

Allegato A

“LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELL’IMPATTO SULLA SALUTE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO, ELABORATE INTEGRANDO I DOCUMENTI DI INDIRIZZO REGIONALI, NAZIONALI E INTERNAZIONALI E FINALIZZATE ALLA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ, DELL’APPROPRIATEZZA E DELL’EFFICACIA DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA SVOLTA DAI MEDICI COMPETENTI”

INDICE:**1. STRESS LAVORO-CORRELATO E ALTRI RISCHI PSICOSOCIALI**

1. Stress lavoro-correlato (SLC)
2. Incongruenze e costrittività organizzative
3. Altri rischi psicosociali
 - 3.1 Tecnostress, telelavoro, digitalizzazione, intelligenza artificiale (Information Communication Technology)
 - 3.2 Molestie e violenza sul luogo di lavoro
 4. Mobbing, Stalking, Bullismo

2. QUADRI PSICHICI E PSICOFISICI CORRELATI AL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO

1. Disturbi da stress lavoro-correlato
2. Disturbo dell'adattamento cronico
3. Disturbo da stress post-traumatico
4. Sindrome da burnout

3. DATI EPIDEMIOLOGICI E IMPATTO ECONOMICO**4. VALUTAZIONE, PREVENZIONE E SORVEGLIANZA SANITARIA DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO:
RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE**

1. Valutazione del rischio
2. Prevenzione del rischio
3. Sorveglianza sanitaria
 - 3.1 Strumenti a supporto del medico competente in ambito di sorveglianza sanitaria
4. Programmi integrati di prevenzione del rischio e promozione della salute in ottica Total Worker Health (TWH)
5. Attività e compiti dei medici competenti delle strutture socio-sanitarie
 - 5.1 Valutazione del rischio nelle strutture socio-sanitarie
 - 5.2 Sorveglianza sanitaria nelle strutture socio-sanitarie
 - 5.3 Informazione e formazione nelle strutture socio-sanitarie
 - 5.4 Collaborazione ai programmi di Promozione della Salute (WHP) e di Total Worker Health (TWH) nelle strutture socio-sanitarie
6. Fonti informative

**5. GLI AMBULATORI DELLA RETE DELLE UNITÀ OPERATIVE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML) PER LA
DIAGNOSI DEL DISADATTAMENTO LAVORATIVO**

1. Introduzione
2. Modalità di invio e di accesso agli ambulatori UOOML
3. Valutazione multidisciplinare medico-psicologica

6. MALATTIE PROFESSIONALI STRESS LAVORO-CORRELATO

1. Introduzione
2. Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro – lista II – gruppo 7
 - 2.1 Disfunzioni dell'organizzazione del lavoro e costrittività/avversatività organizzative
 - 2.2 Malattie psichiche e psicofisiche
3. Aspetti clinico-diagnostici ed eziologici

- 3.1 Anamnesi familiare e fisiologica
- 3.2 Anamnesi lavorativa
- 3.3 Anamnesi patologica remota e prossima
- 4. Aspetti medico-legali

7. INDICAZIONI CONCLUSIVE: SORVEGLIANZA SANITARIA E GESTIONE DEL DISADATTAMENTO LAVORATIVO

- 1. Principali elementi di criticità riconducibili al rischio stress lavoro-correlato e possibili interventi
- 2. Sorveglianza sanitaria
 - 2.1 Gestione dei casi di disadattamento lavorativo riconducibili a criticità di “contenuto” e “contesto” del lavoro
- 3. Gestione del rischio da atti violenti e delle vittime di aggressioni nelle strutture sociosanitarie

8. BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

- Allegato n.1 Questionario GHQ
- Allegato n.2 Questionario screener disturbi somatiformi
- Allegato n.3 Questionario autosomministrato DASS
- Allegato n.4 Questionario Stili di Vita
- Allegato n.5 Questionario WAI
- Allegato n.6 Fac-simile visita medica disagio lavorativo
- Allegato n.7 Test MBI
- Allegato n.8 Questionario Disturbi del Sonno
- Allegato n.8 bis Scala Pittsburgh – Disturbi del Sonno
- Allegato n.9 Scheda filtro invio ambulatorio UOOML – Stakeholders non sanitario
- Allegato n.10 Scheda filtro invio ambulatorio UOOML – Stakeholders sanitario
- Allegato n.11 La rete delle UOOML – Regione Lombardia- indirizzi ambulatori UOOML
- Allegato n.12 Flusso per la gestione dei casi da disadattamento lavorativo

1. STRESS LAVORO-CORRELATO E RISCHI PSICOSOCIALI

1. Stress lavoro-correlato (SLC)

Lo Stress negli organismi viventi rappresenta l'insieme delle *reazioni adattative* attivate da stimoli esterni di svaria natura: teoria della "Sindrome generale di adattamento" (Hans Selye 1976).

Selye distingue l'*Eustress (stress buono)*, ovvero la complessa reazione dell'organismo a stimoli ambientali che lo mettono nella necessità di intervenire e agire con prontezza, efficacia, concentrazione in tempi relativamente brevi, dal *Distress (stress cattivo)*, ovvero stato di stress cronico, permanente che si è instaurato nell'individuo.

È ormai noto che, in condizioni particolari, la reazione da stress si può trasformare da risposta adattativa, in importante cofattore patogenetico in numerose patologie, sia somatiche che psichiche.

Secondo il National Institute for Occupational Safety and Health lo stress lavorativo è definito come "un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse od esigenze del lavoratore" (NIOSH,1999)

L'Accordo quadro europeo del 2004¹ sottoscritto dalle quattro maggiori organizzazioni europee rappresentative delle parti sociali e recepito in Italia con l'Accordo interconfederale del 09/06/2008, stabilisce all'art. 3 che lo stress lavoro-correlato è "una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative. Lo stress, potenzialmente, può colpire in qualunque luogo di lavoro e qualunque lavoratore, a prescindere dalle dimensioni dell'azienda, dal campo di attività, dal tipo di contratto o di rapporto di lavoro ... Considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme ... Obiettivo dell'accordo è migliorare la consapevolezza e la comprensione dello stress da parte dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti e offrire un modello per prevenire e gestire i problemi da stress da lavoro ... Lo scopo è quello di non colpevolizzare l'individuo rispetto allo stress."

Lo stress pertanto non è una malattia, ma un'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficienza sul lavoro e può avere ripercussioni significative sulla salute psicofisica del lavoratore. Tuttavia non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere ricondotte a stress lavoro correlato.¹

Lo stress lavoro correlato è causato da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro riconducibili a diversi fattori legati sia al "contenuto" del lavoro sia al "contesto" del lavoro, come riportato in Tabella 1.^{2,3}

Tab.1

| CONTENUTO DEL LAVORO | |
|---|--|
| Categorie potenziali di rischio | Condizioni di rischio stress lavorativo |
| Ambiente e attrezzature di lavoro | Problemi inerenti alla disponibilità, mantenimento, utilizzo e manutenzione/riparazione delle attrezzature lavorative e degli ausili tecnici |
| Disegno del compito lavorativo | Monotonia Cicli di lavoro brevi Lavoro frammentato o senza scopo identificabile Sottoutilizzo delle attitudini/capacità individuali Incertezza |
| Carico di lavoro / ritmo di lavoro | Carico di lavoro eccessivo o ridotto Mancanza di controllo sul ritmo Tempo insufficiente per eseguire il lavoro |
| Orario di lavoro | Lavoro a turni Orari di lavoro senza flessibilità/pause Orari imprevedibili Orari di lavoro protratti |

| CONTESTO LAVORATIVO | |
|--|--|
| Categorie potenziali di rischio | Condizioni di rischio stress lavorativo |
| Organizzazione del lavoro | Scarsa possibilità di comunicazione Bassi livelli di sostegno per la risoluzione dei problemi e crescita personale Mancanza di definizione degli obiettivi aziendali |
| Ruolo nell'ambito dell'organizzazione | Ambiguità o conflitto di ruolo Responsabilità |
| Carriera | Incertezza e immobilità di carriera o eccessiva mobilità Retribuzione bassa Precarietà dell'impiego Basso valore sociale attribuito all'attività svolta |
| Controllo/Libertà decisionale | Partecipazione ridotta al processo decisionale Mancanza di controllo del lavoratore sull'attività svolta |
| Rapporti interpersonali sul lavoro | Isolamento fisico o sociale Rapporti limitati con i superiori Conflitti interpersonali Mancanza di supporto sociale |
| Interfaccia casa-lavoro | Richieste contrastanti tra casa e lavoro Scarso appoggio in ambito domestico Problemi di doppio lavoro |

Possono essere individuati ulteriori fattori stressogeni emergenti in ambito lavorativo legati ad aspetti socio-demografici e di macro-organizzazione lavorativa riportati in Tabella 2.

Tab.2

| RISCHI EMERGENTI | |
|---|--|
| Categorie potenziali di rischio | Condizioni di rischio stress lavorativo |
| <i>Nuove forme di contratti di lavoro e insicurezza dell'occupazione</i> | <i>Contratti precari nel contesto di un mercato del lavoro instabile Aumentata vulnerabilità dei lavoratori nel contesto della globalizzazione Nuove forme di contratti di lavoro Sensazione di insicurezza dell'occupazione Outsourcing</i> |
| <i>Rischi legati all'invecchiamento della popolazione lavorativa</i> | <i>Progressivo aumento dell'età pensionabile Aumento quadri patologici / disabilità con necessità di prevenzione terziaria</i> |
| <i>Intensificazione del lavoro</i> | <i>Tempo di lavoro prolungato Intensificazione del lavoro (telelavoro, digitalizzazione)</i> |
| <i>Elevate richieste emotive sul lavoro</i> | <i>Maggiori richieste di fidelizzazione all'azienda Relazioni plurime (colleghi, utenza, ecc.) Tensioni relazionali</i> |
| <i>Scarso bilanciamento lavoro / vita</i> | <i>Difficile interfaccia casa-lavoro Riduzione del tempo dedicato alla famiglia / attività sociali</i> |

2. Incongruenze e costrittività organizzative

In genere le azioni identificabili come “costrittività organizzativa” comprendono atti e azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto.

Le azioni rientranti nella categoria della costrittività organizzativa coinvolgono direttamente e in modo esplicito l’organizzazione del lavoro.⁴

Esempi di questo tipo di azioni sono (come già elencate nella circolare INAIL n. 71/2003 e oramai abrogata - vedasi cap 6):

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni
- a) Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- b) Mancata assegnazione e/o prolungata attribuzione di compiti dequalificanti o con eccessiva frammentazione esecutiva, rispetto al profilo professionale posseduto
- c) Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- d) Impedimento sistematico e strutturale all’accesso a notizie
- e) Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l’ordinaria attività di lavoro
- f) Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- g) Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo
- h) Altre assimilabili

3. Altri rischi psicosociali

I rischi psicosociali e le relative conseguenze per la salute mentale e fisica sono tra le questioni più complesse nel campo della salute e sicurezza sul lavoro (SSL). Oltre ad avere effetti negativi per la salute individuale, i rischi psicosociali possono incidere negativamente anche sull'efficienza delle organizzazioni e delle economie nazionali.

Lo stress, l'ansia e la depressione costituiscono il secondo problema di salute lavoro-correlato più comune per i lavoratori europei. Il fatto di avviare una discussione sugli aspetti della salute mentale e menzionare le problematiche sul luogo di lavoro è ancora legato al timore della stigmatizzazione. Ciononostante, la percentuale di lavoratori che riferiscono di dover affrontare fattori di rischio in grado di incidere negativamente sulla loro salute mentale è pari a quasi il 45 %. Tuttavia, se considerati come un problema organizzativo anziché un problema individuale, i rischi psicosociali possono essere affrontati nello stesso modo strutturato e organizzato di altri rischi in materia di SSL.

Le più recenti normative e le indicazioni scientifiche evidenziano la necessità ed opportunità di ampliare l'analisi rivolta non solo a nuovi fattori di rischio, ma anche alle possibili ricadute sull'individuo, prospettando un approccio di prevenzione più ampio che riguardi i rischi psicosociali, ovvero "quegli aspetti di progettazione e di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono arrecare danni di natura fisica, psicologica o sociale" (Cox e Griffiths, 1995), quali: tecnostress, condizioni di molestie e violenze.⁵

Pur considerando il fatto che i rischi psicosociali hanno un impatto oltre che sull'individuo anche sull'organizzazione del lavoro, l'attivazione di una valutazione del rischio obbligatoria diventa complessa e difficilmente applicabile, è necessario pertanto valutare nel tempo interventi e strumenti utili ad attivare tale valutazione; rimane comunque opportuno affrontare questi rischi in termini di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro.

3.1 Tecnostress, telelavoro, digitalizzazione, intelligenza artificiale (Information Communication Technology)

Le tecnologie digitali offrono servizi e soluzioni essenziali in tutti i settori dell'economia e della società. La loro integrazione nel luogo di lavoro sta non solo cambiando il nostro modo di lavorare, ma anche dove e quando lavorare. Le tecnologie digitali stanno inoltre ridefinendo il futuro del lavoro, come la tipologia di posti di lavoro disponibili e il modo in cui il lavoro è erogato, organizzato e gestito. Il cambiamento è inevitabile nei luoghi di lavoro in tutta Europa. Nessun settore è immune dal momento che le imprese introducono tecnologie digitali potenzialmente in grado di incrementare la produttività, ad esempio automatizzando i compiti o gestendo digitalmente i lavoratori in contesti di lavoro tradizionali (ad esempio presso le sedi del datore di lavoro), nei luoghi di lavoro a distanza o nei luoghi di lavoro a casa. In un mondo guidato da Internet e dall'intelligenza artificiale (IA), megadati, cloud computing, algoritmi, robotica collaborativa, realtà aumentata, produzione additiva e piattaforme di lavoro online, le tecnologie emergenti alimentano le soluzioni digitali sul luogo di lavoro.

Alcune definizioni:

- Intelligenza artificiale: secondo la definizione della Commissione europea, l'IA indica sistemi che mostrano un comportamento intelligente analizzando il proprio ambiente e compiendo azioni, con un certo grado di autonomia, per raggiungere specifici obiettivi. I sistemi basati sull'IA possono consistere solo di software che agiscono nel mondo virtuale (ad esempio assistenti vocali, software per l'analisi delle immagini, motori di ricerca, sistemi di riconoscimento vocale e facciale) oppure essere incorporati in dispositivi hardware (ad esempio robot avanzati, auto a guida autonoma, droni e applicazioni di Internet)

- **Megadati**: i megadati, quali definiti dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici, sono insiemi di dati caratterizzati da volume (grandi dimensioni), velocità (in costante crescita) e varietà (forme strutturate e non strutturate come i testi), spesso utilizzati dalle macchine per l'IA.
- **Automazione**: l'automazione è un dispositivo o un sistema che svolge (in tutto o in parte) una funzione che potrebbe essere plausibilmente eseguita o che in precedenza veniva eseguita (in tutto o in parte) da un essere umano.

La crescente digitalizzazione dell'economia e l'uso delle tecnologie digitali sul luogo di lavoro offrono nuove opportunità ai lavoratori e ai datori di lavoro, anche in termini di miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro:

- l'automazione relega alle macchine compiti ripetitivi, ad alta intensità di lavoro e non sicuri
- la robotica e l'IA sostengono e sostituiscono i lavoratori in ambienti di lavoro pericolosi
- le tecnologie digitali e le tecnologie di miglioramento delle prestazioni (ad esempio gli esoscheletri) migliorano l'accesso al mercato del lavoro per i lavoratori svantaggiati, come i lavoratori disabili, i migranti o i lavoratori situati in zone con scarse opportunità di lavoro
- un migliore monitoraggio combinato con i megadati consente interventi più tempestivi ed efficaci
- un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata, flessibilità e autonomia per i lavoratori che possono lavorare da casa

I dati dell'indagine OSH Pulse 2022 dell'EU- OSHA mostrano che le tecnologie digitali sono utilizzate per monitorare il rumore, le sostanze chimiche, le polveri e i gas nell'ambiente di lavoro del 19,2 % dei lavoratori europei e per monitorare la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la postura e altri parametri vitali del 7,4 % dei lavoratori.

I dati tratti dalla stessa fonte mostrano inoltre che i lavoratori da remoto hanno meno probabilità di essere esposti a violenze o abusi verbali da parte di clienti, pazienti e alunni, o a molestie o bullismo. I lavoratori da remoto riferiscono di essere stati esposti a violenze o abusi verbali solo nel 7,9 % dei casi (rispetto al 15,7 % nella popolazione lavorativa totale), poiché svolgono mansioni che comportano una ridotta interazione con terzi, e a molestie o bullismo solo nel 4,4 % dei casi (rispetto al 7,3 % della popolazione totale), in quanto l'isolamento sociale (anche da colleghi e superiori) può avere un ruolo mitigatore in questo senso. Inoltre i lavoratori da remoto hanno meno probabilità di segnalare una mancanza di autonomia o di influenza sul ritmo o sui processi di lavoro (14,4 %) rispetto al totale dei lavoratori.

La diffusione delle tecnologie digitali sul luogo di lavoro comporta anche sfide e rischi per la salute e sicurezza sul lavoro, quali:

- monitoraggio digitale, perdita di autonomia, intensificazione del lavoro e pressione a operare a un determinato livello
- perdita del controllo sul lavoro, frammentazione delle posizioni lavorative in mansioni molto semplici da eseguire in modo standard, riduzione del contenuto lavorativo e dequalificazione professionale
- isolamento dei lavoratori, aumento delle interazioni virtuali e perdita di sostegno tra pari
- richiesta di mobilità, flessibilità, disponibilità che spesso genera confusione dei confini tra vita professionale e vita privata
- responsabilità poco chiara in materia di salute e sicurezza sul lavoro e applicabilità dell'attuale quadro normativo in materia di salute e sicurezza sul lavoro

I dati dell'indagine OSH Pulse 2022 dell'EU- OSHA mostrano che i lavoratori da remoto segnalano un aumento del carico di lavoro (33,2 %), della velocità o del ritmo del lavoro determinato dalle tecnologie digitali (61,2 %), dall'isolamento sociale (56,8 %) e da pressanti urgenze temporali o sovraccarico di lavoro (46,9 %) con maggiore frequenza rispetto alla popolazione occupata totale. Ciò è in linea con la recente ricerca condotta

dall'EU- OSHA (2021) su un campione qualitativo di lavoratori da remoto durante la pandemia di COVID-19, che mostra l'aumento dei rischi psicosociali cui sono esposti.⁶

3.2 Molestie e la violenza sul luogo di lavoro

L'Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro dell'08/11/2007, recepito a livello nazionale con la Legge n. 4 del 15 gennaio 2021 di ratifica della Convenzione ILO sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro ha definito le molestie sul lavoro "quando uno o più lavoratori o dirigenti sono ripetutamente e deliberatamente maltrattati, minacciati e/o umiliati in circostanze connesse al lavoro. La violenza interviene quando uno o più lavoratori o dirigenti sono aggrediti in circostanze connesse al lavoro. Molestie e violenza possono essere esercitate da uno o più lavoratori o dirigenti, allo scopo e con l'effetto di ferire la dignità della persona interessata, nuocere alla sua salute e/o creare un ambiente di lavoro ostile".

Le molestie e la violenza sul lavoro, che integrano i requisiti di reati/delitti previsti e puniti dal vigente codice penale, si possono manifestare nelle seguenti modalità:

- Minaccia di aggressione (minaccia verbale o scritta volta a provocare un danno)
- Abuso emotivo attraverso atteggiamenti e/o osservazioni offensive (es. gesti, umiliazioni, coercizioni, insulti)
- Aggressione fisica (es. essere ferito, colpito, strattonato, spinto, ecc..)
- Molestia verbale a sfondo sessuale (es. domande e/o commenti, apprezzamenti ripetuti e non voluti a sfondo sessuale)
- Molestia fisica a sfondo sessuale (contatto fisico a sfondo sessuale non consenziente)
- Tentato abuso sessuale o abuso sessuale consumato (tentato rapporto sessuale o rapporto sessuale consumato non consenziente)

4. Mobbing, Stalking, Bullismo⁴

Il termine *mobbing* deriva dal verbo "to mob", mutuato dall'etologia; che significa "aggredire in massa". Il termine è stato adottato da H. Leymann per definire particolari situazioni di conflitto nell'ambiente di lavoro: la grave e perdurante distorsione delle relazioni interpersonali che si verifica in questi casi è fonte di intense sofferenze psichiche e spesso di alterazioni permanenti dell'umore o della personalità.

Di seguito si riportano le definizioni più autorevoli del "Mobbing":

- "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)"
- "Attacco continuato e persistente nei confronti dell'autostima e della fiducia in sé della vittima. La ragione sottostante tale comportamento è il desiderio di dominare, soggiogare, eliminare; la caratteristica dell'aggressore è il totale rifiuto di farsi carico di ogni responsabilità per le conseguenze delle sue azioni (Field, 1996)"
- "Forma di terrore psicologico sul posto di lavoro, esercitata attraverso comportamenti aggressivi e versatori ripetuti, da parte di colleghi o superiori. La vittima si vede emarginata calunniata, criticata. Scopo di tali comportamenti può essere vario, ma sempre distruttivo: eliminare una persona divenuta in qualche modo "scomoda" (Ege H. 1996)⁷
- "Forma di molestia o violenza psicologica esercitata quasi sempre con intenzionalità lesiva, ripetuta in modo iterativo con modalità polimorfe (Documento di Consenso, Med. Lav., n. 92, 2001).

Non sempre è chiara la distinzione tra mobbing e conflitto: si può propriamente parlare di mobbing quando la comunicazione tra i due soggetti del conflitto è indiretta, distorta, subdola e mette la vittima in una

condizione di impossibilità di difendersi in modo adeguato. La condizione di mobbing più frequentemente denunciata e in genere più facilmente dimostrabile è quella definita mobbing “strategico”: è un’azione sviluppata nel tempo che mira a mettere uno più lavoratori in una condizione di forte disagio col fine dell’espulsione dal contesto lavorativo o del soggiogamento.

Il mobbing si concretizza in genere in una serie di atti, secondo Leymann classificabili in cinque categorie:

- 1) Effetti sulle possibilità della vittima di comunicare adeguatamente: la dirigenza non dà possibilità di comunicare, il lavoratore viene zittito, si fanno attacchi verbali riguardo le assegnazioni del lavoro, minacce verbali, espressioni verbali che respingono, ecc.
- 2) Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere contatti sociali: i colleghi non comunicano affatto più con il lavoratore o la dirigenza proibisce esplicitamente di comunicare con loro, isolamento in una stanza lontano dagli altri, ecc.
- 3) Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere la sua reputazione personale: mettere in giro voci sul conto della vittima, azioni di messa in ridicolo, derisione circa eventuale handicap o della appartenenza etnica o del modo muoversi o di comunicare, ecc.
- 4) Effetti sulla situazione professionale della vittima: non viene assegnato alcun compito o solo dei compiti insignificanti, ecc.
- 5) Effetti sulla salute fisica della vittima: vengono assegnati incarichi pericolosi di lavoro, oppure si fanno minacce di lesioni fisiche, molestie sessuali, ecc.

Gli eventi che più frequentemente si possono registrare in questi casi possono essere:

- a) demansionare in modo formale o solo di fatto
- b) marginalizzare il lavoratore fino al punto di metterlo in una condizione di totale inoperosità
- c) costruire ad arte “incidenti” miranti a rovinare la reputazione della vittima
- d) discriminare sulla carriera, le ferie, l’aggiornamento, la postazione di lavoro, il carico e la qualità del lavoro
- e) negare diritti contrattuali
- f) utilizzare espressioni o atteggiamenti offensivi o di squalifica, fino alla diffamazione vera e propria
- g) isolare dal contatto con gli altri lavoratori
- h) utilizzare in modo esasperato ed esasperante il potere di controllo e l’azione disciplinare.

Tutte queste azioni agite in modo occasionale possono far parte di una “normale” conflittualità lavorativa; alcune di esse, ritenute discriminanti da una delle parti, possono inoltre essere la conseguenza di esasperati meccanismi premiali, o “normali” strumenti di gestione di una collettività lavorativa. Una condizione di mobbing si distingue dai due casi precedenti per il protrarsi di queste azioni nel tempo (almeno sei mesi), per l’evidente indipendenza di esse da esplicite e condivisibili esigenze gestionali, ma soprattutto per l’intenzione del mobber (colui che mette in atto la strategia persecutoria) di perseguitare, nuocere ed espellere la vittima, negando ogni ragionevole tentativo di soluzione del conflitto e, molto spesso, negando il conflitto stesso. In generale si può dire che le azioni caratterizzanti il mobbing rientrano nella sfera della responsabilità individuale del persecutore e la causa della sofferenza non riguarderebbe in senso stretto l’attività lavorativa se non per la coincidenza di tempi e di luoghi.

Per quanto riguarda il mobbing, nell’accordo quadro europeo del 2004 si afferma esplicitamente che “...il presente accordo non concerne la violenza, le molestie e lo stress post – traumatico”, pur riconoscendo le molestie e la violenza come fattori di stress lavoro-correlato e rimandandone la regolamentazione ad uno specifico accordo (effettivamente raggiunto a livello europeo nel novembre 2007 come sopra riportato). Trattandosi di comportamenti individuali, volontari, illeciti e dolosi, il mobbing non può essere oggetto di valutazione del rischio in senso stretto. Tuttavia nel valutare il rischio da stress lavoro-correlato si prendono in considerazione aspetti dell’organizzazione del lavoro (di contenuto o di contesto) che possono rappresentare elementi di attacco a una o più persone come atti vessatori, o che possono costituire un

terreno favorevole. Allo stesso modo la presenza di casi di mobbing in azienda (istanze giudiziarie) va considerata come evento sentinella, indicatore di possibile stress lavoro-correlato. Individuare le disfunzioni organizzative è importante per la valutazione dello stress, ma non esaurisce l'azione di prevenzione e contrasto al fenomeno del mobbing, il quale presuppone una volontà lesiva da parte del mobber. Il fatto che alla base del mobbing vi sia una precisa volontarietà lesiva e tale azione vessatoria venga condotta non sulla generalità dei lavoratori, ma in maniera mirata su singoli o su gruppi circoscritti, richiede la messa in atto di azioni preventive e di contrasto aggiuntive o comunque indipendenti rispetto a quelle dello stress lavoro-correlato.

Il termine *Stalking* significa “inseguire furtivamente la preda”, si caratterizza per un insieme di comportamenti persecutori ripetuti e intrusivi, come minacce, pedinamenti, molestie, telefonate o attenzioni indesiderate, tenuti da una persona nei confronti della propria vittima che possono succedere anche al lavoro.

Lo stalking è un reato disciplinato dall'ordinamento penale italiano con il D.L. 11/2009, che ha introdotto nel codice penale l'art. 612-bis, inserendolo tra i reati di atti persecutori.

Per *Bullismo* si intende una forma di comportamento sociale di tipo violento e intenzionale, tanto di natura fisica che psicologica, ripetuto nel corso del tempo e attuato nei confronti di persone percepite come più deboli dal soggetto che perpetra uno o più atti in questione. Il termine viene usato per descrivere il fenomeno soprattutto in ambito scolastico, meno in ambito lavorativo. La condotta del soggetto che agisce da bullo può integrare diversi reati già previsti dal codice penale e dalla legislazione penale speciale: le percosse, le lesioni personali (art. 581 e 582 codice penale), la minaccia (art. 612), la diffamazione (art. 595), il furto (art. 624), la rapina (art. 628) o danneggiamento di cose (art. 635), molestia o disturbo (art. 660), stupro (art. 609-bis), interferenze illecite nella vita privata (art. 615-bis).

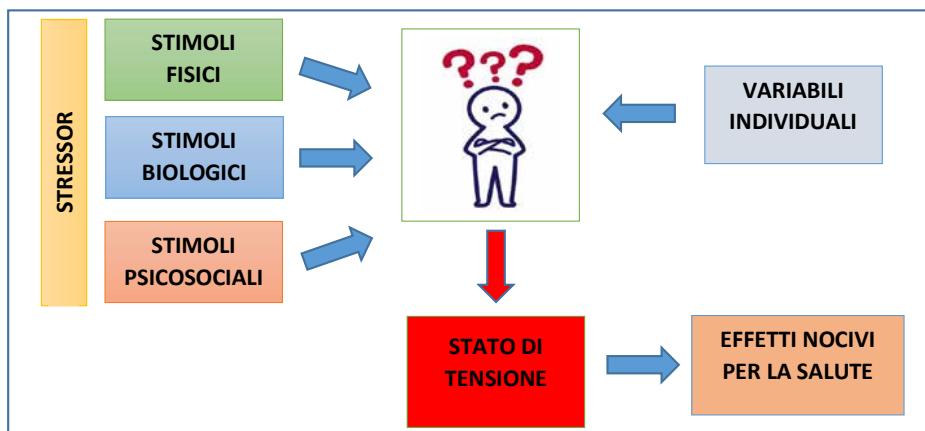
Si precisa che Mobbing, Stalking e Bullismo, trattandosi di comportamenti individuali volontari, illeciti e dolosi diventano di difficile affronto in termini di valutazione del rischio in senso stretto.

2. QUADRI PSICHICI E PSICOFISICI CORRELATI AL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO

Le condizioni di stress psicosociale sono patogene in ragione della loro capacità di indurre dei vissuti patogeni. Il modello psicopatologico per la comprensione del potenziale patogeno dei fattori psicosociali è quello della reazione da stress descritta da Seyle: in condizioni di stress protratto si assiste allo sviluppo progressivo di reazioni di adattamento (fase di allarme), di resistenza e di esaurimento che hanno correlati neurotrasmettoriali, neuroendocrini, fisiologici e psicologici ben noti.

Generalmente è accettato l'assunto secondo cui l'esperienza dello stress è influenzata da molti fattori, essi interagiscono con la struttura cognitiva individuale, nelle sue componenti individuali e collettive.⁴

Nella figura successiva è sintetizzato il “modello biosicosociale” di interpretazione dell'esperienza soggettiva dello stress sviluppato da Engel (1976) e successivamente adattato (Hauke e al 2011) che si basa sulla “*risposta individuale allo stress*”.

Figura: Modello biospilosociale dello stress


1. Disturbi da stress lavoro-correlato

Di seguito si riportano alcuni esempi di effetti di tipo fisico, psicologico e comportamentale correlabili a situazioni di stress:

| EFFETTI FISICI |
|---|
| Improvvide tachicardie |
| Tensioni muscolari, dolori cronici muscolari, rigidità articolari |
| Digestione difficoltosa, nausea |
| Insomnia, peggioramento quanti-qualitativo del sonno |
| Pressione arteriosa con valori fuori range |
| Stanchezza inspiegabile con cali di energia durante la giornata |
| Raucedine |
| Tic e tremori alle mani |
| Frequenti emicranie |
| Predisposizione a influenze, raffreddori, allergie, dermatiti, asma, gastriti, ulceri, ecc... |
| Improvvide variazioni della temperatura corporea |
| Improvvide sudorazioni |
| Respiro affannoso |

| EFFETTI PSICO-EMOZIONALI |
|--|
| Concentrazione e attenzione ridotta |
| Memoria meno pronta |
| Nervosismo ed irritabilità |
| Stato ansioso ed apprensivo costante |
| Deflessione dell'umore con crisi di pianto |
| Tendenza a fantasticare |
| Autocritica esagerata |
| Pessimismo e cattivo umore |
| Concentrazione e attenzione ridotta |

| EFFETTI COMPORTAMENTALI |
|--|
| Indecisione e insicurezza |
| Irrequietezza motoria, impazienza, irritabilità |
| Impulsività crescente |
| Diffidenza |
| Capacità di giudizio ridotta ed aumento degli errori |
| Voglia di isolarsi e/o non frequentare gli altri |
| Difficoltà crescenti nei rapporti personali |
| Abuso ad alcool, fumo, e/o altre sostanze |

2. Disturbo dell'adattamento cronico

È una reazione negativa a uno o più eventi o fattori stressanti chiaramente definibili, che si manifesta con sintomi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, tali da compromettere il funzionamento precedente del soggetto. Questi eventi possono essere stressanti per la maggior parte della popolazione o soltanto interpretati tali dal soggetto; sono comunque episodi significativamente associati con una variazione delle strategie di adattamento ordinarie della persona e quindi con lo stato psicopatologico conseguente.

I sintomi di un disturbo dell'adattamento si presentano in genere da pochi giorni a 3 mesi dall'evento stressante e si risolvono entro 6 mesi dalla cessazione del fattore stressante e dalle sue conseguenze. La maggior parte dei pazienti si presenta con una miscela di sintomi appartenente a tre categorie: umore depresso, ansia e disturbi della condotta.

Solitamente il disturbo dell'adattamento è Acuto e si risolve in un tempo breve, circa 6 mesi, ma può eventualmente prolungarsi. Se il soggetto manifesta sintomi oltre ai 6 mesi dall'esordio stressante, il disturbo dell'adattamento è Persistente (cronico) ed è indeterminato.

Per soddisfare i criteri del DSM-V-TR per la diagnosi del disturbo dell'adattamento cronico, i pazienti devono avere:

- Sintomi emotivi o comportamentali entro 3 mesi dall'esposizione a un fattore di stress
- I sintomi devono essere clinicamente significativi, come evidenziato da uno o da entrambi i seguenti criteri:
 - ✓ Marcata sofferenza, sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.
 - ✓ Compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo in altri importanti aree.

Il disturbo dell'adattamento può essere:

- Acuto, se si risolve in meno di 6 mesi
- Persistente (cronico), se permane oltre i 6 mesi

3. Disturbo da stress post-traumatico

Il disturbo da stress post-traumatico, detto anche PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), è un disturbo presente nel DSM-V-TR, nel capitolo dei disturbi correlati a trauma e stress.

I sintomi si manifestano in seguito ad un evento particolarmente traumatico, con pericolo per la salute e l'integrità fisica o psichica del soggetto, che ne interrompe il flusso continuo della vita naturale (es. grave infortunio o aggressione). Si caratterizza per sintomi particolarmente invalidanti, come ansia molto intensa

e frequente, calo del tono dell'umore, pensieri, immagini o ricordi intrusivi dell'evento traumatico e spesso un vissuto emotivo molto intenso, come se si stesse rivivendo l'episodio traumatico. Tali sintomi possono essere distinti in quattro categorie:

- Sintomi intrusivi: riguardano principalmente memorie relative all'evento traumatico, definite intrusive in quanto il soggetto sente di non averne il controllo e di essere impotente, si presentano alla coscienza del soggetto in modo disturbante e involontario. Possono essere presenti anche sotto forma di sogni o incubi. Possono inoltre presentarsi sintomi di distress psicologico in presenza di uno stimolo che ricordi l'episodio traumatico (come un'immagine o un suono).
- Strategie di evitamento: utilizzate per evitare di entrare a contatto con qualunque stimolo ricordi il trauma. I soggetti tendono ad evitare luoghi, situazioni o persone che ricordano l'evento traumatico. Ciò può portare ad una notevole riduzione dell'area vitale del soggetto riducendo progressivamente la propria qualità di vita.
- Alterazioni del pensiero o dell'umore: possono presentarsi inoltre sintomi di natura cognitiva ed emotiva. Nello specifico i pazienti affetti da PTSD potrebbero non ricordare l'evento traumatico (amnesia post traumatica), oppure sviluppare idee negative nei confronti di se stessi, degli altri e del mondo; possono, inoltre, presentare sintomi come calo del tono dell'umore, oppure sentirsi emotivamente distanti da tutti o ancora non riuscire più a sperimentare emozioni positive.
- Alterazioni nella reattività e aumentato arousal: sintomi di iperattivazione e accentuata reattività. Questi soggetti possono mostrarsi particolarmente arrabbiati ed irritabili, fino ad avere comportamenti violenti e distruttivi. I pazienti possono inoltre mostrare uno stato costante di ansia, problemi del sonno e alterazioni dell'attenzione e della memoria

Tutti questi sintomi possono essere particolarmente disturbanti e peggiorare sensibilmente la qualità della vita dei soggetti.

Per soddisfare i criteri del DSM-V-TR per la diagnosi del disturbo post-traumatico da stress, i pazienti devono essere stati esposti direttamente o indirettamente a un evento traumatico e presentare sintomi di ciascuna delle seguenti categorie, per un periodo ≥ 1 mese.

- Sintomi di intrusione (≥ 1 dei seguenti punti):
 - Avere ricorrenti, involontari, intrusivi, ricordi inquietanti
 - Avere ricorrenti sogni inquietanti (p. es., gli incubi) riguardo all'evento
 - Agire o sentire come se l'evento stesse accadendo di nuovo in quel momento, dalle allucinazioni alla completa perdita di consapevolezza del presente
 - Sensazione di intensa sofferenza psicologica o fisiologica quando si ricorda l'evento (p. es., per il suo anniversario, attraverso suoni simili a quelli uditi durante l'evento)
- Sintomi di evasione (≥ 1 dei seguenti):
 - Evitare pensieri, sensazioni o ricordi associati all'evento
 - Evitare attività, luoghi, conversazioni o persone che innescano il ricordo dell'evento
- Effetti negativi sulla cognizione e sull'umore (≥ 2 dei successivi punti):
 - Perdita di memoria di parti significative dell'evento (amnesia dissociativa)
 - Opinioni negative persistenti ed esagerate o aspettative su se stessi, gli altri, o il mondo
 - Pensieri distorti persistenti sulla causa o sulle conseguenze del trauma che portano a incolpare sé o gli altri
 - Stato emotivo negativo persistente (p. es., la paura, l'orrore, la rabbia, il senso di colpa, la vergogna)
 - Notevole diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative
 - Una sensazione di distacco o di estraneità verso gli altri

- Persistente incapacità di provare emozioni positive (p. es., felicità, soddisfazione, sentimenti di amore)
- Eccitazione alterata e reattività (≥ 2 dei punti seguenti):
 - Disturbi del sonno
 - Irritabilità o scoppi d'ira
 - Comportamento imprudente o autodistruttivo
 - Difficoltà di concentrazione
 - Aumento delle risposte di allarme
 - Ipervigilanza

Inoltre, le manifestazioni devono causare disagio significativo o compromettere significativamente il funzionamento sociale o lavorativo e non essere riconducibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un altro disturbo medico.

Mentre il disturbo da stress acuto può essere diagnosticato solo entro il primo mese dopo un trauma, il disturbo post-traumatico da stress può essere diagnosticato almeno 1 mese dopo il trauma.

Il disturbo da stress acuto può svilupparsi direttamente in disturbo post-traumatico da stress, oppure il disturbo post-traumatico da stress può svilupparsi mesi o anche anni dopo il trauma senza che i problemi che hanno preceduto siano evidenti.

4. Sindrome da Burnout

Il termine burnout indica il lavoratore "bruciato", "fuso" e descrive il quadro sintomatologico individuale conseguente a condizioni di stress occupazionale prolungato caratterizzato da progressivo ritiro dalla vita relazionale organizzativa, distacco e disaffezione accompagnata da sviluppo di sindromi organiche e funzionali. Il fenomeno è stato per lungo tempo collegato quasi esclusivamente alle professioni d'aiuto, esposte alla relazione con utenti in condizioni disagiate. Il continuo contatto con persone in condizioni di sofferenza fisica e sociale, l'alto investimento emotivo, il prolungato impegno professionale e personale, sono state considerate le condizioni favorevoli allo sviluppo della sindrome di burnout.

Nel 2019 l'OMS ha incluso il "burnout" nella nuova versione dell'undicesima International Classification of Diseases tra i "Fattori che influenzano la salute". Il burnout perciò va visto come un fenomeno professionale, una situazione di disagio, che può avere anche gravi conseguenze, che si manifesta attraverso tre i sintomi: esaurimento fisico e mentale, distacco crescente dal proprio lavoro e una ridotta efficienza.

Le condizioni lavorative predittive sono del tutto sovrapponibili ai fattori favorenti lo stress occupazionale. Se si interviene per valutare e gestire il rischio stress lavoro correlato, occupandosi delle condizioni di organizzazione del lavoro che lo favoriscono, si concorre alla prevenzione delle condizioni individuali di sviluppo della sindrome di burnout.⁸

Pertanto la valutazione dello stress lavoro-correlato comprende anche il fenomeno del burnout in quanto esso rappresenta una forma particolarmente esasperata di stress da disfunzione organizzativa

3. DATI EPIDEMIOLOGICI E IMPATTO ECONOMICO

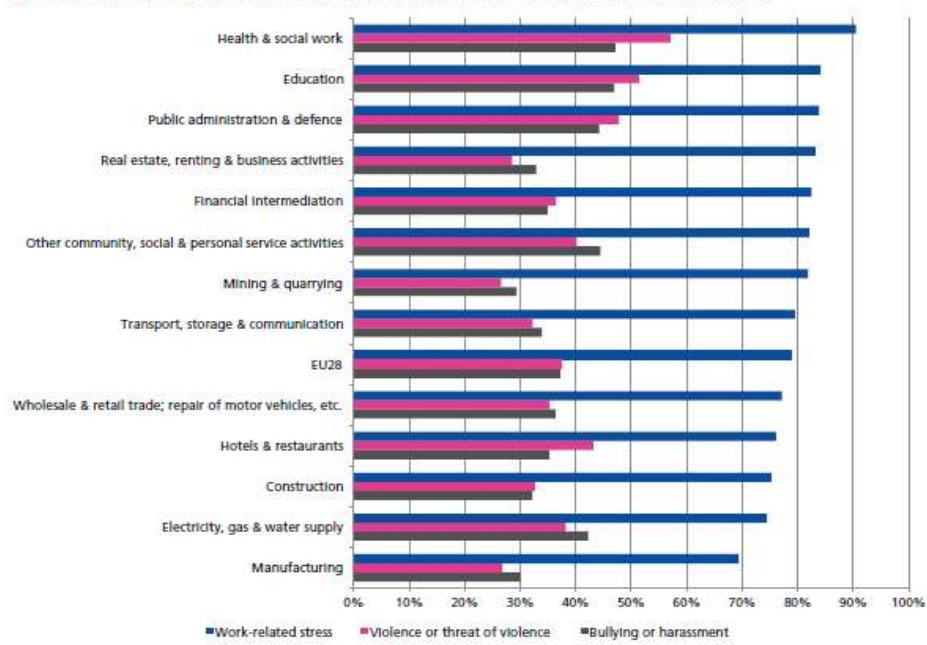
Secondo l'EU-OSHA lo stress lavoro-correlato sta assumendo rilevanza in Europa in quanto:

- può interessare potenzialmente qualunque lavoratore impegnato in qualsiasi luogo di lavoro, indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda, del settore di attività o della tipologia del contratto o del rapporto di lavoro;
- è il secondo problema di salute legato al lavoro dopo i disturbi muscoloscheletrici

Di seguito si riportano i primi dati disponibili a livello europeo:

- l'indagine EUROFOUND (2005) ha rilevato che lo stress lavoro-correlato riguarda circa il 22% dei lavoratori dei 27 Stati dell'UE e in Italia il 27% dei lavoratori,
- la ricerca ESENER (2009) ha approfondito i settori lavorativi interessati da stress lavoro-correlato, come di seguito rappresentato:

Figure 26: Concern about work-related stress, harassment and violence, by sector (% establishments)



- la più recente indagine EU-OSHA – Pulse condotta nel 2022⁹, che ha coinvolto lavoratori degli Stati EU più Islanda e Norvegia, rileva che il 46% dei lavoratori è esposto a forte pressione da sovraccarico di lavoro, circa il 26% afferma lo stesso sulla scarsa comunicazione e cooperazione all'interno della propria organizzazione, il 18% sulla mancanza di autonomia o sulla mancanza di influenza sul ritmo del lavoro o sui processi, il 16% riferisce episodi di violenza o di abusi verbali da parte di clienti, pazienti, utenti, ecc. e nel 7% molestie e bullismo sul lavoro.

L'indagine ha anche considerato come l'impatto della pandemia di Covid-19 abbia inciso sullo stress e la salute mentale dei lavoratori, il 44% di lavoratori, più di quattro lavoratori su dieci in tutta la UE dichiarano che lo stress lavorativo sia aumentato a causa della pandemia di Covid-19.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro a diversi livelli. Innanzitutto, la situazione pandemica comportava rischi per la salute dei lavoratori. I luoghi di lavoro sono stati fonte di preoccupazione per i contagi durante la pandemia, che ha portato la maggior parte dei governi europei a indicare in modo perentorio ai lavoratori che potevano lavorare da casa, di non recarsi sul posto di lavoro abituale. Inoltre i lavoratori sono stati stressati dalla situazione di emergenza generale, dai blocchi forzati e dall'aumento delle richieste e della pressione lavorativa (soprattutto nel caso dei lavoratori in prima linea). In secondo luogo, la crisi ha sottolineato l'importanza di una gestione efficace della sicurezza e della salute sul lavoro. Infine, la pandemia di Covid-19 ha contribuito a cambiare il modo in cui i lavoratori percepiscono la sicurezza e la salute sul lavoro, l'importanza che attribuiscono al sentirsi protetti e sicuri sul lavoro e il modo in cui familiarizzano con le misure esistenti sul posto di lavoro.

In un contesto in cui l'emergere delle nuove tecnologie digitali sta rapidamente modificando la natura e l'organizzazione del lavoro, la pandemia può avere contribuito ad accelerare il processo di digitalizzazione. La digitalizzazione può offrire nuove opportunità sia ai lavoratori che ai datori di lavoro, come una maggiore flessibilità e il lavoro a distanza, che tanto hanno contribuito a impedire che l'economia si fermasse completamente in molti paesi europei durante il lockdown dovuto al Covid-19.

Tuttavia, la digitalizzazione del luogo di lavoro può anche creare nuove sfide e rischi per la salute e sicurezza sul lavoro, tra cui un aumento della pressione lavorativa e dello stress, che richiedono nuovi approcci conoscitivi e nuove modalità di gestione.^{9 10}

In uno studio pubblicato da "The Lancet" nel 2021, si riportano i dati di Prevalenza dei disturbi depressivi e d'ansia in 204 paesi nel 2020 causati dalla pandemia di COVID-19 e i relativi dati dopo l'aggiustamento per la pandemia che si riportano di seguito:

Figura 1: Prevalenza del disturbo depressivo maggiore (dopo l'aggiustamento per la pandemia di COVID-19)

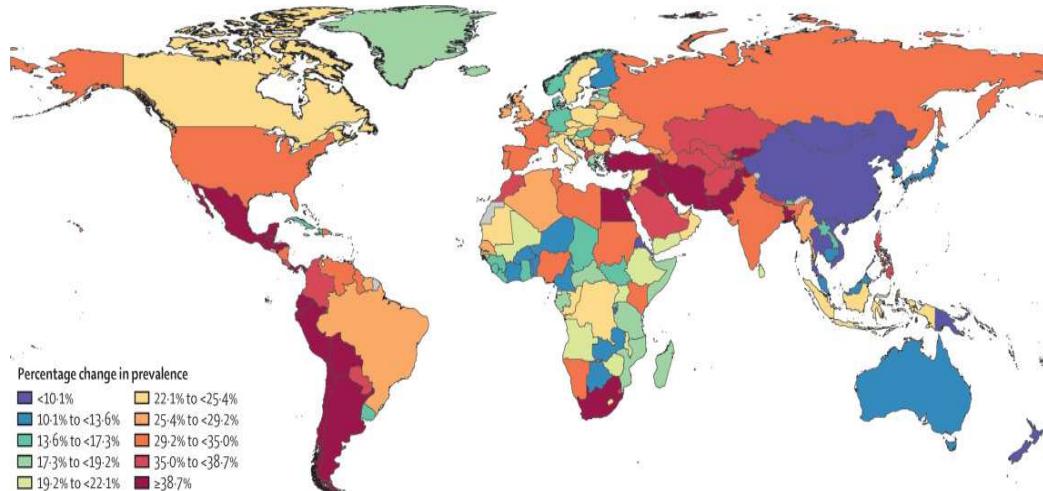
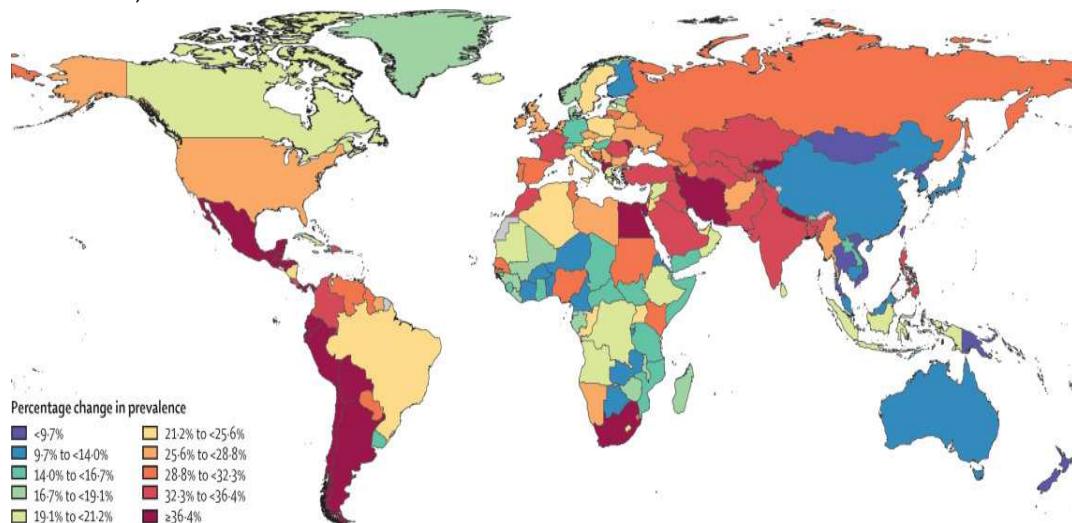


Figura 2 Variazione nella prevalenza dei disturbi d'ansia dopo l'aggiustamento per (cioè durante) la pandemia di COVID-19, 2020



Lo stress legato all'attività lavorativa interessa quasi un lavoratore su quattro e dagli studi condotti emerge che una percentuale compresa tra il 50% e il 60% di tutte le giornate lavorative perse sia riconducibile allo stress. Ciò comporta costi enormi in termini di disagio umano e pregiudizio del risultato economico.

La Commissione europea ha calcolato che nel 2002 il costo annuo dello stress lavoro-correlato nell'UE a 15 Stati membri, ammontava a 20 miliardi EUR. Questa cifra era stata calcolata sulla base di un'indagine dell'EU-OSHA (1999), dalla quale era emerso che il costo complessivo delle malattie legate al lavoro per i 15 Stati membri dell'UE era compreso tra 185 e 289 miliardi di EUR l'anno.

Alla luce di stime ricavate da altri ricercatori (Davies e Teasdale 1994; Levi e Lunde-Jensen, 1996), secondo cui il 10 % delle patologie lavoro-correlate sarebbe riconducibile allo stress, questa percentuale è stata usata per fare una stima di tipo conservativo del costo complessivo delle patologie legate all'attività lavorativa (200 miliardi EUR) e per ottenere la cifra di 20 miliardi EUR riferita al costo dello stress lavoro-correlato per questo gruppo di Paesi.

Nel recente progetto realizzato da Matrix (2013) con finanziamenti dell'UE, il costo della depressione da attività lavorativa calcolato per l'Europa era di 617 miliardi di EUR l'anno.

La cifra complessiva era costituita dai costi per i datori di lavoro dovuti all'assenteismo e al presentismo (272 miliardi di EUR), dalla perdita di produttività (242 miliardi di EUR), dai costi dell'assistenza sanitaria per un totale di 63 miliardi di EUR e dai costi in termini di prestazioni previdenziali sotto forma di sussidi di inabilità al lavoro (39 miliardi di EUR).¹¹

4. VALUTAZIONE, PREVENZIONE E SORVEGLIANZA SANITARIA DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO: RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

1. Valutazione del rischio

Il Medico Competente Aziendale come indicato dal D.Lgs.81/08 ha un ruolo non limitato alla sorveglianza sanitaria, ma anche di supporto a tutte le altre attività di prevenzione e protezione aziendale in capo al Datore di Lavoro, in particolare alla valutazione dei rischi.

I Medici Competenti (MC) collabora con il datore di lavoro alla valutazione anche del rischio stress lavoro-correlato e alla predisposizione delle misure di tutela, come previsto dall'art. 25 comma 1 lett. a del D.Lgs.81/08.³

Il coordinamento tecnico interregionale nel 2012³ e nel 2013 la allora SIMLII, attualmente SIML, nel "Position Paper: Il Medico Competente nella Valutazione del Rischio Stress Lavoro-correlato"¹² indicano il ruolo del Medico Competente nella valutazione del rischio SLC. La SIML fornisce in particolare indicazioni per le PMI (Imprese di dimensioni Medio-Piccole), realtà lavorative nelle quali può risultare più problematica l'applicazione delle linee di indirizzo della Commissione Consultiva, delineando il ruolo strategico del Medico Competente in tutte le fasi della valutazione :

- partecipare al team di valutazione per l'identificazione dei gruppi omogenei;
- fornire i dati di propria competenza relativamente agli eventi sentinella;
- partecipare al team di valutazione per la compilazione delle check list osservazionali;
- applicare eventuali strumenti di valutazione approfondita del rischio (es. questionari) se in possesso di adeguata esperienza e formazione;
- contribuire all'individuazione delle misure correttive, in particolare per i fattori organizzativi stressogeni che sono maggiormente collegati ad aspetti biologici (es. ritmi e turni di lavoro);

- partecipare alla gestione dei casi individuali che dovessero emergere sia come visite a richiesta, sia con altre modalità, secondo le procedure stabilite dall'azienda;
- partecipare ad iniziative aziendali di promozione della salute rispetto a patologie correlate allo stress, con particolare attenzione alle differenze di genere e di età, nell'ottica della responsabilità sociale dell'impresa.

Nelle imprese di grandi dimensioni il Medico Competente (MC), partecipa all'attività valutativa fornendo il proprio contributo attraverso la conoscenza delle caratteristiche della realtà lavorativa in esame e delle condizioni di salute dei lavoratori, con riferimento quindi anche alle eventuali "conseguenze dello stress lavoro-correlato". Per formazione e competenza è la figura più adatta a coordinare la valutazione, anche quando questa viene affidata a professionisti esterni ed è in grado di svolgere funzione di sintesi dei risultati e di coordinamento del percorso.

Nelle imprese di piccole dimensioni il Medico Competente, opportunamente formato e con esperienza sul tema specifico, conoscendo i rischi lavorativi, le specificità e le criticità di settore e aziendali, l'organizzazione del lavoro e le dinamiche che regolano la rete di relazioni interne all'azienda, è in grado di collaborare attivamente e condividere, con i diversi soggetti del sistema di sicurezza aziendale (DL, RSPP e RLS/T), le diverse fasi del processo valutativo del rischio SLC.

Egli è infatti la figura chiave che si occupa dell'acquisizione dei dati oggettivi, al fine di valutare elementi utili per cogliere il grado di attenzione e le risorse possedute dall'azienda rispetto al tema della salute organizzativa. Sempre al MC spetta la rilevazione delle percezioni e dei punti di vista rispetto al tema della "salute organizzativa".

Secondo le indicazioni della Commissione Consultiva del 2010², la valutazione consta di 2 fasi:

- 1) Preliminare (obbligatoria per tutte le aziende)
- 2) Approfondita (da attuare nel caso in cui la valutazione preliminare faccia emergere fattori di rischio tali da richiedere il ricorso a misure correttive).

In particolare, effettuata la Valutazione preliminare, si procede alla individuazione e attuazione degli interventi correttivi, se necessari, in base ai risultati della valutazione stessa.

A questa attività, segue la verifica dell'efficacia degli interventi attuati.

Qualora gli interventi correttivi messi in atto siano risultati inefficaci si procede alla Valutazione approfondita alla Individuazione e attuazione di ulteriori interventi correttivi, se necessari, e al monitoraggio e all'aggiornamento della valutazione.

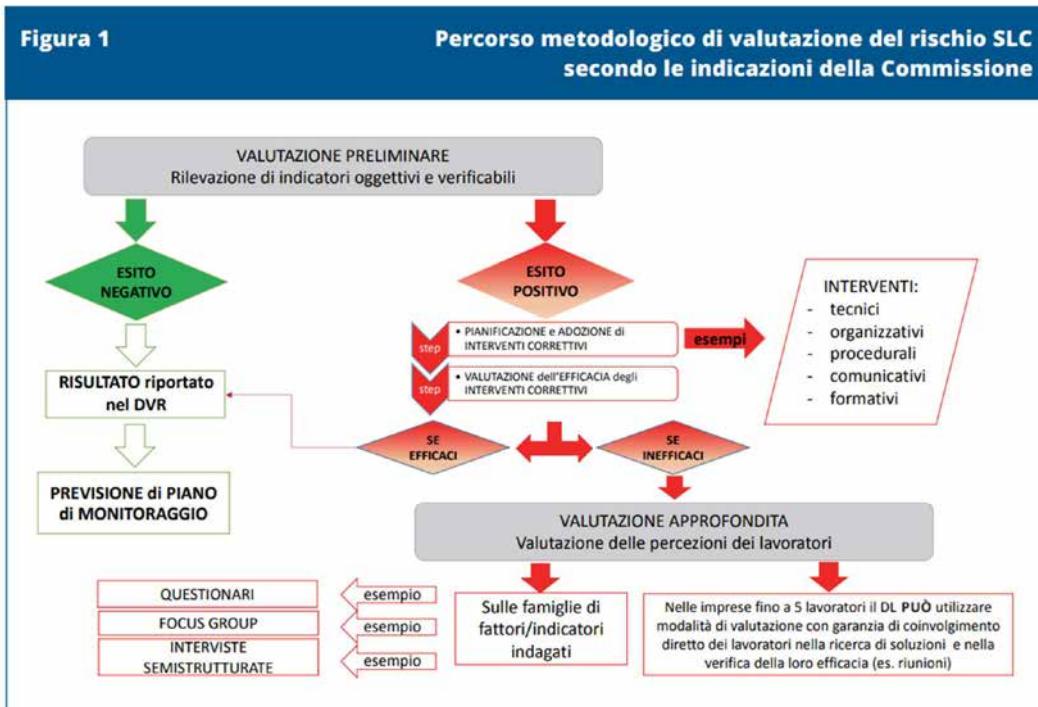
Nella fase di valutazione preliminare la rilevazione deve essere effettuata attraverso indicatori di rischio stress lavoro correlati oggettivi e verificabili appartenenti, secondo le indicazioni della Commissione Consultiva, "quanto meno" a tre distinte famiglie: 1) eventi sentinella, 2) fattori di contenuto del lavoro, 3) fattori di contesto del lavoro.

Le liste di controllo (check-list), utilizzate per la rilevazione dei dati, sono applicabili dai soggetti aziendali della prevenzione, cioè Datore di Lavoro (DL), Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e MC, ove nominato, che costituiscono il "Gruppo Operativo di valutazione aziendale minimo".

Tale gruppo attua le azioni propedeutiche che comprendono:

- individuazione dei soggetti aziendali, eventualmente affiancati da consulenti esterni, che partecipano al processo di valutazione (costituzione del team di valutazione);
- scelta dello strumento di valutazione (metodo da seguire);
- formazione dei soggetti valutatori, sul metodo scelto, se necessaria;
- individuazione dei gruppi omogenei/partizioni organizzative in cui suddividere l'azienda, in ragione dell'effettiva organizzazione aziendale;

- definizione delle modalità con cui sentire i lavoratori o gli RLS\RLST, in relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto.(figura 1)



(Inail - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale, 2011)

La check-list più utilizzata è quella messa a punto dall'INAIL¹³, secondo la Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) l'88% delle Aziende che ha effettuato la VDR ha adottato il Metodo INAIL.

Lo SPISAL USSL 20 – Regione Veneto ha definito un modello per la VdR nelle piccole imprese con < di 30 lavoratori che nella sostanza ricalca semplificandolo il Modello dell'INAIL¹⁴.

Si rimanda all'Archivio Documentale della Lombardia nel capitolo Stress lavoro correlato strumenti di valutazione del rischio¹⁵ per il reperimento di ulteriori metodologie e check list (nazionali e internazionali) per tipologie di aziende (grandi, piccole-medie aziende) e per tipologia di settore lavorativo (es sanità, scuola, studi professionali).

Per quanto riguarda la valutazione approfondita la stessa comporta l'uso di strumenti che misurano la percezione soggettiva dello stress da parte dei lavoratori. I questionari soggettivi sono tra gli strumenti utili alla effettuazione della valutazione approfondita.

Essi non hanno la funzione di identificare problemi di singoli lavoratori, ma di consentire la rilevazione delle percezioni soggettive dei dipendenti, aggregate per gruppi omogenei, utili ad evidenziare in modo più mirato i fattori di stress e a trovare le soluzioni più efficaci ai fini della riduzione del rischio stesso.

Dalla letteratura internazionale si ricava un'ampia disponibilità di questionari soggettivi che sono stati proposti e validati per la "misura" dello stress percepita dai lavoratori. La maggior parte di questi strumenti si basa su logiche che forniscono una base scientifica alle dimensioni organizzative e psicologiche che essi indagano. Alcuni di questi sono di libero accesso e possono quindi essere utilizzati dal Gruppo Operativo aziendale, purché adeguatamente formato o coadiuvato da professionalità specifiche. Altri questionari invece possono essere utilizzati solo da professionalità specifiche e ben definite, e devono essere acquistati

presso i proprietari ufficiali. Pertanto, la scelta del tipo di strumento per l'analisi soggettiva dovrà necessariamente tener conto anche del tipo di professionalità disponibili. In ogni caso, lo strumento scelto dovrà essere di documentata validità, con esplicitazione dei riferimenti scientifici alla base del suo costrutto. Per ulteriori aggiornamenti in materia si può fare riferimento all'Archivio Documentale della RL – Capitolo Stress lavoro correlato. Strumenti di VdR – Sottocapitolo strumenti soggettivi di VdR approfondita¹⁵⁻¹⁶

2. Prevenzione del rischio

La prevenzione del rischio stress lavoro-correlato si sviluppa sui tre livelli classici di prevenzione:

- **PREVENZIONE PRIMARIA:** agisce alla fonte dello stress da lavoro, comprende tutti quegli interventi organizzativi finalizzati a ridurre o eliminare le fonti di stress o a promuovere il benessere dei lavoratori, quali: lo sviluppo di una policy organizzativa orientata al benessere, il potenziamento della leadership, la ristrutturazione dei compiti, programmi di conciliazione vita e lavoro, adeguata modalità di assegnazione degli obiettivi, analisi e chiarimenti di ruolo, rafforzamento del supporto sociale.

In particolare si rimanda, come ben indicato dal Piano Nazionale di Prevenzione, alle iniziative aziendali di promozione della salute e del benessere nei luoghi di (Workplace Health Promotion - WHP ed ai più recenti e complessivi programmi di intervento in ottica Total Worker Health (TWH)^{17,18}, come descritti nel successivo paragrafo n.4.

- **PREVENZIONE SECONDARIA:** è centrata in particolare sui segnali segni e sintomi preclinici dello stress cronico. L'obiettivo è quello di gestire questi sintomi, impedendo allo stress negativo (*distress*) di intaccare in maniera significativa la salute della persona e produrre conseguenze avverse sulla salute del lavoratore.

Comprende quindi tutti gli interventi che, soprattutto in quelle occupazioni lavorative che sono per loro natura estremamente stressanti e mirano ad accrescere la consapevolezza riguardo le cause e le conseguenze dello stress e a insegnare al lavoratore strategie di coping utili per mantenere o ripristinare un normale livello di attivazione psicofisiologica. Sono centrati sulla persona piuttosto che sull'organizzazione, possono essere intrapresi dal lavoratore, anche su iniziativa personale, indipendentemente dai livelli di stress sperimentati nel presente al fine di prepararsi adeguatamente per affrontare e gestire situazioni future. Obiettivi della prevenzione secondaria sono la promozione della consapevolezza, un adeguato recupero dalla tensione, stili di vita salutari, capacità di gestire al meglio il proprio tempo, mostrare assertività, avere buone competenze interpersonali, adozione di tecniche rilassamento, il cambiamento di distorsioni cognitive che alimentano la risposta da stress, adozione di strategie centrate sulla sfera emotiva. La scelta della strategia più adatta di gestione dello stress dovrebbe essere fatta sulla tipologia dei sintomi e del disagio sperimentati.

- **PREVENZIONE TERZIARIA:** agisce sulle patologie stress-correlate una volta che queste si siano manifestate producendo i loro effetti negativi sull'individuo e sul suo adattamento sociale e lavorativo, sia in caso di condizioni estreme in cui si verifica un vero e proprio danno alla persona, sia nella fasi in cui lo stress può determinare situazioni di crisi personale, con conseguente calo motivazionale e riduzione della prestazione lavorativa.

L'obiettivo della prevenzione terziaria è quello di gestire queste situazioni critiche al fine di evitarne un aggravamento. La prevenzione terziaria riguarda di norma la gestione di un caso singolo mediante uno screening e un primo trattamento medico, può riguardare anche l'intervento sulle conseguenze dell'esposizione a eventi o situazioni potenzialmente traumatiche. La prevenzione terziaria comprende anche gestione clinica (inquadramento diagnostico, terapia e riabilitazione) dei casi di disadattamento lavorativo.

3. Sorveglianza sanitaria

Come già indicato nel Documento del *Coordinamento Tecnico Interregionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro*² (CTI), sullo stress lavoro-correlato ad oggi nell'ambito delle disposizioni normative vigenti non esiste

una previsione esplicita di obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti al rischio da stress lavoro-correlato. La sorveglianza sanitaria, infatti, non costituisce una misura d'elezione per tale tipo di rischio, dovendo invece privilegiare gli opportuni interventi sull'organizzazione del lavoro rivolti a ridurre o limitare il rischio. Va comunque ricordato che sono sempre possibili le visite mediche su richiesta del lavoratore, nel caso previsto dall'art. 41 comma 1 lett. b) del D. Lgs. 81/08.

Il medico competente durante lo svolgimento delle visite previste per gli altri rischi presenti in ambito lavorativo raccoglie dati anonimi e collettivi su aspetti legati allo stress lavoro correlato: che andranno ad integrare gli elementi di valutazione del rischio, quali alcuni eventi sentinella della valutazione preliminare (richieste di visite e le segnalazioni relative a disagio lavorativo) ed effettua la sorveglianza epidemiologica di disturbi e segni clinici stress-correlati, ai fini della valutazione approfondita del rischio.

Nel corso della sorveglianza sanitaria, Il Medico Competente (MC) sulla base delle sue conoscenze e della competenza, gestisce il singolo caso sia sul piano clinico-diagnostico, sia sul versante preventivo (evento sentinella) per di indicare al datore di lavoro eventuali aree di miglioramento da esplorare proprie dell'organizzazione, del contenuto e del contesto di lavoro, al fine di implementare azioni volte ad una più funzionale riorganizzazione delle pratiche e dei processi lavorativi

Inoltre, il medico può intervenire sia con azioni di mediazione in ambito aziendale al fine di affrontare le eventuali conflittualità, sia con la presa in carico del lavoratore per una adeguata gestione clinica prevedendo, se del caso, il coinvolgimento anche di altre professionalità sanitarie.

Il Medico Competente rappresenta inoltre la figura aziendale di riferimento nella gestione di singoli casi di lavoratori che segnalino situazioni di disagio psichico conseguenti a condizioni di grave distress lavorativo a causa di comportamenti di violenza psicologica (molestie morali protratte) e/o fisica. A tal proposito il lavoratore può rivolgersi al MC attraverso la richiesta di visita medica ai sensi dall'art. 41 comma 1 lettera b) del D. Lgs. 81/2008.

Il Medico Competente in relazione alle visite a richiesta del lavoratore per motivi connessi allo stress lavoro-correlato deve valutare l'idoneità lavorativa ed esprimere il conseguente giudizio, al pari di tutte le altre visite, allo scopo di tutelare con misure individuali il lavoratore ipersuscettibile.

Al tempo stesso, se emergono elementi che configurano una disfunzione dell'organizzazione del lavoro, il Medico Competente deve segnalarli al datore di lavoro per la revisione della valutazione del rischio relativa alla specifica situazione lavorativa e l'adozione di idonee misure correttive (art. 29, comma 3, D. Lgs. 81/08).

3.1. Strumenti a supporto del medico competente in ambito di sorveglianza sanitaria

Le patologie stress lavoro-correlate sono diverse e interessano diversi distretti corporei: cardiopatie, disordini gastrintestinali, cutanei, neuro-immunologici, muscolo-scheletrici, alterazione del sonno, disturbi emozionali e del comportamento (disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze psicoattive, abitudini voluttuarie, chiusura al sociale), burnout, disturbi dell'adattamento e disturbo post-traumatico da stress.

Possono associarsi allo stress alcuni sintomi psicofisici precoci, quali: rabbia e irritabilità, affaticamento, mancanza di interesse e motivazione, anergia, ansia e preoccupazione, mal di testa, tristezza e depressione, scoppi di pianto, stomaco in disordine e problemi digestivi, tensione muscolare, modifica dell'appetito, riduzione del desiderio sessuale, oppressione al petto, debolezza, capogiri.

Qualora si riscontrino effetti negativi sulla salute dei lavoratori riferibili a condizioni di stress lavoro-correlato, devono essere prioritariamente adottate misure correttive idonee a ridurre efficacemente il livello di rischio, evitando di medicalizzare gli interventi di prevenzione.

Si può comunque verificare che, dopo aver adottato le misure possibili per contenere al massimo il rischio da stress lavoro-correlato, per alcuni lavoratori ipersuscettibili al rischio siano necessari ulteriori misure individuali da inserire come limitazioni o prescrizioni nel giudizio di idoneità. Le condizioni di ipersuscettibilità

sono generalmente legate all'esistenza di patologie per le quali è noto che lo stress costituisce un fattore causale o aggravante.

Per quanto riguarda il monitoraggio in sede di sorveglianza sanitaria nei casi previsti dalla normativa vigente e/o in sede di visita su richiesta ex art.41 comma 1 lettera b) e comma 2 lettera c), nel caso vi sia un quadro di sintomi/segni da stress possono essere utilizzati strumenti di approfondimento clinico, somministrati al lavoratore da personale che abbia acquisito un'adeguata formazione ed esperienza professionale.

Si propongono di seguito, a titolo di esempio, alcuni strumenti di inquadramento sul singolo o sui gruppi "a rischio", utili in caso di presenza di fattori di rischio SLC correlabili oggettivabili (elementi di contenuto e contesto, incongruenze organizzative):

- General Health Questionnaire di Goldberg (1972) per la valutazione del "distress"¹⁹ - Allegato n.1
- Screener dei Disturbi Somatoformi (SDS) validato OMS - Allegato n.2
- DASS-21 – Questionario Depressione-Ansia-Stress²⁰ - Allegato n.3

Si precisa che i questionari qui presentati sono tutti validati, per quanto concerne la loro somministrazione e la successiva analisi, in particolare sui gruppi, è opportuno che il Medico Competente acquisisca un'adeguata formazione ed esperienza professionale.

Per quanto riguarda la progettazione di iniziative di Promozione della Salute, si propongono i seguenti strumenti:

- Esempio di questionario percorso stili di vita in una logica di Promozione della Salute con lo scopo di conoscere la diffusione di alcuni fattori di rischio per la salute e verificare i cambiamenti nel tempo - Allegato n.4
- WORK ABILITY INDEX (WAI) ^{21,22} -Allegato n.5, che rappresenta un utile strumento di monitoraggio correlato all'invecchiamento della popolazione lavorativa utile a rilevare eventuali modificazioni della capacità di lavoro in relazione all'età, al sesso e alle diverse categorie professionali alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa in molti settori lavorativi, quali sanitario, pubblica amministrazione, scuole, ecc.

Il questionario WAI, accanto ad altri elementi, permette sia di seguire nel tempo un lavoratore o un gruppo omogeneo di lavoratori che invecchiano valutando punteggi indicativi di coerenza tra carichi e condizioni di salute o di vulnerabilità. Può essere usato anche per confronti trasversali tra diversi gruppi di lavoratori. In questo caso il questionario (autocompilabile) messo a punto da ILLmarinen (traduzione di G. Costa) potrebbe essere considerato uno strumento utile per integrare la Sorveglianza Sanitaria ed arricchire gli elementi di conoscenza sui rischi. Il tempo necessario per la compilazione è compreso tra 10 e 15 minuti e sono necessari circa 3-5 minuti per la valutazione di ognuno, per cui è uno strumento molto semplice da usare.

Poiché pone domande su dati sensibili inerenti le malattie e la capacità di lavoro dei dipendenti, è necessario che la partecipazione sia volontaria e che sia somministrato ed utilizzato solo in presenza del consenso da parte dei lavoratori, rispettando rigorosamente la protezione dei dati personali.

La compilazione del questionario permette di ottenere un punteggio (il WAI appunto) per ciascun lavoratore. Questo (che è compreso fra i 7 ed i 49 punti totali) viene costruito analizzando 7 gruppi di fattori:

- 1- capacità di lavoro attuale confrontata con il miglior periodo di vita (0-10 punti);
- 2- capacità di lavoro in rapporto alle richieste del compito (2-10 punti);
- 3- numero di diagnosi poste dal medico (1-7 punti);
- 4- riduzione della capacità di lavoro per malattie (1-6 punti);
- 5- assenze per malattia negli ultimi 12 mesi.

Il calcolo del punteggio totale viene ottenuto tenendo conto delle indicazioni del Finnish Institute of Occupational Health di Helsinki ⁴⁸ e la capacità di lavoro viene valutata confrontando il WAI ottenuto con la scala di riferimento riportata nell' Allegato n.5.

Per quanto riguarda l'approfondimento del disagio lavorativo, andrà effettuata una visita medica approfondita con:

- Anamnesi Lavorativa con rilievo degli eventuali fattori lavorativi stressogeni (fattori di contenuto/ di contesto lavorativi, eventuali avversatività lavorative);
- Anamnesi Fisiologica con rilievo di eventuali disturbi stress lavoro-correlati (amenorrea fra le donne in età fertile, insomnia, aumento/calo ponderale, uso/abuso di farmaci, abitudini voluttuarie > fumo, alcolici, caffè, sostanze psicotrope, ecc.);
- Anamnesi patologica prossima con presenza di disturbi psicofisici stress lavoro-correlati;
- Esame Obiettivo generale e particolare sulla sfera psichica e psicosomatica;
- Raccolta di eventuali referti di accertamenti specialistici richiesti/eseguiti (visite psichiatriche/di psicologia clinica, altri accertamenti specialistici necessari);

Si allega Fac-Simile di Visita di primo livello - Allegato n.6, utile ad indagare i segni/sintomi stress compatibili, gli stressors lavorativi (fattori di contenuto e contesto) non solo riferiti, ma soprattutto rilevabili ed oggettivabili e le indicazioni conclusive relative ai possibili interventi. Qualora il medico competente ritenga utile inviare il caso agli Ambulatori di II° livello delle UOOML si rimanda al capitolo specifico.

Si sottolinea inoltre l'importanza dell'utilizzo di strumenti oggettivi in sede di sorveglianza sanitaria con un duplice scopo: da una parte di standardizzare l'approccio metodologico alla gestione del rischio SLC, dall'altra la possibilità di raccogliere in modo sistematico e completo importanti dati in corso di visita. Tali dati infatti, elaborati in forma anonima e aggregata e presentati al Datore di lavoro, rappresentano elementi fondamentali sia al fine di individuare i possibili adeguamenti organizzativi- tecnico-procedurali utili a contenere i sintomi, sia per proporre buone pratiche all'interno dell'azienda mirati a ridurre l'esposizione a fattori di rischio professionali e stili di vita scorretti, al fine di favorire un "invecchiamento sano" della popolazione lavorativa in ottica di TWH.

4. Programmi integrati di prevenzione del rischio e promozione della salute in ottica Total Worker Health (TWH)

La gestione del rischio stress lavoro-correlato è uno degli ambiti in cui l'attuazione di programmi di valutazione e gestione dei rischi lavorativi integrati a interventi mirati di promozione della salute dei lavoratori risulta maggiormente efficace, potendo andare a riconoscere e intervenire in modo sinergico sia su fattori legati all'attività lavorativa (c.d. "costrittività organizzative") sia su fattori individuali che potrebbero condizionare un'aumentata fragilità dei singoli lavoratori.

In Italia, il concetto di promozione della salute, così come la progettazione, l'implementazione e l'applicazione di interventi volti a migliorare le condizioni di salute dei lavoratori sul posto di lavoro, è parte integrante del quadro normativo che disciplina la tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008, art. 2 comma 1 lettera p, art. 15, art. 25 comma 1 lettera a).

Anche il PNP 2020-2025 conferma il ruolo strategico del setting "luogo di lavoro" per promuovere la salute globale del lavoratore, attraverso l'attuazione di interventi orientati ad un approccio *Total Worker Health*, definito come "insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con l'erogazione di interventi di prevenzione di danni acuti e cronici, a favore di una più ampia tutela del benessere globale del lavoratore"⁴⁴.

Secondo tale approccio olistico, per promuovere sicurezza, salute e benessere fisico, mentale e sociale dei lavoratori, è necessario, quindi, tener conto contemporaneamente di diversi aspetti tra loro correlati: l'ambiente di lavoro fisico, gli aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro (organizzazione e gestione del

lavoro, valori, atteggiamenti, pratiche quotidiane), le risorse di salute personali e l'interazione tra luogo di lavoro e comunità. Partendo dalla conoscenza e dalla valutazione dell'impatto di tali elementi sulla salute e il benessere dei lavoratori è possibile sviluppare programmi e progetti integrati col fine ultimo di prevenire infortuni e malattie professionali e non, e promuovere salute e benessere negli ambienti di lavoro. L'attuazione di interventi TWH, anche per quanto riguarda la gestione del rischio stress lavoro correlato deve sempre prevedere, seguendo le indicazioni generali fornite da NIOSH⁴⁵, i seguenti elementi fondamentali chiave:

- Dimostrare l'impegno della governance per la salute e sicurezza dei lavoratori a tutti i livelli dell'organizzazione;
- Progettare il lavoro in modo da eliminare o ridurre i rischi per la salute e sicurezza e promuovere il benessere dei lavoratori;
- Promuovere e sostenere il coinvolgimento dei lavoratori durante la progettazione e l'attuazione dei programmi;
- Garantire riservatezza e privacy dei lavoratori;
- Integrare i sistemi e gli interventi necessari a promuovere il benessere dei lavoratori.

Tali elementi dovranno essere affrontati attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che coinvolga tutte le figure professionali che, all'interno dell'azienda, si occupano di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (Datore di Lavoro, Medico competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.), Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.), Dirigenti, Preposti, Area Personale e Welfare) e andranno declinati, all'interno della singola realtà lavorativa, in relazione alle specifiche necessità evidenziate.

A titolo esemplificativo, possono considerarsi esempi di integrazione tra attività di prevenzione dei rischi lavorativi e promozione della salute in ottica TWH attuate nel contesto italiano per la gestione del rischio stress lavoro-correlato: gli interventi organizzativi e di supporto psicologico attuati in ambito sanitario per contrastare il burnout degli operatori in occasione della recente pandemia da SARS-CoV-2 e gli interventi di riorganizzazione degli ambienti lavoro per contrastare gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari associati a sportelli di supporto psicologico per i lavoratori della sanità mirati a ridurre gli effetti sulla salute mentale di violenze occorse in ambiente di lavoro.

Al momento della stesura del presente documento è in corso di svolgimento il progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del PNC denominato "ITWH: sistema gestionale per il benessere e la promozione del Total Worker Health nei luoghi di lavoro". Tale progetto coinvolge un'ampia platea di regioni italiane del Nord (Lombardia ed Emilia-Romagna), del Centro (Toscana e Lazio) e del Sud (Puglia e Sicilia), e di Unità Operative con aziende ospedaliere, Università, Aziende Sanitarie, Direzioni Regionali e Dipartimenti di Epidemiologia ed ha come obiettivo quello di promuovere una rete della Medicina del Lavoro italiana e sviluppare sinergie tra gli attori della prevenzione per perseguire il benessere dei lavoratori in ottica TWH¹⁸. Gli esiti di tale progetto saranno di rilevanza anche al fine di un ulteriore supporto metodologico alle Aziende in relazione ai percorsi e alle modalità di attuazione dei programmi TWH e alla loro valutazione di efficacia.

5. Attività e compiti dei medici competenti delle strutture socio-sanitarie

Dal punto di vista epidemiologico le strutture sanitarie e socio-sanitarie risultano per gli operatori sanitari aree ad alto rischio. Nell'ambito della prima indagine europea nelle aziende sui rischi nuovi ed emergenti (ESENER-2009)²³ si è evidenziato come i rischi psicosociali (stress lavoro-correlato, violenza o tratto di violenza, bullismo e molestie) siano un fattore critico che è necessario gestire da parte del management aziendale soprattutto nel settore sanitario.

L'emergenza COVID come dimostrato dalla bibliografia scientifica ha avuto un impatto di rilievo in termini di aumento della depressione, ansia e stress sia a livello della popolazione generale che a livello lavorativo. Per

quanto riguarda i lavoratori delle strutture ospedaliere e socio-sanitarie, in particolare negli operatori sanitari addetti ai reparti per acuti COVID ed alle terapie intensive COVID c'è stato un livello patologico di stress, di disturbi d'ansia e depressione, di disturbi post-traumatici da stress, di disturbi del sonno, superiore in modo statisticamente significativo alla popolazione generale. La presenza dei rischi psicosociali e la loro gestione in termini preventivi e protettivi può essere comunque utilmente affrontata, facendo leva su alcune risorse presenti soprattutto in ambito ospedaliero:

- La possibilità di attivare reti operative nel corso dell'applicazione della sorveglianza sanitaria (soprattutto visite su richiesta dei lavoratori ex art.41 comma 1 lettera b) D.Lgs.81/08) con figure specialistiche dell'area psichiatrica/psicologia clinica cui possono essere inviati operatori sanitari con quadri psicopatologici non stress lavoro-correlati (es. disturbi psichici maggiori);
- La possibilità di attivare reti operative per la prevenzione e la protezione da violenze e molestie con il Risk Management insieme all'RSPP, alla Direzione Sanitaria e alle aree più a rischio (Psichiatria, Pronto Soccorso, Geriatria, ecc.);
- La possibilità di effettuare corsi di formazione e focus-group sui rischi psicosociali insieme ad altre professionalità (soprattutto la psicologia clinica),
- La presenza di procedure condivise sulla gestione dei rischi psicosociali;
- La presenza all'interno delle UOOML di Ambulatori di II° livello dei disturbi correlati allo stress lavorativo dedicati all'utenza esterna, cui possono essere indirizzati gli operatori sanitari interni con quadri psicopatologici stress lavoro-correlato per l'inquadramento delle criticità lavorative e per l'eventuale presa in carico clinico-terapeutica da parte delle aree specialistiche psichiatriche/psicologia clinica ospedaliera.

5.1 Valutazione del rischio nelle strutture socio-sanitarie

Per la Valutazione del rischio stress lavoro-correlato nelle strutture socio-sanitarie esistono metodi e strumenti specifici, qui si fa riferimento in particolare a 2 metodi:

- Nel 2022 l'INAIL ha pubblicato il Modulo contestualizzato al Settore Sanitario nell'Ambito della Metodologia della Valutazione e Gestione dello stress lavoro-correlato²⁴. Il Laboratorio rischi psicosociali e tutela dei lavoratori vulnerabili del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila), ha sviluppato un modulo contestualizzato al settore sanitario all'interno della suddetta Metodologia Inail, comprensivo di strumenti di valutazione integrati e risorse specifiche. L'opportunità di offrire alle aziende sanitarie strumenti e risorse contestualizzati è evidente in considerazione dei fattori di rischio intrinseci di tale contesto, tra i quali il lavoro in emergenza ed il contatto diretto con la sofferenza e la malattia. La gestione della recente emergenza sanitaria dovuta alla pandemia Covid-19 ha altresì determinato repentini e significativi cambiamenti nell'organizzazione del lavoro nei contesti sanitari, esponendo gli operatori ad un sovraccarico emotivo ed operativo, con potenziali conseguenze negative sulla salute psicofisica.
- Il METODO SOBANE²⁵ è un Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro. L'utilizzo e lo sviluppo della "Strategia SOBANE" è totalmente libera e priva di copyright, a condizione che venga citata la fonte. L'approccio integrato permetterà di affrontare il cuore del problema: l'identificazione dei pericoli e la valutazione dei rischi e la loro successiva gestione. Ha una serie di schede guida (18) per l'identificazione e la valutazione dei rischi di cui l'ultima indaga l'ambiente psico-sociale. Ha una fase iniziale di screening (Déparis) e per tutte quelle problematiche che non hanno trovato soluzione, seguono le fasi successive. La Strategia SOBANE ed il SGSL persegue gli obiettivi:
 - Sviluppare modalità partecipate di valutazione del rischio in grado di superare l'eccessiva separatezza che troppo spesso caratterizza i processi di valutazione e governo del rischio;

- evitare, attraverso fasi successive di approfondimento e verifica, il rischio di episodicità e discontinuità della gestione della salute e sicurezza;
- creare i presupposti operativi per l'innesto di sistemi di gestione della sicurezza, da sperimentare nell'ultima fase del progetto stesso;
- costruire un metodo semplice, poco costoso, applicabile anche nelle piccole e piccolissime imprese, ma aderente alla norma.

Inoltre pur non essendo stata codificata da una normativa specifica la VdR Violenze e Molestie sul Lavoro, si ritiene qui utile indicare la necessità di effettuare una VdR specifica. A titolo esemplificativo si propone come metodo “Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio-Guida Operativa” (Suballegato C Deliberazione n. XI / 1986 del 23/07/2019 della Regione Lombardia)²⁶. Anche altre Regioni hanno definito modelli di VdR specifico (Toscana²⁷, Emilia Romagna^{28,29}).

5.2 Sorveglianza sanitaria nelle strutture socio-sanitarie

Come già indicato al paragrafo 1 non esiste una previsione esplicita di obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti al rischio da stress lavoro-correlato. La sorveglianza sanitaria infatti, non costituisce una misura d'elezione per tale tipo di rischio, dovendo invece privilegiare gli opportuni interventi sull'organizzazione del lavoro rivolti a ridurre o limitare il rischio. Va comunque ricordato che sono sempre possibili le visite mediche su richiesta del lavoratore, nel caso previsto dall'art. 41 comma 1 lett. b) del D.Lgs.81/08.

Per quanto riguarda strumenti utili per la sorveglianza sanitaria oltre quelli già riportati nel paragrafo 3.1 e il fac-simile di visita medica - Allegato n.6, si indicano ulteriori strumenti in relazione ai rischi stressogeni presenti nelle strutture sanitarie relativi ai disturbi psicologici connessi e ai disturbi del sonno legati al lavoro a turni:

- Maslach Burn Inventory (MBI) questionario messo a punto da Christina Maslach (Maslach & Jackson, 1986)³², che va a rilevare la presenza delle tre dimensioni di cui si compone il costrutto del burnout (esaurimento emotivo, depersonalizzazione, realizzazione personale) - Allegato n.7.
- Questionario per i disturbi del sonno suddiviso in tre parti (Questionario sui Disturbi della Vigilanza per il Medico del Lavoro, Questionario sui disturbi della Vigilanza–Scheda lavoro a turni/notturno, Epworth Sleepiness Scale)³³ -Allegato n.8 -8bis . (per quanto riguarda i disturbi del sonno connessi a lavoro a turni vi sono altri questionari validati in bibliografia scientifica) ^{34,35}

5.3 Informazione e formazione nelle strutture socio-sanitarie

Il ruolo del Medico Competente nelle strutture socio-sanitarie per quanto attiene l'informazione e la formazione in relazione al rischio stress-lavoro correlato e più in generale ai rischi psicosociale è sostanziale, in quanto il Medico Competente nell'ambito della sorveglianza sanitaria viene a contatto con tutti gli operatori sanitari ospedalieri, creando un “rapporto fiduciale” con i singoli ed i gruppi di lavoratori.

Per quanto riguarda l'informazione sullo specifico rischio (cos'è lo stress lavoro correlato, quali sono gli stressors lavorativi in ambito sanitario, le misure di prevenzione e protezione attuabili) la visita medica rappresenta l'ambito più adeguato. Come strumento informativo si indica il Fact-Sheet su Stress lavoro-correlato – Settore Sanità.³⁶

Per quanto riguarda la formazione, il Medico Competente delle strutture socio-sanitarie può:

- Effettuare la formazione sullo stress lavoro-correlato (slc) nell'ambito della formazione specifica prevista dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 Dicembre 2011 per Lavoratori, Preposti e Dirigenti in coordinamento con l'RSPP;

- Effettuare attività di formazione su piccoli gruppi in una dinamica di focus-group con il supporto di personale esperto (psicologia clinica). Il focus group è uno strumento di indagine psicosociale di natura qualitativa finalizzato al raggiungimento di un obiettivo di miglioramento. Il confronto diretto con i lavoratori permette di mettere in evidenza non solo elementi di criticità, ma anche risorse di resilienza del singolo e dei gruppi, acquisendo così suggerimenti suggerimenti per le misure di miglioramento.
- Effettuare attività di formazione per la gestione e prevenzione del rischio Violenza e Molestie in ambito sanitario, anche in questo caso in collaborazione con personale esperto (es. psicologia clinica), attraverso tecniche di contenimento della violenza e delle aggressioni per il personale delle strutture sanitarie che normalmente è esposto a relazioni con utenza/pazienti/caregiver che possono diventare critiche (es. tecniche di de-escalation)

5.4 Collaborazione ai programmi di Promozione della Salute (WHP) e di Total Worker Health (TWH) nelle strutture socio-sanitarie

Il Medico Competente nelle strutture socio-sanitarie svolge un ruolo importante negli interventi di promozione della salute, anche in ottica TWH, collaborando con il DL e il RSPP all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute aziendali (D.Lgs. 81/08, art. 25, comma 1, lettera a).

Lo svolgimento di questo suo compito non può prescindere dalla costituzione di un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare, formato da tutte le figure professionali che, all'interno dell'azienda, si occupano di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (Datore di Lavoro, Medico competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.), Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.), Dirigenti, Preposti, Area Personale e Welfare).

In questo contesto Egli potrà fornire il suo contributo nell'indirizzare il DL e gli altri componenti del gruppo di coordinamento verso scelte appropriate, al fine di inserire tra i temi da trattare e le iniziative da adottare o realizzare, azioni che siano caratterizzate da evidenze scientifiche di efficacia e un favorevole rapporto costi benefici. Inoltre, il diretto contatto con i lavoratori, che egli vede periodicamente o su loro richiesta, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, fa sì che il MC disponga di importanti informazioni relative ad elementi di salute della popolazione lavorativa che, in forma anonima e collettiva, possono fornire ulteriori utili indicazioni operative al gruppo di lavoro aziendale sulle aree di intervento e i programmi da privilegiare. Infine, il rapporto fiduciario e privilegiato che il MC instaura con i singoli lavoratori può favorire un loro maggiore e più attivo coinvolgimento in questi programmi.

6. Fonti informative

La Regione Lombardia ha messo a punto dal 2023 un Archivio Documentale sullo Stress Lavoro-correlato e più in generale sui Rischi Psicosociali²⁹. Tale archivio contiene la normativa nazionale e regionale, linee guida/documentazione di istituzioni nazionali (INAIL) ed internazionali (OSHA, ILO, WHO) strumenti e metodi della Valutazione del Rischio (VdR) nazionali ed internazionali mirati anche a tipologie aziendali (piccole-medie imprese), documentazione per settori / compatti produttivi, materiale informativo (fact-sheet) e documentazione prodotta dalle Società Tecnico-Scientifiche, dell'area prevenzione e protezione occupazionale. A tale archivio il MC può accedere per reperire strumenti utili di utilizzo e di indirizzo per la sorveglianza sanitaria e la VdR stress lavoro-correlato in ambito aziendale.

5. GLI AMBULATORI DELLA RETE DELLE UNITÀ OPERATIVE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML) PER LA DIAGNOSI DEL DISADATTAMENTO LAVORATIVO

1. introduzione

Le Unità Operative di Medicina del lavoro – UOOML costituite come “Rete delle UOOML in Lombardia” con DGR n. VI/46797 del 3/12/1999 e successiva DGR n. X/6359 del 20/03/2017, operano perseguitando i seguenti obiettivi:

- l'integrazione, sul territorio, degli aspetti di prevenzione e di promozione della salute, sviluppando la capacità della presa in carico di tutti gli aspetti concorrenti (contesti lavorativi, ambientali, sociali) che impattano sulla salute;
- la definizione di indirizzi per la verifica di qualità, efficacia e appropriatezza degli interventi di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di salute-ambiente del territorio di competenza;
- la partecipazione attiva al conseguimento degli obiettivi del PRP.

Le UOOML svolgono attività di: Diagnostica clinica e strumentale; Valutazione del rischio ambienti di lavoro; Tossicologia e igiene ambientale; Ergonomia; Epidemiologia; Promozione della salute; Ricerca e formazione. All'interno delle UOOML sono presenti i “Centri per il Disadattamento lavorativo” per l'accertamento di secondo livello dei casi di disagio lavorativo. Gli ambulatori sono composti da: medici del lavoro, psicologi psicoterapeuti e personale infermieristico/assistenti sanitari.

Il fatto che le malattie professionali, non gli infortuni sul lavoro che sono prevalentemente un problema di sicurezza, abbiano un andamento costante, non indica che i problemi di salute all'interno delle imprese siano risolti. Infatti sono in aumento il “disagio” e le “malattie aspecifiche”; con questo termine si indicano rispettivamente sintomatologie mal definite (non riferibili a quadri nosologici noti) e malattie diffuse nella popolazione generale, prodotte da cause non, o non solamente, professionali.

Tale problematica sanitaria, con l'accentuazione di sintomi psichici, apparati cardiocircolatorio e muscoloscheletrico, sta da anni attirando l'attenzione sul rapporto tra individuo e ambiente lavorativo, inteso nei suoi aspetti adattativi. Così come documentato dalla bibliografia, alcune situazioni e forme organizzative del lavoro (compiti monotoni e ripetitivi; mansioni con elevato livello di vigilanza, come gli addetti a guida prolungata; attività ad elevato carico psicofisiologico, come i turnisti; lavori ad alta responsabilità anche nei confronti di terzi, come i managers, i controllori del traffico aereo) possono essere fonte di affaticamento eccessivo o stress.

In base alla più recente indagine sulle condizioni di lavoro nell'UE, promossa dalla Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, lo stress lavorativo risulta essere la condizione maggiormente percepita in associazione con il deterioramento della salute dal 30% dei lavoratori dei 21500 lavoratori intervistati, con maggiore prevalenza tra i colletti bianchi (36%) rispetto ai lavoratori manuali (23%). Inoltre l'OSHA evidenzia come lo stress lavoro-correlato sia il secondo problema di salute correlato al lavoro dopo i disturbi muscolo-scheletrici.

E' sembrato pertanto opportuno tra gli interventi possibili, affrontare la questione dell'inquadramento clinico delle patologie stress-lavoro-correlate, in relazione alle crescenti richieste di valutazione, anche a scopo medico-legale, sia delle malattie neuropsichiche e psicofisiche correlate in genere a stressors lavorativi ed in alcuni casi a disfunzioni dell'organizzazione del lavoro (costrittività/avversatività organizzative) che i quadri di sospetta malattia professionale indicati nell'elenco delle Malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'articolo 139 del DPR 1124/1965 e s.m.i. (Lista 2 – Gruppo 7 dell'ultimo aggiornamento approvato con Decreto Ministeriale 15 novembre 2023).

L'urgenza di attivare a livello Ospedaliero nell'ambito delle UOOML gli Ambulatori di II° livello per i quadri psichici e psicosomatici legati allo stress lavorativo e più in generale di disagio psichico in ambito lavorativo sono legati alla necessità di:

- effettuare un inquadramento clinico approfondito dei quadri patologici stress lavoro-correlati dal punto di vista diagnostico che necessitano del Medico del Lavoro e di professionalità nell'ambito della Psichiatria/Psicologia Clinica;
- effettuare un approfondimento di secondo livello da parte del Medico del Lavoro Ospedaliero dei fattori stressogeni legati al contenuto e contesto lavorativo delle Azienda di appartenenza dei lavoratori, possibili cause del quadro psichico e psicosomatico del lavoratore stesso, e in particolare in relazione a quadri psicopatologici configurabili come possibili malattie professionali (per i quali è fondamentale acquisire documentazione che oggettivi le incongruenze organizzative causa dei disturbi psichici e psicosomatici).

2. Modalità di invio e di accesso agli ambulatori UOOML

Le figure primarie di invio dei lavoratori con sospetti quadri psichici/psicosomatici correlabili allo stress lavoro-correlato e ad altri quadri di disagio psicologico in ambito lavorativo sono prioritariamente gli Stakeholders sanitari: Medici Competenti, Medici Specialisti Psichiatri, Psicologi, Medici di Medicina Generale.

Gli Stakeholders non sanitari (sportelli sindacali, altri Enti/Istituzioni/Soggetti non sanitari) a cui si rivolgono in misura crescente i lavoratori, possono cooperare ed effettuare un primo filtro sia in ordine alle problematiche organizzative lavorative SLC compatibili, che ad individuare iniziali possibili disturbi psico-fisici stress lavoro-correlati.

Evidentemente i casi selezionati dovranno necessariamente essere ulteriormente approfonditi dal punto di vista clinico-diagnostico da parte degli Stakeholders sanitari.

Le modalità d'accesso agli Ambulatori di II° livello Stress lavoro-correlato e disagio psicologico al lavoro delle UOOML, sono le seguenti:

- a. in regime di SSN su invio da parte del Medico di Medicina Generale, richiesta di visita specialistica di Medicina del Lavoro (codice SSN 89.7) oppure visita specialistica multidisciplinare di Medicina del Lavoro (codice SSN 89.07) e successivi approfondimenti.
- b. in regime di solvenza su invio da parte del Medico Competente Aziendale (accertamento specialistico ai sensi dell'art.39 comma 5 D.Lgs. 81/08), oppure su richiesta del lavoratore come accesso autonomo.
- c. invio da parte di Medico Specialista dell'area psichiatrica se interno alle strutture ospedaliere con richiesta su ricettario regionale, se esterno alle strutture ospedaliere tramite modalità descritta al punto a);
- d. l'invio da parte di istituzioni di diritto pubblico come l'ATS (Direttamente dagli sportelli PSAL o tramite i Collegi Medici ex art.41 comma 9 DLg 81/08);
- e. Stakeholders non sanitari (Patronati, Sportelli sindacali, altri Enti/Istituzioni/Soggetti non Sanitari) tramite modalità descritta al punto a)

Si evidenziano di seguito i criteri di invio e di esclusione che necessitano di un filtro preliminare soprattutto da parte degli stakeholder non sanitari:

- a) Criteri di invio:
 - disadattamento lavorativo stress-correlato;
 - sospetto quadro psicologico compatibile con situazione lavorativa con incongruenze/avversatività lavorative;

- uno dei quadri su descritti con copresenza di quadro psicopatologico maggiore
- b) Criteri di esclusione:
 - assenza di disturbi della sfera psichica/psicosomatica con medicalizzazione del contenzioso;
 - quadro psicopatologico non correlato a condizioni lavorative stressanti.

Come documentazione utile a supporto dell'accesso autonomo da parte dei lavoratori agli Ambulatori Ospedalieri di II° livello si propongono due strumenti di filtro:

- Scheda filtro per stakeholders non sanitario - Allegato n.9
- Scheda filtro per stakeholders sanitari - Allegato n.10

I suddetti questionari, che non sono da considerarsi strumento vincolante per la presentazione dei lavoratori agli Ambulatori di II° livello delle UOOML, hanno l'obiettivo di effettuare una prima rilevazione di possibili segni e sintomi, di condizioni di disadattamento lavorativo e l'individuazione degli elementi di criticità organizzativi di contenuto e contesto del lavoro a cui è riconducibile la sintomatologia.

Gli ambulatori di II livello praticano accertamenti clinici-diagnostici per la diagnosi delle patologie da stress lavoro-correlato, ovvero: Sindrome post traumatica da stress, Sindrome da disadattamento cronico, Sindrome da burnout, in diagnosi differenziale rispetto ad altre patologie psichiche c.d. "maggiori" (es. depressioni maggiori, psicosi, paranoie, ecc).

I pazienti vengono invitati a contattare le Segreterie dell'attuale assetto degli Ambulatori di II° livello UOOML ai numeri telefonici e/o e-mail indicati in Allegato n.11.

In occasione del contatto telefonico viene fissato un appuntamento per la prima visita al quale i pazienti accederanno muniti di eventuale documentazione sanitaria specialistica soprattutto in ambito psichiatrico/psicologia clinica relativa non superiore agli ultimi 12 mesi.

All'atto della visita i pazienti dovranno presentarsi con l'attestazione di pagamento di:

- ticket visita specialistica o visita specialistica multidisciplinare / MAC del SSN per i soggetti indicati al capitolo 2.1 lettere a), c), e);
- pagamento della tariffa definita a livello regionale per i soggetti indicati alle lettere d);
- fattura trasmessa alla Ditta di appartenenza del lavoratore per i soggetti indicati alla lettera b)

3. Valutazione multidisciplinare medico-psicologica

I pazienti vengono invitati a presentarsi alla visita specialistica di Medicina del lavoro presso gli Ambulatori di II° livello, al momento della prenotazione e/o in sede di visita al paziente potrà essere somministrato un questionario anamnestico autocompilativo per la rilevazione dei dati anagrafici, modalità di invio/motivo della visita, anamnesi lavorativa con dettaglio dei possibili elementi di contenuto e contesto del lavoro critici. Tale questionario, non obbligatorio, potrà essere verificato in sede di visita.

In attesa di definire strumenti comuni ad uso degli Ambulatori di II° livello delle UOOML si indicano sinteticamente i dati che vengono raccolti in sede di visita medica:

- Dati anagrafici del lavoratore;
- Anamnesi lavorativa con focalizzazione sulla Azienda attuale o comunque sull'Azienda critica da un punto di vista delle dinamiche stressogene al lavoro. In caso il lavoratore si sia dimesso e/o licenziato dall'Azienda, si farà riferimento all'ultima Azienda in cui ha lavorato. L'anamnesi deve contenere le mansioni specifiche svolte, con evidenziazione dei fattori di stress lavoro-correlato e se presenti delle incongruenze/avversatività lavorative di cui il lavoratore è stato oggetto nel tempo, soprattutto negli ultimi 6 mesi. In particolare le dinamiche di incongruenza e avversatività lavorative devono non solo essere riferite dal lavoratore ma oggettivate attraverso varie documentazioni (procedimenti disciplinari, lettere di richiamo, e-mail, foto e altro materiale probante);
- Anamnesi familiare con indicate eventuali eredopatie/familiarità per patologie della sfera psichica;

- Anamnesi fisiologica con indicazioni eventuali di alcune alterazioni correlate alle condizioni di stress (es. aumento del consumo di sigarette, aumento/calo ponderale di rilievo, alterazioni dell'alvo e/o della diuresi, alterazione quali/quantitativa del sonno et al.) e con indicazione della eventuale terapia farmacologica assunta;
- Anamnesi patologica remota con l'evidenziazione anche di pregresse patologie della sfera psichica sia dal punto di vista clinico diagnostico che terapeutico;
- Anamnesi patologica recente con evidenziazione soprattutto di quadri patologici attivi stress-correlati (psichici, psicosomatici), ma anche di quadri psicopatologici non stress correlati, rilevanti ai fini della diagnosi differenziale;
- Esame obiettivo generale, con rilievo anche delle condizioni psichiche obiettivabili.

Infine il Medico Specialista in Medicina del Lavoro, in corso di visita, può decidere di richiedere ulteriori accertamenti sanitari specialistici, il cui esito sarà registrato e valutato all'interno della relazione finale e trasmesso all'interessato.

Alla visita medica segue la valutazione psicologica, effettuata con numero di incontri quanto necessari a seconda delle diverse esigenze di approfondimento.

La valutazione psicologica consiste in:

- Colloquio psicologico preliminare per la raccolta di informazioni relative all'anamnesi lavorativa e psicopatologica, alla rilevazione di fonti di stress lavoro-correlato e/o dinamiche organizzative avversative percepite e delle risposte eventualmente messe in atto (es. capacità di coping, messa in campo di dinamiche di resilienza da parte del singolo, ecc.);
- Somministrazione dell'Inventario di personalità MMPI-2³⁷ per la rilevazione di segni oggettivi di malessere psichico stress-compatibili. In alternativa, ad esempio per problemi linguistici di comprensione, potranno essere utilizzati altri strumenti (PSI > Psychopathological State Index2)
- Somministrazione di ulteriori test psicodiagnostici a seconda del caso.

Come sopra indicato l'MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) risulta essere lo strumento più indicato dal punto di vista clinico ed ha una valenza anche in ambito forense.

La somministrazione del test al lavoratore può avvenire su supporto cartaceo o per via informatica su videoterminal dedicato. Il test è composto da 3 scale di validità, più 3 aggiunte successivamente e 10 cliniche di base.

Dalla somministrazione del test si ottengono degli psicogrammi o profili di funzionamento del paziente che permettono di individuare un funzionamento generale e clinico del soggetto.

Ad esito delle due valutazioni verrà redatta e firmata una relazione finale integrata medico-psicologica consegnata al paziente.

La relazione finale è comprensiva dei seguenti elementi di rilievo:

- la valutazione clinica, soprattutto in riferimento ai sintomi/segni di quadri patologici organici e/o psicosomatici stress-correlati;
- la valutazione psicologica in relazione al livello di stress;
- la valutazione psicologica della compatibilità con condizioni di stress lavoro-correlate e/o di condizioni di incongruenze/avversatività organizzative
- le eventuali indicazioni cliniche (approfondimenti diagnostici, suggerimenti terapeutici con invio ad altri specialisti per eventuale presa in carico (es. psicoterapeuti, psichiatri, ecc.)
- il suggerimento al lavoratore di trasmettere la relazione al Medico Competente aziendale, ove previsto, in occasione della *visita medica periodica* o su richiesta del lavoratore ai sensi dell'art. 41

comma 2 lett. c del D. Lgs 81/08, affinchè il Medico Competente possa attivare una verifica di quanto rilevato dall'approfondimento clinico-diagnostico in merito alle condizioni di incongruenze/avversatività organizzative lavorative rilevate. Tale verifica potrà essere attivata raccordandosi con le altre figure aziendali del sistema di sicurezza e tutela della salute (Datore di Lavoro, RSPP, RLS, Dirigenti) con la finalità di individuare possibili interventi organizzativi orientati al miglioramento delle condizioni di lavoro ed al benessere organizzativo secondo i principi del TWH. A supporto della gestione dei casi di disagio/disadattamento lavorativo si rimanda alla modalità operativa descritta nel successivo capitolo 7, al termine della quale il Medico Competente potrà redigere il giudizio di idoneità alla mansione, che si precisa, rimane atto esclusivo del Medico Competente.

- Infine in caso di primo riscontro diagnostico di psicopatologie maggiori, saranno date indicazioni relative all' invio dei lavoratori affetti ai servizi dell'area specialistica psichiatrica per un necessario approfondimento psicodiagnostico e per l'attivazione di un percorso di cura farmacologico e/o psicoterapeutico.

Nei casi in cui emerge un quadro psicopatologico e si rilevino evidenze di incongruenze/avversatività organizzative previste dal DM 15 Novembre 2023 (Lista 2 – Gruppo 7) come possibile causa necessaria allo sviluppo del disturbo, sarà compilato il Primo Certificato Medico INAIL di Malattia Professionale (come MP non tabellata) e la Segnalazione/Denuncia di Malattia Professionale ex art.139 DPR 1124/65 e succ. integrazioni.

La relazione finale, in caso di richiesta da parte del Medico di Medicina Generale sarà indirizzata esclusivamente al paziente (vedi modalità di accesso a) e c).

In caso la richiesta provenga dal Medico Competente Aziendale come accertamento specialistico ai sensi dell'art.39 comma 5 DLgs 81/08, la relazione sarà inviata direttamente in busta chiusa sigillata al Medico Competente Aziendale in duplice copia, con indicazione di consegnarne una copia al lavoratore.

In caso la richiesta provenga dall'ATS la relazione sarà consegnata al lavoratore ed inviata al Servizio PSAL dell'ATS inviante con il consenso del lavoratore.

6. MALATTIE PROFESSIONALI STRESS LAVORO-CORRELATO

1. Introduzione

Le Malattie Professionali (non tabellate) connesse ai disturbi psichici da avversatività/costrittività organizzativa sul lavoro rappresentano una situazione diversa dal "Mobbing", per il quale si presuppongono azioni pianificate e volontarie ed anche una situazione diversa e meno ampia dello stress lavoro-correlato causata da fattori legati al contenuto ed al contesto lavorativo.

Per quanto attiene alcuni dati aggiornati a livello nazionale sulle MP da disturbi psichici e comportamentali, sono state oltre duemila le denunce nel quinquennio 2019-2023 in ambito lavorativo, in media 400 l'anno, confermate anche dai dati provvisori del 2024. Anche se rappresentano per ora solo all'incirca lo 0,7% del totale delle tecnopatie denunciate nel nostro Paese, lo stress, l'ansia e la depressione costituiscono i problemi di salute lavoro-correlato più comuni per i lavoratori e le lavoratrici, italiani come anche europei. interessando quasi un lavoratore su quattro.⁴⁷

Si tratta delle malattie professionali che determinano disturbi psichici e comportamentali (codici F00-F99, secondo la classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati Icd-10).

DENUNCE DI MALATTIE PROFESSIONALI DA DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI PER CLASSE ICD-10
ANNI DI PROTOCOLLAZIONE 2019-2023

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Totale quinquennio | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|--------------|
| | | | | | | totale | di cui donne |
| Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici | 14 | 9 | 11 | 17 | 14 | 65 | 37 |
| Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti | 1 | - | - | 1 | 1 | 3 | 2 |
| Disturbi dell'umore [affettivi] | 96 | 59 | 71 | 68 | 57 | 351 | 161 |
| Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi | 380 | 280 | 320 | 290 | 324 | 1.594 | 805 |
| Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 |
| Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto | 15 | 7 | 5 | 1 | 5 | 33 | 15 |
| Totali Disturbi psichici e comportamentali | 506 | 355 | 407 | 378 | 401 | 2.047 | 1.021 |

Fonte - Banca Dati Statistica - dati aggiornati al 31.10.2024

In Regione Lombardia, nell'arco temporale che va dal 2018 al 2024, sono state riconosciute, con postumi permanenti, 18 Malattie professionali riconducibili ad una alterata situazione organizzativa aziendale, riconducibile ad avversatività lavorativa su 192 denunciate. Va tenuto presente che per alcune di esse, soprattutto quelle denunciate nella seconda metà del 2024, l'istruttoria può ancora essere in corso.

La avversatività/costrittività organizzativa sul lavoro rappresenta una situazione derivante da una "patologia dell'organizzazione del lavoro" per incongruenza delle scelte.

Di seguito si riporta un breve excursus storico-normativo:

- DPR 1124/65 il TU delle disposizioni contro gli Infortuni sul lavoro e le Malattie Professionali;
- La Sentenza della Corte Costituzionale n.179/88 per cui si passa da un sistema a lista chiusa (malattie tabellate) ad uno misto in cui è ammessa l'indennizzabilità di tutte le malattie per le quali il lavoratore sia in grado di dimostrare il nesso causale con l'attività lavorativa;
- Il D.Lgs. 38/00 ed il DM 12.07.2000 che introducono l'indennizzabilità del "danno biologico" di origine lavorativa in base alla tabella delle menomazioni ed a quella dei "coefficienti";
- La Delibera del CdA INAIL n.473/01 che istituisce il comitato scientifico per la definizione dei percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo;
- Lettera del 12 settembre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovraintendenza Medica Generale "Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing. Prime indicazioni operative".
- La "Circolare INAIL n. 71/03 sui Disturbi Psichici da costrittività lavorativa. Rischio Tutelato e Diagnosi di Malattia Professionale. Modalità di trattazione delle pratiche" annullata dopo ricorso dalla Sentenza del TAR del Lazio n.5454/2005 e Sentenza del Consiglio di Stato n.1576/2009 in merito soprattutto al fatto che la Circolare è succ.:
 - elencando specifici fattori di rischio nocivi e malattie che possono derivare ricreava la struttura logica delle MP tabellate;
 - identificando e direttamente accertando attraverso un'indagine ispettiva elementi probatori tendeva ad invertire l'onere della prova sull'azienda;
 - tendeva a confondere attraverso l'irrigidimento definitorio il "Mobbing" quale fonte di vicende illecite, pur considerando il fatto che la circolare regolando i comportamenti del processo accertativo, tendeva ad evitare soggettività valutative;
 - comunque modificava l'assetto delle malattie indennizzabili introducendo una nuova categoria di MP, tipizzandola.

- Il DM 14/01/2008 in Lista 2 – Gruppo 7 dei disturbi psichici da costrittività organizzativa. I successivi Decreti Ministeriali di aggiornamento delle Malattie–non hanno modificato questa tipologia di possibili malattie professionali.

Occorre tuttavia anche considerare l’evoluzione della giurisprudenza di legittimità in materia, che ha recentemente mutato orientamento in modo univoco.

Si vedano, in particolare;

- Cass. 4 gennaio 2025, n.123; Cass. 19 gennaio 2024, n. 2084; Cass. 31 gennaio 2024, n. 2870; Cass. 12 febbraio 2024, n. 3791; Cass. 12 febbraio 2024, n. 3822; Cass. 12 febbraio 2024, n. 3856; Cass. 16 febbraio 2024, n. 4279; Cass. 8 giugno 2022, n. 31514; Cass. 14 maggio 2020, n. 8948; Cass. 5 marzo del 2018, n. 5066). Tali pronunce hanno consolidato un orientamento volto a considerare i fattori organizzativi e ambientali, in particolare la “conflittualità lavorativa”, come capaci di generare un ambiente di lavoro stressogeno, la cui responsabilità è del datore di lavoro e i cui doveri di prevenzione e protezione vengono ampliati dalla Suprema Corte, rendendo cogente l’obbligo datoriale di garantire la serenità necessaria al corretto espletamento delle prestazioni lavorative.

Si rimanda infine alla giurisprudenza di merito che si è espressa recentemente in materia. Rif.Corte d’Appello

Rif: Corte di Appello di Firenze n. 559 del 21 settembre 2023, che considera le diverse condizioni lavorative (ovvero le pressioni subite, le sanzioni disciplinari, i trasferimenti), come concausa della malattia denunciata, ovvero come sintomo di una organizzazione del lavoro idonea a generare lo stress nel lavoratore. Inoltre, la stessa Corte ribadisce come una struttura pubblica specializzata sia certamente in grado di discernere quanto sia credibile o meno che tali situazioni indotte da dinamiche psicologico-relazionali siano riconducibili agli ambienti di lavoro rispetto a quelli di vita.

2. Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro – lista II– gruppo 7 del DM 15.11.2023

Di seguito si riportano in modo sintetico le caratteristiche sia eziologiche che nosologiche delle Malattie appartenenti a questo gruppo, ovvero “la cui origine lavorativa è di limitata probabilità”.

2.1 Disfunzioni dell’organizzazione del lavoro e costrittività/avversatività organizzative

Nell’ambito delle disfunzioni dell’organizzazione del lavoro le situazioni di “avversatività organizzativa” più ricorrenti sono riportate in un elenco orientativo valido anche per eventuali situazioni assimilabili, quali quelle riconducibili alle condizioni di criticità del contenuto e contesto del lavoro come descritte nel Cap.1 del presente documento.

Si riporta di seguito l’elenco indicato in coda alla scheda di Gruppo 7, che comprende:

- Marginalizzazione dell’attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi con inattività forzata, mancata assegnazione...
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti o con eccessiva frammentazione esecutiva, rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all’accesso a notizie
- inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l’ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo
- Altre assimilabili

Sono esclusi:

- i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento)
- le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretative).

Nel rischio tutelato è anche compreso il Mobbing Strategico, ma le azioni finalizzate ad emarginare o allontanare il lavoratore hanno rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di "avversatività organizzativa" di cui all'elenco sopraindicato

Le incongruenze organizzative devono essere durature ed oggettive e come tali devono essere verificabili e documentabili tramite riscontri oggettivi non suscettibili di discrezionalità interpretativa.

2.2 Malattie psichiche e psicofisiche

Le malattie presenti in elenco, fermo restando che la tutela INAIL è estensibile a tutte le malattie purché se ne dimostrò l'origine lavorativa, sono di due gruppi (già descritte nel cap.1)

- Disturbo dell'adattamento cronico con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o dell'emotività, disturbi somatoformi;
- Disturbo post-traumatico da stress cronico

La diagnosi conclusiva, auspicabilmente supportata da indagini mirate (visita neuropsichiatrica, test psicodiagnostici, etc.) deve contenere i riferimenti al DSM-V-TR "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision.) e/o all' ICD-10/ICD-9-CM (F 43.2 Disturbo dell'adattamento, F43.1 DPTS)

3. Aspetti clinico-diagnostici ed eziologici

Data la complessità degli accertamenti clinico-strumentali e la difficoltà di ricostruire le incongruenze lavorative, è consigliabile che i Medici (con particolare riferimento ai Medici del Lavoro, Medici Competenti, Specialisti Psichiatri) indirizzino i lavoratori identificabili come casi di sospetta patologia professionale agli Ambulatori di II° livello delle UOOML utilizzando la scheda filtro per stakeholders sanitari. Qualora i Medici ritengano possibile una certificazione diretta della malattia professionale è necessario che siano ben definiti tutti i vari step dell'inquadramento clinico-diagnostico ed eziologico.

3.1 Anamnesi familiare e fisiologica

E' necessario identificare eventuali familiarità per patologie della sfera psichica (schizofrenie e disturbi psicotici, disturbi bipolari e gravi depressioni, disturbi severi della personalità, ecc.)

In anamnesi fisiologica è necessario rilevare i dati socio-demografici (età, stato civile, titolo di studio), eventuali alterazioni delle funzioni fisiologiche (irregolarità dei cicli mestruali fra le lavoratrici in età fertile, disturbi del sonno, disturbi della digestione, disturbi dell'alvo e diuresi, ecc.), le abitudini di vita (alimentazione, fumo, consumo abituale di farmaci, consumo abituale/occasionale di sostanze psicotrope specie quelle che producono eccitamento/sedazione e alterano le funzioni cognitive). Inoltre sarà necessario indagare eventuali fonti di stress ambientali (famiglia di origine problematica, condizioni economiche e abitative precarie) e traumatiche a livello extralavorativo (traumi psicologici, separazioni familiari traumatiche, lutti, migrazioni, malattie che identificano una condizione di particolare fragilità).

3.2 Anamnesi lavorativa

L'anamnesi lavorativa rappresenta un passaggio importante soprattutto ai fini eziologici. Raccogliere i lavori effettuati precedentemente a quello attuale, identificando eventuali situazioni lavorative pregresse cause di malattie della sfera psichiatrica/psicologica.

Identificare per l'attuale attività lavorativa svolta: l'Azienda, il settore lavorativo, l'anno di assunzione, qualifica e mansioni svolte. Descrivere la situazione lavorativa ritenuta causa della malattia, individuando le specifiche condizioni di avversatività organizzativa. A questo proposito è importante considerare eventuali riscontri di quanto dichiarato (lettere, e-mail, altri documenti scritti inviati in ambito lavorativo, provvedimenti e sanzioni disciplinari, denunce/querele/esposti agli Uffici delle Forze dell'Ordine, altri documenti legali)

3.3 Anamnesi patologica remota e prossima

L'anamnesi patologica remota indaga la presenza di malattie pregresse, con riferimento ai segni e/o sintomi di disturbi psichici e/o psicosomatici con i relativi percorsi terapeutici effettuati ed il loro esito. L'anamnesi patologica prossima si concentra sull'epoca di insorgenza dei disturbi, sulla comparsa dei segni/sintomi del disturbo psichico attuale, sulla descrizione del decorso e della terapia assunta (specificando se assunta con regolarità o meno, se interrotta e per che motivi), con acquisizione di eventuali copie di certificati di malattia, certificazioni di Invalidità Civile, ed eventuali accertamenti specialistici effettuati in particolare:

- visite psichiatriche e/o di psicologia clinica soprattutto se provenienti da strutture del SSN (UO Psichiatriche Ospedaliere, CPS territoriali, ecc.) o in alternativa da strutture/professionisti di ambito privato;
- altri accertamenti specialistici (indagini neuropsichiatriche, test psicodiagnostici).

E' importante per poter configurare una malattia professionale, anche sospetta, che venga indicata la diagnosi comprensiva se possibile del codice di riferimento del DSM-V-R e/o dell' ICD-10/ICD-9-CM (F 43.2 Disturbo dell'adattamento, F43.1 DPTS):

- sindrome (disturbo) da disadattamento cronico;
- sindrome (disturbo) post-traumatica/o da stress cronico

4. Aspetti medico-legali

AI fini del riconoscimento di una malattia di origine professionale occorre innanzitutto riprendere alcuni indispensabili elementi normativi.

- a) Il D.M. del 10/10/2023 contenente le Tabelle delle Malattie Professionali nell'industria e nell'agricoltura, di cui agli art. 3 e 211 del T.U. 1124/65, ai fini della tutela assicurativa, che godono della presunzione legale d'origine (qualora sussistano contemporaneamente patologia-lavorazione e periodo massimo di indennizzabilità) e che vengono quindi automaticamente riconosciute a meno che l'INAIL non fornisca prova contraria. Tutte le altre malattie che non rientrano nelle suddette tabelle (v. Sentenza CC 179/88) possono essere denunciate come professionali a patto che ne sia provata la correlazione causale e/o con-causale con il rischio lavorativo. L'onere probatorio è in questo caso a carico del lavoratore. Va tuttavia tenuto presente che l'INAIL, dal 2006, concorre nell'acquisizione dei dati che possano dimostrare l'origine professionale della malattia. Nessuna patologia psichica da stress lavoro correlato è ad oggi ricompresa nelle suddette tabelle.
- b) Il D.M. del 15/11/2023 contenente l'Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia/segnalazione ex art. 139 del TU DPR 1124/1965, ha carattere puramente epidemiologico e non medico-legale assicurativo, con lo scopo di preparare l'eventuale futura implementazione delle patologie assicurative tabellate, peraltro appena aggiornate (vedi D.M. 10/10/2023). Esse contengono malattie la cui origine professionale è possibile con differenti gradi di probabilità (elevata, limitata e possibile). In particolare, le "malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro" appartengono al gruppo 7 -lista II -, ovvero malattie la cui origine professionale è di limitata probabilità, ed allo stato attuale non sono dunque classificabili come "MP tabellate".

- c) Tutto quanto sopra non esclude (v. Sentenza C. C. 179/88) che anche altre malattie, non contenute nelle due suddette tabelle, possano essere denunciate e riconosciute dall'INAIL come professionali.

Per il riconoscimento da parte di INAIL di una malattia non tabellata (come sono da considerarsi tutte le malattie psichiche e psicosomatiche stress lavoro correlato) va dunque sottolineato come non sia sufficiente una certificazione medica contenente solo dati clinici, anche dettagliati, e ipotesi non documentate sui rischi lavorativi, ma è necessario che ci sia una adeguata documentazione a supporto sia della patologia diagnosticata che del rischio lavorativo, con riferimento a una dettagliata descrizione della situazione avversativa lavorativa e/o un'analisi comparativa di stressor lavorativi ed eventuali stressor extralavorativi con valutazione della rispettiva rilevanza ai fini dell'insorgenza della manifestazione morbosa clinicamente riscontrata.

Di fronte al sospetto che una patologia osservata e diagnostica su un lavoratore sia riconducibile a una situazione di stress-lavoro-correlato (SLC), il medico dovrà innanzitutto:

1. compilare il Certificato Medico di Malattia Professionale (MP) ex art.53 DPR 1124/65 (modello 5 SS Bis on-line su portale INAIL) che dovrà essere accuratamente compilato in ogni sua parte. Il medico lo consegna al lavoratore perché lo trasmetta all'INAIL di residenza (copia con diagnosi) e al proprio Datore di lavoro (copia senza diagnosi) entro 15 gg. Il Datore di lavoro dovrà a sua volta presentare denuncia all'INAIL entro 5 giorni dalla ricezione del 1° certificato medico.
2. compilare il Referto all'Autorità Giudiziaria (art.334 c.p.p. -OBBLIGO) che è indispensabile per la rubricazione del reato poiché ne indica le aggravanti biologiche
3. compilare la Denuncia/Segnalazione di Malattia Professionale ex art.139 DPR 1124/65, su Modello 92 bis (presente anche su portale INAIL). La denuncia deve essere trasmessa alla Direzione Provinciale del Lavoro, alla ATS competente per il territorio dove è situata l'azienda e, se non è stato compilato il primo certificato di MP on-line, anche all'INAIL competente in base al domicilio dell'assicurata/o.

La criteriologia medico legale adottata dall'Inail, una volta ricevuta la denuncia di MP, si baserà su:

- A. verifica e conferma della diagnosi certificata, sia in termini nosografici che di stadiazione, tramite specialisti di propria fiducia e di riconosciuta competenza;
- B. verifica e riscontro della oggettività della situazione di avversatività lavorativa tramite acquisizione di documenti, riscontri oggettivi ed elementi probatori avvalendosi anche di mirate indagini ispettive attraverso una completa istruttoria del caso.

- C. verifica della sussistenza del nesso di causalità tra A e B.

Si precisa inoltre che:

- trattandosi di malattia non tabellata, il lavoratore ha l'obbligo di produrre all'INAIL la documentazione idonea a supportare la propria richiesta di riconoscimento di malattia correlata al rischio;
- l'INAIL potrà avvalersi di ulteriori elementi che potranno essere attinti dall'eventuale accertamento dei fatti esperito in sede giudiziale o in sede di vigilanza ispettiva da parte dell'Ispettorato Territoriale del Lavoro o dei competenti uffici delle ATS.
- eventuali testimonianze raccolte, precisando che queste ultime per avere valenza probatoria devono essere supportate da elementi di riscontro oggettivi e documentati. In assenza di questi ultimi la rilevanza delle "testimonianze" ai fini di un riconoscimento del nesso causale può essere fatta solo in sede di procedimento giudiziario.

Va infine ribadito che in Italia, per precisa scelta del legislatore, le c.d. Malattie Professionali sono solo quelle riconosciute dall'INAIL.

7. INDICAZIONI CONCLUSIVE: SORVEGLIANZA SANITARIA E GESTIONE DEL DISADATTAMENTO LAVORATIVO

Le presenti indicazioni conclusive sono rivolte prevalentemente al Medico Competente, al fine di orientare la sua attività alla prevenzione del rischio stress lavoro-correlato in senso lato (prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria), evitando di focalizzare il suo intervento in una logica di “medicalizzazione” del caso singolo o dei gruppi critici.

1. Principali elementi di criticità riconducibili al rischio stress lavoro-correlato e possibili interventi

Le condizioni di lavoro che comportano rischi psicosociali che più frequentemente possono presentarsi all’osservazione del Medico Competente possono riguardare:

- la struttura di ruolo e job design: conflitto di ruolo (richieste contradditorie o incompatibili all’interno dello stesso ruolo o dalla presenza di differenti ruoli, con richieste contradditorie, ricoperti dal medesimo individuo); ambiguità di ruolo (informazioni controverse o carenti su aspetti del ruolo, ad es. su obiettivi, metodi, relazioni, che genera mancanza di specificità e prevedibilità); assenza di feedback; mancanza di controllo (o autonomia decisionale)
- le politiche di gestione del personale: basso riconoscimento e gratificazioni insufficienti (crescita economica; crescita professionale, ...); deboli politiche di conciliazione vita-lavoro; procedure arbitrarie o poco trasparenti (bassa giustizia organizzativa); valori contrastanti (incoerenza tra ciò che si dichiara e ciò che si attua); instabilità lavorativa (licenziamenti; cambiamenti forzati del posto di lavoro); basso coinvolgimento nella gestione dei cambiamenti organizzativi (es. introduzione di nuove tecnologie o nuove procedure di lavoro)
- le relazioni interpersonali: rapporti interpersonali scadenti; basso supporto sociale (strumentale ed emotivo); molestie psicologiche e sessuali, violenza da parte di terzi.

Inoltre quando si considerano le “richieste lavorative” è importante non confondere il carico di lavoro eccessivo come rischio, qualora siano presenti condizioni lavorative stimolanti, sebbene talvolta impegnative e in cui esiste un ambiente di lavoro che dà sostegno ai lavoratori, i quali a loro volta sono correttamente preparati e motivati a utilizzare al meglio le loro capacità, infatti un buon ambiente psicosociale consente di promuovere il miglioramento delle prestazioni, lo sviluppo personale e il benessere fisico e mentale dei lavoratori.

I lavoratori invece, soffrono di stress quando le richieste della loro attività sono eccessive e più grandi della loro capacità di farvi fronte.⁵ E’ fondamentale quindi, nella pianificazione degli interventi per il contenimento del rischio, tenere conto delle criticità emerse nei diversi livelli aziendali ad esito del processo di valutazione del rischio, oppure segnalati dal medico competente, perché emersi durante la sorveglianza sanitaria, ovvero criticità che riguardano: gli aspetti organizzativi aziendali; di partizione; di gruppo lavorativo omogeneo; individuale.

Si rimanda, a tale proposito, alle “Fact Sheet” riportate nell’Archivio documentale Regionale²⁹ suddivise per settore lavorativo, che rappresentano utili strumenti per individuare possibili misure di prevenzione e di contenimento del rischio stress lavoro-correlato sia a livello collettivo che sul singolo lavoratore, a cui il medico competente può fare riferimento sia per la gestione dei gruppi omogenei di lavoratori, sia dei casi singoli nell’espressione del giudizio di idoneità alla mansione.

Nel caso le problematiche lavorative riguardino un limitato numero di lavoratori appartenenti a gruppi omogenei diversi può essere attivata, su indicazione del medico competente, una consulenza psicologica

volta a sostenere strategie di coping o interventi a favore del benessere organizzativo, realizzabili attraverso interventi formativi specifici.

Il medico competente inoltre, attraverso la rilevazione degli indicatori di salute, contribuisce non solo alla valutazione del rischio ma anche al monitoraggio circa l'efficacia degli eventuali interventi correttivi, valutando nel tempo e sui gruppi omogenei l'andamento degli indicatori di disagio psicosociale.

A tale proposito è fondamentale la collaborazione tra discipline mediche e psicologiche al fine di consentire una lettura integrata dei contesti di lavoro per cogliere la complessità delle dinamiche e la molteplicità dei fattori di rischio presenti, rendendo gli interventi preventivi sempre più efficaci e mirati.

Nelle realtà più complesse, come quelle sanitarie per esempio, lo psicologo può fornire il suo contributo fin dalle prime fasi di attivazione e progettazione del percorso valutativo, accompagnando l'intero processo e collaborando alle fasi finali di elaborazione di ipotesi migliorative: tramite l'utilizzo di strumenti psicologici, come interviste, focus group e questionari specifici, nella valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori con l'ausilio di strumenti afferenti alle discipline psicologiche; tramite il contributo all'interno dei setting formativi.

2. Sorveglianza sanitaria

Ad oggi nell'ambito delle disposizioni normative vigenti non esiste una previsione esplicita di obbligo di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti al rischio da stress lavoro-correlato, rimanendo comunque sempre possibile la visita medica su richiesta del lavoratore, ai sensi dell'art.41, comma 1, lettera b) e comma 2 lettera c) del D.Lgs.vo 81/2008.

Tuttavia, intendendo la sorveglianza sanitaria nella sua definizione più ampia (art. 2 del D.Lgs.81/08) come “l'insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa”, essa si configura come una opportuna misura di prevenzione secondaria da attivare in relazione all'obbligo di affidare i compiti ai lavoratori tenendo conto delle loro capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e sicurezza (art. 18, comma 1 lett. c del D.Lgs.81/08).

Secondo tale accezione pertanto l'opportunità di integrare, nell'ambito delle visite mediche previste per gli altri rischi normati presenti in ambito lavorativo (ai sensi dell'art.41 del D.Lgs.81/08), la sorveglianza sanitaria per il rischio stress lavoro-correlato, su proposta del Medico Competente, si configurerebbe quando, al termine dell'intero percorso di valutazione del rischio, (valutazione preliminare, azioni correttive, valutazione approfondita, ulteriori misure di miglioramento) permanga una condizione ineliminabile di stress potenzialmente dannosa.

Nei casi suddetti il Medico Competente, in occasione delle visite mediche svolte per gli altri rischi normati o su richiesta del lavoratore, può raccogliere, su consenso del lavoratore, dati anamnestici su sospetti disturbi o patologie da stress lavoro-correlate, utilizzando strumenti standardizzati di raccolta anamnestica (come descritto nel capitolo 4, seguendo il format Allegato 6 e i relativi allegati 1,2,3,8,8 bis) supportati, se del caso, da riscontri documentali o da accertamenti clinico-strumentali, al fine di individuare precocemente eventuali criticità individuali e proporre gli opportuni interventi preventivi/correttivi per il singolo.

Nel paragrafo che segue si riporta una proposta operativa per l'applicazione di quanto sopra descritto, ad esito della visita medica effettuata dal Medico Competente, sia essa inserita nell'ambito della sorveglianza sanitaria effettuata per gli altri rischi normati, sia ad esito di una visita a richiesta da parte del lavoratore ai sensi dell'art.41 comma 1 lettera b) e comma 2 lettera c), sia qualora dovessero giungere all'osservazione del Medico più soggetti appartenenti al medesimo gruppo omogeneo che segnalano un disagio riconducibile a criticità lavorative.

2.1 Gestione dei casi di disadattamento lavorativo riconducibili a criticità di “contenuto” e “contesto” del lavoro

Il modello operativo che si propone per la gestione dei casi di disagio lavorativo è attivato dal Medico Competente, con il consenso del lavoratore, nei casi in cui, in occasione delle visite mediche previste per gli altri rischi normati o a richiesta del lavoratore, venga riferita una condizione di disadattamento lavorativo¹². Il medico competente approfondisce la raccolta anamnestica dei dati come presentato nel cap.4 utilizzando il formato di Cartella Clinica - Allegato n.6:

- nel caso dei Medici Competenti delle strutture socio-sanitarie il protocollo può essere gestito direttamente dal medico prevedendo la collaborazione della Psicologia clinica ospedaliera (ove presente) e/o della consulenza specialistica psichiatrica;
- nel caso dei Medici competenti aziendali e dei Medici competenti delle strutture sociosanitarie, che non possono avvalersi di valutazioni della Psicologia clinica ospedaliera e degli specialisti psichiatri, il protocollo può essere attivato tramite percorsi di supporto/sostegno personalizzati, da attuare preferibilmente all'interno dell'ambito aziendale se presenti e qualora non disponibili inoltrando richiesta di visita medica agli Ambulatori di II° livello delle UOOML.

A seguito della visita del medico competente sono previste le seguenti fasi:

- prima fase di approfondimento:
 - a) valutazione psicodiagnostica, che comprende: colloquio psicologico clinico e somministrazione di test psicodiagnostici per l'analisi dei fattori organizzativi di contenuto e contesto del lavoro e delle caratteristiche personali, che concorrono allo stato di compromesso benessere, evidenziando la presenza/assenza di risorse adattive (coping, resilienza);
 - b) eventuale visita specialistica psichiatrica per la definizione clinico diagnostica del disagio, se non già documentata e per porre diagnosi differenziale con le principali patologie psichiatriche;
 - c) eventuali ulteriori approfondimenti clinico/diagnostici per patologie d'organo correlate (es. visite specialistiche cardiologiche, neurologiche, ecc.).
- seconda fase conclusiva:
 - a) valutazione conclusiva con formulazione di una relazione di sintesi contenente la definizione diagnostica del caso e l'eventuale correlazione con le criticità organizzative rilevate;
 - b) incontro di restituzione al lavoratore degli esiti della valutazione integrata, a cura del Medico Competente e dello Psicologo;
 - c) incontro a carattere interdisciplinare del Medico Competente e dello Psicologo con i Referenti Organizzativi aziendali del lavoratore, anche tramite un sopralluogo dell'ambiente di lavoro del dipendente che ha segnalato le disfunzioni organizzative, al fine di verificare e individuare le più idonee misure di gestione del singolo caso relativamente alle criticità emerse;
 - d) espressione del giudizio di idoneità recante le limitazioni o le prescrizioni idonee per salvaguardare la salute del lavoratore che stia riportando conseguenze correlabili alle disfunzioni organizzative rilevate e che tenga conto degli interventi concordati con i referenti di cui sopra;
 - e) eventuale presa in carico del lavoratore per una adeguata gestione clinica, anche con il coinvolgimento, se del caso, di altre professionalità sanitarie.
- terza fase di monitoraggio (periodicità della visita):
 - a) attività di monitoraggio a breve-medio termine (6-12 mesi), a seconda delle misure individuate per il singolo caso, al fine di:
 - verificare lo stato di attuazione ed efficacia delle stesse da parte del Medico Competente con i Referenti Organizzativi;

- verificare in sede di vista medica la bontà delle stesse sulla salute del lavoratore, suggerendo una periodicità di visita di 6-12 mesi, salvo i casi in cui il medico ritenga opportuno attivare una periodicità ridotta;
- segnalare al Datore di Lavoro eventi sentinella rilevati nell'ambito della sorveglianza sanitaria ai fini della revisione della valutazione del rischio, relativa alle specifiche situazioni lavorative e dell'individuazione di idonee misure correttive (art. 29 comma 3 del D.Lgs.81/08). Tale rilevazione è finalizzata ad approfondire la correlazione delle manifestazioni psicofisiche lamentate/obiettivate con patologie pregresse o in atto nel lavoratore ovvero con evidenze di disfunzioni organizzative che necessitano degli opportuni interventi correttivi ed eventualmente assolvere agli obblighi di denuncia, referto, certificazione di malattia professionale.

Qualora dovessero emergere condizioni individuali di disagio psichico rilevato in sede di visita medica relativo al singolo lavoratore non riconducibile allo Stress lavoro-correlato, ma potenzialmente in grado di impattare sul benessere lavorativo, è auspicabile che il Medico Competente intervenga:

- proponendo al lavoratore percorsi di supporto/sostegno anche attraverso il Medico di Medicina Generale
- effettuando un approfondimento degli elementi di contenuto e contesto del lavoro per una adeguata gestione del caso all'interno del clima organizzativo del luogo di lavoro.

Qualora dovessero giungere all'osservazione del Medico più soggetti appartenenti al medesimo gruppo omogeneo che segnalano disagio è utile promuovere un *"focus group"*⁴² rivolto al gruppo di lavoratori afferenti allo specifico comparto lavorativo, in collaborazione con lo psicologo, per indagare gli elementi di contenuto e contesto del lavoro e individuare possibili interventi di gestione delle criticità rilevate e verificate, ricercando la collaborazione dei lavoratori stessi e dei referenti aziendali.

Il *"focus group"* è una tecnica che serve a raccogliere, in un gruppo ristretto, informazioni su temi multidimensionali e complessi, in questo caso gli aspetti stressanti del lavoro. È diretto da un conduttore/moderatore che guida e anima la discussione del gruppo; è generalmente presente anche un assistente/osservatore che prepara il setting e rileva le dinamiche interne a quel gruppo.

Il gruppo ha una dimensione definita all'interno di un range: i partecipanti al gruppo devono essere almeno 6-7 unità, per favorire le dinamiche, non devono superare il numero di 12-13, per evitare che si creino interventi dominanti a sfavore di opinioni più deboli, che rischiano così di essere inibite e di rimanere inespresse. Il focus group è uno strumento di indagine psicosociale di natura qualitativa finalizzato al raggiungimento di un obiettivo di miglioramento secondo indicazioni attendibili, che va quindi al di là della semplice quantificazione. Il confronto diretto con i lavoratori permette di mettere in evidenza non solo elementi di criticità, ma anche di acquisire suggerimenti per le misure di miglioramento. In pratica, il criterio di giudizio della bontà dell'osservazione è riconducibile al consenso presente fra i partecipanti; l'interazione, che è l'elemento che caratterizza tutte le tecniche di gruppo, aiuta ad approfondire e scandagliare in profondità gli argomenti trattati proprio grazie al feedback su cui si basa, generando come output un giudizio e delle indicazioni frutto di negoziazione e mediazione: quindi validato.

Tutto ciò assume particolare rilievo nella valutazione perché si chiarisce che lo strumento dei focus group non ha più soltanto valenza conoscitiva, ma può divenire a pieno titolo una tecnica a servizio della decisione. Lo strumento dei focus group è versatile e spesso consigliabile per la sua capacità di essere flessibile ed informativo, si può quindi adattare ad un vasto ventaglio di possibilità.

Di solito si pensa che sia preferibile il suo utilizzo nelle piccole e medie imprese dove è possibile in alcune sessioni coinvolgere tutti gli operatori (o comunque un numero adeguato).

Tuttavia, questo strumento può essere adattato anche in aziende più grandi, a fronte di un adeguato campionamento, ovvero nei riguardi dei singoli gruppi omogenei interessati dalla valutazione approfondita. Vedi schema di sintesi: Allegato n.12 Flusso per la gestione dei casi da disadattamento lavorativo.

3. Gestione del rischio da atti violenti e delle vittime di aggressioni nelle strutture sociosanitarie

Per quanto riguarda la gestione degli atti violenti per le strutture sociosanitarie si rimanda alle vigenti indicazioni Regionali riportate nella recente *DGR N.XII/4182 del 07/04/2025 - Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della l.r. n.15 dell'8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario»*⁴⁶ che recepisce i precedenti documenti: *Sub Allegato C della DGR XI/1986 del 23/07/2019*^{40,41}; *Legge Regionale n.15 del 08/07/2020 - Sicurezza del personale sanitario e sociosanitario (BURL n. 28 suppl del 10 Luglio 2020) e successiva DGR XI/6902 del 05/09/2022 Determinazione in merito all'organizzazione delle attese e alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari nel contesto del Pronto Soccorso*.

Nel documento è delineato il percorso da seguire a livello aziendale a seguito della segnalazione dell'evento dovuto ad atti violenti da parte di pazienti, caregiver e utenti. Il Gruppo aziendale multidisciplinare costituito da Risk Management Ospedaliero, Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente, Psicologia clinica si occupano della valutazione dell'evento e dell'individuazione di possibili misure correttive (strutturali, organizzative, formative) con il coinvolgimento delle figure datoriali/referenti organizzativi.

Si descrivono le modalità di interventi/percorsi specifici di supporto psicologico dell'individuo o del gruppo interessato dall'evento violento, fermo restando l'attivazione delle procedure di emergenza sanitaria qualora si verifichino danni di tipo fisico con conseguente certificazione di infortunio sul lavoro.

Avvalendosi inoltre della collaborazione dello psicologo si propongono percorsi formativi separati rivolti ai Dirigenti-Preposti e Lavoratori relativi alle misure di prevenzione attuabili e alle tecniche di *de-escalation* e di *debriefing* utili per fronteggiare le situazioni critiche e le eventuali ricadute sul gruppo di lavoro.

Per *de-escalation* s'intende l'insieme di tecniche verbali e non verbali atte a diminuire l'intensità dell'agitazione e dell'aggressività nella relazione interpersonale (vedasi *Sub Allegato C della DGR XI/1986 del 2019*⁴⁰)

Il *debriefing* e il *defusing* sono due tecniche utilizzate in psicologia dell'emergenza che hanno lo scopo di "disinnescare" le reazioni emotive conseguenti a situazioni traumatiche. Lo scopo primario di questi interventi è abbassare i livelli di ansia e stress vissuti dalle persone coinvolte.

Infine sono riportate le indicazioni, secondo le attuali normative di riferimento, relative alla tutela dei lavoratori dell'ambito socio-sanitario in conseguenza alle aggressioni.

8. BIBLIOGRAFIA

¹ *ACCORDO EUROPEO SULLO STRESS SUL LAVORO (8/10/2004) - Accordo siglato da CES - sindacato Europeo; UNICE-“Confindustria europea”; UEAPME - associazione europea artigianato e PMI; CEEP - associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale - Bruxelles 8 ottobre 2004*
https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2509:accordo-europeo-8-ottobre-2004-stress-nei-luoghi-di-lavoro&catid=54&Itemid=139

² *Circolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 18/11/2010. Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (art. 6.c 8, lett. M-quater,e 28 ,c. 1-bis, d.lgsn.81/2008 e s.m.i.)*

³ *Documento CTI Stress lavoro-correlato indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della Lettera Circolare del 18/11/2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*

<https://www.certifico.com/component/attachments/download/406>

⁴ INAIL - Patologia psichiatrica da stress, mobbing e costrittività organizzativa - 2005
<https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-patologia-psichica-da-stress.pdf>

⁵ EU-OSHA -Rischi psicosociali
<https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-stress>

⁶ EU-OSHA- Campagna ambienti di lavoro sani e sicuri 2023-25 – Salute e sicurezza sul lavoro nell'era digitale
https://osha.europa.eu/sites/default/files/HWC-23-25-Campaign_Guide_WEB_it_0.pdf

⁷ Ege H. Mobbing. Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro, Pitagora, Bologna- 1996

⁸ OMS – Sindrome da Burnout
<https://www.certifico.com/newsletter/archive/view/listid-9-ambiente/mailid-37495-stress-lavoro-riconosciuta-sindrome-oms>

⁹ EU-OSHA – Indagine OSH Pulse – Sicurezza e salute sul lavoro dopo la pandemia
<https://osha.europa.eu/it/publications/germany-osh-pulse-2022-osh-post-pandemic-workplaces>

¹⁰ The Lancet- Vol 398, n.10312, p17000+1712, 06 Novembre 2021- Prevalenza globale e peso dei disturbi depressivi e d'ansia in 204 paesi e territori nel 2020 a causa della pandemia di COVID-19
[https://www.thelancet.com/article/S01406736\(21\)021437/fulltext#:~:text=We%20estimated%20an%20additional%2053,5\)%20per%20100%20000%20population.](https://www.thelancet.com/article/S01406736(21)021437/fulltext#:~:text=We%20estimated%20an%20additional%2053,5)%20per%20100%20000%20population.)

¹¹ EU-OSHA – Il calcolo dei costi dello stress e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro
<https://osha.europa.eu/sites/default/files/597%20calculating%20the%20cost%20of%20related%20stress%20-%20IT.pdf>

¹² POSITION PAPER SU IL MEDICO COMPETENTE NELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO - SIMLII 2013.
<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Imprese/Gestione-risorse-umane/Sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro/stress-lavoro-correlato/stress-lavoro-correlato>

¹³ INAIL Valutazione e Gestione del Rischio da Stress lavoro-correlato
https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_portstg_093254.pdf

¹⁴ La Valutazione del Rischio Stress lavoro-correlato – Linee Operative per le piccole imprese (SPISAL – ULSS 20 Veneto, 2011)
https://download.acca.it/BibLus-net/Sicurezza/StressLavCorr_linee_pmi.pdf

¹⁵ Archivio documentazione su rischio slc e rischi psico-sociali – Regione Lombardia
<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Imprese/Gestione-risorse-umane/Sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro/stress-lavoro-correlato/stress-lavoro-correlato>

¹⁶ La Valutazione dello stress lavoro-correlato – Proposta Metodologia- ISPESL, Network Nazionale per la Prevenzione Disagio Psicosociale, marzo 2010
https://asfo.sanita.fvg.it/export/sites/aas5/it/servizi/documenti/territorio/dipartimento_prevenzione/sicurezza_prevenzione_ambienti_lavoro/stress_lavoro_correlato_ISPESL.PDF

¹⁷ Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia

<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioredazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia>

¹⁸ ITWH: sistema gestionale per il benessere e la promozione del Total Worker Health nei Luoghi di Lavoro – Regione Lombardia

<https://eventi.regione.lombardia.it/it/total-worker-health>

¹⁹ Goldberg DP, Williams P (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire.

https://www.scirp.org/pdf/OJPM2011020002_62751853.pdf

²⁰ The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample

<https://bpspsychhub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1348/014466505X29657>

²¹ J Ilmarinen, The Work Ability Index, Occupational Medicine 2007: 57:160

<https://academic.oup.com/occmed/article/57/2/160/1584972>

²² CIP Aging E-Book su invecchiamento e lavoro

https://www.cip-consulta.it/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1:aging-ebook&Itemid=609

²³ ESENER 2009 - Managing safety and health at work

<https://osha.europa.eu/it/publications/european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-managing-safety-and-health-work>

²⁴ La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato – Modulo contestualizzato al settore sanitario

https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-metod-valut-gestione-rischio-lav-stress-correlato_6443175244686.pdf

²⁵ Decreto n.1757 del 01/03/2023 Regione Lombardia “Sperimentazione di una strategia partecipativa, strutturata e coordinata per lo sviluppo di un SGSSL (Strategia SOBANE – Gestione dei rischi professionali)

http://www.puntosicuro.info/documenti/documenti/130301_Decreto%201757_SOBANE_SGSL.pdf

²⁶ Sub Allegato C della DGR XI/1986 del 2019 “Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio” - Guida operativa- Regione Lombardia

[https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50-oRV1wOr](https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50/SUB.+ALL+C+ATTI+VIOLENZA+DGR+1986.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50-oRV1wOr)

²⁷ LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI – Regione Toscana

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5315978.pdf>

²⁸ Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari - Regione Emilia Romagna

https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/le-raccomandazioni-regionali-1/linee-di-indirizzo-prevenzione-atti-di-violenza_np.pdf

²⁹ Raccolta bibliografica rischio da aggressioni – Archivio documentale stress lavoro-correlato e rischi psicosociali –Regione Lombardia

<https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7edc293f-af83-4cbb-a9b9-e26f12a1f7d9/bibliografia+rischio+aggressioni+2023.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7edc293f-af83-4cbb-a9b9-e26f12a1f7d9-ovrJtSs>

³⁰ Il Sistema di Sorveglianza MAREL ed il contributo alla rete della Medicina del Lavoro per il Benessere Globale del lavoratore, INAIL 2023

<https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-sistema-sorveglianza-marel-contributo-medicina-lavoro.pdf>

³¹ Buone Pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria efficace, Regione Emilia-Romagna PRP 2021-25 - PP08

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/aree-tematiche/sicurezza-e-salute-in-ambiente-di-vita-e-di-lavoro/buone-pratiche/buone-pratiche-condivise-per-la-sorveglianza-sanitaria-efficace>

³² Maslach, C. e Jackson, SE (1986). Manuale di inventario del burnout di Maslach (2a ed.)

https://books.google.it/books/about/Maslach_Burnout_Inventory.html?id=j9lrnqAACAJ&redir_esc=y

³³ F Roscelli Et MC Spaggiari "Un questionario dei disturbi del sonno per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori" G Ital Med Lav Erg 2008; 30:3, Suppl, 10-18

http://www.laboratoriopoliziademocratica.org/SALUTE/sonno_19.9.2009.pdf

³⁴ Elisabeth Flo et al "A Reliability and Validity Study of the Bergen Shift Work Sleep Questionnaire in Nurses Working Three-Shift Rotations" Chronobiology International, 29(7): 937-946, (2012)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22823877/>

³⁵ Insonnia, Strumenti di valutazione psicologica. D. Coradeschi e A. Devoto - Trento, Erickson

https://d1q0teaq7w3vb.cloudfront.net/didalabs/professionisti/Psicologia_clinica/insonnia.pdf

³⁶ Fact-sheet Stress lavoro-correlato e rischi psicosociali – Settore Sanità

<https://www.lombardia.cisl.it/wp-content/uploads/2021/04/Fact-sheet-SANITA-logocompletoDEF.pdf>

³⁷ Inventario di personalità MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)

<https://www.stateofmind.it/minnesota-multiphasic-personality-inventory-mmpi/>

³⁸ DECRETO 15 novembre 2023 Aggiornamento dell'elenco delle malattie professionali.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/01/13/24A00095/sg>

³⁹ INAIL Obblighi dei medici nei casi di infortunio e malattia professionale

<https://www.aslroma6.it/documents/20143/65569/21+Guida+alla+certificazione+medica+di+malattia+professionale.pdf>

⁴⁰ Sub Allegato C della DGR XI/1986 del 2019 "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari in ambito ospedaliero: metodologia di analisi e gestione del rischio" - Guida operativa- Regione Lombardia

[https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50-oRV1wOr](https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50/SUB.+ALL+C+ATTI+VIOLENZA+DGR+1986.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-8e1772a6-a48f-4d4b-87f4-4005a6221a50-oRV1wOr)

⁴¹ RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI - Ministero della Salute Raccomandazione n.8 del 2007

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

⁴² Spisal Aulss Veneto – Stress lavoro-correlato

<https://spisal.aulss9.veneto.it/Stress-lavoro-correlato-Definizione-e-indicazioni-per-i-focus-group>

⁴³ *Workplace Violence Guidelines for Preventing for Healthcare and Social Service Workers - OSHA 2015*
<https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf>

⁴⁴ *Tamers, S. L., Chosewood, L. C., Childress, A., Hudson, H., Nigam, J., & Chang, C. C. (2019). Total Worker Health® 2014–2018: the novel approach to worker safety, health, and well-being evolves. International journal of environmental research and public health, 16(3), 321.*

⁴⁵ *Lee, M. P., Hudson, H., Richards, R., Chang, C. C., Chosewood, L. C., & Schill, A. L. (2016). Fundamentals of total worker health approaches: essential elements for advancing worker safety, health, and well-being.*

⁴⁶ *DGR N.XII/4182 del 07/04/2025 - Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della l.r. n.15 dell'8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario»*
<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-4182-legislatura-12>

⁴⁷ *Percentage of workers reporting a work-related health problem, by type of problem, EU-27, 2013 - Eurostat, Labour Force Survey ad hoc module 'Accidents at work and other work-related health problems' (2013)*

⁴⁸ *Tuomi K, Ilmarinen J, Jakkola A, Katajärvi L, Tulkki A. Work Ability Index. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki. Rautoja and Pietiläinen, Helsinki. 1998*