



Associazione Italiana di Epidemiologia



SOCIETÀ NAZIONALE
OPERATORI DELLA PREVENZIONE

WORKSHOP ON LINE / WEBINAR

“EPIDEMIOLOGIA, PARTECIPAZIONE E PREVENZIONE PER LA SICUREZZA E LA SALUTE DEI LAVORATORI”

26 ottobre 2021

docenti: prof. Benedetto Terracini, Torino; dott.ssa Anna Maria Di Giammarco, Pescara; dott. Claudio Calabresi, Genova; dott.ssa Maria Pia Cancellieri, Urbino; dott.ssa Patrizia Perticaroli, Senigallia; dott. Roberto Calisti, Civitanova Marche; dott.ssa Roberta Stopponi, Civitanova Marche; dott. Antonello Lupi, Ascoli Piceno

PROGRAMMA

8.30-9.00	Verifica della registrazione partecipanti, verifica di funzionalità dei collegamenti on line, introduzione alla logistica della giornata
9.00-9.30	Presentazione del workshop e dei docenti
9.30-11.00	Sessione 1: Partecipazione ed equità nella valutazione e nell'affrontamento dei rischi chimici occupazionali, con particolare riguardo a quelli da cancerogeni e tossici per la riproduzione
11.30-13.00	Sessione 2: Partecipazione ed equità nella valutazione e nell'affrontamento dei rischi biologici occupazionali, con particolare riguardo a quelli da SARS-CoV-2
14.00-15.30	Sessione 3: Partecipazione ed equità nella valutazione e nell'affrontamento dei rischi occupazionali che generano “fatica cronica”, con particolare riguardo a quelli da movimentazione manuale di carichi e da ripetitività dei movimenti
16.00-17.30	Sessione 4: Partecipazione ed equità nella valutazione e nell'affrontamento dei rischi occupazionali da stress, con particolare riguardo a quelli da precarietà e isolamento
17.30-18.00	Verifica della comunicazione e conclusione del workshop

In forza dello scenario epidemiologico corrente, il workshop verrà realizzato in modalità di Formazione A Distanza (FAD) sincrona; è accreditato per 9 (nove) crediti ECM per un massimo di 100 (cento) partecipanti.

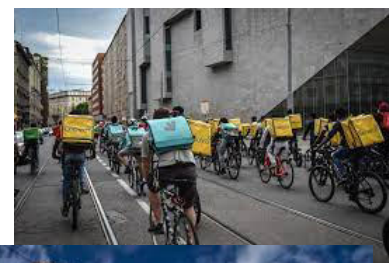
Per informazioni: tel. 0733 823834; 0733 823819; 0733 894515.

Per chiedere l'iscrizione al workshop, inviare la propria scheda via email a spresal.epiocc.av3@sanita.marche.it; sempre via email verrà inviata comunicazione dell'accettazione, o meno, dell'iscrizione. Agli iscritti verranno fornite preventivamente le istruzioni per il collegamento e un set di materiali preparatori.

Civitanova Marche, 26 ottobre 2021



Epidemiologia, partecipazione e prevenzione.



Roberto CALISTI
UOC SPreSAL Epi Occ
ASUR MARCHE

Rapporto
2021

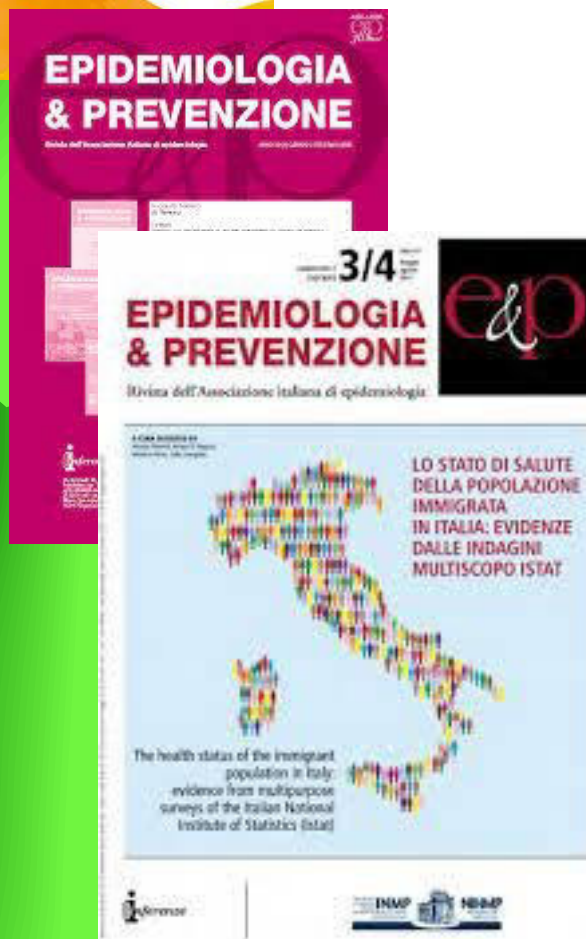


Epidemiologia e
Prevenzione dei Tumori
in Piemonte

Un tentativo di glossario

EPIDEMIOLOGIA

Il termine “*epidemiologia*” può essere definito come lo studio della distribuzione degli eventi collegati alla salute e alle malattie (di qualunque natura) e dei rispettivi determinanti, nonché dell'applicazione delle ipotesi e delle evidenze che ne derivano al fronteggiamento dei problemi sanitari di popolazione.





L'**epidemiologia** ha, tra i suoi scopi, quelli di monitorare l'andamento degli eventi patologici (partecipando alla definizione della loro "ecologia" e della loro "storia naturale"), contribuire a determinare l'origine di malattie le cui cause sono sconosciute, studiare le malattie le cui cause sono già in parte conosciute ma sulle quali sono ancora necessari approfondimenti, progettare, realizzare e valutare i piani di controllo delle malattie, valutare gli effetti delle malattie sui sistemi sanitari e sull'economia, analizzare costi e benefici economici dei diversi possibili interventi per contrastare le malattie e le loro conseguenze.

L'**epidemiologia** si serve della statistica, basata a sua volta sulla matematica, e della demografia.

Un tentativo di glossario

PARTECIPAZIONE

Il termine **“partecipazione”**:

compare nell'**art. 3 della Costituzione della Repubblica Italiana**: *“E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”*;

compare nell'**art. 15 del Dlgs 81/08 – comma primo – lettera r)** tra le *“misure generali di tutela”* per la *“gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro”*.

Sandro Antoniazzi, Marco Carcano,
Vito Volpe, Sergio Zaninelli

La partecipazione
dei lavoratori

UNA
DEMOCRAZIA
INEBITA

Jaca Book



SCHOTTENFELD AND FRAUMENI

CANCER Epidemiology and Prevention

FOURTH EDITION

DEPARTMENT OF PREVENTIVE AND SOCIAL MEDICINE
EPIDEMIOLOGY, PREVENTION,
AND CONTROL OF PLAGUE

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Un tentativo di glossario

PREVENZIONE

Il termine **“prevenzione”** può essere
definito come

l'assieme delle azioni finalizzate ad evitare
l'insorgenza delle malattie e degli infortuni, a
partire dall'abbattimento della frequenza,
della durata e dell'intensità delle esposizioni
ai relativi fattori di rischio, nonché delle
azioni volte a contenere l'evoluzione di una
malattia già insorta e a limitarne le
conseguenze.

Un tentativo di glossario

SICUREZZA



... cercando in rete immagini collegate alla coppia di parole «sicurezza» e «lavoro», troviamo un'ampia prevalenza di foto di caschetti protettivi gialli: la sicurezza sul lavoro è, in realtà, qualcosa di più ampio e complesso e che viene, in ordine logico e cronologico, prima della protezione individuale.

Nella normativa nazionale italiana, il termine “**sicurezza**” non è tra quelli espressamente definiti dall'art. 2 del Dlgs 81/08, ma compare ripetutamente nel testo di legge:

“*rappresentante dei lavoratori per la **sicurezza***” (art. 2),
“*sistema di promozione della salute e della **sicurezza***”
(art. 2), “*coordinatore in materia di **sicurezza** e di salute*” (art. 89), “*piano operativo di **sicurezza***” (art. 89),
“*requisiti minimi per la protezione dei lavoratori contro i rischi per la salute e la **sicurezza***” (art. 221), etc.

Un tentativo di glossario

Nella normativa nazionale italiana, il termine **“salute”**

SALUTE

è definito dall'art. 2 - comma primo - lettera o) del Dlgs 81/08 come *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente soltanto in un'assenza di malattia o d'infermità”*.

Nel 1948, nel preambolo del suo Atto Costitutivo, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) recita:

«La salute e' uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo assenza di malattia o infermità” "... e' un diritto di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro età, sesso, razza, convinzioni religiose e politiche, livello sociale, culturale, economico....” " e' un valore che ognuno di noi ha, e deve difendere sia da solo che insieme alla collettività'”



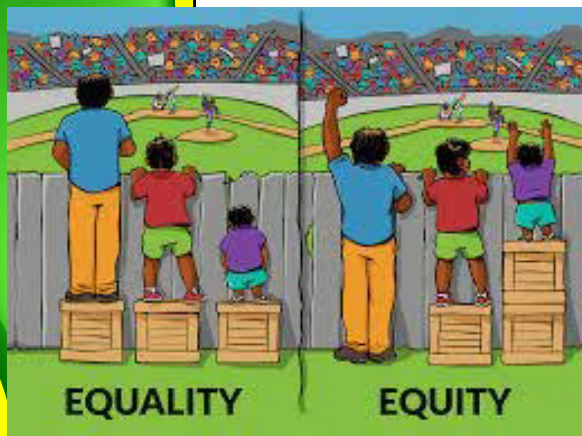
World Health
Organization

Definitions of Health

- ★ “the condition of being sound in body, mind or spirit, especially freedom from physical disease or pain” (webster)
- ★ “soundness of body or mind; that condition in which its functions are duly and efficiently discharged” (oxford)
- ★ “ a condition or quality of the human organism expressing the adequate functioning of the organism in given conditions, genetic and environmental” (operational def by WHO)

Un tentativo di glossario

EQUITA'



Il termine “**equità**” può essere definito:

in ambito generale come “**giustizia sostanziale ovvero giustizia del caso concreto, che tiene conto delle particolarità e delle differenze**”;

in ambito di tutela della salute e della sicurezza come “**pari possibilità concreta di accedere alle opportunità e ai servizi che possono garantire salute e sicurezza, tenuto conto delle differenze di bisogni e di capacità**”.



Le condizioni di lavoro appaiono tra i determinanti fondamentali delle disuguaglianze di sicurezza e salute.

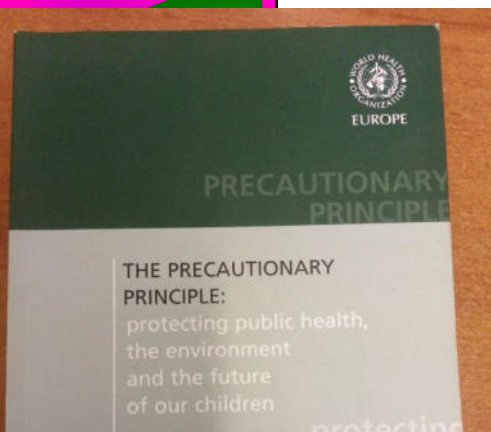
Un tentativo di glossario

GOVERNO DELL'INCERTEZZA

In Democrazia Partecipativa e in Sanità
Pubblica, l'espressione **“governo
dell'incertezza”** può essere definita come:

un approccio alle decisioni, razionale e partecipato, che tiene conto di tutte le evidenze disponibili, degli elementi di incertezza al momento non eliminabili, quindi della probabilità e della gravità dei rischi connessi a ciascuna delle alternative prese in considerazione, e delle componenti soggettive della probabilità che portano soggetti diversi a dare un peso diverso a determinati rischi.





Un tentativo di glossario

PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

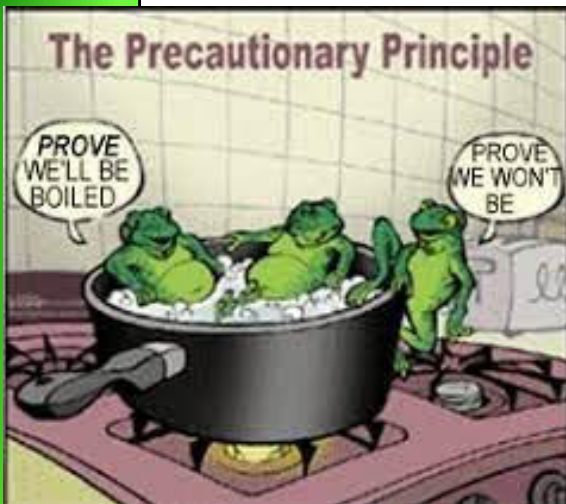
In Sanità Pubblica, l'espressione
“principio di precauzione”
può essere definita come:

un approccio strategico, razionale e partecipato, alla gestione dei rischi che si attua quando le evidenze disponibili non consentono valutazioni scientifiche conclusive, ma si decide comunque di realizzare delle azioni preventive, proporzionate a probabilità e gravità dei rischi medesimi (si veda la Costituzione Europea – art. III-233).

Il principio di precauzione è, quindi, anche uno strumento per il governo dell'incertezza.



The Precautionary Principle





Un tentativo di glossario

Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

In Italia le figure dei
“Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza” (RLS) sono definite:

dagli articoli 47 - *“Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza”*,
48 - *“Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale”* e 49 –
“Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza di sito produttivo” del Dlgs 81/08.



di nuovo il caschetto giallo...



Un tentativo di glossario



di nuovo il caschetto giallo...

La norma di legge non determina le modalità secondo le quali gli RLS si consultano e si confrontano con i lavoratori che essi rappresentano.

Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

In Italia le attribuzioni dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) sono definite dall'articolo 50 del Dlgs 81/08.

«(...) il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza:

- a) accede ai luoghi di lavoro in cui si svolgono le lavorazioni;*
- b) è consultato preventivamente e tempestivamente...»*



Organismo Paritetico Regionale dell'Artigianato
FRIULI VENEZIA GIULIA

Un tentativo di glossario

“organismi paritetici”

In Italia gli **“organismi paritetici”** sono, tra l'altro:

prima istanza di riferimento in merito a controversie sorte sull'applicazione dei diritti di rappresentanza, informazione e formazione, previsti dalle norme vigenti, in applicazione dell'articolo 51 del Dlgs 81/08.

ATTIVITÀ SVOLTE DALL'ORGANISMO PARITETICO SULLA SICUREZZA



SI OCCUPA DI FORMARE
SIA RLS INTERNI CHE DI BACINO



OPRAM
ORGANISMO PARITETICO REGIONALE
ARTIGIANATO MARCHE
PER LA SICUREZZA SUL LAVORO



Un tentativo di glossario

*sostegno alla piccola e media
impresa, agli RLSt e agli organismi
paritetici*

La normativa nazionale italiana prevede espressamente un sostegno alla piccola e media impresa, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza territoriali e agli organismi paritetici tramite un fondo *ad hoc* costituito presso l'INAIL (articolo 52 del Dlgs 81/08).



Esercizi di gestione del rischio

parte prima

«Continuo a fumare venti sigarette al giorno o smetto ?»

«Acconsento o meno alla proposta di un viaggio di lavoro di due settimane in una zona in cui è in pieno corso una nuova ondata di COVID-19?»

«Accetto o rifiuto un prolungamento del mio orario di lavoro come camionista sulle lunghe distanze?»

«Accetto o rifiuto la responsabilità del coordinamento di un gruppo di trenta lavoratori a cui è affidato un delicato incarico strategico e che, è noto, presenta gravi conflittualità nelle relazioni interne?»



Una base di conoscenze:
occasioni e strumenti recenti

*Conoscere per
prevenire*



**Conoscere per
prevenire**
Needlestick & Sharps



**Sisma,frane,alluvioni
Conoscere per prevenire**

Il questionario è rivolto ai cittadini dei 138 comuni del cratere sismico 2016-17 e si propone di sondare il livello di percezione dei rischi idrogeologici e sismici presenti nel territorio di residenza e acquisire le istanze della popolazione nell'ottica di una ricostruzione in sicurezza.



Consulta Interassociativa
Italiana per la Prevenzione

INCIL
CONOSCERE PER PREVENIRE
I FENOMENI DI MOLESTIA E VIOLENZA
SUL LUOGO DI LAVORO
WEBINAR
30 marzo 2021 - ORE 13.45/15.15

Conoscere per prevenire

Strumenti utili per la conoscenza del contesto
e la programmazione degli interventi

Sala Capitolare del Senato Roma, 25 ottobre 2013
Laura Bodini (vice presidente CIP)

Conoscere per prevenire

Una base di conoscenze:
un po' di storia.

fabbrica e salute

Atti della conferenza nazionale
CGIL-CISL-UIL
«La tutela della salute nell'ambiente di lavoro»
Rimini 27-30 marzo 1972

MEDICINA DEL LAVORO E TERRITORIO

Prefazione della Segreteria
CGIL - CISL - UIL della Lombardia

MAZZONI

RASSEGNA DI MEDICINA DEI LAVORATORI SUPPLEMENTO

LA RICERCA DELLE CAUSE
DELLE MALATTIE
DI ORIGINE PROFESSIONALE
UNA INTRODUZIONE
ALL'EPIDEMIOLOGIA
IN AMBIENTE DI LAVORO

Supplemento al n. 15 - Gennaio-Marzo 1989
Anno V - Numero 5
Aperti al pubblico - Distribuzione gratuita - 17.000 - L. 20.000

Chemicals Work and Cancer

Le Serrat, Vose, Wigley
and Bennett

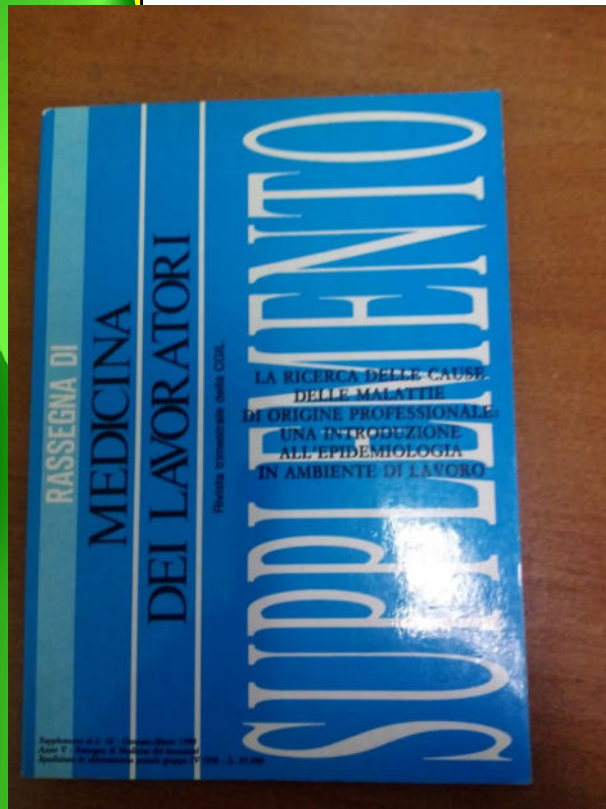
A SYNOPSIS OF OCCUPATIONAL MEDICINE

F.H. Tyrer
K. Lee

WRIGHT

Conoscere per prevenire

Conoscenze e metodi:
un po' di storia.

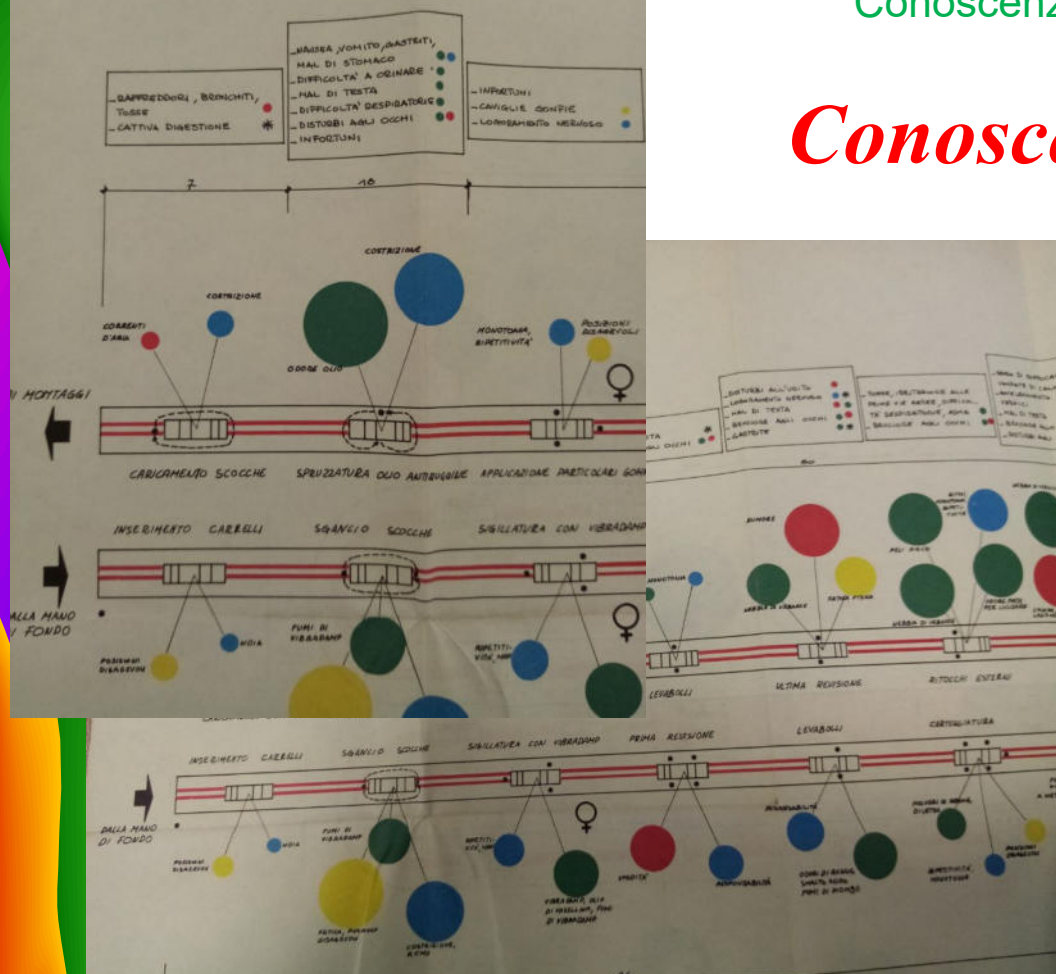


«(...) è opportuno (...) che alcuni metodi della ricerca epidemiologica siano patrimonio delle persone interessate in vario modo a tutelare la salute dei lavoratori, come ad esempio il medico o altro operatore sanitario di fabbrica, il delegato sindacale e gli stessi lavoratori.» pag. 9

«Se un certo numero di persone si ammala e se questo numero supera quello previsto, è opportuno chiedersi in che misura tale fatto sia da collegarsi all'ambiente di lavoro. Individuarne le cause richiede un lavoro molto simile a quello dell'investigatore (...).» pag. 13

Franco Merletti, Jørn Olsen, Karel Vulsteek, 1990.
Rivista di Medicina dei Lavoratori, supplemento al n. 26, anno V.

Mapa dei fattori di nocività.
Fiat Mirafiori. Verniciatura.
Officina 77. Reparto 771. Circuito 43. Mano di smalto.



Conoscenze e metodi: un po' di storia.

Conoscere per prevenire

«La costruzione della mappa della nocività sul circuito 43 è avvenuta essenzialmente attraverso un certo numero di discussioni (parecchie decine) cui hanno partecipato, oltre ai due estensori di questa dispensa, operai, delegati, un medico e saltuariamente un chimico.» pag. 184

«Mappa dei fattori di nocività. Fiat Mirafiori. Verniciatura. Officina 77. Reparto 771. Circuito 43. Mano di smalto.» in allegato ad Alfredo Milanaccio, Luca Ricolfi, 1976.
«Lotte operaie e ambiente di lavoro. Mirafiori 1968, 1974.» Torino, Einaudi.

Conoscenze e metodi:
un po' di storia.

Conoscere per prevenire

Il modello adottato per la valutazione dei rischi considerava quattro gruppi di fattori:

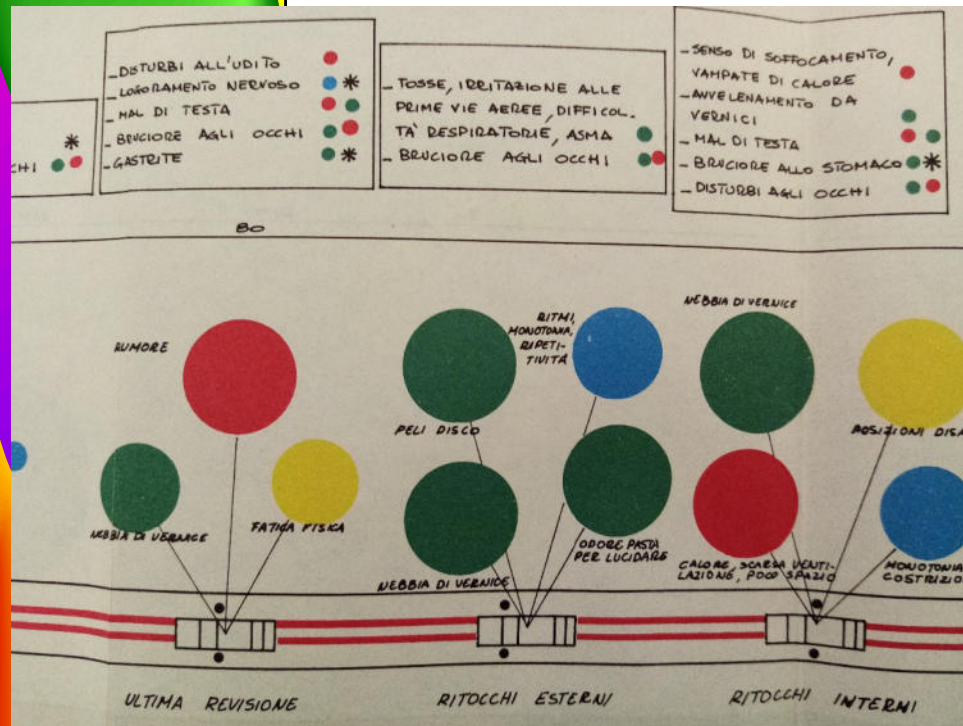
«1° gruppo: fattori presenti anche nell'ambiente dove l'uomo vive (casa): cioè luce, rumore, temperatura, umidità ventilazione;

2° gruppo: fattori che non sono di norma presenti negli ambienti dove l'uomo vive, ma che si ritrovano quasi esclusivamente negli ambienti di lavoro sotto forma di polveri, gas, vapori, vibrazioni, radiazioni ionizzanti, ecc.;

3° gruppo: l'attività muscolare o lavoro fisico;

4° gruppo: le condizioni, diverse dal lavoro fisico, che possono determinare effetti stancanti, cioè: monotonia, ripetitività, ritmi eccessivi, saturazione, posizioni disagiate, ansia, responsabilità, turni, ecc.»

pag. 124



«Mappa dei fattori di nocività. Fiat Mirafiori. Verniciatura. Officina 77. Reparto 771. Circuito 43. Mano di smalto.» in allegato ad Alfredo Milanaccio, Luca Ricolfi, 1976. «Lotte operaie e ambiente di lavoro. Mirafiori 1968, 1974.» Torino, Einaudi.

Conoscenze e metodi: alcune osservazioni.

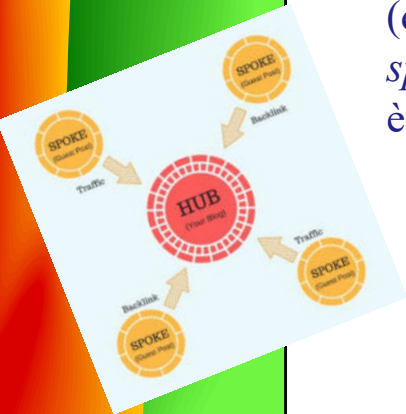
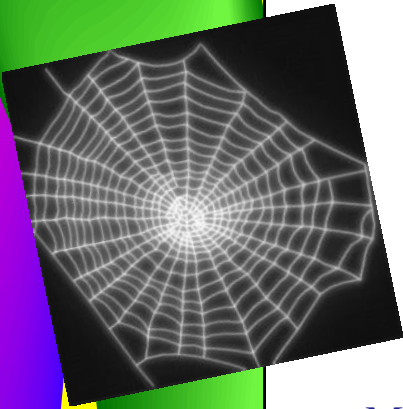
Conoscere per prevenire

Il modello «un certo numero di discussioni (parecchie decine)» è chiaramente molto partecipato, ma si mostra realizzabile quasi solo nei limiti di aggregazioni di lavoratori numerose, alquanto stabili nel tempo (a limitato turnover), fortemente motivate.

Molti approcci recenti alla partecipazione si basano sul lavoro per piccoli gruppi e/o sulla costituzione di «reti» (intese come sistemi in cui «tutti si relazionano con tutti» (diversamente che nei modelli «hub & spokes» in cui l'unico a relazionarsi con tutti è il gestore dello hub).

La frammentazione del tessuto produttivo che porta a una prevalenza di aziende piccole e piccolissime, magari con rapido turnover, indirizza verso approcci alla partecipazione organizzati «per comparto» e/o «per territorio» e/o «per sito produttivo» o anche soltanto «per problemi».

I vincoli alle relazioni sociali imposti dalla pandemia COVID-19 possono essere solo in parte superati dalle attuali possibilità di riunirsi e confrontarsi on line.



Uno scenario «speciale»:
lavoro, esposizione ad agenti cancerogeni, rischio di tumori.

Tra gli anni '70 e '80 del secolo scorso, il cancro occupazionale era una realtà particolarmente pesante in Italia (come negli altri Paesi industrializzati), in conseguenza del tipo di sviluppo che vi si era realizzato soprattutto dopo il termine della seconda guerra mondiale.



Porto Marghera, raffineria - rickm67, CC BY 3.0
<<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>>, via
Wikimedia Commons

Molti, questa realtà, provavano a negarla o quanto meno a tenerla nascosta e/o a minimizzarla; qualcuno provava a farla emergere.

Lavoro, esposizione ad agenti cancerogeni, rischio di tumori



Su questo argomento si realizzavano studi epidemiologici, processi civili e penali ed anche alcuni testi che oggi chiameremmo di ***“medicina narrativa”***, i quali ebbero una particolare rilevanza per l'evoluzione dell'opinione pubblica.

Come esempio di tali ultime esperienze, il volume ***“La fabbrica del cancro. L'IPCA di Ciriè.”***, uscito nel 1976, a firma di Pierpaolo Benedetto, Graziano Masselli, Ugo Spagnoli e Benedetto Terracini.



Scenari di esposizione «storici»



da Benedetto P, Masselli G, Spagnoli U
e Terracini B **“La fabbrica del
cancro. L’IPCA di Ciriè.”**, Torino,
Einaudi, 1976, pag. 7



*“(...) i piedi li avvolgevamo in
stracci di lana e portavamo
tutti zoccoli di legno,
altrimenti con le scarpe
normali ci si ustionava i
piedi.”*



*“Quelli che lavorano ai mulini,
dove vengono macinati i
colori, orinano della stessa
tinta dei colori lavorati (blu,
giallo, viola ecc.) fin quando
non si incomincia orinare
sangue.”*

*“Nella fabbrica non c’è neanche
un topo; quei pochi che alle
volte si azzardavano a venire
dalla bealera vicina, li
trovavamo morti il giorno
dopo con le zampe in
cancrena. I topi non portano
zoccoli !”*



Da allora gli scenari di esposizione e di rischio sono andati cambiando.



Molte lavorazioni e molti agenti di particolare pericolosità sono scomparsi o semplicemente sono stati esportati dai Paesi «sviluppati» verso Paesi “in via di sviluppo” (dove, ovviamente, esercitano i medesimi effetti patogeni che “da noi”).



Kandinsky, 1913

“Da noi”



le esposizioni ai rischi occupazionali sono divenute nel complesso di minor intensità e meno costanti all'interno della storia di un singolo lavoratore (spesso interessano solo una fase, anche relativamente breve, della storia di persone che passano spesso da un lavoro a un altro),

ma spesso si sono sparse, a macchia d'olio, in **una miriade di condizioni di “bassa” esposizione cumulativa che riguardano però molte persone;**

comunque, soprattutto (ma non solo) nei contesti marginali, **permangono sacche tutt'altro rare di rischi elevati, che spesso sono «accettati di fatto».**

RISCHIO "ACCETTABILE" E "ACCETTATO"

Quale *rischio* è
«accettabile»?

Quale *rischio* viene
«accettato»?

Chi stabilisce
significato
concettuale e valore
quantitativo di tali
termini, così come
dei relativi «*valori
limite di
esposizione*»?

QUANDO LE BASI DI DATI SONO
LIMITATE E IL LIVELLO DI INCERTEZZA
SCIENTIFICA E' ELEVATO...

- ✓ E' NECESSARIO ESSERE MOLTO PRUDENTI NEI PROCESSI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO E DI DERIVAZIONE DALLE «ALTE» ALLE «BASSE» ESPOSIZIONI;
- ✓ E' NECESSARIO ESSERE MOLTO ETICI E MOLTO PARTECIPATIVI NEI PROCESSI DECISIONALI CHE TRASLANO EVIDENZE SCIENTIFICHE INCOMPLETE ALL'INTERNO DI AZIONI DI SORVEGLIANZA E PREVENZIONE.

UN RISCHIO E' BEN DIVERSAMENTE "ACCETTABILE" DA CHI E' "A BASSO RISCHIO" RISPETTO A CHI E' "AD ALTO RISCHIO";

MA UN RISCHIO PUO' ESSERE «DI FATTO ACCETTATO», PUR ESSENDO TUTT'ALTRO CHE «TRASCURABILE», SOLO PERCHE' NON LO SI CONOSCE ABBASTANZA.

Esercizi di gestione del rischio

parte seconda

*«Continuo a fumare venti sigarette al giorno o smetto ?
Ho 30 anni e sono in perfetta salute.»*

*«Continuo a fumare venti sigarette al giorno o smetto ?
Ho 60 anni e ho una grave broncopneumopatia cronica ostruttiva.»*

«Acconsento o meno alla proposta di un viaggio di lavoro di due settimane in una zona in cui è in pieno corso una nuova ondata di COVID-19? Sono in perfetta salute e ho completato il ciclo di vaccinazione anti-SARS-CoV-2.»

«Acconsento o meno alla proposta di un viaggio di lavoro di due settimane in una zona in cui è in pieno corso una nuova ondata di COVID-19? Soffro di una grave forma di immunodepressione e non ho fatto la vaccinazione anti-SARS-CoV-2.»

IL GOVERNO
DELL'INCERTEZZA

LA PIANIFICAZIONE
DELLA CITTÀ METROPOLITANA
TRA GLOBALE E LOCALE

De Felice - Giarelli - Mariconi
Puccinato - Salinetti

Conoscere
de Finetti

Per il governo
dell'incertezza

Esercizi di gestione del rischio

parte seconda

«Accetto o rifiuto un prolungamento del mio orario di lavoro come camionista sulle lunghe distanze? Ho 30 anni e sono in perfetta salute.»

«Accetto o rifiuto un prolungamento del mio orario di lavoro come camionista sulle lunghe distanze? Ho 60 anni e ho una grave lesione dei tendini di entrambe le spalle.»

«Accetto o rifiuto la responsabilità del coordinamento di un gruppo di trenta lavoratori a cui è affidato un delicato incarico strategico e che, è noto, presenta gravi conflittualità nelle relazioni interne? Ho 30 anni e sono in un periodo dolorosissimo della mia vita.»

«Accetto o rifiuto la responsabilità del coordinamento di un gruppo di trenta lavoratori a cui è affidato un delicato incarico strategico e che, è noto, presenta gravi conflittualità nelle relazioni interne? Ho 60 anni e sono in uno splendido periodo della mia vita.»

IL GOVERNO DELL'INCERTEZZA

LA PIANIFICAZIONE DELLA CITTÀ METROPOLITANA TRA GLOBALE E LOCALE

De Felice - Giarelli - Mariconi
Puccinato - Salinetti

Conoscere
de Finetti

Per il governo
dell'incertezza



Cambiamenti d'epoca, cambiamenti di approccio.
Impossibile identificare, oggi, una cesura netta ovvero una reale impermeabilità tra «ambienti di vita» e «ambienti di lavoro», quindi anche tra «fattori del 1° gruppo» e «fattori del 2° gruppo».

Ad esempio:

le temperature ambientali elevate, a seguito dei cambiamenti climatici, sono un problema crescente in molti scenari residenziali così come durante molti lavori;

diversi cancerogeni chimici (idrocarburi policiclici aromatici – IPA, benzene, formaldeide...) sono ubiquitari in molti scenari urbani;

SARS-CoV-2 è un agente biologico assolutamente trasversale ad «ambienti di vita» e «ambienti di lavoro»;

la fatica e lo stress non sono affatto una prerogativa di circoscritti gruppi di popolazione lavorativa.

Le esposizioni residenziali e quelle lavorative si distinguono principalmente per le rispettive intensità (di norma maggiori negli ambienti di lavoro) e le rispettive durate (di norma maggiori negli ambienti di vita): ci si trova di fronte a delle scale di grigi, più che a una semplice contrapposizione «bianco / nero».

Cambiamenti d'epoca, cambiamenti di approccio.

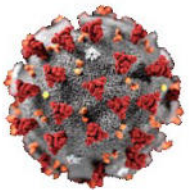
La pandemia COVID-19 ha avuto ed avrà ripercussioni anche sulla diagnosi e il trattamento della TBC, sulla diagnosi e il trattamento del cancro, sull'assistenza ai malati cronici in generale (pazienti con diabete, malattie cardiovascolari, patologie psichiatriche...).

«sindemia s. f. L'insieme di problemi di salute, ambientali, sociali ed economici prodotti dall'interazione sinergica di due o più malattie trasmissibili e non trasmissibili, caratterizzata da pesanti ripercussioni, in particolare sulle fasce di popolazione svantaggiata.»

dal dizionario Treccani, accesso on line del 4.10.2021

«Una sindemia necessita un approccio sindemico supportato da un'applicazione adeguata del principio del primato della salute pubblica. Solo un approccio sindemico è in grado di sviluppare strategie di prevenzione multilivello efficaci che affrontino simultaneamente sia le malattie (endemiche) e i loro determinanti, sia i fattori specifici di COVID-19 e i suoi esiti permettendo l'identificazione delle vulnerabilità e delle disparità sanitarie nel tempo. Questo approccio integra in senso lato altri quadri concettuali come “one health” o “health in all policies”.»

Lorenzo Piemonti in Quotidianosanità (on line) del 30 aprile 2021



L'approccio **“One Health”** si riferisce al complesso degli *“sforzi collaborativi di molteplici discipline che operano localmente, su scala nazionale e globalmente per realizzare una salute ottimale per le persone, gli animali e il nostro ambiente”*.

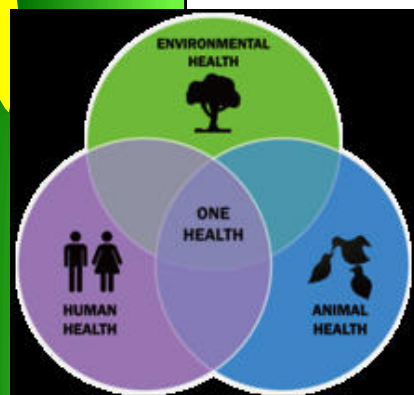
(definizione di OHITF - One Health Initiative Task Force, 2008 – 2017)

“One Health” si costituisce come intersezione tra salute umana, salute animale e salute ambientale.

La **“One Health Platform”** è una rete di riferimento scientifico che unisce ricercatori ed esperti di One Health così da comprendere meglio e prepararsi a fronteggiare le esplosioni di malattie zoonotiche (cioè che entrano nelle popolazioni umane a partire da popolazioni animali) e l'antibiotico-resistenza, il che include un **robusto impianto epidemiologico** e una **miglior comprensione dei fattori ambientali** che impattano sulle dinamiche di malattia.

«ONE HEALTH»

Ma perché l'approccio «One Health» si traduca in prevenzione è indispensabile, oltre alla base tecnico-scientifica, una partecipazione convinta e informata delle comunità umane.

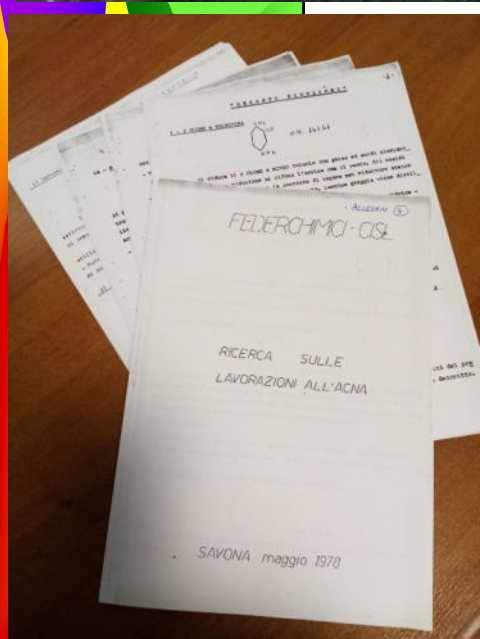


Partecipare per prevenire

Un modo «speciale» di conoscere,
porsi in relazione, mettersi in discussione e «fare»;
l'importanza (e la difficoltà)
di una pluralità di punti di vista.

«Talvolta si verifica che diversi soggetti collettivi (per esempio amministrazioni locali) esprimano punti di vista nettamente diversi a seconda degli interessi delle popolazioni che rappresentano; è emblematico il caso della Val Bormida, dove l'industria chimica ACNA ha rilasciato nel fiume tonnellate di sostanze tossiche. Si è dato il caso che gli operai (a rischio di perdere il posto di lavoro) fossero prevalentemente residenti nei comuni del versante ligure della valle, mentre l'inquinamento del fiume interessava i residenti (in gran parte contadini, che pativano dei danni alle colture) del versante piemontese. Le amministrazioni comunali liguri hanno pertanto preso posizione soprattutto a difesa dell'occupazione, in qualche modo sottovalutando i danni ambientali, mentre i comuni del versante piemontese hanno insistito sull'aspetto opposto.» pag. 130

Paolo Vineis, 1997. *«Prima della malattia. Per un'etica della prevenzione.»*
Venezia, Marsilio.



Partecipare per prevenire

Come la vedono i lavoratori ?
Cosa sanno i lavoratori ? La difficoltà (e
l'importanza) di una pluralità di punti di vista.

«Considerazioni generali sulle dinamiche e i contenuti» (dei gruppi di discussione). (...) emerge una generale difficoltà ad affrontare la domanda, soprattutto la seconda parte, quella propositiva, Il tema da noi proposto per la discussione conteneva, infatti, due domande ben distinguibili: cosa pensi del modo in cui lavori ? E come vorresti lavorare ?»

pag. 134

Dina A, Bennati R, Enrietti A, Merini A, Rebecchi E, 1988. *«Il robot fatto a mano. Innovazione Tecnologica e resistenze al cambiamento nell'organizzazione produttiva del Comau.»* Torino, Rosenberg & Sellier.

«I dipendenti hanno spesso una conoscenza dettagliata del loro lavoro e di come poterlo rendere più sicuro. La presente guida evidenzia come i lavoratori possono usare questa conoscenza per interagire attivamente con la dirigenza al fine di migliorare la sicurezza e la salute sul lavoro. (...) Fornisce concreti esempi di passi che tutte le parti possono intraprendere per migliorare significativamente la salute e la sicurezza sul lavoro.»

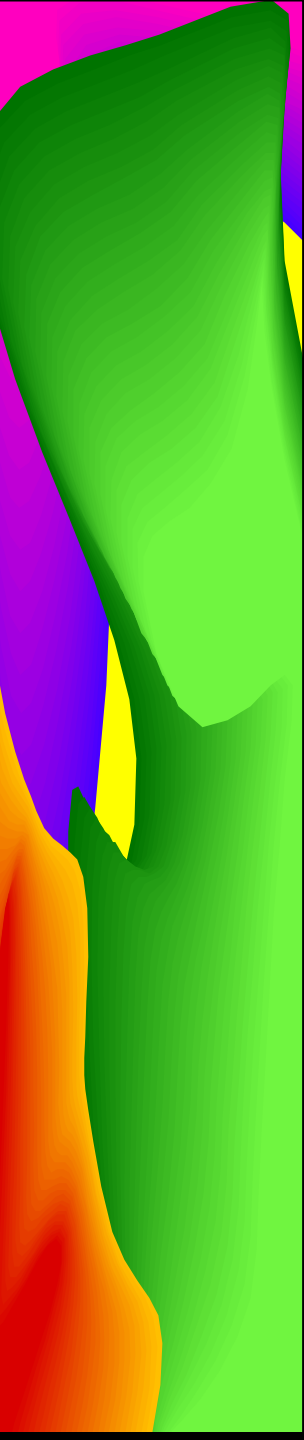
presentazione di *«La partecipazione dei lavoratori nell'ambito della sicurezza e della salute sul lavoro — Una guida pratica.»* 17.04.2012 Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro *on line.*

Le **relazioni umane nel mondo del lavoro** sono rese particolarmente difficili, quando non anche **«povere»**, dall'isolamento (da questo punto di vista, lo smartworking non è un vantaggio), dalla instabilità del rapporto (difficilmente dei lavoratori precari sono motivati a costruire dinamiche di gruppo, che si sa in partenza che non dureranno nel tempo), dalla crescente diffusione di occupazioni a basso contenuto professionale (sui quali ben difficilmente si investe anche dal punto di vista emozionale).

La paura che qualsiasi incontro tra persone possa portare ad infettarti e/o ad infettare (qualcosa che mai, nell'esperienza storica recente, avevamo provato prima della pandemia COVID-19) condiziona pesantemente qualsiasi forma di partecipazione.

**Vanno costruite
forme di
partecipazione
adeguate ai tempi.**

In ogni caso: comunità e singole persone partecipano solo se hanno informazioni, cultura, motivazioni e possibilità materiali che le mettano in grado di confrontarsi, di ragionare «in più di uno», di discutere, di farsi trovare disponibili a far evolvere le proprie conoscenze e le proprie convinzioni.



«(...) la democrazia è una forma di carezza sociale in cui ci apriamo alla cogestione e alla prassi incerta, senza le quali è impossibile costruire una verità con l'altro.» pag. 80

Luis Carlos Restrepo 1994 *«Il diritto alla tenerezza.»* Assisi, Cittadella Editrice, 2001.

Tra coloro che **«partecipano alla partecipazione»**, che è un modo di **«prendersi cura di sé stessi»**, non possono mancare le persone al lavoro e le loro forme di aggregazione sociale, comunque organizzate.

La nostra parola **“curare”** può essere tradotta in Inglese con due termini: **“to cure”** e **“to care”**.

“To cure” è **“guarire”**, **“to care”** è **“prendersi cura di”**.

«Prendersi cura di» non è (o almeno, non deve essere) un'espressione di paternalismo verniciato di sensibilità democratica: quando ci si prende reciprocamente cura gli uni degli altri, non tutto è stabilito a priori e si procede sperimentalmente su vie nuove, per tentativi ed errori.

Il senso dell'espressione **«rischio di infortunio»** è abbastanza intuitivo. Certamente, comprendere il senso dell'espressione **«rischio di malattia professionale»** (cancro, COVID-19, *«mal di schiena»*, *«disturbo post-traumatico da stress»* che sia...) è più difficile.

Ancora più difficile è prendere nelle proprie mani e «gestire» i rischi di infortunio e malattia, definire soluzioni possibili e contribuire a realizzarle, trovare il modo per capire «chi» e «come» si farà carico dei costi che ne derivano. Tutto difficile, ma vale la pena di provarci.

Il workshop del 26 ottobre 2021 dedicato a **«Epidemiologia, partecipazione e prevenzione»** è un passo per incamminarsi su questa strada.

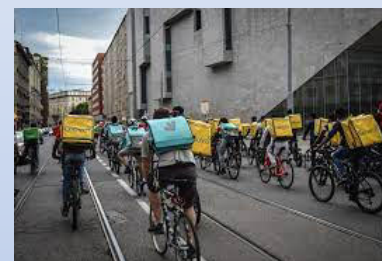
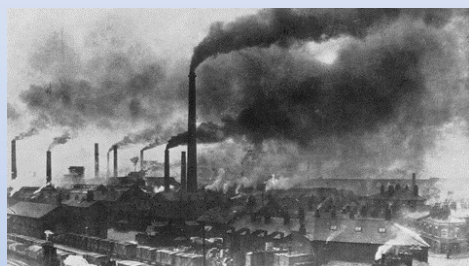


Grazie per la vostra attenzione

Civitanova Marche, 26 ottobre 2021



Epidemiologia, partecipazione e prevenzione



Partecipazione ed equità nella valutazione e nell'affrontamento dei rischi biologici occupazionali, con particolare riguardo a quelli da SARS-CoV-2.

Claudio Calabresi

Dalle premesse (programma)

Tutelare realmente la sicurezza e la salute dei lavoratori vuol dire anche occuparsi di accesso a informazioni affidabili e comprensibili, comunicazione tra soggetti con ruoli, culture e linguaggi differenti, confronto e partecipazione riguardo alle scelte e alla verifica dei loro risultati, sviluppo del complesso delle relazioni: tutte cose che, peraltro, continuamente rischiano di rimanere fortemente compresse di fronte a elementi di ordine diverso.....

Con l'evoluzione tumultuosa di sistemi sociali e produttivi,diviene sempre più complicato comprendere cosa sia pericoloso e cosa non lo sia, o lo sia di meno, così come comprendere in quale modo si possano fronteggiare i rischi e identificare i danni che ne conseguono;sono proprio la complessità e la permanente mutevolezza degli scenari a comportare la necessità di approcci che non si limitino a agli aspetti tecnici e burocratici, ma che siano basati sul confronto e, per quanto possibile, la collaborazione tra soggetti con competenze, ruoli ed esperienze diverse.

..... **tutti i soggetti** della prevenzione, a iniziare dai lavoratori e dai loro rappresentanti, non possono limitarsi alla constatazione dell'esistenza formale di certificazioni e altri documenti obbligatori e dell'altrettanto formale rispetto di protocolli, procedure e istruzioni operative, ma **devono poter comprendere natura e dimensione dei problemi e poter contribuire alle scelte**, avendo in luce il principio di precauzione come criterio fondamentale per tener testa agli elementi di incertezza che inevitabilmente persistono a valle delle migliori evidenze scientifiche.

Piccolo indice (di tutto un po'...)



- **Il lavoro, da un lontano ieri all'oggi** (4-10)
- **Lavoro e vita:** i confini oggi diversi da ieri... (11-12)
- **I rischi biologici:** norme e sostanza.
Solo Covid? Cosa dobbiamo aspettarci per il futuro? Come prepararci (tutti)? (13-26)
- **L'esperienza del Covid 19** (27-33)
- **La Salute e un nuovo modello** (34-39)
- **Conoscere per prevenire** (40-43)
- **La Partecipazione** (44-46)
- **La cultura della prevenzione** (47)
- **Quale futuro?** (48-49)

Agli albori: «operai e tecnici»

La stagione degli anni '70:

- lo Statuto dei diritti dei lavoratori,
- il modello operaio/sindacale,
- il gruppo omogeneo,
- le 150 ore (*portare la conoscenza e l'acculturazione alla portata di una platea ben più ampia di persone rispetto al passato, in direzione di una democratizzazione del sapere e di una valorizzazione dell'individuo e delle sue potenzialità umane, in un'ottica di emancipazione della collettività*),
-le mappe di rischio





“Le quattro sicurezze” (Ivar Oddone)

1. *Sicurezza di poter lavorare per vivere*
2. *Sicurezza di poter lavorare senza rischio di malattia*
3. *Sicurezza di un lavoro che produce un'esperienza professionale riconosciuta*
4. *Sicurezza di fare un lavoro utile dal punto di vista sociale.*

Dal mondo del 1978 (il tempo della legge 833)... a quello di oggi...e di domani

**Molti cambiamenti
e molti problemi
per la salute e la
tutela dei lavoratori:**

- la progressiva frammentazione produttiva, il prevalere di micro e piccole imprese,
- la compresenza di vecchi e nuovi rischi,
- le novità nelle forme e nei rapporti di lavoro, i frequenti cambi di mansioni e lavori,
- la precarietà e la flessibilità, lo smart working,
- il non-lavoro, la disoccupazione alternata a lavori instabili,
- l'innovazione tecnologica (l'industria 4.0, la crescente robotizzazione),
- la perdita di forza del sindacato,
- la progressiva caduta di valori come la solidarietà sociale, il venir meno del welfare state.

Le condizioni di lavoro appaiono oggi uno dei principali determinanti delle disuguaglianze di salute.

I rischi maggiori sono legati a condizioni di disoccupazione (per milioni di persone il lavoro non c'è, non c'è mai o non c'è sempre, indipendentemente dalle loro età....), precarietà e irregolarità dei rapporti di lavoro, lavoro di tipo manuale o scarsamente qualificato.

Le esposizioni occupazionali maggiormente associate a disuguaglianze di salute, con ricadute negative in termini di mortalità e morbidità, si osservano in settori (edilizia, trasporti, agricoltura, industria estrattiva) ad elevata prevalenza di **microimprese**.

La salute dei lavoratori.....

- **Ci sfuggono molti fenomeni di salute / malattia tra i lavoratori:**

per disomogeneità territoriali, scarsa ricerca attiva, «pigrizia» o non proattività del mondo sanitario, progressivo incremento del peso della multifattorialità dei danni (sommatoria e interazione delle esposizioni nel tempo di lavoro e nei restanti tempi di vita)

- Le esperienze di vera **ricerca attiva** degli effetti sanitari del lavoro sono poche e minoritarie
- Il **collegamento** e la **collaborazione** tra mondo sanitario di base e ospedaliero e chi si occupa di rischi e danni da lavoro sono rari e assolutamente poco diffusi dal punto di vista territoriale
- Troppo spesso mancano **ponti tra le discipline**
- In particolare riguardo ai tumori su base professionale, occorrerebbe ragionare non solo sugli «**osservati**» ma assai di più sugli «**attesi che non si osservano**», meglio se **a partire da mappe dei rischi per far emergere conoscenze dei danni** un po' meno disomogenee e frammentarie.

Misuriamo gli effetti del lavoro sulla salute con gli infortuni e le malattie professionali.....

.....ma a parte il tanto sommerso... non c'è anche altro?

**Non ci sono altri effetti (meno «classificati»...) sulla qualità della vita
.....e sulla durata, l'attesa di vita?**

Sarebbe bene provare a valutarli (estendendo studi ed esperienze)!!!



Quali trend per il futuro ?

Se pensiamo alle **profonde modifiche produttive** degli ultimi anni, se pensiamo alla precarizzazione, al non-lavoro, alla disoccupazione alternata a lavori instabili, all'aumento dell'età media dei lavoratori,



oltre al fenomeno degli infortuni più o meno stabile, c'è da aspettarsi nei prossimi anni un'ulteriore **diminuzione dei quadri patologici professionali storici**, «classici»,

ed anche (prima o poi) una diminuzione - dopo gli ultimi anni di incremento - delle malattie professionali denunciate e soprattutto di quelle riconosciute,

con un **aumento di patologie psico-fisiche «multifattoriali»** di non semplice interpretazione causale, sempre più di **confine tra lavoro e vita** (e ciò riguarda ovviamente anche i tumori).

Un problema da tempo emergente



I confini sempre più labili tra lavoro, ambiente, territorio, vita.

Le conseguenze dei vari aspetti sono sempre meno distinguibili, sempre di più i rischi per la salute sono una mescolanza di come viviamo, di dove viviamo, di quel che mangiamo, di come ci curiamo, di come e dove lavoriamo.

E soprattutto esiste ancora, forse più che in passato, un'**intollerabile differenza nella speranza di vita e nella speranza di salute a seconda della classe sociale a cui si appartiene.**

Lavoro e vita al tempo del Covid: confini sempre meno netti

.....l'emergenza Coronavirus e pure il massiccio ricorso a forme (non ben regolamentate e spesso improvvisate) di smart working hanno reso negli ultimi tempi la definizione dei confini della sfera lavorativa e di quella privata ancora più confuse, **con** presumibili **ricadute sulla salute fisica** (in termini di sensazioni di forte stress, mancanza di tempo, disturbi del sonno, difficoltà relazionali) **e fors'anche sulla stessa capacità di lavoro.**

I lavoratori hanno sempre minori opportunità di «stare insieme».

I rischi biologici



possibilità di entrare in contatto con organismi cellulari (virus e batteri in genere), in grado di riprodursi o di trasferire materiale genetico (riguarda potenzialmente ogni ambiente di vita e di lavoro).

Il titolo X del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. - Esposizione ad agenti biologici

Capo I . Disposizione Generali - Art. 266. Campo di applicazione

1. Le norme del presente titolo si applicano a tutte le attività lavorative nelle quali vi è rischio di esposizione ad agenti biologici.
2. Restano ferme le disposizioni particolari di recepimento delle norme comunitarie sull'impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati e sull'emissione deliberata nell'ambiente di organismi geneticamente modificati.

Art. 267. Definizioni

1. Ai sensi del presente titolo s'intende per:
 - a) agente biologico: qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni;
 - b) microrganismo: qualsiasi entità microbiologica, cellulare o meno, in grado di riprodursi o trasferire materiale genetico;
 - c) coltura cellulare: il risultato della crescita in vitro di cellule derivate da organismi pluricellulari.

Art. 268. Classificazione degli agenti biologici

1. Gli agenti biologici sono ripartiti nei seguenti quattro gruppi a seconda del rischio di infezione:

- a) agente biologico del **gruppo 1**: un agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani;
- b) agente biologico del **gruppo 2**: un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghi nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- c) agente biologico del **gruppo 3**: **un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;**
- d) agente biologico del **gruppo 4**: un agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

2. Nel caso in cui l'agente biologico oggetto di classificazione non può essere attribuito in modo inequivocabile ad uno fra i due gruppi sopraindicati, esso va classificato nel gruppo di rischio più elevato tra le due possibilità.

3. L'allegato XLVI riporta l'elenco degli agenti biologici classificati nei gruppi 2, 3 e 4.

Allegato XLVI - Elenco degli agenti biologici classificati

1. Sono inclusi nella classificazione unicamente gli agenti di cui è noto che possono provocare malattie infettive in soggetti umani.

I rischi tossico ovvero allergenico eventualmente presenti sono indicati a fianco di ciascun agente in apposita colonna. Non sono stati presi in considerazione gli agenti patogeni di animali e piante di cui è noto che non hanno effetto sull'uomo. In sede di compilazione di questo primo elenco di agenti biologici classificati non si è tenuto conto dei microrganismi geneticamente modificati.

2. La classificazione degli agenti biologici si basa sull'effetto esercitato dagli stessi su lavoratori sani. Essa non tiene conto dei particolari effetti sui lavoratori la cui sensibilità potrebbe essere modificata, da altre cause quali malattia preesistente, uso di medicinali, immunità compromessa, stato di gravidanza o allattamento, fattori dei quali è tenuto conto nella sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41.

3. Gli agenti biologici che non sono stati inclusi nei gruppi 2, 3, 4 dell'elenco non sono implicitamente inseriti nel gruppo 1. Per gli agenti di cui è nota per numerose specie la patogenicità per l'uomo, l'elenco comprende le specie più frequentemente implicate nelle malattie, mentre un riferimento di carattere più generale indica che altre specie appartenenti allo stesso genere possono avere effetti sulla salute dell'uomo. Quando un intero genere è menzionato nell'elenco degli agenti biologici, è implicito che i ceppi e le specie definiti non patogeni sono esclusi dalla classificazione.

4. Quando un ceppo è attenuato o ha perso geni notoriamente virulenti, il contenimento richiesto dalla classificazione del ceppo parentale non è necessariamente applicato a meno che la valutazione del rischio da esso rappresentato sul luogo di lavoro non lo richieda.

5. Tutti i virus che sono già stati isolati nell'uomo e che ancora non figurano nel presente allegato devono essere considerati come appartenenti almeno al gruppo due, a meno che sia provato che non possono provocare malattie nell'uomo.

6. Taluni agenti classificati nel gruppo tre ed indicati con doppio asterisco (**) nell'elenco allegato possono comportare un rischio di infezione limitato perchè normalmente non sono veicolati dall'aria.

.....

8. L'elenco contiene indicazioni che individuano gli agenti biologici che possono provocare reazioni allergiche o tossiche, quelli per i quali è disponibile un vaccino efficace e quelli per i quali è opportuno conservare per almeno dieci anni l'elenco dei lavoratori i quali hanno operato in attività con rischio di esposizione a tali agenti.

Art. 269. Comunicazione

Art. 270. Autorizzazione

Capo II - Obblighi del datore di lavoro

(.....lo schema classico del decreto)

Art. 271. Valutazione del rischio

Art. 272. Misure tecniche, organizzative, procedurali

Art. 273. Misure igieniche

Art. 274. Misure specifiche per strutture sanitarie e veterinarie

Art. 275. Misure specifiche per i laboratori e gli stabulari

Art. 276. Misure specifiche per i processi industriali

Art. 277. Misure di emergenza

Art. 278. Informazioni e formazione



Art. 278. Informazioni e formazione

1. Nelle attività per le quali la valutazione di cui all'articolo 271 evidenzia rischi per la salute dei lavoratori, il datore di lavoro fornisce ai lavoratori, sulla base delle conoscenze disponibili, informazioni ed istruzioni, in particolare per quanto riguarda:

- a) i rischi per la salute dovuti agli agenti biologici utilizzati;
- b) le precauzioni da prendere per evitare l'esposizione;
- c) le misure igieniche da osservare;
- d) la funzione degli indumenti di lavoro e protettivi e dei dispositivi di protezione individuale ed il loro corretto impiego;
- e) le procedure da seguire per la manipolazione di agenti biologici del gruppo 4;
- f) il modo di prevenire il verificarsi di infortuni e le misure da adottare per ridurre al minimo le conseguenze.

2. Il datore di lavoro assicura ai lavoratori una formazione adeguata in particolare in ordine a quanto indicato al comma 1.

3. L'informazione e la formazione di cui ai commi 1 e 2 sono fornite prima che i lavoratori siano adibiti alle attività in questione, e ripetute, con frequenza almeno quinquennale, e comunque ogni qualvolta si verificano nelle lavorazioni cambiamenti che influiscono sulla natura e sul grado dei rischi.

4. Nel luogo di lavoro sono apposti in posizione ben visibile cartelli su cui sono riportate le procedure da seguire in caso di infortunio od incidente.

Capo III - Sorveglianza sanitaria

Art. 279. Prevenzione e controllo

Art. 280. Registri degli esposti e degli eventi accidentali

Art. 281. Registro dei casi di malattia e di decesso

Capo IV - Sanzioni

Art. 282. Sanzioni a carico dei datori di lavoro e dei dirigenti

Art. 283. Sanzioni a carico dei preposti

Art. 284. Sanzioni a carico del medico competente

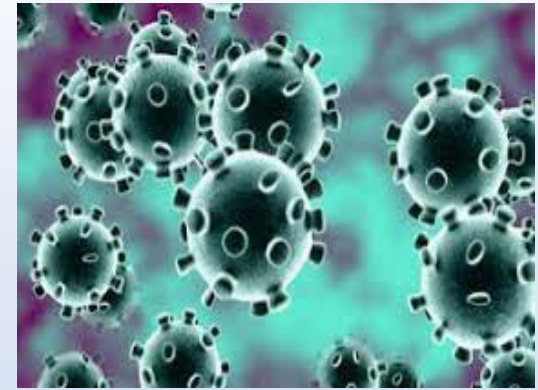
Art. 285. Sanzioni a carico dei lavoratori

Art. 286. Sanzioni concernenti il divieto di assunzione in luoghi esposti

E' poi stato aggiunto anche il **Titolo X-bis**

**PROTEZIONE DALLE FERITE DA TAGLIO E DA PUNTA
NEL SETTORE OSPEDALIERO E SANITARIO**

Il SARS-COV-2



→ **E' un virus nuovo (?)**

→ Entra nel nostro organismo attraverso le mucose delle vie respiratorie e anche, subordinatamente, tramite le mucose della bocca e degli occhi.

→ **Si trasmette principalmente in via diretta** con le goccioline (in inglese «*droplets*») che emettiamo con il respiro ed ancor più con i colpi di tosse e gli starnuti.

→ **Può trasmettersi anche per via indiretta**, quando vengano contaminati oggetti e arredi (telefoni, maniglie delle porte, tastiere e schermi di PC, comodini, tavoli ...), toccati da una persona che poi si porta le mani alle prime vie respiratorie, alla bocca, agli occhi.

Recente adeguamento normativo

Modifiche al D. Lgs. 81/2008

D.L. 9 novembre 2020 n. 149 *«Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19»*



Articolo 17

sostituisce gli **allegati XLVII e XLVIII del D.Lgs. 81/2008**, a seguito del recepimento della direttiva europea 2020/739/EU che ha classificato il coronavirus SARS-CoV-2 fra gli agenti biologici di gruppo di rischio 3, ossia agente che “.. ***può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.***”

Non parleremo qui e ora di vaccini e green pass.....

Articolo 17

Gli allegati XLVII e XLVIII di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, sono sostituiti dai seguenti:

ALLEGATO XLVII

INDICAZIONI SU MISURE E LIVELLI DI CONTENIMENTO

Le misure previste nel presente allegato devono essere applicate secondo la natura delle attività, la valutazione del rischio per i lavoratori e la natura dell'agente biologico in questione.

Nella tabella, «raccomandato» significa che le misure dovrebbero essere applicate in linea di principio, a meno che i risultati della valutazione del rischio non indichino il contrario.

ALLEGATO XLVIII

CONTENIMENTO PER PROCESSI INDUSTRIALI

Nella tabella, «raccomandato» significa che le misure dovrebbero essere applicate in linea di principio, a meno che i risultati della valutazione del rischio non indichino il contrario.

Agenti biologici del gruppo 1

Per le attività con agenti biologici del gruppo 1, compresi i vaccini vivi attenuati, devono essere rispettati i principi in materia di sicurezza ed igiene del lavoro.

Agenti biologici dei gruppi 2, 3 e 4

Può essere opportuno selezionare e combinare le prescrizioni di contenimento delle diverse categorie sottoindicate in base ad una valutazione del rischio connesso ad un particolare processo o a una sua parte.

Le indicazioni introdotte subordinano le misure di prevenzione alla:

- **natura delle attività**
- **valutazione del rischio per i lavoratori**
- **natura dell'agente biologico in questione**

In linea generale, **le misure di contenimento riguardano i luoghi di lavoro, gli impianti e le attrezzature**. Si specifica che il luogo di lavoro deve essere separato da qualsiasi altra attività svolta nello stesso edificio, che deve essere sigillabile in modo da consentire la fumigazione (metodo di disinfestazione tramite il quale si riempie completamente una zona con gas biocidi, detti appunto fumiganti, per soffocare o avvelenare tutti i parassiti e i germi all'interno).

Per ogni singola voce, **il decreto introduce e specifica tre livelli di contenimento, 2-3-4**. Oltre le immediate indicazioni sì/no, **alcune voci potrebbero essere "raccomandate"**: questo significa che le misure dovrebbero essere applicate in linea di principio, a meno che i risultati della valutazione del rischio non indichino il contrario.

Il Covid 19 nel pianeta. Imparare dall'esperienza

Non si è imparato dalla SARS (2002-2003), vinta più per ... estinzione che per reali capacità del sistema. Non si è saputo prevedere quel che non pochi prevedevano da tempo, non si è capito che malattie endemiche ed epidemiche, malattie tropicali e altre malattie infettive (umane e animali), inquinamento ambientale, mutamenti climatici devastanti, scarsità di investimento culturale e tecnico-operativo nei sistemi sanitari, enormi diseguaglianze, ecc. avrebbero inevitabilmente **aperto nel pianeta enormi porte all'arrivo di ospiti non precisamente graditi**, come quello che ci ha "sorpreso" tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020.

Non ci si è conseguentemente preparati ad affrontare (impedire?) altre epi-pandemie. Non si sono neppure affrontate le ricorrenti epidemie continentali (specie in Africa) con uno sforzo ed un atteggiamento planetario (*tanto a noi non ci tocca..... e poi «noi» siamo molto più attrezzati al contrasto.....*) eppure abbiamo visto come si è saputo contrastare il Covid -19 soprattutto nei primi mesi.... anche nei paesi più "civilizzati" (?).

Eppure dovevano essere chiare alcune **conseguenze della globalizzazione: circolano sempre più persone ma circola anche quel che le persone portano con sé (compresi batteri e virus).**

Il Covid 19 ... dalle nostre parti (le istituzioni sanitarie)

In Italia, quel che resta del Servizio sanitario pubblico è stato l'unico soggetto in grado di dare risposta al dilagare della pandemia, pur non potendo oscurare le conseguenze di un disastro e la resa della prevenzione e della medicina territoriale.

L'ospedale, sottoposto a pressione per rispondere alla richiesta di cure per il Covid, è arrivato sull'orlo del collasso e ha spesso trascurato le altre patologie (tumori, malattie acute e croniche), per cui oggi - oltre a contare i morti per il virus - si dovrebbero calcolare pure gli aggravamenti o i decessi per mancata assistenza generale, oltre che per minore prevenzione (primaria e secondaria).

Covid-19 - (Diamo i...) Numeri

Popolazione	Covid - 19					
		Contagiati	morti	letalità	mortalità	
	59.258.000 Italia	Italia	4.722.000 (?)	131.655 (?)	2,8%	0,22%
	1.525.000 Marche	Marche	115.000 (?)	3.091 (?)	2,7%	0,2%
	7,85 miliardi Terra	Terra	242 milioni (?)	4.920.000 (?)	2,0%	5,93....e ⁻⁴

Letalità = morti su positivi al COVID19

Mortalità = morti per Covid 19 sul totale degli abitanti dall'inizio della pandemia

Dati al 21 ottobre 2021

Il Covid 19 nei luoghi di lavoro....



- Da quasi 2 anni una nuova dimensione della vita collettiva, anche nei luoghi di lavoro, molti a lungo «chiusi».
- Come i cittadini, anche i lavoratori «devono» abituarsi a nuove (?) forme di protezione individuale e collettiva (le protezioni respiratorie, il distanziamento, l'igiene personale.... per molti - non per tutti - una novità).
- Una nuova dimensione (un nuovo abito mentale) in cui trova (o dovrebbe trovare) posto la consapevolezza che la protezione di sé stessi va insieme con la protezione degli altri....



Covid - 19: pandemia ma anche sindemia

Coniato negli anni 90 dall'antropologo americano Merrill Singer per descrivere la interrelazione tra AIDS e tubercolosi, il concetto di sindemia è stato riproposto nel settembre 2020 da Richard Horton su Lancet.

- Interazione tra Sars-Cov-2 e patologie croniche (obesità, diabete, malattie cardiovascolari, etc.):

in particolare si è reso ormai da tempo evidente che



COVID-19 peggiora le patologie croniche e che le patologie croniche peggiorano gli effetti di COVID-19;



COVID-19 ha effetti peggiori sulle popolazioni più emarginate, vulnerabili e che vivono in povertà o in quelle che vivono in zone più inquinate.



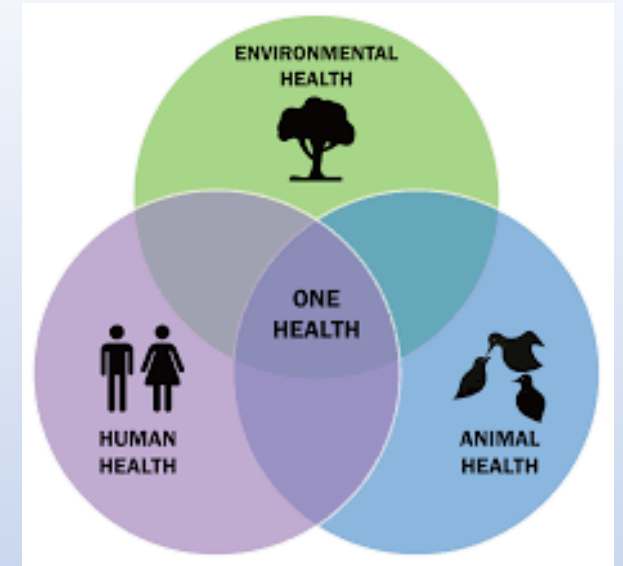
Cosa ne deriva...

- alla lunga **concentrare iniziative e sforzi esclusivamente sul virus potrebbe difficilmente chiudere la questione**, soprattutto nel medio-lungo periodo, se non si tende a attenuare le diseguaglianze, gli svantaggi sociali, di popolazione, ecc., se non si migliora la salute di tutta la popolazione (del pianeta....).
- Insomma, l'obiettivo dovrebbe essere di **vedere i problemi “insieme” e non affrontarne solo uno** (a maggior ragione se non è il “primario”, come il Covid 19), indipendentemente dalla realtà singola, delle persone, del territorio, del paese, del continente, ecc.

La salute ha oggi una nuova attenzione

Ma basta?

- Intanto dovrebbe prevalere il concetto “**one health**” o “**salute in tutte le politiche**”.



ONE HEALTH:

la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente: occorre un approccio olistico, multidisciplinare, di sistema, che guardi alla salute in termini globali.

- E poi occorre che sia “**salute pubblica**”, cioè salute come questione prioritaria di fronte alla quale i cittadini sono tutti eguali, con pari diritti e pari opportunità.



Esigenze... e realtà

Le necessità di salute della collettività e dei singoli si sono fatte sempre più complicate e dovrebbero implicare **approcci molto articolati**, non solo di tipo “difensivo” ma anche di tipo attivo, di promozione (... la promozione della salute individuale, collettiva, ambientale), approcci che attraversino tutte le attività degli esseri umani anche modificandone i rapporti con ciò che li circonda (non solo in un territorio nazionale).


...invece da decenni sta (o stava?) prevalendo la visione ideologica secondo cui la sanità costituisce una spesa ritenuta eccessiva (e quindi da ridurre progressivamente nelle risorse, nei servizi, nel personale) e **la salute non è considerata un diritto per il singolo e un bene primario per la comunità...**

Si parla di sanità e poco di salute....



- Il governo (e la governance) della prevenzione è stato ed è del tutto insufficiente;
- vi sono grandi problemi nei ruoli e nei rapporti tra Stato e Regioni, spesso fallimentari, per responsabilità sia dello Stato sia delle Regioni;
- vi sono conseguentemente gravi criticità in termini di eguaglianza e omogeneità, due obiettivi enunciati dalla 833 (e ancor prima dalla Costituzione repubblicana) ma non raggiunti e che anzi attualmente sembrano sempre più irraggiungibili.

Occorre un nuovo modello (diffuso) di salute

- la **salute** è un **bene primario** (e non una merce né fonte di profitti);
- la **prevenzione** deve improntare ogni aspetto dell'attività umana, a partire dall'attenzione alle condizioni ambientali e agli stili di vita e di alimentazione, da un lavoro a misura d'uomo e di donna, puntando ad attenuare l'influenza delle condizioni socioeconomiche; 
- la salute delle persone non può essere slegata dal rispetto per la natura e per le altre forme di vita (**one health**);
- non si può trattare la singola malattia senza considerare **l'insieme della persona**, compresi gli aspetti psicologici e relazionali, nonché i rapporti sociali (occorre pertanto l'integrazione sociosanitaria);
- deve essere **potenziata l'assistenza sanitaria primaria** (primary health care);
- deve essere profondamente innovata e adeguata alle esigenze la nostra **medicina generale**;
- deve essere **rafforzato il Servizio sanitario pubblico** con nuova attenzione al capitale umano in sanità, prevedendo e attuando una formazione ben più articolata e “moderna” di quella attuale.

Il Piano nazionale di ripresa (?) e resilienza (?)

Missione 6 «Salute»

risorse per complessivi 19,7 miliardi per finanziare due aree progettuali:

- assistenza di prossimità e telemedicina (7,9 miliardi);
- innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria (11,82 miliardi).



Il PNRR, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, pur consentendo in prospettiva miglioramenti, non propone un nuovo modello culturale che superi i limiti dell'attuale assetto del SSN. Tra l'altro, **poco o nulla è previsto per la prevenzione.**

Inoltre non è chiaro se le nuove proposte di assetto e organizzazione (case della comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali, assistenza domiciliare), a parte i numerosi limiti riscontrati, faranno parte del sistema sanitario pubblico o saranno invece affidate - più o meno - alla gestione privata.

Non induce ad una visione ottimistica la mancata definizione dell'incremento qualitativo delle risorse umane necessarie per gestire il nuovo assetto, né l'assenza di indicazioni per poterle finanziare.

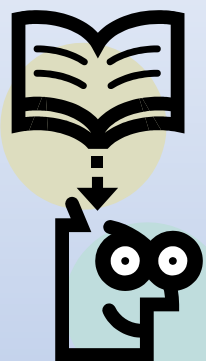
Occorrerebbe comunque (ri)partire da:



un concreto **investimento** culturale, strategico ed economico **nella prevenzione primaria** (tenendo presente che prevenzione vuol anche dire “previsione”, non solo rimozione delle cause) a partire dai necessari strumenti di conoscenza epidemiologica (sistema informativo) e di comunicazionetrasparente.



Conoscere per prevenire



Dal sistema informativo ...

La partita del **SINP**
il sistema informativo nazionale
per la prevenzione

Decreto ex art. 8 dell'81-106 (DM 183/2016)



*Quel che c'è già e quel che manca.....
(la conoscenza organizzata dei lavoratori,
del loro lavoro e dei loro rischi)*

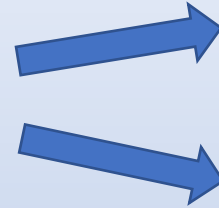


... alla pianificazione

**...all'informazione e
comunicazione**

Conoscere, informare, comunicare: il ruolo della scienza

- ***Neutralità e parzialità***



Superare la separazione dei saperi

Integrare le competenze

- **Il principio di precauzione**

Politica di condotta cautelativa per quanto riguarda le decisioni politiche ed economiche sulla gestione di questioni scientificamente controverse.

Mentre la *prevenzione* è limitazione di rischi oggettivi e provati,
la *precauzione* è limitazione di rischi ipotetici o basati su indizi, rispetto quindi a pericoli potenziali, di cui non si ha ancora conoscenza certa pur essendoci elementi di allarme.....

Un problema comunicativo recente: **l'infodemia**



Dalla Treccani:

circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili.

Forse non è estranea agli «errori» ed alla babele informativa la questione spinosa - in queste settimane esplosiva - del comportamento rispetto ai vaccini, che almeno in parte deriva probabilmente da una strategia informativa insufficiente, incoerente, mutevole («navigazione a vista») oltre che dall'ormai storica sfiducia di parte dei cittadini nelle istituzioni, senza trascurare il peso della perdita di significato e d'importanza del valore della solidarietà collettiva.

L'iniziativa **#datibenecomune**

(52.000 firmatari - 2020 - in continuo aumento e almeno 220 organizzazioni promotrici)

- **Richiesta (2020) al Governo Conte di dati aperti e «machine readable» sull'emergenza Covid-19 per monitorare realmente la situazione e poterla gestire al meglio.**
- **Richiesta (febbraio 2021) al Governo Draghi in merito alla trasparenza dei dati sanitari dell'emergenza Covid-19** (rivendicazione del ruolo attivo della cittadinanza e del suo diritto ad avere accesso ai dati aperti relativi all'avanzamento di un piano strategico che si deve comporre di obiettivi e risultati attesi monitorabili attraverso indicatori specifici).
- **Richiesta (agosto 2021) al Governo Draghi** - dopo la creazione del portale pubblico «italiadomani.gov.it» - che lo stesso contenga tutti i dati relativi ai progetti del PNRR in **formato aperto, disaggregati, continuamente aggiornati, ben documentati, descritti secondo standard e facilmente accessibili non solo a chi deve prendere decisioni politiche, ma a chiunque, con una chiara licenza aperta che ne consenta quindi il massimo riutilizzo.**

La partecipazione in un nuovo modello di salute



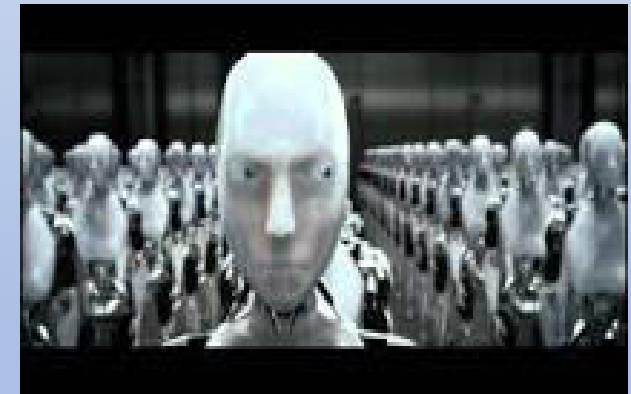
La **partecipazione (informata, consapevole)** è un elemento decisivo per un modello di salute (e di sanità) più equo e anche più «intelligente»: il cittadino/lavoratore non è un oggetto (o paziente), destinatario di interventi sanitari, ma un soggetto, che - come singolo - partecipa e contribuisce alla tutela e al recupero della propria salute, e che - come comunità - partecipa al processo di conoscenza dei bisogni e all'elaborazione delle misure idonee a soddisfarli.

Partecipazione nei luoghi di lavoro



- la partecipazione concreta (coinvolgimento e ruolo attivo) delle parti sociali (rappresentanze dei lavoratori e delle imprese);
- il coinvolgimento di tutto il mondo del lavoro (imprese e lavoratori) - indipendentemente dalla tipologia contrattuale e dal settore di attività - nelle strategie di prevenzione e tutela.

...ma va superata **la solitudine dei lavoratori**



Varie indagini hanno evidenziato negli ultimi anni tra i lavoratori una diffusa percezione di solitudine, senso di rassegnazione e di abbandono, sfiducia nei confronti dei soggetti istituzionali e sociali.

Solitudine e smarrimento esasperati in questi 2 anniper tutti ma con aspetti specifici per i lavoratori

- la rinuncia obbligata al lavoro
- l'incertezza per il futuro
- il ricorso allo smartworking per molti
- la «nuova» diffidenza per gli altri colleghi oltre che per la comunità in generale

*(il mio vicino non sarà mica contagioso?... anche se non tossisce...
Quasi la paura degli untori di manzoniana memoria)*

Cambiare per rispondere alle sfide



Una risposta di fondo sta nella (cultura della) prevenzione: da decenni si sa che ogni soldo speso in prevenzione produce successi e risparmi in termini non solo di salute ma anche economici.

Eppure in molta parte del pianeta, ed anche nel nostro paese, si fatica ad accettare questa consapevolezza e ad occuparsene conseguentemente, tenendo conto che la salute delle persone, la loro attesa di vita, la speranza di guarigione dalle malattie, sono imprescindibilmente legate alla condizione sociale ed alla «salute» e giustizia del paese in cui vivono e devono essere «agite» dalla comunità nel suo complesso.

Dopo la pandemia.... tornare a come si stava prima...(???)

C'è un **futuro** prevedibile e uno **auspicabile**..... (probabilmente diverso).

Quello auspicabile dipende da molti cambiamenti e non solo dalla «vittoria» sul virus ma dall'eventualità che si comincino ad affrontare di più tanti altri fattori del complesso sindemico (povertà, emarginazione, fragilità, debolezza di popolazioni, debolezze geografiche....) e che, appunto con una concreta partecipazione, tutti contribuiscano alla tutela della propria e altrui salute.

Utopia? Libro dei sogni?



Può sembrare, oggi, ma forse rendere questi auspici un po' più reali e farli diventare impegni concreti

dipende un po' da noi

..... dalla nostra **capacità di aggregazione** e di **protagonismo collettivo**,

oltre che ovviamente dal contributo di molti altri.

Parliamone.....

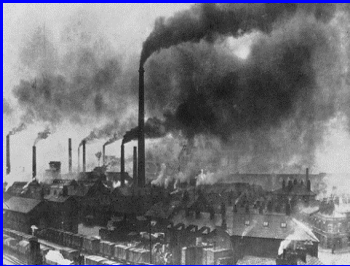
**Civitanova Marche, 26
ottobre 2021**



AIE
Associazione Italiana di Epidemiologia



Epidemiologia, partecipazione e prevenzione



**L'identificazione
degli agenti
cancerogeni:
l'esperienza della
IARC e la scienza
per la difesa del
prodotto.**

***Benedetto
Terracini***

SOME ORGANOPHOSPHATE INSECTICIDES AND HERBICIDES

VOLUME 112



**IARC MONOGRAPHS
ON THE EVALUATION
OF CARCINOGENIC RISKS
TO HUMANS**

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

ANNO 32 (3) LUGLIO-OTTOBRE 2008



Come nacque
il progetto delle

Monografie IARC

un racconto/resoconto

di **Renzo Tomatis**

presentazioni
di Ruggero Montesano e Harri Vainio

 **inferenze**

Via Ricciarelli 29, 20148 Milano.
Poste Italiane spa - Sped. in abb.
post. DI. 353/2003 convertito in leg-
ge 27.02.04 n.46 - art.1, com.1, DCB
Milano - Una copia 13,50 euro
ISSN 1120-9763 luglio-ottobre 2008

“... in order to make sure for the project to be useful to those who are exposed to harmful chemicals and for the Monographs to become an effective tool for their protection, I had to get rid of the academic approach ... (and) to dissent from the statements of the official academic establishment.

**L Tomatis “Come nacque il progetto delle Monografie Iarc”,
E&P 2008**

Le caratteristiche del programma delle Monografie IARC I

- **Multidisciplinarietà sia nella composizione dei Gruppi di Lavoro, sia nella valutazione.**
- **Scrutinio di ogni studio per identificare eventuali distorsioni, confondimenti ed effetti del caso.**
- **Trasparenza nel ragionamento inferenziale.**

Le caratteristiche del programma delle Monografie IARC II

- Standardizzazione dei termini che caratterizzano l'evidenza.
- Considerazione esclusiva di studi pubblicati (o accettati per pubblicazione) in riviste *peer reviewed*.
- Ricerca del consenso. Nel caso, rendere pubblico il dissenso.
- Sistematica raccolta dei conflitti di interesse dei candidati membri dei Gruppi di Lavoro, rendendoli pubblici.

Guidelines for Observers at *IARC Monograph* Meetings I

In the spirit of transparency, Observers with relevant scientific credentials are welcome to attend *IARC Monographs* meetings.

Observers can play a valuable role in ensuring that all published information and scientific perspectives are considered.

The chair may grant observers an opportunity to speak, generally after they have observed a discussion. Observers do not ... draft any part of a Monograph, or participate in the evaluations.

Implicit in the term "Observer" is the responsibility to *observe* the meeting and not to attempt to influence its outcome. This includes - before and during the meeting –

Guidelines for Observers at *IARC Monograph* Meetings II

- Not to contact participants before the meeting or to lobby them at any time.
- Not to send written materials to meeting participants.
- Not to offer meals, drinks ... social invitations to meeting participants.
- Participants are asked to report any contact or attempt to influence ...
- Observers may not make a written transcript, audio or video recording, or audio or video transmission
- Observers must complete the WHO Declaration of Interests, which covers financial interests, employment and consulting, and research support related to the subject of the meeting.
- Pertinent interests will be disclosed to the meeting participants and in the published volume of *IARC Monographs*.

..... Lack of cooperation with these Guidelines may result in an Observer being asked to leave the meeting and the reason disclosed to the meeting participants.

Tre puntelli della valutazione

- Studi epidemiologici.
- Test a lungo termine di cancerogenesi in animali di laboratorio.
- Studi sui meccanismi di azione pertinenti alla cancerogenesi.

<http://monographs.iarc.fr/ENG/Preamble/currentb6evalrationale0706.php>

(Jan 26, 2006)

The key characteristics of carcinogens

1. Electrophilic or activated to electrophilic
2. Genotoxic
3. Alters DNA repair or causes genomic instability
4. Induces epigenetic alterations
5. Induces oxidative stress
6. Induces chronic inflammation
7. Immunosuppressive
8. Modulates receptor-mediated effects
9. Causes immortalization
10. Alters cell proliferation, cell death or nutrient supply

Smith MT, Guyton KZ, Chiu WA et al
EHP 2016;124:713-721

La elaborazione IARC dei criteri di Bradford Hill nella valutazione, sia delle evidenze epidemiologiche sia dei risultati di test di cancerogenesi sperimentale

- Evidenza sufficiente: si può escludere un ruolo di confondimenti, di distorsioni e del caso.
- Evidenza limitata: confondimento, distorsioni e un ruolo del caso sono poco probabili, ma non possono essere esclusi.
- Inadeguato: confondimento, distorsioni e un ruolo del caso non possono essere esclusi.

Abbreviations

IARC	International Agency for Research on Cancer
IRIS	Integrated Risk Information System

		EVIDENCE IN EXPERIMENTAL ANIMALS			
		Sufficient	Limited	Inadequate	ESLC*
EVIDENCE IN HUMANS	Sufficient	Group 1 (carcinogenic to humans)			
	Limited	Group 2A (probably carcinogenic)	Group 2B (possibly carcinogenic) (exceptionally, Group 2A)		
	Inadequate	Group 2B (possibly carcinogenic)	Group 3 (not classifiable)		
	ESLC*				Group 4

Figure 1. Modified version of the IARC Classification Scheme for Carcinogenicity. Source: IARC Monograph-PREAMBLE (1). *ESLC: Evidence Suggesting Lack of Carcinogenicity

Jonathan M. Samet*

Department of Preventive Medicine, Keck School of Medicine of USC, USC Institute for Global Health, University of Southern California, Los Angeles, CA 90089-9239, USA

Valutazione

- IARC valuta la forza della evidenza che l'agente considerato è uno *hazard* cancerogeno.
- Le categorie riguardano la misura in cui l'evidenza scientifica è libera da confondimenti, distorsioni e ruolo del caso.
- Non viene presentata una stima quantitativa del rischio (nella “vita reale” il rischio è dato dalla natura delle circostanze in cui l'esposizione ha luogo).
- Le valutazioni vengono aggiornate successivamente alla comparsa di nuovi dati, se rilevanti.

IARC evaluations volumes 1-129

<https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc>

Group	Definition	n (%)
1	Carcinogenic to humans	121 (12%)
2 A	Probably carcinogenic to humans	89 (8%)
2B	Possibly carcinogenic to humans	319 (31%)
3	Not classifiable as for carcinogenicity	500 (49%)
Total		1029

List of Classifications by cancer sites with *sufficient* or *limited* evidence in humans, Volumes 1-109

Cancer site	Carcinogenic agents with <i>sufficient</i> evidence in humans	Carcinogenic agents with <i>limited</i> evidence in humans
Kidney	Tobacco smoking X_radiation, gamma radiation Trichlorethylene	Arsenic and inorganic arsenic compounds Cadmium and cadmium compounds Printing processes

List of Classifications by cancer sites with *sufficient* or *limited* evidence in humans, Volumes 1-109

Agent	Sites for which there is <i>sufficient</i> evidence of carcinogenicity	Sites for which there is <i>limited</i> evidence of carcinogenicity
Asbestos	Mesothelium (pleura and peritoneum) Lung Larynx Ovary	Pharynx Stomach Colon and rectum

La tensione tra il rigore scientifico e l'applicazione del principio di precauzione: due atteggiamenti in contrasto

- **Scienziati che solo credono nella “scienza robusta” e riluttano ad accettare i risultati che si distaccano da una rigorosa dimostrazione sperimentale (ad es coloro che negli anni 50 consideravano che i risultati dei primi studi epidemiologici sugli effetti del fumo di tabacco fossero “soltanto statistici” e non sperimentali).**
- **Scienziati per i quali risultati epidemiologici di interpretazione dubbia dovrebbero essere considerati indizio di rischio potenziali e richiedono una azione precauzionale.**

Critiche al processo IARC

- Critiche all'epidemiologia come scienza.
- Eccesso di falsi positivi.
- Eccesso di attenzione agli studi in vivo.
- Critiche a specifiche valutazioni.
- Critiche alla composizione dei gruppi di lavoro.

La questione dei falsi negativi

E' possibile che i falsi negativi (cancerogeni non riconosciuti da studi epidemiologici) siano più frequenti dei falsi positivi, a causa di:

- Bassa potenza statistica degli studi effettuati.
- Misclassificazione non differenziale della esposizione e/o degli esiti.
- Follow up/latenza troppo breve in studi epidemiologici longitudinali.
- Overmatching (ca/co, exp/non exp).

Le ricorrenti critiche degli studi di cancerogenesi a lungo termine in animali di laboratorio.

- ❑ Vengono somministrate dosi molto più alte di quelle a cui gli esseri umani possono essere esposti.**
- ❑ Le vie di somministrazione non corrispondono alle circostanze di esposizione degli esseri umani.**
- ❑ Gli organi bersaglio negli animali di laboratorio non corrispondono agli organi bersaglio sospettati nella specie umana.**
- ❑ Topi e ratti sono eccessivamente suscettibili:
“qualsiasi sostanza si rivela cancerogena in queste specie”**

La scienza della difesa del prodotto (product defense science)

Attività di ricerca il cui scopo non è produrre conoscenza scientifica bensì quello di influenzare le decisioni sulla normativa riguardante l'uso di un prodotto.

Si caratterizza per la introduzione sistematica e intenzionale di distorsioni nel disegno degli studi e/o mancanza di imparzialità nella interpretazione dei risultati.

Terracini B.Mirabelli D
Int J Epidemiol , 2 giu 2016

Esempi di valutazioni IARC di cancerogenicità che hanno suscitato “scienza a difesa del prodotto”

Glifosato

Fumo passivo

Amianto crisotilo

Scarichi diesel

Stirene

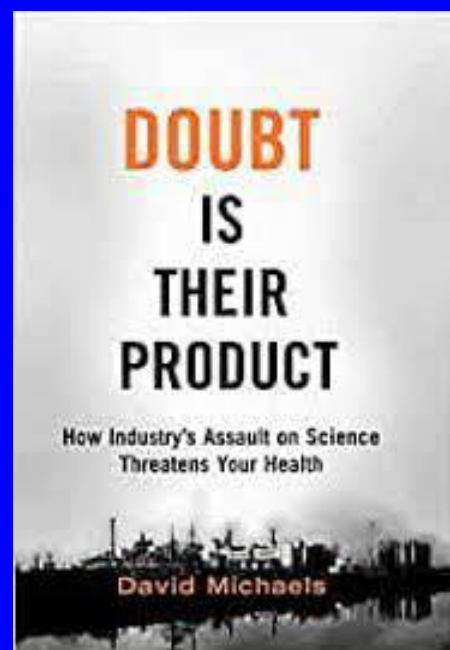
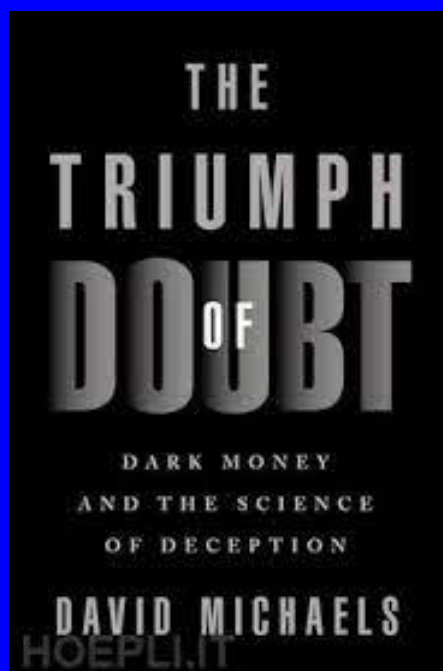
Formaldeide

Carne rossa

1,3-butadiene

Percentuale di morti per K colorettaie evitabili con ipotizzate riduzioni di consumi di carne di manzo in Italia Nord occidentale (NW) e in Italia meridionale/isole (S)

	Ipotizzata riduzione percentuale di consumo					
	43%		60%		80%	
	u	d	u	d	u	d
NW	4.5	2.5	5.9	3.8	6.7	4.6
sud	2.1	0.2	3.5	2.7	4.5	3.7



Do product defense studies actually contribute to advancing scientific knowledge?

Their origin as work-for-hire, bought and paid for by the companies with a financial stake in their result, means that their conclusions cannot be considered without skepticism.

On issue after issue, tobacco, lead, asbestos, benzene, silica, and many more, they've been proven wrong by subsequent studies done by better scientists without financial conflicts of interest.

The guiding principle in these doubt studies: there is never enough proof; more study is always needed.

But in the meantime, they have earned a great deal of money and often set back efforts to protect the public from harm.

Il principio che guida “la scienza in difesa del prodotto”

Le prove non sono sufficienti “further research is needed (FRIN).....”

NEEDED FOR WHAT??????

||

Per una prova assoluta o per un intervento di prevenzione?

(O per ulteriori finanziamenti alla ricerca?)

E anche tutta la scienza, se è separata dal sentimento di giustizia e dalle altre virtù, appare astuzia, non sapienza.

Platone, Menesseno

Predatory journals recruit fake editor **Nature 2017; 543:481-483**

Ricercatori delle Università di Wroclaw , Dresda e Poznan crearono un profilo fittizio di una inesistente ricercatrice: Anna Szust, studiosa di scienze sociali, metodologia della scienza, ed altro.

Nel curriculum scientifico: soltanto inesistenti capitoli scientifici in inesistenti libri pubblicati da inesistenti case editrici. Nessuna pubblicazione in riviste accademiche, nè esperienza di revisore.

Richiesta della dott, Szust a 320 riviste di essere inclusa nel comitato editoriale:

- 120 dal Journal Citation Reports, con impact factor (JCR)
- 120 nel Directory of Open Access Journal (DOAJ)
- 120 da un elenco di possibili o probabili riviste “predatorie”

Esito della richiesta dalla dott. Fraud di entrare nel Comitato Editoriale

Riviste	Accettata	Rifiutata	Senza risposta	Totale
Predatory	40	15	55	120
DOAJ	8	46	66	120
JCR	0	48	72	120

**Sorokowski P et al
Nature 2017;543:481-483**

COME VENGONO PRODOTTE LE MONOGRAFIE

Identificazione degli agenti candidati alla valutazione

- Suggerimenti da parte di agenzie nazionali, scienziati, altri stakeholder, rappresentanti dell'industria, cittadini privati ecc.
- Advisory Group IARC → revisione delle proposte e formulazione di priorità.
- Staff IARC → selezione finale, basata su:
 - Qualche suggerimento di proprietà cancerogene,
 - Prevalenza e intensità di uso dell'agente,
 - Disponibilità di un minimo di letteratura scientifica sul rischio di cancerogenicità.

NB: gli agenti proposti per valutazione non sono rappresentativi di tutti gli agenti esistenti (cautela con il denominatore nella stima delle proporzioni).

Working groups (WG)

- Specialisti nelle pertinenti aree di expertise, identificati dallo staff IARC.
- Lista di potenziali membri nel website IARC, comprese le dichiarazioni sui conflitti di interesse.
- Le procedure di selezione valutate dal Consiglio Scientifico, dal Governing Council e dall'Advisory Board esterno .
- Membri preparano bozze nel loro campo di interesse preliminarmente alla riunione del WG a Lione (non emolumenti).

Assemblaggio della letteratura pertinente: soltanto lavori pubblicati (o accettati per pubblicazione) in riviste *peer reviewed*

- **Prima ricerca delle letteratura da parte dello staff IARC (non coinvolto nella valutazione di ogni articolo).**
- **Sottomissione ai membri del gruppo di lavoro.**
- **Eventuali ulteriori studi pertinenti suggeriti dai membri del gruppo di lavoro.**
- **Eventuali omissioni riconosciute durante la riunione del gruppo di lavoro.**

Meeting (8 giorni)

Divisione in sottogruppi (chim, epi, cancerogenesi, meccanismi).

Revisione, correzione e integrazione dei documenti precedentemente preparati dai membri del gruppo di lavoro.

Valutazioni suggerite dai sottogruppi, ma decisioni finali soltanto in riunione plenaria.

Procedure di consenso per arrivare alla valutazione finale.

In caso di persistente dissenso, interpretazioni alternative e sottostante razionale descritti nella valutazione finale.

Storicamente, a maggior parte delle votazioni sono state unanimi.

Participants at Monograph meetings

Type	Features	Col (*)	Vote (**)
WG members	Knowledge, experience	no	yes
Invited specialists	Expertise	possible	no
Representatives	Health agencies	no	no
Observers	Scientific credentials	possible	no
IARC secretariat	Relevant expertise	no	no
(*) conflicts of interest	(**) participate in the evaluations		

Valutazione

- IARC valuta la forza della evidenza che l'agente considerato è uno *hazard* cancerogeno.
- Le categorie riguardano la misura in cui l'evidenza scientifica è libera da confondimenti, distorsioni e ruolo del caso.
- Non viene presentata una stima quantitativa del rischio (nella “vita reale” il rischio è dato dalla natura delle circostanze in cui l'esposizione ha luogo).
- Le valutazioni vengono aggiornate successivamente alla comparsa di nuovi dati, se rilevanti.

IARC Monographs: overall evaluations (2006 preamble)

Group 1	Epi sufficient Epi less than sufficient + expt sufficient + carcinogenesis related effects in exposed humans (*)
Group 2 A	Epi limited + expt sufficient Epi inadequate + expt sufficient + mechanism in animals occurs also in humans. Epi limited (*) Agent belongs to group of substances with relevant mechanism of action, among which at least one 1 or 2 A
Group 2 B	Epi limited + expt sufficient Epi inadequate + expt sufficient Epi inadequate + expt limited or inadequate + mechanistic considerations (*) Mechanistic considerations + other relevant information (*)
Group 3	Epi inadequate + expt inadequate or limited

(*) circumstance to be considered exceptionally

I dati meccanicistici

The Working Group considers whether multiple mechanisms might contribute to tumour development, whether different mechanisms might operate in different dose ranges, whether separate mechanisms might operate in humans and experimental animals and whether a unique mechanism might operate in a susceptible group.

The possible contribution of alternative mechanisms must be considered before concluding that tumours observed in experimental animals are not relevant to humans.

An uneven level of experimental support for different mechanisms may reflect that disproportionate resources have been focused on investigating a favoured mechanism.

“For most diseases, the identification of the causes has ...captivated a general consensus about the measures to be taken in order to prevent and cure them.

In the case of cancer, on the contrary, the identification of a chemical or a mixture as a cause has usually been received with hostility.

The recognition of a chemical as a cause of cancer has invariably met with a strong opposition by those who dominate the financial power and are also in the condition of molding the political decisions.

**L Tomatis “Come nacque il progetto delle Monografie Iarc”,
E&P 2008**

Una costante affermazione nel preambolo delle Monografie IARC

In the absence of adequate data on humans, it is biologically plausible and prudent to regard agents and mixtures for which there is **sufficient evidence of carcinogenicity in experimental animals** as if they presented a carcinogenic risk to humans.

TABLE 2. Chemicals first shown to cause cancer in laboratory animals and only subsequently in humans

1. aflatoxins	14. diethylstilbestrol
2. 4-aminobiphenyl	15. melphalan
3. asbestos	16. methoxypsoralen + UVA
4. azathioprine	17. mustard gas
5. betel quid with tobacco	18. myleran
6. 1,3-butadiene	19. nonsteroidal estrogens
7. chlorambucil	20. silica, crystalline
8. chlornaphazine	21. solar radiation
9. chloromethyl methyl ether (tech. grade)	22. steroidal estrogens
10. ciclosporin	23. 2,3,7,8-TCDD
11. coal tar pitches	24. thiotepa
12. coal tars	25. trichloroethylene
13. cyclophosphamide	26. vinyl chloride

Table 4. Distribution of carcinogenic responses for 326 chemical studies (male rats, female rats, male mice and female mice).

Positive in sex-species	+ / Total	%
+, +, +, + (4 of 4)	45/326	14
+, +, +, - (3 of 4)	26/326	8
+, +, -, - (2 of 4)	60/326	18
+, -, -, - (1 of 4)	39/326	12
-, -, -, - (0 of 4)	156/326	48

IARC Monographs: 40 Years of Evaluating Carcinogenic Hazards to Humans

Neil Pearce,¹ Aaron Blair,² Paolo Vineis,³ Wolfgang Ahrens,⁴ Aage Andersen,⁵ Josep M. Anto,⁶ Bruce K. Armstrong,⁷ Andrea A. Baccarelli,⁸ Frederick A. Bolland,⁹ Amy Berrington,² Pier Alberto Bertazzi,¹⁰ Linda S. Bimbaum,¹¹ Ross C. Brownson,¹² John R. Bucher,¹³ Kenneth P. Cantor,¹⁴ Elisabeth Cardis,¹⁵ John W. Cherrie,¹⁶ David C. Christiani,⁸ Pierluigi Cocco,¹⁷ David Coggon,¹⁸ Pietro Comba,¹⁹ Paul A. Demers,²⁰ John M. Dement,²¹ Jeroen Douwes,²² Ellen A. Eisen,²³ Lawrence S. Engel,²⁴ Richard A. Fenske,²⁵ Lora E. Fleming,²⁶ Tony Fletcher,²⁷ Elizabeth Fontham,²⁸ Francesco Forastiere,²⁹ Rainer Frntzel-Beyma,³⁰ Lin Fritschi,³¹ Michel Gerin,³² Marcel Goldberg,³³ Philippe Grandjean,³⁴ Tom K. Grimsrud,⁵ Per Gustavsson,³⁵ Andy Haines,²⁷ Patricia Hartge,² Johnni Hansen,³⁶ Michael Hauptmann,³⁷ Dick Heederik,³⁸ Kari Hemminki,³⁹ Denis Hemon,⁴⁰ Irva Hertz-Picciotto,⁴¹ Jane A. Hoppin,⁴² James Huff,⁴³ Bengt Jarvholm,⁴⁴ Daehae Kang,⁴⁵ Margaret R. Karagas,⁴⁶ Kristina Kjaerheim,⁵ Helge Kjuus,⁴⁷ Manolis Kogevinas,⁴⁸ David Kriebel,⁴⁹ Petter Kristensen,⁴⁷ Hans Kromhout,⁵⁰ Francine Laden,⁵ Pierre Lebailly,⁵⁰ Grace LeMasters,⁵¹ Jay H. Lubin,² Charles F. Lynch,⁵² Elsebeth Lynge,⁵³ Andrea 't Mannetje,⁵² Anthony J. McMichael,^{54*} John R. McLaughlin,⁵⁵ Lorraine Marrett,⁵⁶ Marco Martuzzi,⁵⁷ James A. Merchant,⁵⁸ Enzo Merler,⁵⁹ Franco Merletti,⁶⁰ Anthony Miller,⁶⁰ Franklin E. Mirer,⁶¹ Richard Monson,⁸ Karl-Cristian Nordby,⁴⁷ Andrew F. Olshan,²⁴ Marie-Elise Parent,⁶² Frederica P. Perera,⁶³ Melissa J. Perry,⁶⁴ Angela Cecilia Pesatori,¹⁰ Roberta Pirastu,¹⁹ Miquel Porta,⁶⁵ Eero Pukkala,⁶⁶ Carol Rice,⁶⁷ David B. Richardson,²⁴ Leonard Rittor,⁶⁸ Boate Ritz,⁶⁹ Cecile M. Ronckers,⁷⁰ Lesley Rushton,⁷¹ Jennifer A. Rusiecki,⁷² Ivan Rusyn,⁷³ Jonathan M. Samet,⁷⁴ Dale P. Sandler,⁷⁵ Silvia de Sanjose,⁷⁶ Eva Schernhammer,⁸ Adele Seniori Costantini,⁷⁷ Noah Seixas,²⁵ Carl Shy,²⁴ Jack Siemiatycki,⁷⁸ Debra T. Silverman,² Lorenzo Simonato,⁷⁹ Allan H. Smith,⁸⁰ Martyn T. Smith,⁸¹ John J. Spinelli,⁸² Margaret R. Spitz,⁸³ Lorann Stallones,⁸⁴ Leslie T. Stayner,⁸⁵ Kyle Stoenland,⁸⁶ Mark Stenzel,⁸⁷ Bernard W. Stewart,⁸⁸ Patricia A. Stewart,⁸⁹ Elaine Symanski,⁹⁰ Benedetto Terracini,⁹¹ Paige E. Tolbert,⁹² Harri Vainio,⁹³ John Vena,⁹⁴ Roel Vermeulen,⁹⁵ Cesar G. Victora,⁹⁴ Elizabeth M. Ward,⁹⁶ Clarice R. Weinberg,⁹⁷ Dennis Weisenburger,⁹⁷ Catharina Wesseling,⁹⁸ Elisabete Weiderpass,⁹⁹ and Shelia Hoar Zahn¹⁰⁰

Criticism of epidemiology

Hypening small or unexistent risks
→ multidisciplinary of IARC
evaluations.

Epidemiologist's vested interests.

Epidemiology faces its limits

Taubes, Gary; Mann, Charles C

Science; Jul 14, 1995; 269, 5221; Research Library

pg. 164

■ SPECIAL NEWS REPORT

Epidemiology Faces Its Limits

The search for subtle links between diet, lifestyle, or environmental factors and disease is an unending source of fear—but often yields little certainty

False-Positive Results in Cancer Epidemiology: A Plea for Epistemological Modesty

Paolo Boffetta, Joseph K. McLaughlin, Carlo La Vecchia, Robert E. Tarone, Loren Lipworth, William J. Blot

J Natl Cancer Inst 2008;100:988–995

Epidemiology, Public Health, and the Rhetoric of False Positives

Aaron Blair,¹ Rodolfo Saracci,² Paolo Vineis,^{3,4} Pierluigi Cocco,⁵ Francesco Forastiere,⁶ Philippe Grandjean,^{7,8} Manolis Kogevinas,^{9,10,11} David Kriebel,¹² Anthony McMichael,¹³ Neil Pearce,¹⁴ Miquel Porta,¹⁵ Jonathan Samet,¹⁶ Dale P. Sandler,¹⁷ Adele Seniori Costantini,¹⁸ and Harri Vainio¹⁹

Environmental Health Perspectives • VOLUME 117 | NUMBER 12 | December 2009

'Environment' in cancer causation and etiological fraction: limitations and ambiguities

Paolo Boffetta^{1,*}, Joseph K. McLaughlin², Carlo La Vecchia³, Philippe Autier¹ and Peter Boyle¹

¹International Agency for Research on Cancer, 150 cours Albert-Thomas, 69008 Lyon, France; ²International Epidemiology Institute, 20850 Rockville, MD, USA and ³Mario Negri Institute, 20157 Milan, Italy

*To whom correspondence should be addressed. Tel: +33 4 72738441; Email: boffetta@iarc.fr

ation of the frequency or level of exposure would affect the corresponding estimate of attributable risks. However, while these limitations may well leave following paragraphs the order of magnitude of a factor of three or four, they can hardly justify the prevalence data on of environment led-analyses of epidemiological studies that

Lack of correspondence between risk estimates in attributable cancer derive from epidemiological studies that

False-Positive Results in Cancer Epidemiology: A Plea for Epistemological Modesty

Paolo Boffetta, Joseph K. McLaughlin, Carlo La Vecchia, Robert E. Tarone, Loren Lipworth, William J. Blot

Epidemiology, Public Health, and the Rhetoric of False Positives

Aaron Blair,¹ Rodolfo Saracci,² Paolo Vineis,^{3,4} Pierluigi Cocco,⁵ Francesco Forastiere,⁶ Philippe Grandjean,^{7,8} Manolis Kogevinas,^{9,10,11} David Kriebel,¹² Anthony McMichael,¹³ Neil Pearce,¹⁴ Miquel Porta,¹⁵ Jonathan Samet,¹⁶ Dale P. Sandler,¹⁷ Adele Seniori Costantini,¹⁸ and Harri Vainio¹⁹

La questione dei falsi positivi

La replicazione dei risultati in studi indipendenti è il modo più convincente di controllare i risultati “dovuti al caso”.

L'individuazione di “hazards” si basa sulla riproducibilità dei risultati tra studi indipendenti (coerenza esterna nel linguaggio di Bradford Hill).

IARC evaluations volumes 1-129

Group	Definition	n (%)
1	Carcinogenic to humans	121 (12%)
2 A	Probably carcinogenic to humans	89 (8%)
2B	Possibly carcinogenic to humans	319 (31%)
3	Not classifiable as for carcinogenicity	500 (49%)
Total		129
https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/		

Estimating the proportion of false positive findings (PFP) in IARC Monographs I

Definition of PFP

- statistically significant positive finding (agent/cancer site) in one study
- and
- at least one non significant association (same agent/cancer site) in another study.

Estimating the proportion of false positive findings (PFP) in IARC Monographs II

- Frequency = PFPs /total number of associations within same mgr
- 509 agents in category 3
- 127/509 with data on humans
- 68/127 with at least one positive association
- 37/68 agents with at least 1 PFP.
- 37 agents → 162 studies with PFPs → 213 PFPs/2081 associations (10%)
- If all monographs are considered --- 213 PFPs/7075 associations (3%)
- 102/162 received formal criticism by WG

Study quality factors suspected to contribute to the generation of possibly false positive findings and number of studies criticized for each factor by IARC Working Group

Study quality factors	Number of studies criticized
Confounding	47
Exposure misclassification	23
Outcome misclassification	2
Selection bias	11
Study design	13
Multiple comparisons	10
Small study size	10

Discontent with IARC monograph processes

G Kabat (Forbes 2012) stated that *“A number of scientists with direct experience of IARC have felt compelled to dissociate themselves from the agency’s approach to evaluating carcinogenic hazards”*

No mention of:

- Names of such scientists among the approximately 1500 scientists serving on the Working Groups, Advisory Groups, Scientific Council, Governing Council since 1970.
- Any supporting document of discontent.

Is there any rational for the category 2B?

Given the general paucity of epidemiological data and the low probability that agents listed in group 2B and even in group 2A are attractive subjects for epidemiological studies, indiscriminate downgrading of the results of tests in experimental animal would result in elimination of the only indication of potential hazard for humans for a considerable number of environmental chemicals and chemical mixtures.

Tomatis L

Ann Ist Sup Sanità 2006;42:113-117

The allusion to scientists' vested interests I

JK McLaughlin, C La Vecchia, RE Tarone, L Lippworth, W Blot and P Boffetta (*) have suggested that IARC evaluations are influenced by working groups members' "careerism" and vested interests.

(*) JNCI 2010;102:134-135, IJE 2010;39:679-680

La risposta IARC ai ppresunti interessi nascosti dei membri dei gruppi di lavoro (IJE 2011:40:253)

- **La multidisciplinarietà dei Gruppi di Lavoro rettifica i rari esempi in cui gli scienziati enfatizzano le proprie ricerche.**
- **L'allusione al “carrierismo” guidato da conflitti di interesse distoglie l'attenzione dai problemi degli “esperti” finanziati da fonti industriali (spesso celati).**
- **E' implausibile pensare a una complessiva mancanza di obbiettività da parte di 1200 scienziati di oltre 50 paesi che hanno partecipato al programma monografie a partire dal 1972.**

Congress of the United States

House of Representatives

COMMITTEE ON SCIENCE, SPACE, AND TECHNOLOGY

2321 RAYBURN HOUSE OFFICE BUILDING

WASHINGTON, DC 20515-6301

(202) 225-6371
www.science.house.gov

November 1, 2017

Dr. Christopher P. Wild
Director
IARC
150 Cours Albert Thomas
69372 Lyon CEDEX, 08
France

Dear Dr. Wild:

The Committee on Science, Space, and Technology is conducting oversight of the International Agency for Research on Cancer's (IARC) Monograph Programme (IMO). According to the NIH database, since 1985, IARC received over \$48 million¹ from NIH, over \$22 million² of which went to the IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. This Committee has an interest in ensuring scientific integrity and honest stewardship of American taxpayer dollars.

Recent news media reporting has revealed troubling evidence of data deletion, manipulation, and potential conflicts of interest with Monograph 112 on glyphosate. Additionally, there seems to be a lack of transparency in the science used to justify the findings on glyphosate. In its March 2015 report, IARC categorized glyphosate as a Group 2A

Mr. Lamar Smith's letter

Besides blatant manipulations of the monograph itself, the Committee is also concerned with Christopher Portier's apparent conflict of interest in relation to the monograph. In his deposition this past September, it became evident that at the same time Portier chaired the IARC Working Group that proposed an assessment on glyphosate, he was also a private litigation consultant for two law firms.¹⁶ In his role as a consultant, he directly benefited from IARC's classification of glyphosate as a "probable" carcinogen.¹⁷ He helped prepare the case against Monsanto, the agricultural company that utilized glyphosate in its products. As a litigation consultant, Portier made at least \$160,000 for his initial preparatory work alone.¹⁸

The Committee is concerned about the scientific integrity of the IMO assessment of glyphosate and of IARC in general. With United States' taxpayer dollars funding portion of IMO, it is this Committee's duty to ensure sound science and transparency within the agency. As such, the Committee may soon hold a hearing to receive testimony from IARC on how it conducts its IMO reviews and to learn more about who is responsible for the editing of Monograph 112 on glyphosate. Please provide the Committee the names and contact information of IARC-affiliated individuals who would serve as potential witnesses for this hearing. We ask that you provide this information no later than November 8, 2017.

The Committee on Science, Space, and Technology has jurisdiction over environmental and scientific programs and "shall review and study on a continuing basis laws, programs, and Government activities" as set forth in House Rule X.

If you have any questions about this request, please contact Committee staff at 202-225-6371. Thank you for your attention to this matter.

Sincerely,



Rep. Lamar Smith
Chairman
Committee on Science,
Space, and Technology



Rep. Andy Biggs
Chairman
Subcommittee on
Environment

IARC response to criticisms of the Monographs and the glyphosate evaluation

Prepared by the IARC Director - January 2018

- ✓ IARC did not edit parts of the glyphosate Monograph to achieve a particular outcome.
- ✓ Data from the AHS were not deliberately excluded from the Monograph.
- ✓ IARC Monograph evaluations are transparent and open to scrutiny.
- ✓ IARC has a strong rationale for inclusion of only publicly available studies in evaluations.
- ✓ Working Group members who evaluated glyphosate were free from conflict of interests.
- ✓ IARC evaluates only agents that have some evidence of carcinogenicity.
- ✓ Monographs take account of “real-world” exposures by evaluation of epidemiological studies.
- ✓ Evaluations group agents according to the strength of evidence of carcinogenicity, not their potency.
- ✓ Monographs identify carcinogenic hazards and do not include a risk assessment.
- ✓ IARC evaluations make use of the latest scientific data and methodologies.

Austin Bradford Hill 1965

“OGNI LAVORO SCIENTIFICO – SIA OSSERVAZIONALE, SIA SPERIMENTALE –E’ INCOMPLETO.

OGNI LAVORO SCIENTIFICO È SUSCETTIBILE AD ESSERE ALTERATO O MODIFICATO DAL PROGRESSO DELLE CONOSCENZE. QUESTO NON CI ATTRIBUISCE LA LIBERTA’ DI IGNORARE LE CONOSCENZE BIA’ IN NOSTRO POSSESSO, O DI RITARDARE L’AZIONE CHE ESSE SEMBRANO SOLLECITARE IN UN DATO MOMENTO. “

Esito della richiesta dalla dott. Fraud di entrare nel Comitato Editoriale

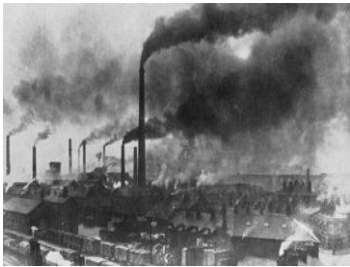
Riviste	Accettata	Rifiutata	Senza risposta	Totale
Predatory	40	15	55	120
DOAJ	8	46	66	120
JCR	0	48	72	120

Sorokowski P et al
Nature 2017;543:481-483

**Civitanova Marche, 26
ottobre 2021**



Epidemiologia, partecipazione e prevenzione



«Partecipazione
ed equità nella
valutazione e
nell'affrontamento
dei rischi
occupazionali da
stress con
particolare riguardo
a quelli da
precarietà ed
isolamento»

***Maria Pia
Cancellieri***

I RISCHI PSICOSOCIALI e IL DISAGIO AL LAVORO

“ ASPETTI DI PROGETTAZIONE, ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL LAVORO, ED I LORO CONTESTI AMBIENTALI E SOCIALI, CHE POTENZIALMENTE POSSONO DAR LUOGO A DANNI DI NATURA PSICOLOGICA, SOCIALE O FISICA”.



RISCHI PSICOSOCIALI



**ACCORDO QUADRO
EUROPEO SULLO STRESS
SUL LAVORO (8/10/2004)**

**ACCORDO
INTERCONFEDERALE DI
RECEPIMENTO
09/06/2008**

**ACCORDO QUADRO
EUROPEO SULLE MOLESTIE E
LA VIOLENZA NEL LUOGO DI
LAVORO**


(8/11/2007)

Raccomandazione
n.8/2007 Ministero Salute
Confindustria e CGIL ,
CISL e UIL 25/01/2016
ILO 2019


Percorso Rischi psicosociali

- I rischi psicosociali
- Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007
- Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019
- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari ministero della salute 2007
- Malattie psichiche e psicosomatiche correlabili

GLI ACCORDI CON I PARTNERS EUROPEI



**ACCORDO QUADRO EUROPEO SULLO
STRESS LAVORO
(8/10/2004)**



**ACCORDO QUADRO EUROPEO SULLE
MOLESTIE E LA VIOLENZA NEL LUOGO DI
LAVORO (8/11/2007)**

**RIGUARDANO OGNI AZIENDA ED OGNI TIPOLOGIA DI LAVORATORE
ORIENTANO ALLA AUTOGESTIONE DELLA VALUTAZIONE E DELLE SOLUZIONI
PREVEDONO LA SENSIBILIZZAZIONE E RESPONSABILIZZAZIONE DELLA DIREZIONE**



Valutazione collettiva



Intervento collettivo e individuale

***“dall’organizzazione del lavoro
alla persona”***

AZIENDALE



Valutazione individuale



Intervento individuale e collettivo

***“dalla persona all’organizzazione del
lavoro”***

Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro 2018

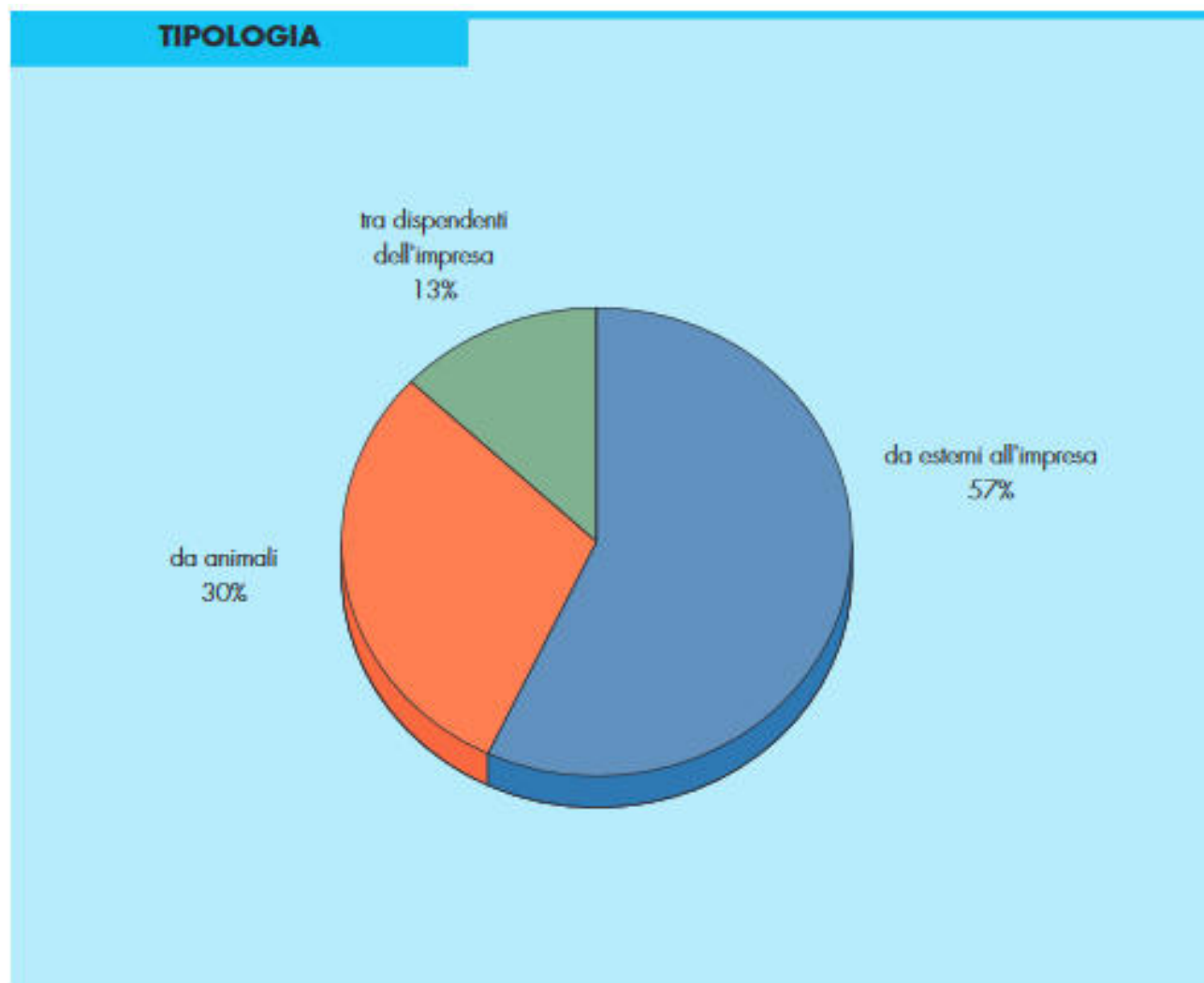
8 milioni 816mila le donne che nel corso della vita hanno subito qualche forma di molestia sessuale e stima che siano **3 milioni 118mila le donne (15,4%)** che le hanno subite negli ultimi tre anni.

3 milioni 754mila uomini le abbiano subite nel corso della loro vita , **1 milione 274 mila** negli ultimi tre anni

il **60%** di questo tipo di molestie sono perpetrate da estranei o da persone che si conoscono solo di vista

DATI INAIL NOVEMBRE 2018

Gli infortuni in occasione di lavoro, accertati positivamente dall'Inail e codificati come aggressioni sono circa **8mila** l'anno.



TAV. 2: VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA
(VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE: CODICI 82, 83,
84) - INFORTUNI IN OCCASIONE DI LAVORO
ACCERTATI POSITIVAMENTE PER TIPOLOGIA -
ANNI 2013-2016

**VIOLENZA, AGGRESSIONE, MINACCIA (VAR. ESAW/3 DEVIAZIONE: CODICI 82, 83, 84) - INFORTUNI
IN OCCASIONE DI LAVORO ACCERTATI POSITIVAMENTE PER PROFESSIONE E GENERE**

Professione (codifica Istat-CP2011), le principali	Composizione %		
	Femmine	Maschi	Totale
Specialisti, tecnici della salute e servizi sanitari e sociali e assistenza personale (medici, infermieri, portantini, badanti, ecc.)	42,7%	11,4%	23,7%
Agricoltori e operai specializzati dell'agricoltura, della zootecnia, della pesca e della caccia	6,7%	17,6%	13,3%
Professioni qualificate nei servizi di sicurezza, vigilanza e custodia (vigili, guardie giurate)	4,1%	16,2%	11,4%
Conducenti di veicoli, di macchinari (autisti di autobus, taxi, treni ...)	1,0%	10,0%	6,5%
Specialisti e personale non qualificato della formazione (docenti, professori, bidelli...)	11,8%	1,3%	5,4%
Impiegati addetti al controllo-raccolta/recapito della documentazione (controllori, postini)	5,0%	3,8%	4,3%
Impiegati addetti ai movimenti di denaro (es. banche, poste, biglietterie) e all'assistenza clienti	4,0%	2,9%	3,3%
...
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Archivi Banca dati statistica al 30/04/2018 - Anni accadimento 2013-2016

Le **MOLESTIE** avvengono quando uno o più lavoratori o dirigenti sono ripetutamente e deliberatamente maltrattati, minacciati e/o umiliati in circostanze connesse al lavoro.

La **VIOLENZA** interviene quando uno o più lavoratori o dirigenti sono aggrediti in circostanze connesse al lavoro.

MOLESTIE E VIOLENZA

Possono essere **di natura fisica, psicologica e/o sessuale** costituire episodi isolati o comportamenti più sistematici avvenire tra colleghi, tra superiori e subordinati o da parte di terzi, come ad esempio, clienti, pazienti, studenti etc.

Modifiche imposte all'organizzazione del lavoro nelle fasi COVID

Protocollo di sicurezza aziendale anticontagio **COVID-19**



Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19

L'AZIENDA può aver vissuto

- interruzione di attività (chiusura totale, parziale, riapertura in fasi diverse totale o parziale o fermo attuale)
- rimodulazione dei livelli produttivi (attivazione di alcune linee di prodotto o attività o SW)
- cambio della turnazione e creazione di gruppi autonomi e distinti (diversi da prima)
- orari differenziati riducendo il numero di presenze in contemporanea nel luogo di lavoro e prevenendo assembramenti all'entrata e all'uscita con flessibilità di orari (scaglionamenti entrata/uscita)
- annullamento di tutte le trasferte/viaggi di lavoro nazionali e internazionali (perdita lavoro, commerciali fermi...)
- rimodulazione degli spazi di lavoro, compatibilmente con la natura dei processi produttivi e degli spazi aziendali (es. posizionati in spazi ricavati da uffici inutilizzati, sale riunioni...)
- revisione aree promiscue (mense, zone ristoro, aree di lavoro, uffici, spogliatoi)
- regolamentazione ingresso fornitori e clienti

L'AZIENDA ha dovuto confrontarsi anche con

- crisi o sovrabbondanza di richieste (sanità, grande distribuzione,trasportatori..)
- assenze prolungate dei lavoratori (malattia e quarantena, permessi 14 gg)
- attivazione inedita della Cassa Integrazione (completa o parziale) per tutti i lavoratori o gruppi
- blocco dei licenziamenti
- sorveglianza sanitaria eccezionale - Medico Competente

Azienda e lavoratori hanno dovuto affrontare

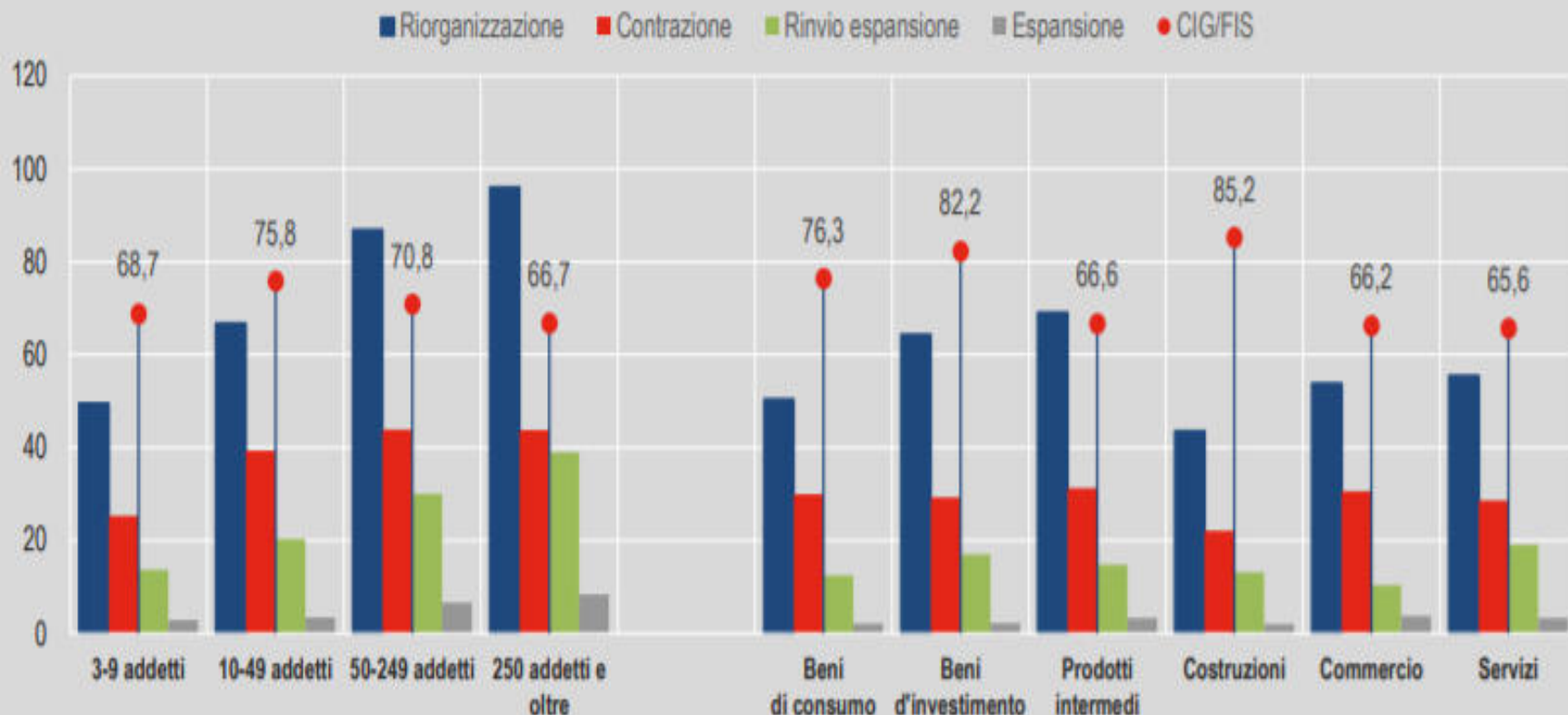
- L'applicazione di regole nuove e in continuo cambiamento
- La paura del contagio per se, colleghi e famiglia
- La solitudine
- Un lavoro nuovo o con modalità differenti o con strumenti differenti (cambio attività, procedure, colleghi, orari, sede, strumenti ...)
- Il rientro al lavoro dopo covid o quarantena o malattia
- L'impatto su pregressi problemi di salute
- Una diversa conciliazione tra salute e lavoro



Cambiamento Organizzativo

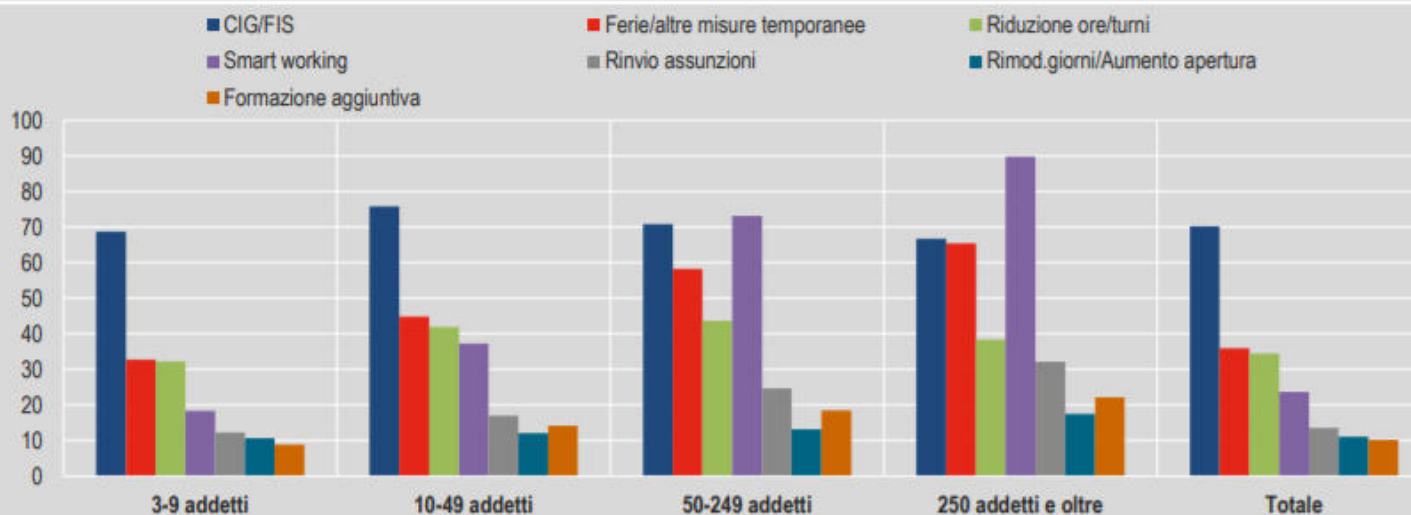
FIGURA 11. TIPOLOGIA DI STRATEGIA OCCUPAZIONALE, PER CLASSE DI ADDETTI E MACROSETTORE.

Imprese che hanno adottato almeno una strategia; valori percentuali



Dimensione del cambiamento

FIGURA 8. PRINCIPALI MISURE DI GESTIONE DEL PERSONALE ADOTTATE DALLE IMPRESE, PER CLASSE DI ADDETTI. Anno 2020. Valori in percentuale delle imprese che hanno adottato almeno una misura.



SITUAZIONE E PROSPETTIVE DELLE IMPRESE NELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19,
Report ISTAT 15 giugno 2020c

Tutto questo come incide sulla salute delle organizzazioni e delle persone al lavoro?

La richiesta di adattamento è stata ed è continua
L'incertezza è stata protratta e non è terminata

non si può immaginare che ci sia un livello basso di stress

- **D.Lgs 81/08** Prevede la valutazione del rischio stress lavoro correlato secondo l'accordo quadro europeo e le indicazioni della commissione consultiva permanente : **periodicamente, ad ogni cambiamento organizzativo, nel caso di evidenza di nuovi e sopraggiunti**

eventi sentinella..... ?????

Organizzazione del lavoro

La ri-valutazione del rischio stress lavoro correlato (D.Lgs 81/08) in fase di cambiamento ha senso? È fattibile?
consente di individuare misure di prevenzione efficaci?

1. VALUTAZIONE PRELIMINARE (necessaria)

Consiste nella valutazione oggettiva, complessiva e parametrica di eventi sentinella, contenuto e contesto del lavoro.

Tutte le aziende devono fare la valutazione preliminare

2. VALUTAZIONE APPROFONDITA (eventuale)

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.

Tutti i luoghi di lavoro



**Valutazione
preliminare**

**No
rischio
stress**



STOP

**Verifica
periodica**

Rischio stress



**Azioni
correttive**

Efficaci



STOP

**Verifica
periodica**

Non efficaci



**Valutazione approfondita
Azioni correttive
Verifica periodica**

PROCEDIAMO CON UN PICCOLO RIPASSO.....



PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

Perché una valutazione in due fasi ?



PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

1. Valutazione preliminare

Identificazione di tutti i rischi che superano una soglia di azione tale da richiedere l'adozione di specifiche misure di prevenzione

PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

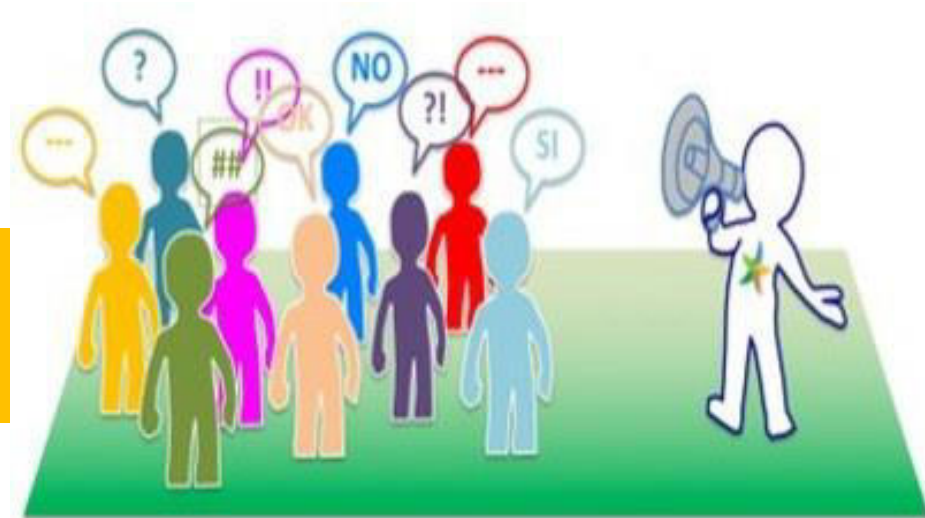
1. Valutazione preliminare
- 2. Valutazione approfondita**

Valutazione quali-quantitativa dei rischi
finalizzata a definire le misure di prevenzione
da attuare e verificarne l'efficacia

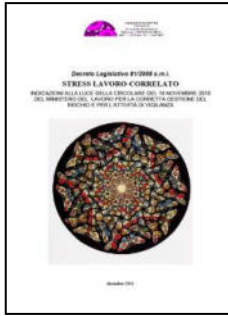
Il percorso di valutazione

- ***Fase 1: Preparazione dell'organizzazione***
- costituzione del team di valutazione;
- scelta dello strumento di valutazione;
- formazione dei valutatori sul metodo scelto, se necessaria;
- definizione delle modalità con cui sentire i lavoratori o gli RLS\RLST, in relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto.

Su tali aspetti devono essere consultati gli RLS, ai sensi dell'art.50 comma 1 lett. b del D. Lgs 81/08.



La partecipazione dei lavoratori



I rischi collegati allo stress lavoro-correlato sono riconducibili a due ambiti interagenti tra loro: le potenzialità stressogene del lavoro e le percezioni dei lavoratori delle proprie capacità di adattamento al lavoro.

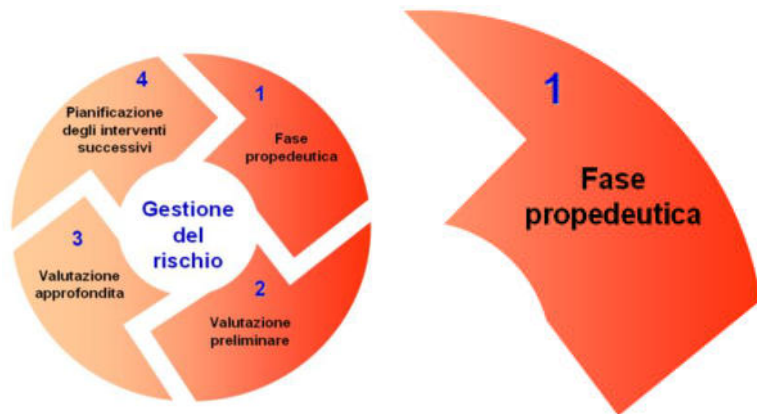
- 1 – **Consultazione** degli RLS nella fase di **pianificazione** della valutazione
- 2 – Coinvolgimento dei lavoratori / RLS nella **compilazione** delle check list in relazione ai fattori di contesto e di contenuto (valutazione preliminare)
- 3 – Nella fase di **valutazione approfondita** gli strumenti adottati (questionari, focus group, interviste semistrutturate) garantiscono di per sé la partecipazione dei lavoratori

La nuova proposta INAIL (ex- ISPESL)

Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato

Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.





PREPARAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

1) Costituzione del Gruppo di Gestione della Valutazione:

(Datore di Lavoro o dirigente ad hoc delegato dal datore di lavoro, RLS/RLST, RSPP, ASPP e MC) Ha l'obiettivo di programmare e coordinare lo svolgimento dell'intero processo valutativo.

2) Sviluppo di una strategia comunicativa e di coinvolgimento del personale

3) Identificazione delle partizioni o gruppi omogenei

4) Sviluppo del piano di valutazione del rischio

Il percorso di valutazione



- *Fase 1: Preparazione dell'organizzazione*
- *Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative*

Nelle aziende a maggiore complessità organizzativa è opportuno condurre la valutazione **non considerando l'azienda nella sua interezza**, ma analizzando i dati per partizioni organizzative o per gruppi omogenei di lavoratori.

Nelle aziende **oltre i 30 addetti**, secondo criteri che tengono conto delle mansioni, delle attività (sedi, strutture, reparti); di situazioni a rischio noto (es. call center), della tipologia contrattuale.



Il percorso di valutazione

- *Fase 1: Preparazione dell'organizzazione*
- *Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative*

Il criterio di omogeneità da rispettare è quello relativo alla **natura del problema da analizzare**. In alcuni casi potrà riguardare una caratteristica della mansione lavorativa (es. operatori di sportello al pubblico), in altri l'omogeneità rispetto al soggetto da cui dipende l'organizzazione del lavoro (una struttura che fa capo ad una figura dirigenziale).



Non è generalmente opportuno considerare nello stesso gruppo omogeneo gruppi di lavoratori che operano in unità locali della stessa azienda situate in **sedi di lavoro differenti**, a meno che questa scelta non sia supportata da un criterio giustificativo dell'omogeneità dell'esposizione.



Il percorso di valutazione

- ***Fase 1: Preparazione dell'organizzazione***
- ***Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative***
- ***Fase 3: Valutazione del rischio***
- ***Valutazione preliminare***
 - *Pianificazione e attuazione degli interventi correttivi (preliminare)*
 - *Verifica dell'efficacia degli interventi attuati*
- ***Valutazione approfondita***





Rilevazione indicatori oggettivi e verificabili e ove possibile numericamente apprezzabili

LISTA DI CONTROLLO



La Lista di Controllo consente di rilevare i seguenti parametri:

I – EVENTI SENTINELLA (10 indicatori)	II- AREA CONTENUTO DEL LAVORO (4 aree di indicatori)	III- AREA CONTESTO DEL LAVORO (6 aree di indicatori)
Infortunati	Ambiente di lavoro ed attrezzature di lavoro	Funzione e cultura organizzativa
Assenza per malattia		
Assenze dal lavoro	Pianificazione dei compiti	Ruolo nell'ambito dell'organizzazione
Ferie non godute		
Rotazione del personale	Carico di lavoro – ritmo di lavoro	Evoluzione della carriera
Turnover	Orario di lavoro	Autonomia decisionale – controllo del lavoro
Procedimenti/ Sanzioni disciplinari		
Richieste visite straordinarie		Rapporti interpersonali sul lavoro
Segnalazioni stress lavoro-correlato		Interfaccia casa lavoro – conciliazione vita/lavoro
Istanze giudiziarie		

APPENDICE 1
Lista di controllo per la valutazione preliminare

Il Gruppo di Gestione della valutazione può compilare una scheda unica per l'azienda oppure, per livelli di complessità organizzativa più elevata, più liste, una per ogni gruppo omogeneo di attività organizzativa.

Lo spazio riservato alle "NOTE" deve essere utilizzato per documentare, per quanto possibile, tutto ciò che viene documentato in positivo (SI) o in negativo (NO).

ISTRUZIONI

A. Si segna con la X la risposta e si riporta il valore della risposta nella casella PUNTEGGIO.

Esempio

N°	INDICATORE (S)	Sì/No	Autonomia	PUNTEGGIO	NOTE
1	...	S	X	1	

B. Si segna con la X la risposta e si riporta il valore della risposta in PUNTEGGIO FINALE.

Fare attenzione al punteggio indicato nella casella contrassegnata.

Nell'esempio sotto riportato la risposta NO al primo indicatore assegna il punteggio 1 mentre la risposta NO al terzo indicatore assegna il punteggio 0.

Esempio

N°	INDICATORE	SI	NO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE
1	...	0	1	1	
2	...	1	0	1	
3	...	1	0	0	
TOTALE PUNTEGGIO				2	

Nella casella TOTALE PUNTEGGIO si deve inserire la somma dei punteggi totali di ogni indicatore.

DATA COMPILAZIONE: _____
 REVISIONE: _____
 MANIPOLAZIONE: _____

29

Tabella dei livelli di rischio

1) RISCHIO NON RILEVANTE ≤ 25%

2) RISCHIO MEDIO >25% o ≤ 50%

3) RISCHIO ALTO >50%

Coinvolgimento dei lavoratori

In relazione alla valutazione dei fattori di contesto e di contenuto **occorre sentire i lavoratori e/o i RLS/RLST**. Nelle aziende di maggiori dimensioni è possibile sentire un campione rappresentativo di lavoratori.

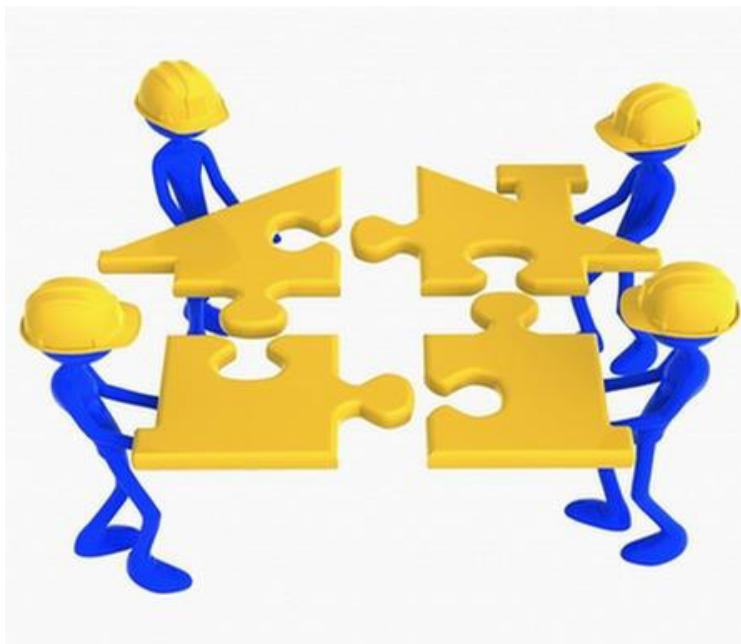
La scelta delle modalità tramite cui sentire i lavoratori è rimessa al datore di lavoro anche in relazione alla metodologia di valutazione adottata.



Coinvolgimento dei lavoratori

Deve essere assicurato il coinvolgimento dei lavoratori ai fini della corretta interpretazione delle caratteristiche del lavoro e dell'individuazione dei fattori potenzialmente stressanti.

Questo contributo dei lavoratori nella fase di rilevazione degli indicatori oggettivi è cosa diversa dalla rilevazione della percezione soggettiva dei medesimi elementi e il disagio ed il malessere che ne possono derivare.



Coinvolgimento dei lavoratori

Quando la modalità con cui sentire i lavoratori scelta dal datore di lavoro può considerarsi corretta ?

- **i lavoratori sono effettivamente rappresentativi dei gruppi omogenei** (conoscono la realtà aziendale che viene valutata...)
- **la valutazione tiene adeguatamente conto dell'opinione dei lavoratori** (fase in cui sono sentiti, rapporto numerico all'interno del team, adeguata giustificazione in caso di conclusioni in disaccordo...)



Il percorso di valutazione

- *Fase 1: Preparazione dell'organizzazione*
- *Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative*
- *Fase 3: Valutazione del rischio*
- ***Fase 4: Pianificazione e attuazione degli interventi correttivi***

La misure di prevenzione devono essere individuate con la partecipazione degli RLS e/o dei lavoratori, ai sensi dell'Accordo Quadro Europeo del 2004 e dell'art. 50 comma 1 del D. Lgs 81/08 ed essere pianificata attraverso azioni concrete e verificabili nel tempo.

Anziché valutare fattori di stress lavoro correlato analizziamo i fattori di accompagnamento al cambiamento

Se una azienda tiene conto di questi fattori si può
supporre che stia guidando, in una prospettiva di
adattamento consapevole, il proprio cambiamento
con attenzione alla salute e sicurezza dei
collaboratori.

Può essere utile per accompagnare una fase di
cambiamento

O

verificare come sia stato effettuato

Valutazione del rischio : 2° fase valutazione approfondita

Valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori

- **questionari standardizzati**
- **focus group**
- **interviste semi-strutturate**



Si valutano gli stessi elementi della 1° fase

Solo nei gruppi omogenei dove sono state rilevate le problematiche.

Nelle aziende di maggiori dimensioni si può fare a campione.

Criteri e cautele consigliati nella somministrazione di interviste/questionari

Assicurare interventi precedenti di informazione

Questionari di documentata validità

Gli strumenti devono valutare non la personalità ma:

- **il livello di 'domanda/carico' percepito**
- **il livello di risorse fruibili nel contesto lavorativo**
- **le condizioni di benessere/malessere psicologico**

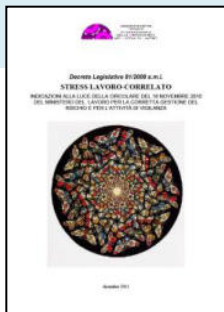
Si valutano gli stessi elementi della 1° fase

Solo nei gruppi omogenei dove sono state rilevate le problematiche.

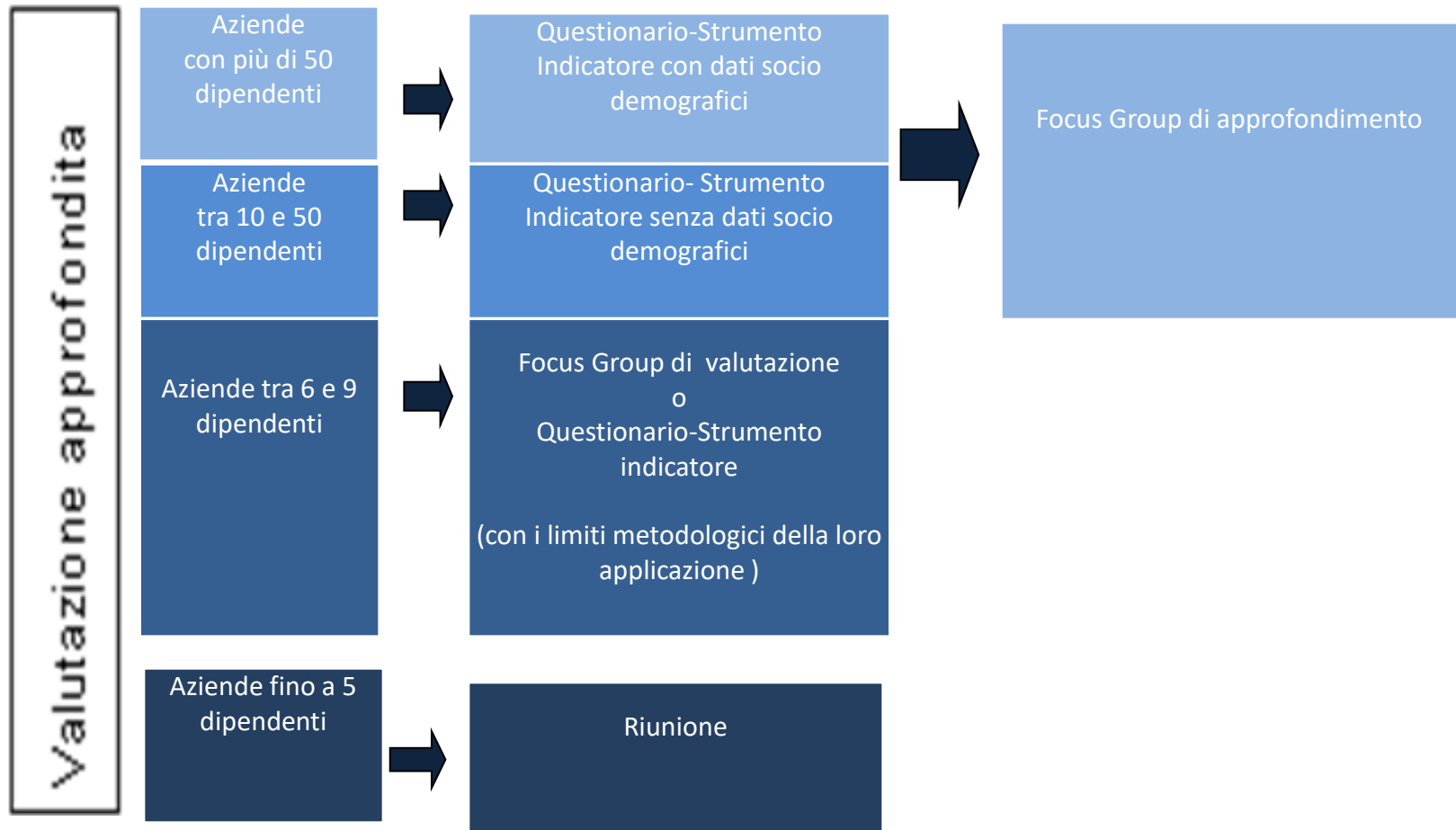
Nelle aziende di maggiori dimensioni si può fare a campione

Il documento delle Regioni indica le circostanze in cui la valutazione approfondita risulta opportuna, anche se non obbligatoria:

- ☐ quando vi è incertezza sul livello di rischio da attribuire nella valutazione preliminare
- ☐ in caso di forte disaccordo all'interno del team di valutazione
- ☐ quando vi è incertezza nella verifica dell'efficacia delle misure correttive adottate.



VALUTAZIONE APPROFONDATA



Il percorso di valutazione

- ***Fase 1: Preparazione dell'organizzazione***
- ***Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative***
- ***Fase 3: Valutazione del rischio***
- ***Fase 4: Pianificazione e attuazione degli interventi correttivi***
- ***Fase 5 Formalizzazione nel DVR e piani di gestione***



Il percorso di valutazione

- ***Fase 1: Preparazione dell'organizzazione***
- ***Fase 2: Individuazione dei gruppi omogenei e/o delle partizioni organizzative***
- ***Fase 3: Valutazione del rischio***
- ***Fase 4: Pianificazione e attuazione degli interventi correttivi***
- ***Fase 5 Formalizzazione nel DVR e piani di gestione***
- ***Fase 6: Monitoraggio Verifica e aggiornamento della valutazione***

Il percorso di valutazione



- **Fase 6: Monitoraggio Verifica e aggiornamento della valutazione**

La valutazione deve essere **ripetuta periodicamente** (indicativamente ogni 2 anni) riutilizzando lo strumento per la valutazione preliminare e dovrà essere ripetuta tempestivamente nei **casi previsti dall'art. 29 comma 3 del D.Lgs. 81/08** (in particolare per il rischio specifico, in caso di significativi cambiamenti dell'assetto organizzativo dell'azienda o in relazione a segnalazioni del medico competente)




Casi
individuali.... ?

La gestione dei casi individuali

- Il problema è riferibile in prevalenza a condizioni lavorative di stress lavoro-correlato ?
 - **Rivedere la VR**
- Il problema è riferibile in prevalenza a condizioni proprie del lavoratore ?
 - **Provvedimenti individuali nel giudizio di idoneità**
- E' un problema di violenze, molestie, mobbing ?
 - **?**

Valutazione rischio stress lavoro correlato all'epoca del Covid (D.Lgs 81/08)

- 
- **Eventi sentinella** : indici infortunistici; assenze per malattia; turnover; procedimenti e sanzioni e segnalazioni del medico competente; specifiche e frequenti lamentele formalizzate da parte dei lavoratori.
 - *Fattori di contenuto del lavoro quali ad esempio: ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orario di lavoro e turni; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti.*
 - **Fattori di contesto del lavoro quali ad esempio:** ruolo nell'ambito dell'organizzazione, autonomia decisionale e controllo; conflitti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione (es. incertezza in ordine alle prestazioni richieste).

**Tutti fattori coinvolti e tutti in
cambiamento**

Vengono di seguito presentati gli indicatori "oggettivi" dei quali tener conto nella valutazione del cambiamento dei processi produttivi.

DIMENSIONE DEL CAMBIAMENTO AZIENDALE

				NOTE
L'azienda ha dovuto sospendere l'attività?	Sì	Parzialmente	NO	<p>Parzialmente: sono state sospese le attività non essenziali oppure sono state sospese le attività produttive mentre le altre sono proseguite in modalità smart working.</p> <p>Verificare se è presente un Piano di Continuità aziendale sviluppato prima o durante l'emergenza COVID-19. (Per verificare il Piano di Continuità aziendale COVID-19 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---act_emp/documents/publication/wcms_740375.pdf)</p>
L'azienda ha ripreso l'attività con la fase 2 (4 maggio 2020)	Sì	Parzialmente	NO	<p>Parzialmente: si sono riprese soltanto alcune attività, indicare quali e il motivo</p> <p>Verificare se è presente un Piano di Continuità aziendale sviluppato prima o durante l'emergenza COVID-19. (Per verificare il Piano di Continuità aziendale COVID-19 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---act_emp/documents/publication/wcms_740375.pdf)</p>
L'azienda ha ripreso l'attività con la fase 2BIS (18 maggio 2020)	Sì	Parzialmente	NO	<p>Parzialmente: si sono riprese soltanto alcune attività, indicare quali e il motivo</p> <p>Verificare se è presente un Piano di Continuità aziendale sviluppato prima o durante l'emergenza COVID-19. (Per verificare il Piano di Continuità aziendale COVID-19 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---act_emp/documents/publication/wcms_740375.pdf)</p>

Numero di lavoratori a giugno 2019	Con contratto a tempo indeterminato	Con contratto a tempo determinato (tutte le tipologie)
Numero di lavoratori a dicembre 2019	Con contratto a tempo indeterminato	Con contratto a tempo determinato (tutte le tipologie)
Numero di lavoratori a giugno 2020	Con contratto a tempo indeterminato	Con contratto a tempo determinato (tutte le tipologie)
Numero di lavoratori a dicembre 2020	Con contratto a tempo indeterminato	Con contratto a tempo determinato (tutte le tipologie)
NOTE		
Verificare se c'è stata una diminuzione del numero dei lavoratori, in modo particolare dei lavoratori a tempo determinato. Nel caso l'azienda avesse utilizzato la CIG verificare se al termine della CIG c'è stato un aumento dei lavoratori a tempo determinato. Verificare se la diminuzione del numero dei lavoratori ha determinato un aumento dei carichi di lavoro.		

% di lavoratori in CIG nel 2019	% di lavoratori in CIG a giugno 2020	% di lavoratori in CIG oggi
NOTE		
Se la CIG è ancora in essere verificare il motivo di tale situazione ed indicare mese/anno di riferimento (CIG oggi).		

% di lavoratori ex L. n. 104/1992 (3 gg/mese)	% di lavoratori con Estensione permessi ex L. n. 104/1992 (15gg/mese)	% di lavoratori con congedo parentale (15 gg)
NOTE		

Verificare l'indicatore lavoro straordinario nella sezione "Modifiche salariali". L'aumento della % dei lavoratori con estensione dei permessi o in congedo parentale potrebbe aver determinato la necessità di un aumento del lavoro straordinario per compensare i carichi di lavoro

			NOTE
% di lavoratori in SMART WORKING nel 2019			Verificare le modalità organizzative con cui è stato attivato
% di lavoratori in SMART WORKING a giugno 2020			Nel caso ci fosse un sostanziale aumento di lavoratori in Smart Working rispetto al 2019, verificare se si è trattato di Smart Working o di telelavoro. Verificare le modalità organizzative con cui è stato attivato
% di lavoratori in SMART WORKING a dicembre 2020			
Numero lavoratori COVID POSITIVI			Verificare se l'azienda ha adottato un piano di supporto per il lavoratore. Indicare se la presenza di COVID positivi ha avuto ripercussioni aziendali (chiusura reparto, sospensione attività...)
Numero lavoratori COVID + rientrati al lavoro			Verificare se la COVID-19 ha determinato un cambio dell'idoneità del lavoratore
Numero lavoratori in quarantena			
Numero lavoratori in quarantena rientrati al lavoro			
Numero di lavoratori "fragili"			Verificare le modalità di gestione dei lavoratori "fragili"
Effettuazione test sierologico in azienda	SÌ	NO	Verificare la fase di comunicazione ex-ante all'indagine, verificare come sono stati comunicati i risultati e come l'indagine ha influito sulla percezione del rischio Covid-19 in azienda

MODIFICHE SALARIALI

Numero Ore di straordinario complessive primi 6 mesi 2019 compilare se non è stata interrotta attività	Numero lavoratori con ore straordinarie	NOTE
Numero Ore di straordinario complessive primi 6 mesi 2020/lavoratori	Numero lavoratori con ore straordinarie	NOTE
		Un aumento del numero delle ore di straordinario rispetto all'anno precedente potrebbe aver determinato un aumento dei carichi di lavoro; verificare se nello stesso semestre c'è stato un aumento degli infortuni, mancati infortuni, non conformità produttive

n. persone che hanno percepito Bonus/incentivi legati a produzione/obiettivi/ruoli nel 2019	n. persone che hanno percepito Bonus/incentivi legati a produzione/obiettivi/ruoli nel 2020	n. persone che hanno percepito incentivi/bonus in relazione all'attivazione Smart Working
NOTE		
Verificare se nel 2020 l'azienda ha adottato politiche di welfare aziendale o incentivazione salariale per far fronte all'emergenza Covid-19. Se sì indicare le politiche messe in campo.		

Accompagnamento al cambiamento organizzativo

Fattori di valutazione del cambiamento

Procedure di cambiamento

- Piano/strategia di comunicazione
- Condivisione delle informazioni
- Distribuzione dei cambiamenti (aree e criteri)
- Formazione - addestramento

Lo Strumento guida nell'analisi dei dati che descrivono le procedure adottate per guidare il cambiamento organizzativo

Le Procedure del cambiamento:
individuano i piani di comunicazione e criteri adottati per l'individuazione del personale coinvolto nelle modifiche di compiti/modalità/sedi di lavoro.

TIPOLOGIA DI MODIFICHE ORGANIZZATIVE

				NOTE
Adozione del Protocollo COVID-lavoro del 14.03.20 e modificato il 24.04.20 o Protocollo specifico di settore	Completa	Parziale	Assente	Verificare se è stata istituita l'unità di crisi, il ruolo del/i RLS e del Medico Competente. Verificare la percezione dei lavoratori attraverso strumenti quali "Survey" o "Safety Walk Around"
Adozione linee guida post-covid del comparto di appartenenza	Completa	Parziale	Assente	Indicare il documento di riferimento
Cambiamento organigramma e/o funzionigramma	Completo	Parziale	Assente	Nel caso di cambiamenti di ruoli e/o funzioni, verificare se i lavoratori sono stati formati o se la scelta è stata fatta a seguito di una valutazione delle competenze
Introduzione modifiche orario di lavoro (scaglionamenti ingresso/uscita, apertura parziale azienda, interruzione turni...)	Completi	Parziali	Assenti	Analizzare se le modifiche dell'orario del lavoro possono aver influito negativamente sui lavoratori e verificare se tali modifiche sono ancora in essere
% lavoratori che hanno avuto almeno 1 modifica orario di lavoro				Indicare mansioni o reparti che hanno avuto una modifica dell'orario di lavoro.
Introduzione modifiche di reparto/attività/sede	Sì	NO	Specificare le tipologie delle modifiche	
% lavoratori che hanno avuto almeno 1 modifica di reparto				
% lavoratori che hanno avuto almeno 1 modifica di attività				
% lavoratori che hanno avuto almeno 1 modifica di sede				
% lavoratori che sono stati formati/addestrati in relazione alle modifiche lavorative				

PIANO / STRATEGIA DI COMUNICAZIONE

			NOTE
Comunicazione ai lavoratori in relazione ai cambiamenti introdotti (riunioni, incontri, e-mail, telefoniche, bacheca, sito aziendale)	Sì	NO	Verificare i flussi informativi aziendali, eventuali difficoltà nella comunicazione. Verificare il coinvolgimento dei lavoratori e le modalità adottate.
Comunicazione ai lavoratori sulla tutela della salute in relazione al COVID	Sì	NO	Verificare i flussi informativi aziendali in materiale di salute e sicurezza, il coinvolgimento del RSPP, RLS, Medico Competente e Preposti.
È stato indicato un referente interno per la gestione della fase di cambiamento	Sì	NO	Verificare la presenza di un referente interno o la presenza di più referenti specifici di settore/reparto. Verificare la formazione del/i referente/i.
È stato indicato un referente per la gestione del disagio psicologico dei lavoratori	Sì	NO	Se è stato identificato, indicare se interno o esterno. Le modalità operative per la gestione del disagio psicologico. Eventuale relazione su accessi e problematiche rilevate.
È stata attivata una procedura per l'accompagnamento dei lavoratori allo smart working?	Sì	NO	

Accompagnamento al cambiamento organizzativo

Fattori di valutazione del cambiamento

Legittimità del cambiamento

- Coerenza tra procedure intraprese e cambiamento organizzativo (fase iniziale)
- Coerenza tra interventi, loro valutazione e necessità della produzione (a regime)

LEGITTIMITÀ DEI CAMBIAMENTI

				NOTE
Sono stati adottati criteri trasparenti per la gestione dei cambiamenti	Completamente	Parzialmente	Per nulla	Individuare e specificare i criteri adottati
I criteri sono stati comunicati a tutti i lavoratori (anche tramite i loro rappresentanti)	Tutti	Alcuni	Nessuno	Nel caso in cui non siano stati comunicati a tutti, verificare la causa
I cambiamenti coinvolgono tutti i lavoratori	Sì		NO	
Ci sono aree aziendali che non hanno subito cambiamenti	Sì		NO	
Ci sono profili professionali che non hanno subito cambiamenti	Sì		NO	
% di lavoratori che ha subito un cambiamento sul totale				Mansioni/attività, strumenti, turni, orari, spazi...
Sono stati forniti strumenti ai lavoratori in SMART WORKING?	Sì		NO	Rete, pc, programmi, telefono...
Sono stati forniti strumenti ai lavoratori in SMART WORKING?	Sì		NO	Formazione, supporto informatico, referente interno
% diminuzione di produttività (confronto 1 semestre 2019-2020)				In caso di diminuzione della produttività indagare le cause
N di proteste formalizzate da parte dei lavoratori e/o loro rappresentanti				
Percezione di coerenza tra procedure, necessità organizzative/produttive e protezione dello stato di salute.	Report di analisi effettuata con gli strumenti di rilevazione			

Anziché valutare gli eventi sentinella dello stress lavoro correlato analizziamo l'impatto sulla salute organizzativa e individuale

Se una azienda evidenzia criticità può essere dovuto a:

- la carenza nella funzioni di accompagnamento
- la presenza di condizioni singole critiche
- ulteriori fattori soggettivi collettivi

Si può quindi approfondire con l'analisi degli EFFETTI PSICOSOCIALI per comprendere i fattori che stanno ostacolando il processo di cambiamento ed attivare le azioni di miglioramento adatte al gruppo di lavoratori interessati o all'intera organizzazione.

• Effetti del cambiamento organizzativo

Sulla salute organizzativa

Breve termine

- Assenteismo
- Presenteismo
- Peggioramento Clima organizzativo (litigi, oppositività, aumento delle vertenze, segnalazione di violenze)
- Effetti sulla reputazione

Lungo termine

- Tassi di malattia a lungo termine per dipendenti e collaboratori non più dipendenti
- Ridotta produttività
- Ridotta qualità del prodotto
- Turn over

Gli INDICATORI sono sovrapponibili per buona parte agli «Eventi Sentinella» stress lavoro correlato della Lista di Controllo (INAIL 2017) adattati :

- *Confronto anni precedenti con 2020 diviso in 2 semestri*
- *Eliminati : ferie non godute
: trasferimenti interni richiesti dal personale
: rotazione del personale (usciti/entrati dall'azienda)*

INDICI INFORTUNISTICI

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° infortuni sul lavoro				
N° di lavoratori				
% indici infortunistici	$(n^{\circ} \text{ infortuni} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ infortuni} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$[(n^{\circ} \text{ infortuni} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$	$[(n^{\circ} \text{ infortuni} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

INDICI DI FREQUENZA INFORTUNI

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° infortuni sul lavoro				
N° di ore lavorate				
Indice frequenza infortuni	$(n^{\circ} \text{ infortuni} * 1.000.000 / n^{\circ} \text{ ore lavorate})$	$(n^{\circ} \text{ infortuni} * 1.000.000 / n^{\circ} \text{ ore lavorate})$	$(n^{\circ} \text{ infortuni} * 1.000.000 / n^{\circ} \text{ ore lavorate})$	$(n^{\circ} \text{ infortuni} * 1.000.000 / n^{\circ} \text{ ore lavorate})$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

ASSENZE PER MALATTIE

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° Giorni di assenza				
N° di lavoratori				
% assenza per malattia	$(n^{\circ} \text{ gg} / n^{\circ} \text{ lav}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ gg} / n^{\circ} \text{ lav}) * 100$	$[(n^{\circ} \text{ gg} / n^{\circ} \text{ lav}) * 100] / 2$	$[(n^{\circ} \text{ gg} / n^{\circ} \text{ lav}) * 100] / 2$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

ASSENZE DAL LAVORO

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° Ore perse				
N° Ore da contratto				
% assenza dal lavoro	$(n^{\circ} \text{ ore perse} / n^{\circ} \text{ ore lavorabili}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ ore perse} / n^{\circ} \text{ ore lavorabili}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ ore perse} / n^{\circ} \text{ ore lavorabili}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ ore perse} / n^{\circ} \text{ ore lavorabili}) * 100$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

PROCEDIMENTI, SANZIONI DISCIPLINARI

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° Procedimenti				
N° di lavoratori				
% procedimenti, sanzioni disciplinari	$(n^{\circ} \text{ procedimenti} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ procedimenti} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$[(n^{\circ} \text{ procedimenti} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$	$[(n^{\circ} \text{ procedimenti} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

RICHIESTE VISITE MEDICHE STRAORDINARIE MEDICO COMPETENTE

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° Richieste visite mediche				
N° di lavoratori				
% richieste visite mediche straordinarie MC	$(n^{\circ} \text{ richieste} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$(n^{\circ} \text{ richieste} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100$	$[(n^{\circ} \text{ richieste} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$	$[(n^{\circ} \text{ richieste} / n^{\circ} \text{ lavoratori}) * 100] / 2$

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

SEGNALAZIONI E ISTANZE

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
Segnalazioni formalizzate di lamentele dei lavoratori all'azienda	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
o al medico competente				
Istanze giudiziarie per licenziamento/ demansionamento/ molestie	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
morali e/o sessuali				

* Inserire i dati solo se non c'è stata sospensione dell'attività lavorativa

Non Conformità/ Reclami

	2018	2019	1° Semestre 2020*	2° Semestre 2020
N° NC/Reclami				

PANDEMIC FATIGUE



L'OMS che il 60% degli Europei soffre di Pandemic fatigue.

Una sensazione di sfinimento e di stanchezza, dovuta a uno stato di crisi prolungato che porta alla tendenza a sentirsi demotivati e sfiduciati nel seguire i comportamenti raccomandati per proteggere sé stessi e gli altri dal rischio contagio.



I lavoro agile è un processo in evoluzione

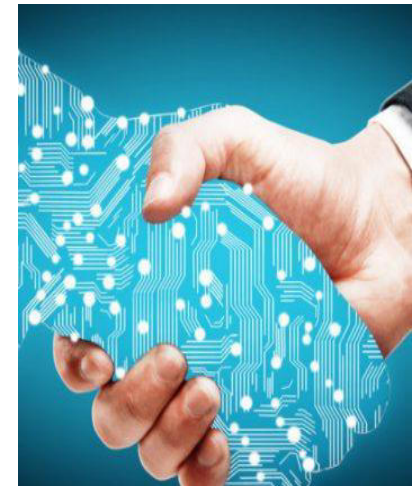
- Le tecnologie digitali e le nuove forme di lavoro ad esse associate possono costituire una leva di miglioramento per la salute e sicurezza
- La loro introduzione può:
- Evitare/limitare i casi in cui i lavoratori si trovano in situazioni pericolose
- Migliorare la qualità del lavoro alleggerendo dalle mansioni ripetitive o di routine gli operatori
- Aumentare i livelli di autonomia e flessibilità
- Facilitare l'accesso all'occupazione di una forza lavoro più diversificata (gruppi vulnerabili quali disabili, lavoratori anziani)
- Semplificare ed equilibrare la conciliazione vita-lavoro (assistenza minori – anziani)
- RICHIEDE UN CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO
- Le modalità di progettazione ed attuazione delle tecnologie, del contesto e della posizione professionale
- sono gli elementi centrali su cui porre l'attenzione per non causare
- Rischi ergonomici e Rischi psicosociali

Smart working: da misura di contenimento a misura strutturale

- La pandemia ha spinto l'adozione dello smart working come modalità di prosecuzione protetta dell'attività lavorativa
- Velocizzato l'estensione della modalità lavorativa anche in assenza di una progettazione specifica
- Introdotto modalità di smart working molto simili al "telelavoro"
- Obbligato a acquistare/aggiornare/integrare strumenti tecnologici
- Forzato all'autoformazione lavoratori poco tecnologici
- Disattivato gli stili di direzione caratterizzati dal solo "controllo a vista"
- Promosso autonomia in ogni livello gerarchico e di competenza
- Sdoganato videoconferenze e momenti di coordinamento a distanza

MISURA STRUTTURALE– PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO

- Piano di cambiamento organizzativo complessivo
- Coinvolgimento dei lavoratori nella progettazione e nell'attuazione
- Modulazione dei tempi/attività in presenza e smartworking
- Nuovo stile di leadership
- Elaborazione di procedure, codici di condotta adatti alla nuova forma di lavoro
- Attivazione di un sistema di formazione adeguato



Lo stress lavoro- correlato: i fattori di rischio nell'emergenza Covid-19 ed il fenomeno del Tecnostress

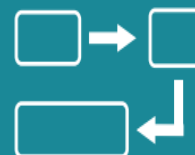
- Definito come una malattia moderna causata dalla propria incapacità di far fronte o trattare le informazioni e le nuove tecnologie di comunicazione in modo sano (Brod1984)
- Disturbo da adattamento determinato dall'incapacità di far fronte alle nuove tecnologie informatiche in modo sano, in cui si manifestano sintomi quali incapacità di concentrarsi su una singola operazione, maggiore irritabilità e sensazione di perdita di controllo (2012)
- Il **tecnostress** viene attribuito a una serie di fattori psicosociali che sono già parte della valutazione del rischio stress lavoro correlato
- **DOMANDA**: carico cognitivo per mancanza di controllo sul ritmo e una pressione elevata rispetto alle risposte attese "più veloci" generare fatica mentale, effetti negativi sulla memoria a lungo termine e diminuire l'acutezza mentale con conseguente declino cognitivo precoce
- **CONTROLLO** : l'automazione del lavoro comporta la perdita di potere sul lavoro, del significato del lavoro, del senso di appartenenza e di identità personale e l'aumento dell'isolamento. La mancanza di possibilità di partecipazione e di coprogettazione dei processi decisionali
- **SUPPORTO**: grado in cui i lavoratori percepiscono che l'organizzazione valorizzi il loro contributo e si prenda cura del loro benessere
- **RELAZIONI**: le attività diventano più astratte, le interazioni fisiche al lavoro diminuiscono e diventano artefatte, i dati e le informazioni aumentano. Gli strumenti permettono di impegnarsi in diverse comunicazioni contemporaneamente con conseguente sovraccarico con il rischio di manifestarsi malintesi, inviare o ricevere messaggi negativi e l'insorgenza di sentimenti di vulnerabilità
- **RUOLO**: difficile mantenere le distanze dal ruolo lavorativo anche in contesti sociali privati ; conflitti e sovrapposizioni tra ruoli organizzativi
- **CAMBIAMENTO**: cambiamento tecnologico e cambiamento organizzativo

INAIL

2020



CONSIGLIO NAZIONALE ORDINE PSICOLOGI



GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO PSICOSOCIALE PER LA GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

Di seguito vengono riportate in maniera sintetica le indicazioni tecniche relative alla procedura di attivazione di servizi di supporto e sostegno psicologico e psicosociale destinati agli operatori sanitari, promossa da Inail e Cnop.

Per un approfondimento sui contenuti e le finalità dell'iniziativa si rimanda al documento dal titolo *Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza Covid-19* disponibile alle pagine web dedicate delle due istituzioni.

OGGETTO DELLA PROCEDURA

IL DATO INAIL DEL 2019 È 1.850 AGGRESSIONI IN SANITÀ su 150.000 operatori sanitari

a cui va sommata una stima dei dati di

66.000 NON SONO ISCRITTI A INAIL (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale che non hanno un doppio contratto e specialisti ambulatoriali privati convenzionati Asl) 812

79,26 % di chi subisce un'aggressione però non segnala



**Condizione
evidente nei
dati 2005 -
2012**

[Dati convegno](#) “La violenza sugli operatori sanitari”, svoltosi a Venezia il 2 febbraio 2020.

- RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI (n°8/2007)
- Ministero della Salute



Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero della Salute
**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO
DEGLI OPERATORI SANITARI**

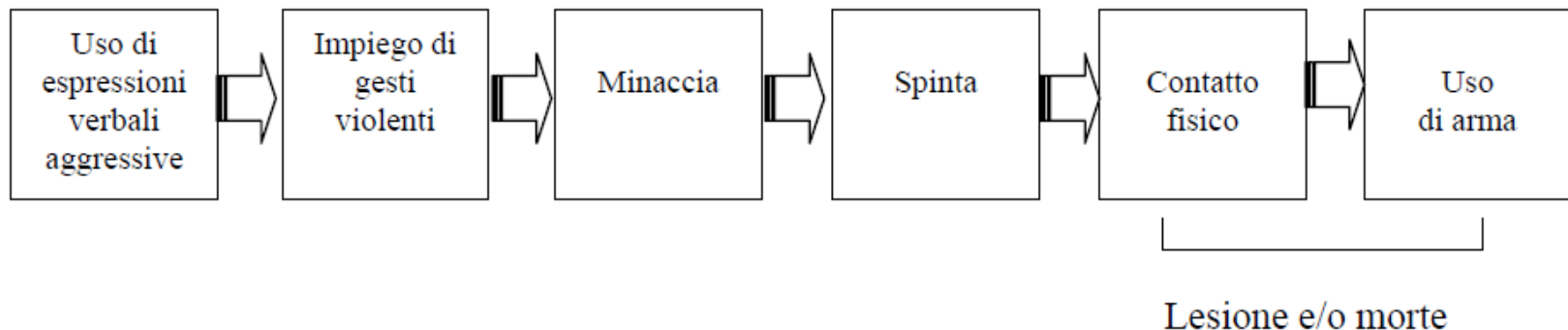
- Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come

“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”.

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero delle Salute

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

- Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio.
- La conoscenza di tale progressione può



**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA
A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

Le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno:

1) ELABORARE E DIFFONDERE UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA VIOLENZA

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti
- analisi delle situazioni operative
- facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti
- assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero della Salute
**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A
DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

Le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno:

2) ANALISI DELLE SITUAZIONI LAVORATIVE

- revisione degli episodi di violenza segnalati
- conduzione di indagini ad hoc presso il personale
- analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero delle
Salute

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA
A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

Le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno:

**3) DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE
DELLE MISURE DI PREVENZIONE E
CONTROLLO**

- strutturali e tecnologiche
- organizzative
- gestione degli episodi di violenza

Le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno:

4) FORMAZIONE del PERSONALE

- formazione per tutti gli operatori
- formazione per il management
- formazione per il personale di sicurezza

Attivazione monitoraggio eventi sentinella

- **gestione degli episodi di violenza**

Prevedere sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito.

Il personale coinvolto dovrebbe poter ricevere un primo trattamento, compreso una valutazione psicologica, a prescindere dalla severità del caso.

Le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche tra cui trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti con colleghi e familiari.

Pertanto, è necessario assicurare un trattamento appropriato per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire futuri episodi.

LEGGE 14 agosto 2020 , n. 113

Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

Art. 1 Ambito di applicazione

Ai fini della presente legge si intendono quali professioni sanitarie quelle individuate dagli articoli 4 e da 6 a 9 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, e quali professioni socio-sanitarie quelle individuate dall'articolo 5 della medesima legge n. 3 del 2018

RACCOMANDAZIONE SULL'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA E DELLE MOLESTIE NEL MONDO DEL LAVORO

I settori a maggiore probabilità di esposizione

IL SETTORE SANITARIO,
IL SETTORE DEI SERVIZI DI ALLOGGIO E DI RISTORAZIONE
I SERVIZI SOCIALI,
I SERVIZI DI EMERGENZA
IL SETTORE DEI TRASPORTI,
L'ISTRUZIONE
L'INTRATTENIMENTO
IL LAVORO DOMESTICO

Le modalità lavorative a maggiore probabilità di esposizione

IL LAVORO NOTTURNO
IL LAVORO SVOLTO IN MANIERA ISOLATA

PREVENIRE, INDIVIDUARE E GESTIRE

La **maggior consapevolezza e una formazione adeguata** dei superiori e dei lavoratori e delle lavoratrici possono ridurre l'eventualità di molestie e violenza nei luoghi di lavoro.

Le imprese sono chiamate ad adottare una dichiarazione che specificherà le procedure da seguire qualora si verificano dei casi.

FASE INFORMALE nella quale una persona indicata di comune accordo dalle parti sociali fa consulenza e assistenza:

- i casi segnalati devono essere esaminati e gestiti
- tutte le parti coinvolte devono essere ascoltate con correttezza
- i casi devono essere fondati su informazioni particolareggiate
- le false accuse non devono essere tollerate e possono dare luogo ad un'azione disciplinare

CONVENZIONE SULL'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA E DELLE MOLESTIE NEL MONDO DEL LAVORO

“VIOLENZA E MOLESTIE” nel mondo del lavoro indica un insieme di pratiche e di comportamenti inaccettabili, o la minaccia di porli in essere, sia in un'unica occasione, sia ripetutamente, che **SI PREFIGGANO, CAUSINO O POSSANO COMPORTARE** un *danno fisico, psicologico, sessuale o economico*, e include la *violenza e le molestie di genere*;



la violenza e le molestie nei confronti di persone *in ragione del loro sesso o genere*, o che colpiscano in modo sproporzionato persone di un sesso o genere specifico, ivi comprese le molestie sessuali

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero della Salute

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI
OPERATORI SANITARI**

OBIETTIVO

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono

DESTINATARI

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)

tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza)

Raccomandazione n. 8, novembre 2007 – Ministero della Salute

**RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI
OPERATORI SANITARI**

Le strutture sanitarie devono mettere in atto un programma di prevenzione della violenza che dovrebbe comprendere almeno:

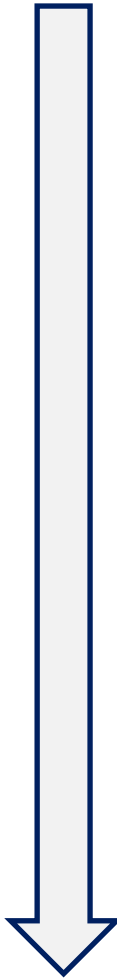
**1) ELABORARE E DIFFONDERE UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA
VIOLENZA**

- l'analisi delle situazioni operative
- 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

2) ANALISI DELLE SITUAZIONI LAVORATIVE

- revisione degli episodi di violenza segnalati
- conduzione di indagini ad hoc presso il personale
- analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei servizi considerati maggiormente a rischio:

I RISCHI PSICOSOCIALI : GLI EFFETTI



FATTORI DI STRESS LAVORO CORRELATO: aspetti che riguardano la progettazione l'organizzazione del lavoro e che se non presidiati possono favorire condizioni di stress (D.LGS 81)

COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA : aspetti che riguardano carenze nella gestione dell'attività lavorativa di un solo lavoratore (disparità di trattamento in confronto agli altri) **(DM 2014. MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA COSTRITTIVITA' ORGANIZZATIVA)**

ATTACCHI ALLA PERSONA: condizione di molestia/violenza che riguardano la persona al lavoro .

(L.R.8/10 - LA PREVENZIONE E CONTRASTO DEI FENOMENI DI MOBBING E TUTELA DELLA SALUTE PSICO-SOCIALE DELLA PERSONA SUL LUOGO DEL LAVORO , ACC QUADRO EUROPEO MOLESTIE E VIOLENZE, ILO)

D.M. 2014

Gruppo 7 Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro

LISTA II			
GRUPPO 7 - MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO			
AGENTI		MALATTIE	I
01	DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (costrittività organizzative ^(°))	<i>MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE:</i>	
		DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CRONICO (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o della emotività, disturbi somatoformi)	II.7.01

		DISTURBO POST-TRAUMATICO CRONICO DA STRESS	II.7.01

(°)

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

Molestie e violenze
Infortuni

Stress lavoro correlato