

Giuseppe Briatico Vangosa - Presidente ANMA

OTTIMISMO, SEPPUR CAUTO, SEPPUR CONCRETO.

Possiamo osare di essere ottimisti o abbiamo platealmente sbagliato canale?

La mia risposta è ovviamente positiva, non solo perché consona alla mia esperienza di vita, ma perché oggettivamente la nostra storia in ANMA conduce a questa conclusione. I nostri primi 28 anni di ANMA, appena compiuti lo scorso settembre, sono densi di ottimismo ovvero di concretezza. ANMA esiste, è viva e vitale. ANMA ha acquisito nel tempo una bella visibilità. ANMA oggi si confronta con il mondo, non parla dentro sé stessa. ANMA oggi fa progetti di sviluppo e li dichiara con convinzione. ANMA crede e ha sempre creduto nelle potenzialità del ruolo del Medico Competente oltre i vincoli di legge ed in questa prospettiva ha condotto la propria semina. Non è questo concreto ottimismo? Il seminatore che non ha fiducia in sé stesso, che non crede nelle potenzialità della propria capacità ed esperienza professionale (che deve sempre aggiornare attraverso un serio percorso formativo continuo) non raccoglierà buoni frutti e andrà fatalmente fuori mercato. Ci stiamo proiettando verso il riconoscimento di un ruolo che assume una decisiva valenza di promozione della salute pubblica, pur generandosi da una esigenza normativa. E' la nostra risposta all'invito lanciato dal Ministro della Salute. Come per altri ambiti del mondo della salute, anche nel caso del Medico Competente si ricava l'impressione che gli interventi normativi a cui assistiamo siano frutto di un "processo alluvionale e stratificato" a cui sfugge una visione organica della disciplina. E' quanto traspare dalla lettura dei LEA relativi alla "Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro" che orienta l'investimento principalmente alle attività di controllo della sorveglianza sanitaria anziché finalizzarlo all'utilizzo sociale degli esiti di tale attività. Eppure noi ben sappiamo che le caratteristiche proprie delle responsabilità attribuite dalla normativa fanno del Medico competente in qualche modo una figura unica nel panorama della sanità con una capacità di penetrazione maggiore rispetto ad ogni altra figura professionale, compresi i medici di medicina generale. Questa potenzialità è attualmente poco sfruttata. Nell'accezione pubblica quindi, come testimoniato dall'articolazione dei LEA di settore, la logica prevalente è il controllo dell'attività del Medico competente e non l'attuazione di sinergie a beneficio della prevenzione. Da qui le teorie su come misurare la qualità del Medico Competente (Perché non dargli un voto? Da -3 a 3; da 0 a 10; altre proposte?) da noi criticate nel corso del nostro Congresso nazionale di quest'anno, a Riva del Garda, dove abbiamo messo il dito sulla piaga dichiarandoci fermamente contrari a questo modo di agire. Il sistema pubblico ha il dovere di controllare e sanzionare il Medico Competente inadempiente al dettato normativo. Full stop! Dobbiamo pazientare continuando a seminare con passione, pregustando il sapore dei frutti che raccoglieremo nel prossimo futuro. Pazientare sulla redazione dell'allegato 3 B, fastidioso bruscolino per il nostro occhio; pazientare sui tanti piccoli dettagli burocratici che appesantiscono il nostro operare e su cui abbiamo inviato insistenti istanze di ... semplificazione. Mai come ora dobbiamo dimostrare di esserci, di essere numerosi, coesi, determinati, professionalmente ineccepibili per dare credito al progetto da noi proposto ai tavoli istituzionali. A breve ANMA promuoverà la campagna associativa del 2016 con l'obiettivo di aggregare un gran numero di Medici Competenti, una numerosa quota dei circa 6000 Colleghi oggi presenti sul discusso e discutibile elenco del Ministero. Oggi il numero fa la differenza. Per raggiungere l'obiettivo abbiamo bisogno dell'impegno di tutti i nostri Associati, della loro opera di penetrazione nel territorio per farsi promotori del modello ANMA di Medico Competente. Il nostro prossimo 29° Congresso Nazionale sarà la sede naturale per fare il punto della situazione.

Vi attendiamo numerosi.

Buon lavoro.

MEDICO COMPETENTE JOURNAL ANNO 21 NUMERO 3/2015

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurizio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mcmlink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE: Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Pier Agostino Gioffré, Piero Patanè, Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trincanato

PRESIDENTE: Giuseppe Briatico Vangosa

VICE PRESIDENTE: Umberto Candura

SEGRETARIO: Daniele Ditaranto

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio (*Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 20012-2016*)

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania Segr. Giuseppe Iannuzzi	Marche Segr. Giuseppe Olivetti
Emilia Romagna Segr. Mauro Valsiglio	Piemonte e Val d'Aosta Segr. Valter Brossa
Lazio Segr. Paolo Sanchioli	Puglia e Lucania Segr. Antonio Lo Izzo
Liguria Segr. Carlo Valchi	Trentino Alto Adige Segr. Azelio De Santa
Lombardia Segr. Luigi Aversa	Umbria Segr. Anselmo Farabi
	Veneto Segr. Piero Patanè

REALIZZAZIONE GRAFICA: Chiara Bonaldo per CUSL Nuova Vita
Coop. Sociale, via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di € 100,00.
Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi **gratuitamente**.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

SOMMARIO



4

La settimana europea per la sicurezza e la salute nel lavoro

IN PRIMO PIANO

5

SPECIALE STRESS LAVORO CORRELATO

- Il seminario di Venezia: 'Stress lavoro-correlato: rischio inevitabile? Soluzioni possibili?'
- Il seminario di Venezia: 'Stress lavoro-correlato: un'intensa giornata di lavoro'
- Stress percepito lavoro-correlato: metodologie psicometriche di valutazione
- Valutazione di rischio stress lavoro-correlato: un buon esempio

ATTUALITÀ

28

E' successo a ... Riva del Garda (TN)

EVENTI

31

Perché il medico competente (e non solo lui) non deve sottovalutare i rischi del videoterminalista

UFFICIO E SALUTE

38

Le risposte dei nostri esperti ai quesiti di interesse generale

ANMA RISPONDE

40

Testi brevi o estratti letterari tratti da libri, discorsi e scritti

DA LEGGERE IN POLTRONA

La settimana europea per la sicurezza e la salute nel lavoro



Ogni anno la 43^a settimana del calendario è dedicata alla **Settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro**, caratterizzata da numerosi eventi, che si svolgono in tutto le nazioni d'Europa, quali conferenze, mostre, concorsi ed iniziative formative (19 – 23 ottobre 2015).

Il tema di quest'anno è incentrato sulla **sensibilizzazione alla gestione dello stress e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro**.

ANMA ha deciso di fornire il proprio piccolo contributo, accogliendo in questo numero del Journal uno 'speciale' sulla gestione dello 'stress lavoro correlato' al fine di favorire la riflessione e l'approfondimento di un rischio ancora sottostimato nel panorama produttivo nazionale e verso il quale la nostra Associazione ha sempre testimoniato un particolare interesse.

Lo speciale è caratterizzato dai contenuti del Seminario di Venezia, che ha fatto **il punto su quanto emerso negli ultimi anni soprattutto in termini di esperienze e soluzioni proposte**, ma propone anche un inquadramento delle più diffuse metodologie valutative e una esperienza condotta dal 'Gruppo Nostress', composto da psicologi e sociologo.

Il seminario di Venezia 'Stress lavoro-correlato: rischio inevitabile? Soluzioni possibili?'

Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

Le organizzazioni aziendali sono chiamate ad assolvere il difficile compito di valorizzare pienamente le risorse umane, al fine di ottimizzare i livelli di prestazione e al tempo stesso favorire e mantenere condizioni di lavoro salubri dal punto di vista sia fisico che mentale. Il raggiungimento di un simile obiettivo può rivelarsi particolarmente complesso in molte realtà lavorative, in cui possono allo stesso tempo presentarsi diversi fattori di rischio organizzativo e psicosociale: presenza di compiti ad alta complessità o al contrario eccessivamente monotoni, periodi prolungati di lavoro, lavoro a turni, notturno e nei week-end, elevato carico di lavoro e alta pressione temporale, elevate responsabilità, scarsa autonomia nella gestione dei tempi e delle procedure di lavoro, conflittualità da parte di colleghi, superiori e clienti e difficoltà a conciliare impegni lavorativi e familiari.

La domanda che un'azienda di qualsiasi dimensione dovrebbe porsi è: quali azioni e interventi concreti è possibile predisporre per mantenere sotto controllo lo stress lavorativo e i suoi effetti deleteri sulla salute individuale e organizzativa?

La ricerca delle soluzioni migliorative più valide nei casi in cui gli interventi correttivi risultino necessari, costituisce il percorso finale di un'analisi del rischio che ha essenzialmente fini pratici e di miglioramento continuo in analogia ai percorsi di qualità.

Qui di seguito sono riportati gli abstract delle comunicazioni che ben rappresentano l'importanza dei contributi portati da tutti i Relatori dal semplice lavoratore allo studioso di fama internazionale.



STRESS LAVORATIVO E MALATTIE, EVIDENZE SCIENTIFICHE E RILEVANZA PER LA PREVENZIONE

Johannes Siegrist

Significant changes in the nature of work and employment occurred during the past few decades. As a consequence, psychomental and emotional demands and threats became more prevalent, affecting the health and wellbeing of employed populations. To identify respective 'toxic' conditions, a theoretical model is needed, and its measurement needs to be implemented in prospective epidemiological investigations. In current international research, two such models are most widely used, demand-control and effort-reward imbalance. In this presentation, these models are explained, and the current scientific evidence of their contribution to the burden of work-related diseases is summarized, with special reference to cardiovascular diseases and affective disorders. In the final part, implications of this new knowledge for primary and secondary prevention is discussed, and some practical consequences for occupational health professionals are suggested. Nel corso degli ultimi decenni si sono verificati significativi cambiamenti nella natura stessa del lavoro e nella tipologia dei compiti lavorativi. Come conseguenza di questo, il carico mentale e i fattori di rischio della sfera psicomentale ed



emotiva sono diventati più frequenti e interessano ora in modo rilevante la salute ed il benessere delle persone al lavoro. Per identificare le situazioni lavorative che comportano rischi significativi per la salute è necessario disporre di un modello teorico, la cui validità deve essere confermata da studi epidemiologici di tipo prospettico. Nella ricerca internazionale attuale due sono i modelli validati più ampiamente utilizzati, il metodo Demand Control e l'ERI (Effort Reward Imbalance). In questa presentazione vengono illustrati questi modelli e sono riassunte le principali evidenze circa il loro contributo alle nostre conoscenze scientifiche sulle malattie correlate al lavoro, con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari e alle patologie della sfera psicomotiva. Nella parte conclusiva vengono discusse le implicazioni che da queste nuove conoscenze derivano, sia per la prevenzione primaria che per quella secondaria e vengono dati, sulla base di queste stesse nuove conoscenze, alcuni suggerimenti pratici per i professionisti della salute al lavoro.

VALUTAZIONE CRITICA DEI PERCORSI METODOLOGICI NELLA VALUTAZIONE STRESS LAVORO CORRELATO

Giovanni Costa

I veloci e continui cambiamenti in corso (nuove tecnologie, globalizzazione economica, nuovi processi organizzativi e gestionali) stanno sottoponendo i lavoratori a una sempre maggiore pressione per competere, adattarsi e apprendere nuove abilità e competenze utili per far fronte alle crescenti richieste del mondo del lavoro. Lo stress connesso al lavoro è una condizione ben documentata, derivante da un'interazione distorta tra le condizioni di lavoro e le risorse delle persone, connesse sia ad aspetti individuali (caratteristiche psicofisiche e comportamentali, attitudini e competenze, ecc.) che collettivi (ambiente fisico e relazionale, carico fisico e mentale, relazioni/comunicazione, supporto, ecc.). Ciò può avere un impatto negativo sulla salute e il benessere, nonché sull'efficienza delle prestazioni e la produttività: quindi alti costi per i lavoratori, le aziende e la collettività. Si tratta di un fenomeno complesso, multiforme e multidimensionale, la cui valutazione ha bisogno di un approccio sistemico, multidisciplinare e multifattoriale, che richiede un'attenta analisi sia dell'organizzazione del lavoro che delle caratteristiche dei gruppi di persone interessate. Numerose teorie e modelli interpretativi (ingegneristici,

fisiologici, psico-sociali) sono stati proposti e sviluppati negli ultimi decenni per cercare di descrivere ed interpretare le dinamiche e l'epidemiologia dello stress. Conseguentemente diversi approcci metodologici, e relativi strumenti operativi, sono stati utilizzati in questi anni, in relazione principalmente ai modelli concettuali di riferimento, alle modalità di rilevamento (epidemiologico/clinico, soggettivo/oggettivo), agli effetti indagati (sanitari, sociali, lavorativi), ai contesti socio-organizzativi (settori lavorativi, condizioni socio-economiche) e agli obiettivi da perseguire (ricerca, intervento). Se da un lato essi presentano molte similitudini, alcuni modelli soffrono o per essere troppo restrittivi negli obiettivi e carenti sul ruolo delle differenze individuali, e quindi della loro generalizzazione, o troppo generali e complessi, e quindi con scarsa validità predittiva e di indirizzo concreto sulle misure da intraprendere. La scelta del modello/metodo (e dei conseguenti strumenti operativi più appropriati) deve quindi inserirsi in un approccio sistematico, che tenga conto dei diversi fattori in gioco (di "esposizione", di "effetto" e di "mediazione/moderazione") nell'ambito dello specifico contesto socio-organizzativo e in una logica di fattibilità, priorità e verifica di efficacia. La bontà dell'analisi è la condizione essenziale per determinare il successo o meno della gestione del rischio, che deve rivolgersi in modo appropriato e giustificato sia ad interventi sull'organizzazione che ad azioni volte a sostenere l'individuo.

JOB STRAIN, RISCHIO CARDIOVASCOLARE E PRINCIPALI PATOLOGIE CORRELATE: EVIDENZE

Marco Ferrario

Lo stress da lavoro percepito rappresenta una delle variabili psicosociali maggiormente studiate in relazione alle malattie cardiovascolari. Utilizza infatti questionari auto-valutativi delle condizioni di stress, in base a ben definiti modelli interpretativi. I principali questionari sono il Jcq di Karasek-Theorell ed ERI di Siegrist. Questi strumenti di indagine, suffragati da consistenti evidenze di affidabilità, sono stati tradotti ed adattati in differenti Paesi e contesti lavorativi. La prima versione del Jcq è del 1979 e successivamente è stata estesa di sezioni aggiuntive, tra cui merita menzione il SSAW da parte di Johnson. In anni recenti un ampio gruppo di lavoro, denominato IDP Consortium, ha realizzato un ampio database di differenti studi a livello internazionale, e pubblicato i risultati principali relativamente a differenti endpoint: coronaropatie, stroke, diabete mellito, sindrome metabolica, rischio cardiovascolare. La più nota tra queste pubblicazioni, in quanto ha suscitato parecchie reazioni su differenti riviste scientifiche, ha definito un RR di 1.3 del high strain



del Jcq ed una relativa frazione attribuibile alla esposizione modesta. Molte delle critiche sono ben circostanziate, ma il dato rimane. In anni più recenti lo stesso consorzio ha iniziato a pubblicare analoghi dati utilizzando ERI. Tra le considerazioni è preminente quella relativa alla adeguatezza del Jcq a descrivere lo stress percepito, che come ben sappiamo si modifica nel tempo per alcuni costrutti, connessi alle caratteristiche lavorative, sempre meno pertinenti agli stressors indagati da Karasek negli anni 1980. Sulla base di queste considerazioni, verranno presentati alcuni dati di coorti lavorative e di popolazione italiane, seguite per parecchi anni, che mostrano interessanti risultati di associazione. Utilizzando lo stesso approccio di IPD Consortium si raggiungono gli stessi risultati, ma se si selezionano caratteristiche del Jcq che maggiormente caratterizzano stressors recenti, gli RR aumentano, soprattutto in definiti sottogruppi lavorativi.

FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALE E DISTURBI MENTALI CORRELATI AL LAVORO IN FRANCIA

Gerard Lasfargues

In France, mental disorders can be recognized as occupational diseases by decision of "regional committees of recognition of occupational diseases". Two conditions are necessary: the incapacity rate attributed to the disease must be more than 25%, and a direct and essential link between disease and occupational exposure must be proved. Few work-related mental disorders (WRMDs) are currently recognized and compensated as occupational diseases. In this context, data from monitoring and surveillance networks are of high interest, not only to insure the visibility of these occupational disorders but also to implement adequate preventive actions. The RNV3P is a national network constituted by 32 occupational disease centres in French university hospitals. Data collected from RNV3P between 2001 and 2012 concerned mental diseases (using ICD 10), exposures (specific thesaurus adapted for



psychosocial risk factors), occupations (ISCO-88, edited by ILO) and occupational sectors (NAF93 edited by INSEE). The disorders most frequently diagnosed were anxiety (35.8%), depression (30.6%), adjustment disorders and post-traumatic stress disorders (23.6%). Most frequently risk factors were factors related to management and work organization (31.7%), experienced bullying (22.6%), psychological violence, verbal or physical assault (19.9%), poor quality of work relations (11.2%), and low decisional latitude (3.6%). Significant over-notifications of WRMDs are noted in sectors of Information and technology, financial and insurance, post and telecommunication services, and human health and social work. Three industrial sectors showed a significant increase in WRMDs notifications compared to other sectors. These were agriculture (14% annual increase compared to the other sectors (95%CI: 5%-20%), post and telecommunication services (8%, 95%CI: 3%-12%) and the human and social work sector (3%, 95%CI: 1%-4%). Data from the RNV3P are consistent with data from other sources. Trends give us indications to prioritize medical surveillance and preventive actions in the concerned sectors. More generally, the usefulness of the RNV3P as a tool for monitoring trends and giving alert is well illustrated by its capacity to show over-occurrences of WRMDs within specific subset of workers and to describe main psychosocial risk factors in the most concerned sectors.

In Francia i casi di disturbi mentali possono essere riconosciuti come malattie professionali dai Comitati Regionali per il riconoscimento delle malattie professionali. Sono necessarie due condizioni: la perdita di capacità lavorativa attribuibile alla malattia deve essere superiore al 25% e deve essere dimostrato un nesso di causa significativo e diretto tra la malattia e l'esposizione lavorativa. Pochi disturbi mentali legati al lavoro (WRMD Work Related Mental Disorders) sono attualmente riconosciuti e indennizzati come malattie professionali. In questo contesto, i dati provenienti dalle reti di monitoraggio e sorveglianza sono di grande interesse, non solo per permettere la "visibilità"

di questi disturbi occupazionali, ma anche perché possano essere adottate adeguate azioni preventive. La rete RNV3P (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles) è una rete nazionale costituita da 32 centri di medicina del lavoro di ospedali universitari francesi. I dati raccolti da RNV3P tra il 2001 e il 2012 sono relativi alle malattie mentali (con diagnosi in accordo con la decima edizione dell' International Classification of diseases, ICD 10) le esposizioni lavorative (definite secondo uno specifico dizionario delle esposizioni, adattato per l' analisi dei fattori di rischio psicosociali), le professioni (definite secondo la International Classification of Occupations, ISCO88, come modificata dall' ILO) ed i settori lavorativi (definiti secondo Nomenclature d' Activités française, NAF93, come modificata da INSEE, l' istituto nazionale francese di statistica). I disturbi più frequentemente diagnosticati sono risultati essere l'ansia (35,8%), la depressione (30,6%) i disturbi dell'adattamento e lo stress post-traumatico (23,6%). I fattori di rischio più frequentemente segnalati: fattori legati alle insufficienze del management e all'organizzazione del lavoro (31,7%), il bullismo (22,6%), la violenza psicologica, verbale o fisica (19,9%), una scarsa qualità delle relazioni di lavoro (11,2%) e un ridotto ambito decisionale (3,6 %). Un elevato numero di malattie professionali del tipo WRMD sono state diagnosticate nei settori dell'information technology, nel settore finanziario e assicurativo, nel sanitario e nel settore dei servizi sociali. Tre settori industriali hanno fatto registrare un aumento significativo delle notifiche di WRMD. .Questi settori sono: l'agricoltura (con un incremento annuo superiore del 14% alla media di tutti i settori ,con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 5 e 20%), il settore finanziario -assicurativo (con un incremento annuo superiore dell' 8% alla media di tutti i settori, con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 3 e 12%), il settore sociale e sanitario (con un incremento annuo superiore del 3% alla media di tutti i settori, con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1 e-4. I dati della rete RNV3P sono coerenti con quelli provenienti da altre fonti. L'analisi delle tendenze in atto ci permette di avere indicazioni di priorità per la sorveglianza sanitaria e le azioni preventive nei settori più "colpiti". Più in generale, l'utilità della rete RNV3P, come strumento per il monitoraggio delle tendenze in atto e per poter fare segnalazioni su questi problemi, è attestata dalla capacità che ha questa rete di mostrare gli incrementi d'incidenza delle WRMD in specifici sottogruppi di lavoratori e di descrivere i principali fattori di rischio psicosociale presenti nei settori lavorativi più interessati.

INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO TRA I LAVORATORI DEL PORTO DI VENEZIA; ALCUNI ASPETTI PSICOSOCIALI

Teresio Marchi; Roberta Favaro

Viene presentato il progetto, realizzato dallo Spisal della ULSS 12 Veneziana in collaborazione con Autorità Portuale, Autorità Marittima, INAIL, INPS, VVF, DTL e i rappresentanti di sito degli RSPP e RLS, con l' obiettivo di conoscere la percezione soggettiva dei lavoratori del Porto di Venezia sui rischi occupazionali e i comportamenti sicuri. Viene illustrato lo strumento di rilevazione utilizzato che è un questionario, costruito ad hoc, composto di due sezioni. La prima analizza alcune variabili socio-demografiche, variabili correlate al lavoro (tipologia contrattuale, mansione e attività lavorativa, fattori di rischio e conoscenza degli stessi, possibilità di controllo/autonomia sul lavoro, ritmi e orario di lavoro), variabili individuali (convinzioni individuali in tema di sicurezza, infortuni, gestibilità del rischio, accettazione del rischio) e variabili organizzative (formazione, addestramento, cultura della sicurezza). Nella seconda sezione vengono presentate al soggetto immagini fotografiche di situazioni lavorative per stimolarlo a riflettere sui rischi connessi con una specifica fase di lavoro e fornire il proprio pensiero al riguardo. Vengono anche illustrati i metodi e le

strategie utilizzati per la realizzazione del progetto e i risultati raggiunti con l'elaborazione ed analisi delle informazioni raccolte che forniscono indicazioni utili per mettere in atto azioni di miglioramento continuo, proporre iniziative formative mirate e programmi di benessere organizzativo attraverso l'attiva collaborazione tra management aziendali, lavoratori e loro rappresentanti. L' impatto di tali iniziative potrà essere valutato nel tempo con il medesimo strumento.

SOLUZIONI PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLO STRESS LAVORATIVO NELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE DEL SETTORE HORECA IN GERMANIA

Andrea Weimar

Risk assessment is a legal duty, also in very small small enterprises of the HORECA sector. The extension to psychic exposure caused a big uncertainty especially amongst owners of small enterprises. Entrepreneurs are overstrained how to start the process, and what to do concretely. For this reason BGN has developed different tools like risk assessments and other methods to evaluate mental strain at the workplace and to provide a detailed insight into concrete strain situations. BGN has edited different brochures and guidelines for the branch, seminars, programs, films and apps to support small enterprises to deal with the



challenge of the risk assessment of mental stress. *La Valutazione dei rischi è un obbligo di legge anche per le piccole imprese del settore HORECA (HOTel REstaurants and Catering). L'estensione dell'obbligo di valutazione anche all'esposizione ai fattori di rischio di tipo psicologico ha causato una grande incertezza in Germania, soprattutto tra i datori di lavoro delle piccole imprese. Questi imprenditori si sono sentiti molto in difficoltà su come avviare il processo di valutazione e su cosa fare concretamente. Per questo motivo il BGN (l'Associazione professionale tedesca per l'Assicurazione Infortuni, la Prevenzione e la Formazione per la sicurezza del lavoro nell'industria alberghiera, nella ristorazione e nel settore alimentare) ha sviluppato diversi strumenti, come procedure di valutazione e altri metodi per valutare il sovraccarico mentale nei luoghi di lavoro e consentire un'analisi dettagliata delle situazioni lavorative. Il BGN ha curato vari opuscoli e linee guida per il settore, seminari, programmi, video e software applicativi per sostenere le piccole imprese nell'affrontare la sfida costituita dalla valutazione del rischio di stress mentale*

IL CONTRIBUTO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLO STRESS

Paola Torri

Data la complessità del problema, l'approccio allo Stress Lavoro Correlato non può che essere interdisciplinare. In questa chiave il MC può offrire un contributo rilevante poiché si trova al centro delle relazioni tra le diverse parti coinvolte, conosce bene i dinamismi aziendali e le varie figure professionali. Per tali ragioni può essere in grado di dialogare con gli altri soggetti, valutando insieme a loro approcci e strumenti per valutare, gestire o ridurre lo SLC. Uno dei suoi compiti specifici è l'osservazione diretta della realtà lavorativa e pertanto può concorrere all'individuazione corretta degli indicatori e fattori oggettivi dello SLC. Anche la sorveglianza sanitaria può essere utile nel riconoscimento di disturbi e/o malattie lavoro-associate che riguardano principalmente i sistemi neuropsichico, cardiocircolatorio, gastrointestinale, immunologico e muscoloscheletrico. In questo modo la S.S. oltre a svolgere il tradizionale ruolo di prevenzione secondaria e terziaria può fungere da feed-back per una più appropriata prevenzione primaria.

ESPERIENZE E ORIENTAMENTI APPLICATIVI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SL POST DLGS. 81

Mariarosaria Spagnuolo

Con il richiamo nel D.Lgs.81/08 dell'Accordo del 2004 siglato dalle Parti Sociali Europee sullo stress lavoro-correlato, si dà l'avvio anche in Italia al processo di valutazione di uno degli aspetti (pericolo, fattore di rischio?) più complessi da individuare, valutare, gestire. Si è subito compreso che, dovendo le imprese trattare questo tema nel contesto del decreto 81, vi era bisogno di qualche indicazione in più rispetto al tradizionale approccio valutativo: essendovi al centro persone, organizzazione e relazioni, non ci si poteva, da una parte, limitare all'approccio luogo-posto -di lavoro-mansione, uomo-ambiente ecc. né dall'altra ricorrere ad approcci prevalentemente psicologico-psicosociale basati su questionari, questionari-di-clima, focusgroup ecc. L'accesso dibattito su cosa fosse giusto e chi avesse più ragione su cosa si dovesse intendere per "soggettivo" o "oggettivo" è ancora presente nella nostra mente. Occorre, dunque, proporre una chiave di lettura applicativa più definita, concreta e finalizzata a ricondurre al documento di valutazione del rischio il risultato di un processo valutativo. L'emanazione delle Indicazioni della Commissione Consultiva, del 18 novembre del 2010, hanno cercato di dare qualche punto di riferimento per muoversi verso questo particolare processo valutativo che tenesse conto, in dovuto equilibrio, dei due approcci sopra richiamati. Le Indicazioni della Commissione Consultiva rappresentano indubbiamente un esempio di positiva collaborazione fra i diversi Soggetti (Istituzioni, Associazioni Datoriali e Organizzazioni Sindacali) coinvolti nella elaborazione del testo, e forse, proprio per questo, sono uno dei pochi documenti di recente emanazione davvero utili e finalizzati. Nonostante il buon lavoro fatto e lo sforzo comunicativo profuso da tutti per dare le giuste dimensioni alla valutazione del rischio stress lavoro correlato, tendente a valorizzare in prima battuta l'approccio "interno all'azienda" con un obiettivo anche di cogliere la straordinaria occasione di "conoscere" aspetti e dinamiche relazionali aziendali magari non evidenti e da gestire, il documento è stato spesso criticato, e considerando la cospicua fioritura di software, check list, strumenti più o meno semplificati che si trovano in rete o offerti da mercanti di ogni genere, non è difficile comprendere il motivo delle critiche.

In questo scenario applicativo, costantemente incerto, le aziende si sono comunque attivate: hanno cercato di capire e di orientarsi, sperimentato, provato a gestire, coinvolto i lavoratori, in un processo che, ne sono ormai tutti consapevoli, e sarà un work in progress. E che la valutazione dello stress lavoro-correlato sia un "work in progress" è testimoniato oggi anche dalle prime riflessioni che alcune imprese hanno avviato per prevenire forme nuove di stress lavoro-correlato quale quello che potrebbe generarsi dall'uso massivo e senza

regole delle tecnologie di comunicazione (aziendali e private); si inizia a riflettere su come prevenire il technostress e si stanno organizzando per affrontare e gestire, insieme con i lavoratori, in ottica di prevenzione anche nuove forme di attività lavorativa quali smart-working o lavoro agile.

LA SALUTE ORGANIZZATIVA: L'ESPERIENZA DI UN AZIENDA PRIVATA MULTINAZIONALE

Susan Lostaglio

La multinazionale Boehringer Ingelheim, ha sede a Ingelheim am Rhein in Germania, si colloca fra le prime venti aziende farmaceutiche a livello mondiale. Dal 1972, il gruppo è presente in Italia e opera nel settore farmaceutico, biotecnologico e biologico (Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.), in quello della ricerca chimica di nuove molecole (BI Research Italia S.r.l.) e in quello della produzione di principi attivi (Bidachem S.p.A.). Svolgere le proprie attività in modo socialmente responsabile è un punto centrale della cultura dell'azienda, che include l'impegno a livello mondiale in progetti sociali e l'attenzione ai propri collaboratori. Rispetto, pari opportunità ed equilibrio lavoro-vita privata costituiscono le fondamenta di ogni attività. La collaborazione e il rispetto reciproci, così come la tutela e la sostenibilità ambientale, sono elementi intrinseci al modo di agire dell'azienda. Per questo il gruppo ha adottato e sviluppato negli anni numerose iniziative e soluzioni innovative di gestione del personale. Interventi a livello organizzativo, individuali e rivolti a gruppi sono stati attivati al fine di migliorare il rapporto vita privata-lavorativa e garantire il benessere del collaboratore

all'interno del posto di lavoro. In questa relazione si evidenzieranno alcuni esempi di tipologie di interventi attuati da Boehringer Ingelheim Italia (tipo: la flessibilità nella gestione del tempo lavorativo, il programma di rientro dalla maternità "Rientriamo", l'asilo nido, la cultura della prevenzione, il valore della sicurezza, il Talent management, l'offerta formativa e il supporto psicologico).

L'ESPERIENZA E LE PROPOSTE DEL RLS DI UNA AZIENDA CHIMICA DEL VENETO

Mauro Rubiero

Viene presentata l'esperienza di un rappresentante dei lavoratori per la sicurezza di una azienda chimica di medie dimensioni del polesine, che produce fertilizzanti per l'agricoltura e dove lavorano 70 persone fra operai e impiegati. Negli ultimi anni, in azienda, c'è stata una forte attenzione verso la salute e sicurezza delle persone che lavorano ma anche verso l'ambiente di lavoro. Nella valutazione e nella successiva gestione del rischio stress lavoro-correlato il RLS è stato coinvolto sia nella fase di progettazione, nella costituzione del gruppo di lavoro ma anche nell'approfondimento delle criticità emerse attraverso il metodo del focus-grup. Nell'affronto delle problematiche organizzative e nella pianificazione delle priorità degli interventi da attuare, il contributo del RLS è stato determinante, dimostrando che le aziende sono fatte di persone, sono queste ultime che creano il clima in cui si lavora, ed è possibile collaborare, nel rispetto dei ruoli e delle proprie autonomie, per il raggiungimento del fine comune, che nel caso di un'azienda chimica è la salute e sicurezza di tutti.



Il seminario di Venezia 'Stress lavoro-correlato: un'intensa giornata di lavoro'

Patanè Piero, Consigliere Nazionale ANMA

All'inizio fu Padova, nel 2006. Un Convegno con il titolo " Stress: un rischio inevitabile?" in cui la domanda, ben prima dell'emanazione del D.Lgs. vo 81, poneva l'interesse dei medici competenti di Anma su questo tema.

Il XXVIII Congresso Nazionale ANMA tenuto a Roma nel 2014 è stato un secondo appuntamento di discussione sulla problematica applicativa dello stress lavoro correlato e del benessere organizzativo.

Il Seminario di Venezia del 25 settembre 2015, organizzato sempre dalla nostra associazione nasce da una consapevolezza contenuta già nel titolo: "Stress lavoro correlato: rischio inevitabile? Soluzioni possibili?" insieme ad un'altra contenuta nel sommario: quali azioni e interventi concreti è possibile predisporre per mantenere sotto controllo lo stress lavorativo e i suoi effetti sulla salute individuale e organizzativa?

Dopo i primi anni (7 per la precisione) di applicazione dell'art.28 c.1 del D.Lvo 81/08 queste domande non si potevano non solo considerare evase, ma era necessario mettere a confronto saperi ed esperienze maturate sul tema dello stress sui luoghi di lavoro per capire qual è lo stato dell'arte ed in particolare:

- un punto sulle evidenze scientifiche del rapporto fra stress L-C e salute;
- una valutazione critica dei percorsi metodologici nella valutazione del rischio;
- mostrare alcune esperienze concrete di affronto della problematica e gestione del rischio.

La suggestiva location di Venezia ha accolto un parterre fatto di MC, medici dei servizi di Medicina

del Lavoro, RSPP e (finalmente!) alcuni datori di lavoro. Per la cronaca: giornata caldo umida in perfetto stile veneziano, lavori svolti nell'area portuale di imbarco, circondati dalle grandi navi ormeggiate, che violando le acque della laguna in tutta la loro imponenza, causano stress (!?) ai veneziani di ogni ordine e grado.

Il seminario si è articolato in due sessioni: il mattino dedicato a relazioni a carattere prevalentemente scientifico, il pomeriggio dedicato alle esperienze testimoniate dai vari attori deputati al processo

valutativo e applicativo (DL, MC, RLS, Servizi di Vigilanza, Rappresentanze di categoria), con l'obiettivo di mettere a confronto le autorevoli esperienze europee grazie alla presenza di relatori di spicco del mondo scientifico ed istituzionale di Francia e Germania.

Il prof. Johannes Siegrist ha introdotto con la sua relazione un'ampia panoramica del problema stress L-C , i metodi per la sua valutazione e i danni alla salute che ne derivano. in particolare ha illustrato il questionario ERI per la valutazione dello stress percepito, che il professore di Dusseldorf ha costruito e sperimentato da molti anni in numerose ricerche.

Il prof. Giovanni Costa ha portato un contributo critico sulle impostazioni valutative, in particolare quelle maggiormente in uso che discendono dalle indicazioni istituzionali, focalizzando i rischi incombenti nei vari metodi: medicalizzare, psicologizzare, cadere nel formalismo. Per il prof. Costa si tratta di un fenomeno complesso, multiforme e multidimensionale, la cui valutazione ha bisogno di un approccio sistemico, multidisciplinare e multi-

fattoriale, che richiede un'attenta analisi sia dell'organizzazione del lavoro che delle caratteristiche dei gruppi di persone interessate.

Il prof. Marco Ferrario accanto alle evidenze per l'associazione del rischio stress e patologie cardiovascolari, ha portato dei dati critici (metanalisi comparsa su Lancet nel 2012) circa l'incremento del rischio attribuito al job-strain che evidenziano la necessità di procedere ad altri studi sulle associazioni tra stress e patologie in diverse popolazioni. Illustrati alcuni dati di coorti lavorative e di popolazione italiane, seguite per parecchi anni, che mostrano interessanti risultati di associazione.

Il prof. Gerard Lasfargues, vicedirettore dell'ANSES – (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail), ha illustrato le modalità di affronto del tema stress lavoro correlato in Francia, soffermandosi sugli aspetti valutativi e nella rilevazione e gestione delle patologie lavoro correlate. E' stato descritto il sistema di rilevazione dei disordini mentali collegati al lavoro (riconosciute in Francia come malattie professionali) attraverso una rete di 32 centri universitari di osservazione che hanno permesso di evidenziare i comparti più interessati onde definire le priorità di intervento preventivo e di sorveglianza sanitaria.

La dott.ssa Andrea Weimar (Mannheim -Germania) ha invece riportato quanto in Germania viene attuato in uno specifico comparto come quello ristorativo-alberghiero che comprende una realtà prevalente di imprese, di piccole dimensioni (HO-RECA). Nell'esperienza tedesca emerge un grande sforzo in termini informativi e formativi per cercare di raggiungere e sensibilizzare tutti gli operatori del settore compresi quelli che operano in microaziende.

Le esperienze più suggestive di valutazione e di gestione dei fattori stressogeni correlati al lavoro, sono state oggetto delle relazioni del pomeriggio che hanno evidenziato quanto un approccio serio dia risultati positivi a tutto vantaggio realtà aziendali.

Dalla relazione del Servizio di Medicina del Lavoro della Uss Veneziana su una indagine condotta con questionario costruito ad hoc, tra i lavoratori



del porto di Venezia, sono emersi dati interessanti circa la percezione del rischio nei lavoratori di quella realtà operativa. Le informazioni raccolte forniscono indicazioni utili per mettere in atto azioni di miglioramento continuo, proporre iniziative formative mirate e programmi di benessere organizzativo attraverso l'attiva collaborazione tra management aziendali, lavoratori e loro rappresentanti.

La dott.ssa Paola Torri dell'Anma ha portato l'esperienza del Medico Competente attraverso l'esperienza di valutazione dello stress in una azienda sanitaria condotta utilizzando nel tempo metodologie e strumenti differenti e dimostrando come il medico del competente è una figura naturale e centrale per la valutazione e la gestione dello stress lavoro in quanto coinvolto nei dinamismi aziendali e nelle relazioni tra le diverse parti, conosce le persone e il contesto lavorativo.

La dott.ssa Mariarosaria Spagnuolo di Assolombarda ha illustrato il lavoro di formazione che la sua Associazione sta sostenendo presso i propri associati, convinta dell'utilità di un percorso serio in questo senso. Alla posizione di Assolombarda ha fatto eco l'intervento di Mauro Rubiero, RLS in una media azienda chimica, che ha raccontato la sua esperienza di partecipazione al Gruppo di Lavoro aziendale a stretto contatto con il medico competente. La ovvia conclusione che si ricava da questi interventi è che esiste una sensibilità da parte di tutti gli attori aziendali, ma che è anche necessario promuovere un maggior coinvolgimento.

A cosa può portare un affronto serio dei fattori stressogeni sia diretti che interferenti la vita lavorativa è stato testimoniato dall'intervento di una dirigente di una grande azienda farmaceutica, Susan Lostaglio, che illustrando un "impressionante" carrellata di iniziative intraprese dalla Sua azienda per venire incontro alle esigenze dei lavoratori, ha fatto emergere il rovescio positivo della medaglia: migliorando il lavoro, migliora la vita.

Gli spunti di riflessione, alimentati da un vivace dibattito, suggeriscono il percorso da seguire per affrontare e gestire il problema stress lavoro cor-

relato.

Il primo passo, fondamentale, è gestire l'esigenza informativa e formativa, calandola nella realtà operativa a tutti i livelli. Allo scopo il Datore di Lavoro deve promuovere il lavoro di equipe delle figure che si dedicano alla prevenzione, identificare il modello ed il processo attuativo più consoni alle specificità aziendali. Il modello tedesco presentato dalla rappresentante di HORECA è un ottimo riferimento perché calibrato su realtà operative diversificate, ma comprese nello stesso comparto produttivo.

Il secondo passo riguarda il processo di valutazione del rischio "stress lavoro correlato" che, come sottolineato nelle conclusioni del prof. Costa, è diverso da quello utilizzato per gli altri rischi "tradizionali" presenti nell'azienda perché sfugge dall'approccio meccanicistico: valuto – misuro – applico. I modelli ad oggi disponibili, alcuni di assoluto valore, sono da intendersi come momento di approccio al problema a cui deve seguire *'un'analisi sistematica, che tenga conto dei diversi fattori in gioco (di "esposizione", di "effetto" e di "mediazione/moderazione") nell'ambito dello specifico contesto socio-organizzativo e in una logica di fattibilità, priorità e verifica di efficacia'*.

E' necessario individuare i punti critici e avviarli, se non ad una completa soluzione, ad una migliore gestione. Da questo punto di vista, l'ampia consuetudine del limitarsi alle 'crocette', cioè alla mera compilazione dell'algoritmo-manuale valutativo dell'Inail, allontana le aziende dall'affronto dello stress lavoro correlato. Infatti i primi risultati di queste indagini di valutazione del rischio stress LC evidenziano risultati da 'paradiso terrestre', un mare di 'verde' al massimo 'giallo minore'. Questo è sicuramente frutto di un atteggiamento difensivistico (paura di "rispondere" per eventi negativi successivi).

Il deficit da colmare quindi non è innanzitutto di sistemi e metodi, ma di serietà in tutti gli steps del percorso valutativo che si sceglie, tesi a cogliere ogni criticità e aperti ad ipotesi correttive: la meta è ancora distante, ma la via è più chiara.

ATTUALITÀ

SPECIALE STRESS LAVORO CORRELATO

Stress percepito lavoro-correlato: metodologie psicometriche di valutazione.

Pier Agostino Gioffrè, ANMA Lazio

Lo stress lavoro-correlato consiste in "una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative". Tale definizione, presente nell'Accordo Europeo del 2004 (espressamente citato dall'art.28 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), fa implicito riferimento al lavoro di Karasek e identifica la "percezione soggettiva" come la più fedele unità di misura dello stress lavoro-correlato.

Nell'ambito del percorso metodologico INAIL la valutazione della "percezione soggettiva" è prevista al termine del processo valutativo, ovvero nella fase della cosiddetta "valutazione approfondita", non obbligatoria nel caso in cui i risultati determinati dalle fasi precedenti ("valutazione preliminare" e "interventi correttivi") rivelino una condizione di assenza di rischio. Tuttavia la letteratura scientifica dedicata (Magnavita, 2007; Rantanen et al, 2013; Ferrario et al, 2005; Fernández-López et al, 2006) sta mettendo in luce alcune criticità relative all'attuale percorso metodologico, che invitano a riflettere sulle possibilità di perfezionamento del modello al fine di renderlo ancor più funzionale e rispondente alle esigenze operative.

La "valutazione approfondita" costituisce un prezioso strumento informativo circa le condizioni di salute di un'organizzazione e dei lavoratori che la compongono, oltre ad essere un'opportunità per una più chiara ed ottimale definizione del rischio da associare ai risultati delle "liste di controllo" e

degli indicatori di rischio "misurabili" previsti dalla "valutazione preliminare" (INAIL, 2011).

E' bene sottolineare che le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente costituiscono "misure di minima" e per il professionista l'obiettivo è effettuare una valutazione che richieda un contributo professionale in grado di fornire un "valore aggiunto", che vada oltre le misure minime di attuazione.

Secondo il parere della Commissione per gli interpellati, nulla vieta al "datore di lavoro che decida in tal senso ... di utilizzare anche nella fase preliminare della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato strumenti usualmente riservati alla valutazione 'approfondita', al fine di individuare con maggiore precisione gli interventi da adottare in concreto" (D.Lgs. 81/08, INTERPELLO N. 5/2012 del 15/11/2012 - Valutazione del rischio stress lavoro-correlato).

Sulla base di queste premesse e sottolineando che a tutt'oggi non esiste una metodica consolidata ed universalmente accettata per la valutazione del rischio stress percepito nei vari ambienti lavorativi (Arcangeli et al, 2009; Mucci et al, 2014), ciò che non dovrebbe essere tralasciato nella scelta è l'adozione di strumenti scientificamente validati, le cui dimensioni siano in grado di coprire le criticità emerse nella fase di "valutazione preliminare" (Inail, 2011).

I principali modelli che hanno avuto particolare successo nel generare e guidare le ricerche sul tema comprendono quasi sempre l'utilizzo di questionari psicometrici appositamente

Lo stress lavoro-correlato consiste in “una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all’altezza delle aspettative”. Tale definizione, presente nell’Accordo Europeo del 2004 (espressamente citato dall’art.28 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), fa implicito riferimento al lavoro di Karasek e identifica la “percezione soggettiva” come la più fedele unità di misura dello stress lavoro-correlato.

Nell’ambito del percorso metodologico INAIL la valutazione della “percezione soggettiva” è prevista al termine del processo valutativo, ovvero nella fase della cosiddetta “valutazione approfondita”, non obbligatoria nel caso in cui i risultati determinati dalle fasi precedenti (“valutazione preliminare” e “interventi correttivi”) rivelino una condizione di assenza di rischio. Tuttavia la letteratura scientifica dedicata (Magnavita, 2007; Rantanen et al, 2013; Ferrario et al, 2005; Fernández-López et al, 2006) sta mettendo in luce alcune criticità relative all’attuale percorso metodologico, che invitano a riflettere sulle possibilità di perfezionamento del

modello al fine di renderlo ancor più funzionale e rispondente alle esigenze operative.

La “valutazione approfondita” costituisce un prezioso strumento informativo circa le condizioni di salute di un’organizzazione e dei lavoratori che la compongono, oltre ad essere un’opportunità per una più chiara ed ottimale definizione del rischio da associare ai risultati delle “liste di controllo” e degli indicatori di rischio “misurabili” previsti dalla “valutazione preliminare” (INAIL, 2011).

E’ bene sottolineare che le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente costituiscono “misure di minima” e per il professionista l’obiettivo è effettuare una valutazione che richieda un contributo professionale in grado di fornire un “valore aggiunto”, che vada oltre le misure minime di attuazione.

Secondo il parere della Commissione per gli interpellati, nulla vieta al “datore di lavoro che decida in tal senso ... di utilizzare anche nella fase preliminare della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato strumenti usualmente riservati alla valutazione ‘approfondita’, al fine di individuare con maggiore precisione gli interventi da adottare in concreto” (D.Lgs. 81/08, INTERPELLO N. 5/2012

del 15/11/2012 - Valutazione del rischio stress lavoro-correlato).

Sulla base di queste premesse e sottolineando che a tutt’oggi non esiste una metodica consolidata ed universalmente accettata per la valutazione del rischio stress percepito nei vari ambienti lavorativi (Arcangeli et al, 2009; Mucci et al, 2014), ciò che non dovrebbe essere tralasciato nella scelta è l’adozione di strumenti scientificamente validati, le cui dimensioni siano in grado di coprire le criticità emerse nella fase di “valutazione preliminare” (Inail, 2011).

I principali modelli che hanno avuto particolare successo nel generare e guidare le ricerche sul tema comprendono quasi sempre l’utilizzo di questionari psicometrici appositamente predisposti. Gli strumenti maggiormente accreditati sono i seguenti:

- l’ ERI (“Effort reward imbalance questionnaire”, Siegrist, 1997),
- il JCQ (“Job Content Questionnaire”, Karasek et al, 1998);
- l’ HSE (“Health and Safety Executive’s indicator tool”, Edwards et al, 2008)

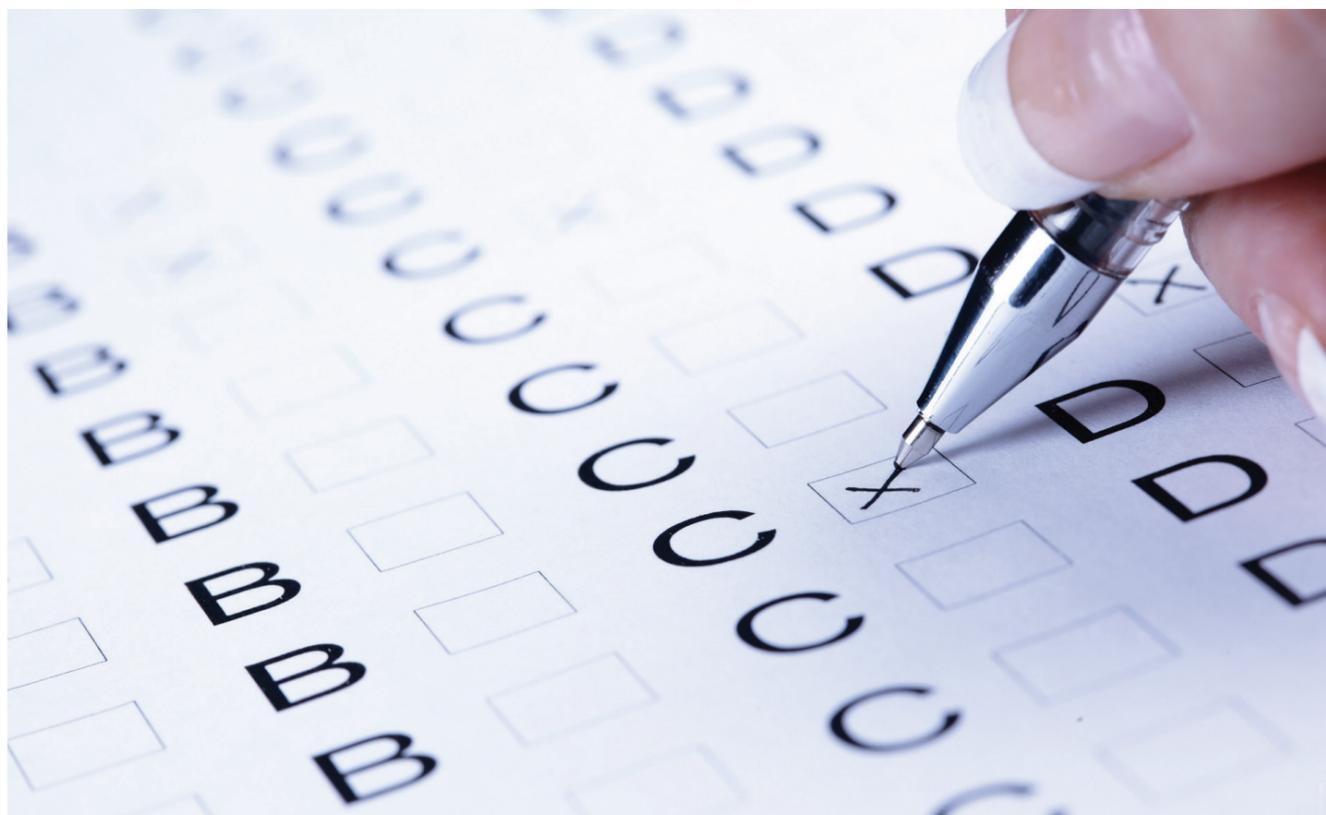
Le proprietà psicometriche dei tre questionari sono state analizzate in numerosi studi di letteratura che ne hanno confermato la validità e l’affidabilità e hanno dimostrato la presenza di associazioni significative con altri indici legati allo stress lavoro-correlato come, ad esempio, l’ansia, la depressione, la soddisfazione per il lavoro e la frequenza delle assenze per malattia (Valente et al, 2015; Batram et al, 2009; Maizura et al, 2009).

Dall’analisi della letteratura scientifica in materia si comprende anche che tali strumenti psicometrici di valutazione differiscono profondamente tra loro, sia per le modalità con cui sono stati costruiti (sulla base di modelli teorici specifici), sia per le metodiche con le quali sono stati validati (sulla base di gruppi differenti). Inoltre i modelli meno recenti, come l’ERI e il JCQ, tendono a privilegiare alcune dimensioni organizzative rispetto ad altre e questo li rende, in alcuni casi, poco idonei all’utilizzo in determinati contesti e potenzialmente insufficienti a soddisfare la normativa attualmente vigente.

In un recente intervento al “Corso di formazione per Medici Competenti: Rischio da stress lavoro correlato” (Cicchella, 2013) è stato affermato che l’ERI risulta essere “maggiormente indicato a cogliere le condizioni di tensione che si verificano nelle attività intellettuali e dirigenziali” e “qualora l’obiettivo della valutazione dello stress lavoro correlato non riguardi esclusivamente tali dimensioni, sarebbe opportuno adottare strumenti che tengano conto anche di ulteriori variabili organizzative”.

Tale concetto riprende quanto affermato dall’INAIL (2011) che, promuovendo l’utilizzo del più recente questionario HSE, nell’ambito della “scelta degli strumenti utili a valutare la percezione del rischio stress”, attesta che “..molti strumenti psicometrici, anche autorevoli ... quali ad esempio il JCQ e l’ERI, si limitano ad indagare solo alcune dimensioni..”.

Nella letteratura recente, quindi, ai fini di una valutazione ottimale dello stress percepito, il più recente questionario HSE, validato ufficialmente dall’ISPESL (INAIL, 2011) attraverso un processo che ha coinvolto aziende afferenti a diversi settori produttivi, appare quello più completo per dimensioni lavorative analizzate. Il questionario fornisce inoltre risultati relativi non solo ai singoli, ma anche a gruppi di lavoratori e può essere usato, oltre che nella fase di “valutazione approfondita” della percezione soggettiva, anche nella “valutazione preliminare” di analisi, per ottenere indicazioni su alcuni fattori di contenuto (ad es. ambiente fisico) e di contesto (ad es. ruolo nell’organizzazione, controllo, ecc.). Nella pratica, il questionario risulta di facile comprensione per il lavoratore e di facile somministrazione ed elaborazione e consente di determinare quantitativamente e qualitativamente le risposte allo stress in diversi contesti e su popolazioni lavorative differenti.



BIBLIO/SITOGRAFIA

- Arcangeli G, Mucci N. Health problems in the working occupation of young people in handicraft factories. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: 303-306.
- Bartram DJ, Yadegarfar G, Baldwin DS. Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. *Occup Med (Lond)*. 2009 Aug;59(5):334-41.
- Cicchella P. Rischi da stress lavoro correlato. Principali strumenti di rilevazione della percezione soggettiva. U.O. PSAL Area Pianura. Azienda USL Bologna. 2013.
- D.Lgs. 81/08, INTERPELLO N. 5/2012 del 15/11/2012 - Valutazione del rischio stress lavoro-correlato. Pag. 293. Available at: <http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/MS/ Normativa/Documents/TU%2081-08%20-%20Ed.%20Maggio%202014.pdf>
- Edwards JA, Webster S, Van Laar D, Easton S. Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. *Work & Stress* 2008; 22, 96-107.
- Fernández-López JA, Martín-Payo R, Fernández-Fidalgo M, Rödel A. Factorial analysis confirming the Spanish version of the Effort-Reward Imbalance questionnaire for measuring stress at work. *Aten Primaria*. 2006 Nov 15;38(8):465-6.
- Ferrario M, Fornari C, Borchini R, Merluzzi F, Cesana G. Job stress in the service industry. Evaluation of the Italian version of the Job Content Questionnaire. *Med Lav*. 2005 May-Jun;96(3):191-9.
- HSE. Managing the Causes of Work Related Stress: A Step-by- Step Approach Using the Manager Standards. Sudbury, UK: HSE Books, 2007.
- INAIL. Valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Tipolitografia INAIL. Milano. 2011. Url: http://www.apiverona.it/files/ambiente_sicurezza/news/10062011Inail_manuale_stress_2011.pdf
- Karasek R, Brisson Ch, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal Occupational Health Psychology* 1998; 3: 322-355.
- Magnavita N. Two tools for health surveillance of job stress: the Karasek Job Content Questionnaire and the Siegrist Effort Reward Imbalance Questionnaire. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007 Jul-Sep;29(3 Suppl):667-70.
- Maizura H, Masilamani R, Aris T. Reliability (internal consistency) of the job content questionnaire on job stress among office workers of a multinational company in Kuala Lumpur. *Asia Pac J Public Health*. 2009 Apr;21(2):216-22. doi: 10.1177/1010539509331981. Epub 2009 Feb 3.
- Mucci N, Giorgi G, Gonnelli IM, Garbarino S, Cupelli V, Arcangeli G. The operational role of the occupational health physician in the assessment and management of health risks related to night work. *G Ital Med Lav Erg* 2014: in press.
- Rantanen J, Feldt T, Hyvönen K, Kinnunen U, Mäkikangas A. Factorial validity of the effort-reward imbalance scale: evidence from multi-sample and three-wave follow-up studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013 Aug;86(6):645-56. doi: 10.1007/s00420-012-0798-9. Epub 2012 Jul 24.
- Siegrist J, Klein D, Voight KH. Linking sociological with physiological data. The model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand*. 1997;161: 112-116;

ATTUALITÀ

SPECIALE STRESS LAVORO CORRELATO

Valutazione di rischio stress lavoro-correlato: un buon esempio

Sunny De Vita, Psicologa; Vincenza Prota, Psicologa; Giovanni Annesse, Sociologo; Gruppo Nostress (NA)

SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO: QUADRO NORMATIVO GENERALE

Per la Costituzione italiana (artt.32, 35 e 41), la salute è un diritto fondamentale dell'individuo nonché interesse della collettività, rappresentando così un limite all'esercizio dell'iniziativa economica privata nel senso che questa non può esplicarsi se non all'interno di precise regole, tese al rispetto ed alla tutela del lavoratore.

Un riferimento fondamentale è costituito, inoltre, dall'art.2087 del Codice Civile (mutuato dalla legislazione pre-repubblicana) che recita: *"L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro."*

Un notevole impulso ad una normativa organica in tema di sicurezza e salute sul lavoro è stato impresso dalla direttiva europea 89/391 CEE, recepita in Italia dapprima con il d.lgs. 626/94 e in seguito con il d.lgs. 81/08 e successive integrazioni (s.m.i.), attualmente in vigore. Per rimediare a una certa negligenza del passato, il legislatore, in quest'ultimo decreto, oltre a ribadire l'obbligo di valutare e prevenire tutti i rischi, ha voluto menzionare espressamente i rischi collegabili allo stress lavoro-correlato.

Prima di entrare nel dettaglio della valutazione del rischio stress lavoro correlato, richiamiamo alcune definizioni per meglio comprendere l'argomento.

Si definisce **Stress**, quello stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. In termini generici quindi è importante sottolineare come lo **Stress non sia di per se una malattia**, bensì una condizione innescata nell'organismo umano da parte di una fonte o sollecitazione esterna che comporta una serie di adattamenti che, se protratti nel tempo, possono assumere carattere

di patologia.

Trasferendo il concetto generale agli ambienti di lavoro si può **definire quindi lo Stress da Lavoro Correlato**, come la percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste del contenuto, dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, eccedono le capacità individuali per fronteggiare tali richieste [European Agency for Safety and Health at Work]. Esiste uno stress, a dosi accettabili, che ha effetti positivi sul nostro organismo, consentendoci di reagire in modo efficace ed efficiente agli stimoli esterni e di innescare un'adeguata soglia di attenzione verso le esigenze dell'ambiente; un'esposizione prolungata a fattori stressogeni invece, può essere fonte di rischio per la salute dell'individuo, sia di tipo psicologico che fisico, riducendo l'efficienza sul lavoro.

Lo scopo della Valutazione del Rischio Stress lavoro - correlato è quello di guidare e sostenere datori di lavoro e lavoratori nella riduzione del rischio attraverso l'analisi degli indicatori oggettivi aziendali e l'eventuale rilevazione delle condizioni di stress percepito dai lavoratori.

INTRODUZIONE, ANALISI DEL CONTESTO.

L'intervento di valutazione del rischio stress lavoro-correlato, effettuato presso una azienda che opera nel campo dell'assistenza riabilitativa dal 1976 e vanta una distribuzione capillare delle proprie sedi operative sul territorio della ASL NA 2 nord, è iniziato nell'anno 2014 a cura del Gruppo di Lavoro NO-STRESS.

La prima attività effettuata è stata la costituzione di un **team di progetto** composto da membri del gruppo valutazione e qualità dell'azienda e da un consulente psicologo.

Al momento dello svolgimento delle attività, la società cliente era strutturata come segue: circa 500 dipendenti, dislocati in 13 strutture, distribuite sul territorio.

METODOLOGIE DI VALUTAZIONE. LA SCELTA DEGLI STRUMENTI.

Il team di progetto, ha convenuto sulla necessità di garantire attraverso la somministrazione di un questionario, un ritorno dell'intervento, con l'utilizzo di strumenti di valutazione coerenti con le caratteristiche dell'azienda che permettessero la valutazione dei "fattori oggettivi", eventi sentinella, fattori di contenuto del lavoro e fattori di contesto di lavoro.

PERCORSO METODOLOGICO E STRUMENTI



I parametri di riferimento adottati nel percorso metodologico si basano sull'adozione dei principali modelli scientifici di riferimento, delle esperienze negli altri Paesi dell'Unione Europea e delle principali proposte metodologiche pubblicate a seguito dell'emanazione del D.Lgs 81/08 e s.m.i..

Tale percorso è frutto di un'attività di ricerca iniziata nel Dipartimento di Medicina del Lavoro dell'ISPESL e conclusa in INAIL dopo l'entrata in vigore del D.L. 78/10 e sua conversione in L. 122/10; è basato su solide esperienze scientifiche condotte al fine di sperimentare e validare sia il modello teorico dei sei Management Standards, sia gli strumenti utilizzati nel percorso.

Il 20 ed il 26 febbraio 2014 è stata operata una vera e propria "attività di formazione e sensibilizzazione dell'organizzazione-azienda" (attraverso i responsabili di tutti i servizi).

La valutazione preliminare, secondo le indicazioni della Commissione Consultiva, è stata attuata tramite l'utilizzo di "liste di controllo" (domande inserite nel questionario) ed è costituita sostanzialmente da due momenti:

1. l'analisi di "eventi sentinella" (ad esempio: indici infortunistici, assenze per malattia, turnover, procedimenti e sanzioni, segnalazioni del medico competente, specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori) compilata dagli addetti dell'ufficio del personale.
2. l'analisi più specifica degli indicatori di contenuto e di contesto, per la quale è obbligo del datore di lavoro "sentire" e, quindi, coinvolgere, i lavoratori e/o gli RLS/RLST, con modalità dallo stesso scelte.

Ad ogni indicatore è associato un punteggio che concorre al punteggio complessivo dell'area.

PREPARAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

E' insito nella valutazione e poi nella gestione dello stress al lavoro un processo di cambiamento che presuppone un coinvolgimento ed adesione di tutte le parti aziendali. Sono state effettuati interventi di sensibilizzazione e formazione ai responsabili dei servizi. Nelle due giornate incontro con i coordinatori dell'azienda è stato svolto un programma che prevedeva:

- Focus-groups
- Questionario (conosci il tuo management)
- Interventi frontali

Sono stati coinvolti diversi esperti per affrontare le diverse tematiche.

SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO A TUTTI I DIPENDENTI

Come ben specificato nell'Accordo Quadro europeo, la finalità della valutazione è offrire ai datori di lavoro ed ai lavoratori un quadro di riferimento per individuare e prevenire o gestire problemi di stress lavoro-correlato, non invece quello di attribuire la responsabilità dello stress all'individuo.

I questionari non hanno quindi la funzione di identificare "il soggetto con il problema" ma di consentire la rilevazione anonima delle risposte dei lavoratori che, aggregate per area/mansione, contribuiscono ad identificare le condizioni legate al Contesto e Contenuto del lavoro su cui intervenire per eliminare, ridurre e gestire la condizione di stress al lavoro.

La somministrazione dei questionari nei numerosi centri è stata realizzata con un intervento in ogni centro da parte del gruppo di lavoro NOSTRESS, garantendo la possibilità di partecipazione al maggior numero di lavoratori possibili, a cui è stata segnalata la componente anonima e volontaria della rilevazione effettuando prima una attività di "informazione sul rischio specifico" come previsto dall'art. 36 D. Lgs. 81/08. Vista l'impossibilità di sospendere totalmente e contemporaneamente il lavoro all'intera popolazione di ogni centro, sono state previste più somministrazioni per ogni centro.

STATISTICA DI PARTECIPAZIONE E DI COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI.

Gli indici di partecipazione e di compilazione dei questionari sono stati alti e validi a garantire l'idoneità della valutazione. *Complessivamente hanno partecipato 377 persone.* Tutti i questionari sono stati considerati validi.

ELABORAZIONE DEI DATI

I dati ottenuti dalla valutazione dei dati del questionario sono stati inseriti in un database "software" costruito in excel.

Nello specifico abbiamo ritenuto opportuno mantenere un medesimo peso per tutti gli item come dalla classificazione Inail. Alla fine dell'analisi ogni gruppo omogeneo presenta un livello di rischio.

RISULTATI

Valutazione preliminare Rilevazione 1° questionario

AREA	Totale punteggio per area	Livelli di Rischio
CONTENUTO DEL LAVORO	12	Non rilevante
CONTESTO DEL LAVORO	10	Medio
INDICATORI AZIENDALI	0	Non rilevante
Totale punteggio Rischio	22	Medio

Tutti gli indicatori assumono valori distinti in funzione del carico di stress attribuibile e vengono sintetizzati in un punteggio finale che consente di stimare il livello di rischio presumibile. Un punteggio complessivo inferiore o uguale al 25% del punteggio massimo (da 0 a 17) configura una condizione di rischio non rilevante.

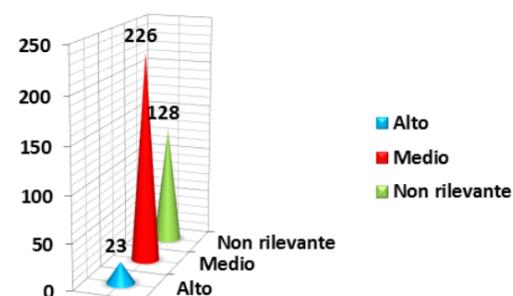
Un punteggio complessivo tra il 25% ed il 50% del punteggio massimo (da 18 a 34), evidenzia condizioni di rischio medio. In tal caso è opportuno adottare azioni correttive, che devono essere rivolte agli indicatori di contesto e di contenuto che presentano valori più elevati. Il valore rilevato è 22 ed evidenzia, quindi, un rischio medio.

Aree - indicatori

AREA	Indicatori
CONTENUTO DEL LAVORO	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente di lavoro (13 item) Pianificazione dei compiti (6 item) Carico e ritmo di lavoro (9 item) Orario di lavoro (8 item)
CONTESTO DEL LAVORO	<ul style="list-style-type: none"> Funzione e cultura organizzativa (11 item) Ruolo nell'ambito dell'organizzazione (4 item) Evoluzione della carriera (3 item) Autonomia decisionale e controllo del lavoro (5 item) Rapporti interpersonali sul lavoro (3 item) Interfaccia casa-lavoro (4 item)

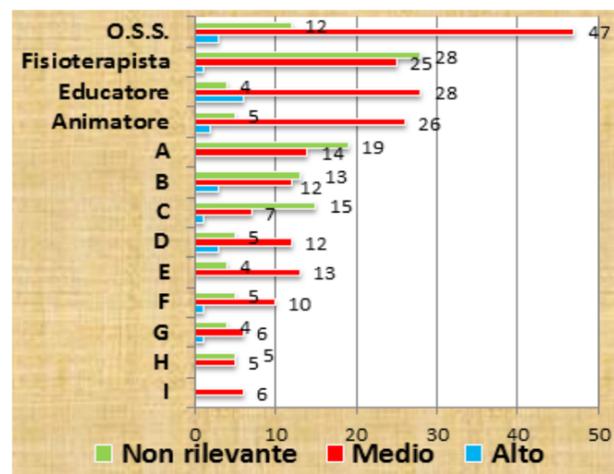
Rilevazione Livelli di Rischio

Rispetto al totale dei questionari distribuiti



Rischio	Alto	Medio	Non rilevante	Totale complessivo
	23	226	128	377

Livelli di Rischio rispetto alla Mansione



Analizzati tutti i dati ottenuti si è discusso sulle eventuali proposte di intervento da effettuare sui lavoratori e quindi, **si concordano proposte operative in due direzioni:**

- ✓ **PIANIFICAZIONE ed ADOZIONE di INTERVENTI CORRETTIVI** sui responsabili dei servizi;
- ✓ **VALUTAZIONE APPROFONDATA** (valutazione della percezione soggettiva) con questionario composto da 35 domande da somministrare agli operatori che svolgono le mansioni di: "O.S.S., Educatori-Animatori e Fisioterapisti".

Le figure interessate al questionario sono quelle che maggiormente hanno evidenziato un rischio nella precedente rilevazione preliminare.

Il "Gruppo di Gestione della Valutazione" decide di somministrare un secondo questionario per una valutazione approfondita.

MANSIONE - RISCHIO	Alto	Non rilevante	Medio	Totale complessivo
O.S.S.	6	4	28	38
Educatori-Animatori	1	28	25	54
Fisioterapisti	3	12	47	62
Totale complessivo	10	44	100	154

Tra gli ultimi giorni di giugno 2014 ed i primi giorni di Luglio 2014 si è proceduto alla somministrazione del secondo questionario (VALUTAZIONE APPROFONDATA).

La somministrazione del secondo questionario per la valutazione della percezione soggettiva nei numerosi centri è stata realizzata con un intervento in ogni centro da parte del gruppo di lavoro NOSTRESS, ga-

rantendo la possibilità di partecipazione al maggior numero di lavoratori possibili, a cui è stata segnalata la componente anonima e volontaria della rilevazione effettuando prima una attività di "informazione sul rischio specifico" come previsto dall'art. 36 D. Lgs. 81/08.

Vista l'impossibilità di sospendere totalmente e contemporaneamente il lavoro all'intera popolazione di ogni centro, sono state previste più somministrazioni per ogni centro.

STATISTICA DI PARTECIPAZIONE E DI COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI

Gli indici di partecipazione e di compilazione dei questionari sono stati alti e validi a garantire l'idoneità della valutazione. Complessivamente hanno partecipato 150 persone. Tutti i questionari sono stati considerati validi.

ELABORAZIONE DEI DATI

I dati ottenuti dalla valutazione dei dati del questionario sono stati inseriti in un database costruito in excel per poter avere chiari risultati sulla percezione rispetto alle sei dimensioni dei Management Standards (1. domanda, 2. controllo, 3. supporto, 4. relazioni, 5. ruolo, 6. cambiamento), utili alla caratterizzazione degli indicatori ed alle successive eventuali misure correttive.

RISULTATI

Analisi dei Risultati

A ciascuna risposta è stato assegnato un punteggio da 1 a 5 in modo che 1 corrisponda sempre alla situazione peggiore e 5 a quella migliore.

- Ad esempio

Per la domanda: "Devo lavorare a ritmi alti e serrati"

Il punteggio attribuito alle risposte è:

Mai = 5 Raramente = 4 Qualche Volta = 3 Spesso = 2 Sempre = 1

Invece per la domanda: "In caso di difficoltà i miei colleghi mi aiutano"

Il punteggio attribuito alle risposte è:

Sempre = 5 Raramente = 4 Spesso = 3 Qualche Volta = 2 Mai = 1

Valutazione approfondita

Domanda	Risultato
Controllo	3,73
Sostegno dei superiori	3,32
Sostegno dei colleghi	3,58
Relazioni	3,82
Ruolo	3,84
Cambiamento	4,34
	3,39

150 Numero di questionari registrati	
Legenda:	
	Molto bene - mantenere le stesse prestazioni Risposte sopra o vicino al 80° percentile†
	Buono, ma c'è bisogno di migliorare. Risposte migliori della media, ma non al di sopra o vicino al 80° percentile†
	Evidente necessità di miglioramento. Risposte sotto la media, ma non al di sotto o in prossimità del 20° percentile†
	Sono necessarie misure urgenti di miglioramento. Risposte al di sotto o in prossimità del 20° percentile†

Valutazione approfondita sul totale dei questionari che evidenzia, tra le sei dimensioni, quelle che necessitano di miglioramento (Controllo, Relazioni)

Relazioni

5	Sono molestato/a con parole o comportamenti sgradevoli	4.43
14	Ci sono attriti e liti tra colleghi	3.21
21	Al lavoro sono soggetto a prepotenze e vessazioni	4.47*
34	Le relazioni sul lavoro sono tese e difficili	3.24
Totale		3.84

* 24 (16%) lavoratori che hanno risposto che sono: sempre, spesso o talvolta soggetti a prepotenze e vessazioni.

Controllo

2	Posso decidere quando fare una pausa	2.93
10	Ho voce in capitolo sui miei ritmi di lavoro	3.37
15	Posso decidere in che modo svolgere il mio lavoro	3.53
19	Ho la possibilità di scegliere che cosa fare sul lavoro	3.29
25	Posso dire la mia sul modo in cui svolgere il mio lavoro	3.70
30	Il mio orario di lavoro può essere flessibile	3.11
Totale		3.32

Valore rilevato nelle singole domande delle due dimensioni, che necessitano di miglioramento (Controllo, Relazioni)

Educatori-Animatori

Domanda	3.72
Controllo	3.27
Sostegno dei superiori	3.51
Sostegno dei colleghi	3.88
Relazioni	3.85
Ruolo	4.21
Cambiamento	3.30

Fisioterapisti

Domanda	3.56
Controllo	3.39
Sostegno dei superiori	3.33
Sostegno dei colleghi	3.77
Relazioni	3.82
Ruolo	4.49
Cambiamento	3.26

O.S.S.

Domanda	3.89
Controllo	3.34
Sostegno dei superiori	3.90
Sostegno dei colleghi	3.82
Relazioni	3.80
Ruolo	4.39
Cambiamento	3.65

Controllo (educatori-animatori)

2	Posso decidere quando fare una pausa	2.80
10	Ho voce in capitolo sui miei ritmi di lavoro	3.57
15	Posso decidere in che modo svolgere il mio lavoro	3.34
19	Ho la possibilità di scegliere che cosa fare sul lavoro	3.30
25	Posso dire la mia sul modo in cui svolgere il mio lavoro	3.62
30	Il mio orario di lavoro può essere flessibile	2.97
Totale		3.27

Controllo (fisioterapisti)

2	Posso decidere quando fare una pausa	2.53
10	Ho voce in capitolo sui miei ritmi di lavoro	3.32
15	Posso decidere in che modo svolgere il mio lavoro	4.03
19	Ho la possibilità di scegliere che cosa fare sul lavoro	3.53
25	Posso dire la mia sul modo in cui svolgere il mio lavoro	4.11
30	Il mio orario di lavoro può essere flessibile	2.84
Totale		3.39

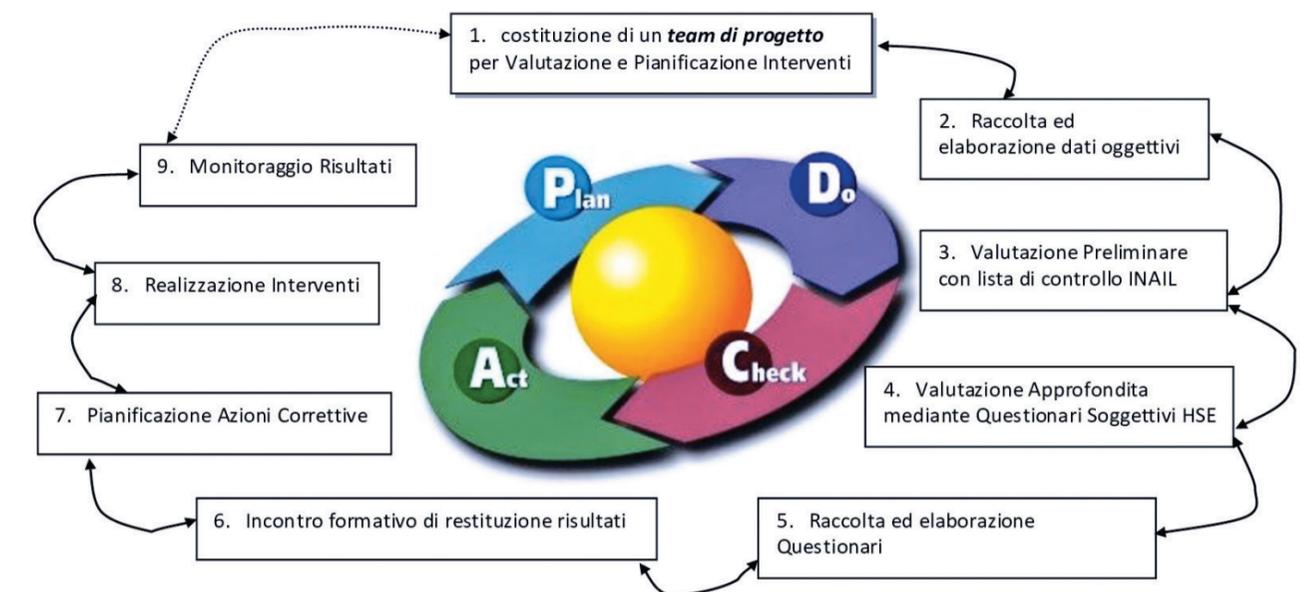
Controllo (o.s.s.)

2	Posso decidere quando fare una pausa	3.42
10	Ho voce in capitolo sui miei ritmi di lavoro	3.17
15	Posso decidere in che modo svolgere il mio lavoro	3.38
19	Ho la possibilità di scegliere che cosa fare sul lavoro	3.08
25	Posso dire la mia sul modo in cui svolgere il mio lavoro	3.46
30	Il mio orario di lavoro può essere flessibile	3.52
Totale		3.34

Valutazione approfondita distinguendo tra le tre mansioni censite. Analisi tra le sei dimensioni, e approfondimento tra le domande del gruppo "Controllo".

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Per mettere in atto un percorso di riduzione del rischio e miglioramento continuo, l'organizzazione deve utilizzare la valutazione dello stress come base per la riprogettazione dei fattori organizzativi di disagio. La prevenzione, l'eliminazione o la riduzione dei problemi di stress lavoro-correlato può comportare l'adozione di misure che possono essere collettive, individuali o di entrambi i tipi, mirate ai fattori di stress individuati.



Il ciclo di Deming (ciclo di PDCA - plan-do-check-act) è un modello studiato per il miglioramento continuo della qualità in un'ottica a lungo raggio.

La responsabilità di stabilire le misure adeguate da adottare spetta al datore di lavoro. Gli interventi per la riduzione dei rischi, già programmati con la valutazione degli indicatori oggettivi, si integrano con le misure derivanti dalla valutazione degli indicatori soggettivi e dalla loro sintesi sono state elaborate queste proposte:

- *formazione dei dirigenti e dei lavoratori* per migliorare la loro consapevolezza e la loro comprensione nei confronti dello stress, delle sue possibili cause e del modo in cui affrontarlo, e/o per adattarsi al cambiamento.

Proposte di intervento

■ Corso con certificazione

Formazione-esperenziale per Responsabili dei servizi (64 ore totali)

56 ore formazione in aula (7 incontri)

8 ore outdoor

- *Sviluppo delle capacità manageriali:*
Ruolo funzioni e compiti del manager nell'organizzazione

■ Seminari di formazione-esperenziale rivolti a:

Personale mansioni: *"*****"*

16 ore (2 incontri)

per ogni gruppo di 15-20 dipendenti

- *Dalla reception all'accoglienza: gestione del primo contatto.*
- *La comunicazione come elemento di relazione, gestione e organizzazione.*
- *La comunicazione efficace nelle organizzazioni.*
- *La relazione d'aiuto.*
- *L'arte di saper ascoltare.*
- *Dal conflitto alla cooperazione.*
- *La motivazione*

La proposta vuole fornire un servizio che sia in grado, in modalità integrata, di portare avanti gli adempimenti burocratici dettati dalla normativa (obbligatorietà della valutazione del rischio stress lavoro-correlato), ma anche di sviluppare le tematiche legate al benessere organizzativo a tutto tondo:

- le persone,
- i processi organizzativi.
-

Al termine di questa fase si provvederà a stilare un piano di monitoraggio contenente l'indicazione della tempistica di rivalutazione del rischio e del monitoraggio in base all'efficacia degli interventi di prevenzione e protezione effettuati.

Cronoprogramma Formazione



E' successo a ... Riva del Garda (TN)

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

ANMAland? No, non siamo stati in un parco dei divertimenti, ma in un luogo aperto, un 'parco' di idee, dove scambiare esperienze, discutere proposte, confrontarsi su soluzioni e soprattutto crescere insieme. E quest'anno il 'parco' dei medici competenti si è materializzato nella verde quiete di Riva del Garda (TN), ambiente perfetto per riflettere sulla nostra professione. Dopo l'antipasto, costituito dall'annuale assemblea dei soci, nel primo pomeriggio di giovedì 28 maggio 2015 il presidente Giuseppe Briatico Vangosa, dal palco del Palazzo dei Congressi ha dato il via ai lavori del XXVIII Congresso nazionale ANMA.

La **prima sessione** dedicata alla 'Tutela della professione e della dignità del medico competente' ha visto gli interventi di Umberto Candura e Daniele Ditaranto, rispettivamente Vice Presidente e Segretario ANMA, che partendo dall'attività di tre distinti Gruppi di lavoro, hanno trattato il tema del cambiamento del ruolo del medico competente: dal 'semplice' assolvimento degli obblighi di Legge al ruolo di 'medico competente globale', ovvero il medico 'inserito nel contesto aziendale'. Successivamente Francesco Origlia, Consigliere ANMA, ha ripercorso un anno di impegno della nostra Associazione presso le sedi istituzionali con particolare riferimento all'attività di ANMA all'interno della Consulta Interassociativa della Prevenzione (CIIP). Nel prosieguo della sessione il prof. Bacchini (Università degli studi Milano Bicocca - Facoltà di Economia) si è soffermato soprattutto sul ruolo del medico competente nell'ambito del recepimento del D.Lgs. 231/01, auspicando che in una fase di riduzione dei diritti nel mondo del lavoro, la nostra figura rappresenti l'ultimo, e inviolabile, baluardo, poiché dedito al delicato tema della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Il dott. Ibba, in rappresentanza della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FNOMCEO), trattando il tema della dignità della nostra professione, ha affermato l'importanza della

qualità nella prestazione del medico competente, dalla quale nessuno può prescindere, auspicando uno sforzo culturale di cambiamento in tal senso, coinvolgendo tutte le istituzioni disponibili. Il prof. Del Vecchio (Associato di Economia aziendale, facoltà Medicina e Chirurgia, Università di Firenze) ha ripreso il tema della duplice 'offerta commerciale' del medico competente, utilizzando volutamente un linguaggio da 'marketing', innovativo ed efficace nei confronti dell'atenta platea dei medici competenti. Schematicamente è possibile offrire un 'modello' aderente alla compliance (si limita ad applicare la normativa) e competitivo nel rapporto 'qualità-prezzo', oppure un modello 'specializzato' (da 'consulente globale') in cui il professionista amplia i propri ruoli: per esempio, impegnato nella ricollocazione del lavoratore 'difficile' o dedito



alla analisi ergonomica della postazione di lavoro, perciò predisposto ad una attività di consulenza più in generale. Nel corso della discussione, animata da diversi interventi del pubblico che ricordavano il riscontro quotidiano di consulenze a prezzi 'di saldo', al di là della specifica problematica nel 'pubblico' del tariffario CONSIP, il Prof. Del Vecchio ha ribadito pragmaticamente che l'analisi del mercato è stata condotta oggettivamente, al di là di considerazioni di ordine etico, perciò esiste una situazione con la quale dobbiamo fare i conti. Alcuni dei partecipanti hanno allora richiesto a gran voce il ristabilimento del tariffario minimo, ma la sensazione è che probabilmente non basterebbe, o comunque, quando erano vigenti tariffe minime il problema sussisteva ugualmente. Tuttavia dalle relazioni e dalla discussione una indicazione è emersa sul tema nevralgico della nostra professione. Il medico competente che si sente 'attaccato' dalla concorrenza di colleghi spregiudicati e da tariffe indecorose ha una via di uscita, pur nelle difficoltà che restano soprattutto nel 'settore pubblico' e nella 'microimpresa': proporsi come 'medico competente globale'. Riuscire a far comprendere fino in fondo le potenzialità del suo ruolo e perciò i vantaggi per l'impresa sul medio-lungo termine, imponendosi con prestazioni di qualità a fronte di tariffe che gli possono essere

corrisposte proporzionalmente. Ha concluso il pomeriggio una articolata tavola rotonda con rappresentanti ANMA, ASL, FNOMCEO, INAIL, SIMLII, SPRESAL che hanno illustrato le rispettive esperienze, ma nella quale spicca l'intervento del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Genova Dott. Michele Di Lecce, che ha ripercorso dagli albori del DPR 303/56 il ruolo e l'attività del medico competente, ricordando l'importanza fondamentale del suo contributo alla valutazione dei rischi e della formulazione del giudizio di idoneità.

La **seconda sessione**. All'inizio della giornata di venerdì dedicato alle neoplasie professionali, la dr.ssa Chiara, Ricercatrice Università di Padova, ci ha accompagnato con passione e competenza nel mondo dell'oncogenesi con una carrellata di studi e pubblicazioni di elevato valore scientifico.

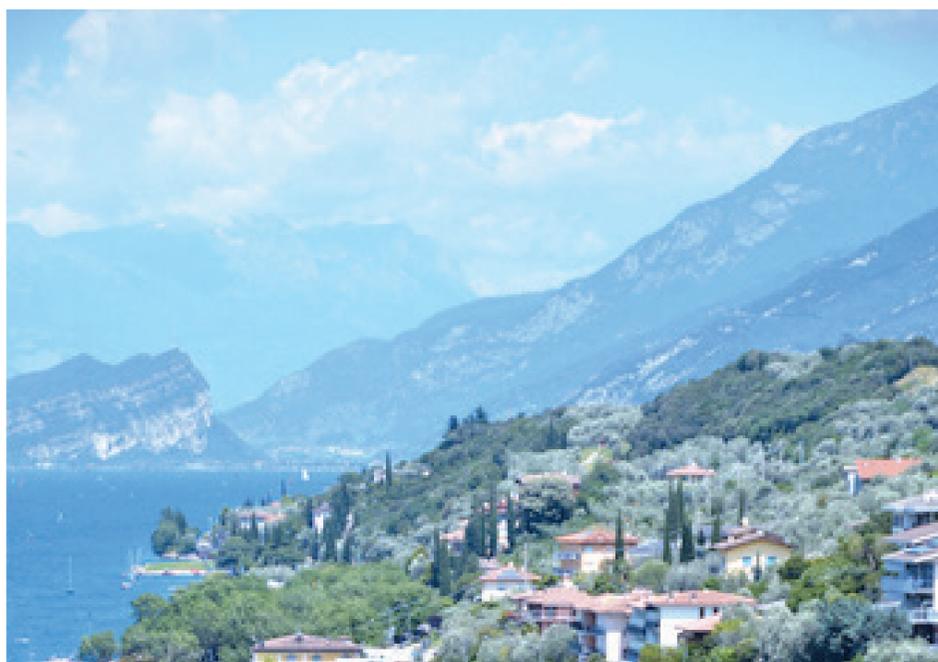
Successivamente il prof. Mastrangelo, Associato Medicina del Lavoro Università di Padova, ha illustrato recenti articoli internazionali che attribuiscono importanza al momento di comparsa della neoplasia, rispetto alla cessazione dell'esposizione al rischio professionale cancerogeno, con riduzione nel tempo della probabilità che l'origine sia professionale. Quindi, il dott. Mascagni, Direttore Medicina del Lavoro Ospedale Desio, ha illustrato diversi 'case report', mentre il prof. Bertazzi, Direttore Clinica del Lavoro L. Devoto, Università degli studi di Milano, si è soffermato sulla stima del rischio e l'attribuzione dei casi, rimarcando opportunamente una differenza, a volte fraintesa in questo campo, fra il concetto di pericolo e di rischio.

Nel corso della **terza sessione** la dr.ssa Astengo, Sovrintendente Sanitario INAIL Emilia Romagna, ha illustrato i dati INAIL in merito al riconoscimento di neoplasie professionali di origine professionale, ricordando che la percentuale di riconoscimenti rispetto alle denunce, è intorno al 50%, mentre il dott. Moccaldi, presidente AIRM, in un intervento videoregistrato dedicato all'esposizione a radiazioni ionizzanti, ha precisato che non è possibile proporre un modello valido per tutti i casi, ricordando il metodo della 'Probabilità di Causa' come supporto decisionale per l'individuazione dei casi di neoplasia da radiazioni ionizzanti destinati a denuncia/referto/segnalazione. La dr.ssa Ballarin (Dirigente medico SPISAL Azienda Sanitaria ULSS 12 Veneziana) ha riferito l'esperienza condotta sugli ex esposti ad amianto e sulle iniziative intraprese per la prevenzione e l'emersione delle neoplasia

professionali, mentre Rino Donghi, Consigliere ANMA, ha prodotto una sintesi dei diversi contributi, proponendo un orientamento operativo condiviso. Infine, nell'ambito dell'intervento più atteso, il Dott. Di Lecce ha trattato alcuni obblighi di Legge in capo al medico competente con particolare riferimento alla problematica della denuncia di 'neoplasia professionale'. Nel corso della discussione è emersa l'interessante lettura della Normativa da parte del Procuratore generale in merito all'estensione della sorveglianza verso rischi 'non normati', qualora ritenuti 'significativi' nel Documento di Valutazione dei Rischi e perciò in grado di produrre un danno nella sfera psico-fisica del lavoratore. L'intensa giornata è stata impreziosita dall'intervento del Prof. Filippetti che nel tardo pomeriggio è riuscito a catturare l'attenzione dei partecipanti con una coinvolgente lezione magistrale su 'La Bellezza e il lavoro: da Giotto a Lorenzetti'.

Durante la **quarta sessione**, 'Il lavoro opportunità per la promozione della salute', Terenzio Cassina (ANMA Milano) ha riferito interessanti esperienze di promozione della salute, insistendo sulla formulazione di una idoneità coerente con il documento di valutazione dei rischi, mentre il dott. Toniolo, psichiatra Direttore DSM Azienda ULSS 18 Rovigo, ha illustrato la modalità di gestione del paziente psichiatrico al lavoro, attraverso

le numerose esperienze sul campo. Il Presidente del Consorzio sociale Giotto di Padova, Nicola Boscoletto e il medico competente Vita Marzia (ANMA Padova), hanno raccontato con il supporto di filmati-testimonianza il progetto di recupero all'interno dell'Istituto penitenziario Due Palazzi, attraverso l'attività lavorativa, che ha prodotto il crollo percentuale dei casi di 'recidiva', rispetto alla restante popolazione carceraria. Il dott. Cattarina, sociologo, Responsabile di comunità terapeutiche a Pesaro, ha portato la sua esperienza nelle



comunità che raccolgono giovani tossicodipendenti con il consiglio pratico di 'mettere di fronte alle proprie responsabilità il lavoratore dedito alla dipendenza'. A fine sessione Piero Patanè, Consigliere ANMA, ha ripercorso la normativa dedicata agli invalidi a partire dalla Legge 68/99 che obbliga le aziende con più di 15 dipendenti al collocamento dei lavoratori disabili. Nella consueta vivace discussione sono state riferite esperienze professionali dei partecipanti che hanno ricevuto il commento dei relatori della mattinata con una raccomandazione finale: fare squadra con.. umanità! Danilo Bontadi, Consigliere ANMA e Walter Brossa, Segretario ANMA Piemonte, hanno infine raccontato l'esperienza di promozione della salute 'a distanza' attraverso l'associazione AVSI (www.avsi.org), per mantenere le attività al St. Joseph Hospital di Kitgum nel nord dell'Uganda, grazie ad una donazione di 20.000 € decisa dal Direttivo ANMA nel 2014. Il Presidente Briatico Vangosa, in chiusura di Congresso, ha sottolineato l'importanza di quest'ultima sessione, ricordando che la nostra professione è costituita soprattutto da una medicina 'di servizio', ed ha poi fatto il punto sulla situazione della nostra disciplina, non proprio rassicurante, che sconta occasioni perse e scarsa capacità di ascolto a livello istituzionale, ma con un futuro 'roseo', nonostante tutto.

I ringraziamenti finali vanno a tutti coloro che hanno reso possibile questo evento, ben organizzato e soprattutto utile alla nostra professione, ma in particolar modo a chi ha individuato la location, Riva del Garda, una autentica perla al vertice dell'omonimo lago, che ha reso veramente piacevoli le nostre giornate congressuali.

Perché il medico competente (e non solo lui) non deve sottovalutare i rischi del videoterminista.

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

INTRODUZIONE

ANMA ha dedicato particolare attenzione al tema delle attività lavorative che comportano l'uso del videoterminale per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause (art.173, comma 1, lettera c, D.Lgs.81/08 e s.m.i.), d'ora in poi 'videoterminista', da almeno dieci anni: nel 2009 la pubblicazione della monografia 'Il videoterminista e il D.Lgs.81/2008', l'approfondimento del tema in occasione di numerosi Congressi, Seminari e Corsi di aggiornamento dal 2004 ad oggi e la trattazione nella rubrica 'Ufficio & Salute', presente dal 2009 all'interno del trimestrale 'Medico Competente Journal'. Si tratta della mansione probabilmente più diffusa in Italia, almeno 16 milioni di operatori (1): eppure la percezione è di una certa sottostima

dei rischi potenzialmente correlati. Ancora oggi diversi 'addetti ai lavori' ritengono che non siano riscontrabili rischi significativi e manchi l'evidenza di patologie correlate, mentre i documenti di valutazione dei rischi risultano spesso deludenti nella parte dedicata al lavoro in ufficio o comunque alle postazioni dotate di videoterminale.

In altre parole si è fatta largo la convinzione che in questo ambito lavorativo sia già stato detto tutto e magari sia preferibile rivolgere altrove l'attenzione della comunità scientifica. Ma a chi opera quotidianamente a contatto con questi lavoratori, ed ha occasione di approfondire diverse problematiche correlate, la realtà appare un po' differente, soprattutto in merito ai rischi dell'apparato muscolo-scheletrico, ai problemi per la vista e gli occhi, agli aspetti organizzativi.



PROBLEMI LEGATI ALLA POSTURA, ALL'AFFATICAMENTO FISICO, ALLE CONDIZIONI ERGONOMICHE

Nell'ambito dell'apparato muscolo-scheletrico si riscontrano abitualmente patologie correlate all'utilizzo del videoterminale:

- a livello scientifico internazionale in ampie revisioni della letteratura (2),
- nella norma tecnica ISO 11228 -3, che raccomanda per la valutazione del rischio il metodo OCRA (3)

- nell'ambito delle Linee Guida nazionali (1, 4, 5, 6)
- in campo assicurativo nazionale, attraverso la Tabella INAIL delle Malattie Professionali.

A proposito della Tabella, di cui al D.M. 9 aprile 2008, la voce n°78 prevede "malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore per lavorazioni svolte in modo non occasionale che comportano movimenti ripetuti o mantenimento di posture incongrue".

Perciò non stupisce che diversi soci ANMA riferiscano l'aumento di casi di segnalazione, e a volte di riconoscimento da parte INAIL, di sindrome del tunnel carpale e di tendinopatie del distretto mano-polso fra i videoterminalisti.

Non solo, si apprende anche di sentenze dedicate a patologie meno note in questo ambito, che vengono riconosciute di natura professionale, come nel caso della 'Sindrome pronatoria dell'arto superiore' per 'overusing da mouse'.

Infatti l'INAIL ricorda che "la posizione seduta mantenuta per tempi prolungati in posizione fissa e l'utilizzo prolungato del 'mouse' e della 'tastiera' possono determinare un sovraccarico funzionale a carico del rachide e degli arti superiori. Pertanto la sorveglianza sanitaria dovrà comprendere anche un'accurata valutazione dei distretti interessati che tenga conto anche dei fattori predisponenti personali nonché delle abitudini voluttuarie" (5).

Il Tribunale di Asti, con sentenza del 22/10/10 seppure relativa ad attività 'produttiva' (ma si presta perfettamente al lavoro di ufficio), ha ribadito, citando Linee Guida SIMLII (6), che "il medico competente ha il dovere di eseguire controlli periodici ma anche mirati nei confronti di lavoratori affetti da patologie (malattie muscolo-scheletriche); tali patologie possono essere sia legate al lavoro sia del tutto sconnesse dall'attività lavorativa; ha il compito specifico di valutare le singole postazioni di lavoro in relazione alle specifiche malattie dalle quali è affetto il lavoratore ...".

Tali autorevoli orientamenti spingono perciò i medici competenti verso una rinnovata attenzione su alterazioni/patologie extraprofessionali, o anche soltanto predisposizioni individuali, che in ambito lavorativo potrebbero favorire l'insorgenza, o anche soltanto il peggioramento, di manifestazioni da sovraccarico biomeccanico.

A questo proposito si veda anche la modifica

introdotta dal D.Lgs 106/2009 all'art.41, comma 2 lettera c del D.Lgs.81/08: "Visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica" (ved. anche paragrafi successivi per 'visita su richiesta').

DISTURBI A VISTA ED OCCHI

Entrando nel merito dei disturbi a vista ed occhi, proprio in questi ultimi anni sono state prodotte diverse pubblicazioni internazionali (7, 8), dedicate al ruolo di rischi ambientali, ma anche 'professionali' come 'la visione ravvicinata, protratta e statica', riprese anche dalle più recenti Linee Guida SIMLII (1), con riferimento all'aumento considerevole della prevalenza della miopia nella popolazione.

Le teorie si riferiscono alle cause che, al di là dell'aspetto genetico, favorirebbero l'insorgenza di 'miopia evolutiva' per il continuo sforzo di messa a fuoco per vicino, provocato proprio dal lavoro prossimale. Perciò, se un 'danno permanente' da miopizzazione è stato smentito dagli studi longitudinali di trent'anni fa, almeno per quanto riguarda l'uso professionale del computer (9, 10, 11), non sono ancora disponibili studi mirati, che analizzino adulti impegnati in lavori a basso impegno visivo occupazionale, 'versus' soggetti esposti a intenso impegno visivo occupazionale, soprattutto tablet e smartphone, che peraltro richiedono attenzione anche sul versante muscolo-scheletrico (1).

Perciò, di fronte a nuove ipotesi eziologiche che coinvolgono aspetti ambientali e professionali, appare necessario potenziare o, in alcuni casi, riqualificare l'azione preventiva condotta dal medico competente nei confronti dei videoterminalisti, sfruttando al meglio il suo ruolo, anche allo scopo di raccogliere un importante contributo di carattere statistico-epidemiologico.

Ma al di là delle teorie fondate su 'aspetti ambientali o professionali', rimane al centro della sorveglianza sanitaria del videoterminalista l'obiettivo della diminuzione dei casi di astenopia che la letteratura degli anni '90 poneva anche al 40-50 % di prevalenza ed ora in alcuni studi scende al 20% e anche a percentuali molto più basse (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Questo risultato non è casuale, ma nasce dall'impegno profuso negli ultimi decenni da coloro che intendono andare oltre l'assenza di malattia, puntando al raggiungimento di una condizione di benessere lavorativo per il videoterminalista, uno dei principali obiettivi del medico competente negli uffici, affinché le storiche definizioni dell'OMS (19), evocate regolarmente in ogni consesso scientifico, trovino riscontro anche nella realtà pratica.



Infatti non va dimenticato che nelle popolazioni non (o non correttamente) sorvegliate, i principali disturbi/disagi, evidenziati dalla letteratura scientifica sono sempre presenti.

Secondo l'INAIL "Mal di testa, rigidità della nuca, bruciore agli occhi, lacrimazione, dolori in corrispondenza di spalle, braccia e mani sono disturbi che più frequentemente interessano gli addetti ai videoterminali. Negli ultimi anni questi disturbi sembrano essere più frequenti e ciò può essere spiegato da un lato con la maggiore diffusione del videoterminale, dall'altro con ritmi di lavoro più stressanti" (4).

Pertanto sembra che il lavoro da svolgere sia ancora molto nell'ambito dell'impegno visivo 'protratto statico e ravvicinato'. Eppure di tutto ciò si era accorto più di 300 anni fa Bernardino Ramazzini, il Padre della medicina del lavoro moderna, osservando i tipografi dell'epoca, poiché consigliava loro che di quando in quando "volgano altrove lo sguardo" (20).

AFFATICAMENTO MENTALE E STRESS LAVORO CORRELATO: I FATTORI PSICOSOCIALI

Nella realtà quotidiana del lavoro al videoterminale, caratterizzata non raramente da riduzione del personale, picchi di attività e deficit di comunicazione, tra i principali fattori psicosociali che favoriscono l'insorgenza di stress lavoro-correlato emergono 'intensità del

carico e dei ritmi di lavoro', 'scarso controllo dei processi di lavoro e impossibilità di partecipare alle decisioni', 'monotonia e scarsità di contenuti'.

E vanno inoltre ricordati il ruolo dei fattori psicosociali nella individuazione di casi di astenopia significativa (1) e le evidenze scientifiche più recenti che intrecciano disturbi muscolo-scheletrici e stress lavorativo (1, 21).

Perciò una rinnovata attenzione verso il lavoratore 'videoterminalista', può tradursi in un maggiore interesse verso il rischio stress, che ancora oggi non viene spesso valutato in profondità, alla luce dei risultati collocati stabilmente in 'fascia verde' nella stragrande maggioranza dei Documenti di valutazione dei rischi.

Perciò la sorveglianza sanitaria del videoterminalista permette di raccogliere elementi utili e di attuare un monitoraggio prezioso, che consente al medico competente di riconoscere disturbi e/o malattie lavoro associate riguardanti principalmente i sistemi neuropsichico, cardiocircolatorio, gastrointestinale, immunologico e muscoloscheletrico.

In questo modo uno strumento di prevenzione secondaria e terziaria come la sorveglianza sanitaria può fungere da feed-back per una più appropriata prevenzione primaria del rischio stress lavoro-correlato (22).

Ma allargando l'osservazione ad altri dispositivi come tablet e smartphone non si può non

pensare allo spazio crescente che sta conquistando il 'tecno-stress': un disturbo causato dall'uso scorretto ed eccessivo di tecnologie dell'informazione e di apparecchi informatici e digitali. Lo stress origina dalla necessità di adattarsi ai continui e rapidi processi tecnologici che caratterizzano modelli comportamentali indotti da nuovi ed efficienti modelli di organizzazione del lavoro (23).

EFFICACIA DELLO SCREENING ERGO-OFTALMOLOGICO

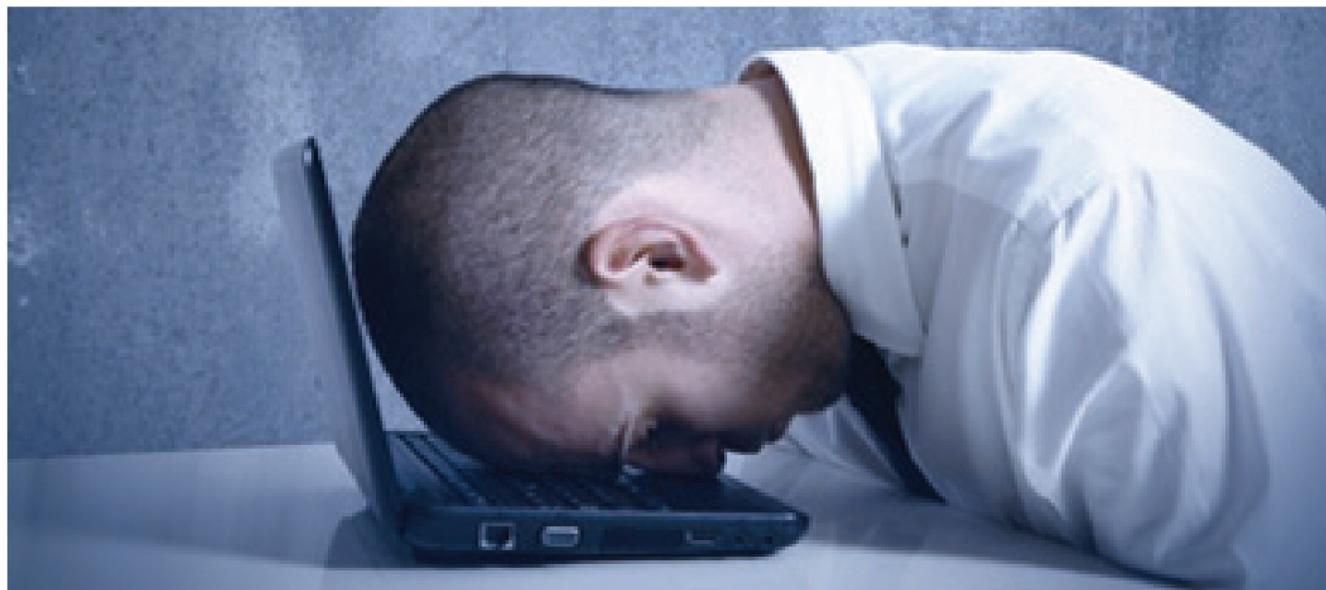
E' nota da tempo la dubbia affidabilità dei test di screening ergo oftalmologico eseguiti da medici competenti, o suoi collaboratori, attraverso l'utilizzo di ortoanalizzatori (24, 25). Inoltre é risaputo che alcune aziende ricorrono direttamente alla visita specialistica oculistica come primo accertamento di routine con marginale coinvolgimento del medico competente incaricato. Questa prassi prospetta, al di là della scarsa conoscenza della Normativa, l'esistenza di una carenza formativa, che caratterizza l'operato di diversi medici competenti, evidentemente non attrezzati a realizzare il corretto approccio specialistico verso lo screening ergo-oftalmologico. Soltanto la conoscenza delle postazioni di lavoro, e dell'ambiente più in generale, arricchita dai rilievi della sorveglianza sanitaria clinico-strumentale, mirata soprattutto agli apparati oculovisivo e muscolo scheletrico, può garantire il massimo risultato in termini di prevenzione di disturbi e malattie lavoro-correlate, fermo restando la possibilità di un approfondimento diagnostico specialistico in casi selezionati. In merito alla dubbia affidabilità dei test eseguiti con ortoanalizzatori, proprio questa criticità ha spinto ANMA ad approfondire la problematica fino alla proposta di un modello di screening

ergo oftalmologico con strumentazione manuale (26). Il modello non ha ancora ricevuto una validazione statistica definitiva, ma deriva da pubblicazioni fondamentali degli anni '90 (14, 27), presenta nei primi risultati una incoraggiante attendibilità e trova peraltro riscontro nelle indicazioni delle recentissime Linee Guida SIMLII (1), dove sono proposti test e strumenti analoghi indicati per l'utilizzo da parte del medico competente.

Naturalmente l'acquisizione di una adeguata abilità nell'esecuzione del test di funzione visiva 'manuale' passa attraverso un momento di formazione teorico-pratica. A questo proposito è già attivo un modulo specifico all'interno dei corsi di aggiornamento ANMA, a cura di medico competente e ortottista, che nel periodo 2012-2015 ha già coinvolto 160 medici competenti in diverse città italiane.

IL 'NUOVO VIDEOTERMINALISTA'

In conclusione, appaiono numerose le argomentazioni che spingono il medico competente, e non solo lui ovviamente, a non sottovalutare i rischi del 'videoterminalista', una figura professionale in continua evoluzione, impegnata in ambiti lavorativi che cambiano rapidamente e propongono nel contempo nuove sfide e insidie di pari passo con l'innovazione tecnologica. Ormai è evidente, e prima o poi lo sarà anche per il Legislatore, l'esistenza di dispositivi elettronici dotati di un piccolo, medio o grande schermo di visualizzazione, diffusi in ogni settore produttivo, che meritano una rinnovata attenzione in merito ad aspetti oculovisivi, ergonomico-biomeccanici e tecnologico-organizzativi. Ma questo quadro è già consolidato nel presente. Si rende necessario un nuovo approccio scientifico, e prima ancora



culturale, che ponga al centro dell'attenzione il 'nuovo videoterminalista', costantemente 'connesso', attraverso le proprie propaggini elettroniche, dai 'computer-occhiali' (Eyeglass-embedded computers) al computer 'oled' da polso, sottilissimo e pieghevole, nell'ambito di attività lavorative molto più 'agili' che uniscono tecnologia e flessibilità, ecologia e profitto ('smart working'). Un impegno in tal senso da parte della nostra comunità scientifica appare indispensabile, per non rimanere sorpresi da nuovi possibili effetti sulla salute, apparentemente inattesi ma in realtà prevedibili, come già accaduto nel secolo scorso per diversi rischi professionali di un'epoca che si sta concludendo.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Piccoli B. et Al., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
- 2) Ijmker S., Huysmans M., Blatter B.M., van der Beek A.J., van Mechelen W, Bongers P.M., Should office workers spend fewer hours at their computer? A systematic review of the literature, Occup. Environ. Med. Published Online First: 9 November 2006.
- 3) ISO 11228-3:2009, Ergonomics - Manual Handling- Part 3: Handling of low loads at high frequency.
- 4) INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010.
- 5) INAIL, I protocolli di sorveglianza sanitaria nelle strutture INAIL, 2010.
- 6) Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco A., Draicchio F., Matioli S., Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (UEWMSD's) PIME, Pavia 2003.
- 7) Vitale S, Sperduto R D, Ferris FL. Increased Prevalence of Myopia in the United States Between 1971-1972 and 1999-2004. Arch Ophthalmol 2009; 127: 1632-1639.
- 8) Morgan I.G., Ohno-Matsui K., Saw S-M, Myopia. The Lancet, 2012, 379: 1739 – 1748.
- 9) Bagolini B, Ricci B, Molle F, Lepore D, Study on ocular motility in Telephone Company employees working with video display units: preliminary conclusions, Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 49-68.
- 10) Scullica L, Rechichi C, The influence of refractive defects on the appearance of asthenopia in subjects employed at videoterminals (epidemiologic survey on 30.000 subjects), Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 25-48.
- 11) Rechichi C, Scullica L, VDU work - Longitudinal survey on refractive defects, Acta ophthalmologica Scandinavica 1996, 74: 629-631.
- 12) Assini R., Gallo E., Cavallo D., Zimbelli P.L., Piccoli B.: Applicazione del Decreto Legislativo 626/94 in una collettività di lavoratori del settore bancario-assicurativo: risultati di un'esperienza sul campo. G. Ital. Med. Lav. Erg; 25:2, 199 (2003).
- 13) Cassina T., La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti, analisi dei risultati registrati in SISINFO 626 – periodo 2 luglio 2001 – 31 dicembre 2003. Medico Competente Journal, ottobre 2002, n°2/2002.
- 14) Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergo oftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.
- 15) Piccoli B., Gratton I., Pierini F., Catenacci G., Raimondi E., Farulla A., Asthenopia and objective ophthalmological findings in a population of 2058 VDT operators in Lombardy, G Ital Med Lav. 1989 Nov;11(6): 267-71.
- 16) Quintili M., Presto M., Anagni C., Beccia G., Lepre L., Masci O.: Alterazioni del visus in un gruppo di operatori addetti al VDT. Contributo casistico. Atti 58° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Bologna, 1003-1007 (1995).
- 17) Taino G., Ferrari M., Imestad I.J., Fabris F., Imbriani M., Asthenopia e lavoro al videoterminale: studio di una popolazione di 191 lavoratori esposti al rischio mediante somministrazione di questionario anamnestico mirato e valutazione oftalmologia, G Ital Med Lav Erg 2006; 28:4, 487-497 © PI-ME, Pavia 2006.
- 18) D'Orso M.I., Assini R., Gallo E., Magrini A., Bergamaschi A., Piccoli B., La valutazione ergo oftalmica preventiva dei posti di lavoro nei call center: un valido strumento di prevenzione dei disturbi astenopici occupazionali, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
- 19) WHO, World Health Organisation, Organizzazione Mondiale della Sanità, Conferenza Mondiale di Alma Ata, 1978.
- 20) Franco G., Meglio prevenire che curare. Il pensiero di Bernardino Ramazzini medico sociale e scienziato visionario, Narcissus, 2015.
- 21) Siegrist J, Challenges of measuring stress at work: an illustration based on the effort-reward imbalance model, Congresso Nazionale ANMA, Roma, 2014.
- 22) Torri P., Il contributo del Medico Competente nella valutazione e gestione dello stress, Seminario ANMA, 'Stress lavoro-correlato: Rischio inevitabile? Soluzioni possibili?', Venezia, 25/9/2015.
- 23) Servadio M., Tecno stress: lo stress lavoro-correlato connesso all'uso delle nuove tecnologie digitali, Medico Competente Journal, n°1/2015.
- 24) Piccoli B., Funzioni visive e attività lavorative. Impegno visivo ed ambiente di lavoro: valutazione e quantificazione,

Seminari di Medicina del Lavoro 2006, Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Genova, Genova 7 giugno 2006.

- 25) Totaro B., Assini R., Consonni D., Guzzi C., Troiano P., Dal Pozzo R., D'Orso M., Bergamaschi A., Piccoli B., Adeguatezza e affidabilità dell'ortoanalizzatore ergovision nel giudizio di idoneità specifica, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
- 26) Santucci P., Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista, Seminario ANMA 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano (GE) 19 ottobre 2012.
- 27) Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle province Autonome, Sicurezza e Salute nei luoghi di lavoro, Linee Guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94, Regione Emilia Romagna, 1999.



LA TABELLA ANMA É UNO STRUMENTO FINALIZZATO AD ORIENTARE IL MEDICO COMPETENTE NELLA COMPILAZIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CON RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DEL MOUSE (RIF. MCJ N°4/2014):

SE HAI UN CONTRIBUTO DA INVIARE IN MERITO O VUOI COLLABORARE ALL'AGGIORNAMENTO DELLA TABELLA ANMA INVIA UNA MAIL A:

UFFICIOESALUTE@ANMA.IT

**ANMA
RISPONDE**



A cura di Piero Patanè, Consigliere Nazionale ANMA

TEST DI SCREENING

D: Dopo un test di screening per ricerca assenza assunzione sost.psicotro/stupefacienti risultato positivo, eseguito ad un lavoratore con mansione di carrellista, ho espresso un giudizio di temporanea non idoneità alla guida del muletto in attesa del referto del test di conferma da parte della tossicologia forense. Il lavoratore si è rivolto al Dott. Marano (Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione sanitaria) chiedendo della correttezza del giudizio. La risposta è stata che la temporanea non idoneità può essere espressa solo dopo l'avvenuta conferma da parte della tossicologia forense. La domanda è: nel limbo temporale che separa i due referti come deve esprimersi il Medico Competente? grazie anticipatamente del vs parere Dott.ssa Ranieri

R: E' proprio un'area grigia della norma, più volte segnalata e mai sanata! Il giudizio dovrebbe essere espresso a conclusione dell'accertamento di I livello e quindi con l'esecuzione del test di conferma. Ma giustamente: nel limbo tra lo screening e il test di conferma?

Alcuni medici competenti richiedono ai laboratori solo l'esito confermato, saltando il referto di screening positivo. Altri si comportano come hai fatto tu. Molte criticità sono correlate anche alla mansione e al tipo di droga (camionista e cocaina per fare un esempio). La cosa che consigliamo è: qualsiasi sia la strada scelta, sia precisata in una procedura condivisa tra medico competente, datore di lavoro, RSPP e rappresentanti dei lavoratori.

PS: Sembra che la norma in tema di alcol e droghe cambierà (a breve?); speriamo in meglio ... speriamo.



PROCEDURA IN CASO DI RIENTRO AL LAVORO DOPO MALATTIA > 60GG

D: Esiste una procedura chiara, valevole per tutta la nazione per la visita di rientro dopo assenza per malattia >60 gg, nel rispetto dell'art.5 Statuto dei lavoratori e dell'interpello che prevede che il lavoratore possa essere visitato anche durante il periodo di malattia? Entro quanti giorni dopo la ripresa del lavoro? e durante la ripresa prima della visita medica che lavoro può svolgere? Grazie Paola Di Bello

R: Caro collega.

Penso sia un refuso di battitura, ma il lavoratore non può essere visitato durante la malattia. Procedure non ce ne sono se non quelle che ogni medico competente concorda con l'azienda. La cosa che terrei presente è la finalità implicita nell'introduzione di questo tipo di visita: impedire che un lavoratore con dei residui temporanei o permanenti da malattia e che per la sua assenza piuttosto lunga, si presume di una certa importanza, sia diventato maggiormente suscettibile a rischi lavorativi rispetto al periodo precedente la malattia stessa. Per l'organizzazione, come più volte ribadito in questa rubrica a domande analoghe che riguardavano tutta la gamma di criticità insite in questo contesto, si fa di necessità virtù: talvolta per esprimere il giudizio è sufficiente valutare la documentazione clinica che possiamo ottenere facilmente, talvolta è necessario vedere il lavoratore (e in questo caso il formulare una procedura con il DL è utile); nelle more dell'espressione di giudizio, il lavoratore non può svolgere alcuna mansione (esempio paradossale, perché si presume dell'intelligenza di tutti, ma chiaro: l'infortunato con mansione fonditore acciaieria)

INTERVENTO DI PRIMO SOCCORSO DEL MEDICO COMPETENTE

D: Salve, in occasione delle visite mediche presso una Azienda, sono stato contattato da un caporeparto per una ferita alla mano di un operaio. Dopo una prima valutazione e le necessarie cure ho ritenuto corretto inviare l'operaio al ps per le cure del caso e la denuncia inail. Mi sembra di

ricordare che alcuni anni fa già il dr. Guarniello si fosse pronunciato in merito condannando un collega che aveva provveduto a prestare le cure necessarie ma non aveva provveduto alla denuncia inail. Il medico competente nel caso su esposto, dopo aver provveduto alle cure necessarie deve/può compilare la denuncia inail? E' corretto inviare ad altro medico l'infortunato indipendentemente dalla gravità della lesione? Qualora venisse chiesto dall'operaio di ridurre la durata dell'infortunio, può il medico competente in scienza e coscienza provvedere alla riduzione/chiusura dell'infortunio? Grazie Roberto Bozzetto

R: Solo un medico di struttura pubblica (normalmente il PS) o un medico di MMG e quindi convenzionato (ma in questo caso l'infortunio deve essere poi ratificato da visita presso Inail) può aprire un infortunio Inail. Per questo hai fatto benissimo ad inviarlo al PS (naturalmente con il consenso del lavoratore che non può essere obbligato) per le ulteriori cure e per 'aprire' l'infortunio. Sono sempre questi stessi soggetti a fissare la prognosi e quindi a chiudere l'infortunio. Il medico competente non può intervenire in questo processo. Tant'è che in rari casi di alcune grandi aziende il Pronto Soccorso aziendale è gestito in convenzione o direttamente da Inail.



ORARIO SPEZZATO

D: Gent.mi, mi trovo a valutare una lavoratrice che si lamenta del lavoro con orario spezzato. La lavoratrice, operaia ausiliaria in una struttura per anziani, affetta da disturbo depressivo, ritiene che la modalità a turno spezzato influisca sul suo benessere psicofisico. La dipendente era già portatrice di questo quadro patologico, prima della collocazione in questa modalità di orario. L'azienda, per motivi organizzativi, ha adottato da un paio di anni questa modalità di orario. Quattro ore al mattino e rientro pomeridiano con altre quattro ore. Chi svolge questo turno, personale ausiliario e cucina, deve fare anche i giorni festivi. La dipendente ha chiesto consulenza ad un medico legale che ha relazionato sulla correlazione tra benessere psicofisico della lavoratrice ed orario di lavoro spezzato, richiamando la necessità di adibirla ad orario normale. Ora, sentendo anche l'azienda, risulta che non sia previsto, secondo la organizzazione del lavoro impostata, che vi sia possibilità di orario normale per le figure sopracitate di cuoca ed ausiliaria. Personalmente ho fatto qualche ricerca ma non ho trovato grandi cose su idoneità al lavoro a turni se non per quello notturno. Vi sono delle linee guida che possano orientarmi sulla

valutazione di una turnazione su orario spezzato? Esistono delle controindicazioni assolute o relative a questo tipo di orario? Se l'azienda ha impostato questo tipo di orario, senza prevedere altre modalità, il lavoratore potrebbe perdere il posto perché non ricollocabile qualora esprimesse un giudizio di non esecuzione di orario spezzato? Ringrazio per le vostre risposte

R: Non c'è una linea guida perché non esiste un rischio da turno spezzato. Anzi il normale orario di lavoro giornaliero è di solito quello più sostenibile. In questo caso si può pensare ad un rischio da stress organizzativo (pendolarismo?) in soggetto ipersuscettibile per patologia psichiatrica. Più che il medico legale sarebbe bene sentire lo specialista psichiatra che la segue per capire l'entità del problema e condividere alcuni aspetti della gestione. La questione è tra le parti in causa e quindi verificare eventualmente se l'azienda ha all'interno della sua organizzazione una certa flessibilità anche temporanea: cioè quanto il DL è disponibile a venire incontro alle difficoltà della dipendente: non è proponibile a nostro avviso un giudizio su un 'non rischio'.

Ricordiamoci però che oltre al giudizio di idoneità il medico competente può esprimere al datore di lavoro dei pareri di opportunità legati a situazioni particolari non secondari a rischi lavorativi, che non hanno la stessa cogenza del giudizio, ma che possono essere un contributo al DL per una miglior gestione del lavoratore.





A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

SCIENZA E POESIA

Ho un amico artista che ha una posizione che qualche volta non condivido. Sollevando un fiore dice: “osserva quanto è bello”, ed io sono d’accordo. Poi aggiunge: “vedi, io come artista posso scorgere la bellezza del fiore, mentre tu come scienziato scomponi tutto questo in parti e lo fai diventare banale”. In questo caso io credo che lui non abbia ragione. Per prima cosa la bellezza che lui vede è accessibile a tutti, me compreso. Credo, pur non essendo esteticamente raffinato quanto lui, di saper apprezzare la bellezza, al tempo stesso posso veder molte più cose a proposito del fiore di quante ne veda lui. Posso immaginare le cellule all’interno e le complicate interazioni, dotate loro volta di vitalità.... Voglio dire che la bellezza non esiste solo ad un centimetro di distanza, esiste bellezza anche ad una dimensione inferiore, nella struttura interna, nei processi; è interessante che i colori del fiore si siano evoluti per attrarre gli insetti impollinatori, significa che gli insetti possono vedere i colori. Questo senso estetico è condiviso anche da forme inferiori? Perché è estetico? Tutta una serie di interessanti domande che mostrano come la scienza non faccia altro che aggiungere mistero ed emozione alla contemplazione di un fiore, non capisco come potrebbe sminuirlo.

L’UNIVERSO IN UN BICCHIERE DI VINO

Un poeta, credo fosse, un giorno disse: “l’intero universo in un bicchiere di vino”. E’ vero che se guardi un bicchiere di vino abbastanza da vicino vedrai l’intero universo. Ecco le cose della fisica: le torsioni del liquido e i riflessi del vetro e con la nostra immaginazione vediamo gli atomi. Il vino evapora a seconda del vento e delle condizioni del tempo. Il vetro è un distillato della roccia terrestre e nella sua composizione si svela il segreto dell’età dell’universo e l’evoluzione delle stelle. Quale schiera di componenti chimici ci sono nel vino? Come si sono formati? Ci sono fermenti, enzimi, substrati e prodotti e lì nel vino si fonda la grande armonia: tutta la vita è fermentazione. Com’è intenso il colore del vino che proietta la sua presenza nella coscienza di colui che lo osserva. Se le nostre piccole menti, per qualche modesta convenienza, dividono questo bicchiere di vino di questo universo in diverse parti: fisica, biologia, geologia, astronomia, psicologia ecc., ricorda che la natura non fa questo. Per cui rimettiamo tutto assieme per non scordarci infine per cosa ultimamente è fatto, lasciamo che ci regali ancora un ultimo piacere: beviamolo in un sorso e scordiamoci di tutta questa storia.

Non nuoce al mistero svelarne una piccola parte perché la verità è molto più grandiosa di quanto qualunque artista del passato abbia potuto immaginare

Richard Feynman, premio Nobel per la Fisica nel 1965, studioso di indiscussa umanità e grande simpatia e senza dubbio uno dei maggiori fisici teorici del novecento. Brani tratti dal discorso inaugurale tenuto agli studenti del Caltech di Pasadena in occasione dell’apertura dell’Anno Accademico 1974-75.