

Umberto Candura - Presidente Associazione Nazionale Medici d'azienda e competenti

## IL QUADRIENNIO CHE VERRA'

E' buona norma inaugurare una nuova stagione associativa – che ha preso il via con il rinnovo delle cariche sociali al Congresso ANMA di Torino - con qualche nota di saluto e qualche riflessione su quello che può essere con una certa enfasi chiamato il documento programmatico ANMA per il prossimo quadriennio 2016-2020. Ma mentre scrivo queste note il presumibile cambiamento in corso dello scenario politico/istituzionale mi fa riflettere quanto sia affannosa la ricerca di un equilibrio quanto mai precario nella vita professionale di una figura come quella del medico competente, profondamente legata ad aspetti normativi e di sistema. Purtroppo proprio in questi momenti di relativa incertezza mi rendo conto della forza e dell'attualità del progetto che ANMA ha intrapreso da molti anni, postulando “un modello” di MC che si afferma sulla base dell'evidenza sul campo ed è quindi vantaggiosamente fruibile in qualsivoglia contesto normativo ed economico. In altre parole – come abbiamo più volte sottolineato – un modello basato su un virtuoso inserimento nel contesto aziendale ed in quello territoriale, nonché su una costante ricerca di qualità e suoi attendibili indicatori per le proprie prestazioni non può che elevare l'efficacia di tutto il sistema della SSL. In questi ultimi anni ANMA – sotto la presidenza e grazie alla lungimiranza ed alla passione di Giuseppe Briatico – ha avviato un percorso virtuoso che non posso che continuare a sostenere e sviluppare, convinto peraltro che il mio modesto contributo sarà ben poca cosa senza l'appoggio e la condivisione di intenti degli Organismi Collegiali e di tutta l'Associazione. Nostri prossimi obiettivi saranno quelli di migliorare la visibilità ed il peso di ANMA nei confronti di interlocutori istituzionali e professionali, senza dimenticare di curare con attenzione ed originalità la nostra punta di diamante, rappresentata dall'aggiornamento ECM, unanimemente riconosciuto come uno strumento di crescita e di sviluppo di conoscenze nella disciplina, anche e soprattutto per i connotati di interprofessionalità acquisiti. In questo ambito – e non solo – un nostro preciso obiettivo è quello di rafforzare la partecipazione attiva degli iscritti, soprattutto di quelle nuove generazioni di colleghi alle quali consegnare il futuro dell'Associazione. Le recenti “proposte normative” sulla figura del MC, sulle quali abbiamo già reso note le nostre considerazioni, al di là delle ipotesi più o meno velleitarie che prospettano, ci impegnano comunque a rimanere vigili sugli scenari futuri ed a tutelare nelle sedi opportune la dignità e la storia della nostra professione, anche facendo fronte comune laddove necessario con altre associazioni rappresentative delle istanze dei MC. A questo riguardo però siamo convinti che sia necessario far emergere quello che è la percezione della base associativa sull'attuale consapevolezza del ruolo e quali siano le reali aspettative sul futuro della professione, perché solo conoscendo come la pensano i mille e più soci ANMA possiamo realmente rappresentarli e farci interpreti delle loro istanze. Pertanto un'importante iniziativa di questo nuovo quadriennio sarà la distribuzione capillare di un questionario conoscitivo, dopo quello già sviluppato nel 2012, dal quale ci aspettiamo di trarre i necessari elementi di conoscenza sul profilo del socio ANMA che ci aiuteranno ad orientare le strategie associative. Colgo l'occasione per invitare caldamente tutti a fornire un valido contributo aderendo a tale iniziativa, che fornirà peraltro un determinante apporto ai contenuti del XXX Congresso Nazionale che l'ANMA terrà a Napoli a Giugno 2017.

Altre cose bollono in pentola e speriamo che prevalga quello spirito collegiale che porti tutti noi a sentirci coinvolti ed a rendere le prossime sfide alla nostra portata: ad esempio mi fa piacere comunicare in questa occasione che ANMA inaugurerà a breve una rubrica sulla prestigiosa rivista “Ambiente & Sicurezza”, che ci consentirà di confrontarci con una platea di diverse migliaia di addetti ai lavori in SSL, mentre siamo in procinto di iniziare una collaborazione – sotto l'egida della FISM - con altre Associazioni scientifiche allo scopo di mettere a disposizione ai fini di una efficace ricerca epidemiologica i dati relativi alla sorveglianza sanitaria. Insomma, nonostante tutto, il momento storico che viviamo può riservare una serie di opportunità che vanno colte a beneficio dell'intero sistema nel quale opera il medico competente, ma è anche il momento di serrare le fila e della coesione per un progetto comune di crescita.

Un augurio a tutti di un proficuo nuovo anno



**SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI**

**Campania**  
 Segr. Giuseppe Iannuzzi

**Emilia Romagna**  
 Segr. Mauro Valsiglio

**Lazio**  
 Segr. Paolo Sanchioli

**Liguria**  
 Segr. Carlo Valchi

**Lombardia**  
 Segr. Luigi Aversa

**Friuli Venezia Giulia**  
 Segr. Piero Patanè

**Marche**  
 Segr. Giuseppe Olivetti

**Piemonte e Val d'Aosta**  
 Segr. Valter Brossa

**Puglia e Lucania**  
 Segr. Rocco Lorenzo

**Toscana**  
 Segr. Andrea Bigotti

**Trentino Alto Adige**  
 Segr. Azelio De Santa

**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](http://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](http://www.anma.it))  
 • bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano  
 Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22



7



11



17



28

**SOMMARIO**



**IN PRIMO  
PIANO**

4

- DDL Ribaudò-Boccuzzi: gli aspetti giuridici critici

8

- Il controllo del consumo di alcol e droghe nei  
 luoghi di lavoro: uno sguardo nel mondo.  
 - Definizione del metodo Cesvor per la valuta-  
 zione dei rischi di diversità<sup>1</sup>.  
 - Il metodo Cesvor per la valutazione prelimina-  
 re del rischio stress lavoro-correlato<sup>1</sup>.

**CONTRIBUTI**

31

- Idoneità con prescrizioni mirate a problemati-  
 che a carico di arti superiori e rachide in una po-  
 polazione di videoterminalisti: 2<sup>a</sup> parte.

**UFFICIO  
E  
SALUTE**

40

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

**DA  
LEGGERE IN  
POLTRONA**

## DDL Ribaud-Boccuzzi: gli aspetti giuridici critici

Dr. Maurizio Del Nevo

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la riflessione del collega Maurizio del Nevo. Fra tutti i commenti che sono circolati in questo fine anno risalta per la sua acutezza e ragionevolezza. ANMA aveva già approfondito questi aspetti, proprio in una altra occasione in cui il nostro profilo giuridico era messo in discussione e si avvale dell'autorevole giudizio del costituzionalista prof. Onida.

Ringraziamo il dott. Del Nevo per aver voluto condividere con la nostra Associazione la sua posizione che ci trova pienamente concordi.

La recente proposta di legge Ribaud-Boccuzzi ha suscitato un vivace dibattito tra gli addetti ai lavori, dibattito portato avanti in tutti termini possibili tranne che in termini giuridici: quando si parla di una legge sarebbe invece auspicabile lasciare da parte gli aspetti politico-sindacali concentrandosi piuttosto sugli aspetti più tecnici. In particolare una legge andrebbe analizzata alla luce della conoscenza dei principi giuridici e costituzionali del diritto e non, come troppo spesso si vede, sulla base alla sola lettura del D.Lgs 81/2008, anche perché, come vedremo in seguito, gli insegnamenti in materia da parte della Corte di Cassazione non mancano certo.

Evidentemente non tutti sanno che molti degli articoli del D.Lgs 81/2008 non sono altro che il recepimento di precedenti sentenze della Corte di Cassazione: ad esempio l'art.16 ("Deleghe di funzione") è il recepimento legislativo di decine di sentenze in materia<sup>1</sup> e l'art. 42<sup>2</sup> che non è altro che la trasposizione (con errori ...) della celebre sentenza n.7755/98 delle Sezioni Unite; anche nel caso della nomina del medico competente la Suprema Corte ha avuto modo di fornire preziosi insegnamenti.

La prima domanda giuridica da porsi è perché il D.Lgs 81/2008 demandi al datore di lavoro la libera scelta del medico competente, il quale può anche essere un dipendente del datore di lavoro (art.39 comma 2°); il tema è davvero interessante, tenuto conto anche di come non sia sempre stato così. La prima menzione della figura del medico competente è rintracciabile nel DPR 303/56 dove all'art. 33 si leggeva "Visite mediche. - Nelle lavorazioni industriali che espongono all'azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultano comunque nocive, indicate nella tabella allegata al presente decreto, i lavoratori devono essere visitati da un medico competente". Dal testo di legge non era desumibile chi fosse esattamente questo medico competente e l'opinione della Corte di Cassazione sezione lavoro, a riguardo, era che questa figura, dovendo mantenere una posizione di imparzialità tra datore di lavoro e lavoratore, dovesse essere necessariamente pubblica (tra le tante Cass. civile, sez. Lavoro, n. 2799/86).

Le cose però cambiarono radicalmente quando la questione venne affrontata questa volta dalla sezione penale della Cassazione (Cass. sez. III pen. 20.6.91 n. 6828 Ric. Facchini): "Le visite

mediche preventive e periodiche sui lavoratori esposti a rischio di cui all'art.33 DPR 303/56 non sono di competenza esclusiva delle strutture pubbliche... La norma di cui all'art.33 DPR 303/56, dettata in materia di igiene del lavoro, non è in contrasto con l'art.5 dello Statuto dei lavoratori. Né possono essere condivise le conclusioni della sentenza di questa stessa Corte, sezione lavoro 21.4.86, secondo cui anche gli accertamenti sanitari obbligatori previsti dall'art.33 DPR 303/56 sono di competenza esclusiva delle strutture pubbliche. Ciò infatti porterebbe ad escludere la diretta responsabilità del datore di lavoro che non sarebbe più perseguibile né penalmente né civilmente sol che dimostri di avere tempestivamente provocato l'intervento della struttura pubblica, in palese contrasto con la giurisprudenza e la dottrina che ha, invece, sempre ritenuto responsabile delle eventuali conseguenze dannose derivate al dipendente il datore di lavoro che abbia ommesso di sottoporre il lavoratore ad adeguato controllo sanitario proprio in considerazione che su di esso grava l'obbligo specifico di provvedere a riguardo".

Le indicazioni della Suprema Corte sono lucidissime e rappresentano una autentica pietra angolare della medicina del lavoro: il medico competente «non può che» essere di libera scelta del datore di lavoro; qualora infatti si imponesse al datore di lavoro un medico pubblico e quindi non di sua libera scelta, il datore di lavoro non potrebbe in alcun modo, né in eligendo né in vigilando, rispondere dell'operato del sanitario. In caso di tecnopatia causata da errata od omessa sorveglianza sanitaria, un diritto costituzionalmente garantito quale è quello del diritto alla salute dei lavoratori, in pratica, potrebbe quindi essere non garantito anche solo a causa della semplice inerzia o errore della pubblica amministrazione. Questo va quindi contro l'architettura generale del diritto penale della sicurezza sul lavoro in Italia: in altri termini, esattamente come, ad esempio, il datore di lavoro deve utilizzare mezzi di protezione alla fonte e DPI idonei, alla stessa maniera deve scegliere un medico competente idoneo allo scopo; imporre un medico competente "pubblico" sarebbe come imporre "scarpe pubbliche" al datore di lavoro, il quale sarebbe esonerato da responsabilità qualora l'infortunio derivasse da calzature di sicurezza inadeguate. La conseguenza è obbligata: "Il medico previsto dal D.Lgs. n. 626/1994 è quindi incaricato stabilmente dal datore di lavoro sulla base di un rapporto fiduciario, e può essere o dipendente di una struttura esterna, pubblica o privata convenzionata, oppure libero professionista ovvero dipendente del datore di lavoro (art. 17, comma 4). I suoi compiti sono definiti per legge e sono comunque finalizzati alla prevenzione e protezione dei lavoratori esposti allo specifico rischio lavorativo ..." (Cass. penale, Sez. III n. 1728/2005).

Nel settembre del 1991, cioè solo tre mesi dopo la sentenza Facchini, il legislatore recepiva appieno queste indicazioni della giurisprudenza nel decreto legislativo 277/91, che per la prima volta introduceva il concetto di medico competente solo «preferibilmente» pubblico, per poi lasciare completa e libera scelta da parte del datore di lavoro con l'emanazione del D.Lgs 626/94.

Il fatto che il medico competente non possa che essere di libera scelta da parte del datore di lavoro non è stata dunque una scelta politica o lobbistica, ma semplicemente il recepimento di una precisa indicazione giurisprudenziale di legittimità del 1991: il progetto di legge Ribaudò-Bocuzzi appare pertanto rischioso di riportare la questione ad uno stadio antecedente di un problema che giurisprudenza e dottrina avevano ormai pacificamente superato.

Un altro aspetto giuridico rilevante, che nel dibattito non è stato evidenziato, deriva dal fatto che il progetto di legge prevedrebbe un chiaro potere di designazione e autorizzazione dei medici competenti da parte degli SPSAL<sup>3</sup>: ora questo creerebbe una situazione assolutamente unica e anomala in termini istituzionali. Lo SPSAL è notoriamente organo incaricato di poteri di polizia giudiziaria e risponde direttamente alla Procura; attribuendogli anche poteri di designazione dei medici competenti, di fatto, lo SPSAL si troverebbe ora anche dotato di “nuovi poteri” oltre a quelli giudiziari. In termini più semplici si creerebbe una situazione, probabilmente unica nelle democrazie occidentali, in cui “i controllori avrebbero il potere di scegliersi i controllati” e di esercitare una sorta di doppio controllo; il primo di “oggettivo” controllo del rispetto della legge penale, il secondo di “soggettivo” potere di esclusione/inclusione alla professione<sup>4</sup>. Né la polizia, né i carabinieri o la guardia di finanza sono stati mai dotati di questo doppio potere, né nessun disegno di legge ha mai previsto che sia la guardia di finanza a “scegliere” i commercialisti o la polizia stradale a “scegliere” gli automobilisti: attribuire ad organi di polizia giudiziaria altri poteri oltre a quelli giudiziari rappresenterebbe una strada istituzionalmente molto pericolosa, che nessun legislatore aveva neppure mai ipotizzato fino ad oggi. Non meno problematica sarebbe la strada del ritorno alla sorveglianza sanitaria esclusivamente eseguita dall’ASL: in questo caso ci si troverebbe nella situazione in cui il controllore (SPSAL dell’ASL) addirittura controllerebbe sé stesso ..., oltre ai problemi giuridici già lucidamente evidenziati dalla sopra illustrata sentenza Facchini.

<sup>1</sup> *“In materia antinfortunistica così come in materia ambientale, la delega degli adempimenti da parte dell’imprenditore ad altri soggetti è legittima alle seguenti condizioni: sotto l’aspetto oggettivo, le dimensioni dell’impresa, che devono essere tali da giustificare la necessità di decentrare compiti e responsabilità: l’effettivo trasferimento dei poteri in capo al delegato, con l’attribuzione di una completa autonomia decisionale e di gestione e con piena disponibilità economica; l’esistenza di precise ed ineludibili norme interne o disposizioni statutarie che disciplinino il conferimento della delega ed adeguata pubblicità della medesima; uno specifico e puntuale contenuto della delega; sotto l’aspetto soggettivo: la capacità e l’idoneità tecnica del soggetto delegato; il divieto di ingerenza da parte del delegante nell’espletamento dell’attività del delegato; l’insussistenza di una richiesta d’intervento da parte del delegato; la mancata conoscenza della negligenza o della sopravvenuta inidoneità del delegato”* (Cass. Pen. 5242 del 27.5.96)

<sup>2</sup> *1. Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione ai giudizi di cui all’articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un’inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza”*

<sup>3</sup> *“Ai fini della individuazione del medico competente, il datore di lavoro si rivolge all’azienda sanitaria competente territorialmente, la quale provvede alla designazione nell’ambito degli elenchi dei professionisti in possesso dei requisiti di cui all’articolo 38, attingendo dall’albo specialistico ambulatoriale tenuto presso la medesima azienda sanitaria locale”*.

<sup>4</sup> Il progetto di legge lascia di fatto totale arbitrio agli SPSAL di scegliere quale medico inviare alla ditta non indicando il benchè minimo criterio in base al quale i medici andrebbero scelti.



## Il controllo del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro: uno sguardo nel mondo.

Giuseppe Briatico-Vangosa, Past President ANMA

### PREMESSA

Le soluzioni attuate per controllare il consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro nei vari Paesi di un mondo cosiddetto globalizzato sono in effetti molto differenti.

La promozione della salute con le sue radici profonde avrebbe potuto essere il legante per una soluzione condivisa partendo dalla teoria di O'Donnell e Harris [1994], che definisce la promozione alla salute come la scienza e l'arte di aiutare le persone a cambiare il loro stile di vita in direzione di uno stato ottimale di salute, per arrivare alla Carta di Ottawa che precisa che la promozione della salute non può essere conseguita solo attraverso interventi del settore sanitario, ma deve essere il frutto dell'intervento congiunto e multilaterale di tutti gli organismi interessati, ovvero i governi, le istituzioni sanitarie, sociali ed economiche, le aziende, le imprese, le scuole, le organizzazioni di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione [WHO 1986] e chiudere con la Dichiarazione di Lussemburgo (1997) che definisce la promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) lo "sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento delle capacità personali.

In effetti è prevalsa la cultura del controllo del consumo di alcol e stupefacenti sull'attuazione di politiche condivise di promozione della salute; un controllo che è stato guidato dalla storia e dalle caratteristiche economiche e socio-politiche di ogni Paese. In altre parole a fronte di un problema comune, le soluzioni sono tante, differenti e difficilmente comparabili.

### LA PRATICA DEL WORKPLACE DRUG TESTING (WDT)

**USA** Negli Stati Uniti d'America le prime esperienze di prevenzione nei luoghi di lavoro dirette al consumo di alcol e droghe partono dagli anni '80, mentre in Europa la questione è sollevata dopo circa una quindicina d'anni, come evidenziato durante il primo Simposio europeo sull'argomento tenutosi a Stoccolma nel 1998 [Dalen et al. 2000].

Le prime esperienze di impiego del drug testing si sono realizzate a partire dal 1981 nel settore della marina militare. Il Presidente Reagan, a partire dal 1986, stabilì che il drug free workplace dovesse costituire una priorità nazionale [De Luca 2002]. Il Drug-Free Workplace Act del 1988 portò all'affermarsi ed al consolidarsi della pratica nelle aziende, sebbene nel privato il ricorso all'accertamento tossicologico sia stato ancora precedente.

Il drug testing è inizialmente legittimato con motivazioni legate alla sicurezza dei lavoratori. Infatti esso viene applicato in oltre il 70% delle aziende appartenenti al settore dei trasporti, delle comunicazioni e del settore estrattivo ed edile; in circa il 60% delle imprese manifatturiere; nel 50% delle aziende addette alla vendita; in circa il 30% delle imprese di servizi e nel 23% delle agenzie di tipo finanziario, assicurativo e patrimoniali (Hartwell e colleghi [1995]). Ben presto però diviene uno strumento applicato anche ai white collar, lavoratori che non svolgono mansioni a rischio per la sicurezza, inducendo a ritenerlo arma principale nella guerra alle droghe [Koch 1998: 1001].

USA

Successivamente vengono sottoposti a esami anche i lavoratori della Pubblica amministrazione, sostenendo che il drug testing abbia una valenza simbolica in grado di rafforzare tre concetti chiave per gli americani: la democrazia costituzionale, il senso di comunità e l'integrità della Pubblica amministrazione Thompson e al. [1991]. Il primo aspetto testimonia la competenza del Governo e il senso di responsabilità nei confronti della collettività, ovvero il suo impegno nel contrastare il fenomeno drogastico seppur nel rispetto dell'integrità umana. Il secondo rafforza il senso di comunità in quanto favorisce la piena sensibilizzazione in merito alle condotte che hanno ricadute sulle vite altrui. Il WDT (Workplace drug testing), infine, porta ad una rivalutazione dell'integrità della pubblica amministrazione (incorruttibile, moralmente impeccabile) che accetta di sottoporsi ai controlli.

Il drug testing negli Usa:

- preassuntivo, ovvero condotto prima che il lavoratore sia assunto;
- di verifica o per fondato sospetto, ovvero sia effettuato a seguito di un incidente sul lavoro;
- effettuato in modo random sui lavoratori;
- di follow up.

Secondo le direttive del Dipartimento americano dei trasporti i controlli random riguardano il 10% dei lavoratori per l'alcol e il 50% dei dipendenti per droghe. (Di Stefano [2009])

L'AMA (American Medical Association) (Cook [1995]) afferma che il drug testing nei luoghi di lavoro è adottato da circa l'80% delle fabbriche statunitensi. Greenberg et al. [1994], commentando i dati dell'American Management Association, fanno presente la notevole crescita del controllo che passa dal 21% del 1987 all'87% nel 1994. Annualmente circa 30 milioni di americani devono sottoporsi al drug testing.

Secondo i dati del Dipartimento di Giustizia degli Usa, nel 1992 furono sottoposti a test 345.000 dipendenti in posizioni sensibili (dai capi di Dipartimento a tutti coloro che avevano accesso ad informazioni rilevanti in materia di sicurezza) [Dupont, Saylor 2003].

Si afferma che il 42,9% (pari a 47 milioni di soggetti) dei lavoratori americani full-time è stato sottoposto a drug testing durante la visita preventiva. [Larson et al. 2007].

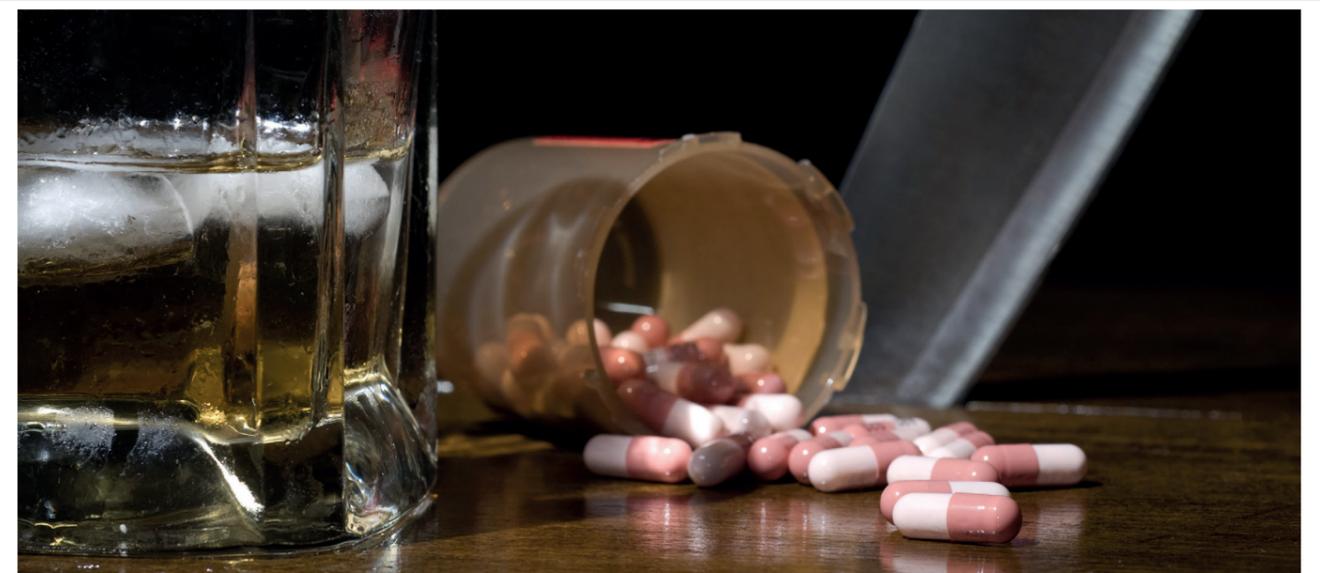
L'uso random del drug testing sarebbe stato utilizzato sul 30% di un campione di lavoratori, pari a 32 milioni di soggetti.

Il problema dell'adulterazione delle matrici da analizzare è stato affrontato pubblicando sin dal 2004 delle Linee guida a livello federale che hanno introdotto le misure volte a scongiurare l'alterazione degli esami per mano del lavoratore. Tali linee guida sono state revisionate dal SAHMSA che ha stabilito alcune norme relative alla modalità di raccolta e analisi, nonché i cut off per lo screening.



	<p>In merito alle conseguenze legate all'esito degli esami tossicologici la prassi corrente prevede due opzioni per il datore di lavoro: licenziare il lavoratore oppure "internalizzarlo", ovvero indirizzarlo verso reti di supporto. In altre parole negli Usa a differenza del sistema italiano che vieta al datore di lavoro di licenziare i dipendenti positivi agli esami tossicologici è a discrezione dell'azienda decidere se attuare provvedimenti punitivi (licenziamento) oppure riabilitativi (prevalentemente counselling attraverso invio alle strutture di cura e riabilitazione). In linea generale questa seconda opzione è utilizzata nelle grandi aziende o quando il sindacato esercita un'influenza significativa. Al contrario, nelle piccole aziende oppure nei luoghi di lavoro dove esiste una cultura delle regole molto ferrea, prevale un approccio punitivo volto proprio al rafforzamento della normativa interna.</p> <p>Come sottolinea Magnavita [2008] è stata registrata negli anni l'evoluzione verso una diversa finalità nell'uso del drug testing che passa dall'obiettivo di individuare i positivi tossicodipendenti al fine del loro licenziamento ("War on Drugs"), allo scopo di individuare i soggetti con problemi di sostanze psicotrope per indirizzarli ad un percorso di recupero.</p> <p>In ultimo un cenno sul livello di "gradimento" dei lavoratori nei confronti del drug testing (Larson et al. [2007], da cui risulterebbe che il 46% dei lavoratori indica che preferirebbe lavorare per un datore che effettua drug testing prima dell'assunzione; il 49,1% dichiara la questione ininfluente, mentre il 4,9% sostiene che preferirebbe non lavorare per un datore che effettua drug testing preventivo. Sulla procedura random, è favorevole il 39,8% degli intervistati, mentre il 51,4% si dichiara neutrale e, infine, l'8,7% contrario.</p> <p>Come è intuibile, le percentuali sono diverse per i lavoratori che consumano sostanze, i quali nel 29,1% dichiarano che preferirebbero non lavorare per un datore che effettua test, contro il 6,9% di non consumatori.</p>
CANADA	Il Canada segue una filosofia simile a quella statunitense, pur privilegiando una sorveglianza sanitaria che ha l'obiettivo di promuovere la salute dei lavoratori in senso ampio comprendendo gli aspetti relativi al consumo di alcol e droghe, attuato da circa il 10% delle aziende [Macdonald et al. 2006].
BRASILE	Lo stesso può dirsi in Brasile ove, sin dai primi anni Novanta, esistono programmi di recupero per i lavoratori con problemi legati alle sostanze psicoattive [Silva e Yonamine, cit. in Magnavita et al. 2008]. Non esistono però linee guida e tanto meno una legislazione. L'approccio è orientato alla riabilitazione.
AUSTRALIA	Antecedentemente al 1998 erano in atto diversi provvedimenti volti a promuovere la salute nei luoghi di lavoro. Dal 1998, a seguito del successo elettorale dei conservatori, è stata varata una serie di normative repressive e punitive per i consumatori [Norman 2001, cit. in Magnavita et al. 2008], tanto che questo Paese può essere considerato la nazione con il maggior numero di controlli, soprattutto nel settore estrattivo-minerario [Karch 2008]. A causa dell'ampia diffusione di consumi ricreativi di droghe e alcol (si stima che circa l'8% dei lavoratori australiani registri un consumo settimanale di alcol tale da far presupporre un uso problematico) l'Australia preferisce dunque adottare una politica fortemente repressiva sui luoghi di lavoro.
NUOVA ZELANDA	Dal 1992 sono state introdotte politiche di controllo sui lavoratori all'interno di un programma più ampio di prevenzione, il Company's Drug & Alcohol-Free Workplace Programme (DAFWP). Il programma trae origine dal The Health & Safety Employment Act (1992). Il datore di lavoro deve operare al fine di rimuovere i rischi potenziali per gli infortuni dei lavoratori. In un successivo emendamento alla norma del 2002, si precisa che l'uso di alcol e droghe può costituire gravi rischi per la sicurezza dei singoli e della collettività. I controlli sui lavoratori sono di tipo preassuntivo, ma sono anche possibili controlli random soprattutto per i lavoratori a rischio [Nolan et al. 2008]. Le statistiche indicano che la percentuale di coloro che risultano positivi a seguito di un test per sospetto si colloca attorno al 30%, mentre nei controlli random la percentuale oscilla tra il 10 ed il 13%. (Berry, 2007).

EUROPA – Uno sguardo in generale	<p>In Europa esiste una tradizione meno consolidata rispetto agli Usa in materia di disciplina del rapporto alcol, droga e lavoro [Cfr. Verstraete, Pierce 2001; Magnavita et al. 2008; Noventa 2006; Karch 2006].</p> <p>La relazione annuale dell'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) offre, fra l'altro, uno spaccato di alcune caratteristiche del consumo di sostanze stupefacenti di interesse anche per il Medico competente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la ripartizione d'uso di sostanze stupefacenti: lo studio sulla popolazione attiva (15-64 anni) rivela che il consumo last year riguarda il 7% della popolazione per la cannabis, l'1,2% per la cocaina, lo 0,5% per le amfetamine, il 3% per l'ecstasy, l'1,2% per l'eroina. Queste percentuali aumentano nettamente nella popolazione dei giovani adulti (classe di età 15-34 anni, cannabis: 13%; cocaina: 2,3%; amfetamine: 1,3%; ecstasy: 1,8%) [EMCDDA 2008].</li> <li>- la ripartizione dei soggetti in trattamento di disassuefazione: il 40,8% costituito da lavoratori regolari, il 7,5% da studenti, il 10,3% da soggetti inattivi economicamente, ovvero casalinghe, pensionati ed invalidi, il 29,8% da disoccupati e il 6% da altri soggetti. È interessante notare come l'Italia detenga il record europeo di soggetti in trattamento che sono lavoratori regolari (58,9%).</li> </ul> <p>I dati sono sovrapponibili a quelli pubblicati dal Dipartimento Italiano delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio nella Relazione al Parlamento del 2015 indicando in circa 131.000 i soggetti in trattamento presso i Ser.D. di cui l'86% maschi e il 14% femmine, con una prevalenza delle fasce di età comprese tra i 30 e i 50 anni (75%), ovvero della fascia di età lavorativa.</p> <p>Gli studi condotti dall'allora Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro [1997] mettono in luce le notevoli differenze nazionali degli interventi di promozione della salute. Si individuano tre modelli:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. un primo modello, tipico di parte dell'Europa del Nord, orientato alla risoluzione di problemi specifici attraverso la partecipazione dei lavoratori;</li> <li>2. un secondo modello, maggiormente diffuso nell'Europa meridionale, centrato su un approccio paternalistico che incoraggia la messa a disposizione di servizi sociali e sanitari per i lavoratori attraverso il coinvolgimento di famiglie e comunità;</li> <li>3. un terzo modello, di matrice anglosassone (Gran Bretagna e Irlanda), che trae spunto dal sistema statunitense, ove la salute viene promossa negli ambienti di lavoro secondo un approccio olistico e si avvale di programmi strutturati, sperimentati e validati di promozione alla salute.</li> </ol> <p>Oltre ciò dall'analisi della situazione di ciascun Paese emerge una certa difformità ed eterogeneità di approcci e politiche anche per la prevenzione e il controllo dell'uso di alcol e sostanze stupefacenti.</p>
----------------------------------	--



EUROPA – Uno sguardo in generale	In Europa i test sono effettuati per lo più on-site, prevalentemente sulla matrice urina, secondo le indicazioni fornite nel 1999 dall'European Society for Workplace drug testing, a differenza delle linee guida statunitensi che disciplinano come effettuare i diversi tipi di test su matrici differenti (urine, saliva, capelli, sudore). Nella maggior parte dei Paesi l'attenzione alle problematiche alcol correlate presenta toni più bassi rispetto alle sostanze stupefacenti, anche se si segnala come recentemente la questione abbia assunto sempre più importanza in Gran Bretagna, in alcuni paesi scandinavi e in Italia.
AUSTRIA	Non esiste una normativa ad hoc.
CIPRO	Non esiste una normativa. Non sono applicati test.
DANIMARCA	La Danimarca ha cercato di seguire le indicazioni sancite a livello europeo. Non esistono né linee guida né una legislazione nazionale specifica, ma l'uso del WDT è in aumento. Il Work Environment Law (1999) permette l'effettuazione di test su coloro che svolgono mansioni a rischio. La positività al test in funzione dello stato clinico del lavoratore può esitare nel licenziamento.
FINLANDIA	La Finlandia ha una ricca legislazione in materia tanto che può essere considerato il paese europeo in cui si è cercato di disciplinare la materia con maggiore precocità [Lillsunde et al. 2008a; 2008b]. Nel 2001 viene emanato l'Occupation Health Care Act il cui scopo è quello di promuovere la salute dei lavoratori e prevenire gli infortuni. I datori di lavoro sono coinvolti nella lotta contro alcol e droga. A partire dal 2005 il datore di lavoro può richiedere di sottoporre un dipendente a drug testing coinvolgendo un ente esterno, purché si operi nel rispetto della privacy del lavoratore. Di fatto la normativa permette di procedere solo in caso di fondato sospetto. Sono consentiti esami preassuntivi, in caso di sospetto di consumo durante l'orario di lavoro oppure per accertare uno stato di tossicodipendenza presunto. Non sono consentiti test random. Nel 2006, il Ministero degli Affari sociali e della Salute emette le linee guida per l'applicazione del WDT che prevede l'esame condotto su matrice sangue e non solo su matrice urine. Le sostanze esaminate sono la cannabis, la cocaina, le amfetamine, gli oppiacei, le benzodiazepine. Alcuni studi indicano una percentuale di positivi attorno all'1.86% dei lavoratori esaminati (cannabis: 0,37%; amfetamine; 0,19%; oppiacei: 0,42%; cocaina: 0,04%) [Lillsunde 2008c]. E' fatto obbligo alle imprese di dotarsi di una politica scritta in materia di alcol e droga sul lavoro e di attuazione di programmi di promozione della salute, partendo dal presupposto che il consumo di sostanze psicotrope è un problema di salute al pari di altri.
FRANCIA	In Francia non esistono né una legislazione né linee guida, tuttavia il test è applicato nel settore del trasporto aereo, ferroviario e nella più grande azienda automobilistica del Paese. Il medico aziendale, e non il datore di lavoro, decide in merito alla necessità di sottoporre un lavoratore a WDT [ILO 2003]. Dagli studi condotti sull'esito del drug testing effettuato su autisti francesi emerge che l'8% del campione esaminato è risultato positivo alla cannabis (con dati molto più alti per la classe 18-25 anni), il 4% agli oppiacei, il 2% a sostituti dell'eroina, il 5% all'alcol (con percentuale maggiore per i meno giovani). Uno studio di Kintz e colleghi [2005, cit. in Magnavita 2008] ha rilevato come questa categoria di lavoratori sia anche soggetta al consumo elevato di tranquillanti.
GERMANIA	Non esistono né una normativa nazionale né linee guida, tuttavia i test sono impiegati nelle visite preassuntive e per ragionevole sospetto, ma il numero dei drug testing pare in crescita. Quelli random non sono diffusi. [Verstraete, Pierce 2001]-[Karch 2008]. Grande preoccupazione desta l'impiego di questo strumento per motivi di privacy.

GRECIA	Esiste una legge del 1997 che impone l'esame del tasso alcolico ad autisti, guardie giurate e polizia penitenziaria [Noventa 2006]. Nel 1999, è stato emanato il Codice degli impiegati statali che permette esami preassuntivi per i servizi di sicurezza.
IRLANDA	Dal 2002 coloro che operano presso le forze armate sono sottoposti ad esami tossicologici in modalità random [Karch 2008]. Nel 2005 è stato emanato il Safety, Health and Welfare at Work Act, legge che attribuisce maggiori responsabilità ai datori di lavoro in materia di promozione della salute, dove si specifica che i lavoratori non debbono lavorare sotto l'effetto delle droghe e dell'alcol [NACD 2007]. Tuttavia, l'uso del WDT è sovente utilizzato solo in caso di ragionevole dubbio. Una peculiarità deriva dal fatto che i WDT sono effettuati soprattutto sui colletti bianchi e sui lavoratori che non svolgono mansioni ad alto rischio di incidente, ma che possono essere a rischio dal punto di vista dello stress psicologico connesso con la loro attività [Doran 2006] e coinvolgono in misura maggiore i dipendenti dei settori militari, dei trasporti pubblici, farmaceutici, informatici, call center. I test sono generalmente durante la visita preventiva [Verstraete, Pierce 2001] E' interessante considerare le raccomandazioni espresse nel 2007 dal NACD (National Advisory Committee on Drug) tramite il documento Recommendations to Government in relation to Workplace drug testing and the Safety, Health and Welfare at Work Act che, riassumendo il risultato di studi condotti sul rapporto alcol, droga e lavoro, giunge alla conclusione che essi non sono in grado di dimostrare una forte correlazione tra consumo di sostanze psicotrope e infortuni nel Paese. Tuttavia, prosegue il rapporto, resta difficile negare il fatto che l'uso di sostanze abbia ricadute negative sulla produttività e sulla sicurezza e pertanto si raccomandano politiche di prevenzione nel luogo di lavoro, ma l'uso del drug testing non dovrebbe essere indiscriminato e dovrebbe al contrario seguire le raccomandazioni internazionali ed essere effettuato nel pieno rispetto della privacy del lavoratore. Al contempo, si sostiene che la promozione alla salute dovrebbe includere anche altre tematiche come per esempio l'alimentazione [NACD 2007].
LETTONIA	Esiste la possibilità di eseguire il drug testing, ma con alcune limitazioni. Dal 2000 il WDT è consentito nella visita preventiva e dal 2005 anche per ragionevole sospetto.
LITUANIA	E' consentito che un medico del lavoro ricorra al drug testing per verificare se un dipendente sta lavorando sotto l'effetto di sostanze e per valutarne il grado di intossicazione. In caso di esito positivo, il lavoratore è sospeso per la giornata e non ha diritto alla retribuzione. I controlli si applicano soprattutto al settore dell'autotrasporto.
LUSSEMBURGO	Non esiste una normativa specifica che disciplina l'utilizzo di WDT, ma i test sono condotti soprattutto nel settore privato. Una norma del 2005 chiarisce che, in caso di esito positivo del test, il medico informa il datore di lavoro al fine di sospendere il lavoratore dalla mansione senza tuttavia comunicare la motivazione.
NORVEGIA	E' in vigore una norma del 2005 (Act relating to Working Environment, working hours and Employment Protection) che disciplina l'uso del drug testing. Tale pratica è consentita solo quando strettamente necessario in quanto considerata un atto che può minacciare l'integrità del lavoratore.
OLANDA	Anomala rispetto al resto d'Europa è la situazione olandese, dove i test tossicologici sono vietati durante la visita preventiva. Possono essere utilizzati dopo l'assunzione previo accordo tra il lavoratore e il sindacato [Verstraete, Pierce 2001]. Esiste un unico laboratorio autorizzato che ha sede a Rotterdam [Karch 2008].
PORTOGALLO	Il test è applicato per lo più nel settore militare e nelle aziende generalmente con oltre 1000 addetti, ma è poco praticato (Pinheiro et al., citato da Karch [2008]).

REGNO UNITO	<p>Non esiste una normativa specifica. Dagli anni '80 esiste una prassi in materia di controllo dell'uso di alcol e droga sui luoghi di lavoro, soprattutto nel settore petrolchimico e dei trasporti [Karch 2008], sebbene la caratteristica dei controlli non sia paragonabile alla situazione americana o di altri Paesi, compresa l'Italia. La giustificazione di tale prassi sta nella necessità di aumentare la sicurezza e in parte di tutelare la salute [CIPD 2007].</p> <p>Quanto spora è coerente con la logica della prevenzione nei luoghi di lavoro che non rappresenta un tema centrale delle politiche inglesi. Non esiste infatti una normativa nazionale che disciplini la materia. L'organizzazione di interventi preventivi è demandata alla volontà del datore di lavoro. La prevenzione in altri contesti, ad esempio quello scolastico, è invece ritenuta fondamentale, anche perché la Gran Bretagna rappresenta uno dei Paesi europei ove il consumo di sostanze psicoattive registra la massima diffusione.</p> <p>L'interesse in materia di prevenzione del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro è emerso negli anni '90 grazie all'attività dell' Health Education Authority, ente preposto all'educazione sanitaria, con l'avvio del programma Health at Work del Servizio sanitario nazionale. Come già detto l'interesse iniziale ha coinvolto l'industria petrolchimica, il settore energetico e quello dei trasporti in quanto considerati a più alto rischio infortunistico, successivamente si sono aggiunti altri settori, pur in carenza di una legislazione nazionale che regoli modalità e procedure di esecuzione del controllo, come ad esempio nel nostro Paese. E' interessante considerare che le rinvii legali da parte del lavoratore non trovano per lo più risposta dal sistema giudiziario inglese. Infatti è improbabile che un giudice condanni un datore di lavoro che non ha assunto un lavoratore risultato positivo agli esami tossicologici in fase di visita preventiva o nel caso di licenziamento per consumo di sostanze illegali. In quest'ultima fattispecie il datore di lavoro deve dimostrare che il licenziamento è avvenuto per giusta causa legata al fatto che la fruizione di alcol o droghe esponeva il dipendente ed i colleghi a pericolo o nuoceva alla reputazione dell'azienda. Quanto sopra deriva anche dalla norma contenuta nel Misuse of Drugs Act per la quale il datore di lavoro che permette il consumo di sostanze illegali sul lavoro può essere perseguito. Infatti, come si diceva, il datore di lavoro è il "garante della salute e della sicurezza avendo il dovere di proteggere la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori nel luogo di lavoro" (Health and Safety Work Act; Management of Health and Safety at Work Regulation). E' dunque a discrezione del datore di lavoro l'applicazione del drug e alcol testing in fase preassuntiva, a seguito di incidente/infortunio o random, che normalmente è specificata nel contratto di lavoro. La matrice del drug test è l'urina.</p> <p>La normativa di protezione della privacy (Human Right Act and Data Protection Code) e la Disability Discrimination Regulation determinano ricadute sull'uso dei test per ragioni lavorative, che "non deve discriminare alcuni soggetti o gruppi" basandosi sul principio che "ciascuno ha il diritto al rispetto alla propria vita privata e familiare". Ciò non toglie che i controlli possono essere realizzati in relazione a questioni di "sicurezza nazionale; salute pubblica; benessere economica della nazione; prevenzione di disordini; protezione e tutela morale; protezione dei diritti e della libertà altrui".</p>
REPUBBLICA CECA	<p>Non esiste una normativa specifica. Il datore può richiedere un test sulla saliva per verificare l'assunzione di droghe da parte dei dipendenti o la ricerca dell'alcol nell'aria espirata. L'eventuale rifiuto da parte del lavoratore può essere inteso quale violazione della disciplina lavorativa e può indurre il titolare al suo licenziamento.</p>
SLOVACCHIA	<p>Esiste un cenno al <i>drug testing</i> nella normativa sulla protezione dei dati personali. Viene data possibilità al datore di lavoro di richiedere esami tossicologici atti a verificare la fruizione di droghe da parte dei dipendenti.</p>
SPAGNA	<p>Il test è obbligatorio nel settore delle forze armate. Nelle aziende il test è effettuato informalmente perché si temono ritorsioni legali da parte dei dipendenti.</p> <p>Per l'alcol esistono invece accordi scritti che disciplinano le modalità per eseguire test in assunzione, tanto che l'80% delle grandi aziende e il 65% delle piccole applicano una propria politica sull'alcol [Noventa 2006].</p>
SVIZZERA	<p>In Svizzera il drug testing è applicato nell'area dei trasporti pubblici, forze militari, scuole private. [Noventa 2006].</p>

## CONCLUSIONI

Emergono tre considerazioni che vengono espresse con terminologia non propriamente scientifica, ma sufficientemente diretta:

"tutto il mondo è paese", ovvero il problema del consumo di alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope è comune in tutto il mondo così come la preoccupazione degli effetti sull'attività lavorativa;

"paese che vai .....", ovvero nonostante le dichiarazioni condivise in sede internazionale in concreto ogni Paese ha finalizzato la propria politica e le azioni preventive e correttive in funzione della propria cultura e delle caratteristiche socio-economiche;

"l'erba del vicino", in questo caso, non è sempre la più verde, ovvero è difficile, se non impossibile confrontare le soluzioni in essere in ogni Paese individuando le più virtuose, efficaci ed efficienti.

L'educazione e la promozione della salute sono però il leitmotiv, il motivo conduttore, che accomuna i diversi Paesi del mondo occidentale.

A questo si aggiunge la considerazione che i luoghi di lavoro rappresentano setting d'elezione per la promozione del benessere in virtù dei fattori indicati da Zucconi et al. 1999 e da Serpelloni et al. 2003:

- la maggior parte della popolazione adulta dedica al lavoro buona parte del proprio tempo;

- il lavoro non costituisce solo il mezzo attraverso il quale procurarsi il denaro per il sostentamento economico, ma contribuisce a determinare l'identità di una persona, favorisce la partecipazione sociale nonché la realizzazione personale;

- la popolazione attiva è opinion-leader nei confronti di quella inattiva;

- gli indici di partecipazione ai programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono più consistenti rispetto ad altri settori;

- in Europa esiste una consistente normativa che regola gli ambienti di lavoro e, pertanto, essa potrebbe essere facilmente integrata con indicazioni e prescrizioni in materia di prevenzione;

- nei luoghi di lavoro sono presenti tutte le categorie sociali e, conseguentemente, non si attuano discriminazioni;

- i lavoratori realizzano, attraverso l'azione congiunta, obiettivi difficilmente perseguibili individualmente;

- le aziende potrebbero beneficiare di ricadute positive in termini di produttività e immagine;

- i sindacati potrebbero acquisire maggiore credibilità;
- last but not least, l'intera comunità di lavoratori potrebbe raggiungere più alti livelli di benessere.

Se ne trae la conclusione, da tempo ribadita e cara all'ANMA, che l'educazione alla salute e agli stili di vita è l'arma vincente anche nel caso delle dipendenze. Il controllo del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro parte da una forte ed incisiva azione informativa e formativa, seguita dalla concreta attività di promozione della salute comprensiva della verifica degli stili di vita e quindi anche del consumo di alcol e droghe.

A corollario il controllo delle categorie professionalmente "esposte". Ribaltare l'ordine degli addendi non conduce allo stesso risultato.

Gli operatori sanitari in genere e a maggior ragione il Medico Competente, come definito dal nostro ordinamento, devono essere precursori e testimoni di questo impegno che per avere successo si deve inserire nella politica generale di prevenzione.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Berry J.G., Pidd K., Roche A.M., Harrison J.E. (2007), Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey, "Addiction", 102: 1399-410

2. CIPD (2007), Managing drug and alcohol at work, disponibile al sito internet <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/0731B5C2-3AAA-4A40-B80D-25521BD-BA23A/0/mandrgalcmisusers.PDF> (Ultimo accesso 27/7/2016).

Cook R.F. (1985), The alternative approach revisited: A Bio-psychological model and guidelines for application, "International Journal of Addictions", 20(a): 1399-1419.

Dalén P. et al. (2000), Workplace drug testing (WDT) likely to increase in Europe. Report from the First European Symposium on WDT including selected abstracts, "Eur J Clin Pharmacol", 56: 103-120.

De Luca A. (2002), A Critical Assessment of the Impact of drug testing Programs on the American Workplace, Submitted as a Term Paper for the Human Resources Management in Health Care Institutions course, Executive Masters of Public Health program, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York City, disponibile al sito internet: <http://www.doctordeluca.com/Library/PublicHealth/DrugTestWorkPlace2002.pdf> (Ultimo accesso: 27/07/2016).

Di Stefano A. (2009), Procedure per accertamento uso di stupefacenti assenza di tossicodipendenza per le mansioni a rischio, Atti del convegno "Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro", Roma, 5 giugno.

Doran K. (2006), Drug and Alcohol Testing under the Safety, Health and Welfare at Work Act 2005, "Irish Employment Law Journal", Vol. 3, No. 2.

Dupont R.L., Saylor K.E. (2003), Drug testing in prevention Research, in Sloboda Z., Bukoski W.J.(eds.), Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and Practice, Springer, New York

Emcdda (2008), Relazione annuale 2008: evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Bruxelles, disponibile al sito <http://ar2008.emcdda.europa.eu/it> (Ultimo accesso: 13/10/2016).

Emcdda (2009), Relazione annuale 2009: evoluzione del fenomeno della droga in Europa, Bruxelles, disponibile al sito <http://ar2009.emcdda.europa.eu/it> (Ultimo accesso: 13/10/2016).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006), European Working Conditions Surveys (EWCS), disponibile al sito internet <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm> (Ultimo accesso: 13/07/2016).

Greenberg E.R., Canzoneri C., Straker T. (1994). 1994 AMA survey on workplace drug testing and drug abuse policies, American Management Association, New York.

Hartweel T., Steele P.D., French M.T., Rodman N.F. (1996), Prevalence of drug testing in the workplace, "Monthly Labor Review", November: 35-42.

ILO (International Labour office) (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Code of Practice, disponibile al sito internet <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf> (Ultimo accesso: 17.07.2016)

ILO (International Labour office) (2003), Ethical issues in workplace drug testing in Europe, disponibile al sito internet <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/wdt.pdf> (Ultimo accesso: 17.07.2016)

Karch S.B. (2008), Workplace drug testing, Taylor & Francis Group, Danvers

Koch K. (1998), Drug testing: Does it deter drug abuse?, "CQ Researcher", 8, 43: 1001-1024

Larson S. L., Eyerman J., Foster M. S., Gfroerer J. C. (2007), Worker Substance Use and Workplace Policies and Programs, Rockville, MD: Substance Abuse 361 and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, disponibile al sito internet <http://www.oas.samhsa.gov/work2k7/work.pdf> (Ultimo accesso: 14/07/2016).

Lillsunde P. (2008c), Finnish policies on workplace drug testing, Atti del convegno "Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro", Roma, 5 giugno.

Lillsunde P. et al. (2008), Finnish guidelines for workplace drug testing, "Forensic. Sci. Int.", 174: 99-102.

Lillsunde P. et al. (2008b), Role of occupational health services in workplace drug testing, "Forensic Sci Int", 174: 103-106.

Macdonald S. et al. (2006), Prevalence and factors related to Canadian workplace health programs, "Can J Public Health", 97: 121-125

Magnavita N. et al. (2008), Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di consenso del grup-

po La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri), "Med. Lav.", 99, Suppl. 2: 3-58.

NACD (National Advisory Committee on Drug) (2007), Recommendations to Government in relation to workplace drug testing and the Safety, Health and Welfare at Work Act, disponibile al sito internet <http://www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc> (Ultimo accesso: 22.07.2016)

Noventa A. (2006), Il contesto di riferimento, in Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. (a cura di), Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, Franco Angeli, Milano

O'Donnell M.P., Harris J.S. (1994), Health promotion in the workplace, Albany, NY.  
SAMHSA (2007), Worker Substance Use, by Industry Category, "The NSDUH Report", August 23, disponibile al sito internet <http://www.oas.samhsa.gov/2k7/industry/worker.pdf> (Ultimo accesso: 14/09/2016).

Patanè P.A. et al. (2002), Il problema delle "idoneità difficili" e il ruolo del medico competente. Il medico competente e le droghe: la comunicazione difficile in azienda, Notiziario ANMA: 3.

Serpelloni G., Cipriani E., Gomma M., Peroni E. (a cura di) (2003), Linee di indirizzo per i medici competenti: approccio preventivo alle dipendenze nei luoghi di lavoro, disponibile sul sito internet <http://www.dronet.org> (Ultimo accesso: 26/07/2016).

Thompson F.J., Ricucci N.M., Ban C. (1991), Drug testing in the Federal Workplace: An instrumental and Symbolic Assessment, "Public Administration Review", 51, 6: 515-525.

Verstraete A., Pierce A. (2001), Workplace drug testing in Europe, "Forensic Science international", 12: 2-6.

Vittadini G., Lanfranco A. (2008), Alcolismo e tossicodipendenza in ambiente lavorativo, "Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia", 30, 1: 39-43.

WHO (1986), Ottawa Charter, disponibile al sito internet <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html> (Ultimo accesso: 29/08/2016).

WHO (1993a), Health promotion in the workplace: alcohol and drug abuse, Technical Report Series n. 833, Geneva.

WHO (1993b), Life skills for children and Adolescent in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and the implementation of life skills programmes, disponibile al sito internet [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf) (Ultimo accesso 10/07/2016).

WHO (2002), Prevention of Psychoactive substance use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention, Geneva.

WHO (2004), Work organization & Stress. Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives, Geneva.

## CONTRIBUTI

### Definizione del metodo Cesvor per la valutazione dei rischi derivanti dalle diversità<sup>1</sup>

Carlo Bisio, Psicologo delle organizzazioni, CESVOR SAS  
Gabriele Sala, Dottore in Psicologia, CESVOR SAS

<sup>1</sup> Il presente articolo costituisce un approfondimento in termini operativi di quanto presentato in Bisio, Sala (2016), articolo proposto al XI Congresso Nazionale SIE (Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani), Napoli, 16 - 18 novembre 2016. Il caso qui presentato è lo stesso dell'articolo citato.

#### ABSTRACT

L'articolo presenta uno strumento finalizzato alla valutazione dei rischi da diversità basata su un'attenta analisi della letteratura; il protocollo attiva un processo partecipato che porta a realizzare un'analisi dei fattori rilevanti dal punto di vista organizzativo ed ergonomico; viene presa in considerazione anche un'analisi della realtà socio-demografica dell'azienda. Viene anche considerata, oltre ad una valutazione dei rischi, anche una valorizzazione delle opportunità derivanti dalla presenza di diversità. Sono esaminati fattori derivanti dalle differenze di genere, di età, di provenienza, di tipologia contrattuale, di cultura, di abilità, il contatto con diversità esterne, le prassi generali di diversity management in azienda. Il processo vede l'iniziativa e l'impegno della Direzione, la partecipazione dei ruoli interessati, dei lavoratori e loro rappresentanti. Viene presentato un case history che descrive l'applicazione dello strumento presso un'azienda italiana. I punti di forza e di miglioramento dello strumento vengono discussi.



## 1. I RISCHI DA DIVERSITÀ SUI LUOGHI DI LAVORO

L'attenzione ai rischi provenienti dalle diversità sui luoghi di lavoro è in costante aumento in tutta Europa (European Agency for Health and Safety at work, 2009a, 2009b). Anche in Italia il tema sta diventando d'interesse per le aziende, in gran parte dovuto agli espliciti richiami del D.Lgs.81/08 il quale indica che la valutazione dei rischi deve tenere conto anche delle differenze di genere, di età, di provenienza, di tipologia contrattuale. Tecnicamente si tratta di una parte dei fattori di rischio psicosociale, cioè "those aspects of work design, and the organisation and management of work, and their social and organisational contexts, which have the potential for causing psychological or physical harm" (Cox et al., in Clarke e Cooper, 2004, pag. 3). Le condizioni sociali e organizzative includono tutti gli aspetti e le caratteristiche del tessuto sociale (composizione, gestione, ...); se ben gestite possono portare frutti positivi (benessere, produttività, ecc.), se mal gestite possono portare stress, violenze, burnout, e altri tipi di danno inclusi quelli da cattiva gestione delle diversità. La gestione delle diversità si riferisce all'uso di pratiche organizzative e gestionali che riguardano tutti i dipendenti, volte ad aumentare il valore della diversità per l'organizzazione (Pitts, 2009; Kirton e Greene, 2010). Il concetto di *diversity management* introdotto da Roosevelt Thomas (1990) afferma che gestire la diversità in modo efficace può contribuire agli obiettivi organizzativi. Una cultura inclusiva implica un ambiente in cui i singoli dipendenti sono trattati come insider e incoraggiati ad esprimere la loro "unicità". Con lo sviluppo di una cultura inclusiva, l'organizzazione è in grado di dimostrare ai propri dipendenti che le diversità sono apprezzate (Ashikali e Groeneveld 2015). La ricerca sugli effetti della diversità è stata plasmata da due punti di vista (Williams e O'Reilly 1998). Il primo, basato sulle teorie dei processi decisionali, sostiene che la diversità può apportare dei benefici alle organizzazioni. Potendo accedere ad una vasta gamma di idee, competenze e intuizioni è possibile che l'organizzazione migliori nel risolvere i problemi e nel prendere delle decisioni (Cox 1993; Cox e Blake 1991; Ely 2004). Il secondo punto di vista, è basato sulle teorie della categorizzazione, dell'identità sociale (Turner 1987) e il Similarity – Attraction Paradigm (Byrne 1971), sostiene che la diversità possa rappresentare un onere per l'organizzazione a causa dei costi elevati di coordinamento e soluzione dei conflitti. Le incoerenti evidenze empiriche sull'impatto della diversità sulle organizzazioni suggerisce relazioni complesse tra la diversità e le sue conseguenze. Le pratiche di diversity management sono complementari e correlate alle politiche delle risorse umane concentrate al mantenimento di una forza lavoro diversificata (Dyer e Reeves 1995). La ricerca in questi anni ha suggerito che le pratiche di diversity management siano in grado di fornire oltre al vantaggio competitivo anche altri tipi di vantaggi alle organizzazioni (Cox e Blake 1991; McKay et al. 2008, Richard 2000; Richard e Johnson 1999). Kim (2006) ha individuato 4 grandi vantaggi della diversità: il mantenimento di una eterogenea forza lavoro fornisce idee nuove e fresche, migliora la crescita delle imprese valorizzando la loro immagine e allo stesso tempo le organizzazioni guadagnano un pool di risorse umane preziose.

## 2. LA VALUTAZIONE DEI RISCHI DA DIVERSITÀ

Una buona gestione delle diversità dovrebbe basarsi sulla valutazione dei rischi che la diversità comporta. A tal fine è stato messo a punto uno strumento specifico, basato prevalentemente sulla raccolta di dati qualitativi.

La costruzione e la somministrazione hanno rispettato i seguenti principi:

- le diversità pongono sia problemi che risorse specifiche a disposizione;
- non si può gestire il tema delle diversità gestendo solo l'individuazione di sottogruppi "a rischio" (ad es. giovani, anziani, donne, ...): occorre gestire la composizione del tessuto sociale e integrare questo tema in una strategia complessiva e organica di gestione dei rischi psicosociali (che riguardano come il tessuto sociale funziona, quali risorse presenta, quali pericoli contiene);
- è bene adottare un approccio ergonomico, in quanto l'ergonomia è la scienza che si occupa delle interazioni fra l'elemento umano e gli altri elementi del sistema al fine di migliorare salute, benessere, affidabilità del sistema complessivo. Da questo punto di vista occorre preparare il tessuto sociale e organizzativo ad un'integrazione delle diversità e non solo preparare l'organizzazione ad ospitare persone considerate svantaggiate identificando i problemi (ad esempio derivanti dall'invecchiamento, dall'appartenenza ad un genere, ecc.) e cercando di ridurli; occorre sia individuare e ridurre i danni derivanti dalle diversità, sia produrre aperture di possibilità ed empowerment, occasioni di apprendimento, di sviluppo, di autostima, in modo specifico per tutti;
- è opportuno adottare un approccio di risk management e un processo di valutazione dei rischi che segua le classiche fasi dall'identificazione dei pericoli alla definizione di misure di riduzione; ciò per dare

organicità e rigore al processo, evitando di alimentare una visione secondo la quale questi problemi si possono gestire con qualche idea, progetto o servizio ad hoc.

### 2.1 COSA VIENE CONSIDERATO PERICOLO

In un processo di valutazione dei rischi sono importanti i concetti di pericolo, rischio e danno. Si è ritenuto che con riferimento alle diversità i significati di tali concetti fossero i seguenti:

Pericolo	Rischio	Danno
Ogni tipo di diversità sul luogo di lavoro (genere, età. Provenienza, ecc.).  Come molte risorse, se ben gestita può fornire valore, se mal gestita può portare danni	La probabilità che da una carente gestione delle diversità derivino dei danni	Conseguenze sulla sicurezza, sulla salute fisica o psicologica, ecc. derivanti da una carente gestione delle diversità

Si assume che l'assenza di diversità di per sé non sia la soluzione al problema, si ritiene *profondamente errata* l'equivalenza *nessuna diversità = nessun danno derivante dalle diversità*. Ad esempio non includere personale femminile non risolve il problema delle diversità di genere; la diversità è considerata una risorsa e vi possono essere danni nel privarsi di tale risorsa.

### 2.2 IL PROCESSO DI VALUTAZIONE

La metodologia impiegata per la valutazione dei rischi derivanti dalle diversità è costituita dalle seguenti fasi:

1. Identificazione dei pericoli e della popolazione esposta:
  - a. Analisi delle possibili conseguenze delle diversità (o della loro mancanza) nella popolazione lavorativa;
  - b. Analisi delle possibili conseguenze derivanti dalle diversità, specifiche del contesto organizzativo, sia positive che negative;
  - c. Analisi dei possibili impatti (sia di danno che di valore aggiunto):
2. Valutazione dei rischi associati ai pericoli identificati
  - a. Analisi demografica dell'organizzazione attuale (piramide delle età, analisi del genere, ripartizione nelle diverse occupazioni in azienda, ecc.); eventuali andamenti temporali storici e proiezioni possibili
  - b. Analisi di dati rilevanti per gruppi significativi (es. malattie, infortuni, formazione, carriera, ecc.)
  - c. Analisi della readiness dell'organizzazione ad integrare e gestire le diversità:
    - i. identificazione dei punti di forza e dei punti sui quali l'organizzazione è "scoperta"
    - ii. analisi della presenza delle condizioni che facilitano l'integrazione delle diversità
3. Definizione e implementazione delle misure di riduzione dei rischi
  - a. Sulla base delle analisi svolte e dei dati ottenuti, identificare tramite un confronto con gli attori rilevanti la produzione di idee circa misure tese a minimizzare il rischio e massimizzare le opportunità
  - b. Scelta delle misure da parte degli attori preposti
  - c. Le misure potrebbero essere organizzative, formative, ergonomiche, tecniche, ecc.
  - d. La valutazione del rischio dovrebbe fornire indicazioni per la priorità delle misure stesse.
4. Revisione periodica della valutazione
  - a. Definizione di un piano di monitoraggio
  - b. Pianificazione del processo di revisione della valutazione (termini temporali, chi fa cosa, ecc.)

Le diversità considerate per la valutazione dei rischi sono le seguenti:

- di genere
- derivanti dall'età: giovane età e ridotta esperienza
- derivanti dall'età: età avanzata
- legate alla provenienza
- legate alla specifica tipologia contrattuale
- culturali
- dovute alle disabilità
- contatto e confronto con diversità esterne all'azienda (ad es. diversa lingua o cultura di clienti, fornitori, ...)

Oltre a queste è stata presa in considerazione una dimensione generale di Diversity Management in azienda. Per ogni diversità sono stati presi in considerazione fattori di rischio e fattori di contrasto specifici raccolti attraverso un'analisi della letteratura.

I fattori di contrasto sono le condizioni che, se presenti, aiutano nella gestione delle diversità e tendono a renderla una risorsa e a minimizzarne i rischi derivanti.

I fattori di rischio e di contrasto sono stati utilizzati per costruire una serie di check list utilizzate in interviste individuali e di gruppo per arrivare ad esprimere valutazioni circa il livello di rischio. Lo strumento costruito è stato ispirato alla struttura dello strumento presentato da INRS (2013).

Nelle tabelle 1 e 2 degli esempi di checklist per due delle diversità analizzate.

Diversità di genere	
Fattori di rischio	Fattori di contrasto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno dei due generi è presente solo, o in maggior misura, in alcuni ruoli (marginalizzazione in alcuni ruoli di limitata importanza)</li> <li>• La distribuzione dei generi rispetto ai diversi livelli gerarchici evidenzia una tendenza a sfavorire un genere rispetto ad un altro</li> <li>• I due generi hanno non accesso alle stesse risorse (formazione, opportunità, qualità del lavoro, tutele, strutture e servizi interni, ecc.), nella stessa misura</li> <li>• Uno dei due generi è più esposto a precarietà del lavoro</li> <li>• L'utilizzo di strumenti e macchine progettate per un genere potrebbe contribuire a provocare difficoltà di utilizzo o lesioni all'altro genere</li> <li>• Si evidenziano specifici problemi di salute da parte di uno dei due generi rispetto all'altro (es. muscolo-scheletrici agli arti superiori o di altro tipo)</li> <li>• La gestione dell'interfaccia casa-lavoro (orari e loro flessibilità, ecc.) rende difficile l'assolvimento dei ruoli familiari e sociali (ad. maternità e paternità)</li> <li>• Le misure per tutelare le lavoratrici in gravidanza non sono applicate in maniera efficace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne e uomini sono ugualmente coinvolti in campagne per migliorare la consapevolezza alla sicurezza e della salute</li> <li>• Il contesto di lavoro è uguale per donne e uomini, e adatto a entrambi i generi</li> <li>• Sono presenti regole esplicite e chiare per segnalare e gestire episodi di molestie sessuali o discriminazioni in base al genere</li> <li>• Le diversità di genere sono ben integrate nella politica e nelle pratiche di sicurezza e salute, inclusa la valutazione dei rischi</li> <li>• Le diversità di genere vengono tenute in considerazione nella definizione degli standard e delle condizioni di lavoro</li> <li>• I supervisor sono formati sulla consapevolezza di genere, su come gestire le differenze di genere nel proprio gruppo di lavoro</li> <li>• Nella progettazione (di spazi, strumenti, macchine, procedure, organizzazione del lavoro, ecc.), le questioni specifiche riguardanti i generi vengono prese in considerazione e affrontate</li> <li>• Si rilevano e affrontano in modo proattivo questioni specifiche legate alle condizioni dei due generi; sono in atto pratiche per garantire ciò, come: responsabilità chiare, procedure, comitati</li> <li>• I gruppi che rappresentano i generi sono consultati nei processi aziendali</li> </ul>

Tabella 1: Checklist diversità di Genere.

Diversità derivanti dall'età: giovane età e ridotta esperienza	
Fattori di rischio	Fattori di contrasto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I giovani lavoratori sono coinvolti in diversi livelli gerarchici dell'organizzazione</li> <li>• I giovani lavoratori non hanno accesso alle stesse risorse (formazione, opportunità, qualità del lavoro, tutele, strutture e servizi interni, ecc.), e nella stessa misura, rispetto agli altri lavoratori</li> <li>• Lavorare di sabato o domenica è più comune tra i giovani lavoratori rispetto agli altri lavoratori</li> <li>• I giovani lavoratori sono maggiormente inseriti nel lavoro su turno, in particolare nei turni serali e notturni, rispetto agli altri lavoratori</li> <li>• I giovani lavoratori riferiscono di essere oggetto di attenzioni sessuali indesiderate rispetto agli altri lavoratori</li> <li>• I lavoratori giovani sono soggetti ad infortuni in modo maggiore rispetto agli altri lavoratori</li> <li>• I lavoratori giovani si ammalano in modo maggiore rispetto agli altri gruppi</li> <li>• Le persone con limitata esperienza possono avere difficoltà operative</li> <li>• I lavoratori giovani possono trovare pressioni a lavorare in modo più veloce</li> <li>• I lavoratori giovani sono maggiormente soggetti a stress rispetto agli altri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ci sono risorse specifiche, azioni, progetti o servizi indirizzati ai giovani lavoratori o volte a migliorare le loro condizioni di lavoro o la qualità della vita (incluse le situazioni specifiche di interfaccia lavoro-famiglia)</li> <li>• È previsto un percorso di formazione efficace all'inserimento in azienda</li> <li>• Vi sono opportunità di apprendimento per tutto l'arco della carriera, nonché opportunità di mobilità orizzontale e verticale</li> <li>• Le persone con limitata esperienza trovano in essere misure specifiche a loro supporto, relative sia alla sicurezza che agli altri ambiti operativi (trovano una formazione efficace, inserimenti graduali in mansioni più difficili, una supervisione consapevole e supportiva, ecc.)</li> <li>• I supervisor sono formati su come accogliere, tutelare e integrare in modo specifico i giovani o le persone con limitata esperienza che entrino nel loro gruppo di lavoro</li> <li>• La condizione dei giovani e delle persone con minore esperienza sono ben integrate nella politica e nelle pratiche di sicurezza e salute, inclusa la valutazione dei rischi</li> <li>• Si rilevano e affrontano in modo proattivo questioni specifiche legate alle condizioni dei giovani lavoratori e delle persone con minore esperienza; sono in atto pratiche per garantire ciò, come: responsabilità chiare, procedure, comitati</li> <li>• I giovani lavoratori sono consultati nei processi aziendali</li> </ul>

Tabella 2: Checklist diversità Giovane età.

### 2.3 CRITERI PER LA VALUTAZIONE

Lo strumento consente di raccogliere dati in forma discorsiva, perciò qualitativa. La valutazione del rischio che ne consegue, di conseguenza, fornisce un output qualitativo. Ciononostante il protocollo prevede anche l'attribuzione di una serie di punteggi, che hanno il solo scopo di ridurre la soggettività nell'espressione di giudizi di valutazione, e soprattutto di facilitare la ricerca delle priorità di intervento.

Viene attribuito:

- un punteggio di qualità per la gestione di ciascun tipo di diversità, basato su 4 parametri:
  - carenza di diversità
  - presenza di fattori di rischio
  - assenza di fattori di contrasto
  - carenza di prassi generali di Diversity Management
- un punteggio complessivo per la gestione delle diversità, che compone i punteggi precedenti per tutti i tipi di diversità in quel contesto;
- un punteggio complessivo per la presenza di diversità in azienda

I punteggi consentono poi un esito sulle classi di rischio Alto, Medio, Basso. L'attribuzione alle classi è supportato soprattutto dai risultati discorsivi delle interviste, e facilitato dai punteggi.

### 3. L'APPLICAZIONE DELLO STRUMENTO PRESSO UN'AZIENDA ITALIANA

Lo strumento è stato applicato nel 2016 presso la filiale italiana di una multinazionale tedesca<sup>1</sup>, con 82 dipendenti.

Le fasi hanno incluso:

- una riunione preliminare di informazione a tutto il personale sul progetto;
- la raccolta e analisi di dati sociodemografici della popolazione;
- un'intervista al Senior management;
- un'intervista in gruppo ad un insieme di lavoratori che includeva le principali diversità presenti, nonché RLS, RSPP, Medico competente;
- una riunione di presentazione dei risultati al Senior management e di condivisione di un piano d'azione
- una riunione conclusiva di presentazione al personale.

L'applicazione dello strumento ha permesso di evidenziare come l'azienda presentasse livelli di rischio differenti nei tipi di diversità.

Tabella 3 una sintesi di alcuni risultati ottenuti.

Sintesi dei risultati	
Diversità	Aspetti emersi
Genere	La popolazione femminile è distribuita solo in alcuni ruoli impiegatizi e non esistono specifiche politiche aziendali riguardanti le questioni di genere, né specifiche procedure di riferimento in caso di molestie sessuali.
Giovani lavoratori	Di fatto quasi assenti. L'importanza che si attribuisce alla conoscenza del mercato e del cliente ostacola l'inserimento di risorse giovani nelle posizioni commerciali.
Lavoratori in età avanzata	Presenti fra coloro che svolgono i lavori più a rischio nell'area del magazzino. Anche gli uffici non sono scevri da elementi di rischio specifici per i lavoratori anziani.
Diversità esterne	L'interfacciarsi con le diversità di attori esterni, per lo più di lingua e di cultura, è relativo quasi esclusivamente ai rapporti con i trasportatori, con la casa madre o con clienti stranieri.
Diversity Management	Le risorse a disposizione (es. formazione, risorse tecnologiche, ecc.) sono considerate equamente distribuite, e ad oggi non escludono nessuno, la diversità non è ad oggi considerata un valore da ricercare, e non esiste quindi un piano strategico in tal senso, né un monitoraggio della prestazione riguardo alla diversità con indicatori misurabili. Nonostante ciò, l'ultima tendenza aziendale è quella di considerare la diversità un valore da ricercare

<sup>1</sup> Si ringrazia Hydac Italia per avere consentito l'applicazione sperimentale e la pubblicazione dei dati.

L'applicazione del protocollo ha permesso di redigere un piano di azioni ritenute opportune per la riduzione dei rischi con attribuzione di priorità. Fra di esse:

- Dotarsi di una politica ed un piano strategico per lo sviluppo delle opportunità derivanti dalle diversità
- Dotarsi di procedure chiare, prassi e ruoli per intercettare in modo proattivo, e per fornire risposte efficaci, di fronte a lamentele o disagi o margini di miglioramento nella gestione delle diversità, molestie sessuali, violenze verbali e altri tipi di aggressività in genere
- Definire azioni di medio termine per una migliore ergonomia del lavoro in magazzino, in modo tale da diminuire l'incidenza di problemi muscoloscheletrici nel personale di età più avanzata, e poter allo stesso tempo impiegare personale femminile
- Definire obiettivi di medio termine, e conseguenti azioni, per tendere a un riequilibrio delle età e a un riequilibrio della presenza femminile e al suo sviluppo di carriera

### 4. CONCLUSIONI E FUTURI SVILUPPI

Lo strumento si è rivelato in grado di guidare un'identificazione e valutazione dei rischi al fine di individuare opportune azioni. L'applicazione sperimentale ha permesso di sistematizzare gli item dello strumento e il protocollo.

Lo strumento e la documentazione sull'esperienza svolta sono poi state sottoposte ad un panel di 5 esperti (nei seguenti campi: valutazione dei rischi, aspetti legali sulla sicurezza e salute, diversità di genere, ergonomia e invecchiamento, gestione delle diversità e psicologia), le cui osservazioni sono state accolte per una versione avanzata dello strumento.

La validità del protocollo è al momento affidata all'aderenza alla letteratura e alle migliori prassi del risk management e del diversity management, nonché alla convergenza di pareri da parte di giudici esperti. Ulteriori esperienze sono necessarie per una migliore conoscenza delle caratteristiche metriche e della validità.



## BIBLIOGRAFIA

- Ashikali, T. and Groeneveld, S. (2015). Diversity management in public organizations and its effect on employees' affective commitment: the role of transformational leadership and the inclusiveness of the organizational culture, *Review of Public Personnel Administration*, 35, pp. 146-168.
- Ashikali, T. and Groeneveld, S. (2015). Diversity management for all? An empirical analysis of diversity management outcomes across groups, *Personnel Review* 44, pp. 757-780.
- Bisio C., Sala G., La valutazione dei rischi da diversità: una proposta metodologica, in *Rivista Italiana di Ergonomia*, Special Issue n. 1/2016, p. 142-146
- Byrne, D. (1971). *The Attraction Paradigm*. New York: Academic Press.
- Clarke, S. and Cooper, C. L. (2004) *Managing the Risk of Workplace Stress*, New York: Routledge.
- Cox, T. J. (1993). *Cultural Diversity in Organizations: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Cox, T. J. and Blake, S. (1991). *Managing Cultural Diversity: Implications for Organizational Competitiveness*. *Academy of Management*, 5, pp. 45-56.
- Dyer, L. and Reeves, T. (1995). Human resource strategies and firm performance. *International Journal of Human Resource Management*, 6, pp. 656-670.
- Ely, R. J. (2004). A Field Study of Group Diversity, Participation in Diversity Education Programs, and Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 25, pp. 755-80.
- European Agency for Safety and Health at Work (2009a). *Outlook 1 – New and emerging risks in occupational safety and health*, accessibile online su [http://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/te8108475enc\\_osh\\_outlook](http://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/te8108475enc_osh_outlook)
- European Agency for Safety and Health at Work (2009b). *Workforce diversity and risk assessment – Ensuring everyone is covered*, accessibile online su <http://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE7809894ENC>
- INRS (2013). *Evaluer les facteurs de risques psychosociaux: l'outil RPS-DU*, accessibile online su <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206140>
- McKay, P. F. et al. (2008). Mean racial-ethnic differences in employee sales performance: The moderation role of diversity climate. *Personnel Psychology*, 61, pp. 349-74.
- Kim, B. Y. (2006). *Managing Workforce Diversity*. *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, 5, pp. 69-90.
- Kirton, G. and Greene, A. (2010). *The Dynamics of Managing Diversity. A Critical Approach*, Elsevier/Butterworth-Heinemann. Oxford.
- Pitts, D. W. (2009). Diversity management, job satisfaction, and performance: evidence from US federal agencies, *Public Administration Review*, 69, pp. 328-338.
- Richard, O. C. (2000). Racial diversity, business strategy, and firm performance: A resource-based view. *Academy of Management Journal*, 43, pp. 164-77.
- Richard, O. C. Johnson N. B. (1999). Making the connection between formal human resource diversity practices and organizational effectiveness: Beyond management fashion. *Performance Improvement Quarterly*, 12, pp. 77-96.
- Thomas, R. R. (1990). From Affirmative Action to Affirming Diversity. *Harvard Business Review*, 68, pp. 107-17.
- Turner, J. C. (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory*. Oxford, UK: Blackwell.
- Williams, K. Y., and O'Reilly, C. A. (1998). Demography and Diversity in Organizations: A Review of 40 Years of Research. *Research in Organizational Behavior*, 20, pp. 77-140.

Corrispondenza: Carlo Bisio, [bisio@cesvor.com](mailto:bisio@cesvor.com) ; Gabriele Sala, [gabrielesala@cesvor.com](mailto:gabrielesala@cesvor.com)

## Il metodo Cesvor per la valutazione preliminare del rischio stress lavoro-correlato<sup>1</sup>

Carlo Bisio, Psicologo delle organizzazioni, CESVOR SAS  
 Paolo Campanini, PH.D., Psicologo, CESVOR SAS  
 Gabriele Sala, Dottore in Psicologia, CESVOR SAS

*<sup>1</sup>Il presente articolo costituisce un approfondimento in termini operativi di quanto presentato in Bisio, Campanini, Sala (2016), articolo proposto al XI Congresso Nazionale SIE (Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani), Napoli, 16 - 18 novembre 2016. I dati qui presentati sono gli stessi dell'articolo citato.*

### ABSTRACT

Il metodo Cesvor per la valutazione preliminare del rischio stress lavoro-correlato, che si basa su una prospettiva ergonomica per l'analisi delle condizioni di lavoro e organizzative, adotta il modello di stress Job Demand Resources, e concilia la metodologia soggettiva con quella oggettiva attraverso un'analisi partecipata basata sull'applicazione di griglie. Per ciascuno dei 18 fattori considerati (6 di contenuto e 12 di contesto), viene espresso un giudizio numerico e viene documentata una descrizione obiettiva a supporto. Sono presentati i principali risultati raccolti presso 31 aziende di diversi settori, in 54 diversi contesti (siti) e 580 gruppi omogenei, fra il 2009 e il 2013. Il metodo si è dimostrato in grado di evidenziare punti critici e di forza per una valutazione del rischio stress, e di fornire una struttura di fattori interpretabile. Sulla base dei risultati del periodo 2009-2013 si è proceduto ad una versione avanzata del metodo, basata sull'utilizzo di punti T per il confronto con il campione normativo.

### INTRODUZIONE

In Italia l'attenzione allo stress lavoro-correlato è aumentata velocemente dall'emanazione del D.Lgs. 81/08, facendo proliferare una varietà di metodologie e strumenti per la sua rilevazione. I dettami normativi italiani impongono una valutazione di "indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili...", tentando così di superare possibili limiti intrinseci delle misure self-report (Spector, 1992) come, per citare il più noto, l'affettività negativa (Watson & Clark, 1984). Tabenalli et al. (2008) in una rivisitazione della letteratura scientifica che ha passato in rassegna la maggior parte degli strumenti disponibili per la valutazione stress lavoro-correlato hanno identificato 33 strumenti: 7 osservazionali e 26 questionari self report.

Un esempio di metodologia osservazionale è il metodo RHIA/VERA, basato sulla teoria "action regulation" (Hacker, 2003) che è stata sviluppata in Germania e verificata in diversi altri paesi (ad es. Greiner et al., 2004). Il metodo, pur avendo il vantaggio principale dell'osservazione diretta, risulta molto dispendioso in termini di tempo e relativi costi.

Anche i metodi puramente osservazionali hanno dei limiti. Infatti, è risaputo che lo stress "oggettivo" può causare dei danni in una persona e non in un'altra, cioè la soggettività individuale nella percezione dello stimolo potenzialmente stressante è determinante per classificare il fattore lavorativo come rischioso (Lazarus & Folkman, 1984).

Rugulies (2012) riporta che un oggetto di analisi così complesso come lo stress lavorativo richiede valutazioni complete e ragionate, poiché sia le misurazioni soggettive che quelle oggettive hanno i loro vantaggi e svantaggi (Semmer et al., 1996).

In letteratura non sono molti gli studi che hanno utilizzato entrambe le tipologie di misurazione e generalmente la finalità era volta a comparare la relazione tra le differenti misure con gli esiti sulla salute (es. Greiner et al. 2004). Un esempio di integrazione degli approcci oggettivi e soggettivi è il metodo St.A.R.T.

(Panari et al., 2012) che prevede l'utilizzo di questionari self-reported e di una checklist osservazionale. Un altro metodo che si pone come "obiettivo" è il metodo OSFA (Objective Stress Factors Analysis; Argentero & Candura, 2009).

L'INAIL propone un metodo che comprende sia la misurazione oggettiva sia quella soggettiva tramite questionario (ma solo in caso che la prima valutazione oggettiva dia esiti di un rilevante rischio stress lavoro-correlato) ed è il metodo tra i più utilizzati in Italia. Quest'ultimo metodo ha mostrato, seppure a livello estremamente generale, una correlazione tra la valutazione con metodo oggettivo e quella con metodo soggettivo (Ronchetti et al., 2015). Il metodo risente dei limiti delle valutazioni oggettive (avendo relegato la valutazione soggettiva a seguito di alcuni esiti della valutazione oggettiva) e attribuisce lo stesso valore a differenti fattori di potenziale stress. Inoltre, la correlazione identificata tra i due metodi mostra che la valutazione oggettiva non è in grado di identificare specifici fattori di potenziale stress lavorativo essendo correlata con tutte le dimensioni della valutazione soggettiva. Altro limite è la definizione dei cut-off che non segue un principio empirico ma si basa su una ragionevole, ma per nulla verificata, suddivisione del range dei punteggi possibili.

Il presente studio vuole presentare il metodo Cesvor che intende conciliare la metodologia soggettiva con quella oggettiva e effettuare una sua prima analisi dei dati finalizzata alla sua definizione quantitativa. Il metodo si basa sul modello di stress Job Demand Resources (Demerouti et al., 2011).

Il metodo CESVOR si pone come una valutazione obiettiva delle condizioni di lavoro e organizzative identificate dalla letteratura come potenzialmente dannose per la salute psicofisica dei lavoratori, si basa sull'analisi ergonomica effettuata con sopralluoghi e interviste semistrutturate a testimoni qualificati dell'organizzazione, cioè testimoni aziendali e lavoratori che abbiano esperienza del lavoro e lo conoscano in dettaglio. La letteratura supporta la modalità per la raccolta di dati attraverso tecniche "basate su esperti" (Bezzi, 2001); in questo caso l'intervista è semi-strutturata sulla base di una check list. Per ogni fattore oggetto di indagine l'analisi si basa su schede in cui sono descritte sia le potenziali risorse lavorative che le richieste lavorative. Vengono cioè analizzati tutti gli aspetti fisici, psicologici, sociali e organizzativi del lavoro funzionali al raggiungimento degli obiettivi lavorativi, che riducono le richieste del lavoro e i costi fisiologici e psicologici e stimolano la crescita, l'apprendimento e lo sviluppo, oppure al contrario che richiedono sforzo fisico e/o psicologico (cognitivo ed emotivo) e sono quindi associati a determinati costi fisiologici e/o psicologici.

La specificità della metodologia risiede nel punteggio che viene attribuito ad ogni dimensione di contenuto e contesto del lavoro. Tale punteggio corrisponde alla sintesi delle risorse e delle richieste lavorative presenti per un determinato fattore e considera sia elementi oggettivi, come la presenza o assenza di determinati fattori, sia elementi soggettivi, come la loro utilità o efficacia.

## STRUMENTI E METODO

La raccolta dei dati viene condotta attraverso le seguenti modalità:

- fattori di *contenuto*: colloquio con almeno un *testimone qualificato*, cioè una persona che svolge l'attività e la conosce in dettaglio; per la raccolta dati è necessario anche un *sopralluogo* da parte dell'esperto del metodo assieme al testimone qualificato, per constatazione diretta di alcuni elementi;
- fattori di *contesto*: colloqui con diversi testimoni aziendali qualificati per una descrizione dei processi organizzativi e della loro qualità;
- *eventi sentinella*: raccolta di dati storici aziendali (inerenti l'ultimo triennio).

Fattori analizzati per il contenuto del lavoro sono: Luogo e ambiente di lavoro, Organizzazione della postazione di lavoro, Metodi per lo svolgimento del compito, Uso di strumenti manuali e attrezzature, Carico cognitivo del compito, Aspetti organizzativi e sociali.

Lo strumento si applica ad "attività di lavoro" svolte da gruppi omogenei di lavoratori.

A ciascun fattore sono stati attribuiti due punteggi:

- la rilevanza di tale fattore in rapporto al tipo di attività, cioè quanto è importante in quella attività, su un punteggio da 0 a 2 (0 = non rilevante; 1 = parzialmente rilevante; 2 = rilevante);
- la criticità di tale fattore, cioè quanto è deteriorato e negativo, su un punteggio da 0 (nessun aspetto negativo) a 3 (molto deteriorato, nessun aspetto positivo) procedendo a intervalli di 0,25.

Per le dimensioni di contesto del lavoro sono state identificate 12 dimensioni: Struttura organizzativa, Valori organizzativi, Cultura partecipativa, Comunicazione interna, Formazione, Sviluppo e progressione di carriera, Gestione organizzativa dell'autonomia, Presidio degli aspetti relazionali, Interfaccia casa lavoro, Gestione dei cambiamenti, Valutazione delle prestazioni, Progettazione dei compiti. Ciascuna dimensione viene indagata prendendo in considerazione unità organizzative dell'azienda e viene attribuito un punteggio da 0 a 3. Sia per i fattori di contesto che di contenuto il metodo reperisce dati di tipo qualitativo in forma discorsiva, attraverso le descrizioni che il testimone produce, e di tipo quantitativo, attraverso punteggi sintetici; è richiesto anche di dire quali documenti possono supportare al bisogno le informazioni fornite.

Gli eventi sentinella vengono utilizzati per ottenere un indice di impatto sintetico attraverso l'analisi di 5 Indicatori: assenze per malattia, rotazione del personale, frequenza di infortuni, visite mediche straordinarie richieste dai dipendenti, sanzioni disciplinari (Campanini, 2014). Tali indicatori assumono un peso differente fra di loro, tenendo anche conto della tipologia di realtà, se manifatturiera o di servizi. Per una maggiore completezza si indagano tenendo conto del trend sugli ultimi 3 anni oltre che del benchmark considerando il posizionamento dei diversi sottogruppi rispetto alla media dell'azienda nell'ultimo anno.

Il livello di rischio finale è identificato per ciascun gruppo omogeneo in una matrice di rischio in cui l'indice di impatto ottenuto dagli eventi sentinella (basso, medio o elevato) è ortogonale agli indici di esposizione ottenuti tramite i fattori di contesto e di contenuto (basso, medio o elevato).

**Matrice di rischio**

<b>Impatto</b>				
		BASSA (1)	MEDIA (2)	ALTA (3)
ALTO (3)	3	6	9	
MEDIO (2)	2	4	6	
BASSO (1)	1	2	3	
		BASSA (1)	MEDIA (2)	ALTA (3)
				<b>Esposizione</b>

## RISULTATI

Sono stati raccolti fra il 2009 e il 2013 dati su 740 gruppi omogenei presso 54 contesti in 31 aziende. Si è proceduto a eliminare i casi che presentavano una scarsa accuratezza nella compilazione. Sono stati ritenuti validi 580 gruppi omogenei (233 gruppi di impiegati, 83 di manager, 185 di operai, 79 di supervisori) presso 53 contesti (29 manifatturieri e 24 di servizi) in 31 aziende.

Fattori di contenuto

Per ciascun gruppo omogeneo si è proceduto a moltiplicare la criticità per la rilevanza per tutti gli indicatori ottenendo il punteggio di "Criticità pesata".

Nella tabella 1 si può osservare come:

- la categoria degli Operai abbia un pattern di rilevanze differente rispetto alle altre figure, sono infatti gli unici a presentare una rilevanza superiore ad 1 nelle dimensioni *Metodi di svolgimento del compito ed Attrezzature*, oltre ai più bassi punteggi nelle dimensioni *Carico mentale e Aspetti sociali*.
- La figura dell'impiegato è quella per la quale è stata attribuita maggior rilevanza al *Luogo di lavoro e Postazione di lavoro*.
- Le dimensioni *Carico Mentale* (M=2,50) e *Aspetti Sociali* (M=2,89) raggiungono i punteggi più elevati mentre *Attrezzature* raggiunge il punteggio più basso (M=0,94).
- La criticità pesata dei Manager e dei Supervisori ha punteggi più elevati nelle dimensioni di *Carico mentale e Aspetti sociali*. I Manager, inoltre, hanno il punteggio più basso nella dimensione *Luogo di lavoro*.

L'analisi fattoriale condotta sulle dimensioni di contenuto mostra una struttura a due fattori (varianza spiegata 51,1%): *Aspetti Fisici e Aspetti Psicosociali*.

		Fattori di contenuto											
		Luogo di Lavoro		Postazione di lavoro		Metodi svolgimento del compito		Attrezzature		Carico Mentale		Aspetti Sociali	
		Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata	Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata	Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata	Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata	Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata	Rilevanza (Criticità)	Criticità Pesata
Mansioni	Impiegato	1,76 (1,15)	2,03	1,61 (0,51)	0,82	0,58 (0,76)	1,09	0,36 (0,53)	0,77	1,70 (1,32)	2,31	1,84 (1,56)	2,91
	Manager	1,59 (0,80)	1,24	1,41 (0,36)	0,48	0,48 (0,33)	0,33	0,15 (0,60)	0,70	1,86 (1,73)	3,40	1,82 (1,93)	3,60
	Operaio	1,56 (1,55)	2,49	1,31 (1,55)	1,75	1,25 (1,19)	1,74	1,09 (0,77)	1,02	1,36 (1,29)	2,01	1,56 (1,42)	2,29
	Supervisore	1,49 (1,41)	2,18	1,23 (0,91)	1,19	0,96 (1,06)	1,38	0,59 (0,84)	0,97	1,89 (1,67)	3,19	1,87 (1,78)	3,43
	Totale	1,64 (1,26)	2,08	1,44 (0,77)	1,11	0,83 (0,97)	1,37	0,59 (0,72)	0,94	1,64 (1,42)	2,50	1,75 (1,60)	2,89
Fattori	Aspetti Fisici	0,454		0,750		0,773		0,596					
	Aspetti Psicosociali									0,792		0,739	

Tabella 1: Rilevanze(scala 0-2), Criticità(scala 0-3), Criticità Pesate(scala 0-6) dei fattori di contenuto e Saturazioni analisi fattoriale a 2 fattori



## FATTORI DI CONTESTO

La tabella 2 mostra le statistiche relative ai fattori di contesto. Il settore del Manifatturiero presenta generalmente punteggi più bassi rispetto a quello dei Servizi a eccezione della dimensione relativa all'Interfaccia casa-lavoro e Progettazione dei compiti. Valutazione e Sviluppo di carriera presentano le maggiori criticità. I fattori Comunicazione e Interfaccia casa-lavoro presentano i valori più bassi.

Conducendo un'analisi fattoriale si è individuata una struttura a 5 fattori:

- Coinvolgimento e Sviluppo, composto da quegli aspetti indaganti
- Strutturazione,
- Valori Organizzativi,
- Interfaccia Casa-Lavoro,
- Controllo.

		Media criticità		Analisi Fattoriale				
		Manifatturiero	Servizi	Coinvolgimento e Sviluppo	Strutturazione	Valori Organizzativi	Interfaccia Casa-Lavoro	Controllo
Fattori di contesto	Processi Decisionali	0,76	1,1	0,87				
	Comunicazione Interna	0,59	0,81	0,80				
	Formazione	0,61	0,89	0,69				
	Sviluppo di Carriera	1,06	1,43	0,55				
	Rapporti Interpersonali	0,82	1,13		0,81			
	Struttura Organizzativa	0,77	1,12		0,78			
	Valutazione	1,11	1,29		0,78			
	Gestione Cambiamenti	0,98	1,22			0,87		
	Cultura Organizzativa	0,75	0,93			0,67		
	Interfaccia Casa-Lavoro	0,72	0,56				0,90	
Autonomia Decisionale	0,81	0,87					0,74	
Progettazione Compiti	1,11	1,06					0,74	
Alfa di Cronbach				0,81	0,79	0,70	-	0,46

Tabella 2: Medie criticità (scala 0-3) per settore dei fattori di contesto e Saturazioni analisi fattoriale a 5 fattori

## DISCUSSIONE

La validità di facciata è stata curata basando la preparazione iniziale su un'analisi della letteratura e su interviste preliminari, oltre ad un affinamento dello strumento attraverso l'esperienza maturata con il suo utilizzo. Le strutture fattoriali individuate tendono a garantire una validità di costruito.

La consistenza interna della struttura a 5 fattori risulta apprezzabile: l'alpha di Cronbach presenta un punteggio basso, addirittura negativo, per il solo fattore Interfaccia casa-lavoro.

L'analisi sui fattori di contenuto mostra notevoli differenze nelle rilevanze e criticità pesate tra le diverse figure considerate. Come ragionevolmente ci si poteva aspettare negli Operai vi sono maggiori criticità negli Aspetti Fisici con punteggi di rilevanze e di criticità pesata maggiori ai primi quattro fattori di contenuto. Manager e Impiegati raggiungono punteggi più alti negli Aspetti Psicosociali. I Supervisor hanno punteggi più critici sia negli Aspetti Fisici che Psicosociali.

Nei fattori di contesto il settore dei Servizi ha punteggi generalmente più alti rispetto a quello Manifatturiero, in particolare nelle dimensioni Coinvolgimento e Sviluppo e Strutturazione. Risultano anche differenze interessanti in merito al fattore Valori Organizzativi.

## CONCLUSIONI

Il metodo CESVOR per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato si è rivelato utile per numerose organizzazioni operanti in diversi settori, sia nelle PMI che nelle grandi realtà aziendali.

Con la somministrazione dello strumento nelle numerose realtà si è costruito un campione utile per la standardizzazione dei punteggi sia per i fattori di contenuto che di contesto. Nella pratica sono stati utilizzati i punti T del campione normativo specifico di riferimento (categoria di attività per i fattori di contenuto, organizzazione di servizio o manifatturiera per i fattori di contesto).

I risultati presentati hanno permesso di implementare miglioramenti e semplificazioni dello strumento. Dal campione normativo presentato è possibile identificare e attribuire un coefficiente di rilevanza a ogni fattore di contenuto per ogni specifica attività (produttiva, impiegatizia, manageriale e di supervisione), calibrando direttamente i punteggi ricavati dalla raccolta dati, che non necessiterà più di definire il punteggio di rilevanza. Attualmente si sta lavorando per una maggiore integrazione con i dati riferiti agli eventi sentinella, questi purtroppo non sono sempre disponibili e le motivazioni sono molteplici, le aziende possono essere reticenti a divulgare questi dati o, come più spesso accade, non sono in grado di ricavarli se non a seguito di un grande dispendio di risorse.

## BIBLIOGRAFIA

- Argentero, P. Candura, S. M. (2009, February), La valutazione obiettiva dei fattori di rischio stress lavoro-correlati: prime esperienze applicative del metodo OSFA (Objective Stress Factors Analysis) *G Ital Med Lav Erg*; 31, 221-226.
- Bisio, C. Campanini, M.P. Sala, G. (2016, November), Definizione del metodo Cesvor basato sull'analisi ergonomica per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato. *Rivista italiana di ergonomia Special Issue 1/2016*, 159-164.
- Campanini, P. (2014) Analisi degli eventi sentinella: valore aggiunto e metodi. In *Dossier Ambiente n°106. Stress Lavoro-Correlato e Benessere Organizzativo*. C. Bisio e A. Guardavilla (a cura di). *Ambiente e Lavoro*
- Cox, T. Rial-González, E. (2005) Work-related stress: the European picture. *Work-related stress is a strong negative emotional reaction to work. Working on stress Magazines 5* [serial on the internet]. accessibile online su <http://osha.europa.eu/publications/magazine/5>
- Demerouti, E. & Bakker, A.B. (2011, February). The Job Demands-Resources model: Challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology 37*, doi:10.4102/sajip.v37i2.974
- Di Tecco, C. Ronchetti, M. Ghelli, M. Russo, S. Persechino, B. Iavicoli, S. (2015), Do Italian Companies Manage Work-Related Stress Effectively? A Process Evaluation in Implementing the INAIL Methodology. *BioMed Research International*, Article ID 197156, accessibile online su <http://dx.doi.org/10.1155/2015/197156>
- Greiner, BA. Krause, N. Ragland, D. Fisher, JM. (2004, May), Occupational stressors and hypertension: a multi-method study using observer-based job analysis and self-reports in urban transit operators. *Soc Sci Med*;59, pp. 1081-94
- Hacker, W. (2003, February), Action Regulation Theory: A practical tool for the design of modern work processes? *European journal of work and organizational psychology*, 12, pp. 105-130
- INAIL (2013), *Managing and Assessing the Risk for Work-Related Stress. Guide for Companies*, in *Compliance with Leg. Decree 81/2008 and Subsequent Integrations and Modification*, Research Area
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Tabanelli, M.C. Depolo, M. Cooke, R.M.T. Sarchielli, G. Bonfiglioli, R. Mattioli, S. Violante, F.S. (2008) Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment *Int Arch Occup Environ Health*, 82, pp.1-12
- Panari, C. Guglielmi, D. Ricci, A. Tabanelli, M.C. Violante, F. S. (2012, July) Assessing and improving health in the workplace: an integration of subjective and objective measures with the STress Assessment and Research Toolkit (St.A.R.T.) method. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 18
- Ronchetti, M. Di Tecco, C. Russo, S. Castaldi, T. Vitali, S. Autieri, S. Valenti, A. Persechino, B. Iavicoli, S. (2015), An integrated approach to the assessment of work-related stress risk: Comparison of findings from two tools in an Italian methodology. *Safety Science*, 80, pp. 310-316
- Rugulies, R. (2012, March) Studying the effect of the psychosocial work environment on risk of ill-health: towards a more comprehensive assessment of working conditions. *Scand J Work Environ Health*, 38, pp.187-192
- Semmer, N. Zapf, D. Siegfried, G. (1996), Shared job strain': A new approach for assessing the validity of job stress measurements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, pp. 293-310
- Spector, PE. (1992) A consideration of the validity and meaning of self-report measures of job conditions. In C.L. Cooper e I.T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*, 7, pp. 123-151. New York: Wiley.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience negative aversive emotional states. *Psychological Bulletin*. 96, pp. 465-490.

Corrispondenza:  
Carlo Bisio, [bisio@cesvor.com](mailto:bisio@cesvor.com);

Paolo Campanini, [paolocampanini@cesvor.com](mailto:paolocampanini@cesvor.com); Gabriele Sala, [gabrielesala@cesvor.com](mailto:gabrielesala@cesvor.com).

UFFICIO  
E  
SALUTE



## Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti: 2^ parte.

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

Un anno fa la rubrica 'Ufficio e Salute' ha approfondito i casi di videoterminalisti 'idonei con prescrizione' con riferimento alla 'tabella ANMA' a causa di problematiche prevalentemente muscolo-scheletriche a carico di arti superiori e rachide. L'indagine è stata condotta analizzando i dati della relazione sanitaria annuale 2015 di una azienda multinazionale con circa 900 dipendenti e sede a Genova (1, 2). Come è noto l'idoneità con prescrizione prevede una periodicità biennale, salvo diversa frequenza per casi particolari a giudizio del medico competente (art.176, comma 3 D.Lgs.81/08 e s.m.i.). Perciò l'approfondimento dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria 2016 con riferimento all'ultima versione della tabella ANMA (3), integrato dai dati dell'anno precedente, comprende tutti i casi di idoneità con prescrizione e consente una analisi più completa ed attendibile.

## PREMESSA

E' già stato osservato che il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi/patologie degli arti superiori e del rachide non gode di una sufficiente attenzione nel panorama scientifico nazionale e internazionale (1, 2, 3), considerato che si tratta del principale strumento di lavoro in sedici milioni di postazioni stimate sul territorio nazionale (4).

Il medico competente alle prese quotidianamente con la figura del videoterminalista non dispone di strumenti, ovvero di indicazioni operative, utili a formulare una eventuale prescrizione di fronte a disturbi o disfunzioni a carico degli arti superiori o del rachide, con particolare riferimento all'utilizzo del mouse (1, 2, 3). Seguendo le indicazioni più recenti della Tabella ANMA e in analogia all'attività svolta per l'anno 2015 (1) sono stati raccolti i dati della sorveglianza sanitaria svolta nel corso dell'anno 2016 (art. 176, comma 1 D.Lgs.81/08 e s.m.i.) allo scopo di individuare i casi di idoneità con prescrizioni relative a menomazioni, o comunque disturbi, a carico di arti superiori e rachide.

L'obiettivo rimane l'approfondimento quali/quantitativo dei casi che si avvantaggiano dalla idoneità con prescrizioni, al fine di attenuare, o eliminare, la relativa sintomatologia, oltre a prevenire riacutizzazioni e cronicizzazioni della menomazione.



## VALUTAZIONE DEL RISCHIO SPECIFICO

Con riferimento agli articoli 174 e 176 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i., l'analisi del posto di lavoro dotato di videoterminale deve riguardare in particolar modo i "problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico, alle condizioni ergonomiche..." con sorveglianza sanitaria mirata "ai rischi per l'apparato muscolo-scheletrico". Per la valutazione del rischio è stata utilizzata la metodologia OCRA (Occupational Repetitive Actions), che risulta di impiego relativamente semplice e soprattutto evidenzia una correlazione con diagnosi di WMSD's (Work-related Musculo Skeletal Disorder's) in soggetti a rischio (5).

CHECK LIST OCRA	OCRA INDEX	FASCE	RISCHIO
FINO A 7,5	> 2,2	VERDE	ACCETTABILE
7,6-11	2,3 - 3,5	GIALLO	MOLTO LIEVE (border line)
11,1 -14,0	3,6 - 4,5	ROSSO LEGGERO	LIEVE
14,1 - 22,5	4,6 - 9	ROSSO MEDIO	MEDIO
> 22,6	> 9,1	VIOLA	ELEVATO

METODOLOGIA OCRA - Occupational Repetitive Actions. Check list e punteggio OCRA sono divisi in cinque fasce e ritenuti significativi (certezza) oltre 14,0, per la check list, ed oltre 4,5 per l'indice di rischio OCRA.

Essendo l'impegno degli arti superiori al videoterminale generalmente asimmetrico, con l'arto dominante caricato dell'impegno alla tastiera ed al mouse, la check list OCRA ha evidenziato un 'punteggio reale postazione' piuttosto diverso fra gli arti.

Di seguito la tabella che specifica i valori della Check-list OCRA, misurati nell'azienda oggetto dell'indagine e suddivisi per mansione.

MANSIONE	ARTO SUPERIORE DOMINANTE	ARTO SUPERIORE NON DOMINANTE
Office Worker	6,125	2,85
Teleseller	7	4

Punteggio Check list OCRA

I parametri sono chiaramente in fascia verde, tuttavia il dato dell'arto superiore dominante per il tele seller si avvicina alla 'fascia gialla' che parte da 7,6.

Considerando che l'azienda in questione ha una storia di frequenti sopralluoghi congiunti Medico competente (MC) e Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), ripetute analisi delle postazioni dotate di videoterminale, periodici momenti di formazione-informazione e di feedback prodotto dai risultati della sorveglianza sanitaria, si può ipotizzare che in altri ambiti lavorativi gli stessi parametri possano presentare valori maggiori, forse anche in fascia gialla o rossa.

## DAL SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI AL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Per le Linee Guida SIMLII 2013 (4) l'impegno richiesto all'apparato muscolo-scheletrico di un operatore addetto al videoterminale si riassume in:

- una postura assisa protratta;
- un possibile uso intensivo della tastiera e dei sistemi di puntamento.

I segmenti corporei maggiormente interessati sono collo, schiena, spalle, braccia e mani. La sintomatologia è in genere rappresentata da formicolii, intorpidimento, rigidità e dolore, prevalentemente connessi ad affaticamento muscolare e ad infiammazione delle strutture tendinee coinvolte.

Le cause principali sono così schematizzate:

- posizioni di lavoro inadeguate per disergonomie della postazione di lavoro (caratteristiche strutturali e posizionamento degli arredi e delle apparecchiature);
- mantenimento della posizione operativa di lavoro per molte ore, con poche interruzioni;
- movimenti ripetitivi e rapidi (digitazione, microscivolamenti e pressioni), esercitati manualmente su tastiera e con sistemi di puntamento vari.

La sorveglianza sanitaria ha perciò lo scopo di prevenire l'insorgere di alterazioni o addirittura di patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate, ma è evidente che nella grande maggioranza dei casi le idoneità con prescrizioni riguarderanno menomazioni di origine 'comune' le cui caratteristiche vanno a confliggere con le richieste della mansione specifica.

L'esame clinico segue lo schema proposto dalle Linee guida SIMLII 2013 (4) con riferimento all'obiettività illustrata nella scheda di registrazione dell'Unità di ricerca EPM ([www.epmresearch.com](http://www.epmresearch.com)) ed ai criteri di 'idoneità con prescrizione', riferiti in particolar modo all'utilizzo del mouse, proposti recentemente da ANMA in una versione aggiornata (3).

La tabella ANMA, non esaustiva e tanto meno definitiva, riassume alcune evidenze, più empiriche che scientifiche, quale sintesi dei dati offerti dalla letteratura e soprattutto da numerose esperienze 'sul campo' condotte da medici competenti.

E' ormai un aspetto condiviso che le indicazioni sul giudizio di idoneità in questo specifico ambito "non scaturiscono solo da evidenze scientifiche, ma anche, e talora soprattutto, dall'esperienza e dalla conoscenza dei problemi" (Linee guida SIMLII per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro, 6).

Condizione/patologia	Modello di mouse consigliato/prescritto	Eventuali ulteriori prescrizioni
Mano piccola (taglia < 7)	Mini mouse	-
Tendinopatia estensore dita o tendinite estens. 2° dito	Mini mouse	Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su 'modalità mancino': uso 3° dito con 2° dito a riposo
Malattia di De Quervain	Mouse-trackball oppure mini-mouse	Nel caso di uso di mini-mouse è conveniente aumentare la 'sensibilità' del dispositivo limitandone così i movimenti
Osteoartrosi- rizoartrosi	Mini mouse	-
Sindrome del Tunnel carpale	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizzare l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°
Cisti sinoviale del polso	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizza l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Nel caso di cisti ventrale evitare il contatto con il poggia polso posizionandolo sotto la porzione di avambraccio immediatamente prossimale.
Sindrome pronatoria, tendinite estensori avambraccio, epicondilita laterale	Vertical mouse, o 'Hand shoes mouse', o joy stick mouse	Con 'mouse tradizionale' si consiglia almeno l'uso di tappetino poggia polso per ridurre tensione tendini estensori
Tendinite cuffia rotatori	Mouse tradizionale	Corretto appoggio dell'avambraccio, uso tappetino poggia polso, aumento 'sensibilità' del mouse per limitare i movimenti della spalla
Importante deficit/ disfunzione arto superiore dominante (p.es. osteoarticolare e neurologico o da patologia della colonna cervicale)	Mouse da valutare caso per caso	Adozione restman. Ulteriori dispositivi o accorgimenti da valutare caso per caso
Sovraccarico/contrattura m.trapezio, paracervicale	Mouse tradizionale	Evitare spalle 'arcuate', corretto appoggio dell'avambraccio (fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso
Dermatite da nickel	Mouse di colore bianco	-

Tabella ANMA tratta da: Santucci P., Videoterminista: 'mouse', seduta e idoneità. Terza edizione degli orientamenti operativi, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°3/2016, settembre 2016.

## MATERIALI E METODI

Tra le categorie di lavoratori che operano negli uffici di una società multinazionale con circa 900 lavoratori e sede a Genova, sono state selezionate le mansioni di 'tele seller' e 'office worker', poiché 'stanziali' e quasi sempre impegnate nelle proprie postazioni con una esposizione al videoterminale ampiamente superiore alle 20 ore settimanali (art.173, comma 1 lettera c, D.Lgs.81/08 e s.m.i.).

Nello specifico, l'Office Worker lavora per 8 ore con pausa pranzo di un'ora. L'attività consiste, al di là delle peculiarità del dipartimento di appartenenza, nell'inserimento e controllo di dati, compilazione di report, invio e ricezione di e-mail. In alcuni dipartimenti è previsto l'uso contemporaneo del telefono per contatti con clienti. Non sono previste contrattualmente pause di lavoro per l'uso del videoterminale, perciò ogni lavoratore può organizzare in autonomia il lavoro inserendo le interruzioni di Legge (15 minuti ogni 2 ore) in base all'attività svolta. Il Teleseller svolge la propria attività esclusivamente in ufficio con postazione individuale dotata di videoterminale. E' in costante contatto telefonico con clienti esterni e interni con controllo e inserimento dati ed invio/ricezione e mail. Tutti gli operatori hanno in dotazione cuffia auricolare per rispondere al telefono con uso contemporaneo di tastiera e mouse. Per la particolare tipologia di lavoro che non consente interruzione dall'uso del videoterminale, sono previste pause contrattuali obbligatorie di 15 minuti ogni due ore con distacco dalla postazione in area relax e una pausa pranzo di almeno un'ora a circa metà turno per i turni che superano le 6 ore. I parametri relativi alle idoneità con prescrizione, riferite a problematiche ad arti superiori e colonna vertebrale, sono stati estrapolati dai dati anonimi e collettivi presentati al termine dell'anno 2016 in occasione della riunione annuale ex art.35 D.Lgs.81/08 e s.m.i., come già effettuato per il 2015 (1). Lo scopo dello studio è calcolare la prevalenza del fenomeno e valutare dal punto di vista quali-quantitativo le singole prescrizioni, approfondendo i criteri di idoneità adottati dal medico competente con riferimento alla Tabella ANMA più recente (3).

## RISULTATI

Nell'arco dell'anno 2016 sono state estrapolate le visite mediche effettuate a n°342 lavoratori (n°269 office worker + n°73 tele seller), suddivisi in 131 maschi e 211 femmine.

I lavoratori che hanno ricevuto un giudizio di idoneità con almeno una prescrizione relativa a problematiche dell'arto superiore e rachide sono n°31, pari al 9,06 % (7 maschi e 24 femmine, rispettivamente il 5,34 % e l' 11,37 %), comprendenti n°35 prescrizioni:

- n° 27 lavoratori (6 maschi e 21 femmine ) con monoprescrizione
- n°4 lavoratori (1 maschio e 3 femmine) con doppia prescrizione.

Le idoneità con prescrizione relative a office worker sono n°23 (6 maschi e 17 femmine), mentre a teleseller n°8 (1 maschio e 7 femmine). Perciò tra gli office worker la prevalenza dei casi con prescrizione è pari all' 8,55 %, tra i teleseller è pari al 10,96 %.

Di seguito la 'Tabella risultati' che riassume i n° 31 casi di idoneità con prescrizione.

Sono confermate le prescrizioni più frequenti: tappetino poggia polso per mouse in n°20 casi, di cui 3 in associazione al 'minimouse' e 1 in associazione a 'restman', e 'uso cuffietta auricolare' in n°6 casi.

N°lavoratori e genere	Tipo di prescrizione	Note
N°12 F – 4 M	Uso tappetino poggia polso per mouse (e per tastiera in 3 F)	
N°4 F – 2 M	Uso cuffietta auricolare	Cuffietta di tipo 'monoaurale'
N°3 F	Uso tappetino poggia polso e minimouse	
N°2 F	Uso mini-mouse	
N°1F	Uso restman	
N°1 F	Uso restman e tappetino poggia polso	
N°1F	Uso Seduta Ergonomica Personalizzata (SEP)	La sedia presenta una regolazione ulteriore dello schienale in direzione 'antero-posteriore'
N°1 F	Uso 'mouse bianco'	Modello privo di pigmenti metallici, tra cui nickel, che determinano il colore nero del mouse

Tabella risultati sorveglianza sanitaria 2016



## CONSIDERAZIONI

Come è noto non emergono dalla letteratura nazionale statistiche relative alla formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica di videoterminale nell'ambito delle problematiche a carico di arti superiori e rachide.

A livello internazionale sono noti soltanto studi sulle prevalenze dei lavoratori affetti semplicemente da disturbi, o da patologie muscolo scheletriche, eventualmente correlabili all'attività al videoterminale (7, 8, 9). Perciò i risultati di questa indagine non possono essere oggetto di valutazioni comparate e si propongono nella loro originalità come valori di riferimento per auspicabili studi su più varie e soprattutto numerose popolazioni di videoterminale.

Anche nel secondo anno di sorveglianza sanitaria, che completa lo studio sulle idoneità con prescrizione, notoriamente biennali, viene confermata una prevalenza intorno al 9 % (9,06) con consolidata preferenza per il genere femminile (11,37 % vs 5,34 %).

Il dato della sorveglianza sanitaria 2015 era 11,41 % vs 4,65, a conferma di una netta preferenza delle problematiche muscolo-scheletriche verso il sesso femminile (6).

Inoltre viene ribadita una maggiore prevalenza di idoneità con prescrizione fra i tele seller, rispetto agli office worker, pari a 10,96 vs 8,55 % (9,68 vs 8,82 % nel 2015), verosimilmente causato da un sovraccarico biomeccanico leggermente superiore, evidenziato dal documento di valutazione dei rischi (ved. dati check list OCRA nel paragrafo valutazione rischio specifico).

Prima di una analisi dei dati complessivi del biennio 2015-2016, si approfondiscono di seguito da un punto di vista qualitativo i singoli casi di idoneità con prescrizione, formulati nel corso del 2016, dove è confermata la prevalenza dell'uso del **tappetino poggia polso per mouse**.

Il tappetino poggia polso viene prescritto soprattutto per abolire l'estensione del carpo, rispetto all'avambraccio, ridurre la pressione all'interno del tunnel carpale (responsabile della Sindrome del Tunnel carpale) ed attenuare la tensione dei tendini estensori (tendinopatia estensori, cisti tendinee, per esempio). Tuttavia il beneficio è generalmente presente in ogni patologia che coinvolga braccio ed avambraccio poiché, creando un ulteriore punto di appoggio (di 'scarico'), si attenua la tensione di tutte le strutture mio tendinee dell'apparato estensore (2).

La seconda prescrizione per diffusione è relativa all'utilizzo della **cuffietta auricolare**, già prevista per la

mansione 'teleseller', considerando la durata complessiva delle telefonate che copre quasi interamente il turno di lavoro.

Nell'ambito della mansione 'office worker' l'utilizzo del telefono è largamente minoritario rispetto all'orario di lavoro, tuttavia la presenza di alcune menomazioni, o comunque di disturbi nella regione collo-spalla, può indurre la prescrizione di uso di una cuffietta auricolare, individuata e fornita a cura del datore di lavoro. Il vantaggio consiste nell'evitare una postura incongrua prodotta dall'inclinazione laterale del capo e dall'innalzamento della testa dell'omero per 'bloccare' la cornetta del telefono.

Del resto è noto da diversi anni che tale postura incongrua provoca l'insorgenza di disturbi dolorosi alla colonna cervicale, alla spalla e al gomito con possibilità di alterazioni discali o muscolo tendinee nelle stessi sedi.

Secondo una pubblicazione del 2005, dedicata alla formazione nei call center, 'si rende indispensabile l'utilizzo degli auricolari da parte delle persone che utilizzano il telefono almeno tre ore al giorno' (10).

In n°5 casi è stato prescritto un 'mini-mouse', il mouse di dimensioni inferiori rispetto al modello tradizionale da 'desktop', generalmente in dotazione al pc portatile. Premesso che non sono noti studi statistici in letteratura, in un articolo pubblicato sul MCJ n°3/2014 emerge un significativo beneficio per le operatrici affette da disturbi o patologie a carico dei tendini estensore del carpo, abduuttore lungo ed estensore breve del pollice, cisti tendinee e sinoviali dorsali (11).

L'indicazione è stata seguita nella formulazione dei giudizi di idoneità, utilizzando un criterio anatomico-topografico per la scelta del presidio più adeguato: 'tappetino' per le problematiche a livello del polso, 'mini-mouse' per le menomazioni a carico del distretto dorsale della mano.

E' stata definita per convenzione 'seduta ergonomica personalizzata' (SEP) quella seduta che presenta regolazioni ulteriori, rispetto a quelle 'minime' previste di Legge ai sensi di allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i. e Decreto 2 ottobre 2000, utili a migliorare la postura in quadri clinici di particolare gravità.

Nel corso della sorveglianza sanitaria 2016 è stata prescritta a lavoratrice affetta da 'lombalgia acuta con presenza di due ernie discali', in sostituzione alla seggiola base 'tradizionale', una seduta di ottima qualità che prevede anche una regolazione in direzione antero-posteriore dello schienale, garantendo un supporto lombare più incisivo e personalizzabile.

Non sono note pubblicazioni scientifiche che trattano di sedute ergonomiche personalizzate per videoterminalisti, perciò le prescrizioni di SEP si basano sull'esperienza del medico competente dopo aver esaminato la documentazione sanitaria esibita, visitato e consultato il lavoratore interessato.



Anche l'adozione del 'restman', un supporto imbottito per l'avambraccio, non è mai stato oggetto di approfondimento in questo contesto, perciò il presidio è stato prescritto empiricamente, dopo aver fornito buoni riscontri in video terminalisti affetti da importanti problematiche subacute, quali discopatie cervicali con brachialgie e tendinite della cuffia dei rotatori.

Verosimilmente il beneficio nasce dall'incremento della 'scarico' sul piano di lavoro dell'avambraccio, che produce alleggerimento e sollievo per le strutture interessate nel rispetto della corretta postura del videoterminalista.

Nel corso della sorveglianza sanitaria 2016 il 'restman' ha garantito notevole attenuazione della sintomatologia in due casi, rispettivamente di 'ernie discali cervicali con brachialgie' e di 'epicondilita laterale acuta' unitamente all'uso di tutori ed alle terapie farmacologiche e fisiche del caso. Si osserva come il restman sempre più spesso si riveli utile in alternativa (o insieme) al tappetino poggia polso nel caso di epicondilita laterale.

Si segnala infine un caso di idoneità con prescrizione di 'mouse bianco'. Si tratta di una operatrice che da diversi anni ha risolto una dermatite eczematosa comparsa in passato sulla superficie palmare della mano, determinata da contatto con nickel, presente nel pigmento che colora di nero il mouse utilizzato in passato.

## RISULTATI COMPLESSIVI

Confrontando i risultati di due anni di sorveglianza sanitaria, emerge chiaramente la conferma dei dati a partire dal parametro centrale, la prevalenza delle idoneità con prescrizione pari al 9,01 % rispetto alla popolazione complessivamente visitata di 577 videoterminalisti.

Anche i dati suddivisi fra popolazione maschile e femminile e fra office worker e tele seller, risultano sostanzialmente invariati nell'indagine complessiva, confermando l'omogeneità dei due gruppi visitati negli anni 2015 e 2016 e perciò l'attendibilità dei dati relativi alle 'idoneità con prescrizione'.

Di seguito la tabella riepilogativa.

	2015 M	2015 F	2016 M	2016 F	M+F 2015	M+F 2016	Totale 2015+2016
Visite mediche di office worker + teleseller	86	149	131	211	235	342	577 (473 OW 104 TS)
Giudizio di idoneità con prescrizione/i	4 (4,65%): 3 mono, 1 bi-prescriz	17 (11,41%): 11 mono, 4 bi, 2triprescr.	7(5,34%): 6 mono, 1 bi-prescriz.	24(11,3%): 21mono, 3 biprescriz.	21 (8,94%)	31 (9,06%)	52 (9,01%)
Giudizio di id.con prescriz. suddivisi in OW e TS	3 OW 1 TS	15 OW 2 TS	6 OW 1 TS	17 OW 7 TS	18 OW (8,82%) 3TS (9,68%)	23 OW (8,55%) 8 TS (10,96%)	41 OW (8,67 %) 11 TS (10,58 %)

Legenda. M: maschi, F: femmine. OW: Office worker, TS: Teleseller (ved. Paragrafo 'materiali e metodi').

Tabella riepilogativa che comprende dati parziali e complessivi della sorveglianza sanitaria condotta nel biennio 2015-2016 con riferimento alle idoneità con prescrizione per disturbi/menomazioni arti superiori e rachide. Tra parentesi la percentuale che indica la prevalenza dei casi nella popolazione di riferimento.

## CONSIDERAZIONI FINALI

Alla luce dei dati acquisiti per il biennio 2015-2016 possono essere riproposte nella sostanza le considerazioni formulate al termine dell'indagine mirata alla sorveglianza sanitaria 2015.

Ci troviamo di fronte a menomazioni e a disturbi 'comuni', considerando che il documento di valutazione dei rischi evidenzia un dato non significativo (OCRA check list verde) e che nell'unico caso noto (in 16 anni di sorveglianza sanitaria), di denuncia di M.P. Sindrome del tunnel carpale, la stessa è stata archiviata dall'Ente assicuratore dopo la produzione del Documento di Valutazione dei Rischi.

Tuttavia, al giorno d'oggi, è di rilevante interesse per il medico competente la 'persona al lavoro' che, attraverso la sorveglianza sanitaria, e più in generale la consulenza del medico competente e di altre figure della prevenzione aziendale, si avvantaggia di un approccio prevenzionistico, mirato a patologie/disfunzioni a carico di arti superiori e/o rachide, che possono confliggere con le 'richieste' della mansione specifica.

Se sono esatte le stime di circa 16 milioni di videoterminalisti in Italia, quasi un milione e mezzo di lavoratori su scala nazionale potrebbe beneficiare di un corretto approccio prevenzionistico, considerando la prevalenza del 9 % dei casi che si avvantaggiano in questa indagine da una idoneità con prescrizione del relativo presidio.

Tale dato testimonia, al di là di 'luoghi comuni' che banalizzano i rischi del lavoratore videoterminalista, la significativa ricaduta su questa categoria di menomazioni e/o disturbi, prevalentemente muscolo-scheletrici, che nell'ambito della specifica operatività trovano una occasione di slatentizzazione, oppure consolidamento, di disturbi, disfunzioni e disabilità.

Perciò si aprono impensate possibilità di riduzione dei costi sociali, con riferimento alle disfunzioni/menomazioni riscontrate, considerate le interferenze negative su produttività ed assenteismo e la possibile induzione di spese relative a inquadramento diagnostico ed ospedalizzazione, terapie mediche, riabilitative e chirurgiche.

La condizione indispensabile è che si completi il tradizionale percorso, dalla valutazione dei rischi all'adozione di misure preventive e protettive, tra le quali spicca la sorveglianza sanitaria con la corretta formulazione dei giudizi di idoneità al lavoro specifico (Riferimenti di Legge: art.25, Titolo VII e allegato XXXIV del Lgs.81/08 e s.m.i.).

Tuttavia questa nuova scommessa può essere vinta se i medici competenti si dimostrano in grado di rispondere alla crescente domanda di salute/benessere proveniente dai lavoratori, attraverso una sorveglianza sanitaria più efficace e mirata, dall'esecuzione di una valutazione clinico-funzionale di arti superiori e/o rachide fino all'eventuale approfondimento diagnostico e specialistico, seguendo preferibilmente le Linee Guida più accreditate (4, 6).

Per la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica il medico competente può contare sugli orientamenti condivisi dai medici competenti dell'Associazione nazionale medici d'Azienda, che offrono un supporto concreto e pratico per la nostra operatività quotidiana, attraverso uno strumento prezioso in costante aggiornamento, ormai noto come 'tabella ANMA' (3).

## BIBLIO/SITOGRAFIA:

1. Santucci P., Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°1/2016, marzo 2016.
2. Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°2/2015, giugno 2015.
3. Santucci P., Videoterminalista: 'mouse', seduta e idoneità. Terza edizione degli orientamenti operativi, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°3/2016, settembre 2016.
4. Piccoli B., Battevi N., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., 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.
5. Colombini D., Occhipinti E., Grieco A.: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.
6. Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco, F., Draicchio, Mattioli S., 'Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs)'. S.I.M.L.I.I.,

Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.

7. 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.

8. Fredriksson K., Alfredsson L., Ahlberg G., Josephson M., Kilbom A., E Wigaeus Hjelm E., Wiktorin C., Vingård <http://oem.bmj.com/content/59/3/182.long> - aff-5 E., Work environment and neck and shoulder pain: the influence of exposure time. Results from a population based case-control study, Occup Environ Med 2002;59:182-188 doi:10.1136/oem.59.3.182.

9. Iwakiri K., Mori I., Sotoyama M., Horiquchi K., Ochiai T., Joonai H., Saito S., Survey on Visual and Musculoskeletal Symptoms in VDT Workers, SANGYO EISEIGAKU ZASSHI, Vol. 46 (2004) No. 6 P 201-212.

10. Goi A., Lavorare al call center, Manuale di formazione e autoformazione, Franco Angeli, 2005.

11. Santucci P., Pavione E., Bontadi D., Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°3/2014, settembre 2014.



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):

**HAI UN CONTRIBUTO DA INVIARE?  
VUOI COLLABORARE ALL'AGGIORNAMENTO  
DELLA TABELLA ANMA?**

**SCRIVI ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:**

**[UFFICIOESALUTE@ANMA.IT](mailto:UFFICIOESALUTE@ANMA.IT)**



A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

## E' NATALE

E' Natale ogni volta  
che sorridi a un fratello  
e gli tendi la mano.  
E' Natale ogni volta  
che rimani in silenzio  
per ascoltare l'altro.  
E' Natale ogni volta  
che non accetti quei principi  
che rlegano gli oppressi  
ai margini della società.  
E' Natale ogni volta  
che spera con quelli che disperano  
nella povertà fisica e spirituale.  
E' Natale ogni volta  
che riconosci con umiltà  
i tuoi limiti e la tua debolezza.  
E' Natale ogni volta  
che permetti al Signore  
di rinascere per donarlo agli altri.



*“Non tutti possiamo fare grandi cose, ma possiamo fare piccole cose con grande amore”.*

Madre Teresa di Calcutta