato e della sua ricollocabilità. Si fa riferimento, cioè, al complesso costituito dall'attività che il soggetto svolge in concreto e a quelle che potrebbe svolgere in ragione del suo patrimonio attitudinale-professionale, tenuto conto delle opportunità di reinserimento lavorativo offerte attraverso i servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Carnevale e Colagreco (*Il danno indennizzabile nelle assicurazioni private infortunio - malattia*, Cedam, 2001) elaborano, a partire dalla classificazione dell'Ama, una valutazione orientativa dei disturbi psichiatrici che prevede:

- | | |
|------------|--|
| Classe I | Nessun pregiudizio per le attività quotidiane, comportamento sociale adeguato, capacità di concentrazione normale, adattamento normale.
Tale condizione non comporta danno alla persona |
| Classe II | Lieve pregiudizio, compatibile comunque con l'esecuzione della maggior parte delle attività precedenti.
La valutazione potrebbe giungere sino al 15% |
| Classe III | Moderato pregiudizio, compatibile solo con l'esecuzione di alcune delle attività precedenti.
La valutazione potrebbe essere compresa tra il 16% ed il 40% |
| Classe IV | Grave pregiudizio, con limitazione significativa dell'esecuzione delle attività precedenti.
La valutazione potrebbe essere compresa tra il 41% e l'80% |
| Classe V | Gravissimo pregiudizio, con impossibilità per l'esecuzione delle attività precedenti.
La valutazione dovrebbe essere equivalente ad un danno totale, quindi pari al 100% |

Bargagna e coll. nell'ultima stesura della *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico* prevedono:

- a) disturbo post-traumatico da stress: nelle forme lievi 5-10%, nelle forme gravi fino al 30%;
- b) disturbi psicotici post-traumatici:
 - sindromi dissociative modeste: 15-30%
 - sindromi dissociative medie: 30-60%
 - sindromi dissociative gravi: >60%.

Infine, nel suo recente testo il Buzzi ricorda che: «il Disturbo post-traumatico da stress (Dpts) è l'unico disturbo per la diagnosi del quale il Dsm richiede una particolare intensità dell'evento psico-traumatico, mentre, per l'affine condizione del Disturbo dell'adattamento, anch'esso di tipica derivazione da eventi psico-traumatici, non richiede alcuna connotazione peculiare dell'evento».

Il Dsm prevede che, ove il livello dei sintomi ansiosi non soddisfi i criteri diagnostici per altro disturbo identificato nel manuale, la condizione psico-patologica può essere classificata come Disturbo dell'adattamento, che può presentarsi clinicamente con prevalenza di sintomi ansiosi.

Sempre secondo il Dsm i sintomi del Disturbo dell'adattamento hanno le seguenti caratteristiche:

- si manifestano entro tre mesi dall'insorgenza dell'evento stressogeno;
 - si esauriscono entro sei mesi dalla cessazione dell'evento stressogeno e sue conseguenze.
- Nonostante l'affermazione di ordine generale del predetto limite temporale, il manuale ammette la possibilità che il Disturbo dell'adattamento si cronicizzi, per cui non può rimanere estraneo alla valutazione del danno biologico nella misura in cui, come precisato dal Dsm, i sintomi persistano per un periodo prolungato – cioè più di sei mesi – se si manifestino in rapporto ad un fattore stressante cronico o ad un fattore stressante che ha conseguenze durature. In altre parole, si ammette una sorta di auto-perpetuazione dell'esperienza stressogena attraverso la sua rielaborazione psichica da parte della vittima. Il Dsm parla di difficoltà emotive che derivano dalla vedovanza ma le stesse difficoltà di adattamento possono sorgere anche in relazione a particolari condizioni di lavoro.

Il Buzzi, sulla base di tali elementi, perviene ad una valutazione percentuale del danno biologico conseguente a Disturbo dell'adattamento che riportiamo integralmente: «Nel trattare dei Disturbi d'ansia libera sono già state precisate le ragioni per le quali il danno biologico permanente del Disturbo dell'adattamento cronico con sintomi ansiosi (sintomi che il Dsm indica come: irritabilità, preoccupazione ed irrequietezza) è parametrabile ad un valore del danno biologico tabellare fino al 15%. Si è inoltre precisato che il motivo per cui i disturbi somatici che rientrano tipicamente nella globalità del quadro patologico possono al più elevare la valutazione verso il limite superiore della fascia (15%), mentre

quelle condizioni patologiche che risultano clinicamente più sfumate rispetto alla sindrome d'ansia libera che soddisfa il solo criterio C del Dag (presenza per la maggior parte dei giorni di almeno tre dei seguenti sintomi: irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno) sono collocabili nella fascia fino al 10%. Nel range percentuale complessivo, che va fino al 15%, non può essere peraltro ricompresa anche l'eventuale, non infrequente, compresenza di complicanze fobico-ossessive (rappresentate da: polarizzazione/intrusività ideative, reattività alla riesposizione a specifici stimoli, condotte di evitamento, distacco emozionale verso alcuni nuclei/contenuti affettivi), che vanno oltre l'ordinario profilo del Disturbo dell'adattamento con sintomi ansiosi (costituito essenzialmente da: irritabilità, preoccupazione ed irrequietezza).

La compresenza delle predette complicanze rende il quadro clinico meritevole di una stima percentuale maggiore, identificabile nella fascia tra il 15 ed il 20%.

Ancor più di quanto non accada nella valutazione medico-legale del danno da lesione organica, la valutazione del danno biologico di natura psichica richiede l'esame dell'individuo nella sua integrità, comprendendo nell'analisi clinica e strumentale del periziando le sue caratteristiche individuali pre-esistenti allo stato morboso.

Infatti, il danno biologico di natura psichica non è *tout court* una patologia psichica insorta dopo un evento potenzialmente lesivo, capace di rivestire un ruolo causale nel determinismo del quadro clinico manifesto; il danno biologico permanente di natura psichica è l'alterazione permanente dell'esperienza di sé, la distorsione ed alterazione, rispetto allo stato pre-morboso, delle modalità di interagire con gli stimoli ambientali propri di quell'individuo.

Le esperienze cognitive, familiari, culturali, ideo-affettive, socio-ambientali e relazionali costituiscono il vissuto interiore di ogni singolo essere vivente e, poiché il vissuto interiore è tipico di quel soggetto, rendono l'individuo unico ed irripetibile.

L'unicità del singolo è determinata dal vissuto interiore, che ne condiziona il comportamento inteso come la capacità di interagire con il mondo-ambiente e di rispondere agli stimoli esterni.

Ogni individuo «in equilibrio» con se stesso risponde agli stimoli esterni attingendo dal vissuto soggettivo, senza alterare il proprio patrimonio interiore, utilizzando i percorsi psico-dinamici che caratterizzano la sua modalità di risposta, arricchendoli in ogni nuova esperienza.

In alcune condizioni, gli stimoli esterni (sociali, relazionali, interpersonali) cui l'individuo deve far fronte non hanno caratteristiche ordinarie abituali, ma assumono agli occhi del soggetto intensità e complessità tali da comportare modifiche e adattamenti delle modalità di risposta.

In altre parole, di fronte a stimoli insoliti o abnormi (vissuti dal soggetto come «stressan-

ti») l'individuo deve rielaborare percorsi interiori, capaci di riportarlo in equilibrio intorno ad un nuovo baricentro.

Questo meccanismo, che si è qui riassunto nel modo più semplice e schematico, è alla base della reazione di adattamento: quando le condizioni esterne cambiano l'individuo deve modificare il proprio assetto interiore per ritrovare l'equilibrio psichico.

Poiché basato sul vissuto interiore e sulla capacità di trarre energia psichica, il processo d'adattamento si verifica con modalità e tempi strettamente individuali; quanto più ricco è il vissuto interiore e quanto maggiori le capacità del singolo individuo di attingervi, rielaborandolo in parte, tanto più soddisfacente, rapido e favorevole sarà il processo d'adattamento.

E, ancora, quanto maggiore è la capacità di elaborazione dei percorsi psico-dinamici di risposta allo stimolo tanto più fruttuosa sarà la capacità di adattamento, espressione di una vera e propria elasticità di adeguamento alle nuove condizioni ambientali.

Appare chiaro che ogni individuo risponde ad un evento stressante in base alle proprie capacità e caratteristiche psico-dinamiche, vale a dire in base alla sua personalità, intesa nel senso psicologico del termine come il frutto delle esperienze individuali e del vissuto interiore, che condizionano il comportamento del soggetto.

Affrontare il difficile tema del riconoscimento professionale di una patologia, ed in particolare delle patologie multifattoriali (quali sono quelle conseguenti ad una situazione di stress lavorativo), comporta – si diceva – la dimostrazione della sussistenza del rischio.

La dimostrazione di questa sussistenza porta a confrontarsi costantemente con il tema dell'utilizzo a tale fine del documento di valutazione dei rischi e fa emergere quanto il suo utilizzo per la caratterizzazione dell'esposizione professionale nella valutazione del nesso di causa appaia improprio e limitativo sotto i diversi profili giuridico, tecnico e medico-legale.

Tema prioritario è certamente rappresentato dalla qualità delle stime, che vanno realizzate applicando quanto puntualmente indicato nelle altre parti del manuale.

Ma occorre poi ricordare come, nella ricostruzione dell'esposizione professionale, le stime del rischio contenute nel Dvr vadano assunte con cautela, affiancandole a quegli elementi che si sono prima ricordati.

Solo se perverremo ad attuare tale corretta concatenazione di elementi saremo anche in grado di far emergere il problema, nella sua reale dimensione e gravità, sia per il singolo che per l'azienda, e di definire adeguate politiche di prevenzione e sicurezza.