

R. Buselli, A. Cristaudo

Il medico competente e il rischio stress lavoro correlato: dalla collaborazione alla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria

U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Via Santa Maria 110, Pisa

ABSTRACT. *COMPANY OCCUPATIONAL PHYSICIAN AND WORK RELATED STRESS: FROM RISK ASSESSMENT TO HEALTH SURVEILLANCE. In Italy the recent safety legislation requires a new commitment for the company occupational physician. His duty is a balance between legal requirements and the state of art of prevention. There are many tools to tackle stress at work as a general preventive intervention. The hard challenge of the company physician is to keep all the guarantees in terms of prevention and social security for the worker at risk of stress. This paper examines some of the difficulties with current approaches and looks at possible solutions.*

Key words: *work related stress, occupational physician, health surveillance.*

Ogni volta che esce una normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro che introduce un nuovo rischio, il medico del lavoro si trova di fronte all'occasione di fare riflessioni su cosa siano e in che cosa consistano alcuni elementi essenziali della sua attività di operatore della prevenzione.

Così è stato per il passaggio dal D.P.R. 303/56 al D.Lgs 277/91 e poi al D.Lgs 626/94, in cui veniva introdotto l'obbligo esplicito di esprimere il giudizio di idoneità al termine della visita medica e per i quali non valeva più il concetto di presunzione del rischio, ma si introduceva il concetto di valutazione del rischio. I rischi emergenti della medicina del lavoro si prestano forse meglio ad essere affrontati con il concetto di presunzione del rischio e pongono invece alcune difficoltà ad essere valutati come rischi per cui poter stabilire una soglia.

Il D.Lgs 81/08, e più recentemente il D.Lgs 106/09, sottopongono all'attenzione del medico del lavoro un nuovo rischio, il rischio stress lavoro correlato. Questo tipo di rischio presenta delle caratteristiche che lo rendono molto difficile da gestire, esiste infatti un divario fra conoscenza scientifica, politiche di prevenzione e pratiche quotidiane, che progetti europei stanno cercando di colmare (9).

I due decreti fanno riferimento all'Accordo Europeo sullo Stress del 2004, dove si propone una definizione dello stress che è molto vicina a quella del NIOSH (10). In questa definizione si stabilisce che lo stress si realizza quando le richieste superano le capacità di gestione del lavoratore. La capacità di fare fronte alle richieste dipende però dalla lettura che ne fa il lavoratore in funzione delle sue caratteristiche emozionali e cognitive (7).

Questo non pone grandi problemi all'attività dello psicologo che non è legato a precisi obblighi di legge e in ogni caso, anche con questo modello, può effettuare interventi di prevenzione. Cosa diversa è per il medico del lavoro, che nella sua attività di sorveglianza sanitaria, è vincolato ad aspetti che lasciano minor libertà: la valutazione del rischio che ha fra i suoi obiettivi quello di stabilire se un rischio in una determinata azienda può provocare malattie professionali e la gestione di dette malattie professionali secondo le disposizioni normative vigenti.

In sintesi gli obblighi del medico competente, secondo la nuova normativa, riguardano le aree della valutazione, della prevenzione dei rischi, della sorveglianza sanitaria, dell'informazione e formazione, dei programmi volontari di

“promozione della salute”. Alcuni di questi consentono di intervenire sulla base del contributo dello stato dell’arte della materia, altri hanno dei limiti che sono dati dalla normativa e dalla giurisprudenza sull’argomento. Il medico competente ha responsabilità penali dirette in base alla normativa e quindi deve assicurarsi che il proprio operato sia rispettoso dei dettami di legge e che segua la metodologia della propria disciplina, che rappresenta anche la possibilità di garantire al lavoratore in maniera omogenea per tutti i tipi di rischio le stesse tutele di tipo preventivo e previdenziale.

Sulla base di queste considerazioni i problemi relativamente alla gestione dello stress lavoro correlato per il medico competente nascono soprattutto dalla partecipazione alla valutazione del rischio e dall’attuazione della sorveglianza sanitaria.

La valutazione del rischio

La valutazione del rischio entra nel bagaglio culturale della Medicina del Lavoro all’inizio degli anni ’80. Le quattro fasi fondamentali sono costituite dalla individuazione del pericolo, dalla valutazione dose risposta, dalla valutazione dell’esposizione e dalla caratterizzazione del rischio (5). Le prime due fasi possono basarsi su conoscenze scientifiche generali teoriche, mentre le altre due fasi possono considerarsi più operative orientandosi verso la stima del grado di esposizione dei soggetti interessati.

Per quanto riguarda i rischi psicosociali, Cox e collaboratori (4) sostengono un approccio della gestione del rischio che è ampiamente basato sui tipi di valutazione del rischio che sono utilizzati per i rischi fisici e che consentono meglio di impostare interventi di prevenzione primaria.

Per questo tipo di approccio Briner e Rick (11) hanno identificato alcuni problemi.

La valutazione del rischio combina tre elementi: il pericolo, il danno e il rischio.

Il pericolo è definito come tutto ciò che ha il potenziale di causare danno. Il danno include lesioni immediate, alterazioni fisiche a più lungo termine e infermità. Il rischio è di solito definito come la probabilità che qualcuno subisca un danno a causa di un pericolo.

La valutazione del rischio mette insieme tutti questi elementi. I cinque step per la valutazione del rischio suggeriti dall’HSE (cercare i pericoli, decidere chi possa essere danneggiato e come, valutare i rischi e decidere se le precauzioni esistenti sono adeguate o se dovrebbe essere fatto di più, registrare i risultati, riesaminare la valutazione e cambiarla se necessario) pongono alcune difficoltà ad essere applicati all’ambiente psicosociale.

Infatti i rischi fisici tendono ad essere contesto specifici, mentre i rischi psicosociali possono essere trovati ovunque.

Mentre è possibile determinare per una sostanza chimica quale livello di esposizione diventa pericoloso, non è possibile definire il livello al quale il carico lavorativo può causare un danno specifico.

I rischi fisici di solito tendono ad avere effetti immediati; invece gli effetti di esposizione per esempio ad un evento traumatico possono rimanere latenti per molti mesi o più.

I rischi fisici tendono ad avere sempre effetti negativi, mentre alcune condizioni che possono essere alla base dei rischi psicosociali possono qualche volta avere anche effetti positivi. L’autonomia e il controllo sul proprio lavoro, generalmente positiva, se eccessiva può indicare una mancanza di chiarezza di ruolo o carenza di supporto.

Infine i rischi fisici sono intrinsecamente lesivi o il loro impatto è determinato in qualche misura dalla suscettibilità individuale, mentre i rischi psicosociali sono determinati dal modo in cui le persone li percepiscono (valutazione cognitiva) (7).

Ecco quindi che per i rischi psicosociali anche il primo passaggio dalla valutazione del rischio, rappresentato dalla “lista dei pericoli”, appare difficile da gestire.

Anche il danno psicosociale rispetto al danno fisico rivela alcune differenze. Infatti non è sempre chiaro quale forma di danno è causata dai rischi psicosociali: ad un estremo ci potrebbe essere la malattia psichiatrica, ma dall’altro un ampio range di stati d’animo (ansia, depressione, irritabilità) e affettivi (poca soddisfazione professionale, basso impegno organizzativo) sono attribuiti allo stress così come un ampio range di sintomi psicosomatici (cefalea, insonnia).

Ciò che interessa principalmente al medico del lavoro nella valutazione del rischio è che ciò che viene valutato appartenga al ciclo lavorativo, perché ad esso va riferito il suo ambito preventivo e la prevenzione della malattia professionale.

La confusione nel concetto di valutazione del rischio deriva anche dalla interazione tra figure professionali diverse con diversa formazione culturale.

Lo stress lavoro correlato è sicuramente un rischio ubiquitario (come del resto sottolinea anche l’Accordo Europeo), però considerare ogni situazione lavorativa come un contesto in cui lo stress possiede capacità di fare danno, requisito per valutarne il rischio, è un assunto che potrebbe rendere più difficile far rientrare il fenomeno negli stessi percorsi preventivi e previdenziali degli altri rischi professionali.

Un altro aspetto critico è la limitazione dell’intervento del medico competente alla valutazione dei rischi ai soli casi in cui si renda necessaria la sorveglianza sanitaria (comma 1 art. 29 D.Lgs 81/08). Nel caso della valutazione del rischio dello stress lavoro correlato, pone il problema di chi possa valutare la vulnerabilità del lavoratore, elemento importante per completare questo adempimento preventivo, e che, gestendo dati che riguardano anche la salute del singolo lavoratore, sono per legge posti sotto la tutela del medico competente, che nello specifico compito è responsabilizzato da sanzioni penali.

Le definizioni del rischio offerte dalla letteratura della disciplina possono essere un riferimento importante per orientare il processo di valutazione. La definizione del rischio offerta dalla IUPAC ’93 lo descrive come “probabilità che si verificano eventi indesiderati in particolari circostanze ben definite di utilizzo di agenti pericolosi”. A livello individuale questa definizione è applicabile solo ad eventi deterministici.

Un’altra definizione offerta dalla IUPAC per quello che riguarda gli eventi a genesi multifattoriale rimane necessa-

riamente molto più generica: "semplice possibilità che in particolari circostanze di esposizione ad un agente potenzialmente nocivo si verifichino eventi in desiderati" (5).

Questa definizione di rischio si adatta meglio al concetto di stress lavoro correlato, ma si presenta sfuggente per gestire una valutazione del rischio.

Per questa tipologia di rischi forse i metodi ad indice possono costituire i metodi di approccio più adatti. In questi metodi i risultati ottenuti possono essere considerati non immediatamente definitivi, ma assunti a termine e sottoposti a processi di validazione successiva.

Come l'Accordo Europeo ha sottolineato, le conferme alla valutazione del rischio, che provengono dal coinvolgere i lavoratori, devono evitare di attribuire tutta la responsabilità del meccanismo lesivo dello stress al lavoratore stesso.

È anche importante tenere sempre presente, che nel procedimento di valutazione del rischio, il benessere lavorativo rappresenta l'obiettivo più alto della prevenzione, ma che è necessario valutare la probabilità che una malattia si manifesti. A questo scopo è preferibile quindi che si utilizzino metodi, che diano risposte in grado di attivare interventi. Tanto più che dalla norma non è richiesta una ricerca scientifica, ma un atto con finalità pratiche operative e preventive. Però per deontologia professionale è necessario porre molta attenzione a non svilire il processo generale di valutazione, rimanendo il più possibile legati all'uso di strumenti che abbiano riconoscimento nella letteratura scientifica.

Alcune esperienze di valutazione del rischio, come le linee di indirizzo della regione Toscana sullo stress lavoro correlato (2), hanno avuto l'opportunità di essere condivise dalla varie figure private e pubbliche degli operatori della prevenzione, così da rendere più chiaro il percorso di interpretazione della normativa.

La sorveglianza sanitaria

La SIMLII nelle sue Linee Guida ha definito la sorveglianza sanitaria come la principale attività del medico competente (12).

Essa ha le sue basi nella valutazione del rischio ed è un importante fonte di verifica dei risultati della valutazione del rischio.

Il suo obiettivo principale è rappresentato dalla prevenzione delle malattie da lavoro e lavoro-correlate, con uno specifico contributo anche alla valutazione delle situazioni sanitarie che possono essere causa di infortunio sul lavoro o, ove previsto o richiesto, alla promozione della salute dei lavoratori.

Nella pratica rappresenta un equilibrato rapporto fra contenuti professionali e vincoli di legge.

Il decreto legislativo 81/08 e s.m.i. all'art. 41 ribadisce che la sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente nei casi previsti dalla normativa vigente. Cioè quando i rischi sono individuati per legge o quando individuati dalla valutazione del rischio (6). Per poter attivare la sorveglianza sanitaria è necessario che il rischio venga ritenuto tale da poter realizzare danno e ciò deve essere

previsto nel Documento di valutazione del rischio; in questo modo si ripropone il problema di individuare un valore soglia, difficilmente definibile per quanto riguarda lo stress.

In altre situazioni, anche se per motivazioni diverse, in cui era difficile definire una soglia, il legislatore ha deciso di intervenire direttamente chiarendo cosa fare. Ad esempio la normativa che riguarda le radiazioni ionizzanti stabilisce che la sorveglianza sanitaria si effettua definendo la popolazione esposta per categorie, la cui valutazione si basa sulla suscettibilità ad una esposizione potenziale.

La distinzione che, per il rischio da sostanze tossiche, esiste fra la sorveglianza sanitaria rivolta al singolo lavoratore e il rilievo dei risultati collettivi degli indicatori biologici di effetto, che individuano modificazioni dell'organo bersaglio, offre analogie con l'atto di sorveglianza sanitaria che, durante la valutazione del rischio per lo stress lavoro correlato, prevede la raccolta di dati collettivi ottenuti dalla somministrazione di questionari per la percezione dello stress.

Durante la fase di somministrazione di questi strumenti di valutazione soggettiva, nel caso in cui prevedano dimensioni che riguardano la salute fisica e psichica, è il medico del lavoro competente che dovrebbe gestire le informazioni traducendoli in dati collettivi, ma tutelando i dati del singolo lavoratore. A questo scopo, anche nel caso in cui non sia presente il medico competente, sarebbe opportuno che fosse nominato per collaborare a questa fase.

La definizione di idoneità al lavoro impostata dal Gerin negli anni 50 poggia sui concetti di validità, idoneità, capacità e abilità. Dal contesto delle definizioni si intuisce che il termine idoneità individua una condizione intermedia tra validità e capacità. L'idoneità deve essere considerata come la validità con preciso riferimento ad una determinata attività o mansione specifica.

Nel valutare l'idoneità alla mansione specifica il medico del lavoro competente deve prendere in considerazione il possesso da parte del lavoratore dei requisiti psico-fisici comunemente indispensabili per lo svolgimento della mansione e non il possesso dei migliori requisiti psicofisici necessari per lo svolgimento della stessa (Corte di Cassazione del 7/7/1987).

Il riscontro di soli indicatori organici non è sufficiente per la sorveglianza sanitaria nel campo di un rischio da stress (1), se non accompagnato dalla raccolta relativa a dati relativi alla sfera psichica e comportamentale, che potrà essere facilitata da strumenti utilizzati nello screening, come il General Health Questionnaire (14).

Particolarmente delicato è a questo proposito l'ambito della vulnerabilità individuale, che può essere indagata attraverso strumenti che valutino la personalità del lavoratore (3). L'approccio a questo tipo di indagine presenta però alcuni limiti. In primo luogo tali strumenti richiedono competenze specialistiche; secondariamente possono offrire occasione per strumentalizzare la scelta dei lavoratori durante la fase di assunzione, passando dalla sorveglianza sanitaria a pratiche di selezione del personale, rischiando di cadere così in un comportamento non solo poco etico, ma anche al di là dei limiti della normativa.

I test psicologici e psicotecnici che possono definire il profilo attitudinale comprendono i test di abilità mentale, abilità meccanica, abilità psicomotorie, abilità visiva, abilità speciali (8). Queste prerogative definiscono l'attitudine, che va intesa come la capacità a svolgere un determinato compito, ma anche per questo fine questo tipo di test devono essere utilizzati con cautela.

Laddove si debba intervenire nella fase di visita preventiva è opportuno basarsi sulla raccolta di dati anamnestici, meglio se integrati da interviste (strutturate e semi-strutturate), che indagano nel campo della patologia della sfera psichica. Nel caso in cui si rilevi un quadro compatibile con patologie psichiatriche, che possano interferire con l'idoneità alla mansione, può essere consigliabile rivolgersi allo specialista.

Esistono strumenti validati, che seppur sviluppati in ambito clinico, hanno caratteristiche che li renderebbero adatti ad un impiego di screening. Il modello di spettro (13), applicato in psichiatria, ha consentito di sviluppare interviste per ogni area di patologia psichiatrica. Queste interviste sono in grado di fornire un approccio dimensionale alle varie aree della patologia psichica andando dalla condizione di normalità alla soglia della diagnosi clinica.

L'atto finale della sorveglianza sanitaria è il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Gli aspetti di tutela della salute generale che questo atto comporta non pongono grandi problemi. L'aspetto più critico è rappresentato dalla tutela che l'espressione del giudizio deve fornire relativamente al manifestarsi della malattia professionale. Questo implica un riferimento ad uno specifico rischio per il quale il datore di lavoro è soggetto ad una precisa responsabilità. Lo stress-lavoro correlato presenta alcune analogie con rischi che sono condivisi dalla popolazione generale e per questa caratteristica potrebbe essere considerato un rischio generico aggravato, che non appartiene preferenzialmente ad alcune categorie. Una posizione simile è stata quella del Consiglio di Stato (sezione sesta 17 marzo 2009 n. 1576), che con questa motivazione ha ritenuto di non poter considerare il mobbing come causa di malattia professionale. Quindi scegliere questo tipo di approccio, potrebbe comportare il rischio di minor chiarezza sulla tutela del lavoratore relativamente allo stress lavoro correlato rispetto ai rischi professionali più tradizionali.

Conclusioni

Quello che emerge dall'analisi dei problemi da affrontare per la gestione dello stress lavoro correlato è che le attività di sorveglianza sanitaria e valutazione del rischio sono ancora più interdipendenti che con i rischi tradizionali. Questo sottolinea la centralità del ruolo del medico competente in queste due attività, che, anche quando debba rivolgersi alla consulenza dello specialista, rimane il principale riferimento per la tutela della salute e della riservatezza del lavoratore. Ecco quindi che laddove le co-

noscenze della disciplina entrano in conflitto con richieste di legge, il medico del lavoro possiede la professionalità per guidare verso la soluzione più appropriata.

In questa fase è opportuno che vengano date indicazioni precise dagli organismi incaricati, come la Commissione Consultiva Permanente, che consentano di attivare i necessari percorsi preventivi anche laddove il contributo della scienza non riesce a fornire risposte chiare a questo fine. La raccolta e la valutazione dei dati provenienti dalle diverse proposte ed esperienze condotte in questi anni potrà essere un'utile base per future indicazioni operative basate su una maggiore evidenza scientifica, ma al contempo rispettose della metodologia della medicina del lavoro, come prevede il D.Lgs 81/08, e del ruolo dei soggetti implicati.

Bibliografia

- 1) Albini E, Bagnara S, Benedetti L, Bergamaschi A, Camerino D, Cassitto MG, Costa G, Ferrario M, Gilioli R, Iavicoli S, Livigni L, Lucchini R, Magrin ME, Menni C, Monaco E, Persechino B, Petryx M, Riboldi L, Romano C, Sed B. Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro: Documento di consenso. Linee Guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro. Pavia, Pime Editrice Srl, vol. 21, 2006.
- 2) Linee di indirizzo Regione Toscana sullo stress lavoro correlato - 2009 (in stampa).
- 3) Cassitto MG. Modalità di risposta individuale allo stress. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro* Vol. XXXI, n° 2 aprile-giugno 2009.
- 4) Cox T, Griffiths A. Assessment of psychosocial hazards at work. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, eds. *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: John Wiley, 1996.
- 5) Bartolucci GB, Bovenzi M, Cassano F, Cortesi I, Cottica D, GM Giachino, Manno M, Mutti A, Nano G, Pira E, Scapellato ML, Selis L, Soleo L, Apostoli P. Linee Guida per la valutazione del rischio. Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, PIME editrice srl. Pavia 2004.
- 6) D'Orsi F, Narda R, Scarlini F, Valente E. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori. EPC libri 2008.
- 7) Fingret A. Occupational mental health: brief history. *Occup Med* 2000 Jul; 50 (5): 289-293.
- 8) Gobatto F. Prevenzione dei rischi professionali negli ambienti e nelle attività dell'Amministrazione, della ricerca e della scuola. Piccin Editore 2001.
- 9) Leka S, Kortum E. A European Framework to address Psychosocial Hazards. *J Occup Health* 2008; 50: 294-296.
- 10) NIOSH. Stress at work. Cincinnati (OH): DHHS (NIOSH) Publication No. 99-101, 1999.
- 11) Rick J, Briner RB. Psychosocial risk assessment: problems and prospects. *Occup Med* 2000 Jul; 50 (5): 310-4.
- 12) Soleo L, Romano C, Abbritti G, Bartolucci GB, Basso A, Bergamaschi A, Bertazzi PA, Bianco P, Bovenzi M, Coggiola M, Cortesi I, Cristaudo A, Gelormini A, Giachino GM, Gigante MR, Iacovone MT, Imbriani M, Magrini A, Mosconi G, Murge N, Mutti A, Negro C, Pira E, Riboldi L, Saia B, Apostoli P. Linee Guida per la sorveglianza sanitaria. Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. PIME editrice srl. Pavia 2004.
- 13) Dell'Osso L, Rucci P, Ducci F, Ciapparelli A, Vivarelli L, Carlini M, Ramacciotti C, Cassano GB. Social anxiety spectrum. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; Dec 253 (6): 286-91.
- 14) Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB. The ability of trainee general practitioner to identify psychological distress among their patients. *Psychol Medicine* 1993; 23, 185-193.