MARZO 2018 / Anno 23, N. 1/2018

GIORNALE PROFESSIONALE E SCIENTIFICO / OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL JOURNAL

medico competente JOURNAL

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

in questo numero

Lavoro agile (**smart working**): nuove sfide per il medico competente

Contributi di rilevante interesse per l'operatività dei **medici competenti** presentati in occasione del 8° Congresso Nazionale SIPISS

Proposta di classificazione della mansioni al **videoterminale**

PRESENTAZIONE

Anche quest'anno vi è una ricorrenza che viene sottolineata dal titolo scelto per l'Evento: «***Il Medico Competente 4.0. Identità in progress a 10 anni dal D.Lgs. 81/08***», titolo che ci sembra efficacemente richiami l'attuale momento storico di evoluzione degli scenari lavorativi, e le conseguenti nuove richieste ed attese in tema di prevenzione, in una cornice legislativa che appare per sua natura inadeguata a seguire ed interpretare cambiamenti così repentini.

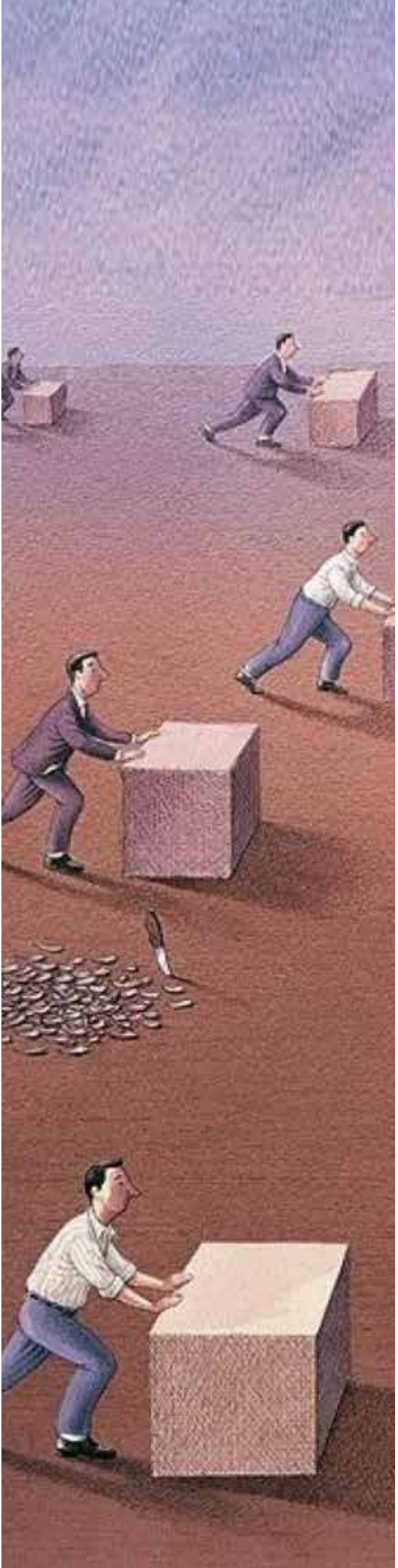
Il mondo del lavoro che cambia non può in effetti lasciare inalterata la metodologia di intervento nelle imprese, e non sempre la norma – per la sua naturale lentezza ad adeguarsi ai nuovi scenari – può rappresentare un riferimento esaustivo.
Ci sembra quindi doveroso tracciare un bilancio di questi primi 10 anni del c.d. «Testo Unico», focalizzando sì le criticità che abbiamo riscontrato e vissuto per alcuni suoi aspetti applicativi ma senza dimenticare i progressi complessivi ottenuti dal livello di conoscenze dei temi di SSL nelle imprese. Ci appare altresì necessario proseguire il confronto aperto con le parti sociali sulla necessità che la nostra disciplina ed il nostro ruolo seguano gli obiettivi dichiarati di «*Industria 4.0*», rimanendo preciso riferimento nelle imprese per la salvaguardia della salute nella sua accezione più ampia.

L'occasione del prossimo Congresso sarà anche quella di avanzare proposte legislative per rendere più agevole questo compito, ma soprattutto promuovere un confronto basato sulle migliori esperienze sul campo, per tentare di creare comportamenti ed azioni condivise per intercettare con tempestività ed efficacia una "nuova" domanda di prevenzione.

A dimostrazione di quanto detto, anche argomenti "tecnici" più consolidati – come la gestione del rischio cancerogeno, la problematica dei movimenti ripetitivi, il rischio biologico e la profilassi vaccinica, il confronto con le ASL sul tema del ricorso avverso il giudizio del MC – saranno affrontati con uno sguardo che va al di là della rigidità dei soli attuali riferimenti normativi.

Come di consuetudine i partecipanti a cui l'evento si rivolge sono Medici Competenti e Specializzandi in Medicina del Lavoro, e soprattutto ai colleghi più giovani crediamo siano rivolti questi approcci innovativi, che potranno sicuramente generare spunti interessanti per la Professione del futuro.

Il Comitato Scientifico



SOMMARIO
1-2018

In primo piano

4 Lavoro agile (smart working): nuove sfide per il medico competente
G. Scudier

Contributi

8 Contributi di rilevante interesse per l'operatività dei Medici Competenti presentati in occasione del 8° Congresso Nazionale SIPISS.
N. Magnavita, G. MIscetti, M. Valsiglio - S. Giordani

Ufficio e salute

28 Proposta di classificazione delle mansioni al videoterminale
P. Santucci

33 I videoterminali negli ambienti di lavoro.
P. Santucci

10 domande a ...

34 In questo numero parliamo di Travel Medicine con il dott. Vincenzo Nicosia

Da leggere in poltrona

36 La prima carità al malato è la scienza.
D. Bontadi

37 Lettera Past President ANMA a Presidente SIML.
G. Briatico Vangosa

G. Scudier e Lucia Casella,
Avvocati dello Studio Legale C&S Casella e Scudier in Padova, Docenti, Consulenti Legali ed Autori di numerose pubblicazioni in tema di Sicurezza.

Lavoro agile (smart working): nuove sfide per il medico competente

Cos'è esattamente il lavoro agile? Cambiano gli adempimenti di sicurezza e salute del lavoro? E qual è il ruolo del Medico Competente in questa trasformazione?

Profilo legislativo e caratteristiche del lavoro agile

Introdotto dalla legge 22 maggio 2017 n. 81 (articoli 18-23), il lavoro agile non è una nuova tipologia contrattuale, ma a tutti gli effetti un rapporto di lavoro subordinato; più specificamente (art. 18) si tratta di una "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato", sulla base di un apposito accordo individuale che le parti sottoscrivono e in base al quale:

- *"la prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno"* (art. 18 co. 1); l'accordo individuale disciplina appunto *"l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta* ***all'esterno dei locali aziendali****"* (art. 19 co. 1);
- il lavoro all'esterno viene svolto (art. 18 co. 1) *"senza precisi vincoli di luogo di lavoro"* e *"****senza una postazione fissa****"*: non si tratta dunque né di lavoro a domicilio, né di telelavoro o lavoro a distanza, ma di luogo che viene "scelto" dal lavoratore;
- **mancano** *"****precisi vincoli di orario****"* (art. 18 co. 1), sicchè la regolamentazione spetta alle parti: il che non significa mancanza di orario, posto che va rispettata la "durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva" (art. 18 co. 1) e vanno regolati *"i tempi di riposo del lavoratore"* nonché *"le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro"* (art. 19 co. 1);
- viene regolato l'utilizzo di ***strumenti tecnologici*** per lo svolgimento dell'attività lavorativa, e con esso le misure *"per assicurare la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche"* (art. 19 co.1);
- il lavoro può essere regolato *"con forme di* ***organizzazione per fasi, cicli e obiettivi****"* (art. 18 co. 1), pattuendo altresì le forme di esercizio *"del potere direttivo del datore di lavoro"* (art. 19 co. 1), *"del potere di controllo"* (art. 21 co. 1), e le condotte rilevanti ai fini disciplinari (art. 21 co. 2).
- l'accordo *"può essere a termine o a tempo indeterminato"* (art. 19 co. 2), ma in quest'ultimo caso è la legge stessa a prevedere il diritto di recesso di ciascuna parte (con preavviso di almeno trenta giorni, aumentati ad almeno novanta per il datore di lavoro se il lavoratore agile è disabile); se poi esiste un giustificato motivo, il recesso può avvenire prima della scadenza (tempo determinato) o senza preavviso (tempo indeterminato).

La legge n. 81/17 contiene anche disposizioni specificamente dedicate a salute e sicurezza; alcune tutto sommato "ovvie" (art. 18 co. 2, *"il datore di lavoro è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell'attività lavorativa"*; art. 22 co. 1, *"il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità agile"*); altre di contenuto più innovativo.
In particolare risalta l'art. 22 co. 1, secondo cui il datore di lavoro *"consegna al lavoratore e al RLS, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro"*.

Nuovo profilo, nuovi adempimenti

Ma se non vi è dubbio sul fatto che il rapporto di lavoro agile ricade nell'ambito di applicazione del Decreto n. 81/08 e che il lavoratore agile rientra a pieno titolo nella definizione di lavora-

tore di cui all'art. 2 lettera a), come vanno soddisfatti gli adempimenti del Decreto n. 81/08?
Vi sono degli aggiustamenti da fare, anche per il Medico Competente?
Ci sembra inevitabile affermare che la redazione e consegna dell'informativa specifica sui rischi al lavoratore e al RLS prevista dalla legge n. 81/17 non sia l'unico atto che gli attori della sicurezza aziendale devono porre in atto, allorchè si introduce il lavoro agile in azienda.
La "scelta di fondo" compiuta dal datore di lavoro, di introdurre il lavoro agile come nuovo elemento della organizzazione aziendale, porta con sé conseguenze non di poco conto:

- la rielaborazione del DVR, che l'art. 29 del Decreto 81 richiede *"in occasione di modifiche della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori"*;
- l'inserimento nel DVR di un paragrafo specificamente dedicato ai lavoratori agili, in attuazione dell'art. 28 del Decreto 81/08 che prescrive di valutare anche i rischi *"connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro"*: è bensì vero che il lavoro agile non costituisce una tipologia contrattuale a sé stante, ma sono indubbi i suoi connotati di specificità e la configurabilità di rischi che dipendono proprio dalle modalità di esecuzione;
- la ridefinizione dei contenuti dei programmi di informazione e formazione;
- la rivalutazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria;
- la rinnovazione della formazione ed informazione al lavoratore agile;
- la dotazione di nuovi DPI;
- la esecuzione di visita medica di idoneità rispetto alla specifica nuova "mansione";

e così via.

La Valutazione dei Rischi nel lavoro agile

Del resto, per individuare nella informativa scritta i rischi generali e i rischi specifici *"connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro"*, non si può non passare per una valutazione dei rischi.
Non stiamo parlando degli stessi rischi già propri della mansione svolta in azienda con modalità tradizionale, che saranno già stati oggetto di valutazione nel DVR, di formazione e informazione, di sorveglianza sanitaria, e per i quali non vi è nessuna necessità di inutili duplicazioni; quello che interessano sono i rischi del lavoratore agile in quanto tale (rischi generali) e del singolo lavoratore agile (rischi specifici).
I rischi generali sono i rischi tipici generalmente connessi alla esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile: rischi propri e caratteristici, in generale, di tutti i lavoratori agili.

I rischi specifici sono i rischi cui il lavoratore agile è esposto in relazione all'attività svolta ed alle specifiche modalità concordate, e che derivano dalla connotazione fortemente "individuale" dell'accordo tra le parti, volta a modellare l'esecuzione del lavoro secondo parametri di natura personale di volta in volta diversi.

A questo serve in primo luogo l'informativa scritta, addirittura da rinnovare con cadenza annuale: è lo strumento con cui viene dato risalto anche formale alla valutazione *ad hoc* necessaria per lo specifico rapporto, e che ne assicura il costante aggiornamento e la corrispondenza nel tempo con le effettive circostanze di svolgimento della prestazione.

La collaborazione del MC nella valutazione di rischi

Nell'analizzare i rischi riconducibili alla organizzazione del lavoro in forma agile, il ruolo del Medico Competente appare tutt'altro che secondario.

Vi sono molti e rilevanti profili legati al benessere organizzativo o ai rischi di contenuto psico-sociale.

Già la stessa scelta aziendale di affiancare lavoratori tradizionali e lavoratori agili comporta una esigenza di valutazione dei rischi: è una soluzione organizzativa che comporta rischi di discriminazione in termini di sviluppo della professionalità e della progressione di carriera; di esclusione dai processi formativi ed informativi, dal contesto lavorativo, dai processi di innovazione in atto; di difficoltà di compartecipazione al lavoro di gruppo.

Lo stesso dicasi per la definizione dei criteri di scelta dei lavoratori "agili", o per la individuazione delle attività ritenute compatibili o incompatibili con questa modalità lavorativa; ma rilevano anche i modi in cui vengono riprogettati i luoghi di lavoro destinati ad ospitare temporaneamente i lavoratori agili quando lavorano in sede, la creazione di ambienti di lavoro più o meno "smart", la disponibilità di spazi di lavoro condivisi o viceversa di scrivanie personali, di posti fissi o flessibili, e così via; va valutato anche l'esercizio del ruolo manageriale, che lo smart working chiama ad una profonda rivalutazione.

Tutto questo, si noti, può influire in termini negativi e di "rischio" non soltanto sui lavoratori agili, ma anche su quelli che lavoratori agili non chiedono di diventare, o rifiutano di diventare: ambito non meno meritevole di una seria valutazione.

Vi sono poi i rischi connessi alla dotazione di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività, che non includono soltanto il "rischio tecnologico" in senso stretto, e quindi i rischi riguardanti la sicurezza di attrezzature, videoterminali, computer, tablet, smartphone, ecc. in relazione alla loro efficienza ed integrità, alle corrette modalità di utilizzo, alla manutenzione, alle condotte da tenere in caso di anomalie di funzionamento, e così via; vanno valutati e gestiti anche i rischi per la salute legati ad esempio al rispetto dei principi generali di ergonomia, oppure quelli (ancora una volta di tipo psico-sociale) legati alla affidabilità dello strumento tecnologico come condizione indi-

spensabile per raggiungere l'obiettivo prefissato nei tempi previsti. Tra i rischi legati alla strumentazione tecnologica vanno annoverati anche quelli, previsti dal legislatore, collegati alla circostanza stessa della connessione: l'art. 19 co. 1 impone come contenuto obbligatorio dell'accordo anche le misure per "assicurare la disconnessione del lavoratore", e questo vale non soltanto al fine di rispettare i limiti di durata massima dell'orario di lavoro per ragioni contrattuali, ma anche per evidenti finalità di tutela della persona.

Ancora, un ruolo fondamentale ha la valutazione dei rischi derivati dal fatto che la prestazione viene resa all'esterno dei locali aziendali e senza una postazione fissa: il che include sia i rischi legati agli ambienti *indoor* (requisiti igienici dei locali, requisiti minimi degli impianti di alimentazione elettrica cui collegare il proprio device, condizioni di sicurezza antincendio o per altre emergenze, ecc.), sia quelli legati agli ambienti *outdoor* (esposizione a radiazione solare, condizioni climatiche sfavorevoli, luoghi isolati o affollati o pericolosi, ecc.).

Tutte queste tipologie di rischi potranno trovare una loro declinazione tra i rischi generali, ma anche poi in maniera più mirata nei rischi specifici, soprattutto con riferimento agli strumenti tecnologici che nell'accordo vanno specificamente individuati.

La centralità del ruolo del lavoratore agile ai fini della sicurezza

Una annotazione particolare meritano, a nostro avviso, i rischi legati al luogo di lavoro: e questo sulla base della constatazione, che per il lavoratore agile la prestazione fuori dell'azienda si svolge in un *non-luogo*.
Diversamente dal lavoro a domicilio, e anche dal lavoro a distanza, la legge n. 81/17 ha chiaramente indicato di non voler ricondurre il lavoro agile alla classica, e per molti versi superata, contrapposizione lavoro in azienda/lavoro a casa, neppure nella sua più estesa versione di *lavoro in azienda/lavoro in un luogo extra-azienda*.

Se già questo emerge dall'aggettivo scelto ("agile" come sinonimo di movimento e di flessibilità di scelta), la lettera della norma parla di "prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali", e di "lavoro all'esterno senza una postazione fissa": sicchè il luogo della prestazione, quando il lavoratore agile non è in azienda, viene individuato soltanto in negativo, per quello che non è (non è all'interno, non è in un posto fisso).
È nell'essenza stessa del lavoro agile, come prefigurato dalla norma, che il luogo in cui svolgere la propria attività (il luogo di lavoro) venga scelto dal lavoratore, e che possa essere scelto di volta in volta, anche giorno per giorno, anche in luoghi diversi nello stesso giorno Ciò non soltanto esclude che vi sia la "disponibilità giuridica" del luogo di lavoro in capo al datore di lavoro, ma fa venir meno perfino la nozione stessa di "luogo" di lavoro: luogo di lavoro è ovunque il lavoratore voglia che lo sia.
Ma se è così, è da escludere che facciano capo al datore di lavoro, e che vadano fatti oggetto di valutazione dei rischi e di informativa, i rischi e le misure di prevenzione legati a specifici luoghi, abitazione del lavoratore compresa, alle condizioni degli impianti, alla adeguatezza dei locali, alle condizioni igienico-sanitarie, e così via.

Questo costituisce, a nostro avviso, il secondo e più importante profilo di rilevanza della informativa scritta prevista dall'art. 22 della legge n. 81/17, a maggior ragione se si considera che proprio l'art. 22 fa seguire, alla regola dell'informativa scritta, l'obbligo del lavoratore di *"cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali"*.

Se tale obbligo si riducesse all'obbligo del lavoratore di rispettare le misure di sicurezza, esso non sarebbe che un inutile doppione di quanto già previsto dall'art. 20 del Decreto n. 81/08. Il significato dell'obbligo di cooperazione è ben più profondo, e si ricollega intimamente alla circostanza dell'esecuzione della prestazione "all'esterno", cioè in un luogo sottratto per definizione da qualsiasi ambito di intervento del datore di lavoro.

Con questa norma, il legislatore sancisce la centralità del ruolo del lavoratore agile, ai fini della propria sicurezza, quando si trova al di fuori dell'azienda; spetta al lavoratore agile applicare le misure di sicurezza, ma non in una prospettiva rigorosamente e ciecamente gerarchica tra obbligato-controllato e controllore, bensì in una logica di cooperazione. Non è cooperazione tra pari, naturalmente, ed infatti, il principio vale in tanto, in quanto il datore di lavoro abbia adempiuto all'obbligo di informare addirittura per iscritto il lavoratore agile sui rischi che gli sono propri; ma è obbligo di informare sulle corrette modalità lavorative, non obbligo di vigilare sulla loro attuazione.

La valutazione dei rischi, esplorata in tutti i suoi aspetti di sicurezza e di salute, diventa così un elemento fondamentale dello Smart Working, in grado di dare attuazione ai principi di elevata autonomia, di capacità decisionale, di responsabilizzazione del lavoratore, che costituiscono il vero contenuto innovativo del lavoro agile, nel pieno rispetto delle esigenze di tutela della persona e della sua salute.

Grazie alla disponibilità del Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale Dott. Giuseppe Ferrari, pubblichiamo alcuni contributi di rilevante interesse per l'operatività dei medici competenti presentati in occasione del 8° Congresso Nazionale SIPISS: Benessere, stress e patologia psichiatrica negli ambienti di lavoro, nuove sfide e nuove competenze per gli psicologi e i medici del lavoro (Milano, Camera del lavoro, 22 marzo 2018)

Promuovere la salute dei lavoratori anziani

Prof. Nicola Magnavita
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Lo scenario

L'invecchiamento della forza-lavoro

Negli ultimi decenni, soprattutto nei Paesi più sviluppati, la riduzione dei tassi di nascita e il graduale aumento dell'aspettativa di vita hanno prodotto un processo di invecchiamento della popolazione che è stato molto più veloce di quanto atteso. In Europa, gli anziani costituiscono oggi circa il 30% della popolazione.

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una prova sia per la società, sia per il lavoro. All'interno di quest'ultimo ambito, si presentano diverse criticità. Ad esempio, la riduzione nel rapporto tra la popolazione in età lavorativa e la popolazione non più attiva rende difficile finanziare le pensioni. Inoltre, se ci sono più lavoratori che lasciano il lavoro rispetto a quanti sono assunti, si potrebbero avere problemi nel reclutare professionalità avanzate.
Nonostante il graduale emergere di queste problematiche, nel corso degli anni '80 e '90 non sono sta-

ti attuati provvedimenti per ristrutturare la vita lavorativa: solo recentemente i diversi Paesi hanno iniziato a muoversi in questa direzione, ad esempio innalzando l'età di pensionamento.
I provvedimenti attuati, tuttavia, non hanno previsto la modifica dei tempi e delle modalità di lavoro. Di conseguenza, molti lavori che un tempo erano svolti solo da giovani sono oggi affidati a lavoratori anziani.
Non bisogna, però, dimenticare che questa categoria di lavoratori presenta specifiche criticità dal punto di vista psico-fisico, come una maggiore incidenza di malattie croniche e degenerative, compresi disturbi sensoriali, muscolo-scheletrici e deficit cognitivi.
All'interno di questo scenario, la promozione della salute non si configura più come un'opzione, ma come un obbligo.

I modelli nella medicina del lavoro

In medicina del lavoro, la salute del lavoratore può essere affrontata attraverso due modelli:

- Modello laboristico: si focalizza sul rischio lavorativo, affermando la necessità di un intervento solo nel momento in cui un lavoratore sia esposto al rischio stesso. Spesso l'intervento si configura come risarcimento da parte del datore di lavoro in caso di malattia professionale conclamata.
- Modello olistico: considera sia i rischi lavorativi, sia quelli extra-lavorativi a cui la persona è sottoposta. Prevede interventi che vadano ad agire sul lavoratore e/o sull'ambiente lavorativo in un'ottica di miglioramento continuo della qualità della vita.

In Italia, la legislazione sulla tutela dei lavoratori è ispirata all'impostazione laboristica. Si tratta di una delle legislazioni più avanzate al mondo, la cui applicazione è tutelata dell'imposizione del sistema penale su tutta la materia.
Tuttavia, tale legislazione non è applicabile alla promozione della salute, tematica che, tuttavia, risulta oggi di primaria importanza. Sarebbe dunque necessario adottare un approccio olistico, che tenga conto non solo dei rischi professionali, ma anche delle abitudini e degli stili di vita dei lavoratori che possono favorire l'insorgenza delle malattie e ripercuotersi sulla capacità lavorativa.
Il luogo di lavoro è il setting ideale per la promozione della salute, per diversi motivi:

- I lavoratori sono già sottoposti a controlli periodici, idealmente per tutta la vita.
- I servizi di sorveglianza sanitaria hanno le competenze necessarie per fare promozione.
- I costi dei programmi condotti nei luoghi di lavoro sono inferiori a quelli condotti in altri ambienti.
- Il benessere dei lavoratori non è vantaggioso solo per i lavoratori stessi, ma anche per i datori di lavoro e l'organizzazione nel suo complesso.

La ricerca Prohealth65+

Obiettivi

La ricerca ProHealth65+ ha avuto lo scopo di identificare le migliori iniziative europee per la promozione della salute dei lavoratori anziani e valutarne la compatibilità economica. Lo studio è stato finanziato da EU-CHAFEA nell'ambito del 2nd Programme of Community Action in the field of health.

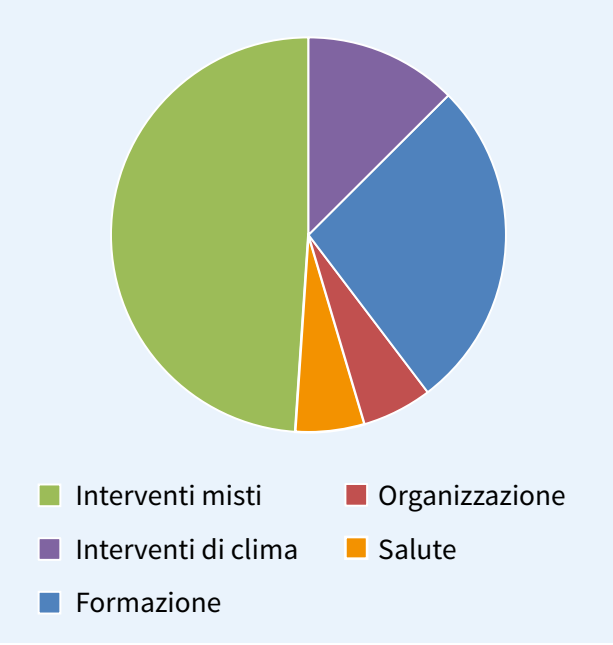
Metodologia

Analisi dei programmi esistenti

La ricerca è stata condotta a partire da un'analisi sistematica della letteratura precedente sui progetti di promozione della salute nei lavoratori anziani. Tale indagine è stata supportata da una ricerca "a palla di neve" della letteratura grigia, condotta tramite l'inserimento di parole chiave nel motore di ricerca "Google", che ha permesso di ampliare il numero di informazioni riguardo ai progetti stessi. Quando possibile, i ricercatori impegnati nei progetti sono stati contattati direttamente, affinché fornissero ulteriori informazioni. Inoltre, sono state svolte delle survey nelle aziende di maggiori dimensioni o con particolare attenzione verso gli anziani, in modo da sapere se e come avessero realizzato programmi di promozione della salute.

Criteri di selezione dei programmi

L'obiettivo principale della ricerca era quello di conoscere e catalogare, nell'ambito dei 10 Paesi europei aderenti al progetto, tutte le iniziative finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori anziani e, parallelamente, identificare il tipo di Istituzioni europee coinvolte nei progetti. Pertanto, nell'indagine sono stati inclusi solo gli studi condotti nei luoghi di lavoro e diretti ai lavoratori anziani, escludendo invece attività di prevenzione mirate all'ambiente, ai rischi industriali, ergonomici e di disability management, perché rivolte



in generale ai lavoratori e non nello specifico agli anziani.

I 10 Paesi considerati sono stati suddivisi in 3 aree:
- Mediterraneo (Italia, Portogallo, Grecia).
- Europa Centrale (Germania, Olanda, Rep. Ceca).
- Est (Polonia, Ungheria, Bulgaria, Lituania).

Le istituzioni che hanno preso parte ai progetti di promozione della salute per gli anziani realizzati nel luogo di lavoro sono state suddivise in 10 categorie: sopra-governativa; governativa; datori di lavoro; lavoratori; imprese; medici; assicurazioni; NGOs; ricerca ed educazione; altre organizzazioni private.
Ciascuna istituzione ha svolto nei singoli progetti uno dei seguenti ruoli: S (setting, fornitura del luogo in cui si è svolto l'intervento), P (promoter, promozione), O (organizing, organizzazione), F (financing, finanziamento del progetto), E (expertise & evaluation) e R (regulation).

Il tipo delle ricerche considerate apparteneva ad una delle seguenti aree: policy (politica aziendale per lavoratori anziani); lifelong learning (formazione); work organization (interventi organizzativi per aumentare la produttività e la capacità lavorativa); health and well being (programmi di carattere sanitario).
Tutti gli studi esaminati presentavano almeno uno dei seguenti caratteri:
- approccio olistico;
- partecipazione volontaria;
- promozione della salute sul lavoro;
- presenza di buone pratiche;
- prevenzione di disturbi legati all'età, (es. disturbi muscolo-scheletrici, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari o prevenzione dello stress lavoro-correlato).

Risultati

Distribuzione dei programmi

Sono stati censiti in totale 622 programmi di promozione per i lavoratori anziani condotti sul lavoro. La distribuzione dei programmi è molto eterogenea. I Paesi più attivi risultano essere Germania e Olanda. In altri Paesi, invece, i programmi di promozione della salute sono molto rari. Ciò dipende in primo luogo da criticità economiche (in Paesi come Grecia e Portogallo), ma anche dalla scelta di anteporre lo sviluppo economico alla promozione della salute (Ungheria). Nel complesso, i programmi di promozione della salute nei lavoratori anziani risultano distribuiti nel seguente modo:
- 47% Europa Centrale.
- 31% Est Europa.
- 22% Mediterraneo.

Va tuttavia considerato che esistono importanti differenze nella distribuzione all'interno di uno stesso Paese.
Per quanto riguarda la tipologia di attività, l'intervento promosso con maggiore frequenza era la formazione dei lavoratori (lifelong learning).

Le istituzioni sovranazionali

Inoltre, da quanto emerso, le istituzioni sovranazionali hanno avuto un ruolo cruciale non solo nel finanziare le iniziative di promozione, ma anche nel mettere a disposizione Linee Guida, buone pratiche e metodi di intervento, di particolare utilità e stimolo per i governi dei diversi Paesi. Tuttavia, la disponibilità di linee guida per la promozione della salute nei lavoratori anziani varia grandemente tra i diversi paesi. L'Italia, per esempio, non ne ha nessuna.

I governi dei Paesi

I governi dei Paesi, dal canto loro, si sono occupati in via prioritaria di affrontare le questioni legate all'occupazione, varando leggi che contrastano l'u-

scita precoce dal mercato del lavoro e posticipano l'età pensionabile. Alcuni Paesi, come Grecia, Portogallo e Italia, nei quali il tasso di disoccupazione giovanile risulta essere più elevato che altrove, hanno però difficoltà a mettere in atto politiche coerenti con gli obiettivi europei di prolungare l'età lavorativa. Nel complesso, gli sforzi di promozione della salute sono ancora isolati e a macchia di leopardo.

Le aziende

Per quanto riguarda le aziende, esse forniscono il setting delle iniziative di promozione della salute, svolgono in prima persona le attività e finanziano le iniziative. Vi è però una differenza tra le aziende maggiori, che recepiscono al proprio interno le risorse scientifiche necessarie all'attuazione delle attività, e le PMI, che spesso mancano di risorse economiche e culturali per svolgerle. A questo proposito, sarebbe auspicabile realizzare reti di PMI e fornire loro il necessario supporto.

Le altre istituzioni

Tra le altre istituzioni, le ONG e gli enti privati di formazione sono i più attivi nel recepire finanziamenti e applicarli ad iniziative di promozione. In molti casi, però, possono sorgere problemi di accreditamento e conflitti di interesse con gli Enti accreditatori. La realizzazione di consorzi con la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro, dei lavoratori, delle università e degli Enti pubblici e privati (Assicurazioni) potrebbe essere la soluzione per assicurare trasparenza ed efficienza.

Le barriere alla promozione della salute

I risultati della ricerca hanno individuato diverse barriere alla promozione della salute dei lavoratori anziani. Le principali probabilmente sono:
La mancata comprensione dell'importanza del problema da parte di manager e dipendenti.
La rigidità dei sistemi di salute e sicurezza.

Vi sono, tuttavia, anche altre problematiche, come la mancanza di risorse finanziarie e umane nelle piccole imprese, la riluttanza al cambiamento delle abitudini e delle pratiche di lavoro, il mancato coinvolgimento dei lavoratori nella progettazione e nell'attuazione delle attività di promozione della salute e, non ultimo, i bassi compensi economici dei dipendenti, che non li incentivano alla partecipazione attiva ad attività di promozione della salute.

Workplace setting approach

Come si è detto, sono stati selezionati solo gli studi di promozione della salute realizzati nell'ambiente di lavoro. Se, tuttavia, in tutti i casi esaminati l'attività di promozione si è svolta nel luogo di lavoro, non sempre l'azione prevista è limitata al luogo di lavoro stesso.

Per "setting approach" si intende un intervento che inizia e finisce nello stesso ambiente (Poland et al., 2009). Ciò significa che i problemi e le soluzioni nascono e muoiono all'interno dello stesso setting e, dunque, è analizzando e modificando il contesto stesso che si troverà la soluzione migliore. Nei progetti ad approccio "setting" l'obiettivo del miglioramento dello stato di salute dei lavoratori viene perseguito soprattutto tramite la modificazione degli aspetti critici dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro (Whitelaw et al., 2001; Dooris, 2009). Il luogo di lavoro, quindi, non è solo il posto in cui si contattano i lavoratori, ma l'ambito privilegiato dell'opera di promozione della salute.

La maggior parte degli studi di intervento inclusi in questa ricerca ha adottato un "non setting approach" in quanto ha utilizzato il posto di lavoro come occasione per la realizzazione dei programmi finalizzati al miglioramento dello stile di vita globale, al cambiamento di abitudini insalubri (ad esempio: tabagismo e sedentarietà), ma non ha limitato le azioni previste al luogo di lavoro, anzi spesso non ha neppure incluso modificazioni del lavoro nell'ambito delle azioni di promozione.

Top-down o bottom-up?

I progetti di promozione della salute con approccio "setting", cioè specificamente comprendente una serie di interventi di modificazione dell'ambiente di lavoro e quindi circoscritti all'ambiente di lavoro stesso, hanno seguito due metodi di impostazione distinti: un approccio non partecipativo, dall'alto (top-down) e un approccio partecipativo, dal basso (bottom-up). Nel primo caso, le modificazioni dell'ambiente di lavoro sono decise dalla dirigenza, nel secondo, esse sono ricavate dalle osservazioni dei lavoratori.

In base ai risultati della ricerca, le attività partecipative hanno ottenuto spesso risultati migliori. Alcuni esempi sono i circoli della salute e i gruppi di apprendimento basato sui problemi (problem-based learning groups).

Il concetto di salute negli interventi analizzati

La maggior parte degli studi analizzati non conteneva una definizione esplicita di salute; pertanto, si è provveduto ad analizzare i risultati ottenuti da ciascun progetto per risalire, da questi risultati, al concetto sottostante di salute. Secondo Torp e Vinje (2014), esistono tre diversi concetti di salute che ispirano i progetti di promozione della salute:

1. l'idea tradizionale della salute come assenza di malattia (che corrisponde all'analisi del comportamento sanitario, degli infortuni, delle malattie professionali e non professionali, dell'assenteismo);
2. il concetto salutogeno di salute positiva (riguardante l'impegno nel lavoro o "work engagement", la soddisfazione, l'autostima, la motivazione);
3. un'interpretazione di salute, intermedia tra le prime due e ambivalente (misure di capacità lavorativa, qualità della vita, salute generale).

La maggior parte degli studi condotti sul luogo di lavoro si riferisce a risultati patologici, quali la presenza/assenza di malattie o di infortuni, adottando quindi, implicitamente, il modello tradizionale di salute come assenza di malattia. Alcuni esempi delle misure utilizzate come outcome finale nelle ricerche-intervento condotte sui luoghi di lavoro sono i comuni disturbi mentali, quali l'ansia e la depressione, il distress o il burnout, i disturbi muscolo-scheletrici, le malattie cardiovascolari, le allergie, ma anche gli incidenti e gli infortuni.
Un numero più limitato di studi ha invece adottato come outcome la valutazione della salute generale e della qualità della vita, o la capacità lavorativa, spesso misurata dal WAI- Work Ability Index, il noto indicatore finlandese di capacità lavorativa. Sia la qualità della vita, che la capacità lavorativa possono essere utilizzate come misure positive, di benessere, ma vengono considerate in questi programmi più frequentemente come misure negative, cioè associate a lesioni o patologie lavoro-correlate. I risultati in termini di salute positiva quali l'autostima e l'impegno sul lavoro invece sono stati utilizzati solo raramente.
In sostanza, si osserva una notevole divaricazione tra i moderni criteri di promozione della salute, che raccomandano di orientare tali attività verso il potenziamento di misure di salute positiva, come il work engagement e la job satisfaction, suscettibili a loro volta di aumentare il benessere, l'autostima e la produttività, e quanto avviene nei programmi di promozione della salute da noi censiti, che adotta invece un'impostazione tradizionale.

Sintesi

La maggior parte degli interventi condotti nei luoghi di lavoro non ambiscono a cambiare il lavoro, ma il comportamento dei lavoratori, lavorativo o extra-lavorativo.
Solo pochi interventi hanno un approccio partecipativo.
Pochissimi studi usano un approccio salutogenico, nonostante la letteratura indichi questo approccio come il più vantaggioso.

Una proposta

Quanto esposto finora dimostra che le attività di promozione della salute dei lavoratori anziani sono piuttosto frequenti in Europa, ma la loro diffusione e soprattutto la qualità e l'efficacia degli interventi è inferiore a quanto auspicabile.

Per migliorare questi aspetti, occorre un radicale cambiamento di paradigma nella medicina del lavoro, che dovrà concentrarsi sulla promozione della salute seguendo due principali traiettorie:

- lo sviluppo dell'impegno nel lavoro (work engagement);
- l'ergonomia partecipativa.

Obiettivi

A partire da queste premesse, la nostra proposta si pone i seguenti obiettivi:

- Individuare gli interventi ergonomici che possono favorire l'inserimento dei lavoratori anziani nei luoghi di lavoro e consentire la loro permanenza in servizio attivo.
- Proporre una metodologia.

Il metodo del medico competente

La promozione della salute nei luoghi di lavoro si svolge nei momenti topici dell'attività del medico competente, tramite piccole modificazioni della sua condotta:

- Nelle visite mediche la raccolta dei dati anamnestici avviene mediante questionari standardizzati.
- I sopralluoghi sono sostituiti da Gruppi di Ergonomia Partecipativa (GEP®) o da audit (metodo A.S.I.A.®).
- La formazione/informazione è finalizzata alla promozione.

Il concetto di base

L'applicazione del protocollo ergonomico è basata sul modello A.S.I.A. (Assessment, Surveillance, Information/Implementation, Audit), cioè in una stretta integrazione dei diversi momenti di valutazione, monitoraggio, implementazione e verifica.

Il metodo Asia (Assessment, Surveillance, Information, Audit)

Con il termine A.S.I.A. si indica un approccio alla gestione del rischio che integra le competenze dei servizi di prevenzione e protezione e di sorveglianza sanitaria con quelle di altre strutture incaricate di attività di formazione/informazione o di audit, nella prospettiva di un controllo sempre migliore e di una progressiva riduzione del rischio negli ambienti del lavoro.

I quattro momenti che compongono il modello non sono in ordine gerarchico, né temporale. In ciascuna situazione saranno le circostanze a suggerire se iniziare l'azione con uno piuttosto che con un altro.

È importante tuttavia che nel tempo siano attivati ciclicamente tutti i momenti, così da consentire un progressivo e continuo miglioramento della qualità della vita lavorativa. Una volta avviato, il processo potrà essere migliorato nei successivi audit di controllo e potrà auto-mantenersi con un apporto limitato di competenze specialistiche esterne.

Il protocollo ergonomico

Il processo ergonomico basato sul modello A.S.I.A. si articola in quattro fasi:

- Identificazione delle richieste fisiche, fisiologiche e psicologiche del lavoro.
- Valutazione delle capacità fisiche, fisiologiche e psicologiche del lavoratore.
- Identificazione delle discrepanze sul piano fisico, fisiologico e psicosociale tra richieste e risorse.
- Riduzione e controllo delle discrepanze mediante applicazione di strumenti, macchine e modelli di organizzazione del lavoro e mediante formazione e informazione dei lavoratori.

L'ergonomia partecipativa

La metodologia più vantaggiosa per l'elaborazione delle proposte di miglioramento del lavoro è l'ergonomia partecipativa.

I gruppi di ergonomia partecipativa (GEP©)

I gruppi di ergonomia partecipativa (GEP©) sono costituiti da un insieme di lavoratori che concorrono allo svolgimento di un preciso compito lavorativo.
I lavoratori:

- descrivono sinteticamente il lavoro prodotto dal proprio gruppo;
- identificano una o più attività o condizioni critiche;
- valutano in maniera approfondita queste attività.

Gli stessi lavoratori sono invitati a cercare e discutere le possibili soluzioni al problema e a scegliere quella che ha le caratteristiche di maggiore semplicità, economia, applicabilità.
La soluzione elaborata dal gruppo viene quindi formalizzata e proposta perché sia vagliata e, se ritenuta valida, applicata.
L'efficacia del lavoro del gruppo dipende dalla capacità che hanno i suoi componenti di interagire tra loro.

Ciò significa che il lavoro dei GEP© ha:

- una funzione diagnostica, perché consente di evidenziare quali gruppi hanno maggiori difficoltà a produrre soluzioni condivise;
- una funzione terapeutica, perché aumenta la capacità di collaborazione all'interno del gruppo.

Le metodiche di ergonomia partecipativa aumentano significativamente il work engagement.

Conclusioni

L'ergonomia partecipativa consente di ridisegnare il luogo di lavoro, così che esso sia a misura d'uomo.
L'applicazione di questa strategia può consentire di modificare gradualmente i luoghi di produzione e adattarli alle mutate caratteristiche della forza-lavoro.

Esposizione al rischio da stress lavoro correlato ed effetti sulla salute: profili di danno riconducibili a malattia professionale

Giorgio Miscetti
Dirigente UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, USL Umbria1, Perugia

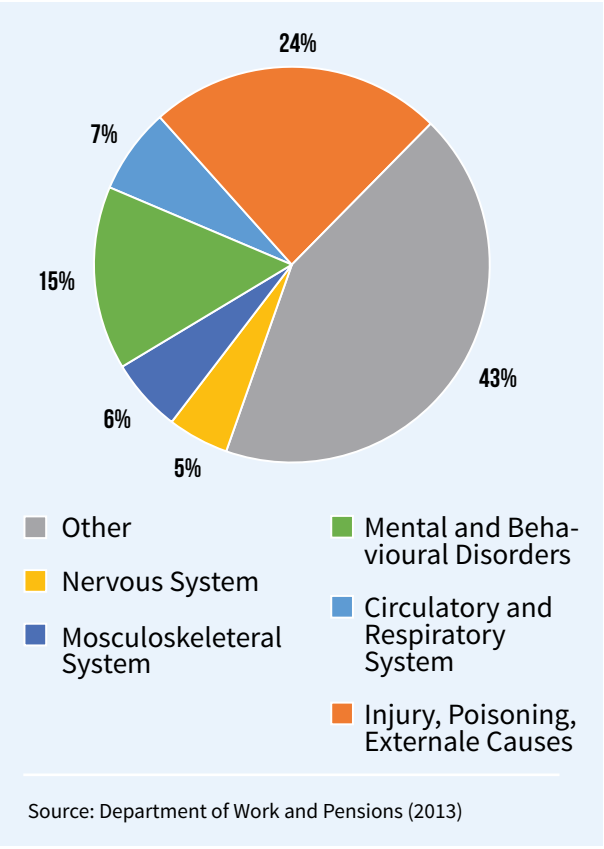
Lo stress è una risposta fisiologica dell'organismo ad un qualsiasi cambiamento operato da stressor (fattori interni o esterni), che possa turbare l'equilibrio psicofisico dell'individuo.
Accanto ad una tensione positiva, o eustress (dal greco eu = bene), ne esiste una negativa o distress (dal greco dis = suffisso che indica qualcosa di negativo e distruttivo) in quanto espressione di discrepanza tra richieste e risorse individuali.
Hans Seley nel 1975 parlò di "Sindrome generale di adattamento (SGA), risposta aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall'ambiente" che vede coinvolti i sistemi biologici (nervoso, cardiovascolare, immunitario, ec.).
Nella ricerca sullo stress correlato al lavoro pubblicata dalla Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute del Lavoro nel 2000 si parla di circa il 28% dei lavoratori interessati, pari a 41,2 milioni.

Stress lavoro-correlato

Negli anni '70 diversi autori intrapresero degli studi sulle relazioni esistenti tra stress e lavoro. Nel 1976 Cooper si curò degli aspetti interpersonali e le interazioni con la realtà esterna al posto di lavoro. Siegriest nel 1978 affermò che lo stress deriva da uno squilibrio tra richieste del lavoro e ricompensa (economica, sicurezza, sociale..), mentre Karasek (1979) si concentrò sulla richiesta o domanda di prestazione e la latitudine decisionale.
Nel 1991 Kasl elaborò un elenco analitico di aspetti del lavoro implicati nella produzione di sofferenza emotiva e stress.
Cooper nel 1976 propose anche il "Modello della dinamica dello stress sul lavoro". Individuò diverse possibili fonti di stress sul lavoro: il ruolo nell'organizzazione, i rapporti di lavoro, l'evoluzione della carriera, il clima e la struttura organizzativa, l'interfaccia casa-lavoro. Questi fattori vanno ad incidere sull'individuo che può quindi manifestare dei sintomi di stress individuali come l'aumento della pressione sanguigna, stato di depressione, bere in modo eccessivo, oppure sintomi di stress organizzativi, come un'elevata percentuale di assenteismo e difficoltà nelle relazioni aziendali. Il risultato di questi sintomi può essere una malattia individuale (ad esempio un attacco cardiaco o una malattia mentale) o una malattia organizzativa (ad esempio infortuni gravi e frequenti).
L'OMS nel 2008 ha individuato diverse possibili fonti di stress sul lavoro che riprendono quelle proposte da Cooper: contenuto del lavoro, carico di lavoro e luogo di lavoro, orario di lavoro, percezione di controllo, ambiente e attrezzatura, funzioni e cultura organizzativa, relazioni interpersonali, ruolo, sviluppo di carriera e interfaccia casa-lavoro.

Negli ultimi anni in Europa è andato crescendo l'interesse per le questioni legate al benessere e allo stress nel contesto lavorativo. Nel 2014 è stato pubblicato il report finale di uno studio condotto in diversi Paesi dell'Unione Europea finalizzato a valutare la salute mentale degli individui nei luoghi di lavoro. Da un'analisi precedente condotta in Inghilterra era infatti emerso un altissimo tasso di disabilità al lavoro dovuta a disturbi mentali e disordini del comportamento.

Risale al 2004 l'accordo quadro europeo che ha definito lo stress lavoro-correlato come "...stato che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti" espandendo la definizione proposta da Niosh nel 1999: "...insieme di reazioni fisiche e emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore...".
Di seguito sono riportati alcuni disturbi clinici (OMS 2003) potenzialmente correlati allo stress sul lavoro.



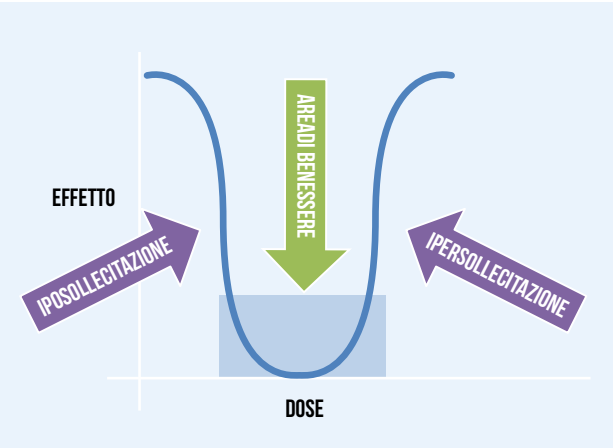
Source: Department of Work and Pensions (2013)

Disturbi psicopatologici: ansia, apatia, caduta concentrazione, depressione, timore, insicurezza, insonnia, pensieri intrusivi, irritabilità, inerzia, melanconia, instabilità dell'umore...
Disturbi psicosomatici: ipertensione articolare, dispnea, tachicardia, dolore precordiale, dermatiti, caduta dei capelli, cefalea, dolori muscolari, vertigini, emicrania, gastralgie, ulcera gastrica...
Disturbi comportamentali: aggressività, disordini alimentari, variazioni abitudini (fumo, alcol, sostanza), turbe sessuali, isolamento sociale.
A sostegno dell'ipotesi che diversi sintomi possano essere provocati da stress lavoro-correlato, ecco alcuni studi condotti sul tema: (Lutgendorf, S, Costanza, ES., Siegel, SD, in Ader, Psychoneuroimmunology, IV ed. 2007, cap. 41) depressione dell'immunità cellulo-mediata, che invece viene sostenuta da misure di supporto psicologico e sociale; (Chida, Nature Clinical Practice Oncology 2008; 5:466-475) meta-analisi realizzata su 165 studi controllati conclude che lo stress psico-sociale è correlato a un aumento dell'incidenza di cancro, una peggiore prognosi e a aumento della mortalità. In particolare, la depressione sembra essere un fattore chiave nel promuovere la malattia.
Lo stress lavoro-correlato presenta però ancora alcuni aspetti complessi e "irrisolti". è ad esempio in larga parte ancora ignota la relazione tra la dose del fattore stressante e la risposta/effetto della pesona. Gli effetti avversi dello stress sono infatti fortemente soggettivi, variabili tra individui diversi, variabili nel tempo nello stesso individuo, multifattoriali, aspecifici, nonché nosologicamente maldefiniti.

La Normativa

L'articolo 28 del D.Lgs. n. 81 del 2008 prevede che la valutazione dei rischi coinvolga tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli legati allo stress lavoro-correlato.
Con il D.Lgs 106/2009 nell'ambito della prevista valutazione dei rischi, è stato prorogato il termine per effettuare la Valutazione ed è stata costituita una Commissione con il compito di elaborare le Linee Guida per l'analisi ed il controllo del fenomeno.
La valutazione del rischio concernente lo stress richiede l'adozione degli stessi principi e processi basilari di altri pericoli presenti sul luogo di lavoro: identificare le fonti di stress, decidere quali azioni è necessario intraprendere, comunicare i risultati della valutazione e revisionarli a intervalli appropriati.
La valutazione del rischio dovrebbe quindi essere la stima della possibilità che si producano effetti avversi (gravità e probabilità del danno) da stress lavoro-correlato (multifattoriale, aspecifico, nosologicamente non definito...).
Esistono tre diversi ambiti di valutazione dello stress lavoro-correlato. Innanzitutto l'ambiente fisico e tecnologico (contenuto), l'ambiente organizzativo (contesto) e infine il lavoratore (profilo psicologico).
L'INAIL nel 2017 ha pubblicato una guida con le indicazioni di massima da seguire nella valutazione: "La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato", ovvero un manuale ad uso delle aziende per poter rispettare l'attuazione del decreto legislativo 81/2008. La metodologia proposta da INAIL non è l'unica in uso, sebbene la più diffusa in Italia, ne esistono diverse altre. In generale i risultati di queste valutazioni sembrano individuare per la maggior parte delle aziende un rischio basso di stress lavoro-correlato.

Per quanto concerne lo stress lavoro-correlato e la malattie professionali, i quadri clinici associati allo SLC ancora non compaiono nelle tabelle delle malattie assicurate.
Le malattie psichiche o psicosomatiche da disfunzione dell'organizzazione del lavoro, la cui denuncia è obbligatoria per legge, sono il Disturbo dell'adattamento cronico e il Disturbo post traumatico da stress.



L'INAIL riconosce un punteggio di danno biologico fino a 6 punti per il Disturbo post traumatico da stress cronico moderato e fino a 15 per il Disturbo post traumatico da stress cronico severo.
Nel contesto del rischio sul lavoro "il datore di lavoro è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare all'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro" (art. 2087 c.c.), il datore di lavoro ha quindi una responsabilità civile.
Nei casi più gravi il datore di lavoro ha anche una responsabilità penale.

Art. 590 CP: Lesioni personali colpose: chiunque cagiona ad altri, per colpa, una lesione personale è punito con la reclusione... fino a 3 mesi. Se la lesione è grave.. reclusione 1-6 mesi... gravissima... 3 mesi 2 anni... Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi (*perseguibilità d'ufficio) previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato malattia professionale.

Due sono i profili di danno riconducibili alla malattia da stress lavoro-correlato:
1. Malattia contratta in assenza di violazione delle norme a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori (D.L.vo 81/08).
   Profilo assicurativo: malattia professionale non tabellata onere della prova a carico del lavoratore (SCC 179/88).
   Profilo civile: danno alla salute risarcibile ai sensi dell'art. 2087 CC.
2. Malattia contratta in violazione delle norme a tutela della salute e sicurezza del lavoro (aspetti valutativi, formazione, controllo sanitario...) o di altre norme di natura penale (reato).

Profilo penale: reato di lesione personale colposa o dolosa (mobbing).
Perseguibilità d'ufficio in caso di lesioni personali colpose gravi e lesioni personali dolose anche lievi.

Stress lavoro-correlato e quadri clinici

- Possono essere individuati quadri clinici diversi legati a:
- Caratteristiche/complessità intrinseche del lavoro/mansione.
- Disfunzioni (costrittività) organizzative.
- Condizioni particolari: mobbing.

La costrittività organizzativa è un'insieme di disarmonie, disfunzioni, incongruenze organizzative (complessità intrinseche del lavoro, inefficienza della comunicazione, conflitti gestionali, ricadute di contingenze di mercato avverse, incapacità dei dirigenti o di altre figure ad esercitare il ruolo, inadeguatezza dei carichi di lavoro, isolamento, maleducazione, ignoranza, scarsa sensibilità, diversità di vedute, rapporti difficili con superiori o colleghi..)che, pur potendo produrre forme di disagio psichico tra i lavoratori, non sono dovute a predeterminazione, a volontarietà o ad un disegno vessatorio finalizzato. La traduzione in forme cliniche è rappresentata dal Disturbo dell'adattamento e dal PTSD.

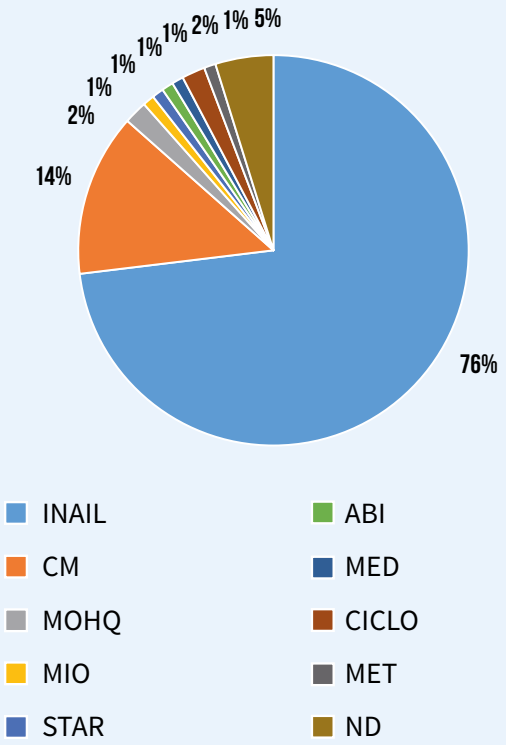
Il mobbing invece è una forma di "comunicazione ostile e contraria ai principi etici, perpetrata in modo sistematico da una o più persone principalmente contro un singolo individuo che viene per questo spinto in una posizione di impotenza e impossibilità di difesa e qui costretto a restare da continue attività ostili" (Leymann, 1996). "Un attacco continuato e persistente nei confronti dell'autostima e della fiducia in sé della vittima.. desiderio di dominare, soggiogare, eliminare.. totale rifiuto dell'aggressore di farsi carico di ogni responsabilità per le conseguenze delle sue azioni" (Field, 1996). Lo si può esercitare attraverso azioni ostili personali che rientrano nella sfera della responsabilità individuale del persecutore.
La causa della sofferenza non riguarda il lavoro se non per coincidenza di tempi e di luoghi.
Le azioni di costrittività organizzativa, invece, coinvolgono direttamente e in modo esplicito l'organizzazione del lavoro, la posizione lavorativa, assumendo pertanto un diverso rilievo dal punto di vista della natura professionale del danno conseguente. Molto spesso

le azioni sono concomitanti ed appartengono a tutte e due le categorie.
Il Mobbing verticale, o anche definito "bossing", si ravvisa quando le condotte lesive siano poste in essere essenzialmente dal datore di lavoro o dal superiore gerarchico.
Il mobbing orizzontale sussiste nel caso in cui le azioni lesive siano poste in essere da colleghi di pari grado del lavoratore.
Il mobbing ascendente si ha nell'eventualità in cui le condotte siano poste in essere da personale subordinato gerarchicamente nell'ambito lavorativo rispetto alla vittima.
Un altro tipo di classificazione, considera il numero di soggetti vessati: si parla di mobbing individuale quando le condotte vessatorie siano rivolte nei confronti di un unico soggetto; si ha mobbing collettivo quando le azioni vessatorie sono poste in essere contro un intero gruppo di lavoratori.
Perché si possa parlare di mobbing devono quindi verificarsi le seguenti condizioni:

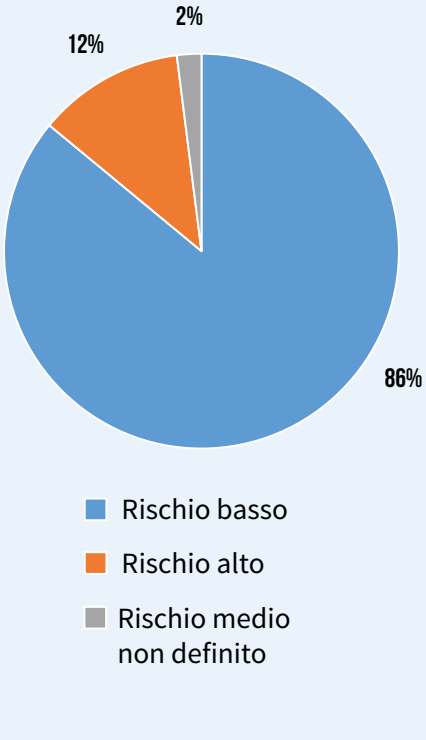
- Insieme di azioni avversative, dequalificanti, discriminatorie, umilianti, poste in essere in modo volontario e determinato (vessazione personale e/o costrittività organizzativa) da uno o più soggetti aziendali (mobber) con modalità varie, anche subdole o manipolatorie, finalizzate ad eliminare o escludere un lavoratore da un determinato contesto aziendale (reparto, ufficio...) o addirittura da tutta l'organizzazione lavorativa.
- Stato di sofferenza (danno alla salute) della sfera soprattutto psichica del lavoratore, correlata alla condizione sopracitata, perdurante da almeno 6-12 mesi.

Non bisogna confondere e sovrapporre il mobbing al conflitto. L'oggetto del contrasto nel primo è la relazione, mentre nel secondo è un fatto accaduto. Il conflitto inoltre è esperienza quotidiana e esplicita che viene messa in atto con modalità che seguono determinate regole, al contrario il mobbing assume modalità manipolatorie e al di fuori delle regole. Soprattutto è fondamentale ricordare che lo scopo di un comportamento altamente vessatorio quale il mobbing è quel-

Metodologie Valutative Utilizzate (n. 84 Aziende)



Risultato della Valutazione (n. 174 Ceck-List)



lo di eliminare o soggiogare l'altro, finalità molto diversa da quella di un conflitto tra colleghi. Il danno per lo sconfitto è di portata molto più ampia e grave per il mobbing, che viene sempre agito con volontà predeterminata e dolosa, rispetto al conflitto, la cui natura è più spesso incidentale.
La legge italiana prevede che una serie di reati possano essere correggibili alla modalità di attuazione della condotta mobbizzante:

- molestie sessuali (art. 609 bis c.p.);
- molestie alle persone (art. 660 c.p.);
- maltrattamenti (art. 572 c.p.);
- violenza privata (art. 610 c.p.);
- lesioni personali colpose (art. 590 c.p.);
- lesioni personali volontarie (art. 582 c.p.);
- abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);
- stalking (art.612 bis c.p.);
- violazione degli obblighi (tutela, prevenzione, valutazione, vigilanza) del DL 81/08.

I nuovi rischi lavorativi, il tecnostress

Il tecnostress è l'insieme delle risposte psicologiche, fisiche e comportamentali a technostressors «technostrain» e technoaddiction. Uno stato psicologico negativo associato con l'uso o la minaccia di uso delle ITC (information technology and comunication). Questa esperienza negativa è legata a sentimenti di ansia, affaticamento mentale, inefficacia.
Di fatto una particolare forma di stress lavoro correlato.

Lo stress correlato all'uso delle nuove tecnologie è in aumento. In Italia sono 7,3 milioni i mobile-workers, circa 1,8 milioni di lavoratori a rischio di tecno-stress secondo ASSINFORM 2013.
Nel 2014 ogni lavoratore usa almeno tre device digitali (smartphone, tablet, pc portatili). Il cervello è così esposto ad un sovraccarico informativo.
Le nuove ricerche vanno nella direzione di indagare quali possano essere degli eventuali rischi per la salute.

I tecnostressor fanno parte di diverse categorie: strumenti: computer, telefonini, smartphone, tablet...Usati a lungo, in orario di lavoro e fuori, in sequenza ed anche contemporaneamente.
Information overload: sovraccarico informativo e cognitivo.
Multitasking: esigenza di rispondere a più richieste in contemporanea.
E-mail addiction: dipendenza dalla posta elettronica.
Internet addiction: dipendenza psichica dai device digitali e dalla rete di connessione dati.
Smartphone e tablet addiction: dipendenza dal lavoro digitale.

Social addiction: dipendenza dalle connessioni sociali.

Technostrain è invece il termine utilizzato per definire l'insieme delle risposte psicologiche, fisiche o comportamentali ai technostressors. La technoaddiction è una specifica esperienza di tecnostress, causata da una compulsione incontrollabile a utilizzare le ITC ovunque e in qualsiasi momento, per lunghi periodi di tempo in modo eccessivo (Huang et al., 2009) (Huang, 2010; Schiffrin, Edelman, Falkenster, e Steward, 2010).
Gli studi di fisiopatologia e neuro-biologia dello stress tecnostress lavoro correlato hanno individuato che i meccanismi coinvolti riguardano soprattutto l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema nervoso autonomo con effetti sulla neuroplasticità, cardiovascolari, metaboliche, sistema immunitario.

Un tema connesso a quello del tecnostress e di particolare interesse nella nostra società è quello del multitasking: "le persone abituate a utilizzare contemporaneamente più gadget avevano una minor densità di materia grigia nella corteccia cingolata anteriore (Voxel-Based Morphometry -VBM), la zona del cervello deputata al controllo delle funzionalità emotive e cognitive... possibile correlato tra riduzione delle prestazioni controllo cognitivo e regolazione socio-emotiva ed intenso uso di media-multitasking" (The Guardian- Daniel J. Levitin "La mente organizzata: restare lucidi nell'era dell'eccesso di informazione"; "Higher Media Multi-Tasking Activity Is Associated with Smaller Gray-Matter Density in the Anterior Cingulate Cortex" Kep Kee Loh , Ryota Kanai Published: September 24, 2014).

La corteccia prefrontale anteriore (APC) conferisce all'uomo la capacità di perseguire simultaneamente diversi obiettivi. L'uso di media multitasking sembrerebbe limitare tale capacità. (Sylvain Charron et al "Divided Representation of Concurrent Goals in the Human Frontal Lobes" Science 16 Apr 2010: Vol. 328, Issue 5976, pp. 360-363).
È chiaro che, alla luce di queste considerazioni, vecchie e nuove sfide si prospettano nei contesti di lavoro.

Difficoltà al reinserimento lavorativo e percorsi di promozione del benessere nelle donne operate al seno: il modello di riabilitazione integrata dell'Associazione Onconauti

Mauro Valsiglio
Membro del Consiglio Direttivo ANMA e Segretario Regionale Emilia-Romagna

Stefano Giordani
Direttore Scientifico Associazione Onconauti, Oncologo AUSL Bologna

Secondo i dati AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori), nel 2015 sono stati diagnosticati 363.000 nuovi casi di tumore, di questi 25.000 erano tumori al seno. Il numero dei pazienti oncologici in Italia è in costante aumento. Si stima infatti che ogni giorno vengono diagnosticati approssimativamente 1000 nuovi casi. In una società con un forte invecchiamento demografico, quindi, il miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche e la diagnosi precoce risultano cruciali.
I tumori rappresentano la seconda causa di morte più frequente (29% di tutti i decessi). Il 2015 ha visto 177.000 decessi per tumore, di cui 11.000 per tumore al seno.
Negli ultimi decenni, però, la sopravvivenza globale, a 5 anni, delle persone colpite da un tumore è migliorata del 18%. In particolare, si è passati dal 39% nel 1990-1992, al 57% nel 2005-2007. Nello specifico, per quanto riguarda i tumori al seno la sopravvivenza è cresciuta dal 78% all'87%. Le statistiche ci dicono che è guarito:

- il 45% delle pazienti con età <45 anni;
- il 64% delle pazienti con età compresa tra i 46 e i 65 anni;
- il 52% delle pazienti con età compresa tra i 65 e i 75 anni;
- il 47% delle pazienti con età >75 anni.

Complessivamente sono 900.000 gli italiani guariti dal cancro (di cui 93.000 con tumori al seno). L'effettivo miglioramento delle tecniche diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche ha portato a un aumento di aspettativa di vita e al miglioramento della qualità della stessa. Sempre più persone affette anche da importanti patologie neoplastiche sono tornate a condurre una vita normale, sia a livello familiare che lavorativo. Per sconfiggere la malattia la diagnosi precoce e lo stato psicologico del paziente sono fondamentali, così da permettere di affrontare al meglio le terapie e attenuarne l'impatto sulla vita di tutti i giorni, anche in ambito lavorativo.
In Europa il tumore al seno è la neoplasia più frequente nel sesso femminile, in Italia le diagnosi di tumore al seno sono circa il 27% nelle donne affette da patologie tumorali. Si tratta però anche della forma tumorale con la più alta percentuale di sopravvivenza, con diagnosi tempestiva infatti il 90% delle donne può guarire.
Quando si affronta un dramma come il tumore al seno, la vita di una donna si trasforma: non c'è più la vita, ma c'è la vita prima del tumore e la vita dopo il tumore.
La difficoltà maggiore si presenta quando una donna deve affrontare la vita dopo la patologia, ossia quando ritorna a fare ciò che faceva prima, sapendo che non è più la stessa donna di prima.

La vita dopo il tumore delle donne operate al seno è caratterizzata da una serie di rischi, di eventi patologici e di limitazioni della qualità di vita:

- Rischio di recidiva (13-40%).
- Rischio di secondo tumore (16%).
- Effetti collaterali tardivi dei trattamenti.
- Distress Psicologico.
- Aggravamento di malattie preesistenti.
- Destabilizzazione dell'equilibrio socio-famigliare.
- Difficoltà nel reinserimento lavorativo.

La ripresa del lavoro per la donna che ha incontrato il tumore al seno assume diversi significati che possono giocare un importante ruolo nel suo benessere soggettivo.

Riprendere a lavorare corrisponde al ritorno alla normalità dopo un periodo di tempo in cui il susseguirsi vorticoso degli avvenimenti sembra, per alcune, aver sovvertito i ritmi della propria quotidianità. Ci sono donne che desiderano lavorare ed anzi lo fanno ancora con più passione e impegno che prima della diagnosi.
Ve ne sono altre invece che desiderano prendersi un periodo di pausa da dedicare totalmente a loro stesse e agli affetti, per affrontare l'intervento, per impiegare le proprie energie per portare a termine le terapie mediche e per metabolizzare eventi che hanno bisogno di tempo per essere integrati a livello psicologico.
La ripresa delle attività lavorative può essere vissuta con sollievo nonostante i momenti di difficoltà.

Alcune donne, anche se in percentuale minima:
- cambiano completamente lavoro;
- altre cambiano datore di lavoro, pur restando nello stesso contesto;
- altre cambiano mansione lavorativa o vanno in pensione (il rischio di pensionamento precoce è maggiore nelle persone che sono state colpite dal cancro).

La ripresa dell'attività lavorativa, seppur vissuta con sollievo, non è priva di momenti di difficoltà. Ad esempio, la lavoratrice tende a non voler mostrare momenti di stanchezza fisica che un tempo non accusava, così come temporanei momenti di disattenzione. In alcuni casi si palesa la difficoltà a svolgere alcune mansioni (ad esempio sollevamento di pesi o assunzione di posture particolari) soprattutto nel periodo di chemioterapia/radioterapia. La preoccupazione per la malattia non è sempre consapevole ma è spesso parte dei loro pensieri e questo ha un peso nella capacità di concentrazione. Non di rado la lavoratrice vive la paura di perdere il posto di lavoro, percepisce il rischio di essere sostituita nella propria posizione professionale e di essere demansionata.
Sul piano relazionale, poi, si riscontra il timore di essere oggetto di un atteggiamento pregiudiziale da parte dei colleghi e del datore di lavoro, i quali a volte non sanno come affrontare la malattia e la donna spesso si trova a dover affrontare imbarazzi, silenzi e situazioni di profondo disagio.
Vi possono inoltre essere ostacoli organizzativi legati alla rigidità del contesto aziendale. Per cui la malattia diagnosticata alla lavoratrice è ancora in alcuni casi vissuta dall'impresa come una perdita immediata. La dipendente viene considerata un peso, una risorsa che non potrà tornare a produrre e quindi abbandonata a se stessa o persino, in alcuni casi, sottoposta ad atteggiamenti vessatori per spingerla a uscire dall'azienda.
In misura minore, ma altrettanto importante, è la problematica delle lavoratrici autonome-libere professioniste e coloro che gestiscono attività in proprio (circa 1/6 del totale). Per questa categoria di lavoratrici la malattia comporta oggettivamente un periodo di mancato guadagno per l'impossibilità di lavorare.

Risultati dello studio su 1541 donne condotto da AUSL Bologna e Associazione Onconauti

Si è conclusa a Ottobre 2015 la prima fase dello studio sul reintegro lavorativo delle donne operate al seno (il secondo in Italia, dopo quello del CENSIS del 2011).
Lo studio ha analizzato il tasso di perdita di lavoro delle donne operate di tumore al seno nella Azienda USL di Bologna e le difficoltà di reinserimento lavorativo in relazione alle problematiche di tipo fisico, psicologico e relazionale, secondarie alla diagnosi e al percorso terapeutico. La ricerca ha anche cercato di identificare quali possano essere degli indicatori predittivi di reinserimento problematico.
Lo studio sul reinserimento lavorativo delle donne operate al seno (AUSL Bologna, Ass. Onconauti, 2015), ha coinvolto 1541 donne trattate per neoplasia della mammella. Sono state incluse nello studio le donne residenti nel territorio della AUSL di Bologna, di età (al momento dell'intervento) compresa tra i 18 e i 65 anni, operate per neoplasia della mammella in struttura pubblica o privata accreditata della AUSL di Bologna negli anni 2010-2012. Le informazioni sono state rilevate tramite un questionario, realizzato ad hoc dal gruppo di ricerca, che esplora le variabili che in letteratura emergono come fattori negativi alla ripresa del lavoro dopo il percorso terapeutico. Delle 1541 donne coinvolte, hanno risposto in 841. Nel questionario si chiedeva di procedere con le domande solo se "occupata al momento dell'intervento". Le donne rispondenti che hanno dichiarato di essere occupate al momento dell'intervento sono state 540 pari al 64,2%.
Diverse sono state le variabili prese in considerazione.

Donne non rientrate o con rientro problematico al lavoro: fattori di rischio

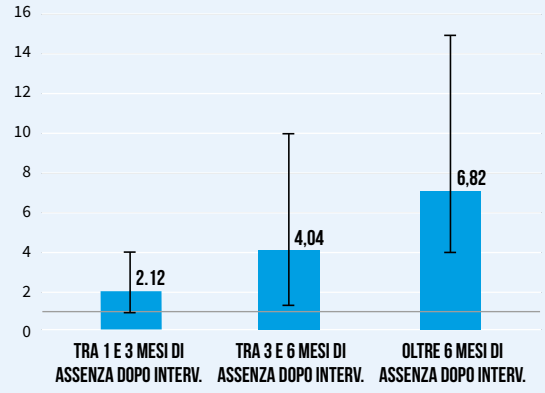
Le donne non rientrare al lavoro dopo l'intervento si differenziano in modo significativo dalle donne rientrate al lavoro per: età in media più alta (56,4 anni vs 51,5 anni), titolo di studio più basso, aver avuto problematiche fisiche prima che fosse diagnosticata la malattia (48,7% vs 31,0%), qualifica professionale (il 48,7% delle donne non rientrate al lavoro svolgeva la-

voro fisicamente impegnativo).
La causa prevalente per il mancato rientro risulta il pensionamento/prepensionamento (35,1%), segue il licenziamento volontario per motivi di salute, difficoltà relazionali nell'ambiente di lavoro o motivazioni personali (27%) e, infine, il licenziamento da parte del datore di lavoro (18,9%).
Le donne non rientrate al lavoro o rientrate con problemi si differenziano a loro volta in modo significativo dalle donne rientrate al lavoro senza problemi per il fatto di: essere sole (25,1% vs 17,7%), essere state sottoposte a mastectomia (39,8% vs 26,1%), asportazione di tutti i linfonodi ascellari (49,2% vs 36,9%), essere state sottoposte a chemioterapia (57,8% vs 43,7%), a terapia ormonale (79,7% vs 71,8%), essere state sottoposte a intervento di ricostruzione della mammella (27,7% vs 18,7%), essere ricorse a sostegno psicologico (26,2% vs 15,5%), aver fatto ricorso ad altri trattamenti non oncologici (35,9% vs 19,4%), aver avuto problematiche fisiche prima che fosse diagnosticata la malattia (37,1% vs 27,8%).
La qualifica professionale di impiegata o dirigente risulta, invece, essere un fattore protettivo rispetto a quella di operaia. Essere impiegata favorisce il rientro al lavoro e un rientro non problematico rispetto a svolgere lavoro di operaia (60% in più); ancora di più essere dirigente favorisce il rientro non problematico (84% in più).
I fattori maggiormente predittivi di reinserimento problematico sono risultati essere il basso livello psico-sociale, lo status di single, essere state sottoposte a trattamenti chirurgici più mutilanti e chemioterapia, la presenza di disturbi fisici prima della diagnosi di tumore e di disturbi psicologici al termine dei trattamenti, un'assenza dal lavoro di lunga durata e la persistenza di disabilità lavorativa a un anno dal rientro. Nell'analisi in particolare lo stato civile, la qualifica professionale, il tipo di intervento e l'aver effettuato altri trattamenti non oncologici dopo l'intervento si confermano essere dei fattori predittivi di non rientro o rientro problematico al lavoro.

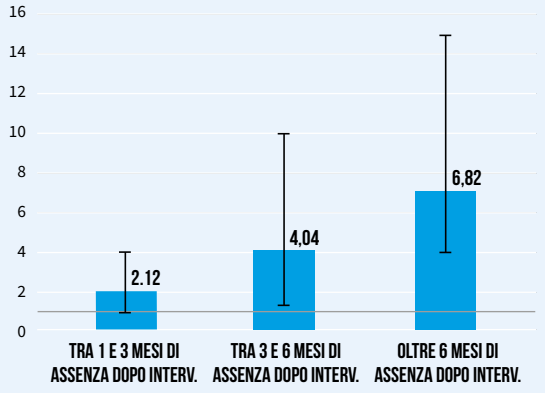
Andamento dei sintomi fisici e psicologici al rientro al lavoro e dopo un anno

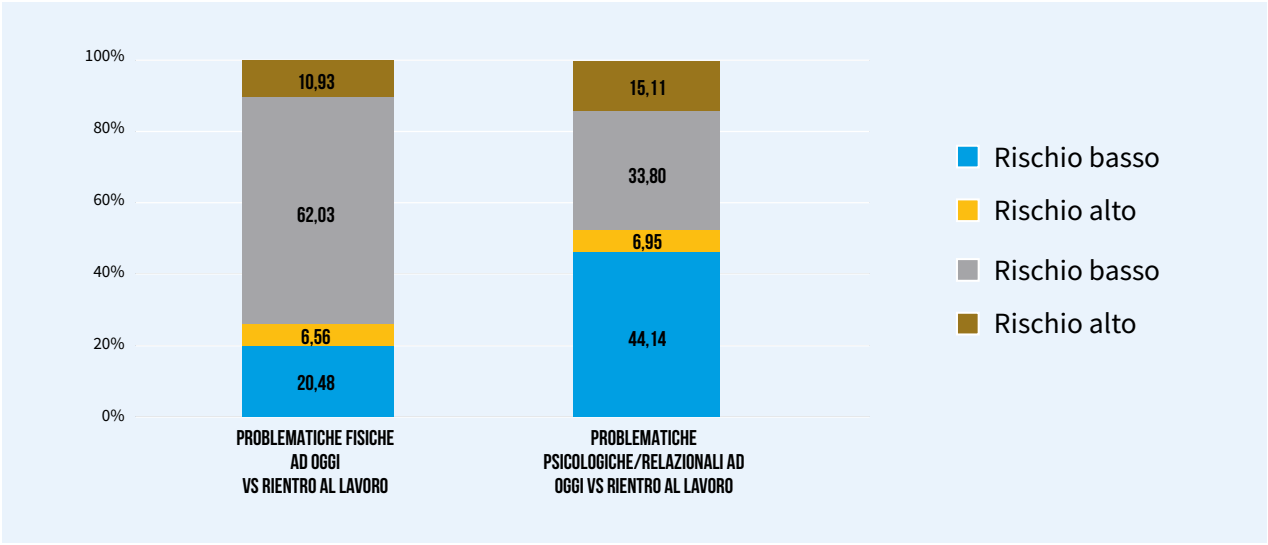
è stata effettuata una valutazione delle difficoltà al reinserimento lavorativo rispetto all'andamento dei sintomi fisici e psicologici prima della diagnosi, al rientro al lavoro e a un anno dal rientro.
È stata indagata l'esistenza di problematiche prima della diagnosi di neoplasia mammaria, al fine di poter evidenziare quali di queste fossero da mettere in relazione con la patologia in studio e quali con altre patologie preesistenti. I disturbi indagati riguardavano aspetti fisici (disturbi dell'arto superiore, disturbi del sonno, stanchezza/facile affaticabilità, difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana, dolori diffusi e persistenti) e disturbi della sfera psicologica (ansia/tensione/stress, depressione/avvilimento, difficoltà di concentrazione, problemi di coppia).
Il 36,2% ha dichiarato di avere presentato, prima della diagnosi, disturbi psicologici/relazionali e il 32,2% disturbi fisici. Queste significative percentuali di disturbi si possono spiegare con l'età media delle donne (52 anni).
Sono stati successivamente indagati i problemi di salute presenti al rientro al lavoro. Il 73% ha risposto di avere presentato problemi fisici al rientro al lavoro che

Fattori di rischio di rientro problematico al lavoro



Fattori di rischio di rientro problematico al lavoro





nell'85% dei casi persistono al momento della compilazione del questionario. Il 49% ha manifestato disturbi della sfera psicologica con una persistenza nel 69,1% dei casi. Al rientro al lavoro, quindi, nel 46,7% e nel 25,5% dei casi si sono rispettivamente manifestate problematiche fisiche e psicologiche/relazionali non presenti prima della diagnosi della malattia. Si osserva tuttavia che una quota di donne dichiara, al momento del rientro lavorativo, una scomparsa delle problematiche fisiche (4,8%) e psicologiche/relazionali (13,1%) che erano presenti prima della diagnosi.

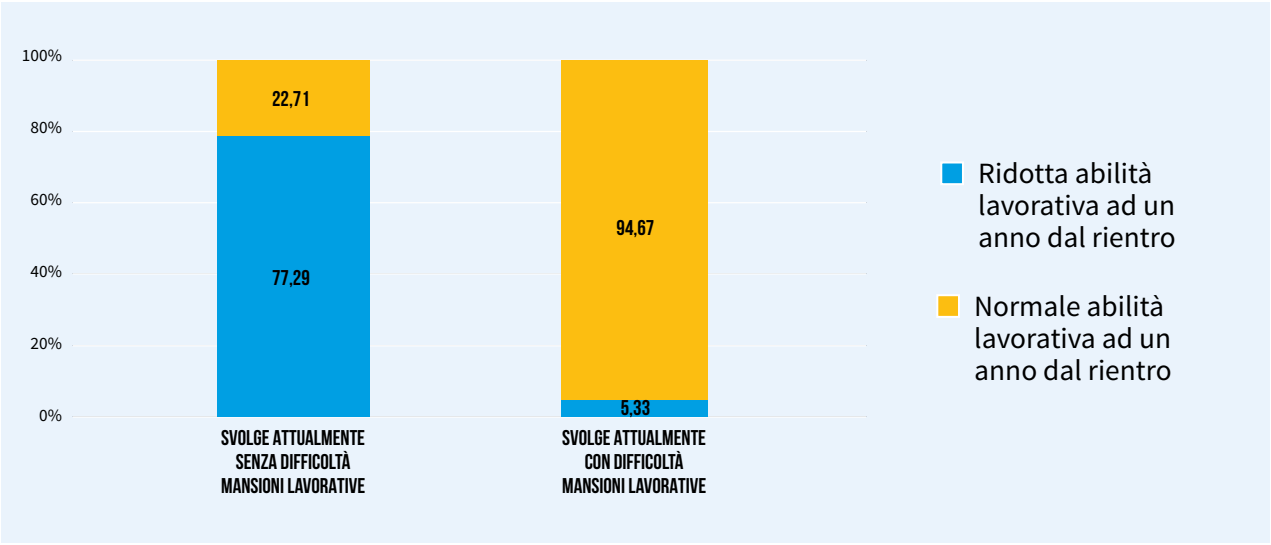
Un'ulteriore analisi è stata effettuata confrontando le problematiche riportate al rientro al lavoro e quelle rilevate a un anno di distanza. Si osserva la comparsa di problematiche fisiche nel 6,6% dei casi e di problematiche psicologiche/relazionali nel 7% circa dei casi. Una quota di donne riferisce la scomparsa delle problematiche presenti al rientro al lavoro (11% circa per le problematiche fisiche e il 15,1% per quelle psicologiche/relazionali).

Valutazione delle difficoltà al rientro lavorativo: abilità lavorative a un anno dal rientro al lavoro

È stato fatto un confronto usando come variabile il giudizio delle donne sulle abilità lavorative al rientro e a un anno dal rientro al lavoro.
Sulle 503 donne rientrate si è valutato il manifestarsi di difficoltà nelle abilità lavorative al rientro al lavoro e l'eventuale persistenza o scomparsa delle difficoltà ad un anno dal rientro. Al rientro al lavoro il 43,9% delle donne non manifesta difficoltà e resta stabile anche dopo un anno.
Nell'1,9% le difficoltà si manifestano durante il primo anno di rientro al lavoro. Delle restanti donne che presentavano difficoltà sin dal momento del rientro, il 29,4% rimane stabile, mentre nell'11,7% la difficoltà scompare.

Adattamenti apportati all'attività lavorativa

È stata valutata la difficoltà delle donne rientrate a lavoro a svolgere le mansioni lavorative in relazione alla percezione della propria abilità lavorativa (come prima o ridotta rispetto a prima della malattia) al momento del rientro al lavoro e ad un anno di distanza.
Fra le donne che svolgono al momento del questionario le mansioni lavorative senza difficoltà il 37,7% percepiva abilità lavorativa ridotta al rientro e il 22,7% ad un anno dal rientro.
Al contrario, fra le donne in cui persistono le difficoltà a svolgere le mansioni il 90,8% percepiva una ridotta abilità lavorativa al rientro e il 94,7% a un anno dal rientro.
Fra le donne che svolgono con difficoltà le mansioni lavorative il 46,3% (38 donne) non ha avuto adattamenti all'attività lavorativa, mentre fra quelle che non hanno difficoltà ha avuto adattamenti il 26,8% (100 donne).
In studi precedenti era già emerso come la maggior parte delle donne al rientro in azienda dopo la malattia non richiedono alcuna agevolazione per il proprio contratto di lavoro. Quando richieste, le agevolazioni e/o rimodulazioni, riguardano in gran parte una differente articolazione oraria, l'assegnazione di ruoli differenti o il trasferimento ad una sede più vicina. La



flessibilità oraria è richiesta per riuscire a coniugare i tempi di lavoro con i tempi di vita /gestione familiare e i tempi delle cure e terapie.
La legge italiana prevede che i lavoratori affetti da patologie oncologiche, che permangono in condizioni di ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti delle terapie salvavita, hanno il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale verticale o orizzontale, e il datore di lavoro non può rifiutarsi dal concederlo.
Il contratto di lavoro a tempo parziale diventa uno strumento efficace per adeguare le esigenze di competitività delle imprese alle istanze di tutela del lavoratore.
Per poter godere di questo diritto le condizioni di salute della lavoratrice dovranno essere accertate da una commissione medica istituita presso l'azienda sanitaria locale (ASL) territorialmente competente. La legge specifica inoltre che, a richiesta della lavoratrice, il rapporto di lavoro a tempo parziale dovrà essere trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno.

Considerazioni finali sulla ricerca

Lo studio condotto dalla AUSL Bologna sulle difficoltà di reinserimento lavorativo delle donne operate al seno conferma che:

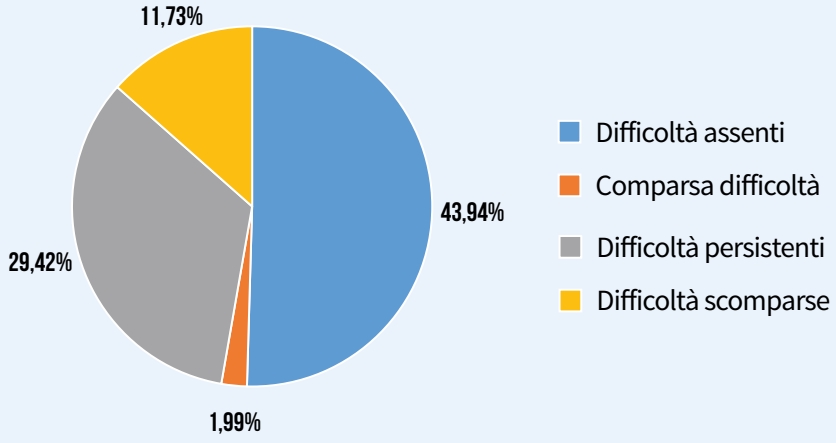
- una piccola frazione di donne (6%) non rientra al lavoro (pensione anticipata, discriminazione, altro...);
- in quasi la metà dei casi, il reinserimento lavorativo è difficoltoso, in relazione alla presenza di sintomi fisici, psichici correlati alle terapie, o all'aggravamento di patologie preesistenti;
- questi disturbi, di intensità molto differente, non tendono in genere a un miglioramento spontaneo, ma al contrario tendono nella metà dei casi alla cronicizzazione, generando spesso disabilità lavorativa;
- lo studio ha permesso inoltre di identificare alcuni fattori di rischio predittivi (età > 55, stato socio-famigliare, stato di salute precedente, trattamenti eseguiti, lavoro manuale).

Tumore e lavoro: l'anello mancante

I cambiamenti (immagine, salute, efficienza, scala valoriale e delle priorità della vita) che l'esperienza di un tumore spesso provoca, fanno sì che molte persone abbiano difficoltà a ricoprire il ruolo precedente. Spesso non si sentono in grado di soddisfare le richieste dell'organizzazione (difficoltà fisiche, psicologiche, relazionali...)
In alcuni casi vi è la percezione di un atteggiamento "discriminatorio" o di incomprensione da parte di datore di lavoro e colleghi. O, più semplicemente, fanno fatica a ritrovare il senso e la motivazione.
Il problema è che a livello lavorativo non sempre vengono offerte soluzioni flessibili di lavoro e nell'80% dei casi i datori di lavoro non sono consapevoli del problema.
Una soluzione potrebbe essere la creazione di un percorso di reinserimento che preveda:

- Coinvolgere, formare e sostenere il MC.
- Fare arrivare il messaggio ai datori di lavoro.
- Diffondere opuscoli su "Lavoro e tumore".

Abilità lavorative ad un anno dal rientro al lavoro in confronto al momento del rientro al lavoro



- Un programma pilota di riabilitazione professionale per il recupero del benessere e il miglioramento dello stile di vita (es. il modello dell'Associazione Onconauti).

Il modello di riabilitazione integrata dell'Associazione "Gli Onconauti"

Un programma di riabilitazione efficace dovrebbe essere basato su un modello bio-psico-sociale, per puntare al ripristino dell'integrità della persona o al miglioramento di tutte le funzioni lese (fisiche, cognitive, psicologiche, nutrizionali, sessuali, sociali e lavorative).
L'associazione Gli Onconauti ha così deciso di offrire un programma di riabilitazione integrata che si focalizza sul miglioramento dello stile e della qualità della vita, tenendo conto dei numerosi studi scientifici internazionali sui modelli più efficaci di riabilitazione oncologica. Essi comprovano l'importanza di agire sul piano psico-fisico per alleviare gli effetti collaterali delle terapie o degli interventi chirurgici effettuati.
Il programma ideato dall'associazione integra interventi tradizionali (fisioterapia, nutrizione, supporto psicologico) con la pratica delle tecniche mente-corpo. Il fine è quello di fornire ad ogni onconauta strumenti pratici per trovare una propria strada verso la completa guarigione.

Un conto è sopravvivere al tumore, un altro conto è ritrovare il benessere e non riammalarsi più. Per questo motivo, l'arma che si dimostra vincente consiste nel compiere il cammino verso uno stile di vita salutare.

Il programma di riabilitazione ha una durata di tre mesi, con uno o due incontri settimanali, e si articola sul raggiungimento di tre precisi obiettivi:
1. a breve termine, una maggior percezione di benessere;
2. a medio termine, la successiva acquisizione delle tecniche per la pratica quotidiana;
3. a medio-lungo termine, il cambiamento delle proprie abitudini di vita, rispetto all'alimentazione, ad una maggiore attività fisica e ad una migliore modalità di gestione dello stress.

Le tecniche utilizzate sono lo yoga, la meditazione, gli incontri individuali e di gruppo con i nutrizionisti e lo psicoterapeuta, la fisioterapia, l'arte-terapia, l'agopuntura e lo Shiatsu. Si è rivelato essere molto incisivo il supporto del gruppo. Tutti questi interventi servono a rinforzare ulteriormente la motivazione e la resilienza di ogni singolo partecipante.

La ricerca condotta in collaborazione con l'Oncologia Territoriale dell'Azienda USL Bologna, ha dimostrato un'efficacia del metodo di riabilitazione integrata nell'87% dei casi, con dei miglioramenti statisticamente significativi al termine del corso dello stato di salute sia fisico che psicologico (riduzione del dolore cronico e miglioramento dei livelli di ansia e di energia, senza nessun utilizzo di farmaci).

Per rendere possibile a tutti l'accesso, a prescindere dalle condizioni economiche e sociali, il percorso è gratuito per i partecipanti, venendo finanziato interamente dalle attività di fund raising dell'Associazione.

Al termine, per chi vuole proseguire è disponibile un corso di mantenimento permanente.

Facilmente, l'insorgere di un carcinoma viene vissuto come il "tradimento" del proprio corpo. In questo modo di pensare, apparentemente lecito, traspare un modo di essere che tende ad estraniarsi dal proprio corpo, malato e su cui si è perso il controllo, per collocarsi in una mente che si ritiene ancora sana e dunque più fidata. Questo processo di separazione, accompagnato da un rifiuto, è frutto di una lacerazione intima e profonda della persona intesa come "corpo vivente, con una propria esperienza del mondo, un mondo intorno e una propria storia". E allora, per recuperare la propria individualità e il proprio essere-nel-mondo, occorre "fare pace" con il proprio corpo e ristabilirne l'unione con la mente. In questa prospettiva, le tecniche mente-corpo possono apportare un prezioso contributo. Nello specifico, lo Yoga ha dimostrato anche da un punto di vista scientifico di essere un trattamento efficace nella cura dei sintomi associati al cancro e per questo viene sempre più utilizzato come complemento delle terapie convenzionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici. Per esempio, le Linee Guida ASCO (American Society of Clinical Oncology), pubblicate nel 1999 e aggiornate nel 2014, supportano la pratica dello Yoga e dell'agopuntura come strategia di intervento per ridurre la fatigue (enorme senso di spossatezza e di stanchezza).

Le sperimentazioni condotte hanno rilevato una sostanziale differenza tra gli effetti che si riscontrano dopo semplici esercizi di stretching e quelli che seguono le pratiche di Yoga. Infatti, seppure in entrambi i casi vi sia una riduzione della fatigue, i pazienti che hanno frequentato i corsi di yoga traggono benefici maggiori, tra i quali: un più rapido declino dei livelli di cortisolo, un miglioramento nella capacità di impegnarsi nelle attività quotidiane, una maggiore energia con conseguente aumento del senso di benessere e, non da ultimo, una minore difficoltà a conferire un significato all'esperienza della malattia.

In quest'era di grandi e rapidi cambiamenti economici e sociali, in cui all'invecchiamento della popolazione sta facendo seguito un sostanziale ridimensionamento del welfare pubblico, imparare a tutelare il proprio stato di salute con metodi naturali e a basso costo diventerà sempre più essenziale per il mantenimento di una buona qualità di vita.

Il medico competente

Ogni lavoratrice che è stata affetta da patologia tumorale può chiedere una visita presso il medico aziendale per una verifica delle proprie mansioni lavorative (visita medica a richiesta del lavoratore), e ciò è indipendente dall'accertamento della invalidità. Deve invece effettuare la visita dal medico competente in caso di assenza dal lavoro superiore ai 60 giorni per malattia.
La finalità di questa visita medica è quella di individuare le mansioni più idonee all'attuale stato di salute.
Esistono però in questo campo alcune problematiche ancora aperte: come nel caso delle lavoratrici in aziende prive del medico competente (art. 5 Legge 300/1974) o le lavoratrici non sottoposte a sorveglianza sanitaria o assenti per malattia per un tempo inferiore ai 60 giorni. Più in generale si assiste ad una carenza di informazione sulla visita di rientro per assenza superiore ai 60 giorni.

Al medico competente spetta il compito di valutare quindi l'idoneità alla mansione lavorativa. Questa dipende da molte variabili, dal tipo di mansione che la donna svolge nel suo contesto lavorativo, dalle condizioni fisiche e psicologiche, ma anche dalla qualità delle relazioni che ha instaurato nel suo contesto lavorativo. Le situazioni lavorative possono essere molto diverse tra loro, una cosa è svolgere un lavoro di concetto che il più delle volte ha luogo in un contesto tranquillo (come ad esempio ad una scrivania, avvalendosi di telefono e computer). Molto diverso è invece lavorare in un ambiente o svolgere attività lavorative che prevedono il mettersi in gioco dal punto di vista fisico (come ad esempio portalettere, collaboratrice domestica, operatore socio sanitario, ecc.).

La maggior parte dei medici competenti si trova ad affrontare per lo più problematiche di tipo fisico, in particolare problematiche muscolo-scheletriche a carico dell'arto superiore dal lato del seno operato/trattato e sintomi quale facile affaticabilità e astenia, dolori diffusi e permanenti, disturbi del sonno.

Il trattamento chirurgico del carcinoma al seno comporta infatti l'asportazione di tutta (mastectomia) o di una parte (quadrantectomia) della mammella, associata all'escissione di uno o di tutti i linfonodi del cavo ascellare. I linfonodi del cavo ascellare sono una stazione di passaggio e di filtro della circolazione linfatica del braccio. L'incisione delle fasce muscolari, la rimozione di uno o più linfonodi e la cicatrice possono condizionare dolore, limitazione e stasi. Il difficoltoso ritorno della linfa del braccio al torace può non rendersi evidente (stato sub-clinico della stasi) e può essere percepito con un senso di pesantezza o con evi-

dente gonfiore dell'arto superiore (linfedema).
Nella comparsa e nello sviluppo di tale complicanza giocano un ruolo importante alcuni fattori:

- età, obesità, ipertensione, malattie metaboliche, alterazioni vascolari, immobilità, tardata cicatrizzazione, infezioni, sieroma, linfangiti ricorrenti;
- lavori ripetitivi e faticosi.

Sono sconsigliati pertanto lavori che implicano movimenti ripetuti per lungo tempo (attività ripetitive), che implicano movimenti con sforzo e movimentazione di carichi, oppure lavori da eseguirsi con il braccio in giù (le posizioni antigravitarie dell'arto impediscono il drenaggio linfatico) o, ancora, che richiedono di tenere fonti di calore troppo elevate sul braccio. Sono infine sconsigliati i lavori a rischio di tagli, graffi, punture e che necessitano dell'uso di sostanze tossiche o allergizzanti.

La generalizzata mancanza di una corretta informazione e formazione sull'argomento provoca spesso, anche involontariamente, atteggiamenti di discriminazione nei confronti della lavoratrice (che potrebbero essere considerati veri e propri fenomeni di mobbing). Per questo il medico competente può assumere un ruolo cruciale nelle fasi di formazione/informazione con diversi interlocutori.
Una corretta formazione ed informazione della lavoratrice e del datore di lavoro rivestono un ruolo strategico: in fase preventiva (per evitare fenomeni di mobbing) e nella successiva fase di reinserimento lavorativo.

L'informazione e formazione del datore di lavoro può incentivare la permanenza della lavoratrice sul luogo di lavoro, anche grazie a una maggiore conoscenza delle opportunità di occupazione flessibile e per portare alla sua attenzione l'esistenza di strumenti adatti per coniugare le esigenze aziendali con le esigenze della lavoratrice. L'intervento di informazione permette anche di far conoscere meglio la patologia e limitare il rischio di mobbing (consapevolezza che la donna non è una risorsa perduta, ma una persona che potrà ritornare, con il giusto sostegno, a essere operativa).
Le attività informative e formative devono essere condotte anche con la lavoratrice e devono servire per far conoscere gli strumenti legislativi utili a conciliare i tempi di lavoro con i tempi di cura per facilitare il reinserimento in azienda e permettere il ritorno ad una piena operatività (anche dopo una lunga assenza dal posto di lavoro).

Il cambiamento di funzione dovrebbe essere il risultato di un confronto tra lavoratrice e datore di lavoro, che non può prescindere da un processo di conoscenza e formazione bi-direzionale:

- da una parte sui principali aspetti che la donna che si ammala di tumore deve affrontare;
- dall'altra dalla necessità del datore di lavoro di assicurarsi che la funzione ricoperta dalla lavoratrice sia svolta con competenza ed efficacia.

Il cambiamento di funzione dovrebbe essere il risultato di un confronto tra lavoratrice e datore di lavoro, l'avvio di un dialogo con la donna da parte della dirigenza sarebbe auspicabile al fine di condividere strategie di protezione e di efficienza.

Molte donne, alcune per cultura, altre per carattere, in alcuni casi a causa dell'ambiente in cui si trovano a operare, riferiscono grandi difficoltà all'idea di dover rivelare di aver avuto un tumore.

Un aspetto che merita attenzione riguarda la riservatezza (il diritto della donna di non rivelare il motivo della sua assenza dal lavoro dovrebbe essere fortemente tutelato da parte del datore di lavoro).

Le aziende sembrano rivelarsi in generale molto collaborative rispetto alle esigenze e alle richieste delle lavoratrici oncologiche che richiedono agevolazioni al rientro dopo la malattia.

Quando è stata richiesta dalle donne una rimodulazione sul contratto di lavoro, infatti, la maggior parte ha ottenuto una risposta positiva da parte dei vertici aziendali.

Conclusioni

Il cattivo stato di salute dei lavoratori comporta dei costi per le aziende molto elevati. La produttività subisce forti perdite dovute agli alti tassi di assenteismo, alla necessità di effettuare sostituzioni o di pagare gli straordinari ai dipendenti, all'assunzione di personale temporaneo (quindi costi amministrativi e di formazione), con il rischio di influenzare anche la qualità finale del prodotto offerto. Si può quindi generare risparmio attuando sui posti di lavoro programmi di benessere e di prevenzione delle malattie. In una meta-analisi della letteratura su costi e risparmi associati a tali programmi, è emerso che le spese mediche scendono di circa $ 3,27 ogni dollaro speso in programmi di benessere e che i costi dell'assenteismo calano di circa $ 2,73 ogni dollaro speso (Baicker, Katherine, David Cutler, and Zirui Song. 2010. Workplace wellness programs can generate savings. Health Affairs 29(2): 304-311.).

In un'economia globale sempre più competitiva, solo le aziende più sane prospereranno. Le aziende che investono per sostenere la salute dei dipendenti sopravviveranno più facilmente.

Scheda di presentazione dell'Associazione "Gli Onconauti"

Associazione
Gli Onconauti: l'associazione nasce a Bologna nel 2011, all'interno dell'ambito dell'Oncologia Territoriale della AUSL Bologna, con cui è in convenzione.

Direttore Scientifico
Dott. Stefano Giordani

Presidente
Silvia Ghenciu

Sedi
Sono attualmente operative due sedi nel comune di Bologna e una nel Comune di Castel San Pietro Terme; di apertura imminente altre tre sedi a Parma, Faenza e Ferrara.

Chi sono Gli Onconauti
Oggi la maggior parte delle persone che si ammala di tumore, una volta terminate le terapie del caso, fortunatamente guarisce. Ma qual è, veramente, la qualità della vita di queste persone? Per molti torna ad essere quella di prima, per altri invece la ripresa risulta più difficoltosa. Tanti continuano a soffrire a causa delle cicatrici fisiche e psicologiche provocate dal trauma della diagnosi e dagli effetti collaterali delle terapie.

Quasi tutti affrontano da soli il terribile stress dei controlli medici periodici strettamente necessari dopo la malattia. Gli americani chiamano queste persone "Cancer Survivors". L'Associazione "Gli Onconauti", in assenza ancora di un termine italiano, ha proposto di chiamarli "Onconauti". L'intento della nostra Associazione è quello di aiutarli a compiere in modo sereno e meno faticoso il lungo e coraggioso viaggio verso la salute.

Mission
La nostra mission consiste nella sensibilizzazione della comunità e delle Istituzioni, e nello sviluppo di percorsi innovativi di riabilitazione olistica integrata, con l'utilizzo di tecniche mente-corpo, per i pazienti oncologici lungo-sopravviventi in follow up (onconauti) e i loro famigliari, che costituiscono ormai il 5% della popolazione italiana. I percorsi sono finalizzata al recupero del benessere e al miglioramento dello stile di vita attraverso l'acquisizione di strumenti che li trasformino in soggetti attivi nella tutela della propria salute.

Programmi
Per adempiere a tale scopo, "Gli Onconauti" si è uniformata alle linee guida Asco (American Society of Clinical Oncology). Dal 2012, inoltre, ha promosso il modello terapeutico della riabilitazione integrata attraverso il programma gratuito C.I.R.O. (Centro Integrato Riabilitazione Oncologica). Il programma integra i metodi tradizionali di riabilitazione con le terapie complementari, in modo da garantire una presa in carico della persona nella globalità dei suoi bisogni (fisici, psicologici, sociali, spirituali) e supportarla in tutte le fasi della malattia oncologica.

A partire dal 2013, è stato avviato anche il programma R.I.D.O. (Riabilitazione Integrata Domiciliare per caregiver di pazienti Oncologici) che, in via sperimentale, propone un modello di riabilitazione integrata domiciliare per supportare i caregivers dei pazienti oncologici.

Attività scientifica
Siamo costantemente impegnati nella pubblicazione di libri, articoli, nella partecipazione a Congressi di riferimento e a trasmissioni televisive. Un quadro non esaustivo di tutte le nostre attività scientifiche viene costantemente aggiornato nella sezione dedicata.

Per ulteriori informazioni visita il sito:
www.onconauti.it

P. Santucci, consigliere nazionale ANMA

Proposta di classificazione delle mansioni al videoterminale

La legislazione vigente, relativa alla mansione di **'videoterminalista'**, risale al 2008 (Titolo VII D.Lgs.81/08 e s.m.i.), ma nella sostanza sta per compiere 24 anni prendendo a riferimento il D.Lgs. 626/94 e s.m.i..

Stato dell'arte

La legislazione vigente, relativa alla mansione di 'videoterminalista', risale al 2008 (Titolo VII D.Lgs.81/08 e s.m.i.), ma nella sostanza sta per compiere 24 anni prendendo a riferimento il D.Lgs. 626/94 e s.m.i..
Intanto il lavoro al videoterminale sta cambiando molto velocemente rendendo più difficile l'azione preventiva tecnico-sanitaria nei luoghi di lavoro, soprattutto nell'ambito delle patologie lavoro correlate o 'lavoro-amplificate' e del corretto approccio inclusivo verso il lavoratore con disabilità muscolo-scheletriche.
L'esperienza ventennale sul territorio dell'Associazione Nazionale medici d'Azienda (ANMA), attraverso la realizzazione del modello ANMA di medico competente (1), ha consentito di registrare molteplici riscontri favorevoli sia nell'attenuazione dei disturbi per la vista e gli occhi, sia nella ricerca della migliore compatibilità tra problematiche muscolo-scheletriche, menomazioni e richieste della mansione (2).
Negli ultimi anni l'ondata di innovazione tecnologica ed organizzativa che ha interessato il mondo del lavoro, aprendo all'era industriale 4.0 (3), sta imponendo nuove scenari che il medico competente è chiamato ad interpretare e gestire insieme alle altre figure della prevenzione aziendale.
Stiamo perciò assistendo a molteplici eventi che possono essere riassunti schematicamente:

- Introduzione di dispositivi elettronici dotati di schermi di ogni dimensione in ufficio e in altri settori come commercio, servizi e industria, anche in ruoli tradizionalmente operativi ('remote operator')
- Modifica dell'organizzazione del lavoro, per agevolare esigenze di flessibilità in azienda e di conciliazione vita/lavoro grazie al progresso tecnologico (mobile worker, co-worker e smart worker).
- Criticità prodotte da ridotto supporto da parte delle case costruttrici/distributrici dei nuovi dispositivi elettronici, soprattutto sul versante ergonomico, e dalla mancanza di produzione scientifica mirata all'impiego delle nuove tecnologie, che pone gli addetti ai lavori in una condizione di svantaggio operativo.

Tale quadro si sta traducendo nella difficoltà pratica ad applicare correttamente il tradizionale percorso, dall'individuazione dei rischi alla formulazione del giudizio di idoneità con particolare riferimento ai temi dell'organizzazione del lavoro e della gestione in salute e sicurezza delle nuove tecnologie, soprattutto nel campo dei rapporti fra 'lavoro e visione'.

Al momento attuale appare particolarmente anacronistico il contesto legislativo, rispetto ai nuovi scenari che si aprono nel mondo del lavoro, almeno per tre aspetti:

- *L'utilizzo di dispositivi con schermo di dimensioni inferiori a 10 pollici che non rientra nel 'campo di applicazione', con i relativi problemi correlati, dall'ergonomia al carico di lavoro mentale*
- *Il lavoro 'non stanziale' e 'agile' (mobile e smart working) che evidenzia una regolamentazione per lo meno incompleta e/o generica sul versante salute e sicurezza.*
- *Le postazioni di lavoro dotate di videoterminale che si moltiplicano in ambienti industriali e nei 'servizi' con modalità 'improvvisate', o comunque prive di una adeguata progettazione ergonomica, in un contesto di 'deregulation'.*

Perciò si tratta di una fase di profondo cambiamento che richiede una adeguata riflessione al fine di giungere ad una più efficace e moderna gestione dei 'nuovi videoterminalisti' da parte del medico competente e delle altre figure della prevenzione aziendale.

Proposta di classificazione

Il punto di partenza può essere costituito da una moderna classificazione del lavoro al videoterminale, in attesa di codificare un nuovo approccio complessivo, che dovrebbe caratterizzare l'auspicabile aggiornamento del Titolo VII D.Lgs.81/08 e s.m.i..
La classificazione rappresenta perciò il tentativo di 'stare dietro' ai nuovi modi di lavorare, definendo le principali 'macro-mansioni' nelle quali lo schermo rappresenta il comune denominatore, intorno al quale si instaurano compiti, ambienti, organizzazioni del lavoro spesso molto diversi tra di loro.
Perciò, grande o piccolo, fisso o portatile, in ufficio o in produzione, nell'ambito dello 'smart working' o nella più avveniristica modalità di 'remote operation' (4), lo schermo è al centro delle nuove operatività con l'ausilio di diversi sistemi di puntamento ed in contesti ambientali ed organizzativi innovativi.

Peraltro l'ausilio di uno schermo in molteplici attività ha già rivoluzionato il modo di lavorare e ormai di vivere nel mondo.
Lo 'smartphone' è un piccolo personal computer che ci assiste durante l'intera giornata, il 'tablet' permette un utilizzo flessibile in modalità 'mobile' soprattutto nel settore dei servizi, mentre lo schermo 'desktop' è di ausilio in ogni ambito lavorativo, dagli uffici alle fabbriche, dalle sale di controllo alla conduzione di mezzi.

VideoTerminalista (VT) art.173, comma 1 lettera c) D.Lgs.81/08 e s.m.i.	Riferimenti di Legge, strumenti e caratteristiche	Rischi	Sorveglianza sanitaria
1-Videoterminalista in Ufficio VTU (compiti impiegatizi tradizionali, add.call center,grafico)- Office worker	D.Lgs.81/08 s.m.i. Stanziale. Uso desktop (a volte laptop/ tablet o smartphone).	Rischi normati (+ sovraccarico vocale e altri eventuali rischi)	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva. Eventuale Voice Handicap Index.
2-Videoterminalista nei Servizi VTS (p.es. controllore traffico, centrale, ecc., add. videosorveglianza, add. montaggio/regia televisiva) - Services sector worker	D.Lgs.81/08 s.m.i. Sentenza Corte Europea 6/7/2000. Stanziale. Uso desktop, monitor multipli, videowall.	Rischi normati, lavoro notturno (+ posture incongrue col. cervicale, turno di notte e altri rischi)	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva. Eventuali esami per altri rischi.
3-Videoterminalista in produzione VTP (industria, artigianato) - Manufacturing (Production) worker	Non normato specificam. Add.controllo macchinari. Stanziale. Uso Desktop.	Riferimento rischi normati + postura eretta protratta e statica, disergonomia postazione, rischi correlati alla produzione	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva. Eventuali esami per rischi correlati a produzione.
4-Videoterminalista da Casa VTC (telelevoratore) Home worker	D.Lgs.81/08 s.m.i. (telelavoro). Stanziale. Uso desktop o laptop.	Rischi normati (strumenti e lay out a cura del Datore di lavoro)	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva.
5-Videoterminalista Mobile VTM (rappresentante commercio, manutentore, ecc.) - Mobile Worker	Non normato specificam. Non stanziale. Uso laptop, tablet, smartphone.	Riferim. a rischi normati + rischi legati alla mobilità (strumenti e lay out a cura del Datore di lavoro)	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva. Eventuali esami per rischi correlati alla conduzione autoveicoli ed alla mobilità.
6-Videoterminalista Agile VTA - Smart worker	Legge n°81 del 22/5/2017. Non stanziale. Uso laptop, tablet, smartphone.	Riferimento a rischi normati. Strumenti e lay out a cura del lavoratore.	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva.
7-Videoterminalista operatore da Remoto (conducente gru, macchine movimento terra, droni, navi) – VTR -Remote operator	Non normato specificamente. Stanziale. Uso desktop.	Riferimenti a rischi normati, in particolare, carico mentale e rischi infortunistici per terzi.	Visita con valutazione clinico funzionale AASS /rachide, test funzione visiva. Eventuali accertamenti relativi ad alcol/droghe in base alla Normativa vigente.

Tab. 1 - Classificazione non esaustiva delle mansioni al videoterminale.

Persino in ambito sportivo gli arbitri del calcio professionistico si avvantaggiano da pochi mesi dall'utilizzo del Video Assistant Referee, meglio noto come 'VAR'!

Perciò un nuovo stile di vita sul lavoro ha prodotto nuovi profili di rischio, che vengono riassunti in sette 'macromansioni', con attivazione della coerente sorveglianza sanitaria e delle altre possibili misure preventive (dall'ergonomia degli strumenti e delle postazioni alle modalità di lavoro alla formazione-informazione).

Di seguito (Tab. 1) viene proposta la classificazione delle mansioni al videoterminale, che ha carattere provvisorio e certamente non esaustivo, sia per la ridotta esperienza in alcuni ambiti, sia per le continue innovazioni tecnologiche che caratterizzano queste attività.
Per quanto riguarda compiti ed attività è possibile fare riferimento alle classificazioni contenute nelle L.G. SIMLII 2013, allegati 1, 2 (5).

Considerazioni sulle mansioni del VideoTerminalista (VT)

1-VTU, videoterminalista in ufficio, comprende la tradizionale mansione impiegatizia al videoterminale, ma anche altre simili come 'addetto call center' e 'grafico', dove possono accentuarsi alcuni rischi (p.es. il sovraccarico biomeccanico arti superiori in relazione qualità/quantita dello sforzo) e/o comparirne nuovi, come il 'sovraccarico vocale', per esempio.
In quest'ultimo caso viene raccomandata l'adozione del Voice Handicap Index (VHI) per selezionare eventuali casi meritevoli di accertamento specialistico (6).

In questa mansione come in altre (mobile e smart worker, soprattutto) il lavoratore può avere in dotazione tablet e/o smartphone aziendali (commerciale, dirigente, ecc.). che sono in grado di "sollecitare l'apparato visivo in modo anche superiore ad un VDT/PC" (5) ed incrementare il sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, dalla colonna cervicale alle dita della mano per iperuso ('overusing'). La classificazione 'allarga' così il campo di applicazione del Titolo VII comprendendo l'utilizzo di dispositivi con schermo inferiore a 10" (art.173 D.Lgs.81/08 e s.m.i.).

2-VTS, videoterminalista nei servizi, comprende mansioni eterogenee, ma caratterizzate da impegno visivo protratto e continuo, ma ridotta attività con tastiera/puntatore. E' possibile l'accentuazione del rischio da postura incongrua della colonna cervicale, a causa dell'asse visivo 'occhio-grande schermo' rivolto verso l'alto, mentre un eventuale rischio accessorio può essere costituito dal 'lavoro a turni' e 'notturno'. Lo screening ergoftalmologico deve tenere conto della reale distanza e dell'orientamento dell'asse occhio-schermo nella valutazione dell'assetto visivo, senza o con correzione.

3-VTP, Videoterminalista in produzione: Mansione di controllo e programmazione dei macchinari tramite desktop o tablet. Rischi legati a posture incongrue e/o eretta statica protratta. Possibili rischi accessori legati al tipo di produzione (rumore, chimico, ecc.). La sorveglianza sanitaria comprende le problematiche posturali e tiene conto dei rischi specifici della produzione.

4-VTC, Videoterminalista da casa (telelavoratore). Mansione analoga operativamente a VTU, ma svolta da casa in postazione a norma di legge, a cura del datore di lavoro. Sorveglianza sanitaria tradizionale mirata alla prevenzione del sovraccarico oculo-visivo e biomeccanico dell'arto superiore-rachide.

5-VTM, Videoterminalista Mobile, comprende mansioni non stanziali che prevedono l'uso di apparecchiature dotate di dispositivo di mobilizzazione con schermo di varie dimensioni, sia fisso che portatile, in base alla specifiche di attività (rappresentante di commercio e manutentore, informatore scientifico ed impiantista, per esempio). La peculiarità della mansione può presentare rischi accessori (movimentazione manuale carichi, rischio chimico, lavoro in quota, ecc.), mentre è costante la presenza di rischio infortunistico stradale che può prevedere protocolli dedicati (7). Al di là dei 'rischi tradizionali' intrinseci alla mansione specifica, la sorveglianza sanitaria tiene conto della complessità della mansione nella valutazione complessiva dell'integrità psicofisica.

6-VTA, Videoterminalista agile, Mansione non stanziale svolta in ambiente 'scelto' dal lavoratore all'esterno dell'azienda, per meglio conciliare le esigenze personali e lavorative, dove si ripropongono rischi tradizionali che la normativa intende limitare attraverso una efficace formazione/informazione del lavoratore. La sorveglianza sanitaria ricalca quanto previsto per la mansione VTU considerato anche che l'attività 'agile' viene svolta al massimo due giorni/settimana.

7-VTR, Videoterminalista operatore da Remoto, mansioni che prevedono la conduzione di svariati mezzi 'da remoto' con utilizzo di desktop in postazio-

ni dedicate. Rischi legati alla conduzione mezzi che possono richiedere accertamenti di Legge relativi al consumo di alcol/droghe. La sorveglianza sanitaria è conseguente alla valutazione dei rischi specifici della mansione.

Lo stress lavoro-correlato

Il rischio 'stress lavoro-correlato' o, meglio, per il videoterminalista, "l'affaticamento mentale", merita una trattazione a se stante, sia per le importanti ricadute sulla salute dei lavoratori, sia per la presenza in ogni ambito produttivo, perciò non viene approfondito in questo articolo dedicato ai specifici rischi dei 'nuovi videoterminalisti'.
Tuttavia va ricordato, che le attività più innovative, mobili, 'smart' o 'in remoto', stanno evidenziando un incremento del 'carico mentale', a causa di molteplici compiti da svolgere simultaneamente, l'esigenza di una 'connessione' costante, il mantenimento di attenzione e concentrazione in compiti di elevata responsabilità, oltre a possibili turnazioni con lavoro notturno. Peraltro gli stessi fattori possono essere accentuati dal difficile adattamento del personale, a volte in età avanzata e proveniente dalla produzione tradizionale, che si trova catapultato in un contesto tecnologico innovativo.
Perciò una attenta valutazione di questi aspetti, che possono concorrere all'insorgenza di stress lavoro correlato, si rende quanto mai necessaria, soprattutto dopo anni di sterile recepimento dell'obbligo normativa, almeno nella maggior parte dei casi.

Allargando l'osservazione all'utilizzo di altri dispositivi come tablet e smartphone (PDA-phone), sempre più protagonisti nell'ambito dello 'smart working', non si può non pensare al rilievo che sta assumendo il cosiddetto 'tecno-stress'. Si tratta di un disturbo causato dall'uso scorretto ed eccessivo di tecnologie dell'informazione e di apparecchi informatici e digitali: lo stress origina dalla necessità di adattarsi ai continui e rapidi processi tecnologici che caratterizzano modelli comportamentali indotti da nuovi ed efficienti modelli di organizzazione del lavoro (8).

Su questi aspetti è anche auspicabile un ripensamento metodologico per approdare a valutazioni, e conseguenti misure preventive, più efficaci.

Considerazioni conclusive

Con l'avvento di 'industry 4.0' dovremo fare i conti sempre più spesso con il lavoro al videoterminale, inteso come apparecchio dotato di un dispositivo di visualizzazione dalle più svariate dimensioni e finalità, utilizzato in ogni ambito produttivo.
Si tratta di una nuova sfida per il medico competente, che non deve farsi trovare impreparato, anzi è chiamato sin da ora a rispondere alle richieste di salute dei nuovi video terminalisti (VT).
Dopo la presentazione delle BEP dedicate (Napoli 2017), ANMA propone con questo contributo una moderna classificazione delle mansioni al videoterminale al fine di favorire la corretta valutazione dei rischi e l'adozione delle conseguenti misure preventive con il contributo di ogni figura della prevenzione aziendale.

BIBLIOGRAFIA

1. Ditaranto D., Il modello ANMA di medico competente – Atti XX° Congresso nazionale ANMA, Viareggio (LU)14-16 giugno 2007.
2. Santucci P., 'Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP (Best Experienced Practices) per il videoterminalista', XXX Congresso nazionale Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), Napoli, 9 giugno 2017.
3. Briatico Vangosa G., Industria 4.0. Quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda? Medico Competente Journal, n°2/2017.
4. Santucci P., I 'nuovi' videoterminalisti: remote operators, Medico Competente Journal, n°2/2017.
5. Piccoli B. et Al., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
6. Santucci P., Una esperienza nel contact center con il Voice Handicap Index (VHI), Workshop "Le patologie ORL di interesse occupazionale: novità emergenti ed orientamenti operativi di prevenzione", Convegno nazionale ANMA, Scarperia (FI), 10 novembre 2006.
7. Candura U., L'idoneità alla guida in medicina del lavoro, Medico Competente Journal, n°3,4/2011, n°1/2012.
8. Servadio M., Tecnostress: lo stress lavoro-correlato connesso all'uso delle nuove tecnologie digitali, Medico Competente Journal, n°1/2015.

Recensione di **P. Santucci**, consigliere nazionale ANMA

I videoterminali negli ambienti di lavoro

Dalla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria.

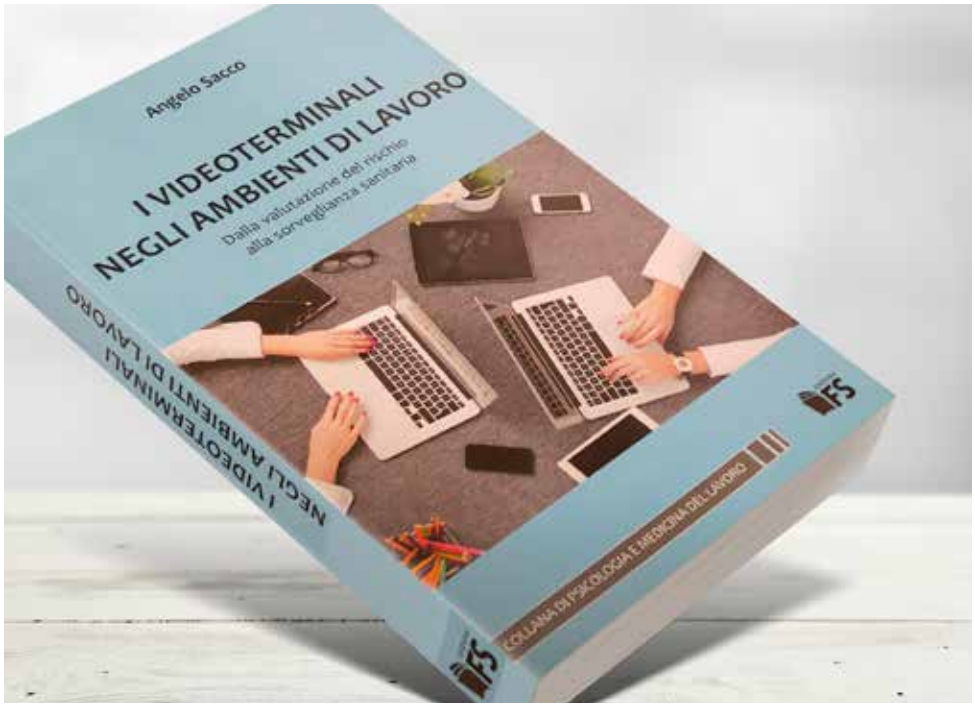
(Edizioni FS, 2018)

Una monografia sul tema 'videoterminali' va sempre accolta con soddisfazione e gratitudine. E non soltanto perché sono rari i contributi scientifici dedicati al tema specifico, quanto per l'attenzione e la competenza con cui l'Autore tratta numerosi fattori di rischio, in buona parte sottovalutati nel mondo del lavoro attuale, che trovano (e troveranno) un riscontro sempre più diffuso e variegato con l'avvio dell'era industriale 4.0.

Angelo Sacco, dirigente medico del lavoro nel SSN, medico competente e docente universitario di medicina del lavoro, approfondisce attraverso sei capitoli rischi professionali vecchi e nuovi, partendo da basi fisiopatologiche ed elementi storici, per approdare agli aspetti di maggiore attualità.

Nel primo capitolo, dedicato agli 'effetti sulla salute', vengono trattati, oltre ai rischi più tradizionali, la luce blu e i rapporti fra miopia e lavoro al videoterminale, il tecnostress ed il corretto uso dello smartphone, in particolar modo nell'ambito dello 'smart working'.

I capitoli successivi riguardano 'la qualità dell'aria negli ambienti confinati' con puntualizzazioni sulla sigaretta elettronica e le emissioni di stampanti e fotocopiatrici, 'la valutazione e la gestione del rischio' con interessanti riferimenti su strumenti informatici portatili ed apparecchiature diagnostiche e 'la sorveglianza sanitaria', comprendente anche diversi paragrafi dedicati alla promozione della salute.



Completano la monografia la 'Normativa di protezione dei lavoratori' commentata, le 'Fonti normative citate nel testo' ed una ricchissima 'Bibliografia', per la maggior parte internazionale.
In sintesi, la monografia comprende una ampia trattazione sistematica di numerosi argomenti, rilevanti per il lavoro svolto quotidianamente dai medici competenti ed indispensabili alle attività di 2° livello e di approfondimento specialistico, sia in medicina del lavoro che in campo medico-legale.

L'Autore ha il pregio aggiornare numerosi aspetti del lavoro al videoterminale che cambia velocemente, di postazioni che si trasformano, di tecnologia informatica che si rinnova giorno dopo giorno e, con essa, i relativi rischi che le figure sanitarie e tecniche devono saper riconoscere e gestire quotidianamente nelle aziende.

L'auspicio è che la monografia di Angelo Sacco concorra ad una maggiore consapevolezza da parte dei medici competenti e del lavoro e di ogni figura della prevenzione aziendale verso le problematiche legate all'utilizzo di attrezzature dotate di videoterminale, al fine di rispondere meglio alla crescente domanda di salute e sicurezza che proviene da milioni di addetti nel nostro Paese.

10 domande a ...

In questo numero parliamo di Travel Medicine

Intervista al dott. VINCENZO NICOSIA

Medico del Lavoro, Responsabile Salute e Medicina del Lavoro Saipem, Past President Società Italiana Medicina dei Viaggi.

1 MCJ: Che cosa è la 'Travel medicine'?

V.N.: È un approccio scientifico multidisciplinare verso tutti i rischi connessi ai viaggi internazionali ed offre le soluzioni su come mitigarli.

2 MCJ: Come prepararsi al mestiere di medico competente.. nel mondo?

V.N.: Lo si può fare attraverso un aggiornamento continuo di quelle che sono le maggiori emergenze epidemiologiche nel mondo (gli aggiornamenti sono presenti ad esempio su promed, who, cdc, etc) e studiando bene la legislazione del paese dove la risorsa andrà a lavorare.

3 MCJ: Qual'è stata la situazione più originale o pericolosa che hai incontrato durante i 'sopralluoghi negli ambienti di lavoro'?

V.N.: Sicuramente i climi estremi. Visitare gli spazi confinati, quando la temperatura esterna è +45 e la percezione della temperatura è maggiore di 50 gradi, non è sicuramente facile ed agevole.

4 MCJ: Salute e sicurezza: quali sono i principali rischi di chi lavora per lungo tempo all'estero?

V.N.: Più lungo è il periodo permanenza, minore è la percezione del rischio. Ecco perchè è fondamentale coinvolgere le risorse in periodici momenti formativi per ricordare che con un comportamento corretto si possono evitare un cospicuo numero di patologie e di situazioni rischiose.

5 MCJ: Come si può realizzare oggi la piena tutela dei lavoratori all'estero con riferimento all'anacronistica legislazione nazionale?

V.N.: Seguendo quelle che sono le best practice o le linee guida Internazionali del settore ove si opera. Nel mondo dell'Oil and Gas ad esempio si seguono quelle OGUK/UKOOA o del Norwegian Centre for Maritime Medicine.

6 MCJ: Nella 'travel medicine' quali sono i criteri di riferimento per la formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione?

V.N.: Oltre ai giudizi classici normati dal D. Lgs. 81/08 si può configurare la non idoneità per area geografica. E' quanto accade se il lavoratore ha una patologia preesistente che sconsiglia l'invio in determinare aree geografiche (BPCO ad elevate altitudini, splenectomizzati in area ad alta endemia per la malaria, aree a rischio febbre dengue in soggetti che sono già venuti a contatto una prima volta con il virus, etc.).

7 MCJ: Le vaccinazioni prima di una trasferta extraeuropea. Quanto tempo prima bisogna attivarsi?

V.N.: Occorre sempre un buon preavviso, al fine di poter effettuare le vaccinazioni ed eventuali richiami. Diciamo che è utile organizzarsi almeno un mese prima. Per la profilassi antimalarica si puo' iniziare 24/48 ore prima della partenza.

8 MCJ: A chi possiamo appoggiarci per la scelta e la somministrazione dei vaccini?

Consiglio di recarsi presso i centri di medicina dei Viaggi delle ASL territorialmente competenti.

9 MCJ: Qual è la procedura da seguire?

Si può accedere al servizio senza una richiesta specifica, attraverso il pagamento di un ticket dal costo contenuto per la consulenza pre travel (obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 81/08 art. 278 e 279) e le eventuali vaccinazioni proposte.

10 MCJ: In linea generale, è vero che all'estero la legislazione su consumo di alcol e stupefacenti, rispetto ai luoghi di lavoro, è più severa rispetto all'Italia?

V.N.: Vi sono legislazioni locali molto severe (ad esempio quella dello stato di Alberta in Canada), dove le autorità locali possono effettuare test a sorpresa su tutti i lavoratori considerati a rischio per sé e per gli altri.

La prima carità al malato è la scienza.

Giancarlo Rastelli un cardiochirurgo appassionato all'uomo

Giancarlo Rastelli, medico italiano, scienziato riconosciuto a livello mondiale per i risultati delle sue ricerche cardiovascolari e per la tecnica chirurgica utilizzata ancora oggi i cardiochirurgia pediatrica. Gian, come lo chiamavano amici e colleghi è stato un medico brillante, ma soprattutto un grande uomo, umile, guidato da un profondo amore per la vita sua e degli altri. E' morto nel 1970 a soli trentasei anni, a causa della progressione del morbo di Hodgkin. La sua vita, la sua umanità, la sua professionalità che grazie alle sue intuizioni ha restituito la vita a tanti, ha affascinato così tante persone da richiedere l'avvio della causa di beatificazione.
Quello che mi ha più colpito, leggendo i suoi appunti e le sue lettere, è come dice il titolo del libro e della mostra a lui dedicata che "la prima carità al malato è la scienza".

In una lettera del 1963, Gian rivela un pezzetto di ciò che lo muove e descrive cosa per lui è il lavoro della ricerca scientifica:
"Non approfittare mai di ciò che sei, di ciò che hai avuto dalla vita, dei tuoi talenti e non metterli "in banca" a fruttare solo per te. Spendili per gli altri, per amore dell'uomo. E non sederti mai pago delle tue conquiste. Continua lo studio, la lotta, la fatica, la ricerca, la speranza. Far cessare la ricerca è far cessare la vita. Scegli la via più difficile. Riconfrontati sempre con la tua stessa laurea, con te stesso, con i tuoi principi, con gli altri. Fino alla fine […] Questa è la scuola della Mayo, i valori in campo sono effettivi e vengono verificati ogni giorno. Non c'è posto per nepotismo, politica, accademismi, raccomandazioni. John Kirklin, prima di essere quello che mette le pezze nei cuori, sa tutto della fisiologia del cuore, del cateterismo, dell'angiocardiografia, dell'anatomia patologica […] Ma proprio quella è la ragione per cui è un grande cardiochirurgo. Quello di mettere un punto così o così viene dopo, ma si ingannerebbe chi pensasse che è possibile imparare a mettere quel punto senza sapere tutto il resto […] Ci prende, noi quattro assistenti, e ci insegna, con il metodo attivo cioè facendoci arrivare per ragionamento e interrogandoci, molto di quello che non c'è sui libri perché non è stato ancora scritto o non è possibile scriverlo perché è la sua stessa esperienza più, le sue impressioni, le sue idee…" .

Giancarlo Rastelli

Da leggere in poltrona 2

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la lettera aperta che Il **dott. Giuseppe Briatico Vangosa**, in qualità di past-President Anma e molto di più in forza di un appassionato impegno profuso per la promozione e difesa della professione di Medico Competente, ha voluto indirizzare al prof. Francesco Violante di SIML. Una lettera che rilegge storia, compiti e prospettive di Anma anche in chiave di rapporti con altre Società e Istituzioni, mai disconosciute nel loro valore e anzi con rinnovato auspicio di collaborazione, che facciamo nostro. Una lettura che suggeriamo ad ogni iscritto Anma e ad ogni Medico Competente, per ritrovare ragioni e passione nel proprio quotidiano lavoro.

Milano 23 marzo 2018

Illustrissimo Prof. Francesco Violante
Presidente SIML
e p.c.
al Consiglio Direttivo SIML
al Consiglio Direttivo ANMA

Carissimo Presidente,
sono rammaricato per il clima infuocato che si è creato. Sono certo che non era, e non è mai stata, intenzione di ANMA e del suo Consiglio Direttivo essere irrispettosi nei confronti di SIML e tanto meno della sua storica valenza scientifica. Lo dimostra il fatto che ANMA ha prospettato alla Onorevole Ministro della Salute e non a SIML il disagio e il disappunto per la scelta operata, azione che personalmente giustifico e ritengo coerente con il normale esercizio democratico.

Non abbiamo mai fatto mistero delle sofferenze che il mondo della ricerca, compreso quello della Medicina del Lavoro, sta patendo; è una realtà sottolineata con decisione fin dal 2002, all'indomani del famoso art. 1-bis, dall'allora Vice-presidente di Confindustria Guidalberto Guidi in un incontro romano con noi e con SIMLII. Nell'occasione il Vice-Presidente stimolò i Medici Competenti a sviluppare osservazioni sul campo e il mondo accademico a uscire dagli Istituti per prendere atto dell'evoluzione tecnologica e sociale. Ripensandoci mi vien da pensare che aveva sfogliato la preziosa opera di Ramazzini.

ANMA ha fatto tesoro dello sprone cercando di coinvolgere ogni Collega disponibile e basandovi la propria attività formativa.
È comunque ben chiaro ad ANMA il ruolo insostituibile della Tua Società quale guida e faro della Medicina del Lavoro, ruolo che è ben lungi dagli obiettivi di ANMA.
Un altro elemento che ha fatto scattare l'attenzione del Consiglio Direttivo ANMA è il leitmotiv "di un ruolo di comparsa". Dai tempi della 277, ma ancor prima, ci siamo battuti per affermare il nostro contributo per lo sviluppo della prevenzione. È però una tela di Penelope, un passo avanti e tre indietro, grazie a questo sentimento negativo che viene strumentalmente ben colto dal mercato per abbassare la quotazione del nostro lavoro. L'equazione è banale: se vali poco, costi poco.

Mi sono sforzato di portare questi ragionamenti fin dal tempo in cui ho partecipato come Consigliere SIMLII nei primi anni 2000 e successivamente nei molti contatti cordiali e fraterni con Cattedratici della nostra preziosa Disciplina. Risultato modesto, perché i piani di interesse sono diversi, giustificatamente.

ANMA ha un altro abito, quello di promuovere ruolo e competenze del MC. Ciò significa che ANMA ha tutto il diritto di chiedere di essere interpellata nel momento in cui in discussione ci sia l'attività del Medico Competente.
Detto in altre parole, siamo fortemente convinti della bontà dell'operato di SIML nella "gestione" del patrimonio scientifico e tecnico-scientifico della Medicina del Lavoro, ma altrettanto siamo convinti che ANMA sia istituzionalmente idonea a rappresentare i – e quindi a presenziare ove si parli dei – Medici Competenti che da quando "creati" come professionisti sono il braccio operativo della Medicina del Lavoro, sono a tutti gli effetti il terminale di interfaccia tra Lavoratore, Datore di Lavoro e Medicina del Lavoro.

A questo punto mi duole leggere la posizione del Tuo Direttivo sulla lettera da noi inviata alla On. Ministro Lorenzin, una lettera infuocata, poco degna di una gloriosa Società, irrispettosa della dignità del Medico Competente che ANMA comunque rappresenta e da cui ha il consenso.

Penso a questo punto opportuno mettere la palla al centro e puntualizzare un po' di storia.

1. *Il principio ispiratore di ANMA sta nella prefazione ad una nostra pubblicazione del nostro Maestro Prof. Enrico Carlo Vigliani: "La medicina d'azienda è un'arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento, presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione con il consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che regolano il lavoro […]". Ci siamo sempre mossi su questa linea.*

2. *Logica conseguenza di quanto sopra è il nostro Codice di Comportamento, pubblicato nel 1997, che all'articolo 1 recita " Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori ".*

E il Documento all'articolo 11 - RELAZIONE CON LE ISTITUZIONI E CON IL MONDO ACCADEMICO precisa: "Il medico d'azienda deve promuovere un rapporto di collaborazione con le Istituzioni e con gli Organi territoriali di vigilanza. Deve ottemperare agli obblighi medico legali. Egli inoltre deve:

a. *promuovere e favorire il reciproco scambio di esperienze con gli organi istituzionali territoriali e centrali;*
b. *consegnare annualmente al datore di lavoro una relazione tecnica che, basandosi sui dati biostatistici, evidenzi la situazione sanitaria correlata ai rischi professionali della popolazione lavorativa assieme alle problematiche di igiene del lavoro esistenti;*
c. *segnalare al datore di lavoro, e agli organi di vigilanza ove previsto dalla legge, ogni situazione di rischio per il singolo lavoratore o per la comunità;*
d. *richiedere la collaborazione del medico di base dei lavoratori, previo l'assenso del lavoratore stesso, quando se ne presenti l'esigenza;*
e. *essere disponibile a trasmettere ogni informazione utile alle strutture sanitarie locali per i loro piani di assistenza e di intervento in relazione ai rischi presenti nell'ambiente di lavoro;*
f. *collaborare con l'Università ed il mondo accademico per lo sviluppo della prevenzione.".*

3. *A proposito dello Statuto ANMA: la lettera SIML specifica che gli scopi di ANMA sono professionali, come recita l'articolo 2 del suo statuto, mentre SIML*

è una società scientifica. Evidentemente è stata fatta una lettura affrettata e distorta. Chi di dovere rileggendo l'articolo 2 dello Statuto ANMA verificherà che "Fini statutari sono principalmente:

a. *la tutela della figura del Medico Competente attraverso la promozione della sua crescita professionale;*
b. *l'aggiornamento professionale continuo, anche nell'ambito del programma ECM, con un taglio pratico e concreto;*
c. *l'assistenza ai propri Soci, per erogare servizi capaci di soddisfarne le esigenze e per poterne rappresentare le istanze;*
d. *l'attività di autorevole interlocutore istituzionale, proponendo e sostenendo interventi finalizzati alla qualificazione della figura del Medico Competente."*

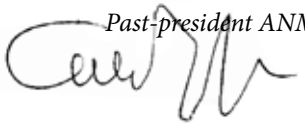
ANMA è dunque l'"Associazione Nazionale dei Medici d'Azienda e Competenti" e come tale ha diritti e dignità uguali ad ogni altra Associazione Medico-Scientifica (al pari delle altre 40 sul totale di 181 affiliate a FISM). Suona altamente offensiva l'epitetologia ed il giudizio richiamati nella Vostra lettera. Siamo certi che nessuna Associazione Medico-scientifica abbia il potere di giudicare, la "X" sulla schedina è nelle mani degli "utenti". La prova del fuoco sta invece nell'applicazione della Legge 24/2017 con l'applicazione del D.M. 2 agosto 2017 del Ministero della Salute, ovvero la rappresentatività valutata sul parametro del dato percentuale di adesione dei professionisti non in quiescenza nella specializzazione o disciplina o nella specifica area o settore di esercizio professionale: chi 2000, chi 1400, tutti a casa e nessuna "linea guida" validata (a tal proposito del tutto recentemente un funzionario di Regione Lombardia ha precisato che ad oggi NON esistono linee guida validate. Infatti, il Decreto Regionale N. 16750 del 21/12/2017 è titolato "Indirizzi per la sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico").

4. *ANMA ha curato con impegno l'aggiornamento professionale del Medico Competente offrendo dal 2002 un percorso formativo come Provider ECM nazionale. Da allora ad oggi ANMA ha erogato Eventi formativi (oltre 200 negli ultimi 6 anni, con complessivi 1573 Crediti ECM nel solo ultimo triennio) distribuiti sul territorio per venire incontro alle esigenze logistiche degli associati (è bene ricordare che quando un nostro Collega frequenta un Evento formativo ha di fatto una perdita di guadagno!) cercando, fra l'altro, di opporsi alla messa sul mercato di eventi ECM spazzatura indirizzati solo al soddisfacimento formale del fabbisogno formativo. L'obiettivo è sempre stato il confronto e la crescita professionale per rendere fattibile ed efficiente la prevenzione. Oltre ciò ANMA si è da sempre impegnata a sollecitare il confronto professionale mettendo a disposizione un network informativo e pubblicando trimestralmente aggiornamenti sul suo Medico Competente Journal. Forse spessore "scientifico" non eccelso, ma sicuramente un continuo sprone al miglioramento.*

Carissimo, non intendo fare una difesa d'ufficio. Uniquique suum. Non posso però tollerare che la trasparenza e la passione di ANMA per lo sviluppo della nostra professione e della nostra Disciplina sia messa in gioco. Credo fermamente nel lavoro in team, che ho sempre stimolato e praticato nel corso della mia carriera professionale e che è stato lo stile di vita del percorso di ANMA. Trasparenza, onestà, amicizia, passione, spirito di servizio, nessun interesse personale sono i valori portanti che hanno animato la vita della nostra Associazione. Nei lunghi 20 anni della mia presidenza si sono presentate crisette e crisi, alcune profonde, che hanno alla fine rinforzato lo spirito associativo e sono state di spinta per migliorare.

Mi auguro che questa sia la conclusione di questa vicenda. Io ci sono e sono certo che ci sono anche il Consiglio Direttivo ANMA così come i nostri Associati.
Ti ringrazio per l'attenzione e porgo cordiali e collegiali saluti

Giuseppe Briatico-Vangosa
Past-president ANMA



MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 1/2018

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it **web:** www.anma.it
facebook.com/**anmamedici**
web: www.anmafad.com

Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta
RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE: Paolo Santucci
COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Pier Agostino Gioffré, Piero Patanè, Marco Saettone
MARKETING E COMUNICAZIONE: Serena Trincanato

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche
Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

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

ANMA è Provider ECM Standard iscritto all'Albo Nazionale AGENAS con il numero identificativo 670

PRESIDENTE: Umberto Candura
VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè
SEGRETARIO: Ditaranto Daniele
CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)
COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Carlo Giuseppe Bugheroni (Presidente), Antonio Iacino, Vita Marzia
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presidente), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

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

La quota associativa annuale di adesione ad ANMA per i Medici Competenti è di € 100,00. Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.
Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati.
Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Notizie, aggiornamenti e commenti, foto e filmati.

Seguici su

FACEBOOK TWITTER YOUTUBE

www.anma.it

CONVENZIONI 2018

SCONTI E AGEVOLAZIONI PER I SOCI

Con il rinnovo o la nuova iscrizione ad ANMA è possibile accedere alle Convenzioni riservate ai Soci ANMA 2018.

Oltre ai numerosi vantaggi dedicati alle esigenze professionali e formative del Medico Competente, ANMA ha attivato alcune convenzioni con Aziende a favore dei propri Soci che hanno così diritto a riduzioni e particolari agevolazioni:

BEST WESTERN ITALIA

La catena di alberghi più diffusi al mondo, con 150 alberghi in Italia, propone oltre 100 destinazioni tra le più importanti città d'arte e di affari ed in selezionate località turistiche al mare, ai laghi, alle terme e in montagna

BONSIGNORE E PARTNERS ASSICURAZIONI SRL

La Società di brokeraggio assicurativo presenta un'offerta completa e personalizzata costruita su una serie di solide garanzie che conferiscono massima efficacia in termini di assistenza e protezione dell'attività professionale.

WALL STREET ITALIA

La prestigiosa scuola di inglese del gruppo Pearson (leader mondiale nel campo della formazione e dell'innovazione didattica) consente di imparare la lingua in modo efficace, naturale e moderno.

Per maggiori informazioni e per conoscere le modalità di accesso alle agevolazioni dedicate ai soci ANMA 2018 vai alla sezione CONVENZIONI del sito www.anma.it

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI
www.anma.it