

Con il Patrocinio di



Senato della Repubblica

PRENDERSI CURA DI CHI CI CURA

"Pausa di lavoro" di Rosanna Del Giudice
2° Concorso fotografico ANMIL-INAIL
"Donne al lavoro"



LA SICUREZZA E LA TUTELA SUL LAVORO DELLE DONNE CHE OPERANO NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Uno studio realizzato per ANMIL da Franco D'Amico e Maria Giovannone
Con il contributo del Prof. Domenico Della Porta

anmil
onlus

ASSOCIAZIONE NAZIONALE FRA LAVORATORI MUTILATI E INVALIDI DEL LAVORO

Uno studio realizzato per ANMIL da:

Franco D'Amico - Resp. Servizi Statistico-informativi ANMIL

Maria Giovannone - Resp. Scientifico ANMIL Sicurezza

Contributo del **prof. Domenico Della Porta**

Iniziativa promossa dal Gruppo Donne ANMIL per le politiche femminili

Graziella Nori, Maria Stella Agnello, Patrizia Sannino, Michelina Ferrazzo,

Manuela Guidetti, Alessandra Caponi

ANMIL - Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati ed Invalidi del Lavoro

Direzione Generale

Ufficio Comunicazione e Relazioni Esterne ANMIL

Responsabile Dott.ssa Marinella de Maffutiis

Roma - Via Adolfo Ravà n. 124

Numero Verde 800 180943 - www.anmil.it

In copertina:

"Pausa di lavoro" di **Rosanna Del Giudice**

2° Concorso fotografico ANMIL-INAIL "Donne al lavoro"

Anno 2015 - È vietata la riproduzione in qualunque forma della presente indagine.

INDICE

PRESENTAZIONE

di **Franco Bettoni**, Presidente Nazionale ANMIL e il **Gruppo Donne per le Politiche femminili**

PARTE I

Il Quadro infortunistico e delle malattie professionali delle donne in Sanità

di **Franco D'Amico**, Responsabile Servizi Statistico-informativi ANMIL Onlus

Premessa.

1.1) Andamento degli infortuni sul lavoro.	3
1.2) Caratteristiche principali degli infortuni sul lavoro.	4
1.3) Cause e conseguenze degli infortuni sul lavoro.	6
1.4) L'incidenza delle operatrici straniere in Sanità.	9
1.5) Andamento e caratteristiche peculiari delle malattie professionali.	13
	15

PARTE II

Il Quadro medico

di **Domenico Della Porta**, Medico del lavoro e Consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali del Senato

1.1) Il rischio da sovraccarico biomeccanico e i rischi psicosociali in Sanità.	18
1.2) I rischi chimici più frequenti.	20
1.3) Il Rischio biologico e il rischio da ferite.	21

PARTE III

Il Quadro giuridico

di **Maria Giovannone**, Responsabile Scientifico ANMIL Sicurezza

1) I rischi tradizionali e quelli emergenti del settore sanitario nello scenario internazionale e comunitario: una visione d'insieme.	24
2) Il quadro italiano.	27
2.1) La dimensione di genere quale "filtro" per la valutazione e la gestione dei rischi in Sanità.	27
2.2) I rischi psicosociali: lo stress lavoro-correlato e il burn-out.	29
3) Il rischio da attività criminose di terzi (pazienti ed utenti del servizio sanitario e sociale): violenza ed aggressioni.	37
4) Ergonomia e disturbi muscolo-scheletrici: i limiti della valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico.	41
5) Buone prassi: una rassegna internazionale.	59

APPENDICE

Testimonianze di alcune donne infortunate nel settore sanitario.	67
--	----

CHE COS'È L'ANMIL

72

PRESENTAZIONE

Questa premessa vuole essere soprattutto un atto di profonda gratitudine verso coloro che hanno ideato e realizzato questo studio di alto valore scientifico che abbiamo inteso divulgare proprio a ridosso della Giornata delle donne.

La competenza e la dedizione che gli autori hanno dedicato all'analisi quantitativa e qualitativa dell'andamento infortunistico e tecnopatologico tra le donne lavoratrici nel settore sanitario in Italia e la sua comparazione, per alcuni aspetti, con i Paesi dell'Unione Europea, ci offre oggi un quadro attendibile ed inedito di un fenomeno significativo ed allarmante, da segnalare al mondo scientifico ed alle Autorità istituzionali affinché possano attivarsi per individuare le soluzioni più efficaci per ridurre il fenomeno e migliorare la tutela delle donne lavoratrici in questo settore.

L'ANMIL Onlus, che da oltre 70 anni si occupa della tutela delle vittime del lavoro ed ha oltre 400mila associati, da più di quindici anni ha costituito, in favore dell'universo femminile nel mondo del lavoro, il Gruppo Donne per le Politiche Femminili la cui attività va sempre più consolidandosi come una nostra importante e qualificante tradizione culturale.

E per dare ulteriore concretezza e spessore a questi temi abbiamo supportato e sostenuto l'iniziativa della Senatrice Silvana Amati che contestualmente al nostro studio presenta un disegno di legge accogliendo e facendo sue le nostre istanze per elaborarle al massimo livello istituzionale, al fine di migliorare la tutela delle vedove e degli orfani dei caduti sul lavoro.

Il nostro auspicio è che l'impegno quotidianamente profuso dall'ANMIL, sia nell'offrire solidarietà e sostegno sia attivandosi con azioni concrete, possa far riconoscere più valore al lavoro di donne e uomini garantendo loro la salvaguardia della salute e la meritata tutela a coloro che subiscono un infortunio sul lavoro o che si ritrovano affetti da una malattia professionale o a quelle famiglie che perdono un congiunto a causa di un lavoro "insicuro".

Il Presidente Nazionale ANMIL **Franco Bettoni**
e il **Gruppo Donne per le Politiche femminili**



PARTE I

Il Quadro Infortunistico e delle malattie professionali delle donne in Sanità

Franco D'Amico, Responsabile Servizi Statistico-informativi ANMIL Onlus

PREMESSA

Oggi si può affermare che nel nostro Paese la sanità stia diventando sempre più rosa.

La presenza femminile nel settore raggiunge, infatti, oltre il 70% del personale (circa 850.000 unità su un totale di addetti assicurati pari a circa 1,2 milioni), manifestando una crescita tendenzialmente costante a partire da una quindicina di anni fa quando rappresentava poco più della metà del totale.

Questa preponderanza delle donne, inoltre, non è più circoscritta a categorie storicamente femminili e di supporto, come la professione infermieristica, ma inizia a incidere anche sui ruoli apicali. Da allora ad oggi sono quasi raddoppiati i direttori generali donna, mentre i medici in camice rosa hanno nettamente sorpassato gli uomini, salendo dal 40% ad oltre il 60%. In particolare si riscontra un'inversione di tendenza storicamente e culturalmente rilevante: le donne escono dai settori di specializzazione da sempre ritenuti "femminili" (pediatria, ginecologia, psichiatria, psicologia) per inserirsi in ambiti storicamente considerati d'appannaggio quasi esclusivamente maschile come, ad esempio, la chirurgia o la radiologia. In una sanità che sta evolvendosi, orientata al lavoro di équipe e alla presa in carico globale della persona, la componente femminile è in grado di apportare, nei vari contesti lavorativi, la propria capacità organizzativa e di gestione, la qualità relazionale nei rapporti col paziente e con gli altri operatori, l'efficienza ed efficacia nel lavoro di gruppo e nelle reti di relazioni, la capacità di comunicazione e di mediazione.

Sotto il profilo lavorativo, quello della Sanità è un settore molto articolato che comprende, tra l'altro, le attività di ospedali e case di cura; gli studi medici generici e specialistici; le attività di psicoterapia, psicologia, fisioterapia; i servizi di assistenza sociale; i laboratori di analisi ecc.

La Sanità è uno dei pochissimi settori in cui l'incidenza degli **infortuni femminili** è superiore a quella maschile: oltre il 15% di tutte le donne infortunate operano in questo settore; la figura professionale più colpita in assoluto tra le donne lavoratrici è l'"**Infermiera**", anche se, va detto, si tratta in genere di infortuni molto diffusi ma di gravità non molto elevata.

A completare il quadro ci sono poi le malattie professionali che nella Sanità, al pari degli infortuni, interessano principalmente (per circa l'80%) la componente femminile: si tratta per la stragrande maggioranza di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (tendiniti, affezioni dei dischi intervertebrali, sindrome del tunnel carpale, ecc.) causate per lo più da sovraccarico bio-meccanico, posture incongrue, movimenti scoordinati o ripetuti.

Non va poi dimenticato il fatto che il settore è tra quelli più interessati, oltre che dai già noti e più censiti rischi da agenti fisici, chimici e biologici, da fattori psicosociali, come lo stress lavoro-correlato ed il burn-out (una forma di malessere di natura psicofisica tipico delle cosiddette helping professions, tra cui rientrano a pieno titolo le attività di medici, infermieri e operatori sanitari).

Del resto, anche a livello comunitario, nell'ambito del Joint Work Programme sull'**European Sectoral Social Dialogue** in the Hospital Sector 2014-2016, è stata indicata tra le priorità del settore la individuazione di buone prassi per la gestione dei rischi lavorativi e per la gestione delle **differenze di genere**, con il supporto del dialogo sociale.

1.1) Andamento degli infortuni sul lavoro

È noto come gli ultimi due decenni rappresentino un periodo molto importante e denso di proficue conquiste nel campo della tutela sociale dei rischi professionali. In pratica, a partire dagli inizi degli anni '90 si è avviato un percorso di profonde riforme che hanno trovato poi concretizzazione negli anni successivi con ulteriori fasi tese alla compiuta realizzazione dell'obiettivo finale della tutela integrale del lavoratore. Si è quindi sviluppata, su queste basi, una serie di iniziative che – senza scendere in ulteriori dettagli di natura normativa - hanno operato su un orizzonte molto ampio che va dal campo della prevenzione, alla cura, alle provvidenze economiche, alla riabilitazione, fino a quello del concreto sostegno al reinserimento sociale e lavorativo del lavoratore infortunato.

In questo contesto, il fenomeno infortunistico ha segnato una continua e costante tendenza alla diminuzione nelle sue consistenze numeriche; **una tendenza che si è particolarmente accentuata a partire dal 2008/2009, dagli anni cioè che hanno segnato l'inizio della grave crisi economica che ancora attanaglia il Paese e che ha ridotto in misura significativa il monte ore lavorate e conseguentemente l'esposizione al rischio di infortunio.** Infatti, le attività che hanno conseguito le migliori performance in termini di riduzione infortunistica sono proprio l'Industria manifatturiera e le Costruzioni, vale a dire quei settori di attività economica che maggiormente hanno patito l'impatto della crisi. Si tratta, peraltro, proprio delle attività caratterizzate dal più elevato rischio infortunistico, molto diffuse nelle aree geografiche ad alta intensità industriale e, soprattutto, a preponderante presenza della componente lavoratrice maschile. Ed infatti è proprio per i lavoratori maschi che si riscontrano i cali infortunistici più consistenti: nel periodo 2009 – 2013 sono diminuiti in generale del 27%; molto più contenuta, invece, risulta la flessione degli infortuni delle donne che è stata in pratica pari a poco più della metà di quella maschile (-15,5%).

In particolare, nel settore della **Sanità** il calo è risultato ancora più contenuto: in complesso la flessione nel quinquennio 2009 – 2013 è stata del 14,8% (da circa 51.200 infortuni denunciati a 43.600), mentre per **le donne gli infortuni sono scesi dai circa 37.000 del 2009 ai 31.900 del 2013 per una riduzione pari al 13,7%, inferiore quindi sia a quella maschile del settore stesso sia a quella delle lavoratrici in generale.** C'è da ritenere, a tale proposito, che la Sanità rappresenti uno di quei settori in cui la base occupazionale, soprattutto per la consistente componente di natura pubblica, ha risentito meno degli effetti negativi della grave crisi economica.

Tav. 1 - ANDAMENTO DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO NELLA SANITÀ PER SESSO

Sesso	2009	2010	2011	2012	2013	Variaz. %2013/2009
Maschi	14.230	14.185	13.758	12.534	11.711	-17,7
Femmine	36.945	38.176	36.442	34.165	31.895	-13,7
TOTALE	51.175	52.361	50.200	46.699	43.606	-14,8
% femmine	72,2	72,9	72,6	73,2	73,1	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro con esiti mortali, il dato segna una variazione nel quinquennio di -42,9% per il complesso dei lavoratori e un -50% per la componente femminile, per la quale dagli 8 casi del 2009 si è saliti al picco di 14 nel 2010 per poi scendere gradualmente fino ai 4 casi del 2013. Va detto, tuttavia, che si tratta di numeri che, dal punto di vista strettamente statistico, risultano scarsamente consistenti e poco significativi per una corretta analisi evolutiva; si può affermare soltanto che si tratta di

un fenomeno abbastanza altalenante ma in tendenziale diminuzione e sostanzialmente equiripartito tra le due componenti di genere. C'è da osservare, peraltro, che buona parte degli infortuni mortali, come vedremo, si è verificato "in itinere".

Tav. 2 - ANDAMENTO DEGLI INFORTUNI MORTALI NELLA SANITÀ PER SESSO

Sesso	2009	2010	2011	2012	2013	Variaz. % 2013/2009
Maschi	13	10	3	11	8	-38,5
Femmine	8	14	12	8	4	-50,0
TOTALE	21	24	15	19	12	-42,9
% femmine	38,1	58,3	80,0	42,1	33,3	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Ed infatti, il percorso casa-lavoro-casa per le donne che operano nel settore della Sanità (ma questo vale in genere anche per tutti gli altri settori) presenta rischi molto elevati, anche se il numero degli infortuni cosiddetti "in itinere" risulta tendenzialmente in calo nel quinquennio in esame. **Dai circa 7.000 casi denunciati nel 2009 si è passati, infatti, ai 5.500 del 2013 con una riduzione pari al 21,5%; molto più contenuto il calo degli infortuni in occasione di lavoro che risulta pari a -11,9% essendo scesi dai 30.000 casi circa del 2009 ai 26.400 del 2013.** Gli infortuni femminili in itinere rappresentano, tuttavia, una quota molto importante del complesso degli infortuni, mantenendosi in tutto il periodo intorno ad una percentuale media pari a circa il 18% del totale. La stessa quota rilevata in ambito maschile raggiunge, invece, appena l'11%. Ma c'è anche un altro aspetto di particolare rilevanza: nel 2013 sul totale degli infortuni avvenuti in itinere nella Sanità (7.070) ben il 78% (circa 5.500), hanno interessato le donne e solo il 22% gli uomini.

In generale nelle attività lavorative si verifica che, mentre gli infortuni che avvengono nell'esercizio dell'attività lavorativa (in occasione di lavoro) riguardano di gran lunga i lavoratori maschi, quelli che avvengono nel percorso casa-lavoro e viceversa vedono una netta prevalenza delle donne sia in termini assoluti che in termini di frequenze relative, rapportando cioè gli infortuni alla relativa forza lavoro. **Infatti, sulla base delle risultanze statistiche ufficiali, si può affermare che, in generale, per la donna che lavora la probabilità di subire un infortunio in itinere è superiore di ben il 50% rispetto a quella del collega uomo.** Ulteriore conferma che per la donna che lavora il pericolo più grave e più diffuso è rappresentato proprio dal percorso che si effettua per recarsi o tornare dal posto di lavoro.

Tav. 3 - ANDAMENTO DEGLI INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER TIPO DI EVENTO

Tipo di evento	2009	2010	2011	2012	2013	Variaz. % 2013/2009
In occasione di lavoro	29.983	31.397	30.065	27.941	26.428	-11,9
In itinere	6.962	6.779	6.377	6.224	5.467	-21,5
TOTALE	36.945	38.176	36.442	34.165	31.895	-13,7
% itinere	18,8	17,8	17,5	18,2	17,1	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Anche per quanto riguarda gli eventi mortali verificatisi nel lavoro femminile nella Sanità, la quota di quelli avvenuti nel tragitto casa-lavoro-casa rappresenta una quota molto rilevante con valori che variano tra il 50% e l'80% del totale. La media del quinquennio si attesta intorno al 70% del totale.

Sia per gli infortuni in itinere che per quelli in occasione di lavoro l'andamento, tra il primo e l'ultimo anno del quinquennio preso in esame, risulta dimezzato, anche se, a tale livello di disaggregazione, i numeri sono da considerare ancora meno significativi sotto il profilo statistico.

Tav. 4 - ANDAMENTO DEGLI INFORTUNI MORTALI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER TIPO DI EVENTO

Tipo di evento	2009	2010	2011	2012	2013	Variaz. % 2013/2009
In occasione di lavoro	2	6	2	4	1	-50,0
In itinere	6	8	10	4	3	-50,0
TOTALE	8	14	12	8	4	-50,0
% <i>itinere</i>	75,0	57,1	83,3	50,0	75,0	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

A proposito del rischio femminile in itinere, vanno ricordate le enormi difficoltà che la donna lavoratrice incontra nel gestire i tempi e le esigenze dei diversi ambiti casa-famiglia-lavoro. Non è difficile ipotizzare, in situazioni di questo tipo, come la donna, ancor prima di uscire da casa per andare al lavoro, possa aver accumulato dispendio di energie e stress psicofisico per accudire agli impegni della casa e dei figli. Lo stesso percorso casa-lavoro o anche quello di ritorno, inoltre, possono essere a volte affrettati da interruzioni o deviazioni (magari per portare i figli a scuola o in palestra, per fare compere, ecc.) che rendono il percorso una corsa contro il tempo e possono in qualche misura influire sulla lucidità e la concentrazione nella guida. **In definitiva si può ragionevolmente affermare che il percorso casa-lavoro-casa rappresenti, nella vita quotidiana della donna, il segmento temporale in cui si concentrano tutte le difficoltà di conciliazione casa-famiglia-lavoro, con le conseguenze sul piano della sicurezza che le evidenze statistiche mettono chiaramente in luce.**

1.2) Caratteristiche principali degli infortuni sul lavoro

Sul piano lavorativo, quello della Sanità è un settore molto articolato che comprende le più svariate tipologie di attività di natura sanitaria ed assistenziale.

La maggior parte degli infortuni sul lavoro, 17.500 circa nel 2013 pari al 54,9% del totale, si verificano nelle Strutture ospedaliere o nelle Case di cura, veri e propri microcosmi in cui la natura estremamente eterogenea degli ambienti di lavoro, delle lavorazioni, delle mansioni e delle competenze, presenta una potenziale ed ampia varietà di rischi sul piano infortunistico.

Alte incidenze infortunistiche si riscontrano anche tra le attività di Assistenza sociale che si prendono cura di anziani o disabili sia in forma non residenziale (circa 3.400 infortuni, pari al 10,8% del totale) che residenziale (2.900 infortuni circa, vale a dire il 9,2% del totale). Molto elevato anche il numero di infortunate tra le **Attività di assistenza infermieristica residenziale** (2.560 infortuni pari all'8% del totale) e tra le

operatrici di **Altre attività di assistenza sociale non residenziale** (2.520 infortuni = 7,9%). Più contenute le percentuali di incidenza infortunistica relative agli **Studi medici** (4,8%), ai **Laboratori di analisi** (3,8%) e ai servizi di **Assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali** (0,7%).

Tav. 5 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER COMPARTO. Anno 2013

Comparto	N	%
Ospedali e case di cura	17.506	54,9
Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	3.430	10,8
Assistenza sociale residenziale per anziani e disabili	2.920	9,2
Assistenza infermieristica residenziale	2.558	8,0
Altre attività di assistenza sociale non residenziale	2.520	7,9
Studi di medicina generale e specialistici	1.531	4,8
Laboratori radiografici, analisi cliniche, fisioterapia, psicologia,..	1.209	3,8
Assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali	221	0,7
Totale	31.895	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Quasi la metà delle donne infortunate nella Sanità è di età media: infatti circa 14.000 operatrici infortunate, pari al 46,7% del totale di infortunati nel 2013, appartiene alla classe di età compresa tra i 35 e i 49 anni.

Molto consistente anche la classe di età più anziana (da 50 a 64 anni) che conta circa 11.700 infortunate pari al 36,8% del totale; la classe più giovanile (da 18 a 34 anni) conta circa 5.200 infortunate pari al 16,2% del totale. Praticamente marginale il numero delle donne infortunate nella Sanità appartenenti alle classi estreme, vale a dire "fino a 17 anni" e "65 anni e oltre".

Tav. 6 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER ETÀ. Anno 2013

Classe di età	N	%
Fino a 17 anni	13	0,0
Da 18 a 34 anni	5.161	16,2
Da 35 a 49 anni	14.899	46,7
Da 50 a 64 anni	11.735	36,8
65 anni e oltre	87	0,3
Totale	31.895	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

È l'**Infermiera** l'operatrice sanitaria che in assoluto risulta colpita da infortuni in misura maggiore rispetto a tutte le svariate figure professionali che operano nelle strutture sanitarie o comunque nell'ambito dell'assistenza sanitaria o sociale. **Nel 2013 (ma la situazione è sostanzialmente analoga per gli altri anni) le Infermiere hanno subito oltre 10.000 infortuni, pari al 31,9% del totale. In pratica su tre operatrici sanitarie infortunate una è Infermiera.**

L'estrema varietà e complessità delle mansioni e dei compiti svolti da questa categoria di lavoratrici espone

le infermiere ad innumerevoli rischi, sia di carattere generale, connessi cioè alle precarie condizioni ambientali della struttura, sia di carattere specifico come quelli traumatici dovuti agli sforzi da sollevamento e spostamento di pazienti o quelli legati a radiazioni, apparecchiature elettromedicali, chemioterapici e anti-blastici, rifiuti speciali. Da non trascurare, tra gli altri, il rischio di esposizione ad agenti biologici (ferita da punta e/o da taglio con esposizione ad agenti biologici). Secondo il NURSIND, il sindacato nazionale degli infermieri, questi infortuni sono dovuti nella stragrande maggioranza dei casi "al carico di lavoro che porta a stanchezza e inevitabile calo dell'attenzione. Il carico di lavoro del personale di assistenza è ormai rischioso e non più sopportabile: troppo spesso gli infermieri sono costretti a fare turni di 12 ore e con turni della mattina/notte nello stesso giorno si arriva fino a 14 ore di lavoro. A questi ritmi, la stanchezza fa calare l'attenzione e il rischio di farsi male è più alto".

Per quanto riguarda le altre figure professionali femminili che operano in campo sanitario ed assistenziale, incidenze infortunistiche di un certo rilievo si riscontrano per le **Operatrici socio-sanitarie**, che contano nel 2013 circa 3.200 infortuni pari al 10,1% del totale; seguono le **Operatrici socio-assistenziali** (circa 2.100 infortuni pari al 10,1% del totale), le **Ausiliarie ospedaliere** (1.700 infortuni pari al 5,3% del totale) e le **Portantine** con 1.300 infortuni e il 4,1% del totale.

A seguire tutte le altre svariate figure professionali con percentuali oscillanti intorno all'1%. Tra queste anche le **Addette alle pulizie** che, nell'anno 2013, hanno fatto registrare poco più di 200 infortuni pari ad appena lo 0,7% del totale: si tratta di una categoria che generalmente presenta alti tassi infortunistici ma che in questo contesto risultano poco rappresentate in quanto in ospedali e case di cura tali servizi (come pure quello di addetti alla cucina) vengono generalmente affidati a ditte esterne alla struttura.

Tav. 7 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER PROFESSIONE.
Anno 2013

Qualifica professionale	N	%
Infermiera	10.181	31,9
Operatrice socio-sanitaria	3.232	10,1
Operatrice socio-assistenziale	2.118	6,6
Ausiliaria ospedaliera	1.691	5,3
Portantina	1.322	4,1
Educatrice professionale	501	1,6
Fisioterapista	471	1,5
Operatrice sociale per assistenza a domicilio	405	1,3
Assistente domiciliare	385	1,2
Accompagnatore per disabili in istituzioni	280	0,9
Inserviente in casa di riposo	272	0,9
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	260	0,8
Educatrice per disabili	258	0,8
Ostetrica	254	0,8
Addetto a mansioni di segreteria	242	0,8
Assistente sociosanitario in istituzioni	237	0,7
Impiegata amministrativa	235	0,7
Addetta interna alle pulizie	208	0,7
Medico generico	204	0,6
Assistente amministrativa	199	0,6
Assistente sociale	190	0,6
Tecnico sanitario di radiologia medica	185	0,6
<i>Altre e indeterminate</i>	....	.....
Totale	31.895	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

A livello territoriale, la distribuzione degli infortuni occorsi ad operatrici sanitarie è strettamente correlato alla maggiore o minore presenza di strutture ed attività sanitarie e quindi risulta più consistente in quelle regioni che hanno il maggiore peso demografico, essendo il rischio infortunistico per queste operatrici abbastanza trasversale alle varie aree geografiche.

Ed infatti al primo posto si trova la **Lombardia**, con quasi 6.000 infortuni che rappresentano il 18,7% del totale nazionale; seguono l'**Emilia-Romagna** con circa 3.800 infortuni e l'11,9% del totale, la **Toscana** con 3.200 infortuni e il 9,9% del totale, il **Lazio** con 2.800 infortuni e l'8,9% del totale, il **Veneto** con quasi 2.800 infortuni e l'8,7% del totale ed il **Piemonte** con 2.200 infortuni pari al 6,9% del totale nazionale.

Via via a seguire le altre, con quote sempre decrescenti, fino al piccolo Molise che conta poche decine di infortuni l'anno.

Tav. 8 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER REGIONE. Anno 2013

Regione	N.	%
Lombardia	5.963	18,7
Emilia Romagna	3.785	11,9
Toscana	3.154	9,9
Lazio	2.823	8,9
Veneto	2.775	8,7
Piemonte	2.211	6,9
Sicilia	1.905	6,0
Puglia	1.693	5,3
Liguria	1.402	4,4
Friuli Venezia Giulia	1.106	3,5
Abruzzo	1.005	3,2
Sardegna	801	2,5
Campania	733	2,3
Calabria	592	1,9
Marche	580	1,8
Umbria	492	1,5
Trento	326	1,0
Basilicata	225	0,7
Bolzano - Bozen	166	0,5
Val D'Aosta	112	0,4
Molise	46	0,1
Totale	31.895	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

1.3) Cause e conseguenze degli infortuni sul lavoro

I criteri di rilevazione dei dati sulle "cause e circostanze" degli infortuni sul lavoro adottati dall'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) si conformano strettamente a quelli stabiliti da EUROSTAT (Istituto Ufficiale di Statistica dell'Unione Europea) nell'ambito della Fase 3 della

metodologia ESAW (European Statistics Accidents at Work). In particolare, per quanto riguarda la **modalità di accadimento**, vale a dire la classificazione delle cause che hanno determinato l'evento lesivo, viene utilizzata, da alcuni anni, una serie di variabili tra cui la più significativa, ai fini dell'identificazione dell'evento scatenante, è la variabile "deviazione". Tale variabile rappresenta la descrizione di un evento imprevisto ed anomalo che ha determinato la deviazione, appunto, dal normale corso di svolgimento del lavoro: in pratica, la "**deviazione**" è l'evento stesso che ha provocato l'infortunio.

Sulla base di tale variabile sono state selezionate ed elaborate le statistiche che seguono.

Va detto, tuttavia, che la rilevazione si riferisce esclusivamente ad infortuni che hanno comportato un danno di natura psico-fisica per il lavoratore con esiti di inabilità temporanea di almeno 4 giorni di assenza dal lavoro o di invalidità permanente pari almeno al 6% (in pratica gli **infortuni indennizzati**); non vengono pertanto rilevati quei casi che hanno avuto esiti di gravità inferiore ai limiti minimi previsti, né tantomeno casi in cui non vi sia stato alcun esito lesivo per le persone.

La **prima causa di infortunio per le donne che operano nella Sanità** è rappresentata dalla **Caduta di persona** che conta nel 2013 circa 5.500 infortuni pari al **23,3%** del totale: in pratica, quasi un quarto degli infortuni è riconducibile a questa causa. Si tratta per lo più di eventi dovuti a scivolamenti, inciampamenti, urti, perdita di equilibrio, ecc. connessi alle innumerevoli "barriere architettoniche" che si possono incontrare in ambienti e strutture così complessi.

Una causa che potremmo definire "generica" in quanto comune a molti altri settori di attività, così come anche generica si può ritenere la **Perdita di controllo di attrezzature o macchinari**, che ha determinato circa 4.400 infortuni pari al **18,8%** del totale. Una causa specifica del settore, come il sollevamento di pazienti o lo spostamento degli stessi dal letto alla carrozzina o ad altri ambienti, è alla base, invece, di gran parte dei circa 4.000 infortuni (**16,8%** del totale) dovuti a **Movimenti sotto sforzo fisico**.

Circa 3.000 infortuni (**13,1%** del totale) sono causati da **Movimenti scoordinati**, mentre 1.100 operatrici sanitarie (**4,8%**) sono state colpite dalla **Rottura di attrezzature o macchinari**.

Ma esiste anche un altro rischio di natura molto particolare e diffuso soprattutto tra le operatrici di questo settore causato da "**Aggressione o violenza da parte di estranei**". Dei circa 4.000 infortuni indennizzati complessivamente dall'INAIL nel 2013 per questa particolarissima tipologia di eventi, **circa 1.200 (quasi un terzo del totale) sono avvenuti nella Sanità e di questi ben il 71% (851 casi) ha interessato la componente femminile**. Si tratta in genere di aggressioni da parte di pazienti (per lo più psicotabili), da parte di parenti o da altri utenti per motivi vari o di casi simili.

**Tav. 9 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER MODALITÀ DI ACCADIMENTO. Anno 2013**

Modalità di accadimento	N.	%
Caduta di persona	5.482	23,3
Perdita di controllo di attrezzature o macchinari	4.428	18,8
Movimenti sotto sforzo fisico	3.946	16,8
Movimenti scoordinati	3.078	13,1
Rottura di attrezzature o macchinari	1.123	4,8
Aggressioni o violenza da parte di estranei	851	3,6
Caduta di materiali o liquidi su persona	152	0,6
Elettricità, incendio	56	0,2
<i>Altre e indeterminate</i>	.....	.....
Totale	23.530	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Per quanto riguarda gli **esiti amministrativi degli infortuni denunciati** dalle operatrici sanitarie ai fini del riconoscimento e dell'eventuale indennizzo da parte dell'Istituto assicuratore, va detto che delle circa

32.000 denunce presentate nel 2013 all'INAIL: **3.900** circa sono state **respinte** in quanto non è stata riconosciuta la causa professionale o per altri motivi di minore rilievo; **4.000** sono state **riconosciute** (positive) ma **senza indennizzo** in quanto relative ad infortuni con esiti psico-fisici inferiori al minimo indennizzabile; circa **23.500** sono stati **gli infortuni indennizzati** e **480** circa i casi ancora **in corso di definizione**.

Tav. 10 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER TIPO DI DEFINIZIONE.
Anno 2013

	Definiti				In corso di definizione	Denunciati
	Negativi	Positivi senza indennizzo	Indennizzati	Totale		
N.	3.904	3.984	23.530	31.418	477	31.895
%	12,2	12,5	73,8	98,5	1,5	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Passando al **tipo di conseguenza degli infortuni indennizzati**, va ricordato, come già si accennava in precedenza, come il settore della Sanità presenti una situazione infortunistica molto diffusa ma, allo stesso tempo, di gravità fortunatamente moderata. Diversamente da altri settori molto pericolosi e di competenza tipicamente maschile (come le Costruzioni, o le attività industriali in genere) si potrebbe affermare che, dal punto di vista infortunistico, la Sanità è un settore ad "alta frequenza" e a "bassa gravità".

Dei 23.530 infortuni indennizzati alle operatrici sanitarie ben 22.712, pari al **96,6%** del totale, si sono risolti **con** gli esiti di una **indennità per inabilità temporanea** al lavoro di durata superiore ai tre giorni; 738 (**pari a 3,1%**) hanno comportato una **inabilità permanente** di grado compreso tra il 6% e il 15% con diritto ad un indennizzo in capitale "una tantum"; 76 casi, pari allo **0,3%** hanno avuto come indennizzo una rendita vitalizia a seguito di **inabilità permanente** di grado **pari o superiore al 16%**. Fortunatamente soltanto 4 sono i casi con esito mortale e diritto a rendita a superstiti.

Tenendo conto della durata media delle inabilità temporanee indennizzate rilevata dall'INAIL (24 giorni) e dei giorni non indennizzati per i casi in franchigia, **si può stimare che ogni anno le operatrici della sanità perdono circa 600.000 giorni di lavoro a causa degli infortuni**.

Tav. 11 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ PER TIPO DI INDENNIZZO.
Anno 2013

	Inabilità temporanea	Inabilità permanente			Morte	TOTALE
		In capitale	Rendita	Totale		
N.	22.712	738	76	814	4	23.530
%	96,6	3,1	0,3	3,4	0,0	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Le lesioni fisiche di gran lunga più frequenti sono la **Lussazione, distorsione o distrazione** con 10.000 casi nel 2013 (pari al **42,6%** del totale), diretta conseguenza evidentemente delle cadute per scivolamento o inciampamento, che si è visto essere la modalità di accadimento più diffusa; seguono le **Contusioni** con circa 7.800 infortuni ed il **33,1%** del totale, anche queste causate da cadute, urti o altri eventi di non elevata gravità. Più gravi invece gli infortuni che procurano **Fratture** nell'**11,3%** dei casi (circa 2.700 infortuni) e le

Ferite (circa 1.000 infortuni e il 4,4% del totale). Tipiche e specifiche delle attività proprie del personale sanitario, di cui si è già detto, sono le **Lesioni da sforzo** (circa 900 casi pari al 3,7% del totale) connesse al sollevamento o spostamento di pazienti o di carichi pesanti.

Specifiche dell'attività sanitaria sono anche le **Lesioni da agenti infettivi o parassitari** che contano comunque pochi casi (47 nel 2013) con quote percentuali molto marginali.

Molto ridotto anche il numero delle **Perdite anatomiche** che rappresentano sicuramente le lesioni dalle conseguenze di maggiore gravità, ma che si verificano fortunatamente in pochi casi l'anno.

**Tav. 12 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER NATURA DELLA LESIONE. Anno 2013**

Natura della lesione	N	%
Lussazione, distorsione, distrazione	10.015	42,6
Contusione	7.791	33,1
Frattura	2.657	11,3
Ferita	1.039	4,4
Lesioni da sforzo	867	3,7
Lesioni da altri agenti	382	1,6
Lesioni da agenti infettivi o parassitari	47	0,2
Corpi estranei	44	0,2
Perdita anatomica	6	0,0
<i>Altre e non determinate</i>	...	....
Totale	23.530	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

In linea con quanto si è già detto in merito al rischio di subire traumi nelle operazioni di sollevamento o spostamento di pazienti o carichi pesanti, la **sede anatomica più interessata** dagli infortuni femminili nella Sanità è rappresentata dalla **Colonna vertebrale** con circa 5.200 casi di infortunio pari quasi a un quarto del totale.

Seguono nella graduatoria la **Mano** con **2.900 infortuni** pari al 12,1% del totale; va sottolineato come in tutti gli altri settori di attività la mano sia l'organo più colpito in assoluto con percentuali vicine al 25%, con punte del 40% nella Lavorazione del legno.

Le altre parti anatomiche interessate dagli infortuni fanno riferimento ad eventi traumatici causati per la maggior parte dei casi da cadute o urti.

**Tav. 13 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER SEDE DELLA LESIONE. Anno 2013**

Sede della lesione	N	%
Colonna vertebrale	5.241	22,3
Mano	2.856	12,1
Ginocchio	2.215	9,4
Caviglia	2.203	9,4
Cingolo toracico	1.822	7,7
Polso	1.440	6,1
Piede	1.119	4,8
Parete toracica	947	4,0
Collo	806	3,4
Cranio	767	3,3
Faccia	687	2,9
Braccio,avambraccio	659	2,8
Gomito	452	1,9
Gamba	350	1,5
Altre dita	328	1,4
Cingolo pelvico	252	1,1
Alluce	230	1,0
Occhi	229	1,0
Coscia	193	0,8
Organi interni	52	0,2
<i>Altre e non determinate</i>	....	....
Totale	23.530	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

1.4) L'incidenza delle operatrici straniere nella Sanità

Anche per le operatrici sanitarie di origine straniera vi è stato un calo infortunistico di rilievo, da 4.500 infortuni del 2009 ai 4.000 del 2013, per una riduzione nel quinquennio pari al 9,1%.

Si tratta di una flessione inferiore a quella delle operatrici italiane, che come detto è stata del 14,3%, ma pur sempre indicativa di una crisi occupazionale che ha colpito anche questa categoria di lavoratrici, che fino a pochi anni fa aveva conosciuto una crescita costante, soprattutto nell'ambito delle attività infermieristiche ed ausiliarie. Negli anni precedenti, sempre più lavoratrici straniere si sono avvicinate infatti a queste professioni dove la manodopera nazionale risultava carente.

Tav. 14 - ANDAMENTO DEGLI INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER NAZIONALITÀ

Nazionalità	2009	2010	2011	2012	2013	Variaz. % 2013/2009
Italiane	32.484	33.306	31.692	29.754	27.840	-14,3
Straniere	4.461	4.870	4.750	4.411	4.055	-9,1
TOTALE	36.945	38.176	36.442	34.165	31.895	-13,7
% Straniere	12,1	12,8	13,0	12,9	12,7	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

La comunità straniera di gran lunga più rappresentata tra le operatrici sanitarie infortunate è quella della **Romania** con oltre 650 infortuni nel 2013, pari al 16,1% del totale. Molto nutrita anche la rappresentanza sudamericana, in particolare del **Perù**, con 500 infortuni (12,3%) e **Ecuador** (più di 200 infortuni pari al 5,3%). Seguono, con quote minori, altre comunità, che sono molto presenti anche in altri settori produttivi, sia dell'est europeo (**Albania, Polonia, Ucraina, Moldova**), che dell'America centro-meridionale (**Brasile, Repubblica Dominicana, Colombia, Argentina**).

Tav. 15 - INFORTUNI FEMMINILI NELLA SANITA' PER NAZIONALITÀ. Anno 2013

Paese di nascita (principali)	N	%
Romania	654	16,1
Perù	497	12,3
Ecuador	213	5,3
Albania	200	4,9
Polonia	190	4,7
Marocco	183	4,5
Ucraina	139	3,4
Moldova	128	3,2
Brasile	102	2,5
Repubblica Dominicana	72	1,8
Colombia	69	1,7
Argentina	67	1,7
Costa D' Avorio	61	1,5
Cuba	54	1,3
Nigeria	52	1,3
<i>Altri Paesi</i>	.....	....
Totale	4.055	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

1.5) Andamento e caratteristiche peculiari delle malattie professionali

Da alcuni anni si è andato sviluppando e consolidando nel nostro Paese un fenomeno del tutto sconosciuto finora che è stato definito dagli esperti **“emersione delle malattie nascoste”** e che ha visto crescere in misura notevolissima le denunce di malattia professionale.

Nel settore della Sanità (ma questo vale in misura sostanzialmente analoga anche per tutti gli altri settori di attività) le richieste per il riconoscimento e l'eventuale indennizzo di una malattia professionale sono salite dai 1.237 casi del 2009 a 1.919 del 2013 (+ 55,1%).

La crescita è stata ancora più accentuata per la componente femminile che, nell'arco dello stesso quinquennio ha segnato un aumento del 56,8% delle denunce, passate da 938 nel 2009 a 1.471 nel 2013: oltre 500 in più nel giro di pochi anni.

La quota di malattie femminili sul totale è salita dal 75% del 2009 al 77% del 2013.

Tav. 16 - ANDAMENTO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NELLA SANITÀ PER SESSO

 Sesso	 2009	 2010	 2011	 2012	 2013	 Variaz. % 2013/2009
Maschi	299	353	416	372	448	49,8
 Femmine	 938	 1.257	 1.394	 1.486	 1.471	 56,8
 TOTALE	 1.237	 1.610	 1.810	 1.858	 1.919	 55,1
 % femmine	 75,8	 78,1	 77,0	 80,0	 76,7	

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Sicuramente il fattore che più ha contribuito alla effettiva **“emersione”** di quelle patologie professionali che fino a pochi anni fa non venivano denunciate, è stata l'emanazione delle nuove **“Tabelle delle malattie professionali”** (D.M. 9 aprile 2008) che ha esteso l'elenco di quelle **tecno-patie che godono della cosiddetta “presunzione legale d'origine professionale”**.

In particolare, sono state inserite, tra le malattie cosiddette **“tabellate”**, **le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e osteo-articolare: Affezioni dei dischi intervertebrali, Tendiniti, Sindromi del tunnel carpale ecc.** che hanno spodestato, in graduatoria, malattie **“tradizionali”** come l'Ipoacusia, le Malattie respiratorie e quelle cutanee, allineando l'Italia agli altri Paesi europei, dove le patologie muscolo-scheletriche sono già da lungo tempo le più diffuse. Lo status di **“tabellate”**, esonerando il lavoratore dall'onere della prova del nesso causale della malattia, ha certamente favorito un ricorso più massiccio allo strumento assicurativo per il riconoscimento e l'eventuale indennizzo; in questo senso, non è da escludere la probabile spinta anche da parte delle precarie condizioni economiche di larghe fasce di lavoratori in questo particolare periodo storico.

Nello stesso quinquennio, dunque, le patologie muscolo-scheletriche delle operatrici della Sanità sono cresciute di ben il 73%, passando dai 762 casi del 2009 ai 1.319 del 2013: nel 2009 rappresentavano circa l'80% del totale delle malattie denunciate dalle donne della Sanità, la loro quota è salita addirittura al 90% nel 2013 e si configurano ormai come le indiscusse malattie “emergenti” a tutti i livelli, sia settoriale, che territoriale che di genere.

La crescita risulta particolarmente sostenuta per le **Sindromi del tunnel carpale**, una patologia legata ai movimenti ripetuti della mano, che sono cresciute di oltre il 115%.

Proprio la "movimentazione" dei pazienti e dei carichi è, secondo i dati dell'INAIL, una delle principali cause di malattia professionale: nel 2013, infatti, oltre la metà delle patologie muscolo-scheletriche rilevate ha riguardato problemi legati ai dischi intervertebrali.

Per le altre malattie professionali cosiddette "tradizionali", molto più diffuse nelle lavorazioni tipicamente maschili, si registrano, invece, per la componente femminile numeri molto più contenuti. In particolare le **Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso** (che comprendono anche le "Ipoacusie e sordità da rumore") che hanno contato nel 2013 un ventina di casi: si tratta di una patologia che aveva avuto larghissima diffusione negli anni Novanta imponendosi per molti anni al primo posto della graduatoria. Numeri molto ridotti anche per le **Malattie della cute**, per le **Malattie del sistema respiratorio**, per le **Malattie dell'apparato circolatorio** e per i **Disturbi psichici e comportamentali** tra i quali spiccano lo "**stress lavoro correlato**" e il "**burn out**", un malessere lavorativo di natura psico-fisica che colpisce particolarmente proprio gli operatori della sanità. Queste tipologie di disturbi di natura psichica si vanno diffondendo sempre più nella nostra società ma, per una serie di fattori legati principalmente alle difficoltà di accertamento della causa lavorativa, risultano poco rappresentate nelle statistiche INAIL.

Un discorso a parte meritano, infine, i **Tumori** che sono la prima causa di morte per malattia professionale e che, per quanto riguarda le donne che operano nella Sanità, si sono mantenuti sostanzialmente stabili su una media di **25 casi/anno nel quinquennio in esame** (si tratta per lo più di "tumori maligni alla mammella"). C'è da osservare, tuttavia, che a causa delle particolari caratteristiche delle patologie tumorali (origine prevalentemente di natura multifattoriale; lunghissima latenza di talune neoplasie, ecc.) anche per queste malattie le cifre rilevate dall'INAIL sono, a parere degli esperti, generalmente sottostimate.

L'esposizione ad agenti cancerogeni è oggi uno dei più gravi rischi occupazionali, con fattori multipli che possono essere chimici, da radiazioni, biologici, fisici e ai quali deve essere sommato ciò che di dannoso può derivare da condizioni ambientali o turni di lavoro non adeguati.

**Tav. 17 - ANDAMENTO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER TIPO DI MALATTIA**

Tipo di malattia (cod. M)	2009	2010	2011	2012	2013	Var. % 2013/2009
Patologie muscolo-scheletriche:	762	1.078	1.220	1.300	1.319	73,1
- <i>Affezione dischi intervertebrali</i>	384	553	629	648	666	73,4
- <i>Tendiniti</i>	211	286	343	373	388	83,9
- <i>Sindrome tunnel carpale</i>	73	146	147	154	157	115,1
Malattie della cute	42	51	41	41	29	-31,0
Disturbi psichici	29	28	28	44	28	-3,4
Tumori	16	27	23	25	25	56,3
Malattie del sistema nervoso e degli organi i senso	35	22	40	31	22	-37,1
Malattie dell'apparato respiratorio	21	19	19	15	19	-9,5
Malattie del sistema circolatorio	4	14	3	11	10	150,0
<i>Altre e non determinate</i>	29	18	20	19	19	-34,5
Totale	938	1.257	1.394	1.486	1.471	56,8

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

Sul piano territoriale, la distribuzione delle malattie professionali denunciate dalle operatrici della Sanità risulta concentrata soprattutto nelle regioni del Nord, in particolare Emilia Romagna (17,9% del totale nazionale nel 2013), Toscana (13,5%), Friuli Venezia Giulia (11,7%), Lombardia (8,7%), e Veneto (7,5%). Seguono le altre regioni con numeri sempre più ridotti e correlati sostanzialmente, come già si diceva per gli infortuni, alle caratteristiche socio-demografiche ed alla presenza di strutture socio-sanitarie sul territorio.

**Tav. 18 - MALATTIE PROFESSIONALI FEMMINILI NELLA SANITÀ
PER REGIONE. Anno 2013**

Regione	N	%
Emilia Romagna	264	17,9
Toscana	199	13,5
Friuli Venezia Giulia	172	11,7
Lombardia	127	8,7
Veneto	111	7,5
Abruzzo	102	6,9
Lazio	99	6,7
Sardegna	76	5,2
Marche	67	4,6
Basilicata	40	2,7
Puglia	39	2,7
Calabria	37	2,5
Piemonte	35	2,4
Umbria	33	2,2
Sicilia	30	2,0
Liguria	15	1,0
Campania	13	0,9
<i>Trento</i>	5	0,4
<i>Bolzano - Bozen</i>	4	0,3
Molise	3	0,2
Valle D'Aosta	-	0,0
Totale	1.471	100,0

Fonte: elaborazione ANMIL su dati INAIL - Banca dati statistica

PARTE II

Il Quadro medico

Domenico Della Porta, Medico del lavoro e Consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali del Senato

1. Rischio da sovraccarico biomeccanico e rischio psicosociale in Sanità

La posizione da lavoro è caratterizzata dal mantenimento di un atteggiamento armonico tra parti del corpo che devono avere un determinato equilibrio e parti del corpo che effettuano movimenti richiesti per realizzare una specifica attività lavorativa.

La necessità di assumere e mantenere una determinata posizione influisce su muscoli e tendini; apparato osteoarticolare; apparato circolatorio (venoso arterioso e distrettuale); organi endotoracici ed endoaddominali.

I fattori che favoriscono le malattie da posizione di lavoro (postura) sono principalmente legati:

- all'età: i lavoratori più giovani sono i più esposti;
- al sesso: le donne sopportano meno bene le posizioni scomode;
- alla costituzione: le donne longilinee sono le più vulnerabili;
- all'ambiente: le condizioni microclimatiche con carattere di umidità o caldo eccessivo sono certamente favorevoli;
- agli elementi da spostare: sollevare un essere umano senza ausili richiede sforzi muscolari con posture incongrue.

Le posture fondamentali che vengono assunte in un ambiente ospedaliero o in luoghi di ricovero e cura sono cinque; ma se si tiene conto delle sfumature esistenti per ognuna e degli accoppiamenti parziali che si possono avere tra loro, certamente diventano tantissime:

- posizione eretta: a terra, verticale asimmetrica, lateralizzata, asimmetrica, iperestesa;
- posizione seduta: su sgabello basso o alto rispetto alla seduta fisiologica, verticale, anteriore, posteriore;
- posizione accoccolata;
- posizione inginocchiata: unilaterale, bilaterale eretta, naticale;
- posizione di Millet (abbassata).

La patologia più evidente, nel complesso, che si registra tra le lavoratrici del comparto sanità è quella a carico dell'apparato mio-osteo-articolare; seguono le alterazioni degli organi endoaddominali e quindi quelle vascolari venose.

La patologia articolare predomina nella postura accoccolata; si estrinseca a carico delle ginocchia, delle anche, della colonna vertebrale. La localizzazione è evidente anche alle ginocchia, nella posizione inginocchiata, mentre maggiore localizzazione vertebrale si ha nella posizione di Millet.

Le alterazioni a carico degli organi toracici e soprattutto endoaddominali si hanno nelle posture che comportano la flessione anteriore del tronco.

Le turbe vascolari venose si registrano quasi esclusivamente nella postura con scarsa mobilità e permanenza in posizione eretta.

La posizione seduta è caratterizzata da ispessimento ed iperpigmentazione della cute a livello delle ultime vertebre lombari e delle prime sacrali. Il quadro clinico di questa posizione nelle lavoratrici comprende obesità, stipsi, emorroidi, deformazioni assiali della colonna vertebrale.

La prevenzione dei disturbi da movimentazione manuale di carichi.**Prevenzione primaria tecnica.**

Si tratta di un intervento squisitamente ergonomico, quindi con preminenza dell'elemento umano. È necessario pertanto evitare posture incongrue che richiedono carichi eccessivi o carichi non marcatamente eccessivi, ma ripetitivi. Ridurre gli sforzi muscolari statici. Ove tutto questo non sia possibile, è necessario inserire pause fisiologicamente attive. Modificare le tecniche di lavoro, studiando ed attuando apposite sedie, sgabelli, sostegni onde evitare i carichi statici e gli interventi muscolari di equilibrio.

Prevenzione primaria medica.

Alla visita di assunzione bisogna tenere in conto l'età, il sesso, la costituzione della lavoratrice evitando lavori particolarmente gravosi sotto il profilo posturale ai giovani, alle donne, ai longilinei.

È altresì necessario non giudicare idonei per attività di questo tipo flebopatici agli arti inferiori, reumopatici di qualunque genere e controllare con esame radiografico lo stato articolare e con prove di laboratorio mirate, l'eventuale presenza di patologia infiammatoria od immune con bersaglio articolare.

Prevenzione secondaria.

Non vi è regolamentazione per la periodicità del controllo medico. Il medico competente della struttura sanitaria deciderà quando effettuare i controlli radiografici rispetto anche all'età delle lavoratrici. È evidente che la comparsa di segni radiografici di patologia articolare deve comportare il cambio dell'attività lavorativa.

Prevenzione terziaria.

Prima di esprimere giudizio di idoneità lavorativa per soggetti che rientrano da malattia, bisogna accertarsi della natura e dell'entità della patologia sofferta. Se questa rientra nel quadro delle tecnopatie da postura, serve occorre controllare lo stato attuale per esprimere il giudizio definitivo.

Stress Lavoro Correlato (SLC) e lavoratrici del comparto Sanità.

Uno dei rischi emergenti per le lavoratrici del comparto Sanità è lo stress lavoro-correlato. Lo stress è un particolare stato di disagio psichico che può insorgere a seguito di sollecitazioni esterne a cui l'individuo non è in grado di far fronte, essendogli richiesto di fornire prestazioni superiori alla media sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. In ambito lavorativo diverse condizioni possono originare situazioni stressanti come i carichi di lavoro e di responsabilità, la rigidità dei compiti, i conflitti interpersonali, la monotonia del lavoro ed i turni, nonché lo stesso luogo in cui si lavora, se caratterizzato da odori, rumori, microclima ecc. Il tema delle differenze di genere in termini di salute e sicurezza sul lavoro assume particolare rilevanza anche in relazione al fenomeno del burn-out riveniente dall'elevato impegno lavorativo sul piano emotivo legato alle attività di assistenza a persone in condizione di non autosufficienza, sia in ambito domestico sia soprattutto in strutture ospedaliere e di cura, le cui criticità sono individuabili nell'orario di lavoro ovvero nel rischio chimico, fisico e biologico e nella tensione legata alla natura del lavoro ed all'organizzazione dello stesso. Tuttavia la non specificità e la multifattorialità delle patologie stress correlate rende difficile stabilire un nesso causale tra i disagi accusati dalle lavoratrici e l'esposizione allo stress lavoro correlato. Per valutare tale rischio si potrebbe ricorrere ad una serie di indicatori quali fuga, disimpegno, conflittualità interpersonale, alterazioni del comportamento ed ancora l'esposizione al rischio generico (ad es. orari prolungati, carenza di feedback organizzativi sulle prestazioni, ridotta attività formativa), le condizioni protettive (ad es. eventuali azioni di monitoraggio del mobbing, di compatibilità vita lavoro, di sostegno alla mobilità) e verificare con quale frequenza gli stessi ricorrono nei vari gruppi di lavoratori in modo da poter rilevare l'entità del fenomeno ed indicare i gruppi più esposti e le relative priorità di azione. Tale fase, tuttavia, deve essere integrata con la valutazione delle percezioni soggettive dello stato di stress, da attuarsi attraverso strumenti

di indagine quantitativi (questionari) e qualitativi (interviste e focus group) caratteristici della ricerca psico-sociale. Infatti, se da un lato, non è possibile indicare astrattamente per il rischio stress lavoro-correlato misure di prevenzione, dall'altro la correzione delle disfunzioni organizzative (miglioramento della struttura e dei processi di comunicazione, formazione dei dirigenti sull'adozione di stili di comando situazionali, creazione di gruppi di lavoro autonomi) ed il potenziamento della capacità degli individui di far fronte alle aspettative (intensificazione e miglioramento del feedback, arricchimento del sistema premiante e dei riconoscimenti, miglioramento del clima), rappresentano azioni di programmazione strettamente connesse. La fase valutativa dello stress correlato al lavoro potrebbe essere ben affiancata da una preventiva valutazione volta ad includere problematiche come le molestie sessuali e l'equilibrio lavoro-vita privata che tenga conto di ulteriori aspetti quali la flessibilità ed il miglioramento delle mansioni e dell'orario di lavoro ad evitare anche la già citata "crisi coniugale".

Invero, nell'ultimo anno, dalla stampa specialistica è emerso infatti anche il fenomeno delle frequenti "crisi coniugali" tra le donne chirurgo e le infermiere (L'Hora Digital, rivista spagnola, ediz. del 3.7.2013). Studi condotti a Barcellona hanno dimostrato infatti che negli ospedali di quella regione sono stati registrati il doppio dei divorzi rispetto a quelli che ordinariamente si verificano in un campione analogo della popolazione spagnola. Un risultato sovrapponibile, evidenzia la rivista L'Hora Digital, si è avuto anche in alcuni nosocomi del Regno Unito e degli Stati Uniti a conferma che alcune particolari condizioni lavorative sono alla base della stabilità coniugale. Tra i fattori di vulnerabilità elencati come causa di rottura di una unione matrimoniale viene indicato lo stress, alla base dell'esaurimento emotivo e generatore di irritabilità, gli orari di lavoro ostili con inattesi raddoppi di turni o improvvisi turni di notte (fenomeni che comportano che la famiglia e il coniuge siano considerati al secondo posto) l'eccessiva esposizione mediatica in seguito a verosimili errori medici.

Formazione e informazione

I rischi emergenti possono essere minimizzati e addirittura eliminati con la formazione e l'informazione. Nella normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro è fatto obbligo ai datori di lavoro di informare i lavoratori nonché i loro rappresentanti dei rischi specifici dovuti all'agente ed alle mansioni dei lavoratori medesimi e delle misure di prevenzione adottate. I programmi devono comprendere una parte strettamente legata al lavoro rappresentata dai rischi generici e specifici di processo e del rapporto uomo/donna-attrezzature-ambiente ed un'altra più generica su comportamenti e stili di vita caratteristici.

Particolare attenzione va dedicata alle donne per il cumularsi del doppio lavoro (casa e ospedale) e soprattutto per la tutela della sua funzione riproduttiva (la cosiddetta "salute riproduttiva") che costituisce "l'anello debole" della tutela della salute della donna nel lavoro. L'informazione deve essere approfondita nei suoi dettagli circa la potenziale nocività delle sostanze chimiche, di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, onde evitare gravidanze a rischio, aborti, malformazioni, handicap neonatali e prenatali.

2. I rischi chimici più frequenti

Da gas di uso medico

Tra i gas usati in ambiente ospedaliero a scopo medico sono compresi gli anestetici, gli sterilizzanti, quelli usati a scopo di laboratorio (idrogeno, aria, azoto, ecc.) ed i radionuclidi usati in medicina nucleare. Non devono ovviamente classificarsi come gas medicali quelle sostanze, come l'alcool etilico che, pur potendo essere presenti come vapori negli ambienti, vengono usati solo allo stato liquido.

L'esposizione a gas anestetici secondo dati epidemiologici rilevati dalla letteratura può provocare:

- nelle donne addette alle sale operatorie (infermiere e medico) è descritto un rischio di aborti spontanei tra 1,3-2 volte superiore a quello delle colleghe non esposte;
- fra i nati vivi delle lavoratrici esposte a sostanze anestetiche vi è un significativo aumento delle malformazioni congenite; un aumento delle malformazioni si è registrato anche nei figli degli anestesisti maschi;
- nelle donne esposte vi sarebbe un aumento di tumori, rispetto alle colleghe non esposte;
- vi è un aumento delle epatopatie sia nei maschi che nelle femmine esposte;
- vi è un aumento delle malattie renali solo nelle donne esposte.

I predetti danni possono essere evitati innanzitutto attraverso il corretto impiego della strumentazione di anestesia nelle varie fasi di utilizzazione. Tale attenzione garantisce un decremento dell'ordine del 50-70% dell'inquinante. Si possono adottare sistemi di captazione passiva ricorrendo a semplici tubi che convogliano all'esterno i gas di scarico. Esistono maschere a tenuta e provviste di innesto per sistemi di bonifica che possono essere usate per interventi operatori non effettuabili "in intubazione". Un elemento da considerare con attenzione è costituito dal controllo e dalla revisione tecnica degli impianti di ventilazione e degli strumenti di anestesia con sostituzione immediata di qualsiasi parte deteriorata. Occorre che tali operazioni avvengano periodicamente e siano effettuate da personale tecnico qualificato.

L'esposizione a formaldeide, usata largamente come fissativo dei tessuti biologici e come agente sterilizzante chimico, non desta particolare preoccupazione in quanto, nelle corrette e normali condizioni di lavoro, non si registra il superamento del limite consentito. Solo in situazioni e momenti particolari (apertura di autoclavi, dissigillatura di locali in disinfezione) vi può essere il rischio di superare tali limiti. In queste circostanze si ricorre obbligatoriamente all'uso di idonei dispositivi di protezione individuale (DPI).

3. Il Rischio biologico e il rischio da ferite

Sul rischio biologico in ambienti ospedalieri esistono in realtà dati nazionali ufficiali, quali potrebbero essere quelli di fonte INAIL. Un'indagine condotta dalla Associazione Italiana dei Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione in ambito sanitario (AIRESPPSA) ha evidenziato che le esposizioni a rischio biologico negli operatori sanitari sono molto frequenti e rappresentano circa il 40% di tutti gli infortuni segnalati. I dati maggiormente rappresentativi della situazione italiana derivano dallo Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani". I dati accumulati in questi anni hanno consentito di avere una profonda conoscenza scientifica non solo della frequenza, delle cause e delle modalità che conducono all'esposizione occupazionale o del rischio di contrarre un'infezione, ma anche delle misure di prevenzione attuabili. Il 75% delle esposizioni sono di tipo percutaneo: causate, cioè, da punture accidentali provocate da aghi o da altri dispositivi taglienti contaminati con sangue le cui indicazioni preventive sono state pubblicate in un decreto di marzo 2014. Il rimanente 25% è costituito da esposizioni mucocutanee, cioè dal contatto accidentale di materiale biologico potenzialmente infetto con le mucose o con la cute non integra dell'operatore (ad esempio uno schizzo di sangue negli occhi o sulle labbra).

Per quanto riguarda il rischio di contrarre un'infezione è necessario ricordare che gli operatori sanitari sono esposti a numerosi agenti patogeni e l'elenco dei casi di infezioni occupazionali riportati comprende la maggior parte dei microrganismi conosciuti e di quelli emergenti. Il pericolo è diffuso in tutte le fasi di assistenza ai pazienti e/o manipolazione di materiali biologici. Le precauzioni standard indicano le misure di prevenzione di base da applicare con tutti i pazienti e i loro materiali biologici tra le quali spiccano l'igiene delle mani, i mezzi di protezione individuali e una attenta manipolazione degli aghi e altri taglienti. Le espo-

sizioni percutanee rappresentano un evento estremamente frequente nelle strutture sanitarie; fra i molti patogeni trasmissibili per via ematica acquisiti attraverso tale modalità quelli più rilevanti sono l'HIV e i virus dell'epatite B (HBV) e C (HCV). Di questi HBV è l'unico per il quale sia disponibile un vaccino altamente efficace e sicuro ma la copertura della vaccinazione negli operatori sanitari non è ancora ottimale. Per l'HIV e l'HCV la probabilità di contagio a seguito di un singolo infortunio, quale la puntura con un ago utilizzato su un paziente infetto, è mediamente inferiore all'1%; in alcuni casi però le caratteristiche dell'infortunio e la contagiosità della fonte rendono il rischio significativamente più alto. Tale apparentemente bassa probabilità di trasmissione di queste infezioni per una singola esposizione non deve far dimenticare che nella pratica medica le occasioni di esposizione al rischio biologico sono innumerevoli.

Sulla base dei dati disponibili si stima che le sole esposizioni percutanee negli operatori sanitari ammontino, nel nostro Paese, ad almeno 100.000 eventi all'anno, dei quali solo la metà viene regolarmente segnalata.

Come è noto, tra i lavoratori del comparto sanità le donne sono complessivamente la larga maggioranza, in particolare tra gli infermieri. Poiché la maggior parte degli atti sanitari potenzialmente a rischio è eseguita da infermieri, proprio questi risultano - in numeri assoluti - essere i più esposti. Dalle nostre consolidate statistiche risulta che gli operatori sanitari vittime di un'esposizione accidentale di tipo percutaneo (puntura o ferita) sono per oltre i due terzi infermieri e conseguentemente in gran parte donne.

Non c'è alcuna correlazione di genere invece per quanto riguarda la possibilità di contagiarsi.

È quasi superfluo sottolineare l'impatto che può avere un'esposizione a rischio di infezione in una donna in gravidanza o in pianificazione della gravidanza.

In realtà la segnalazione degli infortuni e la loro registrazione ed analisi sono obblighi previsti dal Decreto Legislativo 81 del 2008, il cosiddetto Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Molto spesso però il sistema di registrazione è generico e formale ma non raccoglie informazioni tali da permettere un'analisi esaustiva. Diversi studi hanno inoltre dimostrato che circa la metà delle esposizioni non viene segnalata per molteplici motivi tra i quali c'è una errata percezione del rischio ed un percorso di segnalazione troppo complicato e burocratizzato.

Statisticamente l'esecuzione dei prelievi di sangue, dei posizionamenti di cateteri periferici intra-venosi, delle somministrazioni di farmaci per via endovenosa, parenterale e sottocutanea rappresentano le procedure per le quali è stata osservata la più elevata incidenza di infortuni. Molto frequenti e molto spesso non segnalati sono anche gli infortuni che avvengono durante gli interventi chirurgici.

Gli aghi a farfalla e i cateteri vascolari sono i dispositivi più frequentemente implicati come causa di infortunio. Trattando inoltre di aghi cavi utilizzati in vena o arteria gli infortuni che ne derivano sono a maggior rischio di infezione in caso di paziente fonte infetto per la maggiore quantità di sangue inoculato.

Casi di infezione sono però stati segnalati anche per ferite con taglianti solidi quali lancette per i prelievi capillari o aghi da sutura e bisturi in chirurgia e, più raramente, per iniezione sottocutanea o intramuscolare.

Di grande importanza è la contagiosità del paziente fonte, espressa dai valori di viremia.

La prevenzione

Esistono precise indicazioni sugli interventi da adottare in seguito ad un infortunio a rischio biologico. La prima misura immediata in caso di puntura è quella di favorire delicatamente il sanguinamento dalla ferita, lavare con acqua e sapone e disinfettare la sede di lesione.

Al più presto poi l'infortunato dovrà segnalare l'infortunio e accedere al servizio individuato per la gestione di questi casi. Innanzi tutto è necessario stimare il rischio, cioè analizzare nel dettaglio le modalità di esposizione (tipo di ago, profondità della ferita, presenza di sangue). Allo stesso tempo è necessario confermare

od escludere la presenza di agenti patogeni trasmissibili per via ematica: il paziente fonte deve essere informato e deve essere chiesto il consenso all'esecuzione degli esami necessari quali i test per HIV e HCV. I risultati degli esami del paziente fonte, da acquisire al più presto, e la sua storia clinico-epidemiologica unitamente alla valutazione del rischio per lo specifico infortunio guideranno il comportamento successivo. In caso di paziente portatore di infezioni trasmissibili con il sangue, dovrà essere definito il programma di controlli clinici e di laboratorio da effettuare nei mesi successivi l'incidente e valutare la necessità di una eventuale profilassi post-esposizione da somministrare all'operatore infortunato. L'operatore dovrà essere informato circa le precauzioni alle quali dovrà attenersi per la durata della sorveglianza, da 3 a 12 mesi, quali ad esempio la necessità di proteggere i rapporti sessuali o di rimandare un progetto di maternità, non donare sangue. In alcuni casi può essere necessario rimuovere temporaneamente l'operatore da alcuni dei suoi incarichi consueti. È talora inoltre opportuno supportare l'operatore anche dal punto di vista psicologico: i mesi di incertezza che spesso lo attendono e il timore che la vicenda possa concludersi con una malattia cronica grave possono, infatti, suscitare un'ansia profonda.

Un'analogia gestione dovrà essere messa in atto nel caso, piuttosto frequente, in cui i dati del paziente fonte non siano disponibili.

È importante sottolineare che tutta la gestione di un infortunio a rischio biologico sopra descritta comporta un'organizzazione ben pianificata e collaudata e risorse destinate.

PARTE III

Il Quadro giuridico

Maria Giovannone, Direttore Scientifico ANMIL Sicurezza

1. I rischi classici e quelli emergenti del settore sanitario nello scenario internazionale e comunitario: una visione d'insieme.

L'**Organizzazione Mondiale della Sanità** descrive il comparto sanitario come quel settore composto da persone, istituzioni e risorse organizzate insieme in esecuzione di politiche e regole prestabilite per promuovere, recuperare e mantenere la salute. Esso include i ministri dei singoli governi e i relativi dipartimenti, gli ospedali e tutte le forme di servizi, le varie tipologie di assicurazione sanitaria e le altre organizzazioni sanitarie private, ivi incluse le industrie farmaceutiche. Dal canto loro le **Nazioni Unite**, attraverso **The United Nations International Standard Industrial Classification del 2013**, categorizzano le attività di assistenza e cura sanitaria e sociale e i provvedimenti inerenti a queste materie. All'ampiezza del settore, è correlata la sua strategicità sociale ed economica, oltre che occupazionale.

Invero, come evidenziato dalla **Commissione Europea nel Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce** del 2013, il settore sanitario svolge un ruolo cruciale per il raggiungimento degli obiettivi della strategia Europa 2020, contribuendo alla salute e al benessere generale dei lavoratori e della società nel suo complesso. Dall'altra parte il settore sanitario è un "datore di lavoro" rilevante la cui importanza sta crescendo in un contesto caratterizzato da profondi mutamenti demografici, economici, sociali ed organizzativi che impattano necessariamente sul mercato e sulle condizioni di chi vi opera. Inoltre, sebbene la domanda di lavoro nel settore sia destinata ad innalzarsi, la letteratura internazionale mostra come gli addetti siano spesso esposti a condizioni di lavoro meno sicure se comparati con coloro che possiedono un pari livello di specializzazione e di preparazione tecnica operanti in comparti differenti; questo pare derivare anche dalla necessaria operazione di contingentamento dei costi e di innalzamento della produttività che sta investendo il settore sanitario in particolare.

In questo contesto, le politiche internazionali, comunitarie e nazionali in materia di lavoro dedicano una particolare attenzione alle problematiche legate alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori del settore sanitario, partendo dalla consapevolezza della grande rilevanza sociale che lo stesso ricopre e della necessità di tutelare la persona che opera in questo ambito e garantire, al tempo stesso, un servizio di qualità in grado di tutelare e preservare la salute e la sicurezza degli utenti finali. Peraltro la molteplicità di compiti e di attività cui i lavoratori del settore si dedicano, data anche la varietà di professionalità presenti, li espone ad una pluralità di rischi, molto spesso concomitanti e compresenti in tutte le aree di lavoro (vedi sul punto lo studio di **Eurofound, More and Better Jobs in Home-Care Services, 2013**).

Di questi rischi alcuni sono più noti e, di conseguenza, più ampiamente censiti dalla letteratura internazionale e più dettagliatamente regolamentati a livello normativo. È questo il caso dei rischi riconducibili agli agenti biologici, chimici e fisici nocivi, nel cui ambito, ad ogni modo si vanno comunque delineando ulteriori varianti legate soprattutto all'impiego di nuovi materiali (come i nanomateriali) o alla comparsa di nuove forme batteriche e virali.

Altri sono invece segnalati dalla letteratura e dalle istituzioni internazionali come rischi emergenti e per questo meno conosciuti da un punto di vista scientifico, oltre che più scarsamente regolamentati da un punto di vista giuridico ed organizzativo. Al riguardo, il riferimento va in particolare ai rischi di natura ergonomica, in cui si possono appunto ricondurre i disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico sopra analizzati,

e i rischi di natura psicosociale come lo stress lavoro-correlato, il *burn-out* e la violenza che interessano in modo molto più significativo la popolazione lavorativa femminile. Una evidenza, questa, che introduce necessariamente una forte componente di genere e di mainstreaming nelle pratiche di prevenzione, valutazione e gestione dei rischi, la cui interazione pare essere particolarmente diffusa nel settore. Invero proprio sulla importanza della prospettiva di genere nella gestione della salute e della sicurezza nel settore **il report dell'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, *Mainstreaming gender into occupational safety and health practice* del 2014** che, nel passare in rassegna un'ampia varietà di casi-studio relativi alla popolazione femminile di diversi comparti nell'ambito dei Paesi europei ed extraeuropei, mette in luce i punti di forza e le persistenti vulnerabilità delle pratiche di gestione del rischio da differenze di genere nell'ambito sanitario.

Dal canto suo, proprio con riferimento alla violenza fisica e morale sul luogo di lavoro, il report **Eurofound *Physical and psychological violence at the workplace* del 2013** evidenzia come la violenza sul lavoro si manifesti soprattutto nei confronti delle donne più giovani e come il settore sanitario sia tra quelli maggiormente interessati da questo fenomeno, tanto è vero che nel settembre 2010 l'associazione datoriale Europea del settore ospedaliero e dell'assistenza sanitaria ha sottoscritto, insieme alle parti sociali europee rappresentative del settore della security aziendale, della educazione, dei servizi pubblici e del commercio, linee-guida multisettoriali per la gestione della violenza sul luogo di lavoro perpetrata da parte di soggetti terzi. In molti paesi europei, del resto, il settore sanitario spicca tra quelli in cui, a prescindere dalla differenze definitorie dei rischi psicosociali e dalle diverse modalità di regolamentazione di tali fattispecie, le parti sociali si adoperano per l'adozione di strumenti operativi e buone pratiche per la gestione del rischio da stress e da violenza sul lavoro (vedi sul punto il report congiunto di Eurofound e dell'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro *Psychosocial risks in Europe Prevalence and strategies for prevention* pubblicato nel 2014).

A questo quadro si aggiungono quelle tipologie di rischio riconducibili alla introduzione di nuove tecnologie, di cui non sempre si conoscono gli effetti sulla salute e la sicurezza dei lavoratori. L'tipicità, la maggiore difficoltà di misurazione e di confinamento entro limiti tabellari della loro presenza nei luoghi di lavoro, in uno con la connaturata componente organizzativa, sociale e relazionale, rendono questi fattori particolarmente insidiosi da un punto di vista prevenzionale e gestionale, tanto da suscitare l'attenzione delle istituzioni e delle parti sociali, a livello internazionale, comunitario e nazionale sulla predisposizione di misure normative vere e proprie e sulla individuazione di buone pratiche da diffondere e consolidare. Al riguardo, a livello comunitario, **HOSPEEM – European Hospital and Healthcare Employers' Association ed EPSU – European Federation of Public Service Unions**, nell'ambito del *Joint Work Programme sull'European Sectoral Social Dialogue in the Hospital Sector 2014-2016*, hanno indicato tra le priorità la individuazione di buone prassi per la gestione dei disturbi muscolo-scheletrici e dei rischi psicosociali e per la gestione delle differenze di genere nel settore, con il supporto del dialogo sociale.

La spinta motivazionale in tale direzione è quindi particolarmente forte nel settore sanitario considerato che esso occupa un numero elevato di persone (di cui molte donne) e che è preposto ad erogare servizi posti a presidio di un valore fondamentale - quale appunto la tutela della vita e della salute delle persone - che richiede ai lavoratori del comparto una performance lavorativa di livello sempre più elevato, sia che si tratti di dipendenti di una struttura sanitaria o di cura sia che si faccia riferimento a liberi professionisti qualificati, operanti tanto in un contesto aziendale quanto in ambito domiciliare e domestico.

Sul punto conviene l'OECD che, nel report *Health at a Glance* pubblicato nel 2014, ha sottolineato che l'altissima qualità del servizio sanitario nei Paesi presi in esame, è un valore che va preservato, tra l'altro, anche attraverso la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e la migliore formazione del personale; ciò in un contesto normativo in cui la componente formativa dedicata alla salute e alla sicurezza sul lavoro assume una rilevanza ancor più grande data la natura degli utenti

finali del servizio sanitario nazionale. Invero il settore sanitario incorpora, anche a livello internazionale e comunitario, una serie di sottocategorie. Le attività sono diverse e spaziano dalla cura offerta dai medici professionisti in ospedale e in strutture sanitarie alla attività di cura residenziale/domiciliare che coinvolgono sia cure alla salute che cure alla società e che possono non coinvolgere professionisti sanitari. L'andamento dei dati sul mercato del lavoro nel settore evidenzia una richiesta maggiore ma al tempo stesso una necessità, a livello mondiale, di riduzione dei costi dei sistemi sanitari, esigenze che pongono una richiesta di formazione continua per l'aggiornamento e il rinnovamento degli skill professionali direttamente funzionali alla alta performance e alla produttività del settore.

Tali fattori risentono fortemente del mantenimento di ottime condizioni di sicurezza sul luogo di lavoro e di una costante motivazione degli addetti. Inoltre, se alle categorie professionali sopra analizzate aggiungiamo quella del lavoro in ambito domestico, che non è oggetto specifico della presente indagine, il quadro diventa ancor più complesso, considerato che si tratta di operatori spesso informali e migranti, particolarmente vulnerabili sotto il profilo del trattamento economico che di quello afferente alla sicurezza. Per questi addetti il lavoro è dunque nel complesso giuridicamente meno tutelato rispetto a quello di coloro che operano presso o per conto delle istituzioni sanitarie propriamente dette, presso istituti privati senza fini di lucro, ovvero come professionisti qualificati.

Alla luce di queste valutazioni, nell'indagare sul settore, la letteratura e le istituzioni internazionali e comunitarie oggi analizzano in modo particolare le modalità con cui i singoli rischi per la salute e la sicurezza degli addetti possano essere influenzati dai mutamenti economici, sociali, demografici ed organizzativi del lavoro e come a sua volta essa possa impattare sulla qualità dei servizi erogati, tenendo conto dei diversi modelli di assistenza sanitaria attualmente vigenti.

Proprio in questa prospettiva metodologica si è svolto al riguardo lo studio dello scorso novembre 2014 della Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza nei luoghi di lavoro, *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*, con lo scopo di rappresentare lo stato dell'arte sulla salute e la sicurezza nel settore sanitario nei Paesi Membri, nei paesi EFTA e in quelli candidati. Lo studio ha passato in rassegna la letteratura scientifica internazionale e la reportistica delle organizzazioni europee e internazionali sul tema (ivi inclusi i report dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro e della Organizzazione mondiale della sanità). Parallelamente l'Agenzia, attraverso il supporto dei suoi focal point nazionali, ha disseminato un questionario rivolto ai principali centri di ricerca al fine di ottenere risposte ad una serie di domande sui principali trend in termini sociali, organizzativi, giuridici ed economici del settore nella prospettiva di mettere in correlazione tali fattori con la esposizione dei lavoratori ai rischi tradizionali ed a quelli emergenti. Dall'indagine emerge chiaramente che la protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori del settore e il mantenimento di elevati livelli di qualità del servizio erogato sono strettamente correlati e direttamente proporzionali alla capacità da parte dei governi nazionali di elaborare politiche, regole giuridiche e buone prassi capaci di intercettare e gestire i cambiamenti sociali, demografici, economici ed organizzativi in atto. Con particolare riferimento ai rischi emergenti, poi, si rileva come la probabilità di esposizione è in certi casi direttamente collegata ai cambiamenti in atto nella società e nel settore, in altri vi è collegata solo indirettamente.

Più in particolare con riferimento al rischio biologico si evidenzia come lo stesso possa crescere quando si ha a che fare con la cura di lavoratori che viaggiano, più inclini pertanto a contrarre affezioni batteriche resistenti. Il rischio è destinato a crescere e riguarda un ampio raggio di professionalità, al punto da richiedere l'impiego di misure di prevenzione e protezione aggiuntive. Le stesse conclusioni possono trarsi con riferimento ai rischi chimici destinati a crescere con l'impiego di nuovi materiali, come i nanomateriali; così pure per i rischi fisici da radiazioni, la crescita può essere correlata all'impiego di nuove tecnologie. Volgendo lo sguardo ai profili economici, l'Agenzia evidenzia inoltre come la crisi in atto possa portare ad un restringimento degli investimenti in dispositivi di protezione individuale.

Dal punto di vista organizzativo l'eccessivo carico e l'alto numero di ore di lavoro continua a destare particolare preoccupazione. D'altro canto sotto il profilo psicosociale i rischi riconducibili allo stress, alla violenza sul luogo di lavoro, alla difficoltà di conciliazione vita-lavoro e all'esaurimento emotivo da burn-out sono - insieme ai fattori di natura ergonomica, ai disturbi muscolo-scheletrici e all'introduzione di nuove tecnologie (come ad esempio la telemedicina) - i fenomeni di più urgente intervento nell'ambito della ricerca scientifica e in quello normativo, ma ancora prima per la individuazione e la sperimentazione di buone pratiche di gestione che vedano possibilmente il coinvolgimento delle parti sociali.

Alla luce di tali evidenze, pur nella consapevolezza della complessità del settore e della molteplicità dei fattori di rischio (vecchi e nuovi) ad esso riconducibili, con il presente studio si è voluto puntare l'attenzione sui profili di maggiore vulnerabilità oggettiva e soggettiva che lo pervadono, in un contesto normativo che a tali fattori non appresta ancora un quadro di tutele e di regole completo e dettagliato, come si avrà modo di vedere nei paragrafi che seguono.

Invero attraverso l'analisi di tali principali forme di vulnerabilità ci si pone l'obiettivo di fornire un contributo all'operato degli stakeholders pubblici e privati nella individuazione di strumenti organizzativi e giuridici e di buone pratiche che aiutino a rendere il settore più sicuro e al contempo più produttivo e più funzionale all'obiettivo di tutelare la salute dell'intera popolazione.

2. IL QUADRO ITALIANO

2.1 La dimensione di genere quale "filtro" per la valutazione e la gestione dei rischi in Sanità

Volgendo lo sguardo al contesto nazionale e alle regole del sistema giuridico italiano in materia di prevenzione e gestione dei rischi ergonomici e psicosociali, va subito chiarito che non tutte le fattispecie di rischio prese in considerazione fino ad ora hanno ricevuto una compiuta regolamentazione nell'ambito della normativa di legge cogente dettata dal D.lgs. n. 81/2008 (cosiddetto Testo Unico della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) che oggi rappresenta il principale punto di riferimento in materia. Invero, se una specifica disciplina è ormai vigente in tema di valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato e in tema di rischio da sovraccarico biomeccanico, meno organico è l'intervento del legislatore in materia di burn-out e di violenza nei luoghi di lavoro, tematiche rispetto alle quali è opportuno fare ricorso ai principi contenuti nei documenti di derivazione comunitaria ovvero a disposizioni normative più ampie presenti nel nostro ordinamento, in materia civile, penale e previdenziale, tenendo presente che alla sua scarsa organicità fanno talvolta da contrappeso la prassi giurisprudenziale e quella contrattuale.

In generale, poi, le disposizioni normative esistenti in materia, hanno un ambito di applicazione oggettivo e soggettivo trasversale a tutti i comparti produttivi (non specificamente dettate per il settore sanitario) e alle varie figure professionali, a prescindere dal sesso del lavoratore. Resta dunque in capo a chi applica la norma il compito di articolare le disposizioni in materia in modo adeguato alle specificità organizzative del settore sanitario tenendo conto, in questo ambito, della dimensione di genere. Proprio la prospettiva di genere, infatti, deve dunque fungere da "collante" e da filtro di ogni attività di valutazione e gestione dei rischi qui analizzati, considerato che la loro incidenza è più intensa sulla popolazione lavorativa di sesso femminile.

Questo approccio, al fine di realizzare una valutazione dei rischi differenziale, ha ormai da tempo introdotto nel nostro sistema normativo un'ottica di *mainstreaming* di genere, un concetto nato nell'ambito delle Nazioni Unite che è stato poi molto chiaramente definito dalla Commissione europea come "*l'integrazione sistematica delle rispettive situazioni, priorità e necessità delle donne e degli uomini in tutte le politiche, nell'intento*

di promuovere la parità fra donne e uomini e mobilitare tutte le politiche e le misure generali per raggiungerla ed attuarla, tenendo conto fin dalla fase di pianificazione, apertamente ed attivamente, dei loro effetti sulle situazioni rispettive delle donne e degli uomini nelle fasi di attuazione, monitoraggio e valutazione”.

Nel nostro Paese la dimensione di genere nella normativa in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro è stata espressamente introdotta dall'art. 28, comma 1, del D.lgs. n. 81/2008. La disposizione prevede che il datore di lavoro ha l'obbligo di valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari; tra i rischi particolari la norma espressamente menziona quelli relativi alle lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere (S. Ferrua, M. Giovannone, M. Tiraboschi, Gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari e tipologie di lavoro flessibile: la valutazione del rischio, in M. Tiraboschi, L. Fantini (a cura di), Il Testo unico della salute e sicurezza sul lavoro dopo il correttivo, Giuffrè, 2009, 569-570). L'obiettivo è appunto quello di apprestare una tutela specifica a favore della donna lavoratrice in tutte le fasi della sua vita e non solo con riferimento al periodo della gravidanza e del puerperio.

La valutazione del rischio relativa alle lavoratrici gestanti e puerpere è disciplinata invece dal D.lgs. n. 151/2001 che vieta l'adibizione della lavoratrice, durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di età del figlio, al trasporto e al sollevamento di pesi, nonché ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri o che espongono a radiazioni ionizzanti; in questo caso vi è l'obbligo di assegnare la lavoratrice ad altra mansione o, se impossibile, il servizio ispettivo del Ministero del lavoro dispone l'interdizione dal lavoro.

Nel caso in cui le lavoratrici non siano addette ai lavori vietati, il datore deve comunque valutare se vi sono rischi per la salute delle lavoratrici gestanti e puerpere. Ove siano rilevati dei rischi, il datore di lavoro deve adottare le misure di prevenzione e protezione. Se ciò non fosse possibile, il datore di lavoro deve adibire la lavoratrice ad altra mansione, anche inferiore, dandone contestuale informazione scritta al servizio ispettivo del Ministero del lavoro competente per territorio. Infine, se anche tale misura non può essere attuata, il servizio ispettivo può disporre l'interdizione dal lavoro per il periodo massimo da tre mesi precedenti la data presunta del parto, fino al compimento dei sette mesi di età del bambino (per approfondimenti vedi S. Bertocco, Contenuto della valutazione dei rischi, in F. Carinci, E. Gragnoli (a cura di), Codice commentato della sicurezza sul lavoro, Utet, 2010, 299).

Tornando invece alla valutazione dei rischi connessi alle differenze di genere, di cui all'art. 28 del D.lgs. n. 81/2008, si tratta di un'operazione molto complessa rispetto alla quale il legislatore non segnala né linee-guida né normative ulteriori.

Come evidenziato da S. Ferrua, Rapporto Eu-Osha la prospettiva di genere nelle politiche per la salute e la sicurezza sul, in DRI n. 1/2015, *“Nella gestione di questo adempimento il datore di lavoro deve partire dalla considerazione del ruolo socio-culturale delle donne e della diversità biologica e fisica esistente tra donne e uomini. Ciò impone al datore di lavoro di introdurre una pianificazione del lavoro che preveda orari brevi o flessibili in occupazioni stabili, che non vincoli la lavoratrice in attività dalle scarse prospettive professionali e che permetta una conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro garantendo un equilibrio tra responsabilità familiari e professionali. L'organizzazione va quindi impostata in modo da superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, nei confronti dei dipendenti con pregiudizio alla formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera ovvero nel trattamento economico e retributivo. In sostanza, occorre eliminare qualsiasi discriminazione, diretta e indiretta, e valutare possibili rischi di molestie, anche sessuali.*

Molto spesso si tratta di molestie ambientali riconducibili a condotte continuate nel tempo che creano situazioni intimidanti, ostili e offensive. All'individuazione di tali discriminazioni deve seguire l'introduzione di strumenti e procedure idonei a prevenirle. In virtù di tale approccio, una valutazione dei rischi che tenga conto delle differenze di genere deve considerare i tratti fisici, biologici, culturali e sociali nella loro interazione con l'organizzazione e con le caratteristiche dell'attività lavorativa. Tali differenze devono essere evidenziate sia

per i rischi ambientali (chimici, fisici, biologici, cancerogeni, ergonomici, meccanici) sia per quelli di tipo organizzativo e psicosociale (mobbing, burnout, molestie, violenze anche sessuali)”.
 Come evidenziato dalla Agenzia Europea per la salute e sicurezza sul lavoro, nel report **Mainstreaming gender into occupational safety and health practice del 2014**, la valutazione dei rischi sensibile alle differenze ha come premessa la consapevolezza che gli uomini e le donne non sono uguali e anche le rispettive professioni, condizioni lavorative e modalità di trattamento sono diverse.

Questa operazione deve tener conto di una serie di una strategia articolata volta alla integrazione della dimensione di genere nella pianificazione, nell'amministrazione e nelle lavorazioni aziendali, anche attraverso lo sviluppo di buone pratiche.

Proprio in tema di buone prassi, va segnalato inoltre che l'art. 6, co. 8, lett. l) D.lgs. n. 81/2008 prevede che la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha il compito di “promuovere la considerazione della differenza di genere in relazione alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di prevenzione”; questo può farlo anche attraverso la validazione di buone prassi ai sensi dell'art. 2, co. 1, lett. v) del D.lgs. n. 81/2008.

Tali buone pratiche, secondo le indicazioni contenutistiche fornite dal Ministero del lavoro, per essere validate devono poter evidenziare i seguenti aspetti:

- inserimento della valorizzazione della dimensione di genere all'interno della valutazione dei rischi;
- prevenzione dello stress lavoro-correlato in ottica di genere;
- nuove misure a tutela del malato, con particolare riferimento al malato oncologico o affetto da malattie cronico-degenerative, o di suo familiare;
- programmazione della formazione, informazione e comunicazione in ottica di genere.

Si segnala da ultimo che in attuazione dell'art. 1, co. 8 e 9 della Legge 10 dicembre 2014, n. 183 (cosiddetto Jobs Act), lo scorso 20 febbraio è stato adottato lo schema di decreto legislativo del Governo Renzi in tema di conciliazione vita-salute-lavoro; il testo normativo, che ha modificato diverse disposizioni del D.lgs. n. 151/2001, è destinato ad avere un impatto positivo anche sulla gestione della dimensione di genere, nel settore pubblico e privato, di cui potranno certamente beneficiare anche le lavoratrici del comparto Sanità.

2.2. I rischi psicosociali: lo stress lavoro-correlato e il burn-out.

Lo stress lavoro-correlato

Anche l'obbligo di valutazione dello stress lavoro-correlato è disciplinato dall'art. 28 del D.lgs. n. 81/2008. L'articolo 28, comma 1, ne prevede che “la valutazione dei rischi [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 [...]”.

Tale disposizione, già all'indomani della sua approvazione, aveva destato non poche difficoltà interpretative e applicative, determinate principalmente dal fatto che sia l'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 sia l'accordo interconfederale del 9 giugno 2008 che lo ha recepito, fornivano criteri e parametri troppo generici per poter essere utilizzati con la certezza che, al contrario, merita un obbligo sanzionato penalmente. Ciò sia con riferimento alle indicazioni metodologiche operative, ai fini dell'attività di valutazione dei rischi da stress, sia per quanto concerne le misure finalizzate a prevenire, ridurre ed eliminare i problemi di stress. Queste sono le ragioni alla base delle ripetute proroghe del termine di entrata in vigore del relativo obbligo, prima al 16 maggio 2009 e successivamente al 1° agosto 2010.

Tuttavia, a partire già dalla prima data, la disposizione in oggetto era divenuta vigente ed i datori di lavoro in mancanza di provvedimenti legislativi o regolamentari che fornissero indicazioni operative chiare ed uniformi in tutto il territorio nazionale si sono trovati in forte difficoltà sia per quanto concerne l'individuazione delle cosiddette "aree critiche", secondo i parametri stabiliti dall'accordo interconfederale, sia nel mettere a punto una valida metodologia di valutazione e gestione organizzativa del rischio. Invero, come rimarcato dagli organismi comunitari e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, lo stress è un fenomeno allarmante non solo per l'individuo – poiché può comportare disturbi psicologici e fisici – ma anche per le aziende producendo assenteismo, frequente avvicendamento del personale, problemi disciplinari, comunicazione aggressiva e, di conseguenza, riduzione della produttività, bassa qualità del prodotto, maggiore frequenza degli infortuni. Dunque, la mancata o inadeguata gestione di tale fenomeno determina elevati costi sia per la salute dei lavoratori e per l'equilibrio delle loro famiglie che per le aziende e la collettività tutta (si pensi, in particolare, all'aumento dei costi legati alle spese mediche ed agli indennizzi).

Per fronteggiare tali difficoltà, il correttivo al Testo Unico sicurezza (D.lgs. n. 106/2009) ha espressamente investito la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (organo consultivo tripartito istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) di elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato (art. 6, co. 8, lett. m-quater). Il correttivo ha ribadito e rafforzato il principio in forza del quale la valutazione dei rischi da lavoro, obbligo del datore di lavoro pubblico e privato e attività pregiudiziale a qualsiasi intervento di tipo organizzativo e gestionale in azienda, deve comprendere "tutti i rischi" per la salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori. Non solo, quindi, i fattori di rischio "tradizionali" (come, ad esempio, i rischi relativi all'uso di sostanze pericolose o di macchine), quanto anche rischi di tipo "immateriale", tra i quali, espressamente, quelli che riguardano lo stress lavoro-correlato, quale definito dal citato accordo europeo.

Per effetto dello stesso l'entrata in vigore della valutazione del rischio stress lavoro-correlato decorreva così "dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a far data dal 1° agosto 2010" (articolo 28, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 81 del 2008, così come modificato dal decreto legislativo n. 106 del 2009).

In verità, instauratosi nel febbraio 2010, il Comitato tecnico n. 6 impegnato in seno alla Commissione nella attività istruttoria, dibattimentale e redazionale relativa alle suddette indicazioni metodologiche, tale termine di decorrenza è stato ulteriormente prorogato al 31 Dicembre 2010.

La metodologia per la valutazione e la gestione dello stress sul luogo di lavoro, per espressa indicazione di legge (art. 28, D.lgs. n. 81/2008) è stata dettagliatamente disciplinata solo con la Lettera circolare contenente le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio stress lavoro correlato, emanata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il 18 novembre 2010.

Tali indicazioni sono vincolanti per tutti i datori di lavoro, pubblici e privati, quindi anche per il settore sanitario, e costituiscono il livello minimo di tutela che gli stessi devono garantire a tutti i lavoratori nella valutazione e nella gestione dello stress lavoro-correlato. Misure ulteriori e aggiuntive possono essere adottate dai datori di lavoro, ma questi ultimi sono sempre tenuti a rispettare i contenuti minimi delle suddette indicazioni ministeriali.

L'adozione del documento ha inteso superare le difficoltà operative ripetutamente segnalate in ordine alla individuazione delle corrette modalità di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, resa definitivamente obbligatoria dall'art. 28 del Testo Unico della salute e sicurezza sul lavoro.

Esso nel complesso è ispirato ai seguenti principi:

- 1) brevità e semplicità, in quanto destinato ad un utilizzo ampio e riferito a imprese non necessariamente munite di strutture di supporto in possesso di specifiche competenze sul tema;
- 2) individuazione di una metodologia applicabile a ogni organizzazione di lavoro, indipendentemente dalla

sua dimensione, e che permetta una prima ricognizione degli indicatori e dei fattori di rischio da stress lavoro-correlato;

- 3) applicazione di tale metodologia, in ottemperanza al dettato letterale di cui al citato articolo 28, comma 1, del decreto legislativo n. 81 del 2008, e s.m.i., a "gruppi di lavoratori" esposti, in maniera omogenea, allo stress lavoro-correlato e non al "singolo" lavoratore, il quale potrebbe avere una sua peculiare percezione delle condizioni di lavoro;
- 4) individuazione di una metodologia di maggiore complessità rispetto alla prima ma eventuale, destinata ad essere necessariamente utilizzata ove la precedente fase di analisi e la conseguente azione correttiva non abbia dimostrato, in sede di successiva verifica, un abbattimento del rischio da stress lavoro-correlato;
- 5) valorizzazione, in un contesto di pieno rispetto delle previsioni di cui ai corrispondenti articoli del "Testo unico", delle prerogative e delle facoltà dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e dei medici competenti;
- 6) individuazione di un periodo "transitorio", per quanto di durata limitata, per la programmazione e il completamento delle attività da parte dei soggetti obbligati.

La delineazione delle suddette indicazioni metodologiche è stata un risultato tutt'altro che scontato, poiché da tempo posta al centro di un delicato dibattito tra Stato, Regioni, Parti sociali, organi ispettivi, professionisti e addetti ai lavori, acuitosi nel corso 2010 a causa della difficoltà di definire in modo unanime le specifiche metodologie attraverso cui si debba pervenire alla valutazione di detto rischio.

Più in particolare le difficoltà hanno riguardato in primis l'individuazione delle cosiddette "aree critiche", secondo i parametri stabiliti dall'accordo interconfederale del 9 giugno 2008, sia la messa a punto una valida metodologia di valutazione del rischio da stress e la predisposizione di specifici strumenti di indagine, sia, infine, l'attuazione di misure organizzative o formative di prevenzione e protezione dallo stress lavoro-correlato.

Al centro della questione, invero, non è stata tanto la obbligatorietà della valutazione del suddetto rischio, quanto l'opportunità di introdurre metodologie minime obbligatorie di valutazione scientificamente validate per la rilevazione oggettiva delle incongruenze organizzative dell'attività lavorativa e di definire la natura e tipologia di tali fattori e, in secondo luogo, la necessità di misurare del disagio dei lavoratori e della loro percezione soggettiva del rischio.

Dall'altra parte molto sentita era anche l'esigenza di mettere a punto uno strumento valido scientificamente ma al contempo non troppo oneroso e realisticamente gestibile dai datori di lavoro in prima persona affinché non si rendesse obbligatorio il ricorso alla sorveglianza sanitaria e al supporto di figure professionali ad hoc extra-aziendali.

Altresi acceso è stato il dibattito rivolto alla individuazione degli attori responsabili delle attività di valutazione e gestione dello stress, ritenuto in certi casi un rischio non solo particolare, ma tanto eccentrico rispetto ai rischi cosiddetti classici, da giustificare una deviazione dall'impostazione della valutazione dei rischi di cui agli artt. 17, 28 e 29 del D.lgs. n. 81/2008 ed un coinvolgimento obbligatorio di figure soggettive non previamente previste dal legislatore ed estranee al contesto produttivo standard.

Particolarmente problematica, sul punto, da una parte la valutazione del ruolo e del coinvolgimento attivo dei lavoratori direttamente o per il tramite dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza mediante lo strumento della consultazione, dall'altra la opportunità o meno di "medicalizzare" le attività di valutazione e gestione dello stress, al punto da ritagliare spazi non contemplati ex lege alla sorveglianza sanitaria obbligatoria e nuovi compiti istituzionali per il medico competente.

Alla luce di tale dibattito, in definitiva, le indicazioni metodologiche sono state elaborate nei limiti e per le finalità puntualmente individuati dalla legge tenendo conto dell'ampia produzione scientifica disponibile sul tema e delle proposte pervenute all'interno alla Commissione consultiva che sono state redatte secondo criteri di semplicità, brevità e comprensibilità.

Va rilevato al riguardo che la letteratura psicosociale ed organizzativa aveva già da tempo sperimentato e validato strumenti di misurazione e rilevazione dello stress lavoro-correlato. Si è trattato nella maggior parte dei casi di questionari da somministrare ai lavoratori, le cui risposte possono fornire elementi conoscitivi sulla eventuale presenza o meno di stress lavoro-correlato (si pensi al JCQ (*Job Contest Questionnaire*) di Karasek del 1998, al questionario Benessere Organizzativo PA-cantieri di Avallone del 2004, il Q-Bo nonché al test di valutazione del rischio stress lavoro-correlato nella prospettiva del benessere organizzativo di De Carlo del 2008), di progetti regionali e relative linee di indirizzo o ancora di diverse metodologie e strumenti di indagine, quali focus groups o incontri con testimoni privilegiati, quali il medico competente, i responsabili del servizio di prevenzione e protezione, il rappresentante dei lavoratori. (Per una rassegna completa degli strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sui luoghi di lavoro, si legga il contributo di N. Magnavita, *Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro*, in *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, suppl. A, Psicologia, 2008, vol. 30, n. 1). A livello istituzionale, sia regionale che centrale, non è mancata l'elaborazione di linee di indirizzo metodologiche e schemi esemplificativi per la valutazione dello stress lavoro-correlato (si allude in particolare a livello regionale alla Guida operativa per la valutazione dello stress lavoro-correlato elaborata dal Coordinamento Tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro del marzo 2010, nonché a livello centrale ai modelli messi a punto dall'Ispesl, tra cui da ultimo l'Approccio integrato secondo il Modello Management Standard HSE contestualizzato alla luce del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., del maggio 2010).

A differenza di questi strumenti, tuttavia, l'obiettivo delle indicazioni metodologiche per la valutazione dello stress lavoro-correlato della Commissione Consultiva permanente, è quello di indicare a tutti i datori di lavoro, pubblici e privati, un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, come parte integrante della valutazione dei rischi e protocollo effettuato e gestito direttamente dal datore di lavoro avvalendosi del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, con il coinvolgimento del medico competente, ove nominato, e previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza. In linea con il pieno rispetto delle previsioni di legge, esse non introducono pertanto nuovi obblighi né un'alterazione del normale impianto della valutazione dei rischi di cui al D.lgs. n. 81/2008.

A tale scopo, va chiarito che le necessarie attività devono essere compiute con riferimento a tutte le lavoratrici e a tutti i lavoratori, compresi i dirigenti e preposti. La valutazione prende in esame non singoli ma gruppi omogenei di lavoratori (per esempio, per mansioni o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi dello stesso tipo secondo una individuazione che ogni datore di lavoro può autonomamente effettuare in ragione della effettiva organizzazione aziendale (potrebbero essere, ad esempio, i turnisti, i dipendenti di un determinato settore oppure chi svolge la medesima mansione, etc.).

Il testo così approvato è dunque il frutto di un'operazione di concertazione e condivisione equilibrata volta a dare ai datori di lavoro indicazioni minime obbligatorie, chiare, gestibili direttamente e in ogni caso implementabili in melius su base meramente volontaristica, quindi a discrezione del datore di lavoro e solo in senso più favorevole per i lavoratori.

Per definire i rischi collegati allo stress lavorativo la Commissione ha guardato senza dubbio all'Europa richiamando espressamente l'Accordo Europeo sullo stress sul lavoro dell'8 ottobre 2004 (in Italia, poco prima dell'Accordo Europeo, è stata emanata la Direttiva del 24 marzo 2004 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri che riporta le *"Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni"*). Tale direttiva, pur riguardando il solo settore pubblico ha il merito di aver indicato le motivazioni per l'adozione di misure finalizzate ad accrescere il benessere organizzativo, le indicazioni da seguire, le variabili critiche da considerare e il processo per il miglioramento), come recepito dall'Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008. Nell'ambito di questo Accordo si dice espressamente che *"lo stress è una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfun-*

zioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste e alle aspettative riposte in loro". L'accordo chiarisce poi che lo stress non è una malattia ma che una situazione di tensione prolungata può ridurre l'efficienza sul lavoro e può determinare un cattivo stato di salute.

Si conferma l'obiettivo di offrire ai datori di lavoro un modello che consenta di individuare, prevenire e gestire i problemi legati allo stress lavoro-correlato, lasciando fuori da tale attività fenomeni come la violenza sul lavoro, la sopraffazione sul lavoro, lo stress post-traumatico, il mobbing, lo straining e tutte quelle situazioni in cui vi è una volontà soggettiva individuabile di provocare un danno al lavoratore.

Il modello introdotto si ispira al criterio della diretta gestione organizzativa da parte dei soggetti aziendali e della progressività delle azioni di valutazione. Esso, infatti, si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal datore di lavoro, si rivelino inefficaci.

La prima consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili ove possibile, numericamente apprezzabili, appartenenti quanto meno a tre distinte famiglie: Eventi sentinella; Fattori di contenuto del lavoro; Fattori di contesto del lavoro.

I primi fanno riferimento, a titolo esemplificativo, a fattori quali: gli indici infortunistici; le assenze per malattia; l'eccessivo turnover; il numero di procedimenti e sanzioni; le segnalazioni formali del medico competente; le specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori, da valutarsi sempre sulla base di parametri omogenei individuati internamente alla azienda.

Diversamente i fattori di contenuto del lavoro si riferiscono: all'ambiente di lavoro e alle attrezzature, all'andamento dei carichi e dei ritmi di lavoro, nonché all'orario di lavoro e alla corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.

Per fattori di contesto si intendono invece: il ruolo ricoperto nell'ambito dell'organizzazione; i livelli di autonomia decisionale e controllo; i conflitti interpersonali al lavoro, l'evoluzione e lo sviluppo di carriera; la comunicazione.

Nella fase di valutazione preliminare le indicazioni metodologiche prevedono l'impiego di liste di controllo utilizzabili direttamente dai soggetti aziendali della prevenzione che consentano una valutazione oggettiva, complessiva e, quando possibile, parametrica dei fattori che precedono.

In relazione alla valutazione della seconda e terza famiglia di fattori, poi, il documento prevede la necessità di sentire i lavoratori e le lavoratrici e/o i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza a discrezione del datore di lavoro.

Si chiarisce tuttavia che tale obbligo, nelle aziende di maggiori dimensioni, può essere adempiuto mediante l'audizione di un campione rappresentativo di lavoratori.

Ove dalla valutazione preliminare non emergano elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, il datore di lavoro sarà unicamente tenuto a darne conto nel Documento di Valutazione del Rischio e a prevedere un piano di monitoraggio. Diversamente, nel caso in cui si rilevino elementi di rischio da stress lavoro-correlato tali da richiedere il ricorso ad azioni correttive, si procede alla pianificazione ed alla adozione degli opportuni interventi correttivi (ad esempio, interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi, formativi, etc.). Ove gli interventi correttivi risultino inefficaci, si procede, nei tempi che la stessa impresa definisce nella pianificazione degli interventi, alla fase di valutazione successiva (c.d. valutazione approfondita).

La valutazione approfondita prevede la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori sulle famiglie di fattori/indicatori di cui all'elenco sopra riportato, attraverso differenti strumenti quali questionari, focus group, interviste semi-strutturate. Anche tale fase fa riferimento ovviamente ai gruppi omogenei di lavoratori rispetto ai quali sono state rilevate le problematiche. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile che

tale fase di indagine venga realizzata tramite un campione rappresentativo di lavoratori. Particolare attenzione è rivolta poi alle imprese di piccole dimensioni, con la previsione che in quelle che occupano fino a 5 lavoratori, in luogo dei predetti strumenti di valutazione approfondita, il datore di lavoro possa scegliere di utilizzare modalità di valutazione (es. riunioni) che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

Le norme in materia di stress lavoro-correlato trovano quindi applicazione anche presso le Aziende sanitarie e determinano un sistema di responsabilità coinvolgente diverse figure professionali. A tal fine la figura su cui grava maggiormente la responsabilità, all'interno delle Aziende sanitarie, è non solo il direttore generale, come sostenuto anche in dottrina ed in Giurisprudenza (Cfr. Cass. pen. Sez. III, 07 maggio 2009, n. 29543; Cfr. Cass. pen., Sez. IV, 02/07/2010, n. 34804), ma anche dai dirigenti di struttura semplice e complessa.

Invero, se si guardano attentamente l'incarico e la funzione di direttore di struttura complessa e di dirigente responsabile di struttura semplice, in entrambi i casi si tratta di dirigenti ai quali spettano poteri di gestione ai sensi dell'art. 2 lett. b) del D.lgs. n. 81/2008.

Pertanto queste figure sono tenute non solo a soddisfare le esigenze di servizio, ma anche ad orientare le loro competenze gestionali con specifico riferimento anche allo stress lavoro-correlato che, come chiarito dall'art. 37 del D.lgs. n. 81/2008 e dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2011, è tra le materie oggetto di formazione generale per i lavoratori e i preposti e di formazione particolare e specifica per il dirigente.

Il burn-out

Il termine *burn-out* è comparso per la prima volta nel 1974, con riferimento ad alcuni lavoratori volontari di un ospedale americano, per indicare un complesso di sintomi, quali logoramento, esaurimento e depressione, riscontrati. In seguito, con il termine *burn-out syndrome* si è fatto riferimento alla specifica risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante nella quale il soggetto non dispone di risorse e di strategie comportamentali adeguate.

Il burn-out è dunque definito come "una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale" che può essere riconosciuta attraverso un test, denominato Maslach Burnout Inventory, volto a "misurare", in base alle risposte fornite, tre componenti diverse del burn-out che emergono progressivamente. Come evidenziato da L. De Marco, Stress lavorativo e burn-out: profili giuridici, in DRI, n. 2/2009, pagg. 468-476, la prima fase è *"l'esaurimento emotivo, cioè la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro e corrisponde a una sensazione dell'individuo di perdita delle proprie energie e risorse. La seconda dimensione attiene alla spersonalizzazione, caratterizzata dalla risposta fredda ed impersonale nei confronti della propria utenza e produce un atteggiamento di distacco, cinismo, ostilità. Mentre la terza componente è il sentimento di frustrazione che corrisponde al crollo dell'autostima, alla percezione di inadeguatezza nello svolgimento del proprio ruolo. Vi è poi una quarta componente del burn-out consistente nella perdita della capacità di controllo rispetto alla propria attività professionale, che conduce a una errata attribuzione di valenza alla sfera lavorativa"*.

Inoltre, lo stesso autore sottolinea che *"alla base del burn-out vi siano fattori soggettivi ed oggettivi, poiché non tutti coloro che lavorano in uno stesso ambiente sviluppano la sindrome la quale dipende dalla personalità degli individui e dalla loro resistenza allo stress e alle frustrazioni. Quanto ai fattori ambientali ed organizzativi, influiscono in particolare l'eccesso di lavoro, la mancanza di controllo, le ricompense insufficienti, la mancanza di equità, il crollo del senso di appartenenza, il conflitto di valori"*.

De Marco evidenzia come il *burn-out* si manifesti attraverso fasi diverse. In primo luogo l'entusiasmo; successivamente si passa ad una fase di demotivazione e al termine di questa fase si manifesta, infine, la "frustrazione" vera e propria, in cui l'operatore si ritiene inidoneo, incapace a svolgere il proprio lavoro e scarica la responsabilità sui colleghi e sull'ambiente di lavoro. Su questi possono poi innestarsi fattori aggiuntivi come lo scarso

apprezzamento da parte dei superiori e dell'utenza. Intervengono così comportamenti negligenti come gli allontanamenti ingiustificati dal reparto, le pause prolungate e le frequenti assenze per malattia.

Alcuni studiosi ritengono che il burn-out sia una forma particolare di stress, altri ritengono i due concetti simili ma non uguali, ritenendo che il burn-out possa manifestarsi in concomitanza dello stress.

Il burn-out ha una serie di sintomi fisici e psichici tra cui, in particolare: depressione, stress, ansia, frustrazione, fobie, attacchi di panico, crollo dell'autostima, disturbi del sonno, che spesso si accompagnano ad aritmie, bulimia, perdita di interesse sessuale, consumo di alcolici e droghe. Da qui derivano poi comportamenti negligenti rispetto all'impegno professionale (assenze o ritardi frequenti, distacco emotivo, ridotta creatività, ecc.).

Gli operatori del settore sanitario e di cura alla persona sono particolarmente esposti al *burn-out* che sarebbe ingenerato soprattutto dal contatto prolungato con la sofferenza e la malattia altrui; ciò specie nel caso in cui operino nei reparti psichiatrici, nei pronto soccorso, nei reparti di terapia intensiva, nei reparti oncologici o con malati di AIDS e ancora nei reparti e ambulatori per patologie croniche e invalidanti.

Da un punto di vista giuridico il burn-out non è stato ancora espressamente regolamentato a livello normativo, né tanto meno acquisito da un punto di vista giurisprudenziale.

Da ciò deriva che, seguendo l'impostazione che identifica il *burn-out* come una particolare tipologia di stress da lavoro, la tutela specifica da apprestare a questa fattispecie di rischio potrebbe essere mutuata direttamente dalle previsioni in materia di stress lavoro-correlato. Ciò non solo rispetto alle metodologie di valutazione sopra analizzate ma anche rispetto alle forme di tutela risarcitoria e indennitaria che per lo stesso si stanno pian piano facendo strada in giurisprudenza, come si vedrà più avanti. Diversamente, seguendo l'impostazione che vede nel burn-out una componente psicosociale autonoma dallo stress da lavoro, sebbene allo stesso spesso (ma non necessariamente) associabile, l'esposizione a tale rischio troverebbe comunque una più generica tutela nell'alveo dell'art. 2087 c.c. il quale prevede che "l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure [...] necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro" e che è stato inteso come fonte di responsabilità contrattuale del datore di lavoro in caso di inosservanza.

Tale norma impone al datore di lavoro di valutare il rischio specifico inerente all'attività lavorativa che, con riferimento all'attività sanitaria, implica che venga valutato il rischio specifico da stress psico-fisico conseguente ad una cattiva organizzazione delle risorse umane (vedi sempre per approfondimenti L. De Marco, Stress lavorativo e burn-out: profili giuridici, in DRI, n. 2/2009).

Rimane poi la necessità di prevedere un'adeguata disciplina prevenzionistica del fenomeno nel settore delle helping professions, tra cui quello sanitario si iscrive a pieno titolo (si rammenta che non ha avuto seguito il d.d.l. 30 marzo 2000, n. 4562, Norme a tutela dei mestieri e delle professioni di aiuto alla persona dalla sindrome da burn-out, ribadita, con alcune modifiche nel d.d.l. 8 maggio 2008, n. 443, recante il medesimo titolo).

Profili risarcitori e assicurativi nella prassi giurisprudenziale e amministrativa

Alla luce di quanto sopra delineato, in caso di riconoscimento della responsabilità datoriale a causa della esposizione allo stress o al burn-out, all'operatore sanitario potrà essere riconosciuto, in sede di giudizio, il risarcimento delle tradizionali voci del danno biologico, del danno morale, del danno esistenziale e di quello patrimoniale.

Tuttavia se ciò pare essere ormai pacifico in sede risarcitoria, più complessa è la identificazione delle predette voci di danno in sede assicurativa e indennitaria. Sul punto l'Inail, a seguito dei primi casi denunciati e delle prime pronunce giurisprudenziali in tema di mobbing, aveva emanato la circ. 17 dicembre 2003, n. 71, nella quale si affermava che di tali patologie psicosomatiche l'Inail può occuparsi solo ove ne venga accertata la

causa lavorativa, statuendo che “come per tutte le altre malattie non tabellate l'assicurato ha l'obbligo di produrre la documentazione idonea a supportare la propria richiesta per quanto concerne sia il rischio sia la malattia. L'Istituto da parte sua ha il potere-dovere di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto, anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico”.

La circolare è stata annullata dal TAR Lazio, sez. Roma, con pronuncia del 4 luglio 2005, n. 5454. Successivamente con sentenza n. 1576 del 26 marzo 2009, il Consiglio di Stato ha rigettato il ricorso dell'Inail avverso la sentenza del TAR: secondo il Consiglio di Stato le patologie oggetto della circ. n. 71 non possono essere considerate malattie professionali in quanto possono essere riconosciute come “non tabellate” solo quelle patologie causate dal rischio specifico delle lavorazioni indicate negli artt. 1 e 4 del D.lgs. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

A questa impostazione fa tuttavia da contrappeso l'orientamento della Corte di Cassazione che ha progressivamente allargato il concetto di “occasione di lavoro e nesso di causalità”, riconducendo questo rapporto non solo ai rischi specifici di alcune lavorazioni, ma a tutti i rischi del lavoro considerato in sé e per sé, fermo restando l'onere della prova di tale occasione lavorativa in capo al lavoratore.

In definitiva se da un lato, sull'onda della giurisprudenza in caso di mobbing e di quella più recente sullo stress lavoro-correlato, il diritto al risarcimento del danno biologico può essere progressivamente applicato a tutte le situazioni di esposizione a rischi di natura psicosociale (vedi Cass., 17 febbraio 2009, n. 3785, nonché da ultimo Cass., 11 giugno 2013, n. 14643; Cass., 2 gennaio 2002, n. 5; Cass., 8 marzo 2011, n. 5437; Cass., 19 marzo 2012, n. 4324; Cass. 23 maggio 2013, n. 12725), tale estensione di tutele non è scontata dal punto di vista assicurativo e indennitario.

Vi è infatti una netta distinzione tra il risarcimento del danno biologico, proprio del diritto comune, e l'indennizzo, proprio di quello previdenziale: il primo fonda, quantomeno per il danno alla persona, il diritto per il danneggiato al risarcimento integrale, cioè in tutti gli aspetti, statici e di relazione, del bene tutelato; il secondo, viceversa, si ispira a una logica di tipo assicurativo tendente ad equilibrare, a livello generale, le uscite con le entrate e, a livello particolare, i premi con i rischi assicurati.

L'assicurazione INAIL, disciplinata dal d.p.r. n. 1124 del 1965, definisce infortunio (articolo 2) l'evento verificatosi per “causa violenta, in occasione di lavoro” e “malattia professionale” (articolo 3) quella contratta “nell'esercizio e a causa” di lavorazioni tassativamente “tabellate” o “non tabellate” purché sia comunque provata la causa lavorativa (Corte Cost., 18 febbraio 1988, n. 179). In particolare per le malattie tabellate la causa lavorativa è assistita dalla cosiddetta presunzione legale di origine, diversamente per quelle non tabellate incombe in capo al lavoratore l'onere di provarne l'origine lavorativa. In ogni caso, sia dall'infortunio che dalla malattia professionale deve derivare, per fondare il diritto all'indennizzo, una inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro totale e di fatto (art. 68), ovvero permanente (totale o parziale). Nel caso di evento mortale, poi, il predetto diritto può essere riconosciuto ai superstiti.

Alla luce del quadro fino ad ora descritto si deve escludere la diretta identificazione dello stress e del burn-out quali malattie professionali; corretto invece è parlare di fattori di rischio psicosociali correlati al lavoro che possono determinare l'insorgere di patologie fisiopsichiche indennizzabili, al ricorrere delle condizioni di legge, anche se non tabellate. Ciò pare coerente con la stessa ratio del sistema cosiddetto “misto” delle malattie professionali e con la apertura dinamica dell'ordinamento alla evoluzione che le patologie da lavoro possano avere per la insorgenza di rischi nuovi ed emergenti, tra cui quelli psicosociali senza dubbio si inscrivono, e della cui consistenza lo stesso istituto assicuratore ha dato ampiamente atto negli ultimi rapporti annuali sull'andamento degli infortuni e delle malattie professionali (si vedano al riguardo i rapporti INAIL 2013 e 2014).

D'altro canto è proprio sulla più complessa valutazione del nesso di causalità tra attività lavorativa, rischio

psicosociale ed evento lesivo che dovrà maggiormente concentrarsi lo sforzo della giurisprudenza e della medicina del lavoro e delle assicurazioni, nella ricerca di soluzioni di tutela effettive ed equilibrate a fronte della insorgenza dei nuovi rischi nell'ambiente di lavoro.

3. IL RISCHIO DA ATTIVITÀ CRIMINOSE DI TERZI (PAZIENTI ED UTENTI DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIALE): VIOLENZA ED AGGRESSIONI

La violenza sul lavoro può essere fisica, psicologica e sessuale. A livello europeo, la prevenzione e la gestione della violenza fisica e morale sul luogo di lavoro è stata espressamente disciplinata nell'ambito dell'**Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro** dell'8 novembre 2007.

A livello nazionale non esiste al momento una specifica disciplina normativa in ambito prevenzionistico, anche se il fenomeno è costantemente mappato dalle statistiche ed è dunque possibile conoscerne bene le dimensioni, anche se in contesti definitori non sempre univoci, considerato che per le più frequenti forme di violenza sul lavoro si utilizzano diverse locuzioni: *straining, bossing, bullying, mobbing*, sono le definizioni più frequentemente adottate. Tuttavia sulla fattispecie del mobbing si è sviluppata la più matura riflessione giurisprudenziale che funge spesso da parametro di riferimento per quelle forme di violenza di tipo orizzontale o verticale arrecate al lavoratore da parte dei componenti del medesimo ambiente lavorativo, dove per "mobbing" si intendono quei comportamenti ostili, vessatori e di persecuzione psicologica, posti in essere scientemente dal datore di lavoro (c.d. mobbing verticale) o da colleghi (c.d. mobbing orizzontale) al fine di cagionare un disagio psicologico del lavoratore.

Da questo complesso di fenomeni, anch'essi molto frequenti per le lavoratrici in ambito sanitario, vanno però tenuti distinti quelli legati alla violenza e alle aggressioni, perpetrati in danno delle operatrici da parte di terzi, quali pazienti ed utenti del servizio e delle prestazioni sanitarie. Tali comportamenti costituiscono rischi esogeni rispetto all'attività produttiva, ma vanno gestiti e valutati nei contesti lavorativi in cui siano frequenti e prevedibili. Di conseguenza **il settore sanitario non pare sfuggire all'obbligo di valutazione del rischio riconducibile all'aggressione di un terzo ed ai correlati doveri di informazione e formazione dei lavoratori esposti, ferma restando la necessità di verificare caso per caso le circostanze fattuali in cui la violenza si verifica.**

Di tale evidenza ha preso atto il Ministero della Salute con la raccomandazione n. 8 del 2007, Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, che disciplina la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio da violenza e da atti criminali di terzi nel settore sanitario e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono. La raccomandazione si rivolge a tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata. Ne sono interessati tutti gli operatori (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) e tutte le attività svolte durante l'erogazione di prestazioni ed interventi socio-sanitari; esse sono volte a prevenire i seguenti tipi di eventi: uso di espressioni verbali aggressive; impiego di gesti violenti; minaccia; spinta; uso di arma; contatto fisico; lesione e/o morte.

La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che l'organizzazione sanitaria identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie ritenute più opportune. A tal fine, le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno le azioni di seguito riportate.

Secondo la Raccomandazione "Ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono:

- *diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;*
- *incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;*
- *facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;*
- *assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;*
- *affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.*

Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro per favorire il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello front-line, al fine di consentire l'individuazione e l'implementazione delle azioni e delle misure necessarie a garantire l'efficacia al programma.

Il gruppo di lavoro deve prevedere la presenza almeno dei seguenti componenti:

- *un referente della Direzione Sanitaria;*
- *un referente dell'Area Affari Legali e/o Gestione Risorse Umane;*
- *il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;*
- *un rappresentante della professione infermieristica, individuato tra gli operatori dei settori a più alto rischio;*
- *un rappresentante della professione medica individuato tra gli operatori dei settori a alto rischio;*
- *un addetto alla sicurezza dei luoghi di lavoro;*
- *un rappresentante del Servizio di vigilanza.*

Compiti del gruppo di lavoro sono:

- *l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità;*
- *l'esame dei dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nella struttura;*
- *la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare;*
- *l'implementazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza."*

Tale impostazione trova riscontro in una consolidata giurisprudenza che, nell'applicare l'art. 2087 c.c., ha da tempo affermato **"che il datore di lavoro è obbligato a tenere conto di tutti i rischi, non solo di quelli connessi alla prestazione lavorativa in senso stretto (c.d. rischi safety), ma anche di quelli derivanti da cause esogene (c.d. rischi security), almeno in tutti i casi in cui questi siano prevedibili"**. Ciò anche in ragione del rilievo costituzionale attribuito al diritto alla salute (art. 32 cost.), del limite del rispetto della sicurezza umana posto alla libertà di iniziativa economica privata (art. 41 cost.), dei principi di correttezza e buona fede ai quali il rapporto lavorativo si deve informare (artt. 1175 e 1135 c.c.) (si vedano Cass. 6 settembre 1988, n. 5048; Cass. 3 settembre 1997, n. 8422; Cass. 20 aprile 1998, n. 4012).

La giurisprudenza infatti si è soffermata più volte, nel corso degli anni, sull'analisi delle conseguenze civili, penali e previdenziali di un infortunio o della morte di un lavoratore sul luogo di lavoro causati dall'attività criminosa di terzi. La maggior parte delle pronunce riguarda la verifica di tali eventi nel settore bancario, in quello postale, nonché nel corso dello svolgimento delle attività dei servizi di vigilanza privata o comunque attività aventi ad oggetto la custodia o il maneggio di valori e tratta, in buona parte, casi aventi ad oggetto la commissione di fatti afferenti all'area della criminalità comune, quali rapine o aggressioni.

Non vi è dubbio tuttavia che, come dimostrato dalle statistiche nazionali, l'ambito di incidenza per comparto dei fenomeni lesivi derivanti dalla attività criminosa di terzi è ben più ampia e interessa in modo significativo le donne del settore sanitario. Questi rischi, pur essendo esterni alla attività produttiva, sono così prevedibili e considerabili quali rischi "ambientali" inscindibilmente connessi allo svolgimento dell'attività produttiva

stessa, e pertanto assoggettati alla disciplina di cui all'art. 2087 c.c. e alle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, come ribadito dalla giurisprudenza di legittimità (Cass., n. 4012 del 20 aprile 1998; Cass. n. 5048 del 6 settembre 1988; Cass. n. 7768 del 17 luglio 1999; nonché da ultimo Cass., n. 8486 dell'8 aprile 2013). Tali rischi devono pertanto rientrare a pieno titolo nell'obbligo di valutazione, gestione e prevenzione da parte del datore di lavoro.

Nell'attesa del consolidamento di una giurisprudenza più copiosa e di una espressa sanzione normativa di tali principi, le pronunce ad oggi disponibili e che si passano di seguito in rassegna, possono essere utilizzati quale presupposto giuridico per il riconoscimento delle tutele prevenzionistiche, risarcitorie e indennitarie a favore delle lavoratrici del settore sanitario.

Queste pronunce convergono infatti nel valutare la probabilità di eventi infortunistici correlati ad episodi criminosi messi in atto da terzi alla stregua di un vero e proprio rischio professionale del quale il datore di lavoro non può non farsi carico in un'ottica di prevenzione e tutela delle condizioni dei lavoratori. Tale interpretazione trova il proprio fondamento giuridico in una lettura estensiva dell'art. 2087 c.c., norma di chiusura in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro, che impone all'imprenditore di adottare nell'esercizio dell'impresa tutte le misure che, secondo la migliore scienza ed esperienza, nonché della particolarità del lavoro, siano necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro. Inoltre, per quanto concerne gli obblighi assicurativi e le prestazioni indennitarie e previdenziali agli stessi riconducibili, la giurisprudenza ha operato da tempo una applicazione estensiva delle disposizioni di cui al d.p.r. n. 1124 del 1965 (cosiddetto Testo Unico per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

Molto significativa per entrambe le prospettive - prevenzionistica in senso stretto e risarcitoria da un lato, e assicurativa e indennitaria dall'altro - è la sentenza della Corte di Cassazione del 20 aprile 1998, n. 4012, in cui si è chiarito che *“L'obbligo dell'imprenditore di tutelare l'integrità fisiopsichica dei dipendenti impone l'adozione non solo di misure di tipo igienico sanitario o antinfortunistico, ma anche di misure atte, secondo le comuni tecniche di sicurezza, a preservare i lavoratori dalla lesione di detta integrità nell'ambiente od in costanza di lavoro in relazione ad attività, pur se allo stesso non collegate direttamente come le aggressioni conseguenti all'attività criminosa di terzi, in relazione alla frequenza assunta da tale fenomeno rispetto a determinate imprese ed alla probabilità del verificarsi del relativo rischio, non essendo detti eventi coperti dalla tutela antinfortunistica di cui al dpr. n. 1124 del 1965 e giustificandosi l'interpretazione estensiva della predetta norma alla stregua del rilievo costituzionale del diritto alla salute che dei principi di correttezza e buona fede”*.

Pertanto, come ribadito in numerose altre pronunce, alla luce dell'articolo 2087 c.c., il datore di lavoro non solo è tenuto a predisporre le migliori misure tecnicamente possibili di tipo igienico, sanitario e antinfortunistico, ma anche quelle volte ad evitare eventi, come l'aggressione ad opera di terzi, che, benché non direttamente legati al processo produttivo, si presentino in alcuni settori con frequenza periodica. Ciò in ragione sia del rilievo costituzionale attribuito al diritto alla salute (art. 32 cost.) sia dei principi di correttezza e buona fede (artt. 1175 e 1135 c.c.) ai quali il rapporto lavorativo si deve informare (Cass. 6 settembre 1988, n. 5048; Cass. 3 settembre 1997, n. 8422; Cass. 20 aprile 1998, n. 4012).

In applicazione dei medesimi principi, rileva sottolineare che il datore di lavoro è imputabile anche penalmente per cooperazione colposa al delitto doloso commesso da terzi. Ciò si verifica nel caso in cui una determinata condotta inosservante degli obblighi dettati da specifiche disposizioni normative riguardanti la salute e sicurezza sul lavoro, oltre che della comune prudenza e diligenza sia valutata dal giudice causalmente efficiente, unitamente al comportamento doloso di terzi, a cagionare il reato. In altri termini, il datore è responsabile poiché è la propria negligenza ad aver ingenerato la possibilità che l'evento criminoso si realizzasse. Essendo il datore di lavoro, in forza dell'art. 2087 del codice civile, garante dell'incolumità fisica e della salvaguardia della personalità morale dei prestatori di lavoro, l'evento lesivo derivante da un'inottemperanza dell'obbligo di tutela gli viene imputato secondo il meccanismo reattivo previsto dall'art. 40, comma

2 c.p., nel quale si afferma che “non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”. Nell’eventualità di un infortunio mortale è altresì applicabile l’aggravante specifica di cui all’art. 589, comma 2 c.p. (Cass. pen. 4 luglio 2006, n. 32286). Analogamente, nel caso in cui non abbia assunto tutte le misure preventive dettate dalle norme afferenti alla tutela della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro, il datore di lavoro è responsabile penalmente anche qualora non sia un lavoratore a subire il danno, ma un terzo (Cass. pen. 9 ottobre 2002, n. 39680).

In questo contesto, anche **la probabilità di un’aggressione a scopo sessuale, cui spesso sono esposte le donne giovani del settore sanitario, deve essere valutata come un rischio “ambientale” in-scindibilmente connesso allo svolgimento dell’attività produttiva stessa e pertanto assoggettato alla disciplina di cui all’art. 2087 c.c. e alle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro**. Pur trattandosi, infatti, di un rischio riguardante astrattamente chiunque, si può asserire che nel caso concreto il pericolo deriva dalle condizioni di luogo dove la prestazione lavorativa viene fornita e che per questo motivo finisce per gravare sulla lavoratrice in misura maggiore rispetto a qualsiasi altra persona.

Da un punto di vista previdenziale poi la giurisprudenza conferma che, ai fini della tutela antinfortunistica, l’aggressione ad opera di terzi rientra nell’ “occasione di lavoro”. In merito ai limiti dell’ampliamento in via interpretativa della nozione di “occasione di lavoro” le pronunce non sono però univoche.

In particolare, secondo un primo orientamento più restrittivo, si **raffigura un infortunio in occasione di lavoro allorché fra l’attività protetta e l’evento infortunistico sussista un nesso eziologico quantomeno mediato ed indiretto, vale a dire una correlazione obiettiva che non si risolva in una mera concomitanza di tempo e di luogo**. In altri termini, il fatto risulta rilevante ai fini INAIL se è in ultima analisi ricollegabile al rischio intrinseco a determinate prestazioni, ovvero al rischio in astratto connesso all’esecuzione della prestazione lavorativa ed al perseguimento delle relative finalità, come appunto accade nel settore sanitario (Cass. 18 settembre 2000, n. 12325; Cass. 1 febbraio 2000, n. 1109; Cass. 29 settembre 1999, n. 7486; Cass. 22 novembre 1999, n. 12930; Cass. 11 aprile 1998, n. 3752, Cass. 29 settembre 1999, n. 10815).

Secondo un altro orientamento, non meno consistente, **la nozione di “occasione di lavoro” travalica in senso ampliativo i limiti concettuali della “causa di lavoro”, afferendo lato sensu ad ogni fatto comunque ricollegabile al rischio specifico connesso all’attività lavorativa cui il soggetto è pre-posto**. L’episodio indennizzabile ai sensi dell’art. 2 del D.P.R. n. 1124 del 1965 non può essere circoscritto all’evento di esclusiva derivazione eziologica materiale dall’attività specifica espletata dall’assicurato, ma va ricondotto ad ogni accadimento infortunistico che all’occasione di lavoro sia ascrivibile in concreto. Tra i fattori di rischio specifico, la Cassazione ha reiteratamente attribuito particolare enfasi alle condizioni ambientali e socio-economiche nelle quali l’attività lavorativa si spiega (Cass. 17 dicembre 1998, n. 12652; Cass. 2 ottobre 1998, n. 9801; Cass. 11 aprile 1998, n. 3747; Cass. 5 maggio 1998, n. 4535; Cass. 19 aprile 1999, n. 3885; Cass. 27 novembre 1999, n. 13296; Cass. 7 novembre 2000, n. 14464). È allora evidente che l’indennizzabilità assicurativa di un infortunio causato da un’aggressione dipenderà direttamente dall’orientamento interpretativo adottato dal collegio giudicante.

Analoghe riflessioni possono farsi con riferimento al caso del **riconoscimento da parte dell’INAIL dell’indennizzo del danno biologico “in itinere” a favore della lavoratrice stuprata all’uscita dal lavoro**. In proposito si rammenta che l’infortunio in itinere, ai sensi dell’art. 12 del D.lgs. n. 38/2000, è quell’evento che si verifica nel tragitto casa-lavoro e viceversa per il quale l’INAIL è tenuto a riconoscere il nesso causale e dunque il conseguente pagamento del relativo indennizzo, considerandolo al pari di quegli eventi che si verificano negli ambienti di lavoro. Tale riconoscimento non è affatto automatico, poiché il lavoratore, per accedervi, deve giustificare l’utilizzo del mezzo proprio; inoltre, sono esclusi dalla tutela assicurativa tutti gli incidenti provocati dall’abuso di alcolici, psicofarmaci e stupefacenti.

Trova così conferma quanto già affermato dalla Cassazione in una pronuncia in cui ha riconosciuto **il diritto**

della lavoratrice al risarcimento del danno biologico subito a causa di un'aggressione di cui è stata vittima, mentre si recava al lavoro, configurandolo appunto come infortunio in itinere (Cass., sentenza n. 11545/12). La pronuncia si innesta altresì nel solco di quell'indirizzo giurisprudenziale che, nell'interpretare il D.lgs. n. 38/2000, ha inteso il danno biologico in una accezione sempre più ampia. Invero la Corte di Cassazione, già con la sentenza del 14 febbraio 2008 n. 3776, aveva affermato che **"in tema di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, pur nel regime precedente l'entrata in vigore del D.lgs. n. 38/2000, è indennizzabile l'infortunio occorso al lavoratore 'in itinere', ove sia derivato da eventi dannosi, anche imprevedibili e atipici, indipendenti dalla condotta volontaria dell'assicurato, atteso che il rischio inerente il percorso fatto dal lavoratore per recarsi al lavoro è protetto in quanto ricollegabile, pur in modo indiretto, allo svolgimento dell'attività lavorativa"**.

Tecnicamente l'elemento più problematico starebbe nella difficoltà di contabilizzazione i danni immateriali - per lo più permanenti quali sono quelli di natura relazionale o esistenziale (danno biologico) - rispetto ai danni materiali che derivano da un infortunio sulla base di indicatori certi, quali quelli economici (perdita del salario).

Una complessità che sarà probabilmente superata nel tempo dalla prassi amministrativa e giurisprudenziale, se solo si considera che l'evoluzione dei modelli di organizzazione del lavoro e la sempre più variegata composizione della manodopera pongono inevitabilmente i datori di lavoro e l'Istituto Assicuratore di fronte alla comparsa di tipologie di rischio e di categorie di danno nuove ed emergenti che, al ricorrere delle condizioni previste per legge, sollecitano comunque l'adozione di adeguate forme di riconoscimento e di tutela oltre che, in prospettiva evolutiva, la lettura adeguatrice dello stesso quadro normativo in materia.

Si segnala infine che lo schema di decreto legislativo approvato lo scorso 20 febbraio, attuativo dell'art. 1, co. 8 e 9 della Legge 10 dicembre 2014, n. 183 (cosiddetto Jobs Act), contenente misure in tema di conciliazione vita-salute-lavoro, ha previsto una specifica disposizione (art. 23) a tutela delle donne esposte a fenomeni di "violenza di genere" appositamente certificata, prevedendo appositi congedi.

4. ERGONOMIA E DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI: I LIMITI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO (1)

Premessa

I disturbi muscolo-scheletrici e le patologie da sovraccarico biomeccanico rappresentano le principali tecnopatie a carico della colonna vertebrale, delle articolazioni, dei tendini, dei nervi e del sistema muscolare quanto quello circolatorio, ascrivibili all'assunzione di posture incongrue e coatte, all'esposizione prolungata a microtraumi ripetuti come anche alle ipersollecitazioni funzionali, oppure ai sovraccarichi articolari diffusamente riscontrabili nei luoghi di lavoro.

Le patologie muscolo-scheletriche includono un'ampia varietà di condizioni infiammatorie e degenerative di muscoli, tendini, legamenti, articolazioni, nervi periferici e strutture vascolari. Sebbene non necessariamente correlate all'attività lavorativa, costituiscono la categoria più ampia tra quelle contemplate dalla Medicina del Lavoro nei paesi sviluppati. Di conseguenza, i disturbi muscolo-scheletrici (DMS), in particolare quelli degli arti superiori, sono divenuti oggetto di crescente interesse.

Come per la maggior parte delle affezioni croniche, i DMS riconoscono diversi fattori di rischio, sia occu-

(1) Si segnala che il presente paragrafo è frutto di un riadattamento e di un aggiornamento dello studio ben più ampio condotto da ANMIL, in collaborazione con la Clinica Ortopedica della Università degli Studi di Milano presso l'Istituto Ortopedico Galeazzi IRCCS di Milano, nel 2013, inerente al settore del commercio e della grande distribuzione, col seguente titolo I disturbi muscoloscheletrici e da sovraccarico biomeccanico nel settore del commercio: un quadro comparato, a cura di Sandro Giovannelli, Maria Giovannone, Prof. Valerio Sansone, Prof. Giuseppe Cimaglia, Franco, Malcolm Sargeant, Nicola D'Erario.

pazionali sia non-occupazionali. Infatti, oltre alle sollecitazioni lavorative, sono molte le attività della vita quotidiana, da quelle casalinghe a quelle sportive, in grado d'indurre sollecitazioni rilevanti e potenzialmente dannose sui tessuti MS. Il rischio varia inoltre in base all'età, al sesso, allo stato socio-economico, all'etnia. Altri fattori sospettati includono l'obesità, il fumo, lo stato della muscolatura, ecc.

Nel 2001, il National Research Council e l'Institute of Medicine degli U.S.A. ha stabilito, peraltro in accordo con la maggior parte degli Autori presenti nella letteratura internazionale, che l'eziologia di queste affezioni è multifattoriale. Questo è confermato dal fatto che essi sono presenti in modo significativo anche tra la popolazione generale. Detto in altro modo, è riconosciuto che non tutti i pazienti affetti da DMS hanno un'esposizione lavorativa e non tutti coloro che sono esposti a sollecitazioni lavorative sviluppano un DMS. Di conseguenza, per i DMS in cui s'ipotizza un'origine legata all'attività lavorativa, vale la definizione di "malattie lavoro-correlate" (WHO, Identification and control of work related diseases, Technical Report Series n. 714, World Health Organisation, Geneva, Switzerland, 1985), in quanto il ruolo dell'esposizione occupazionale nella genesi del disturbo è considerato solo concausale. Non si tratta quindi di vere e proprie tecnopatie e vanno distinte dalle malattie "professionali" in cui il lavoro ha assunto ruolo di importante fattore concausale nella genesi della patologia stessa.

Nell'ambito della Medicina del Lavoro, i DMS sono valutati con diverse modalità. Nella maggior parte dei casi, gli studi sono stati condotti analizzando i dati amministrativi (es. richieste d'indennizzo o assenteismo) oppure mediante la raccolta dei sintomi soggettivi con questionari. Questi tipi d'indagine hanno però dei limiti molto significativi. I dati amministrativi sono spesso incompleti. La raccolta dei disturbi soggettivi è invece condizionata dall'estrema variabilità della soglia del dolore, dalle influenze culturali, dai fattori sociali e psichici nell'ambiente di lavoro, dalla diversa recettività del lavoratore, dalle relazioni con colleghi e superiori, ecc.

Gli studi basati sull'esame clinico condotto da specialisti esperti in queste patologie (chirurghi ortopedici, reumatologi, fisiatristi) e sull'uso delle metodiche strumentali d'indagine sono molto meno numerosi. Anche per questo tipo di ricerche valgono delle limitazioni, la principale delle quali è la mancanza di criteri diagnostici standardizzati.

Tra le patologie maggiormente diffuse, si segnalano:

Le patologie del rachide	Le patologie da movimenti ripetitivi degli arti superiori	Le patologie da movimenti ripetitivi dell'arto inferiore
Lombalgia acuta	La sindrome del tunnel carpale	Talalgia plantare
Spondilodiscoartrosi	Epicondilite	Tendinite di Achille
Ernia del disco	Sindrome di De Quervain	Sindrome del tunnel tarsale
Lombosciatalgia	Sindrome del dito a scatto	Lesioni del menisco
Spondilolisi	Sindrome della cuffia dei rotatori	Borsite pre-rotulea
	Sindrome dello stretto toracico	Tendinopatia del ginocchio
	Sindrome di Guyon	

Dalle definizioni in ambito scientifico e accademico a livello internazionale, comunitario e nazionale è possibile desumere come questi particolari disturbi non siano ben definiti nel genere e soprattutto nella loro manifestazione, rappresentando limiti significativi in materia di gestione della prevenzione e di accertamento del nesso causale nel caso di patologie professionali. Tuttavia il forte interesse dimostrato in letteratura ne evidenzia la diffusione in ogni contesto lavorativo e le considerevoli ricadute sociali susseguenti.

Infatti, i fenomeni in questione sono diffusi in tutte le occupazioni lavorative, con particolare riguardo agli addetti nelle lavorazioni manuali dei settori:

1. agricolo, forestale e pesca
2. manifatturiero e minerario
3. trasporti
4. edilizia
5. artigianato
6. vendita al dettaglio e all'ingrosso nella grande distribuzione
7. alberghiero e ristorazione
8. sanitario

Tuttavia i disturbi muscolo-scheletrici e le patologie da sovraccarico biomeccanico a differenza delle malattie professionali, per le quali è riscontrabile una causa-effetto diretta tra un agente nocivo e la malattia, sono definite quali «malattie ad eziopatogenesi multifattoriale» (dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) in quanto riscontrabili anche nella popolazione non esposta e causate, secondo la letteratura medica, da ulteriori fattori extra-lavorativi quali:

1. invecchiamento
2. pregressi traumatismi
3. patologie croniche (diabete, ipotiroidismo, artrite reumatoide o altre situazioni come la menopausa, la gravidanza o l'assunzione di contraccettivi orali)
4. movimenti eseguiti scorrettamente e ripetutamente durante lo svolgimento di attività sportive e/o hobbistiche (ad esempio la patologia del cosiddetto gomito del tennista)

Appare evidente che la genesi di questi particolari disturbi può avere origini diverse e non strettamente legate all'attività lavorativa. Per tale ragione, l'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro (EU-OSHA), al fine di considerare i disturbi muscolo-scheletrici e le patologie da sovraccarico biomeccanico quali malattie professionali lavoro-correlate, ha indicato due macro classificazioni di rischio specifico da lavoro. Nelle classificazioni, da un lato si trovano i fattori di rischio fisico, legati alla modalità in cui si svolge il lavoro, e dall'altro lato si trovano i fattori di rischio ambientale e organizzativo quali concause lavorative.

I VARI FATTORI DI RISCHIO	
Fattori di rischio fisico	Fattori di rischio ambientale e organizzativo
1. Sollevamento carichi	1. Ritmi di lavoro
2. Posizioni ergonomiche incongrue	2. Attività ripetitive
3. Movimenti altamente ripetitivi	3. Orari di lavoro
4. Lavorazioni manali con carichi pesanti	4. Retribuzione
5. Pressione meccanica diretta sulle attrezzature	5. Attività monotona
6. Vibrazioni	6. Fatica
	7. Microclima ambientale
	8. Percezione dell'organizzazione di lavoro
	9. Fattori psicosociali presenti sul lavoro

Il quadro normativo internazionale e comunitario

Le problematiche inerenti ai disturbi muscolo-scheletrici e alle patologie da sovraccarico biomeccanico, dovute all'esposizione a fattori di rischio presenti negli ambienti di lavoro, sono da tempo oggetto di disciplina normativa a livello internazionale e comunitario. Già dal 1967 l'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) ha riconosciuto primaria importanza ai disturbi muscolo-scheletrici tanto da sottoscrivere a livello mondiale una convenzione sul peso massimo dei carichi che possono essere trasportati da un solo lavoratore (il riferimento è fatto alla convenzione ILO n. 127 del 28 giugno 1967).

La stessa convenzione, applicabile a tutti i settori di attività economica per i quali gli Stati membri abbiano adottato un sistema di ispezione, oltre a definire espressamente cosa si intende per trasporto manuale dei carichi e a precisare che l'impiego delle donne e dei giovani in queste lavorazioni deve essere sostanzialmente ridotto o quantomeno si dovrebbero alleggerire i carichi sollevati rispetto ai lavoratori maschi adulti, afferma per la prima volta a livello globale che le attività in cui gli addetti sono sovente impiegati in azioni di sollevamento dei carichi potrebbero, a lungo andare, compromettere la salute degli stessi.

Sulla scorta degli accordi internazionali è stata costruita la normativa di livello comunitario, anche se occorre considerare che tra le direttive e i regolamenti europei che riguardano la protezione della salute e della sicurezza sul lavoro, solo alcune riguardano specificamente l'argomento in oggetto e nessuna prende in esame il fenomeno con riferimento al settore sanitario.

Il primo riferimento è ravvisabile nella cosiddetta direttiva quadro 89/391/CEE, attraverso cui il legislatore comunitario ha individuato quelle che sono le misure minime, da attuare nei singoli Paesi membri, per promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori, obbligando i datori ad adeguare le postazioni di lavoro e i metodi di produzione, anche attraverso l'impiego di attrezzature idonee, al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo così da ridurre gli effetti ergonomici negativi considerati tra i principali fattori di rischio per le malattie muscolo-scheletriche. Alla direttiva quadro del 1989, che ha pianificato i requisiti basilari delle tutele da garantire nei luoghi di lavoro, sono succeduti altri provvedimenti ognuno dei quali si è soffermato su specifiche problematiche. Tra questi si segnalano le direttive adottate dal Consiglio europeo il 30 novembre 1989 (89/654/CEE) - (89/655/CEE) - (89/656/CEE) a corredo della direttiva quadro, che si sono occupate delle prescrizioni minime di sicurezza nei luoghi di lavoro, dei requisiti ergonomici da adottare e dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Solo con la direttiva 269 del 1990 è stata introdotta la prima vera normativa comunitaria specifica per la prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici dei lavoratori impiegati in attività di movimentazione manuale dei carichi. La direttiva in questione, oltre ad enunciare una definizione comune di movimentazione manuale dei carichi, invita il datore di lavoro ad adottare le misure organizzative necessarie per evitare queste attività e qualora ciò non fosse possibile a informare e formare i lavoratori sui rischi a cui sono esposti.

Le ulteriori direttive rilevanti in materia, nella versione aggiornata del 17 maggio 2006 (che ha implementato quanto già previsto con la precedente direttiva macchine 95/16/CE), riguardano l'utilizzo di macchinari, attrezzature, dispositivi e utensili da parte dei lavoratori che, a seguito dell'adozione di posizioni ergonomiche scorrette e senza rispettare i giusti periodi di riposo, nel tempo possono sviluppare patologie del rachide o degli arti inferiori e superiori. Gli ultimi sviluppi in materia prevenzionistica dei disturbi muscolo-scheletrici, nel quadro comunitario, sono rappresentati, invece, dalle normative aventi ad oggetto i problemi ergonomici posturali comportanti vibrazioni al corpo intero, rispetto alle quali la Commissione europea ha emanato nel 2002 una apposita direttiva, recentemente modificata da un'altra direttiva 2007/30/CE e dal regolamento 1137/2008/CE. Considerata l'evoluzione normativa fin qui esaminata, senza ombra di dubbio è possibile affermare che sicuramente il vero passo in avanti verso una politica comune in Europa è stato mosso con la pubblicazione dell'elenco europeo delle malattie professionali attraverso la raccomandazione della Commissione europea 90/326/CE del 22 maggio 1990, poi rivisitata con la raccomandazione 2003/670/CE, in

cui sono state ricomprese le principali malattie professionali di carattere muscolo-scheletrico più propriamente inquadrate in:

- malattie osteo-articolari delle mani e dei polsi provocate dalle vibrazioni meccaniche;
- malattie angioneurotiche provocate dalle vibrazioni meccaniche (fenomeno di Rynauld di origine professionale);
- malattie provocate da super attività delle guaine tendinee;
- malattie provocate da super attività del tessuto peri-tendineo;
- malattie provocate da super attività delle inserzioni muscolari e tendinee;
- lesioni del menisco provocate da lavori prolungati effettuati in posizione inginocchiata o accovacciata;
- paralisi dei nervi dovute alla pressione (neuropatia da intrappolamento).

In definitiva la disciplina comunitaria è racchiusa sostanzialmente all'interno della direttiva quadro 89/391/CEE e in successive direttive più dettagliate, dove la prima fissa gli obiettivi di carattere generale sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e le seconde, di rimando, ne integrano singoli aspetti. Tra queste ultime troviamo:

89/654/CEE direttiva sui luoghi di lavoro
89/655/CEE direttiva sull'uso delle attrezzature di lavoro
89/656/CEE direttiva sull'uso di attrezzature di protezione individuale durante il lavoro
90/269/CEE direttiva sulla movimentazione manuale dei carichi
90/270/CEE direttiva per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di videoterminali

Per quanto invece concerne lo stato di implementazione del quadro normativo comunitario appena descritto nei singoli Paesi membri, è bene precisare come allo stato attuale la materia è disciplinata in modo poco uniforme nei vari ordinamenti nazionali ingenerando problematiche di armonizzazione che si aggiungono alla carente specificità delle stesse rispetto ai diversi settori produttivi.

La disomogeneità, sconta ovviamente le problematiche, sopra citate, di scarsa univocità scientifica e di gestione del tema. Argomentando più dettagliatamente, in alcuni Paesi ad esempio sono state formulate politiche e programmi mirati alla prevenzione dei disturbi da stress fisici ripetuti o da sollevamento dei carichi collegati all'attività lavorativa professionale.

Tali iniziative si sono esplicitate in modi diversi comprendendo:

- azioni preventive destinate a settori specifici;
- miglioramento dei sistemi interni di segnalazione dei casi;
- finanziamento di ricerche o studi puntuali;
- produzione di materiale informatico e linee guida;
- introduzione di protocolli per il monitoraggio delle condizioni di salute;
- programmi d'azione e obiettivi tesi a ridurre l'incidenza della patologia in questione.

Al riguardo, si segnalano di particolare interesse le politiche introdotte in Spagna, Lussemburgo e Paesi Bassi per i settori dell'edilizia, del credito e per gli addetti a videoterminali. Nei Paesi Scandinavi – tra i più evoluti in materia in ambito UE – le patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate rientrano tra le cinque priorità del programma nazionale di salute e sicurezza sul lavoro con il quale sono stati fissati obiettivi di ordine quantitativo volto a ridurre l'incidenza dei disturbi stessi. In Italia, Belgio, Paesi Bassi e Spagna sono state indette numerose campagne informative e ulteriori iniziative di cooperazione o accordi volontari con

le parti sociali. Negli altri Stati membri, invece, la prevenzione di questi disturbi rientra nella politica globale di prevenzione dei rischi connessi all'attività lavorativa e di attuazione della normativa europea.

Nel 2004 la Commissione ha avviato una consultazione con le parti sociali su una proposta di direttiva sui disturbi muscolo-scheletrici, rimarcando che queste patologie dipendono da cattive condizioni a livello ergonomico sia per gli uomini che per le donne che assumono posture incongrue, che svolgono compiti monotoni e ripetuti, che utilizzano metodi di lavoro ed organizzativi inadeguati e, più spesso di quanto non sia comunemente ritenuto, sollevano carichi pesanti.

Una seconda fase di consultazioni è stata inaugurata nel 2007, nelle quali le parti sociali riconoscendo un ruolo chiave alla legislazione vigente, hanno posto l'accento sulla difficoltà di trattare i disturbi muscolo-scheletrici e loro cause, in considerazione della molteplicità e della natura di tali disturbi in termini di prevenzione e gestione dei rischi.

In seguito a queste consultazioni, nel 2009, è stata proposta una nuova direttiva concernente tutti i fattori di rischio più significativi associati ai disturbi muscolo-scheletrici lavoro-correlati, che dovrebbe anche abrogare queste due direttive. Si attendeva un progresso nel 2011, ma non è ancora avvenuto.

Il quadro italiano

Tra le fonti normative italiane non sono presenti copiose disposizioni specifiche atte a regolare in modo esclusivo la prevenzione delle patologie da movimenti e sforzi ripetuti e, con riferimento allo specifico settore della sanità, ve ne sono ancor meno. Ne consegue, come tra l'altro accade in ambito internazionale e comunitario, che le varie prescrizioni in materia possono essere individuate da una lettura trasversale delle disposizioni normative più ampie in tema di tutela e gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Al fine di ricostruire in maniera organica quella che è stata l'evoluzione normativa nell'ordinamento italiano - che si presenta piuttosto frammentata a seconda dei diversi recepimenti degli indirizzi comunitari - è utile suddividere la stessa in tre principali periodi, cui corrispondono altrettanti approcci regolamentari: una prima fase ante decreto legislativo n. 626/1994; una fase successiva rappresentata dalla prima grande riforma sulla salute e sicurezza sul lavoro; un'ultima fase identificata dalla emanazione del decreto legislativo n. 81/2008.

Nel periodo preesistente al decreto legislativo n. 626/1994 l'attenzione del legislatore è stata esclusivamente rivolta alla tutela delle fasce considerate più "deboli" della popolazione lavorativa, ossia giovani, genere femminile e lavoratrici madri. In questo periodo sono state introdotte diverse norme tra cui la legge n. 653/1934, attualmente vigente, in cui è stato fissato il limite massimo (20 kg) di peso sollevabile dalle donne adulte e, ancora, la legge n. 977/1967, relativa al lavoro dei fanciulli (minori di 15 anni) e degli adolescenti (minori di 18 anni) in cui all'articolo 14, oggi abrogato, determinava (seppure con riferimento al lavoro agricolo) i pesi massimi trasferibili dagli stessi a seconda del genere (fanciulli M = 10 Kg - F = 5 kg, adolescenti M = 20 kg - F = 15 kg), rimane, invece, in vigore l'articolo 19 il quale stabilisce testualmente che *"gli adolescenti non possono essere adibiti al trasporto di pesi per più di 4 ore giornalmente, ivi compresi i ritorni a vuoto"*.

Altra disposizione normativa di questa prima fase, così come ricostruita, è riferita alla legge n. 1204 del 1971, ora abrogata. La norma oggi è stata incorporata nella legge n. 151 del 2001, con la quale si introduceva il divieto di adibire le lavoratrici madri in operazioni di trasporto e sollevamento di carichi. Successivamente alle norme appena descritte, la vera grande innovazione, nella seconda fase di cui sopra, si è avuta con l'inserimento (attraverso il recepimento della direttiva comunitaria 1990/269, allegato III, in modo sostanzialmente immodificato) di un intero Titolo e di un allegato tecnico (ci si riferisce al Titolo V e all'allegato tecnico VI del D.lgs. n. 626 del 1994.), denominato movimentazione manuale dei carichi, nel decreto legislativo n. 626/1994 che per 14 anni è stata la principale fonte di riferimento in materia. Per la prima volta, quindi,

tutti i lavoratori addetti alla movimentazione manuale dei carichi, e non solo quelli afferenti a determinati comparti come ad esempio quello agricolo in cui era possibile fruire di apposite disposizioni settoriali, venivano tutelati dai rischi fisici comportanti disfunzioni muscolo-scheletriche. Specificatamente, il Titolo V con tre articoli (n. 47, 48, 49) definiva il campo di applicazione chiarendo che per movimentazione manuale dei carichi dovevano intendersi *“le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano tra l'altro rischi di lesioni dorso-lombari”*, identificava nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria gli obblighi specifici del datore di lavoro e precisava il contenuto e le modalità dell'informazione e formazione da fornire ai lavoratori sui rischi a cui esposti. L'esame dell'allegato tecnico al decreto forniva, invece, un'ampia lista dei diversi fattori lavorativi e individuali che, se presenti, da soli o in modo reciprocamente correlato, comportavano un rischio più o meno elevato per il rachide dorso-lombare. Di tali elementi fra loro integrati, andava tenuto debito conto, tanto in fase di valutazione preliminare del rischio quanto in fase di verifica, dell'adeguatezza dei provvedimenti adottati per il contenimento del rischio medesimo. Sul piano più generale l'esistenza di un sovraccarico per i distretti muscolo-scheletrici del rachide e degli arti superiori quanto inferiori andava valutata tenendo conto del complesso dei diversi elementi di rischio lavorativi, riportati nell'allegato VI, da cui era possibile desumere che i limiti di carico movimentabile manualmente andavano selezionati in funzione delle quote di popolazione lavorativa che si intendeva effettivamente proteggere e tenendo conto almeno di fattori individuali quali il sesso e l'età; indicando in ogni caso che un carico era troppo pesante qualora risultasse maggiore dei 30 kg.

Con il decreto legislativo n. 81/2008, così come modificato dal decreto legislativo n. 106/2009, si completa la terza fase evolutiva delle norme in materia di movimentazione manuale dei carichi. L'attuale corpus normativo (La disciplina ai sensi del D.lgs. n. 81 del 2008 è costituita dal Titolo VI rubricato: Movimentazione manuale dei carichi, e dall'allegato tecnico XXXIII), ricomprende in quattro articoli (dal n. 167 al n. 170) e un allegato tecnico (allegato XXXIII), in maniera quasi letterale, l'intero dettato normativo precedente. Ma, oltre alle disposizioni contenute nello specifico Titolo VI, sono considerabili di particolare rilevanza anche altre disposizioni del Testo Unico Sicurezza che, seppur non direttamente riferibili alla tematica in oggetto, riguardano tutti i rischi presenti negli ambienti lavorativi, a favore di ogni persona in qualsiasi contesto impiegata a prescindere dalla tipologia contrattuale e dalle mansioni cui è addetta. Il riferimento è a diversi articoli tra cui, e non in via esaustiva, ritroviamo l'articolo 15 che nel prevedere le misure generali di tutela della sicurezza dei lavoratori si sofferma sul rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione delle postazioni e nella scelta delle attrezzature, come anche, nella definizione dei metodi di lavoro e produzione. Altri riferimenti a riguardo sono presenti negli articoli 17, 22 e 28 in cui si fa riferimento all'esclusivo obbligo, indelegabile, del datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e alle ulteriori responsabilità dei progettisti alla conformità dei luoghi, degli impianti e delle postazioni di lavoro ai principi generali di prevenzione in materia e alle scelte progettuali tecniche. Rilevante al riguardo (articolo 28) l'obbligo del datore di lavoro nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

Tornando alle disposizioni in materia di movimentazione manuale dei carichi e del sovraccarico biomeccanico, è opportuna una breve analisi dei primi tre articoli del Titolo VI del decreto legislativo n. 81/2008 (ar-

ticoli 167, 168 e 169), nonché dell'articolo 170 (15) relativo alle sanzioni a carico del datore di lavoro e del dirigente.

Ivi si ritrovano infatti le definizioni, gli obblighi del datore di lavoro e le ulteriori previsioni di dettaglio per quello che attiene alla informazione, formazione e addestramento dei lavoratori esposti al rischio. Entrando nello specifico, nell'articolo 167, applicabile a tutte le attività lavorative di movimentazione manuale, si precisa che deve intendersi per:

1. Movimentazione manuale dei carichi: «le operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico, che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari»;

In letteratura è riconosciuto, in via del tutto unanime, che il riferimento alla locuzione "in particolare" riguardo alle affezioni da sovraccarico biomeccanico è fatto perché nella movimentazione manuale di carichi possono ricorrere anche altri tipi di rischio, quali quelli di infortunio, o rischi a carico di altri segmenti dell'apparato locomotore diversi dal rachide dorso-lombare (ad esempio, alterazioni da sovraccarico biomeccanico del tratto cervicale e degli arti superiori), o ancora per altri apparati organici (come quello cardiovascolare). Questi ultimi, infatti, che pur non essendo l'oggetto principale di trattazione da parte del Titolo V andranno comunque considerati sulla scorta delle indicazioni dello stesso decreto legislativo n. 81/2008, nella parte in cui si obbliga a valutare tutti i rischi, e di altre norme di carattere generale o particolare.

2. Patologie da sovraccarico biomeccanico: «patologie delle strutture osteo-articolari, muscolo tendinee e nervo vascolari». Il successivo articolo 168, (Rubricato Obblighi del datore di lavoro), per quanto condensi una disciplina breve e sintetica, rappresenta il cuore della regolamentazione in materia. La lettura testuale e letterale della citata disposizione che si riporta appresso integralmente, dà conto infatti di una previsione che oltre a disposizioni secche e cogenti, si articola nell'ambito e dei limiti del potere di organizzazione della propria impresa e dei propri processi produttivi da parte del datore di lavoro, rispetto alle specifiche – e talvolta ineliminabili esigenze del processo produttivo – e delle correlate nozioni della scienza e della tecnica disponibili sul punto. Essa si configura infatti prettamente come norma di organizzazione la cui applicazione si configura cogente nei livelli minimi di tutela, ma estremamente duttile per i profili di adattamento agli specifici contesti/settori e livelli di rischio. Esso prevede infatti che: "Il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie e ricorre ai mezzi appropriati, in particolare attrezzature meccaniche, per evitare la necessità di una movimentazione manuale dei carichi da parte dei lavoratori.

Qualora non sia possibile evitare la movimentazione manuale dei carichi ad opera dei lavoratori, il datore di lavoro adotta le misure organizzative necessarie, ricorre ai mezzi appropriati e fornisce ai lavoratori stessi i mezzi adeguati, allo scopo di ridurre il rischio che comporta la movimentazione manuale di detti carichi, tenendo conto dell'allegato XXXIII, ed in particolare:

- a) organizza i posti di lavoro in modo che detta movimentazione assicuri condizioni di sicurezza e salute;
- b) valuta, se possibile anche in fase di progettazione, le condizioni di sicurezza e di salute connesse al lavoro in questione tenendo conto dell'allegato XXXIII;
- c) evita o riduce i rischi, particolarmente di patologie dorso-lombari, adottando le misure adeguate, tenendo conto in particolare dei fattori individuali di rischio, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e delle esigenze che tale attività comporta, in base all'allegato XXXIII;
- d) sottopone i lavoratori alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, sulla base della valutazione del rischio e dei fattori individuali di rischio di cui all'allegato XXXIII.

Le norme tecniche costituiscono criteri di riferimento per le finalità del presente articolo e dell'allegato XXXIII, ove applicabili. Negli altri casi si può fare riferimento alle buone prassi e alle linee guida".

Pare opportuno soffermarsi in primis sui commi 2 e 3 dai quali emerge chiaramente che la movimentazione manuale dei carichi, ove essa effettivamente si configuri secondo i parametri fisici di riferimento, può rappresentare anche passaggio ineliminabile del processo produttivo e che, in tal caso, il datore di lavoro è obbligato a tener conto delle prescrizioni di norme tecniche di settore, ma sempre temperandone l'applicazione con le condizioni individuali di rischio, delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro e delle esigenze che l'attività comporta. È chiara dunque la inapplicabilità, in capo al datore, di schemi e automatismi normativi ed organizzativi, e di contro la necessità di valutazione caso per caso da parte dello stesso, in base alle esigenze e peculiarità organizzative del settore, del contesto e delle mansioni specifiche di riferimento.

Altra notazione di rilievo è quella concernente i limiti di applicazione della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 del decreto legislativo n. 81/2008. Al riguardo, infatti, l'articolo 168 co. 2 lett. d) prescrive che il datore di lavoro "sottopone i lavoratori alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, sulla base della valutazione del rischio e dei fattori individuali di rischio di cui all'allegato XXXIII". Ciò implica la necessità di rispettare in ogni caso la propedeuticità della corretta valutazione dei rischi, rispetto all'eventuale ricorso alla sorveglianza sanitaria la cui stessa applicazione, essendo obbligatoriamente prevista solo con riferimento a settori e mansioni specifiche cosiddette "a rischio", non può assolutamente essere oggetto di automatismi aprioristici, ma solo il frutto di evidenze rilevate e documentate nel DVR che testimonino il ricorso del rischio specifico.

La valutazione affrisce poi necessariamente alla annosa problematica inerente alle diverse modalità e tecniche di valutazione del rischio specifico sviluppate nel tempo che, per la complessità stessa della materia rappresentano strumenti suppletivi e gestionali, dotati di validazione scientifica più o meno condivisa a seconda dei contesti e degli ordinamenti nazionali di riferimento ma sempre nell'ambito di una scelta convenzionale di fondo non infallibile e che può presentare sempre margini di errore, come vedremo nella parte che segue sulle norme tecniche e nello stesso capitolo sulla situazione internazionale e comparata.

Va da ultimo osservato che, le stesse norme tecniche generali nonché quelle di cui all'allegato XXXIII, come sancito dal successivo comma 3, intanto costituiscono sono parametro di riferimento organizzativo, gestionale e valutativo in quanto siano effettivamente applicabili allo specifico contesto.

In sintesi, rinviando all'allegato XXXIII per quanto concerne le disposizioni tecniche, la disposizione identifica gli obblighi specifici del datore di lavoro, delineando una precisa strategia di azioni. Tale strategia prevede nell'ordine di priorità:

- l'individuazione dei compiti che comportano una movimentazione manuale potenzialmente a rischio di danno;
- la meccanizzazione dei processi in cui vi sia movimentazione di carichi proprio per eliminarne il rischio;
- laddove ciò non sia possibile, l'ausiliazione degli stessi processi e/o l'adozione di adeguate misure organizzative per il massimo contenimento del probabile danno;
- l'uso condizionato della forza manuale. In questo caso si tratta prima di valutare l'esistenza e l'entità della probabilità del rischio di danno muscolo-scheletrico e poi di adottare le eventuali misure per il suo contenimento tenendo conto di quanto riportato nell'allegato XXXIII;
- la sorveglianza sanitaria (quali accertamenti preventivi e periodici) dei lavoratori addetti alle attività residuali di movimentazione manuale.

Nell'implementazione di queste strategie, secondo l'ordine di priorità appena citato, il legislatore ha previsto che il datore di lavoro può, nella fase valutativa, utilizzare norme tecniche, ove applicabili, buone prassi o linee guida quali criteri di riferimento per l'adempimento dei propri obblighi. Precisando, che tra le norme

tecniche da assumere come riferimento sono specificatamente indicate le norme ISO della serie 11228 (la cui dotazione non è obbligatoria, ma volontaria) che comprendono le tre seguenti:

- ISO 11228-1 (sollevamento e trasporto di carichi);
- ISO 11228-2 (traino e spinta manuale di carichi);
- ISO 11228-3 (compiti ripetitivi di movimentazione di piccoli carichi ad alta frequenza).

Con l'articolo 169, in tema di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori, per alcuni versi si struttura un vero e proprio training di addestramento al corretto svolgimento delle specifiche manovre di movimentazione manuale dei carichi specifico e aggiuntivo rispetto agli obblighi generali in materia di formazione già disciplinati agli articoli 36 e 37. Più precisamente, il datore di lavoro dovrà fornire ai lavoratori le informazioni adeguate relativamente al peso e alle ulteriori caratteristiche del carico movimentato, assicurando allo stesso tempo la formazione opportuna in relazione ai rischi e alla modalità corretta di esecuzione delle attività, fornendo in ogni caso l'addestramento adeguato. si occupa della prevenzione del rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico, connesse alle attività lavorative di movimentazione manuale dei carichi, considerando, in modo integrato, il complesso dei fattori di rischio rilevabili, tra cui:

1. **caratteristiche del carico:** perché la movimentazione manuale di un carico può costituire un rischio nei casi in cui questo è troppo pesante, ingombrante o difficile da afferrare, in equilibrio instabile o il suo contenuto rischia di spostarsi, o quando è collocato in una posizione tale per cui deve essere tenuto e/o l'allegato tecnico XXXIII, a cui come già detto fanno riferimento nelle loro prescrizioni gli articoli 168 e 169, fornendo una lista dei fattori lavorativi e individuali che possono comportare un rischio più o meno elevato per il rachide dorso-lombare, in particolare se interagenti tra loro, maneggiato a una certa distanza dal tronco e a motivo della struttura esterna e della consistenza, può comportare lesioni per il lavoratore, in particolare in caso di urto;
2. **sforzo fisico richiesto:** in quanto può presentare rischi se è eccessivo o quando può essere effettuato soltanto con un movimento di torsione del tronco;
3. **caratteristiche dell'ambiente di lavoro:** responsabili di aumentare l'incidenza dei rischi nel caso in cui ci sia poco spazio libero, in particolare verticale e comunque insufficiente per lo svolgimento dell'attività richiesta, il pavimento o il piano di lavoro presenta dislivelli che implicano la manipolazione di carichi a livelli diversi, la temperatura, l'umidità o la ventilazione sono inadeguate;
4. **esigenze connesse all'attività:** sono considerate attività rischiose quando comportano sforzi fisici (troppo frequenti o troppo prolungati) che sollecitano in particolare la colonna vertebrale, pause e periodi di recupero fisiologico insufficienti; distanze troppo grandi di sollevamento, di abbassamento o di trasporto e un ritmo imposto da un processo che non può essere modulato dal lavoratore.

A differenza dell'allegato tecnico al precedente decreto n. 626 del 1994, in cui era fatto specifico riferimento al limite massimo dei pesi sollevabili dai lavoratori, individuato allora in 30 kg, nel nuovo allegato, che lo ha interamente sostituito, non è fatto alcun riferimento ai predetti limiti, rinviando lo stesso alle norme tecniche ISO della famiglia 11228 e alla Uni EN 1005-2 da cui è possibile desumere che l'attuale limite di peso sollevabile è di 25 kg.

Tabella 35 – Pesi massimi sollevabili dalla popolazione lavorativa

Popolazione lavorativa	Peso massimo consentito in (Kg)
Maschi (18-45 anni)	25
Femmine (18-45)	20
Maschi (fino a 18 anni) ed anziani (oltre 45 anni)	20
Femmine giovani (fino a 18 anni) ed anziane (oltre i 45 anni)	15

Fonte: Norme tecniche ISO 11228, Uni EN 1005-2

A chiusura del gruppo di disposizioni specifiche di cui al Titolo VI, l'articolo 170 (18) si occupa delle sanzioni per il datore di lavoro e del dirigente in caso di mancato rispetto degli articoli 168 e 169 riassunti nello schema che segue.

Tabella 36 – Elenco delle sanzioni per il datore di lavoro e il dirigente

Ai sensi dell'articolo 170 del decreto legislativo n. 81/2008, il datore di lavoro ed il dirigente sono puniti:	
Violazione articolo 168, commi 1 e 2.	- Arresto da 3 a 6 mesi; o - Ammenda da 2.500 fino a 6400 euro.
Violazione dell'articolo 169, comma 1.	- Arresto da 2 a 4 mesi; o - Ammenda da 750 a 4000 euro.

Fonte: articolo 170, decreto legislativo n. 81/2008

La tutela assicurativa

Il sistema italiano della tutela assicurativa delle malattie professionali, per lungo tempo è stato incentrato su un modello di tipo chiuso e tabellare che tutelava con presunzione legale di origine le sole malattie professionali elencate appunto in apposite tabelle.

Nel 1988 con la sentenza della Corte Costituzionale n. 179 sono state ammesse a tutela anche le malattie non tabellate, introducendo così l'attuale "sistema misto".

Sostanzialmente, tutte le malattie causate dal lavoro sono passibili di tutela assicurativa con la sola differenza che, per quelle non riportate in tabella, il lavoratore deve dar prova di averle contratte a causa del lavoro. Nel campo delle patologie dell'apparato muscolo scheletrico la vera svolta si è avuta con la rivisitazione delle tabelle avvenuta col D.M. 9 aprile 2008. Nella tabella oltre alle "malattie causate da vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio" già presenti nella precedente stesura, è stata inserita la "ernia discale lombare" e le "malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore". Solo per l'industria, inoltre, sono state inserite le "malattie da sovraccarico biomeccanico del ginocchio".

Non va dimenticato poi che il sistema italiano di tutela del lavoratore, oltre all'aspetto indennitario, si fa carico anche del sistema di prevenzione delle malattie professionali con vari meccanismi: indagini epidemiologiche e statistiche con conseguente adeguamento delle tabelle di legge.

Tra questi meccanismi troviamo la lista delle malattie professionali di cui è previsto l'obbligo di denuncia. In conclusione è importante sottolineare la sostanziale differenza tra tabelle delle malattie professionali e liste delle malattie di cui è obbligatoria la denuncia all'ufficio provinciale del lavoro. Le prime sono lo strumento di riferimento per la tutela assicurativa del lavoratore con presunzione legale di origine professionale, mentre le seconde (liste) sono utili a scopo statistico, epidemiologico e per l'eventuale aggiornamento periodico delle tabelle.

La prassi amministrativa

La prassi amministrativa, invece, è racchiusa in modo molto consistente e quasi esclusivo nelle circolari dell'Istituto assicuratore (INAIL) che, oltre ad indicare eventualmente linee-guida interpretative in materia, rileva essenzialmente per le indicazioni riguardo alla valutazione del nesso di causalità tra patologia e attività lavorativa ai fini del riconoscimento dell'indennizzo per malattia professionale.

Quanto ai recenti riscontri in materia di indennizzo e riconoscimenti, essi sono valutabili nella circolare INAIL n. 47 del 24 luglio 2008 secondo cui, a fronte della denuncia di una malattia nosologicamente definita, cioè nominativamente indicata in tabella, la presunzione legale d'origine è operante una volta accertata l'esistenza della patologia e l'adibizione non sporadica o occasionale alla mansione o alle lavorazioni che espongono all'agente patogeno indicato in tabella, ovvero, nell'ipotesi in cui siano state genericamente indicate le lavorazioni che espongono a un dato agente, l'esposizione lavorativa all'agente patogeno indicato in tabella. In molti casi, però, è possibile che si creino sovrapposizioni o confusione tra infortunio e/o malattia professionale. In sostanza può accadere che vengano denunciati come infortunio sul lavoro o come malattia professionale eventi che tali non sono o sono quanto meno dubbi.

Al fine di favorire il lavoratore e per i soli casi denunciati a partire dal 2009 è stata stipulata tra INPS e INAIL una specifica convenzione che attribuisce all'INAIL la competenza specifica ad accertare il nesso di causalità delle malattie professionali e la valutazione di ogni altro elemento utile per qualificare l'evento lesivo come professionale; mentre all'INPS è affidato il compito, nell'ambito della rilevazione degli stati di malattia, dell'individuazione dei casi di sospetta competenza INAIL, nonché l'eventuale integrazione della documentazione pervenuta, se non già valutata dall'INAIL.

La rilevazione è di non poco conto se si considera che, proprio con riferimento alle patologie muscolo-scheletriche il problema della multifattorialità e quello della frequente origine extra-lavorativa è segnalato come argomento di preoccupazione per una esatta delimitazione del campo di operatività degli istituti giuridici di tutela, al fine di garantire che le prestazioni assicurative INAIL possano operare nei casi in cui si accerti in modo inequivocabile l'origine strettamente lavoro-correlata della patologia e sempre che non sia derivante da uno specifico evento infortunistico. C'è dunque da auspicare che il raccordo interistituzionale INPS-INAIL sopra descritto funzioni in modo sempre efficiente e lungo un iter procedurale coerente al suo interno.

Gli orientamenti giurisprudenziali

Il merito della tutela contro le malattie professionali, oltre al contributo legislativo e della dottrina, è ascrivibile anche alla parziale anticipazione dell'operato giurisprudenziale che, già prima dell'elenco delle malattie professionali riconosciute, utilizzava gli strumenti giuridici disponibili della colpa contrattuale o aquiliana e del rischio professionale per sancire il riconoscimento delle malattie da origine lavorativa.

La grande evoluzione è stata originata dalla storica sentenza della Corte Costituzionale del 1988, n. 179, attraverso cui si è introdotta una radicale inversione di tendenza – senza eliminare i vantaggi presuntivi del sistema tabellare – integrando la possibilità per l'assicurato di dimostrare l'origine professionale delle malattie non tabellate e altresì di quelle tabellate e non, manifestatesi dopo i limiti temporali previsti dalle tabelle, introducendo così il c.d. sistema misto già vigente in numerosi Paesi comunitari.

L'ulteriore passaggio giurisprudenziale che si è dovuto affrontare ha riguardato le questioni concernenti il nesso causale e le relative concause che, in materia di affezioni muscolo-scheletriche dovute alla movimentazione manuale dei carichi, è stato ben argomentato dalla Cassazione con l'affermazione del principio di equivalenza causale. Principio tutt'oggi assolutamente consolidato già dalla sentenza di Cassazione 21 gennaio 1988, n. 535.

Sostanzialmente, in questi termini, è fondamentale riuscire a capire, in occasione di un accertamento giudiziale, se la malattia contratta dal lavoratore sia stata effettivamente causata dall'esposizione a un determinato rischio non controllato in modo corretto dal datore: è necessario, quindi, che venga accertato il rapporto di causalità tra la malattia e la prestazione di lavoro.

In materia di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, si può dire che la scarsa consistenza della prassi giurisprudenziale, rappresenta indubbiamente un vulnus nell'attuale sistema per la interpretazione degli

aspetti fenomenologici, regolamentari e gestionali di una materia di per sé molto complessa e ancora in fase di studio sotto il profilo clinico generale e di medicina del lavoro.

Pertanto la necessità di una elaborazione normativa certa, fondata sull'acquisizione di rilevazioni scientifiche anch'esse certe, unanimesi e validate soprattutto per quanto riguarda la origine e multifattorialità di tali patologie e la possibilità di riconduzione ad una origine veramente lavoro-correlata, è una necessità quanto mai pressante.

Al momento ciò non può essere fatto con riferimento al campo delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico ricollegabili alla movimentazione manuale dei carichi e al sovraccarico biomeccanico e ancor più con distinzioni settoriali per comparti produttivi, in cui i parametri di riferimento non possono a nostro avviso essere utilizzati indistintamente.

Tale carenza definitoria, sia in sede epidemiologica che giuridico-normativa, si riflette immediatamente sulla approssimazione con cui gli strumenti prevenzionali e gestionali possano essere concretamente gestiti e fruiti dai datori di lavoro e sul conseguente ed ovvio livello di scarsa coerenza dei documenti redatti a vari livelli istituzionali, quali buone pratiche e linee-guida applicative di gestione e valutazione del rischio, in sede di prevenzione.

Inoltre le predette carenze definitorie, contribuendo a creare un quadro ancora incerto sotto un profilo empirico e regolamentare, espongono l'esercizio delle attività ispettive e di vigilanza al rischio di orientamenti ondivaghi su tutto il territorio nazionale, con non poche conseguenze in termini di esercizio dei correlati poteri sanzionatori, soprattutto per quanto riguarda i poteri di prescrizione e di disposizione, e delle difficoltà di provare il corretto adeguamento da parte datoriale, anche attraverso misure equipollenti a quelle prescritte, al fine di un corretto adeguamento che escluda in modo certo le correlate responsabilità sul piano penale e amministrativo.

Va infine osservato che il quadro descritto, sotto il profilo della tutela dei lavoratori, sia dal punto di vista meramente indennitario e assicurativo che sotto il profilo occupazionale, rischia di produrre danni anch'essi correlati alla poca certezza del diritto. Invero una prassi applicativa e interpretativa discontinua e a macchia di leopardo sul territorio nazionale – o ancora peggio da regione a regione o da azienda ad azienda – può ingenerare trattamenti ingiustificatamente discriminatori tra i lavoratori sia in termini di errata valutazione dei livelli di inabilità e inidoneità alla mansione specifica che in termini di individuazione delle corrette cause poste alla base della emersione della patologia.

Non sono da escludere valutazioni di profilo più squisitamente sociale di impatto del fenomeno nel mercato del lavoro e nel settore specifico della sanità in cui, se la popolazione più esposta al fenomeno dei disturbi muscolo-scheletrici è quella femminile di giovane età, già di per sé esposta a fenomeni di maggiore segregazione nell'ambito del mercato del lavoro complessivamente inteso, il rischio di una incerta valutazione e "pesatura" della patologia e degli effetti inabilitanti nel tempo della stessa, proprio a causa della incerta origine e cumulatività di elementi multifattoriali ed extralavorativi, si traduce in una possibile emarginazione da un settore che rappresenta un ambito di forte occupabilità per la fascia femminile di tutte le età e prevalentemente con tipologie contrattuali standard al di là di quelli che possono essere i normali e fisiologici picchi di stagionalità correlati alla organizzazione stessa del lavoro, in una estromissione dal mercato del lavoro e in una difficile prospettiva di ricollocazione in mansioni storicamente meno pericolose.

Le norme tecniche per la valutazione dei rischi

La valutazione del rischio connesso all'attività di movimentazione manuale di carichi va necessariamente preceduta da una analisi del lavoro, verosimilmente operata nel contesto della più generale valutazione di tutti i rischi.

Si considerano compiti di movimentazione manuale tutti quelli riferibili alle operazioni di trasporto o di

sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico. Occorre dunque individuare tali compiti sensibili e operare una valutazione nel rispetto di quanto previsto dalla normativa italiana che rinvia alle procedure tecniche ISO della serie 11228 (parti 1-2-3) e alla Uni EN 1005-2, nell'ottica di una adozione volontaria ma non sicuramente di carattere esclusivo, aprendo quindi alla possibile adozione di ulteriori validazioni scientifiche affermatesi sul campo.

A riguardo, oltre alle norme tecniche suggerite per via legale, è possibile confrontare in letteratura altri metodi di notevole spessore scientifico attraverso cui i datori di lavoro possano effettuare valutazioni di specie.

Di questi si può tracciare una sorta di comparazione tra vantaggi e svantaggi insiti nelle applicazioni sostanziali che interessano a questa analisi.

■ Il metodo NIOSH

È sicuramente il metodo più utilizzato. Si rivolge prevalentemente alla valutazione delle azioni di sollevamento manuale di carichi.

Vantaggi:

- metodo analitico che valuta solo le operazioni di sollevamento;
- è applicabile ai settori industriali;
- è riproducibile;
- permette di ricavare l'effettiva esposizione giornaliera di un singolo lavoratore, in presenza di attività che comportano l'esecuzione di diversi compiti;
- individua il peso ideale da movimentare nelle diverse condizioni;
- tiene conto del genere e dell'età.

Svantaggi:

- richiede una preparazione di base;
- non è applicabile al settore sanitario;
- non può essere applicato nelle seguenti condizioni di lavoro svolto per più di 8 ore al giorno;
- non considera il sollevamento effettuato in posizione seduta o inginocchiata;
- non considera il sollevamento in aree ristrette o con movimenti a scatto;
- non considera le condizioni climatiche sfavorevoli;
- non valuta la possibilità di pavimenti scivolosi;
- la valutazione è limitata al trasporto di un peso per un tratto superiore ai 2 metri;
- non tiene conto delle condizioni di salute del lavoratore.

■ Il metodo Snook e Ciriello

Questo metodo è stato proposto per valutare il rischio correlato al trasporto in piano, al traino e alla spinta dei carichi così come richiamato nella norma ISO 11228-2.

Vantaggi:

- consente la valutazione delle operazioni di traino, spinta e spostamento in piano;
- applicabile ai settori industriali e sanitario;
- considera le differenze di genere;
- riproducibile in ogni situazione.

Svantaggi:

- per utilizzarlo occorrono conoscenze specifiche;
- in ogni caso non consente di ricavare l'effettiva esposizione giornaliera di un singolo lavoratore.

■ Il metodo OWAS

Il metodo studia le possibili posture assunte da un lavoratore, raggruppandole in varie configurazioni e basandosi sulla posizione di schiena, braccia, gambe nonché sull'entità del peso sollevato.

Vantaggi:

- norma tecnica di facile applicazione in tutti i settori;
- permette di analizzare le posture assunte da tutto l'apparato muscolo-scheletrico;
- non richiede particolari conoscenze in ambito ergonomico.

Svantaggi:

- la sua forte specializzazione sulle posture influisce sulla mancata considerazione e individuazione del peso ideale di sollevamento;
- diversi sono i fattori non valutati tra cui: gli aspetti organizzativi, le caratteristiche dell'ambiente di lavoro e le modalità di presa dei carichi, la dislocazione angolare, l'età e genere del soggetto.

■ Il metodo TLV ACGIH

È uno dei metodi di minore applicazione tra quelli più conosciuti, in quanto valuta soltanto alcuni fattori di rischio e più propriamente si addice alle lavorazioni comportanti sovraccarico biomeccanico, piuttosto che disturbi da movimentazione manuale dei carichi.

Vantaggi:

- è un metodo di facile applicazione soprattutto a livello industriale.

Svantaggi:

- non può essere utilizzato per valutare l'esposizione di lavoratori adibiti a più compiti ripetitivi;
- non tiene conto della distribuzione delle pause e di tutte le posture di lavoro.

■ Il metodo MCG del SUVA

È un metodo che consente di valutare se durante l'attività di movimentazione manuale dei carichi vi sia, o vi possa verosimilmente essere, una sollecitazione eccessiva alla colonna lombare e se sia necessario adottare delle misure preventive.

Vantaggi:

- è di facile applicazione in tutti i settori;
- ha una spiccata capacità nel valutare, anche, fattori di notevole importanza come il genere, l'età, condizioni di salute ed esperienza del lavoratore.

Svantaggi:

- la sua applicazione non è propriamente diffusa;
- non è un metodo sostanzialmente analitico.

■ Il metodo MAPO

È un indice sintetico per la valutazione del rischio nella Movimentazione Manuale dei Pazienti, che consente di valutare gli aspetti organizzativi e strutturali degli ambienti ospedalieri ma non fornisce una misura del rischio da carico biomeccanico per singolo lavoratore o per le varie operazioni che devono essere effettuate durante l'attività.

Vantaggi:

- consente di evidenziare in maniera certamente esaustiva le carenze legate alle criticità strutturali dei reparti di degenza, alla insufficienza di personale, alla dotazione di ausili per la movimentazione dei pazienti e alla formazione del personale addetto.

Svantaggi:

- è poco diffuso e si applica solo alle strutture sanitarie che richiedono la movimentazione dei pazienti;

- non tiene conto delle operazioni di sollevamento, delle modalità di presa, delle posture assunte, dello sforzo impiegato e del carico sulla colonna lombare;
- non tiene conto dei fattori del genere, dell'età e delle condizioni di salute del soggetto, del microclima, del tempo di esposizione e della frequenza delle operazioni.

Per quanto riguarda la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico, che deriva da una modalità di lavoro chiamata "a cicli con movimenti e/o sforzi ripetuti», sono confrontabili in letteratura vari metodi di valutazione".

Con le stesse modalità dei metodi precedentemente esposti, si riporta una sintesi delle rispettive peculiarità.

■ Il metodo ACGIH

Il metodo si applica ad attività lavorative che comportano l'esecuzione di mansioni manuali a "compito unico" (mono-task job), cioè di una serie simile di movimenti e sforzi ripetuti che impegnano il lavoratore per 4 o più ore al giorno.

Vantaggi:

- definisce un indice con individuazione di un livello di azione e di un livello massimo, immediato e di semplice esecuzione.

Svantaggi:

- il valutatore deve avere una formazione ed una esperienza specifica;
- le rilevazioni sono complesse;
- considera solo due fattori di rischio (frequenza e forza);
- la valutazione posturale è riferita esclusivamente ai distretti anatomici della mano, polso e avambraccio senza considerare le ricadute, molto diffuse, sulla spalla.

■ Il metodo check-list OCRA

La check-list OCRA, messa a punto come estensione del più preciso e complesso indice OCRA (Occupational Repetitive Actions) – suggerita anche dall'allegato XXXIII del decreto legislativo n. 81/2008 come norma tecnica di adozione volontaria – consente, in fase di prima analisi, di ottenere in tempi brevi, la mappatura del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori.

Vantaggi:

- è attualmente uno dei più appropriati e riconosciuti nella letteratura internazionale, perché specifico per gli arti superiori, compresa la spalla a differenza dell'ACGIH;
- nonostante sia uno strumento analitico, fornisce un indice sintetico molto agile e di veloce interpretazione;
- è capace di valutare il rischio anche in presenza di compiti lavorativi diversi nell'ambito del turno analizzato.

■ Il metodo check-list OSHA

È uno strumento di screening rapido e agile, nel quale vengono presi in considerazione diversi determinanti di rischio da sovraccarico per gli arti superiori: ripetitività; forza; postura; vibrazioni; microclima; elementi di organizzazione del lavoro.

Vantaggi:

- è un metodo di analisi veloce;
- indicato nell'individuare problemi ergonomici, in particolare posture incongrue, per i cicli di breve durata;
- capace di valutare sia situazioni in cui sono presenti compiti unici, che nei casi di compiti complessi.

Svantaggi:

- unica nota negativa, riguarda la valutazione della forza che risulta carente, anche se spesso in situazioni di lavoro di alta ripetitività che comportano micro operazioni da eseguire in pochi secondi, questo fattore ha scarsa importanza.

■ Il metodo OREGÉ

Si tratta di un metodo di valutazione del rischio biomeccanico degli arti superiori, già sperimentato nell'industria metalmeccanica e nell'industria alimentare con buoni risultati.

Vantaggi:

- è in grado valutare il rischio da sovraccarico per tutto l'arto superiore del corpo, cosa che non tutti i metodi presentati sono capaci di analizzare.

Svantaggi:

- nella sua messa in pratica occorre una certa competenza in ergonomia e la fase istruttoria richiede lunghi periodi di osservazione delle posture;
- il maggior limite è rappresentato dal non essere uno modello squisitamente autonomo tant'è, gli stessi ideatori suggeriscono di abbinarlo ad altri metodi come supporto.

■ Il metodo RULA

Fornisce un criterio pratico di selezione veloce dei lavoratori che possono essere soggetti a disturbi degli arti superiori, indicandone il livello di esposizione di rischio sia parziale, per singoli distretti del corpo, che totale.

Vantaggi:

- capacità di determinare le posture incongrue causate da sforzi statici, prolungati nel tempo, con una analisi veloce attraverso la determinazione rapida di semplici punteggi numerici;
- buona, anche, la capacità di individuare i problemi ergonomici connessi con le posture incongrue, suggerendo soluzioni simulate che consentendo di individuare lo sforzo muscolare associato con la postura di lavoro (sia lo sforzo statico che ripetitivo), quali elementi che contribuiscono alla fatica muscolare.

Svantaggi:

- manca la valutazione della presa della mano;
- difficoltà di valutare l'esposizione del soggetto qualora non rimanga nella stessa postazione per tutto il turno di lavoro
- assoluta inconsiderazione degli aspetti legati all'organizzazione del lavoro e ai fattori complementari.

■ Il metodo Job Strain Index

È un metodo di valutazione semi quantitativo del sovraccarico biomeccanico del tratto polso-mano dell'arto superiore, utilizzato per analizzare singoli, semplici e ripetitivi compiti lavorativi ed è difficilmente applicabile a cicli di lavoro complessi.

Vantaggi:

- possibilità di determinare un punteggio che separa nettamente
- i lavori considerabili a rischio da quelli in cui il rischio non è presente

Svantaggi:

- rimarca molto sul fattore "forza" e dà minore importanza al fattore ripetitività;
- è quindi difficilmente applicabile a cicli di lavoro complessi, con compiti multipli;
- le posture disergonomiche della spalla, del gomito e il tipo di presa della mano non vengono valutate, così come lo sforzo statico.

Le “Linee di indirizzo” per la sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria costituisce una delle misure di prevenzione per i lavoratori che sono esposti a rischi per la salute, cioè ad agenti di natura fisica, chimica, biologica od ergonomica suscettibili di provocare una malattia da lavoro dopo periodi più o meno lunghi di esposizione.

Ha quindi lo scopo di verificare le condizioni di salute di ciascun lavoratore in relazione ai possibili effetti imputabili all'esposizione lavorativa, così da adottare particolari misure di prevenzione a livello di gruppo e se necessario a livello individuale.

Per agevolare le strategie preventive delle imprese e uniformarle su metodologie comuni, in materia di movimentazione manuale dei carichi e movimenti ripetitivi, sono state redatte, ad opera di alcune Regioni, apposite linee-operative – con natura di atti di indirizzo e coordinamento della normativa vigente – che tra l'altro si occupano, anche, della sorveglianza sanitaria.

Le linee di indirizzo analizzate nel presente lavoro, si riferiscono prevalentemente a quelle emanate dalla Regione Veneto, dalla Regione Lombardia, dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Piemonte (in quest'ultimo caso esclusivamente per le attività di movimentazione dei pazienti ospedalizzati, La prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti nelle Aziende Sanitarie. Indicazioni, 2010), considerate le più rilevanti, non escludendo certamente che possano esistere altre linee guida regionali di minor diffusione che si occupino di sorveglianza sanitaria dell'oggetto considerato.

Va inoltre sottolineato che, a dispetto del titolo riportato dalle stesse in epigrafe che riporta testualmente la locuzione “linee guida”, i predetti documenti, per tutte le Regioni analizzate (Veneto, Lombardia, Piemonte ed Emilia Romagna) non possono essere definite linee-guida nel senso tecnico di cui al dettato dell'articolo 2, comma 1, lett. z, del decreto legislativo n. 81/2008.

Il decreto, di fatti, definisce specificamente linee-guida solo queglii “atti di indirizzo e coordinamento per l'applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai Ministeri, dalle Regioni, dall'ISPESL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano”.

Tutti i documenti confrontati, difettano di tale iter di approvazione per cui ci limitiamo per ragioni di opportunità a riferirci alle stesse quali linee di indirizzo, documenti di orientamento operativo, che tuttavia non possiedono né la cogenza della norma di legge, né tanto meno la “copertura formale” di cui al citati articolo 2, comma 1, lett. z, del Testo Unico Sicurezza.

Tale osservazione, a scanso di equivoci, pare opportuna anche nell'ottica della necessità di uniformità di esercizio delle attività di vigilanza e controllo sul territorio nazionale, al cui presidio deve esservi esclusivamente il riferimento alle norme generali e cogenti in materia.

Inoltre, è opportuno sottolineare che le linee di indirizzo esaminate, fatta eccezione per alcune ipotesi limitate, non nascono con specifico riferimento al settore della sanità, per cui ovviamente difettano di un carattere di specificità settoriale che sembrerebbe essere invece posto alla base di qualunque attività di valutazione, prevenzione e sorveglianza rispetto a questi disturbi così peculiari.

Particolare interesse rivestono poi le Linee-guida per la prevenzione delle patologie correlate alla movimentazione manuale dei pazienti elaborate dalla SIMLI – Società Italiana di Medicina del Lavoro. Un ampio spazio viene ivi riservato alla valutazione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti e viene definito un percorso “orientato alla prevenzione di disturbi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, in particolare del rachide lombare”. In questa parte si analizzano anche i singoli metodi per evidenziare “le diverse strategie di analisi proposte, la coerenza con i dati scientifici ad oggi disponibili, la riproducibilità e l'eventuale validazione”.

Si precisa poi che possono essere usati sia metodi “multidimensionali”, che presentano il pregio “di essere applicabili in condizioni di reale svolgimento dell'attività lavorativa”, che metodi “settoriali”, che possono essere

“utilmente impiegati per operare stime oggettive del carico biomeccanico a scopo di ricerca”. Molto spazio è altresì dedicato alla sorveglianza sanitaria nei lavoratori addetti alla movimentazione manuale dei pazienti. Infatti il documento ricorda che la “sorveglianza sanitaria rappresenta l’elemento fondamentale che, unitamente alla valutazione del rischio, concorre alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori”.

Ampio riferimento è fatto poi agli interventi preventivi evidenziati dalla letteratura scientifica. L’ultimo capitolo si occupa invece di informazione e formazione, come “strumenti necessari ed indispensabili per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali”.

Tra i requisiti di una formazione/informazione idonea ci sono:

- la definizione degli obiettivi;
- l’identificazione della popolazione bersaglio;
- la definizione dei messaggi e dei mezzi di comunicazione;
- la valutazione della preparazione dei formatori;
- la valutazione dell’efficacia.

5. BUONE PRASSI: UNA RASSEGNA INTERNAZIONALE

Passata in rassegna la disciplina normativa e la giurisprudenza poste a presidio della tutela della prevenzione e della gestione dei rischi emergenti, si evince la necessità di integrare il quadro normativo, ove presente, con lo sviluppo di buone pratiche operative e linee-guida il più possibile vicine alle peculiarità oggettive e soggettive del settore sanitario, quali strumenti integrativi del quadro normativo esistente che, ad oggi, prende in considerazione il fenomeno soprattutto da una prospettiva trasversale e comune a tutti i settori produttivi. In tale direzione, del resto, si orientano anche le istituzioni internazionali, comunitarie e nazionali, nel suggerire la sperimentazione, lo sviluppo, il consolidamento e la disseminazione di strumenti di soft law settoriali in questo ambito.

Prima di procedere con la rassegna schematica delle principali prassi elaborate con riferimento al settore sanitario, urge una premessa definitoria.

Invero la definizione di “buone prassi” varia da Paese a Paese in relazione al differente sistema normativo di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. L’Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro, dal canto suo, afferma che la buona prassi: “deve fornire informazioni sui doveri delle persone in materia di salute e sicurezza al fine di aiutarle a ridurre i rischi sul luogo di lavoro. Le informazioni fornite devono essere di buona qualità e quantità, al fine di produrre una riduzione permanente e verificabile dei rischi e assicurare che la normativa rilevante in materia sia rispettata. Le informazioni devono essere rilevanti, attuali, etiche ed effettive, focalizzandosi ove possibile sulla prevenzione del rischio alla fonte. La implementazione delle buon prassi è garantita con il coinvolgimento forte di tutti gli stakeholders, in particolare i lavoratori e i loro rappresentanti.”

Dal canto suo il D.lgs. n. 81/2008, all’art. 2, co.1, lett. v) definisce le buone prassi come “soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro, elaborate e raccolte dalle regioni, dall’Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall’Istituto nazionale per l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici di cui all’articolo 51, validate dalla Commissione consultiva permanente di cui all’articolo 6, previa istruttoria tecnica dell’ISPESL, che provvede a assicurarne la più ampia diffusione”. Alla successiva lettera z), poi il lo stesso articolo definisce le linee guida come “atti di indirizzo e coordinamento per l’applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza predisposti dai

Ministeri, dalle regioni, dall'ISPEL e dall'INAIL e approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano".

Sono poi ampi i rinvii che le altre disposizioni del D.lgs. n. 81/2008 fanno alle buone prassi. Tuttavia, proprio per la ampiezza della nozione in ambito internazionale, è facile ravvisare la dicitura "buone prassi" o "linee-guida" anche con riferimento a documenti non rientranti esattamente nella definizione fornita dalle disposizioni sopra citate. Alla luce di tale premesse è dunque opportuno passare in rassegna i principali strumenti forniti attualmente dalla esperienza internazionale, comunitaria e nazionale che vengono pertanto di seguito riportati in maniera schematica nelle seguenti tabelle, nella consapevolezza che il rispettivo inquadramento tecnico e definitorio è molto variabile poiché risente delle differenze metodologiche e ordinamentali sopra segnalate.

Buone prassi internazionali e comunitarie per la valutazione, la prevenzione e la gestione dei rischi in sanità.

ILO - International Labour Organization (2005)

Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance. The handbook for practitioners

Contenuti:

La pubblicazione contiene una guida pratica per la gestione del Dialogo Sociale, quale strumento di miglioramento delle condizioni di lavoro per i lavoratori del settore sanitario, nell'ottica della strategicità del settore per il mantenimento di una società sana e attiva.

ILO - International Labour Organization (2003)

Workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon

Contenuti:

La pubblicazione contiene un codice di buone prassi per la identificazione, la gestione, il controllo; la formazione e le tecniche di management e monitoraggio per il rischio di violenza nel settore dei servizi, tra cui anche quello sanitario.

ICN International Council of Nurses; WHO - World Health Organization; Public Services International; ILO - International Labour Organization (2005)

Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: The training manual

Contenuti:

La pubblicazione contiene un manuale specifico per la formazione del personale del settore sanitario per la prevenzione e la gestione dei rischi da violenza nel luogo di lavoro.

ILO - International Labour Organization (1996)

Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health

Contenuti:

Il volume contiene le indicazioni di riferimento principali per la valutazione e la gestione dello stress tra le infermiere.

WHO - World Health Organization; Consorzio ISPEL/ICP; Institut Universitaire Romand de Santé au Travail (2003)

Violenza psicologica sul lavoro. Suggestimenti per operatori sanitari, politici, dirigenti, responsabili delle risorse umane, operatori del diritto, sindacalisti e lavoratori

Contenuti:

L'obiettivo della pubblicazione è accrescere la consapevolezza su questo fenomeno, in preoccupante aumento,

fornendo informazioni sulle sue caratteristiche: definizione, differenza tra “conflitto normale” e violenza psicologica sul lavoro, modi in cui la violenza è praticata e conseguenze che può produrre su salute e società. Particolare attenzione è dedicata alle cause che ne favoriscono lo sviluppo e alle misure per contrastarlo.

EU-OSHA – European Agency for Occupational Safety and Health at work (2009)

Case study: Preventing occupational stress in student nurses

Contenuti:

La pubblicazione riporta la buona prassi per la gestione dello stress da lavoro nelle giovani studentesse di scienze infermieristiche, nell'esercizio delle attività pratiche in ospedale e nelle strutture di cura, messa a punto dall'istituto toscano CRE – Centro di Ricerca per L'Ergonomia.

EU-OSHA - European Agency for Occupational Safety and Health at work (2014)

Managing stress and psychosocial risks. E-guide

Contenuti:

La Agenzia ha messo a punto una piattaforma on-line gratuitamente accessibile a tutti i datori di lavoro e ai lavoratori di tutti i settori produttivi per la migliore gestione dello stress lavoro-correlato. La guida è progressivamente pubblicata in tutte le lingue dell'Unione e contiene anche i riferimenti normativi essenziali dei Paesi Membri inerenti allo stato di attuazione della disciplina europea in materia.

WHO – World Health Organization (2011)

Gender, work and health

Contenuti:

Il documento contiene un piano generale di azione per sviluppare la dimensione di genere nel luogo di lavoro, in tutti i settori produttivi compreso quello sanitario.

ICOH – International Commission on Occupational Health (2012)

Mainstreaming gender into the activities of an international occupational health professional society

Contenuti:

Il programma è stato articolato su più fasi e più anni al fine di costituire un network internazionale di donne ed uomini operanti in diversi settori produttivi, tra cui quello sanitario, per diffondere in svariate forme una maggiore conoscenza della dimensione di genere sul luogo di lavoro anche attraverso un apposito sito specializzato.

Spagna (2015)

Hospital Optimista

Contenuti:

È una campagna lanciata per promuovere la salute psicosociale degli operatori e dei pazienti negli ospedali e nelle strutture di cura alla persona spagnoli.

Germania (2011)

Heiligenfeld Hospitals: practice corporate culture of attentiveness

Contenuti:

Heiligenfeld GmbH in Bad Kissingen è un complesso di cinque ospedali e centri di cura che ha identificato sette aree di intervento per il benessere dei lavoratori: cooperazione e spirito di gruppo; salute; ispirazione; innovazione; spiritualità; sviluppo e apprendimento; leadership.

Olanda (2010)

ErgoCoaches system

Contenuti:

La prassi, adottata dal St. Elizabeth Hospital e validata dalla Commissione Europea, riguarda la prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici e l'incremento del livello di soddisfazione e qualità del lavoro per le infermiere e le donne delle pulizie in ospedale.

Slovacchia (2008)

Prevention – manual handling of residents in a care home

Contenuti:

La prassi, riconosciuta dalla EU-OSHA, è rivolta alla riduzione dei disturbi muscolo scheletrici derivanti dallo spostamento dei pazienti e applicata nei servizi di cura alla persona domestici alla persona per tutto il personale addetto. Componente molto importante è l'attività di formazione specifica e la sorveglianza sanitaria degli addetti.

Germania (2010)

Management system for dealing with infections, including an operating manual for handling contact infections

Contenuti:

La prassi, riconosciuta dalla Commissione Europea, è stata applicata nel Schramberg District Hospital nella foresta nera. Essa è rivolta alla riduzione del rischio di contatti infettivi per tutti gli operatori del settore ospedaliero. Essa è consistita prevalentemente nel monitoraggio degli abiti protettivi e della disinfezione delle mani, oltre che in attività di formazione specifica.

Germania (2010)

Preventive measures applied in an ambulance service when dealing with biological risks

Contenuti:

La prassi, applicata presso la Emergency Faculty della Università di Jena, è volta alla prevenzione delle ferite da taglio attraverso regole e procedure specifiche per coloro che devono maneggiare gli strumenti nell'espletamento del servizio di ambulanza.

Austria (2013)

Alzheimer holiday programme

Contenuti:

La prassi è rivolta alla prevenzione del burn-out per gli operatori sanitari addetti a prestazioni domestiche e coinvolge tanto gli operatori quanto i pazienti.

Bulgaria (2006)

How to avoid emotional burnout syndrome

Contenuti:

La prassi, validata dal Central and Eastern European Harm Reduction Network, riguarda la prevenzione della sindrome da burn-out attraverso appositi seminari informativi e di training ed è stata applicata presso i servizi di cura domestici.

Bulgaria (2008)**Professionals exhaustion among nurses working in a clinic for paediatric and genetic disorders at Sv. Gregory University Multiprofile Hospital for Active Treatment Plovdiv****Contenuti:**

La prassi, applicata dal Department of Paediatrics del Sv. Gregory University Multiprofile Hospital for Active Treatment Plovdiv, comprende una serie di attività di training volte alla sensibilizzazione sul significato dei rischi psicosociali tra le infermiere e gli operatori dei servizi di cura alla persona.

Repubblica Ceca (2009)**How to deal with conflict and stress management and How to prevent burn-out syndrome****Contenuti:**

La prassi, consistente nella organizzazione di due seminari, è rivolta a sviluppare la capacità di gestione e superamento dei fattori di stress tra gli infermieri e gli altri operatori dei servizi di cura alla persona. La prassi è stata applicata all'interno di diversi laboratori di analisi e centri di ricerca medica.

Danimarca (2009)**Five days course on preventing violence, conflict resolution and development****Contenuti:**

La prassi è stata sviluppata tra i lavoratori del settore della cura sanitaria e della assistenza sociale. È consistita nella organizzazione di cinque giornate seminariali animati da discussioni, analisi di casi studio, scambio di esperienze, coinvolgimento in situazioni di compito.

Regno Unito (2012)**NHS Direct****Contenuti:**

La prassi, applicata in diversi ospedali del regno Unito, è stata rivolta a tutti gli operatori sanitari al fine di abbattere il rischio da differenze linguistiche offrendo appositi servizi di traduzione specialistica tra colleghi e tra operatori e pazienti.

Bulgaria (2007)**Roma Health mediators****Contenuti:**

La prassi, riconosciuta dall'Europea Intercultural Workplace, è stata applicata da molti ospedali in Bulgaria al fine di garantire l'accesso migliore della comunità ROM al servizio sanitario evitando fenomeni di violenza e discriminazione.

Romania (2014)**PPE responding to women's needs at work within various economic sectors - a cooperative approach****Contenuti:**

La prassi è stata messa in atto da varie aziende produttrici di abbigliamento (FORNAX Group, S.C. MENTOR SRL, S.C. MarMih SRL), dal National Research and Development Institute on Occupational Safety "Alexandru Darabont" di Bucharest e dalle donne che ne hanno beneficiato che operavano in aziende appartenenti a vari settori, tra cui quello sanitario. La prassi, volta a tutelare le differenze di genere sul lavoro, consisteva nell'adattamento dell'abbigliamento protettivo alle caratteristiche del corpo femminile, a seconda della taglia, delle forme, dell'eventuale stato di gravidanza, del tipo di attività svolta al lavoro e del tipo di rischio cui fossero esposte.

Germania (2008)

Gender-sensitive design of occupational health management in the public administration of Berlin

Contenuti:

Programma lanciato dall'amministrazione di Berlino per la implementazione della dimensione di genere sul lavoro in diversi settori della pubblica amministrazione tra cui quello sanitario. Il programma si è concluso con la redazione di linee-guida per il design orientato alle esigenze di genere della salute e della sicurezza sul lavoro.

(Fonte: Elaborazione a cura di ANMIL Onlus sulla base della mappatura documentale svolta)

Buone prassi nazionali per la valutazione, la prevenzione e la gestione dei rischi in sanità.

INAIL (2013)

Sicurezza in Ospedale

Contenuti:

Strumento d'individuazione dei pericoli presenti negli ospedali mediante l'uso di check-list.

La pubblicazione in 10 fascicoli è costituita da un'introduzione sulla situazione italiana degli ospedali; a partire dal secondo fascicolo si affrontano tutti i pericoli presenti negli ospedali, prima di carattere generale (barriere architettoniche, divieto di fumo, condizionamento, ecc.), poi specifici e distinti per unità operativa o servizio.

Le domande sono differenziate in tre livelli: I esperti della materia, II preposti e III procedure di sicurezza.

ISS - Istituto Superiore della Sanità (2011)

Un modello di ricerca-intervento per la valutazione dei rischi psicosociali presso l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce

Contenuti:

La buona prassi è parte di una più ampia pubblicazione dell'ISS.

La fase iniziale della procedura si fonda, sui seguenti passi: raccolta preliminare di dati relativi ad elementi organizzativi e indicatori oggettivi di rischio; realizzazione di interviste semi-strutturate rivolte ai dirigenti/responsabili delle varie strutture; somministrazione, all'intera Unità Operativa (ad esclusione dei dirigenti/responsabili) di un questionario standardizzato; elaborazione automatizzata dei dati e prima analisi per la valutazione delle criticità emerse con le figure apicali dell'UO; restituzione dei dati al personale tramite predisposizione di focus group d'approfondimento tematico con campioni rappresentativi delle varie figure professionali coinvolte; elaborazione di un report finale che includa anche, in base delle aree di criticità emerse, di concerto con la stessa Unità Operativa, le possibili strategie di miglioramento, e la pianificazione della loro realizzazione.

INAIL (2011)

Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere (quaderno tematico della Rivista degli infortuni e delle Malattie professionali)

Contenuti:

Progetto editoriale in più volumi volto alla redazione di linee-guida per la valutazione e la gestione della dimensione di genere nei luoghi di lavoro

U.O.C. Prevenzione, Protezione e Sicurezza sui luoghi di lavoro (da qui U.O.C. SPP) Fondazione Policlinico Tor Vergata – Roma (2012)

Sicurezza nel prendersi cura in ottica di genere

Contenuti:

Buona prassi validata dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ai sensi dell'art. 6, comma 8, lettera d) del D.Lgs 81/08 e s.m.i.

L'impegno della Direzione Generale sull'integrazione dell'ottica di genere nell'ambito della Sicurezza sul lavoro, ha permesso all'U.O.C. SPP di interloquire con autorevolezza con i vari stakeholder interni e di collaborare alla creazione di iniziative aziendali sul tema, creando sinergie e aumentando la diffusione dell'attenzione su questi temi. In particolare:

- valutazione del rischio e definizione di misure preventive in ottica di genere;
- integrazione dell'ottica di genere nella formazione e informazione sui rischi specifici (ad es. moduli dedicati al tema delle differenze di genere all'interno di corsi di formazione su: Radiazioni Ionizzanti (14 eventi per complessivi 345 partecipanti); Rischio Biologico (36 eventi per complessivi 944 partecipanti); Stress lavoro correlato (partecipazione del Servizio a evento organizzato da altra U.O. con 60 Partecipanti); formazione preposti ex. art. 37, comma 7 del D.lgs. 81/08 (8 eventi));
- interventi ed iniziative specifiche su tematiche inerenti alle differenze di genere quali la violenza contro le donne, (3 eventi di otto ore per complessivi 113 partecipanti, formazione specifica di 35 ore per 30 partecipanti) la violenza nei luoghi di lavoro con approfondimenti sulla violenza di genere (3 eventi per complessivi 104 partecipanti).

Dipartimento di Prevenzione Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Ancona, Fabriano, Jesi, Senigallia (2012)

Indirizzi operativi per la valutazione dei rischi a tutela della lavoratrice madre

Contenuti:

Si tratta di linee di indirizzo messe a punto per aiutare i datori di lavoro a gestire e prevenire i rischi cui sono esposte le donne in diversi comparti. Tra tutti quelli presi in considerazione c'è anche quello sanitario con apposite schede tecnico-operative.

Associazione Igiea, ISPESL (2012)

Movimentazione Centrata sulla Persona (MCP)

Contenuti:

Buona prassi validata dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ai sensi dell'art. 6, comma 8, lettera d) del D.Lgs 81/08 e s.m.i.

L'intervento previsto dal modello della Movimentazione centrata sulla persona (MCP) è di tipo formativo ed è basato su un approccio professionale coerente con la normativa professionale, i diritti del malato, la metodologia del Nursing.

Gli obiettivi formativi del modello della MCP sono:

- a) fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di movimentazione centrata sul paziente secondo il modello Bio Psico Sociale della salute OMS
- b) fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di valutazione dell'interazione dinamica persona/ambiente/infermiere e valutazione dello sforzo fisico;
- c) fare migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

La modalità formativa utilizzata ha alla sua base alcuni concetti fondamentali, di seguito espressi:

1. il modello concettuale di D. Orem: permette la condivisione di obiettivi assistenziali realmente raggiungibili

in quanto secondari ad una accurata analisi delle risorse residue del paziente e ad una pianificazione ad hoc degli interventi;

2. trasformare una prestazione in un processo: l'attività laboratoriale, attuata attivando un processo di learning organization, crea una condizione di continuità tra l'evento formativo e la pratica;
3. la modalità formativa attuata ha come obiettivo principale quello di organizzare le conoscenze già presenti nel core formativo del professionista infermiere e, insieme con una rilevante parte esperienziale, creare nuove modalità di approccio al problema.

A.O.U. San Martino di Genova - Servizio Prevenzione Protezione (2012)

Prevenzione infortuni da aghi e taglienti

Contenuti:

Buona prassi validata dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ai sensi dell'art. 6, comma 8, lettera d) del D.Lgs 81/08 e s.m.i. Essa ha l'obiettivo di ridurre in modo significativo le punture accidentali da aghi impiegati nelle pratiche mediche e infermieristiche.

L'adozione di sistemi con aghi sicuri di fatto impedisce che dopo l'uso l'ago possa ancora pungere, recando quindi un danno agli operatori sanitari ma anche al personale addetto alle pulizie, ad altri pazienti, visitatori ecc. Un successo particolare l'abbiamo ottenuto con gli aghi cannula molto pericolosi per il quantitativo di sangue che possono contenere; ebbene oggi siamo in massima sicurezza con vantaggi anche per le vene del paziente eliminando di fatto alcune malpractise come l'entrata e uscita ripetuta con lo stesso ago. L'ago quindi che come azione medica è identica ai sistemi non sicuri, con il dispositivo di protezione automatico consente che la sicurezza viene attivata con una normale procedura clinica, senza cioè interventi straordinari da parte dell'operatore (figura 1 allegata). L'introduzione degli aghi protetti è stata effettuata attivando in parallelo un percorso formativo di sensibilizzazione sul rischio biologico e in particolare da punture accidentali e l'impiego dei nuovi dispositivi invitando gli operatori a fare emergere tutti gli incidenti, anche quelli ritenuti erroneamente non significativi, e utilizzare le nuove misure di sicurezza. Sono stati formati oltre 1300 operatori sanitari tra medici ed infermieri partendo dai reparti di pronto soccorso, terapia intensive e rianimazioni sino a tutti i dipartimenti ospedalieri.

(Fonte: Elaborazione a cura di ANMIL Onlus sulla base della mappatura documentale svolta).

APPENDICE

Testimonianze di alcune donne infortunate nel settore sanitario

NICOLETTA BOTTI - Foggia

Mi chiamo Nicoletta, ho 49 anni ed ho avuto 3 infortuni sul lavoro. Ho iniziato ad esercitare la mia professione di fisioterapista dal 1997 dapprima in case di riposo per proseguire poi con le ASL dal 2004 fino all'assunzione definitiva, il 23 giugno 2008, nel reparto di terapia intensiva.

Il primo infortunio è avvenuto nel 2008 con un paziente in coma posizionato su una carrozzina neurologica, mentre lo stavo sollevando nell'intento di praticare la fisioterapia necessaria ad evitare l'atrofizzazione dei muscoli. Probabilmente quella mattina il paziente non era stato posizionato nel modo opportuno dagli infermieri che mi avevano preceduto; nel momento in cui l'ho sollevato, il paziente stava scivolando così, per sorreggerlo, ho fatto un movimento sbagliato che mi ha causato di distaccamento di una costola a livello vertebrale.

Sono stata soccorsa immediatamente da una mia collega, che mi ha dato un po' di sollievo con un antidolorifico. Al mio risveglio il giorno seguente non riuscivo a respirare, chiamai il 118, ma per i medici del pronto soccorso non avevo nulla. A quel punto mia figlia mi portò all'INAIL dove un medico si accorse del problema. Subito dopo l'incidente, probabilmente una conseguenza di esso, una bronchite ha complicato le cose, rendendo il periodo di convalescenza ancora più lungo e costringendomi a stare a casa per più di due mesi.

Nel 2010 il secondo incidente. Stavo lavorando su un paziente che aveva subito un trauma cranico e psicologico che lo aveva fatto regredire cerebralmente all'età in cui si tende a portare tutto alla bocca. Già altre volte le mie colleghe gli avevano tolto dalla bocca oggetti e persino pezzi di vetro. Quel giorno aveva in bocca un pezzo di pannolone, mi sono avvicinata subito a lui per toglierlo ed evitare che lo ingoiasse, perché aveva anche problemi a deglutire ma il ragazzo ha reagito mordendomi il dito con tutte le sue forze. Credevo che me lo avrebbe staccato. Non riuscivo a liberarmi, per fortuna una mia collega, non so come, alla fine è riuscita a fargli mollare la presa. Avevo ancora il mio dito anche se il morso mi aveva provocato una frattura da compressione del dito indice della mano sinistra. Dopo un mese sono potuta rientrare a lavoro. L'ultimo incidente è avvenuto nella palestra dell'ospedale nel 2012 ed è stato anche quello più grave che mi ha cambiato la vita costringendomi a non poter più esercitare il lavoro che con passione ho svolto per molti anni.

Tutto è avvenuto mentre stavo facendo fare degli esercizi ad un paziente di oltre 100kg che aveva avuto un Ictus. Dopo molti sforzi ero finalmente riuscita a farlo camminare sulle parallele, nel periodo di degenza era dimagrito un po' ed i pantaloni della tuta gli scendevano. Proprio mentre si tirava su il pantalone ha perso l'equilibrio e nel tentativo di sorreggerlo ho fatto una brusca rotazione e flessione da sforzo che mi ha provocato la fuoriuscita completa di un'ernia paramediana a livello L5 S1 con compressione radicolare a livello S1 a sinistra. Avrei dovuto essere operata perché l'ernia era molto grande. Dopo aver fatto però una visita specialista da un neurochirurgo di Pisa, su sua indicazione, ho fatto una cura cortisonica per 30 giorni e prendendo anche dei farmaci per mantenere l'alimentazione della mielina e non danneggiare i nervi. Il medico mi ha fatto anche perdere 12 kg. Seguendo i consigli dello specialista l'ernia è parzialmente rientrata e quindi ho evitato di essere operata, ma successivi accertamenti hanno fatto emergere altre due protrusioni a livello L3-L4 e L4-L5 che renderebbero più complicato un intervento nel caso in cui l'ernia fuoriuscisse di nuovo.

Il medico del lavoro naturalmente ha riconosciuto la mia parziale inabilità a svolgere le stesse mansioni a causa dei traumi dorsali riscontrati ricollocandomi nel reparto DH cardiologico per limitare il carico di la-

voro e soprattutto gli sforzi; ora infatti lavoro solo con piccole articolazioni come gomito e polso, mi occupo di fare monitoraggi cardiaci oppure una leggera attività fisica.

In tutti questi anni ho cercato di mantenere una costituzione sana ed avere i muscoli elastici in modo da poter svolgere al meglio il mio lavoro facendo attività fisica e sport. Ora, a causa dei problemi alla schiena, non posso più correre, non posso più fare sport, ho dovuto limitare molte attività nella mia vita. Cerco di mantenermi in forma facendo Pilates, ginnastica posturale e yoga o comunque attività leggere.

Cerco dunque di condurre la mia vita normalmente, ma le cose non sono più come prima. In questa esperienza le persone che mi hanno assistito di più sono state mia figlia e una mia cara amica. È grazie alla loro vicinanza che ho potuto curarmi e ho capito l'importanza della necessità di rivolgermi alle strutture competenti per il riconoscimento della mia patologia.

Alla fine del 2014 ho presentato domanda per il riconoscimento della malattia professionale, e sto aspettando una risposta da parte dell'INAIL.

Intanto a marzo di quest'anno dovrò fare il controllo per la certificazione e la verifica di idoneità alle mie mansioni. Mi piacerebbe molto poter tornare alla mia vita prima dell'incidente, poter riprendere il mio lavoro normalmente ma sono consapevole che sarà molto difficile.

Io non sono un caso isolato nel mio contesto lavorativo; molti colleghi si trovano nelle stesse condizioni a seguito di dinamiche simili o diverse da quelle riguardanti me. Molti di loro sono stati colpiti anche da patologie alle spalle molto serie; io no e per questo mi sento anche fortunata.

Nonostante il passare degli anni e le attività di formazione e informazione che nella mia struttura venivano e vengono tuttora svolte rispetto alla movimentazione dei pazienti, è chiaro che la frequenza e la gravità di questi fenomeni dipende da un fattore principale: la carenza di personale addetto a questo tipo di attività. L'operatore fisioterapista si trova oggi a gestire un numero troppo elevato di persone per tutto il tempo di lavoro e questo, oltre che molto stressante psicologicamente, è fortemente dannoso per l'apparato muscolo-scheletrico. Servirebbe una diversa proporzione tra numero di operatori e numero di pazienti da gestire nel tempo a disposizione al fine di evitare un eccessivo logoramento del corpo.

A. F. - Campobasso

Mi chiamo A., ho 61 anni, sono stata affetta da una encefalopatia da zoster. Una grave forma di herpes a seguito della riattivazione del virus della varicella in un momento di maggiore debolezza del fisico.

Lavoravo come infermiera alla ASL quando un giorno, nel 2004, iniziai a manifestare, un forte dolore alla testa e alla parte sinistra del corpo. In poco tempo ero piena di vescicole e l'occhio sinistro si era gonfiato. Solo poco tempo dopo scoprii di aver contratto il virus da un bambino che era venuto in ambulatorio per fare uno dei vaccini obbligatori previsti dalla legge, il quale aveva la varicella. Nei giorni successivi al manifestarsi dei primi sintomi la situazione andava peggiorando, mi rendevo conto di non aver contratto una forma comune di herpes zoster, infatti il mio occhio si gonfiava sempre di più, non riuscivo a reggermi in piedi, avevo le vertigini, male alle orecchie e non riuscivo a parlare bene perché la malattia mi aveva provocato anche una paresi facciale, ero diventata un mostro: la mia faccia era distorta e il medico mi aveva accennato più volte di considerare la possibilità di togliere l'occhio. Per fortuna alla fine non è stato necessario. Quando si manifestarono questi sintomi mi recai al pronto soccorso e l'oculista di turno, sottovalutando la cosa, mi prescrisse un semplice farmaco per uso topico, quando invece avrebbe dovuto prescrivermi un farmaco da somministrare per via endovena. Questa grave negligenza medica, purtroppo, ha prodotto i suoi effetti negativi, avendo determinato la penetrazione più profonda del virus a livello neurologico.

Anche dopo continuavo a lamentarmi, ma la gravità della mia malattia non veniva capita, nemmeno dai medici, e conseguentemente neanche al lavoro. Sono stata assente per malattia per più di tre anni rischiando di esser licenziata. Alla Sede INAIL territoriale mi dicevano che non avevo niente e che non avevo diritto

ad alcuna agevolazione o riconoscimento. Nonostante la gravità della malattia le mortificazioni avute dall'INAIL sono state di gran lunga superiori. Da infermiera capivo che stavo morendo ma non riuscivo a farmi curare. Ho deciso di muovermi a mie spese rivolgendomi a specialisti in diverse città d'Italia, da Milano a Roma. Fino a quando, finalmente, all'INAIL di Roma, riuscii a trovare una persona che capì la gravità della situazione indirizzandomi nelle strutture adeguate a curare la mia malattia. Io volevo solo essere curata non indennizzata.

Purtroppo, non essendo stata riconosciuta subito, la malattia è arrivata al cervello danneggiando la mielina con le stesse conseguenze della Sclerosi Multipla. All'occhio sinistro ho perso parecchie diottrie e la vista continua a diminuire, inoltre, a causa del danneggiamento della mielina sono costretta a fare riabilitazione motoria tre giorni a settimana, in un centro specializzato dell'ASL (unica prestazione riconosciuta). L'occhio comunque non è tornato come prima, non riesco a chiuderlo bene e la bocca è sempre un po' storta.

Dal 2005, inoltre, ho potuto usufruire dei benefici della legge 104 che mi è stata riconosciuta dall'INPS che mi ha consentito di mantenere il mio posto di lavoro pur lavorando solo 2 ore al giorno fino al 2013, anno in cui sono andata in pensione.

Dopo aver presentato domanda più volte all'INAIL con i relativi ricorsi mi sono dovuta accontentare del riconoscimento di un'invalidità del 25%, presentando però domanda di aggravamento. Oggi sono ancora in contenzioso contro l'INAIL.

I danni alla mielina sono di tipo degenerativo e non so per quanto tempo la terapia riabilitativa ai muscoli potrà ancora essere efficace.

A mie spese ho dovuto affrontare una serie di visite specialistiche e una serie di ricorsi, in sede giudiziaria e in via amministrativa. Nel corso di questo iter terribile vi sono state tre grosse lacune: in primo luogo la negligenza del medico di pronto soccorso nell'immediatezza del fatto; in secondo luogo il grave ritardo nella diagnosi della patologia e nella valutazione della stessa per la sua gravità strutturale; in terzo luogo le lungaggini procedurali e processuali legate alle incertezze sulle competenze tra gli organi pubblici, nella specie INPS ed INAIL.

Oggi, a seguito del riconoscimento della "causa di servizio", sono equiparata ad una invalida di guerra. Ma arrivare a questo è stato molto difficile e tortuoso, oltre che estremamente dispendioso.

Quanto alla prevenzione e alla consapevolezza del rischio sul luogo di lavoro, posso dire che da infermiera ero ben informata e formata rispetto a questi tipi di fenomeni; non so però quanto fossi concretamente protetta, dal mio datore di lavoro, rispetto al loro verificarsi.

Non pochi sono stati i riflessi di questa vicenda sulla mia vita personale, considerato che né mia figlia né mio marito hanno potuto assistermi; mio marito è malato anche lui e comunque non viviamo più insieme da tempo. Sono stata sostanzialmente sola e comunque assistita da una collaboratrice domestica che, per fortuna, mi sono potuta e ancora oggi mi posso permettere, nonostante le difficoltà anche economiche che questo evento ha prodotto cambiando irrimediabilmente la mia vita.

ANNA MARIA MONTEBUGNOLI - Bologna

Mi chiamo Anna Maria, ho 58 anni, vivo in provincia di Bologna e dal marzo del 1997 ho avuto un infortunio sul lavoro che ha cambiato la mia vita, sia personale che lavorativa. Ero un'operatrice socio sanitaria (OSS) nel reparto di lunghe degenze, mi occupavo cioè di assistere i malati del reparto fornendo loro sia il supporto medico necessario ad esempio per semplici medicazioni, sia quello più strettamente sociale come ad esempio aiutare un anziano a compilare un bollettino per pagare una utenza domestica. Quel giorno, durante il turno di lavoro pomeridiano, stavo trasportando un paziente bloccato sul lettino con la gamba tenuta alzata con l'ausilio di un supporto medico. Dovevo accompagnarlo in un altro reparto affinché fosse sottoposto ad accertamenti. Purtroppo, le ruote del lettino si erano incastrate tra le "guide" dell'ascensore pro-

prio mentre stavo entrando con il paziente. A quel punto, essendo sola, mi è venuto spontaneo provare a sbloccarlo sollevandolo con tutte le forze, ma ho sentito una fitta fortissima, come un "crac" lungo la schiena. Ad ogni modo non mi fermai e riuscii a condurre il paziente nel reparto; arrivata lì mi accomodai per qualche minuto su una sedia e un collega addetto al reparto poté constatare quanto mi era accaduto e, considerato che aveva delle competenze tecniche, mi disse anche che poteva essere una cosa grave.

Sono rimasta bloccata per i successivi 5 giorni. Probabilmente gli antidolorifici, facendo il loro effetto, avevano camuffato il danno reale.

Terminati i giorni di malattia, rientrai quindi a lavoro normalmente. Tuttavia una volta riprese le mie mansioni abituali mi accorsi subito che c'era qualcosa che non andava non riuscivo a stare in piedi e ogni compito, svolto senza problemi fino a pochi giorni prima, era diventato per me difficoltoso e causa di forti dolori che mi costringevano a non poter fare a meno degli antidolorifici. In quel periodo, non avevo problemi solo a lavoro ma anche in famiglia, avevo mio figlio di 10 anni e una casa da gestire oltre al dolore che non voleva passare. Per fortuna, ho potuto contare sull'aiuto di mio marito ma la situazione con il passare del tempo peggiorava anziché migliorare.

Essendo diventato insostenibile, mi decisi a fare degli altri accertamenti dai quali emerse, infatti, un'ernia discale che fu operata nel 1998. Purtroppo l'operazione mi ha lasciato una cicatrice che ha lesionato le articolazioni dei muscoli della gamba sinistra che ancora oggi mi dà problemi, motori ed anche estetici.

L'infortunio sul lavoro è stato poi riconosciuto nel 2000 mentre, nel 2008, dopo aver fatto domanda di aggravamento con esito positivo, mi è stata riconosciuta una percentuale di invalidità del 34%. Il riconoscimento delle tutele risarcitorie e di quelle indennitarie non è stata una cosa così facile e scontata, in quanto ho dovuto promuovere ricorso sia contro l'INAIL che contro la struttura sanitaria presso cui opero. Per di più, in sede di processo, proprio quel collega che aveva potuto constatare nell'immediato quanto mi era accaduto si rifiutò di rilasciare la sua testimonianza.

Dal 2000, essendo stata riconosciuta non più idonea allo svolgimento delle mie mansioni, sono stata ricollocata nell'archivio dell'ospedale per lavorare come impiegata e limitare quindi il carico di lavoro evitando soprattutto gli sforzi. Tuttavia le mansioni che svolgevo prevedevano che io salissi su scale che arrivano ad un'altezza di 4 metri e questo per una persona che ha problemi di movimento non era il massimo della sicurezza. Nel 2009 infatti sono stata rimossa da queste mansioni ancora pericolose e addetta al reparto pediatrico, dove gli sforzi a carico della mia colonna vertebrale sono certamente minori, ma non del tutto assenti.

Quello che più mi colpisce, a distanza di diversi anni dal mio infortunio, non è solo il fatto che la mia vita sia cambiata nella gestione delle piccole e delle grandi cose, ma che all'epoca in cui mi sono fatta male, noi addetti non eravamo informati adeguatamente su questa tipologia di rischi presenti sul lavoro e che ancora oggi le cose non siano cambiate, nonostante le novità introdotte dalle normative di settore.

Gli operatori non vengono educati e formati alla prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici nonostante il fenomeno sia molto allarmante nel nostro settore. Il senso di abbandono, di solitudine e di mancanza di prevenzione unito al sovraccarico di lavoro per la carenza di personale, è una condizione costante per la nostra categoria che deve essere affrontato e gestito.

CONCETTA RIZZO - Frosinone

Mi chiamo Concetta, ho 74 anni e sono pensionata. Per quarant'anni ho lavorato nel reparto di radiologia di un ospedale, fino a diventarne coordinatrice. Dal 1963 al 2006, anno in cui sono andata in pensione per anzianità, sono stata esposta ai raggi x mentre effettuavo, giorno dopo giorno, radiografie ai pazienti.

Non ricordo esattamente quando ho iniziato a manifestare i primi sintomi, ma ricordo con chiarezza che ero incinta e continuavo a lavorare in reparto radiologia inconsapevole, sia durante la prima gravidanza che

durante la seconda (entrambe alla fine degli anni '70) dei potenziali danni che potevo causarmi e di quelli per i miei figli. Per fortuna i miei figli sono nati sani, ma credo sia un miracolo. Allora noi lavoratrici non eravamo informate e formate sui rischi derivanti dal nostro lavoro né sulle possibili conseguenze; non disponevamo delle tutele di legge che esistono oggi per le donne operanti nel settore sanitario, specie durante il periodo della gravidanza.

Più in particolare la malattia emerse nel corso dell'accertamento medico, nelle attività di sorveglianza sanitaria cui eravamo sottoposti ogni sei mesi io e molti miei colleghi; anche molti di loro nel tempo hanno contratto patologie correlate all'esposizione alle radiazioni.

Nonostante le rilevazioni del medico, ho continuato ad essere adibita alla medesima mansione; ma io amavo il mio lavoro, sebbene fosse molto rischioso.

Con il tempo ho iniziato a manifestare i primi sintomi derivanti dall'alterazione della cute delle mani: ho iniziato ad avere secchezza, la pelle si assottigliava sempre di più e diventava squamosa e rugosa perdendo di elasticità. Poi è iniziato il prurito e l'alterazione della colorazione.

L'esposizione superiore ai limiti previsti dalla normativa ai raggi x mi ha causato anche problemi alla circolazione oltre ad una riduzione della sensibilità alle mani.

La conseguenza peggiore sono stati i problemi alla vista dovuti dalla sclerosi del cristallino. Oltre a non poter più fare a meno degli occhiali avendo perso molti gradi sono costretta a continui controlli visto che la situazione va peggiorando.

Nel tempo sono diventata ben consapevole del fatto che le modalità di effettuazione degli esami diagnostici radiologici, a quel tempo, determinavano una esposizione molto elevata a questi tipi di rischio. Oggi per fortuna le cose sono diverse, grazie alle nuove norme e alle tecnologie che si sono evolute.

Avendo riconosciuto la correlazione dei danni con il lavoro svolto, l'INAIL accolse nel 2004 la mia domanda per il riconoscimento della malattia professionale così come quella di aggravamento nel 2014 riconoscendomi una percentuale di invalidità pari al 60%.

Oggi ritengo adeguate le tutele che ho ricevuto dall'INAIL, né ho mai pensato in passato di proporre ricorso nei confronti della struttura sanitaria presso cui lavoravo. La necessità di lavorare e la passione per quello che facevo, nonostante l'alto livello di rischio, erano per me prioritari.

Mi ritengo certamente fortunata per aver ricevuto dall'INAIL quanto credo che mi spetti. L'INAIL mi è stata vicina e mi ha tutelato.

CHI È L'ANMIL

L'ANMIL (Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati e Invalidi del Lavoro) da oltre 70 anni tutela le vittime del lavoro, le persone che hanno contratto una malattia professionale e i loro familiari. Attraverso 106 Sezioni provinciali e 500 tra Sedi regionali, Sottosezioni Delegazioni comunali e Fiduciariati, l'ANMIL conta circa 400.000 soci e rappresenta una categoria composta da oltre 800.000 titolari di rendita. Con quasi 300 dipendenti, oltre 5.000 volontari e circa 180 consulenti professionisti (principalmente legali, medico legali e psicologi) l'ANMIL offre servizi ed assistenza su tutto il territorio nazionale. A supportare l'attività delle Sezioni ci sono, vittime del lavoro ma non solo.

Oltre alle attività assistenziali l'Associazione promuove iniziative tese a migliorare la legislazione in materia di infortuni sul lavoro e di reinserimento lavorativo offrendo alla categoria numerosi servizi di sostegno personalizzati e dedica particolare impegno alla diffusione della cultura della sicurezza e della prevenzione dei rischi sul posto di lavoro realizzando importanti progetti finalizzati a sviluppare campagne di informazione o percorsi di formazione rivolti soprattutto alle nuove generazioni anche grazie alla collaborazione di partner autorevoli come il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, il Dipartimento per le Pari opportunità e l'INAIL .

Tra gli appuntamenti annuali più importanti che coinvolgono l'intero territorio nazionale ci sono l'8 marzo e, la seconda Domenica di ottobre, la "Giornata Nazionale per le Vittime di Incidenti sul Lavoro". Quest'ultima - istituzionalizzata con Direttiva del Governo nel 1998 su richiesta dell'ANMIL - fin dal 1951 viene celebrata in tutta Italia. In questa occasione, grazie a manifestazioni organizzate sia a livello nazionale che locale attraverso le proprie Sedi territoriali, l'Associazione coinvolge sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e sul problema della difficile gestione del dopo-infortunio opinione pubblica e istituzioni.

Negli ultimi anni l'ANMIL ha voluto arricchire i suoi servizi per sostenere a 360° non solo i suoi associati ma tutti i cittadini aprendo degli sportelli di Patronato per offrire prestazioni in termini di assistenza previdenziale e assicurativa a titolo gratuito e di CAF per dare un completo servizio di Assistenza Fiscale curati da professionisti esperti dando vita a una serie di strutture dedicate ai diversi ambiti d'intervento:

- **La Fondazione "Sosteniamoli Subito" Onlus**, costituita nel 2005 per dare un supporto ai familiari dei caduti sul lavoro, vedove e orfani, ma che ha anche la finalità di promuovere iniziative a sostegno degli infortunati sul lavoro e dei loro familiari;
- **Il Patronato ANMIL** che offre prestazioni di tutela assistenziale e previdenziale a titolo gratuito;
- **Il CAF ANMIL** nato nel 2008 per lo svolgimento del Servizio di Assistenza Fiscale per tutti gli Associati ed i loro familiari;
- **IRFANMIL** è l'Istituto di Riabilitazione e Formazione, dedicato anche alla ricerca e allo studio delle materie e delle problematiche che interessano i lavoratori, con particolare riguardo alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e allo studio delle disabilità e delle tecniche di riabilitazione;
- **L'Agenzia per il Lavoro** costituita per supportare nel collocamento le vittime del lavoro come agenzia di intermediazione tra domanda e offerta di lavoro al fine di favorire la formazione e l'inserimento lavorativo di tutte le persone con disabilità;

- **ANMIL Sicurezza**, società di servizi costituita per operare nel campo della formazione, della consulenza e della progettazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della realizzazione di modelli di organizzazione e gestione;
- **Assowelfare** è la struttura che affianca l'ANMIL nella tutela di interessi dei consumatori e degli utenti (quali il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza, alla qualità dei prodotti e dei servizi, il diritto ad una adeguata informazione e ad una pubblicità corretta etc.).
- **ANMIL Sport Italia** è L' Associazione Sportiva Dilettantistica costituita per promuovere lo sport quale strumento per favorire il reinserimento sociale.

PRENDERSI CURA DI CHI CI CURA



anmil
onlus

ASSOCIAZIONE NAZIONALE FRA LAVORATORI MUTILATI E INVALIDI DEL LAVORO

www.anmil.it • Numero Verde gratuito 800.180943
