

Prof. Dott. Antonino Petralia

Medico-Chirurgo

Specialista in psichiatria

Dottore di ricerca in psicobiologia delle turbe mentali

Psicoterapeuta

Docente di Psichiatria ed Igiene Mentale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania

Docente di Psicopatologia nel Corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale della Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Catania

Tel.-fax 095/3782794, Cell. 347 7814001, E-mail: petralia@unict.it

PARERE PRO-VERITATE

**SULLE CONDIZIONI PSICHICHE DEL SIGNOR GANCI GIUSEPPE nato a
Florida il 29.06.46**

In data 11.09.08, ho sottoposto, su richiesta dello stesso, a valutazione clinica il Signor Ganci Giuseppe nato a Floridia il 29.06.1946, al fine di precisare i confini psicopatologici dei suoi disturbi nonché le implicazioni psichiatrico-forensi che essi possano avere.

Il signor Ganci riferisce di avere avuto uno sviluppo psicofisico assolutamente normale acquisendo tutte le abilità proprie e fondamentali dello sviluppo affettivo, cognitivo, morale, sociale e psicomotorio. Secondogenito di 4 figli, ricorda la propria infanzia, fanciullezza e adolescenza in termini positivi e caratterizzati da una buona integrazione familiare e sociale. Acquisito il Diploma di Geometra ha effettuato regolarmente il servizio militare nell'Aeronautica. Nel 1978 si è sposato con una donna non consanguinea e dalla loro unione sono nati due figli, attualmente, di 27 anni (maschio) e di 24 anni (femmina) in a.b.s. Malgrado in qualità di figlio maggiore poteva subentrare al padre nel lavoro in banca, il signor Ganci preferì seguire un percorso lavorativo autonomo che lo ha visto soggiornare spesso e per lunghi periodi all'estero (Francia, Algeria, Grecia, Congo, Arabia Saudita, Giordania). Stancatosi di questo "*peregrinare*", nel 1998 decise di fermarsi a Siracusa e dopo un periodo in cui si occupò, in qualità di Presidente, dell'Associazione consumatori e commercianti con applicazione del sistema multilevel, nel gennaio del 2001 ha iniziato a lavorare come operaio e con contratti stagionali presso una Azienda Agricola di Siracusa.

Il signor Ganci riferisce che ben presto constatò la sussistenza di marcate discrepanze tra le ore pagate in busta paga e quelle effettivamente svolte nonché condizioni di lavoro marcatamente carenti in termini di rispetto dei diritti dei lavoratori. La richiesta di chiarimenti e di una condizione di lavoro più "umana" costituì e fu vissuta dal "padrone" dell'Azienda come una sorta di atto provocatorio e di lesa maestà che diede il via a tutta una serie di atti vessatori. Il signor Ganci descrive in modo estremamente incisivo tale situazione nelle lettera inviata al suo datore di lavoro il 27.03.2006 a seguito dell'ennesimo ed ingiustificato richiamo.



Egli scrive “... Ormai sono cinque anni che lavoro presso la sua Azienda ed è come essere sempre sotto esame, esami che non riuscirò mai a superare. Non voglio altresì dilungarmi, voglio solamente farle presente che ciò che mi dà forza nell'affrontare ritmi ed orari simili, pur non essendone abituato è la stima che ho verso di me e che da tutte le difficoltà che ho avuto ed errori che ho fatto nella mia vita ne sono uscito sempre con una testa più forte e con la consapevolezza di ciò che è veramente importante nella vita stessa. Le ricordo inoltre che la sola cosa da me pretesa è che non mi venga a mancare il rispetto e che se delle volte il mio comportamento è ritenuto eccessivo è dovuto al fatto che si è venuti meno al rispetto, soprattutto se noto che ciò è mirato o ad intimidazioni o a mettermi in cattiva luce verso i compagni di lavoro....”

Le successive richieste di costituire una rappresentanza sindacale effettuata, prima, ai referenti provinciali delle organizzazioni sindacali e poi, in assenza di risposta, alle segreterie nazionali anche questa rimasta assolutamente silente, ha determinato una ulteriore progressione nelle condotte ostili agite verso di Lui.

Il signor Ganci ricorda con particolare partecipazione emotiva il clima subdolo di violenza morale e di persecuzione che si venne a costituire nei suoi confronti per cui la banale e motivata richiesta (9.05.07) di essere esonerato dall' "obbligo di indossare il cappello...." poiché gli "...provoca un aumento della sudorazione sia nel capo che nel corpo con la conseguenza di mantenere indossati degli indumenti bagnati...che provocano problemi di salute" divenne oggetto di formale contestazione con diffida "... dal perseverare in tale Suo ingiustificato ed arrogante comportamento....”

La liquefazione progressiva dei propri meccanismi psichici difensivi ha determinato una sofferenza psichica progressiva per cui dovette ricorrere a cure specialistiche con ansiolitici ed antidepressivi.

Il signor Ganci con amarezza afferma: “le mie richieste erano finalizzate solo ed esclusivamente ad un miglioramento delle condizioni di lavoro di tutti e trascendevano, pertanto, da frasi offensive di cui sono stato oggetto come <<il tuo

l'ubel

lavoro lo potrebbe fare un mezzo uomo; questo è il nostro lavoro se non accetti il prossimo anno vedremo; se non fosse stato per l'azienda saresti rimasto un fallito ed un morto di fame>>. L'assenza di delegati sindacali aziendali ha fatto sì che alla fine sono rimasto solo anche perché tutte le denuncie che ho effettuato anche all'Autorità Giudiziaria sono rimaste assolutamente inascoltate".

Durante il colloquio il signor Ganci sottolinea lungamente queste problematiche e come la sua maturazione professionale abbia determinato in lui una idea dell'organizzazione del lavoro e del suo ruolo che si discostavano decisamente da quelli che il "role set" dell'Azienda gli aveva più o meno esplicitamente assegnato.

Tale orientamento è ben esemplificato nella teoria dell'equità di Adams che in breve riassumo.

La teoria postula che, nei contesti organizzativi, chi lavora preferisce una condizione di equità negli scambi relazionali con l'ambiente; che l'ingiustizia genera tensione e che gli individui che sperimentano situazioni di non equità sia favorevoli che sfavorevoli a se stessi siano motivati a ridurre la tensione attraverso una ristrutturazione cognitiva o una specifica strategia comportamentale.

Uno stato di equità si determinerebbe, in un individuo, quando la sua percezione del rapporto tra ciò che egli porta nello scambio (cultura e formazione professionale, abilità e capacità, livello di prestazione ecc.) e ciò che egli riceve dallo scambio (denaro, riconoscimento ecc.) coincide con la percezione dell'analogo rapporto in un'altra persona assunta come oggetto di confronto. Il rapporto tra risultati conseguiti (outcome) e apporti individuali (input) del soggetto A coincide, cioè, con lo stesso rapporto del soggetto B.

Quando, invece, tale rapporto non viene percepito in equilibrio, si avrebbe uno stato di non equità che, come si è detto, determinerebbe tensione motivando l'individuo a ridurre la dissonanza.

Le reazioni individuali allo stato di non equità sono molteplici e così riassumibili:

a) adeguarsi conformisticamente perchè temono il potere di ricompensa o di punizione del mittente del messaggio.

b) Identificarsi con il mittente del messaggio per motivi di attrazione nei suoi confronti, per il desiderio di ricevere la sua approvazione, per averlo assunto come modello.

c) Non interiorizzare il messaggio del mittente perchè non lo si condivide ritenendolo incongruo con il proprio sistema di credenze e di valori.

La colpa del sign. Ganci è stata quella di scegliere di percorrere questa ultima modalità di reazione non tanto per affermare interessi personali quanto per ribadire la ricerca di vivere il proprio lavoro in conformità con quelli che sono i propri valori, le proprie istanze soggettive e, soprattutto, gli interessi prioritari della collettività lavorativa a cui apparteneva.

La conclusione quasi obbligata di tutto ciò è stata la mancata riassunzione per la stagione 2007-2008.

Il paziente, ricostruendo tali vicende, mostra di non essere riuscito ancora ad elaborare il "lutto" secondario alle "ingiustizie" subite. In questo senso hanno giocato un ruolo importante l'elevato valore soggettivo (simbolico) dell'evento, le ridotte capacità di gestione (coping skills), la personalità del soggetto, l'insieme di convinzioni su di sé e sulla propria situazione, le aspettative e i progetti personali, il senso di identità e di controllo, il livello di supporto sociale assolutamente assente anche da parte di Enti (Sindacati, Autorità giudiziaria ecc.) super partes e garanti dei diritti dei lavoratori.

Il signor Ganci, più volte, durante il colloquio, afferma: *"mi trovo in un tunnel, in un corridoio di cui non vedo la fine"* *"mi sento impotente"*, *"ho vergogna per quello che può pensare chi mi conosce e mi stima"*.

Tali vissuti determinano, tuttora, una deflessione del tono dell'umore ed un marcato stato d'ansia che si ripercuotono negativamente anche sulla qualità di vita e soprattutto sulle sue capacità organizzative e decisionali (Vedi la HDRS).

Il quadro psicomotorio è chiaramente rallentato. La espressività verbale è ridotta. Vi è moderata difficoltà di concentrazione, di iniziativa e decisione. Manifesta un chiaro stato d'ansia, insicurezza, preoccupazione e tensione.

E' scoraggiato con grave insonnia centrale e terminale. Presenta stanchezza muscolare e dolori diffusi. Partecipa poco e sporadicamente ad attività sociali perché si sente incapace ed inadeguato. Trascorre le sue giornate in modo inattivo e passivo senza provare alcun piacere nelle abituali attività quotidiane e con un senso di svuotamento che ha interessato ormai la sfera vitale.

E' assolutamente evidente, inoltre, come questo disturbo psichico costituisca una condizione specifica ed unica nel senso che il signor Ganci ha sempre dimostrato eccezionali capacità di adattamento a svariate e diverse condizioni ambientali (Francia, Algeria, Grecia, Congo, Arabia Saudita, Giordania) ed a collaborare operativamente con variegata tipologie di personalità.

L'unica, ma sostanziale, differenza sta nel Datore di lavoro e nelle sue specifiche modalità di rapportarsi con i dipendenti che magari si "permettono" di chiedere dei chiarimenti, non su qualcosa che riguarda la propria condizione, ma anche e soprattutto le condizioni di tutti i dipendenti.

In definitiva, si è instaurato un quadro clinico di **DEPRESSIONE MAGGIORE CON MANIFESTAZIONI MELANCOLICHE** che oltrepassa ampiamente la situazione riscontrabile nelle forme reattive per la sua profondità, per la sua immodificabilità da influssi situativi, per il suo distaccarsi dai momenti iniziali.

Tale quadro di patologia psichica configura un vero e proprio "**danno biologico**".

Si è venuto ad acclarare, infatti, un danno al diritto alla salute costituzionalmente sancito dall'art. 32, per "*una menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine*

a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica, ed aventi rilevanza non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica" (Cass. 90/7101; Cass. Sez. Lav. 88/5033);

Un danno al *"diritto inviolabile dell'uomo alla pienezza della vita ed all'esplicazione della propria personalità, morale, intellettuale, culturale...."* (Cass. Sez. Civ. 85/1130).

La quantificazione di un danno psichico è un compito estremamente complesso e a volte nebuloso. Per tale motivo mi sembra particolarmente utile il tentativo effettuato da Brondolo e Marigliano (Walter Brontolo, Antonio Merigliano: "Il danno Psicico", Giuffrè Ed., 1996 Milano, pag. 232-234) di porre un minimo di concretezza e di obiettività a tale materia.

Questi Autori propongono la seguente scala di valutazioni di danno da menomazione psichica con riferimento al DSM IV.

- 1) I sintomi psicopatologici rappresentano reazioni transitorie ad eventi lesivi costituenti uno stimolo psico-sociale stressante, qualche deficit dell'attenzione, una riduzione della capacità di concentrarsi a lungo in un compito, una lieve labilità emotiva, modeste alterazioni del ritmo del sonno anche episodiche, transitori stati depressivi, abbassamento delle prestazioni scolastiche e/o lavorative, sintomi tutti che possono configurare un danno biologico temporaneo di natura psichica.
 - 2) Intensificazione e permanenza, a distanza di almeno uno-due anni, di sintomi nell'ambito delle funzioni cognitive e della sua vita affettiva, 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.
- Indicazioni valutativa proposta 10-15%.**

- 3) Presenza di sintomi psicopatologici più gravi quali: idee di suicidio, frequenti attacchi di panico, tendenze cleptomaniche ed altre anomalie della

Meli

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 la famiglia, ripetute assenze non giustificate dal lavoro ecc **Indicazione valutativa proposta 20-30%.**

- 4) **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 tossicofiliche, disordini affettivi e sessuali anche nell'ambito familiare), **subentranti episodi depressivi,** ecc. **Indicazione valutativa proposto 30-40%.**
- 5) 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 di funzionamento sociale e occupazionale. **Indicazione valutativa proposta 40-50%.**
- 6) Presenza di deliri e di allucinazioni che compromettono gravemente la vita quotidiana del soggetto. **Indicazione valutativa proposta 55-65%.**
- 7) Diminuzione della capacità di avere cura della propria persona, rischi o di atti violenti contro se stessi e contro gli altri, frequenti stati di eccitamento psicomotorio, perdita delle relazioni sociali ed affettive. **Indicazione valutativa proposta 65-75%.**
- 8) Incapacità quasi completa di badare a sé stessi ed inemendabile sintomatologia aggressiva con alto rischio suicidiario e di violenze eterodirette. **Indicazione valutativa proposta 75-90%.**

Il danno psichico attribuibile al Signor Ganci, a mio avviso, è inseribile nell'ambito del quarto gruppo (30-40%) per la chiara e persistente presenza

liber

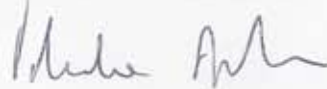
di sintomi psicopatologici consistenti in subentranti episodi depressivi che hanno determinato una diminuzione delle funzioni cognitive con significativo deficit delle prestazioni abituali, sia nella vita di relazione che sul lavoro.

Le ricadute sulla qualità della Sua vita e sul suo funzionamento globale sono state devastanti inducendo nel Signor Ganci a “*sentire quel che prima non sentiva (paura, senso di inutilità ecc.) o a non sentire quello che prima sentiva (gioia di vivere, voglia di stare insieme alla persona amata e di realizzarsi insieme a lei)*” e determinando, pertanto, un vero **danno esistenziale** in quanto ha “*prodotto un modo diverso e non voluto di rapportarsi alle realtà (spirituale, culturale, affettiva, sociale) in cui si è realizzata e si organizza a tutt’oggi la sua personalità*”.

Tutto ciò non può non essere adeguatamente risarcito accanto a quello che è il danno psichico e il danno morale subito.

Catania 11.09.08

Prof. Petralia Antonino



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
POLICLINICO DI CATANIA
U.O. PSICHIATRIA
Prof. PETRALIA ANTONINO
Cod. ENPAM: 300098205F
Cod.: 85003327

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION - HAM-DPaz. Signor **GANCI GIUSEPPE****1- UMORE DEPRESSO***(Sentimento di tristezza, mancanza di speranza, sentimento di incapacità e di inutilità)*

0 = Assente

1 = Manifesta questi sentimenti solo se interrogato

2 = Esprime spontaneamente questi sentimenti

3 = Comunica questi sentimenti con messaggi non verbali, cioè attraverso l'espressione del volto, la posizione del corpo, la voce e la tendenza al pianto

4 = Il paziente manifesta **quasi esclusivamente** questi sentimenti mediante messaggi sia verbali che non verbali**2 - SENTIMENTI DI COLPA**

0 = Assenti

1 = Autoaccusa, pensa di aver deluso la gente

● = Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o su azioni peccaminose

3 = L'attuale malattia è una punizione. Deliri di colpa

4 = Ode voci di accusa o di denigrazione e/o ha esperienze allucinatorie visive a contenuto minaccioso

3 - SUICIDIO

0 = Assente

● = Pensa che la vita non valga la pena di essere vissuta

2 = Vorrebbe essere morto o pensa alla possibilità di suicidarsi

3 = Idee o gesti di suicidio

4 = Tentativi di suicidio (*ogni serio tentativo deve essere valutato '4'*)**4 - INSONNIA INIZIALE**

0 = Nessuna difficoltà ad addormentarsi

● = Lamenta di avere talvolta difficoltà ad addormentarsi (p. es., gli occorre più di mezz'ora)

2 = Ha sempre difficoltà ad addormentarsi

5 - INSONNIA CENTRALE

0 = Nessuna difficoltà

● = Lamenta di essere diventato irrequieto durante la notte

2 = Si sveglia durante la notte - segnare '2' se si alza dal letto (*a meno che non sia per urinare*)**6 - INSONNIA RITARDATA**

0 = Nessuna difficoltà

● = Si risveglia precocemente (nelle prime ore del mattino), ma si riaddormenta

2 = È incapace di addormentarsi se si alza dal letto

7 - LAVORO E INTERESSI

0 = Nessuna difficoltà

1 = Pensieri e sentimenti di incapacità, facile affaticabilità o debolezza nelle attività (lavoro o hobby)

2 = Perdita d'interesse per le attività - lavoro o hobby - sia riferite direttamente dal paziente, sia espresse mediante atteggiamenti, quali indifferenza, indecisione ed incertezza (*sente che deve sforzarsi per lavorare*)

3 = Dedicava un minor tempo alle attività o è meno efficiente

● = Ha cessato di lavorare a causa della malattia

8 - RALLENTAMENTO*(Ideazione e linguaggio rallentati; ridotta capacità a concentrarsi; diminuita attività motoria)*

0 = Pensiero e linguaggio normali

1 = Lieve rallentamento durante il colloquio.

● = Evidente rallentamento durante il colloquio

3 = Colloquio difficile

4 = Stato di arresto psicomotorio

9 - AGITAZIONE

0 = Assente

● = Irrequietezza

2 = Gioca con le mani, con i capelli, ecc.

3 = Si muove continuamente, non riesce a stare seduto

4 = Si torce le mani, si morde le unghie, si tira i capelli, si morde le labbra

10 - ANSIA PSICHICA

0 = Assente

1 = Tensione soggettiva ed irritabilità

 2 = Preoccupazioni per questioni di poco conto

3 = Atteggiamento apprensivo evidente dalla mimica e dal linguaggio

4 = Manifesta spontaneamente paure

11 - ANSIA SOMATICA*ASPETTI SOMATICI DELL'ANSIA*

Gastrointestinali: secchezza delle fauci, meteorismo, indigestione, diarrea, crampi, eruttazione

Cardiovascolari: palpitazioni, cefalea Respirazione: iperventilazione, sospiri Genito-urinari: pollachiuria

Sudorazione

0 = Assente

1 = Lieve

2 = Moderata

 3 = Notevole

4 = Invalidante

12 - SINTOMI SOMATICI GASTROINTESTINALI

0 = Assenti

 1 = Perdita dell'appetito, ma si alimenta senza essere stimolato o aiutato dal personale. Senso di peso all'addome

2 = Difficoltà ad alimentarsi senza lo stimolo o l'aiuto del personale. Richiede o ha bisogno di lassativi o di farmaci per i disturbi gastrointestinali

13 - SINTOMI SOMATICI GENERALI

0 = Assenti

 1 = Pesantezza agli arti, alla schiena o alla testa. Mal di testa, mal di schiena, dolori muscolari. Perdita di energia e facile affaticabilità

2 = Se i sintomi sono molto evidenti segnare '2'

14 - SINTOMI GENITALI*(Sintomi quali: perdita della libido, disturbi mestruali)*

0 = Assenti

1 = Lievi

2 = Gravi

15 - IPOCONDRIA

0 = Assente

 1 = Polarizzazione sul proprio corpo

2 = Preoccupazione per la propria salute

3 = Frequenti lamentele, richieste di aiuto, ecc.

4 = Deliri ipocondriaci (ferma convinzione di avere una malattia somatica, senza che ve ne siano i motivi)

16 - PERDITA DI PESO*(segnare A o B)**A - SECONDO IL PAZIENTE O I FAMILIARI*

0 = Nessuna perdita di peso

 1 = Probabile perdita di peso associata alla presente malattia

2 = Evidente perdita di peso

3 = Non valutata

*B - VALUTAZIONE OBIETTIVA ESEGUITA**PERIODICAMENTE*

0 = Meno di 500 g in una settimana

 1 = Più di 500 g in una settimana

2 = Più di 1 Kg in una settimana

3 = Non valutata

17 - INSIGHT 1 = Riconosce di essere depresso ed ammalato

1 = Riconosce di essere ammalato, ma attribuisce la responsabilità alla cattiva alimentazione, al clima, al superlavoro, a malattie infettive, al bisogno di riposo

2 = Nega decisamente di essere ammalato

liber

18 - VARIAZIONI DIURNE

A - INDICARE SE I SINTOMI SONO PIÙ GRAVI AL MATTINO O ALLA SERA

0 = Nessuna variazione

1 = Più gravi al mattino

2 = Più gravi alla sera

B - SE PRESENTI, VALUTARE L'ENTITÀ DELLE VARIAZIONI

0 = Assenti

1 = Lievi

2 = Gravi

19 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE

(Per es.: sentimenti di irrealtà, idee di negazione)

0 = Assente

1 = Lieve

2 = Moderata

3 = Notevole

4 = Invalidante

20 - SINTOMI PARANOIDEI

0 = Assenti

1 = Sospettosità

2 = Idee di riferimento

3 = Deliri di riferimento e di persecuzione

21 - SINTOMI OSSESSIVI**E COMPULSIVI**

0 = Assenti

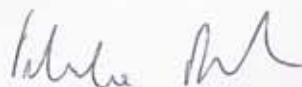
1 = Lievi

2 = Gravi

TOTALE= 31 (DEPRESSIONE GRAVE)

Catania 11.09.08

Prof. Petralia Antonino



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
POLICLINICO DI CATANIA
U.O. PSICHIATRIA
Prof. PETRALIA ANTONINO
Cod. ENPAM: 300098205F
Cod.: 85003327