

"Crisi d'ansia reattiva": un caso particolare di infortunio sul lavoro

Ennio Pucci ¹, Giuseppe Taino ², Tiziana Gazzoldi ², Francesca Fabris ², Paola Marandola ², Paola Imbriani ¹, Roberto De Icco ¹, Giorgio Sandrini ¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Neuroscienze, Università degli Studi di Pavia – University consortium for the study of adaptive disorder and headache (UCADH), IRCCS Fondazione "C. Mondino", Pavia

² Dipartimento di Sanità Pubblica e Neuroscienze, Università degli Studi di Pavia – U.O. Medicina Ambientale e Medicina Occupazionale, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia

ABSTRACT

To date, only a few case reports have been published on psychiatric disease due to an accident at work. In this article we describe a case of an employee who entered the emergency room after a verbal altercation with superiors and colleagues, complaining about turmoil. The diagnosis of "anxiety crisis" due to accident at work was made ("bullying"), and therefore the insurer (INAIL) justified the 105-day absence which followed this episode. The case was then submitted to a re-evaluation by INAIL itself, that this time judged only the 30 days following the altercation to be related to the accident at work, considering the remaining days to be due to a common disease, not attributable to the traumatic event.

Here we discuss the peculiar features of this case: the nature of the illness diagnosed, the kind of onset, and the management of the injury by the health care authority (INAIL).

Keywords: Anxiety crisis; Accident at work; Bullying

"Anxiety-crisis": a special case of an accident at work

Pratica Medica & Aspetti Legali 2011; 5(4): 119-121

■ INTRODUZIONE

In letteratura sono descritti esempi di eventi traumatici che si sono verificati durante l'attività lavorativa e che sono risultati in grado di determinare un danno alla salute psichica delle vittime. Tali eventi comprendono disastri industriali, esplosioni, incidenti coinvolgenti mezzi di trasporto, incidenti in miniera, incidenti nei reparti psichiatrici ad alto rischio di aggressione fisica, conflitti a fuoco, eventi bellici, aggressioni in particolare di natura sessuale, disastri naturali, ecc. Dopo eventi traumatici di tale entità possono insorgere e persistere condizioni di alterazioni dell'equilibrio psichico e possono manifestarsi quadri clinici classificati come disordine stressogeno acuto (*Acute Stress Disorder*, ASD) e sindrome

da stress post-traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD).

Un quadro sintomatologico conseguente all'evento traumatico, che insorge e persiste per un periodo inferiore alle quattro settimane, viene inquadrato come ASD. Secondo i criteri stabiliti dal DSM IV [1], per porre diagnosi di ASD il paziente deve presentare almeno tre sintomi dissociativi (ad esempio depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia dissociativa) e la triade sintomatologica:

- intrusioni: episodi di flashback, ossia continuo ricordo dell'esperienza;
- stato di ipereccitabilità (*hyperarousal*): insonnia, aggressività, ansia, ecc.;
- evitamento: tendenza a evitare tutto ciò che sia riconducibile all'evento traumatico.

Questi sintomi devono condizionare una significativa disfunzione clinica e persistere per un periodo variabile tra 2 e 30 giorni. Quando la risposta patologica al trauma persiste per più di 30 giorni si parla di PTSD, caratterizzato dalla stessa triade sintomatologica [2-5].

In Italia l'origine professionale di un disturbo della sfera psichica è disciplinata dal D. Lgs. 38/2000 [6]. In particolare l'articolo 10 stabilisce che le patologie psichiche e psicosomatiche riconducibili al lavoro possono essere considerate di origine professionale solo se causate, o concausate in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni relative all'attività lavorativa e all'organizzazione del lavoro. Possiamo quindi trovarci in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo inquadrabili come costrittività organizzativa, elencate in Tabella I, mentre in Tabella II è evidenziato l'iter clinico-diagnostico da effettuare.

All'interno di quest'ultima categoria di costrittività organizzativa si colloca anche il *mobbing* strategico ossia quell'azione, specificamente ricollegabile a finalità lavorative, esercitata sia da superiori che da colleghi di pari grado al fine di ottenere l'allontanamento o l'emarginazione del lavoratore dall'ambiente di lavoro in cui opera.

- 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 a eventuali condizioni di handicap psicofisici
- 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

Tabella I. Elenco delle "costrittività organizzative"

- Anamnesi lavorativa pregressa e attuale
- Anamnesi fisiologica
- Anamnesi patologica remota
- Anamnesi patologica prossima
- Esame obiettivo completo
- Indagini neuropsichiatriche
- Test psicodiagnostici
- Diagnosi medico-legale
- Valutazione del danno biologico permanente

Tabella II. Iter clinico-diagnostico

In base alla delibera INAIL n. 473 del 26 luglio 2001 la costrittività organizzativa è indennizzabile qualora esiti in PTSD o sindrome da disadattamento cronico [7]. Normalmente, però, i fattori di rischio organizzativo-ambientale agiscono nel tempo per accumulo e rendono quindi ragione di manifestazioni patologiche inquadrabili come "malattia professionale". Possono tuttavia verificarsi situazioni concentrate nel tempo di efficienza causale tale da determinare la rottura improvvisa dell'equilibrio psicofisico di un soggetto, già precario per la presenza di una patologia di base relativa della sfera psichica; in questo caso la manifestazione patologica è inquadrabile come infortunio.

La particolarità del caso in esame è rappresentata sia dalla natura dell'infermità diagnosticata e dalle modalità d'insorgenza, sia dalla gestione dell'evento infortunistico da parte dell'Ente assicurativo (INAIL).

■ DESCRIZIONE DEL CASO

Un lavoratore di 42 anni, addetto da 12 anni al cablaggio cavi presso un'industria metalmeccanica, a seguito di animato diverbio e contrasto esclusivamente verbale con superiori e colleghi di lavoro, ha lamentato un episodio di agitazione psichica e si è rivolto al Pronto Soccorso di riferimento. Gli approfondimenti clinici del caso non hanno evidenziato alterazioni neuropsichiche di rilievo, ma hanno consentito di porre diagnosi di "crisi d'ansia" giudicata dai medici che l'hanno esaminato, sulla base dei dati anamnestici, reattiva all'ambiente di lavoro. È stata pertanto redatta la specifica certificazione medica per la segnalazione d'infortunio sul lavoro che è stata inoltrata all'INAIL.

Il lavoratore è rimasto assente dal lavoro per 105 giorni a causa del persistere di un quadro di sindrome ansioso-depressiva successiva all'evento traumatico; per tutto questo tempo la certificazione medica che giustificava l'assenza attribuiva all'evento traumatico lavorativo il quadro clinico responsabile dell'assenza dal lavoro. A seguito di rivalutazione, l'INAIL ha riconosciuto come conseguente a infortunio sul lavoro i primi 30 giorni di assenza, mentre ha giudicato dovuto a patologia comune non attribuibile all'ambiente di lavoro il successivo periodo di assenza.

Dopo alcuni mesi il lavoratore ha manifestato un secondo episodio di agitazione psicomotoria durante l'orario di lavoro, con conseguente nuovo accesso al presidio di Pronto Soccorso di riferimento. Il quadro clinico è stato nuovamente segnalato come infortunio lavorativo, ma la richie-

sta è stata respinta dall'INAIL, che ha giudicato il quadro dovuto a patologia comune non correlabile all'ambiente di lavoro.

■ DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In letteratura sono descritte numerose manifestazioni acute e croniche a carico della sfera psichica, riconducibili ad ASD o a PTSD, in lavoratori che siano stati vittime di gravi eventi traumatici con minaccia di danno grave o di morte per sé o per altri [3,4]. Nel caso trattato, tuttavia, l'evento acuto non è rappresentato da una concreta minaccia di morte o di gravi lesioni personali, bensì da una discussione esclusivamente verbale; si tratta cioè di un evento conflittuale nell'ambito del lavoro svolto e relativo alla complessa sfera delle relazioni interpersonali.

Non risultano riportate in letteratura situazioni analoghe a seguito delle quali un disturbo acuto della salute psichica sia stato riconosciuto come infortunio sul lavoro. Le alterazioni della salute psichica conseguenti a situazioni di costrittività organizzativa sono indennizzabili come malattie

professionali quando esitino in una PTSD o in una "sindrome da disadattamento cronico" [7]. Diversamente, nel caso in esame, è stata indennizzata come infortunio lavorativo la "crisi d'ansia reattiva" limitatamente alla sua fase acuta, mentre la patologia di base successivamente riscontrata (sindrome ansioso-depressiva) è stata giudicata come patologia comune non riconducibile a fattori occupazionali. Si ricorda che le situazioni di semplice conflitto relazionale in ambito lavorativo non rientrano tra le cause che, alla luce del D. Lgs. 38/2000, possono determinare un danno alla salute psichica di origine occupazionale.

La particolarità del caso in esame pone comunque in evidenza la necessità, oggi peraltro sempre più sentita, di un'attenzione specifica alla salute psichica del lavoratore spesso interessata da insulti correlati all'ambiente di lavoro.

■ DISCLOSURE

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

■ BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: Am. Psych. Press, 2000; pp. 463-8
2. Decreto Legislativo 38/2000 *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 2 marzo 2001
3. Delibera INAIL n. 473 del 26 luglio 2001
4. Reeves R. Diagnosis and management of posttraumatic stress disorder in returning veterans. *J Am Osteopath Assoc* 2007; 107: 181-9
5. Kühn M, Ehlert U, Rumpf HJ, Backhaus J, Hohagen F, Brooks A. Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 497-503
6. Weiss KJ, Farrell JM. PTSD in railroad drivers under the Federal employers' liability act. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34: 191-9
7. Hou C, Liu J, Wang K, Li L, Liang M, He Z, et al. Brain responses to symptom provocation and trauma related short term memory recall in coal mining accident survivors with acute severe PTSD. *Brain Res* 2007; 1144: 165-74

CORRESPONDING AUTHOR

Prof. Ennio Pucci

Dipartimento di Sanità Pubblica e Neuroscienze, Università degli Studi di Pavia, IRCCS "Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino", Via Mondino 2, 27100 Pavia
ennio.pucci@mondino.it