



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

DIPARTIMENTO AREA
DELLA MEDICINA PREVENTIVA
UOC MEDICINA DEL LAVORO

SEMINARIO

IDONEITÀ LAVORATIVE NEGLI OPERATORI SANITARI

Soluzioni condivise nei casi di WMSDs

4 dicembre 2013
ore 9.00 - 17.00

AULA MAGNA MANGIAGALLI
via Commenda, 12
Milano

**IL CONTRIBUTO DEL MEDICO COMPETENTE
ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELLE STRUTTURE
SANITARIE**

Rinaldo Gherzi

PREMESSA

L'argomento di titolo è stato ampiamente trattato

In questo percorso di aggiornamento si descrive una piccola esperienza di MC e di ricerca di base svolta presso le OSS-ADB di una Residenza per Anziani prevalentemente non Autosufficienti
relativa a disturbi e patologie muscoloscheletriche*
e ad aspetti psicosociali

ricorrendo a metodi vari, tra i quali questionari autosomministrati

**in collaborazione con Cattedra MDL UNIMORE*



Perché i questionari autosomministrati?

Motivo principale

Sperimentare anche in quel contesto strumenti di **rilievo della percezione** di rischi, disturbi od impedimenti **da parte dei lavoratori coinvolti** come strumenti utili per **integrazione o verifica delle valutazioni dei rischi** soprattutto, ma non solo, in realtà ove non fosse in atto la sorveglianza sanitaria

gestibili in forma anonima e con i necessari consensi e tutele anche da soggetti diversi dal MC

(RLS, Consulenti?, Vigilanza)

ricuperando parte di metodi utilizzati soprattutto in passato nel nostro Paese ed anche attualmente in diverse realtà

(es. B, F, E, UK, Paesi scandinavi, Americhe ed altri...)



2 ...Essi (*gli Operatori di Medicina del Lavoro*) dovranno anche incoraggiare la partecipazione dei lavoratori che forniranno le loro valutazioni sulla base della loro esperienza pratica.

Perché i questionari autosomministrati?

Altri motivi

Al tempo dell'esperienza

sperimentare un primo **filtro «preanamnestico» autocompilato** dal lavoratore che poi il MC avrebbe potuto inserire in cartella approfondendone le risposte «positive» con i metodi standardizzati

non erano vigenti norme e prassi attuali (*con i loro limiti*) sullo stress lavoro correlato; si intendeva quindi analizzare in prima battuta la **percezione di rischi di natura psicosociale** eventualmente correlabili anche con disturbi muscoloscheletrici

«Materiali e metodi...»

Collettivo studiato (2008)

	Numero	Età Media	D. S.	Anzianità Lavorativa Media come OSS	D.S.
Maschi	1	46,7	9,2	15,2	5,1
Femmine	18				
Totale	19				

Materiali e metodi: il contesto del collettivo

L'ultimo DVR per gli indici MAPO (2006) non rilevava rischio MMPz elevato; era stato eseguito nella nuova sede della struttura, con le nuove attrezzature, mentre negli anni precedenti il personale lavorava in locali antichi meno adeguati, ma con Ospiti in parte meno gravi

Le relazioni sanitarie del MC 2005-2006 e 2007-2008 citavano prevalenze di SAPL o disturbi con alcune certificazioni di MP

Dalla relazione sanitaria 2005-2006

Per quanto concerne anamnesi ed esame obiettivo della colonna vertebrale ho seguito nel 2005-2006 uno schema di screening proposto dal gruppo di ricerca multicentrico nazionale sulla valutazione di efficacia delle misure preventive, proposto ai medici competenti dai Servizi SPSAL dell'Azienda USL

Il questionario valuta, nelle conclusioni, gli episodi di lombalgia acuta (blocco lombare) negli ultimi 12 mesi e l'inquadramento diagnostico di "spondiloartropatia funzionale (SAP)" ossia di limitazioni funzionali della colonna su una scala di gravità che va da 0 a 3. Sarà utile seguire questi dati nel tempo, pur tenendo conto dei possibili effetti dell'età.

Riporto qui le sole conclusioni rilevate nel 2005-2006.

Screening Colonna lombare

n. lavoratori sottoposti a screening	n. LOMBALGIA ACUTA ultimi 12 mesi	SAPL1	SAPL2	SAPL3
21 addetti a movimentazione anziani	5 in 4 persone	5	3	0
2 non addetti a movimentazione	0	0	0	1

Screening Colonna Cervicale

Una spondiloartropatia funzionale di grado 1, una di grado 2, una di grado 3 in persona attualmente non addetta movimentazioni.

Questi dati coincidono con quanto riassunto nelle precedenti relazioni sanitarie. Pur essendo difficile distinguere tra le possibili conseguenze di metodi di lavoro inadeguati del passato remoto ed eventi recenti, c'è ragionevolmente da aspettarsi un contenimento dei peggioramenti in funzione della dotazione e del continuo e corretto uso degli strumenti adeguati, della formazione e dell'appropriatezza dei nuovi locali.

La necessità di lavorare in modo razionale per tutelare la propria salute ed integrità, soprattutto con l'avanzare dell'età, appare ben nota a tutti dalle domande eseguite durante le visite. Viene riferito un maggior uso di ausili e sollevatori.

Dalla relazione sanitaria 2007-2008

MANSIONI: OSS (19 persone)

Assistente o RAA (2 persone)

Impiegati o Dirigenti addetti a videoterminale (2 persone)

Colonna cervicale	
Dolori cervicali, in un caso per problemi dentali	4
Ccontratture cervicali	1
Spondiloartropatia cervicale funzionale grado medio (grado 2)	2
Spondiloartropatia cervicale grave (grado 3 con ernia discale cervicale)	1
Colonna lombare	
Alcune ADB hanno un certo grado di contrattura degli erettori spinali (difficoltà a toccare da sdraiate la fronte con le ginocchia).	
Lombalgia non acuta	1
Spondiloartropatia lombare funzionale di grado lieve (grado 1).....	1
Spondiloartropatia lombare funzionale di grado medio (grado 2)	2
spondiloartropatia lombare funzionale di grado avanzato (grado 3, ernia d. o bulging).....	4
2 lombalgia acute (blocchi) di cui una a casa	
1 sofferenza radicolare possibilmente dovuta a complicazioni di atto medico	
Arti	
Spalla: 3 casi di tendinopatia o conflitto in un caso associata ad artrosi	
Mani e polsi: 1 tendinite, 1 dolore dopo distorsione, 1 artrosi mani	
1 esiti di intervento al ginocchio	
1 esiti di evento traumatico con dolore del coccige	
Due casi di sindrome depressiva	
Gli esiti della visita oculistica sono stati comunicati alle due persone interessate	

I criteri di classificazione SAP 3 qui includevano diagnosi di immagine anche clinicamente silenti

Tabella III.12 Principali elementi strumentali o clinicoanamnestici raccolti nell'ultima visita medica nei 19 addetti (si omettono i disturbi lamentati in precedenza e scomparsi e le lumbalgie con blocco, già riportate nel testo della tesi)

1	fibromialgia (10 punti dolorosi) edemi sparsi, sinoviti; artrosi anca; limitaz. flex. lomb.; Neer + dx; ecografia tendinite ssp e clb dx ,
2	radicolopatia iatrogena S1; limitaz. Flex. Lomb; esiti STC
3	TAC protrusione L4 5 emia L5-S1 con radicolopatia; Lasegue ++ bilat; dolore pressione SIV; artrosi mani; FKT: spalla dolorosa dx
4	discop. degen. L5-S1 protrusione L4 L5, spondilolistesi L4 su L5;
5	spalla dolorosa sn con limitaz funz (RMN tendinosi ssp e conflitto) ; rx uncocomatoartrosi cervicale; spinalgia lomb con limitaz flessio ext lombare; entesop rotul bilat e gonartrosi sn
6	scoliosi; spinalgie cervicolumbari con limitaz flex lomb e tors colonna; parestesie 10 dita mani bilaterali
7	scoliosi; limitata flex lomb; dolori pressione SIV cervicali e lomb; dolori metatarso dx
8	
9	bulging C5; limitata flessio ext polso dx e, meno, sn ascritta dal FKT a tireopatia
10	
11	esiti paralisi ostetrica brachiale; osteocondrosi; discopatia L5 con lim flex lomb.; cocccigodinia; sovraccarico 5 raggio piede sn in dismetria arti
12	protrusione C5; dolori base primo dito dx
13	Bulging L4 e sofferenza radicolare (EMG) L4 L5; limitata flex lomb e torsioni colonna; Lasègue + dx; ipoestesia e ipostenia mano dx esiti STC
14	
15	luss cong anca e dolore arti inferiori; esiti infortunio spalla dx;
16	Cervicalgia; SAPC 2 e SAPL 2 (Epm Cemoc); riduz. Flex.lomb.
17	SAPC2 (Epm Cemoc), anamnesi dolori cervicali e lombari; dolore compressione spine v. L e C. con possibile eretismo
18	Lombalgie e dolore arti inferiori con RMN nn; contratture mm paravertebrali
19	Dorsalgie; limitata flessione lomb; alluce valgo bilat

«Materiali e metodi...»

Questionari autosomministrati:

Nordic Musculoskeletal Questionnaire come completato da
IRSST – Quèbec tradotto e validato in italiano (1)

Parte di Orége su stress e fattori psicosociali
(GIMLE, 2002) tradotto in lingua italiana (2)

(1) L'esperienza si inseriva nell'applicazione sul campo del questionario autosomministrato Nordic IRSST su disturbi MS ed impedimenti, tradotto e validato in italiano

e di altri due questionari (Unimore) autosomministrati, su blocchi lombari e parestesie e sulla «domanda della bacchetta magica» utilizzata in ergonomia per raccogliere eventuali suggerimenti proposte prioritari dei lavoratori

Gobba F., Gheresi R., Martinelli S., Richeldi A., Clerici P., Grazioli P. (2008) Traduzione in lingua italiana e validazione del questionario standardizzato Nordic IRSST per la rilevazione di disturbi muscoloscheletrici. *Medicina del Lavoro*; 99, 6: 424-443

Gheresi R., Martinelli S., Clerici P., Martinelli A., Grazioli P., Gobba F. (2008) Proposta di un questionario standardizzato autosomministrabile per l'anamnesi di parestesie agli arti. Comunicazione in "Atti del 71° Congresso Nazionale SIMLII, pag. 142-143". Palermo

Perché unire moduli integrativi al questionario Nordic IRSST?

Questionario sulle parestesie agli arti superiori con particolare riferimento alle mani:

per la necessità, anche sulla base di raccomandazioni internazionali, (e.g. CDC MMWR July 21 1989!)

di raccogliere elementi anamnestici compatibili con sintomi radicolari o canalicolari (es. STC)

non definiti nel questionario NORDIC IRRST se non in alcune versioni modificate che inseriscono (HSENMQ) il termine “numbness” tra i disturbi riferiti

Domande aperte sugli impedimenti nei compiti lavorativi specifici (elemento qualitativamente importante in User Centered Design – produzione snella - sorveglianza sanitaria)

Domande aperte su eventuali suggerimenti prioritari (idem +TQM + consultazione lavoratori anche in assenza di RLS...)



Perché unire moduli integrativi al questionario Nordic IRSST?

Domanda sulle lombalgie acute con blocco

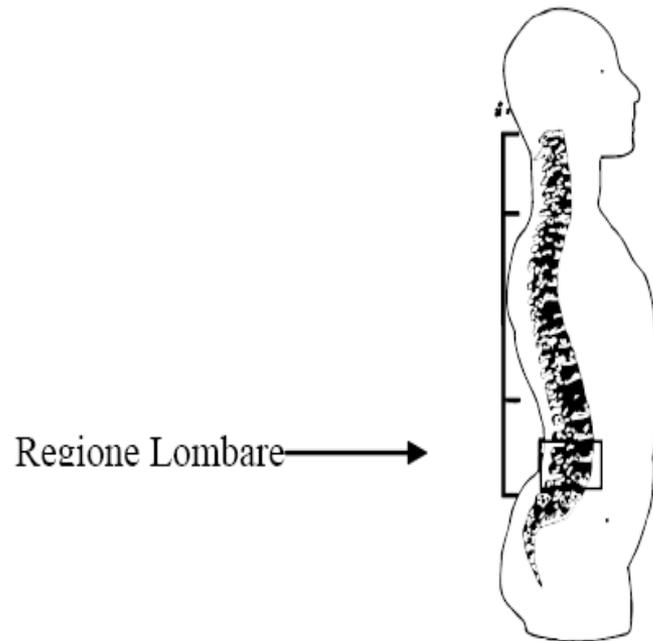
per avere elementi di monitoraggio trasversale e longitudinale almeno parzialmente confrontabili con quelli che scaturiscono dalla sorveglianza sanitaria (es. protocollo per studi sulle verifiche di efficacia delle misure preventive come proposto da EPM CEMOC)



L'Allegato 1: BLOCCHI LOMBARI

1. Durante gli ultimi 12 mesi sei mai rimasto bloccato alla regione lombare (colpo della strega)?

1 No 2 Sì



2. Se hai risposto Sì

quante volte sei rimasto bloccato alle regione lombare negli ultimi 12 mesi? _____

(2)

G Ital Med Lav Erg 2002; 24:1, 3-25
www.gimle.fsm.it

© PI-ME, Pavia 2002

P. Apostoli¹, G. Bazzini², E. Sala¹, M. Imbriani³

La versione italiana "OREGE" (Outil de Repérage et d'Evaluation des Gestes) dell'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) per la valutazione dei disturbi muscolo-scheletrici dell'arto superiore

¹ Cattedra di Igiene Industriale, Università degli Studi di Brescia

² Servizio di Ergonomia, Fondazione S. Maugeri, IRCCS, Istituto scientifico di Montescano

³ Dipartimento di Medicina Preventiva, Occupazionale e di Comunità, Università degli studi di Pavia - Servizio di Fisiopatologia Respiratoria, Fisiologia del Lavoro ed Ergonomia, Fondazione S. Maugeri, IRCCS, Istituto scientifico di Pavia

Obiettivi specifici

1. Verifica sul campo di sensibilità e specificità anamnestica di domande della versione italiana di NMSQ IRSST (*valore predittivo del questionario rispetto ad anamnesi medica e a diagnosi anche clinico-strumentale*)
2. Rilievi di prevalenze intervallari di disturbi ed impedimenti nelle diverse aree corporee in gruppi di lavoratori e confronti grezzi

I termini qui usati

Sensibilità

capacità del Q di individuare chi ha disturbi e/o limitazioni funzionali in cartella sanitaria e di rischio

Specificità

capacità del Q di individuare chi non ha disturbi e/o limitazioni funzionali in cartella sanitaria e di rischio

VPP probabilità che un Q positivo abbia anamnesi e/o positivi in cartella

VPN probabilità che un Q negativo abbia anamnesi e/o EO negativi in cartella

Stress e fattori psico-sociali:

Nell'occasione si presenta anche un confronto orientativo

Tra il questionario Orége e quello del «Progetto Cantieri» nello stesso gruppo

RISULTATI (Nordic Irsst I)

Prevalenze % in OSS casa di riposo A

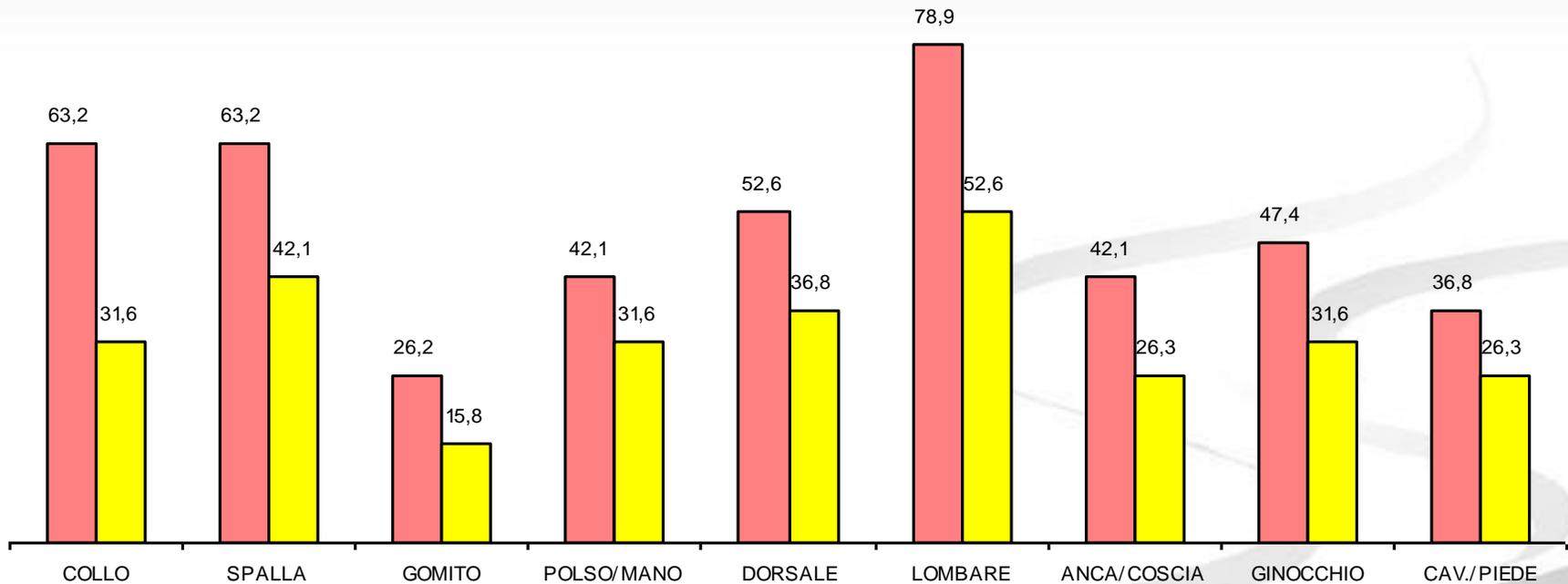


Tabella 5.1 Disturbi lombari nel questionario a confronto con anamnesi e/o esame obiettivo nella vista medica

		EO limitazione funzionale e/o anamnesi sintomi		
Questionario: risposta SI alla domanda L4		+	-	
	+	13	2	15
	-	1	3	4
		14	5	
	SENS	0,93	LC	+ - 0,01
	SPEC	0,60	LC	+ - 0,12
	VPP	0,87	LC	+ - 0,02
	VPN	0,75	LC	+ - 0,09

Tabella 5.2 Disturbi lombari nel questionario a confronto con gli esiti di esami strumentali relativi a patologia lombare.

		Diagnosi strumentale di patologia lombare(RMN e/o RX ed ev. EMG)		
Questionario: risposta SI alla domanda L4		+	-	
	+	7	8	15
	-	0	4	4
		7	12	
	SENS	1,00	LC	+ - 0,00
	SPEC	0,33	LC	+ - 0,06
	VPP	0,47	LC	+ - 0,03
	VPN	1,00	LC	+ - 0,00

Questa tabella ha un significato limitato ed orientativo, in quanto le “diagnosi negative” corrispondono sia ad esito negativo di accertamenti strumentali che all’assenza di accertamenti.

Tabella 5.3 Disturbi lombari più impedimenti correlati (limitazione di attività) nel questionario, a confronto con anamnesi e/o esame obiettivo nella vista medica

		EO limitazione funzionale e/o anamnesi sintomi		
Questionario: risposta SI alle domande L4 e L6		+	-	
	+	11	2	13
	-	2	4	6
		13	6	
	SENS	0,85	LC	+ - 0,02
	SPEC	0,67	LC	+ - 0,09
	VPP	0,85	LC	+ - 0,02
VPN	0,67	LC	+ - 0,07	

Tabella 5.4 Risposta positiva per blocco lombare negli ultimi 12 mesi (Allegato II, domanda 1) a confronto con l'anamnesi di blocco lombare nell'ultimo anno in cartella sanitaria

		Anamnesi medica di blocco lombare nell'ultimo anno		
Questionario: risposta SI alla domanda1 su blocco lombare ultimi 12 mesi		+	-	
	+	3	3	6
	-	0	13	13
		3	16	
	SENS	1,00	LC	+ - 0,00
	SPEC	0,81	LC	+ - 0,02
	VPP	0,50	LC	+ - 0,08
VPN	1,00	LC	+ - 0,00	

Tabella 5.5 Disturbi di una o di entrambe le spalle nel questionario a confronto con riscontri di esame obiettivo nella visita medica e/o esiti di visita fisiatrica e/o esami strumentali positivi per patologia di spalla.

Questionario: risposta SI alla domanda S4 sul disturbi di spalla		Diagnosi patologia di spalla		
		+	-	
+	4	9	13	
-	0	6	6	
	4	15		
SENS	1,00	LC	+ - 0,00	
SPEC	0,40	LC	+ - 0,05	
VPP	0,31	LC	+ - 0,03	
VPN	1,00	LC	+ - 0,00	

Tabella5.10 CONFRONTI GREZZI TRA PREVALENZE PERCENTUALI DI DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI NELL'ULTIMO ANNO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Percentuale lavoratori con disturbi in 1 anno	Montaggio A pezzi grandi in linea n= 61	Montaggio B particolari a banco n= 98	OSS casa riposo n= 19	Facchini carrellisti varie ditte n= 12	Fisioterapisti/e n= 2688	Nordic Industria n= 7569	HSE Industria n= 663	Tipografi n= 274	Poliz. Municipale n= 91	
COLLO	26,1	44,9	63,2	25	25,7	24	30	11	3	
SPALLA	21,3	42,9	63,2	17	14,8	24	26	15	1	
GOMITO	11,5	18,4	26,2	8	5,5	10	9	4	1	
POLSO/MANO	41	27,6	42,1	8	12,5	13	25	18	0	
DORSALE	31,1	30,6	52,6	33	18,4	10	12		1	
LOMBARE	45,9	51,0	78,9	58	37,2	41	44		21	
ANCA/COSCIA	16,4	13,3	42,1	8	4,8	11	12		4	
GINOCCHIO	36,1	32,7	47,4	8	7,8	25	27		1	
CAV./PIEDE	34,4	16,3	36,8	25	4,1	13	4		0	
PARESTESIE **	24,6	26,5	** dal ns. quest. integrativo parestesie					*		

nelle ns. osservazioni, dati ricavati da scheda sommario NMSQ

1 Montaggio finitura A (Gherzi) NMSQ IRSST, 2006

2 Montaggio B (Martinelli, Gherzi) NMSQ IRSST, 2007

3 Casa di riposo (Gherzi) NMSQ IRSST, 2008

4 Gherzi, NMSQ 2007

5 maschi 11%; età media: 39,5 (d.s. 12) Glover W. et al. GB 2005; NMQ che include anche altre domande

6 Lavoratori di tutti i settori industriali GB 1986/87; Orbero, NMQ con lievi modifiche; citato da HSE report HSL/2006/53

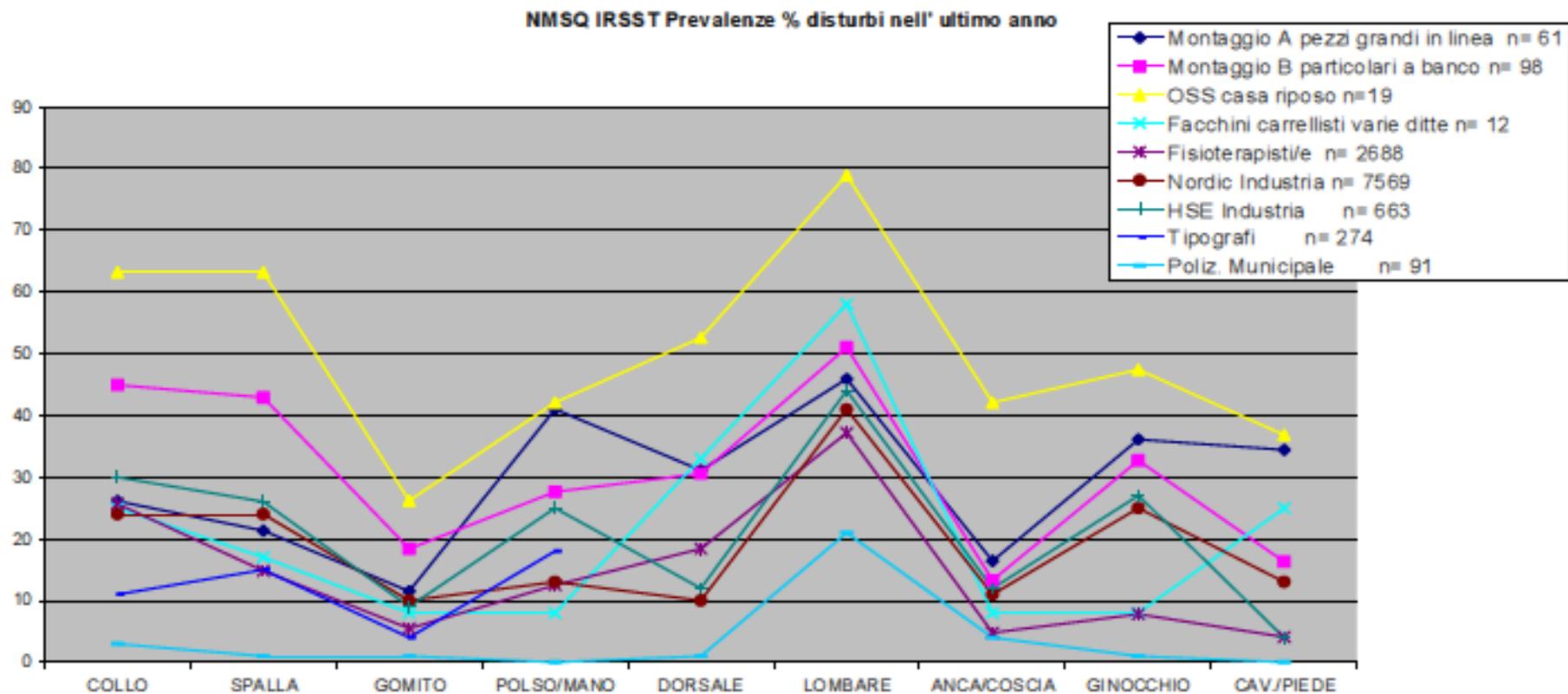
7 HSENMQ, GB; l'item disturbi include *parestesie; occorrenze trimestrali estrapolate all'intero anno (da Riley, 2006)

8 HSL, NMQ, Bunn, GB 2006

9 Funzionari di polizia municipale rurale con mansioni varie (seduti, cammino, movim. di alcuni carichi) che costituiscono gruppo di controllo per autisti e motociclisti; grande prevalenza di maschi; NMQ Gyi et al. GB 1998)

Nostre osservazioni

GRAFICO 5.3 CONFRONTI GREZZI TRA PREVALENZE % DI DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI NELL'ULTIMO ANNO



CONCLUSIONI

La versione italiana autocompilata del NMSQ – IRSTT, già sottoposta a verifiche di affidabilità (coerenze interna e stabilità) e ad una prima verifica di validità (Gherzi et. Al., 2007; Gobba et al., 2008), si è rivelato in questo studio sul campo strumento **molto sensibile e discretamente specifico in relazione all'anamnesi medica**, quindi **appropriato per finalità di anamnesi preliminare e di individuazione di priorità da approfondire ad integrazione della valutazione ergonomica dei rischi.**

Le risposte alle domande di NMSQ IRSST italiano sui disturbi nella regione lombare, qui analizzate proprio per possibili effetti della movimentazione importante di gravi, si dimostrano in questo gruppo di lavoratori di alta sensibilità anamnestica nei confronti di esame obiettivo ed anamnesi medica (ciò vale anche per le domande sugli impedimenti) così come delle diagnosi strumentali.

La specificità è discreta, ad eccezione della relazione con gli esami strumentali. Ricordo a questo proposito la limitazione collegata al fatto che la non esecuzione di accertamenti strumentali è stata qui letta come gli esami con esito negativo.

L'analisi di risposte sui disturbi di spalla è stata fatta considerando la frequenza di infortuni alla spalla in questo tipo di attività, soprattutto nell'afferrare “al volo” persone anziane in deambulazione assistita che stiano perdendo l'equilibrio. Esistono tuttavia interrogativi anche sui possibili effetti di sovraccarico cumulativo sulla cuffia dei rotatori anche .in questa attività in caso di associazione di incongruenze posturali con diversi tipo di sforzo (Silverstein et al., 2008).

In questa limitata esperienza si dimostra **un'ottima sensibilità e una modesta specificità anamnestica del questionario per i disturbi di spalla.**

E' doveroso a questo punto formulare una nostra giustificazione sul fatto che i confronti non siano stati fatti tra domande identiche sia nel questionario che nella cartella clinica o su singoli specifici aspetti. Esistono delle ragioni di necessità e delle ragioni di merito. Le prime sono collegate alle dimensioni del collettivo ed al fatto di dover analizzare cartelle cliniche precompilate senza un rigido protocollo per anamnesi ed esame obiettivo, in assenza di accertamenti strumentali per diversi lavoratori. Tuttavia, e questa è la ragione di merito, ci è sembrato interessante analizzare e valutare i questionari proprio nei confronti degli esiti sostanziali e complessivi della sorveglianza sanitaria così come è eseguita.

La domanda sulla presenza di lombalgia con blocco negli ultimi 12 mesi ha presentato ottima sensibilità ed alta specificità anamnestica.

In relazione ai rischi, sia i risultati del questionario NMSQ sui disturbi lombari che il rilievo di blocchi lombari si sono rivelati compatibili con la presenza di quanto meno pregresso sovraccarico per il rachide lombare

Il raccordo tra ultima VDR e disagi e patologie emergenti da questionari + sorveglianza sanitaria è complicato anche ma non solo per l'anzianità lavorativa e per le modifiche ambientali ed organizzative avvenute nel tempo

FATTORI PSICOSOCIALI

2004

Punteggi di stress (*strain percepito*)

 cardiovascolare	Angoscia (somatizzazioni)	gastrointestinale	ansia
25,8	36,2	22,7	26,3

Punteggi medi da OREGGE INRS . Valori > 16: sintomi correlabili a stress
+ confronti esterni

Punteggi fattori psicosociali



	CARICO DI LAVORO	PRESSIONE DI LAVORO	ATTENZIONE	CONTROLLO AUTONOMO	PARTECIPA ZIONE	SOSTEGNO DAL CAPO	SOSTEGNO DAI COLLEGHI
MEDIA X	41,4	32,8	77,8	63,7	57,3	48,3*	41,7*
						* 12% non risponde	
Y1							
Y2							
Y3							

Punteggi medi da OREGGE INRS: >50 significa percezione negativa dei fattori

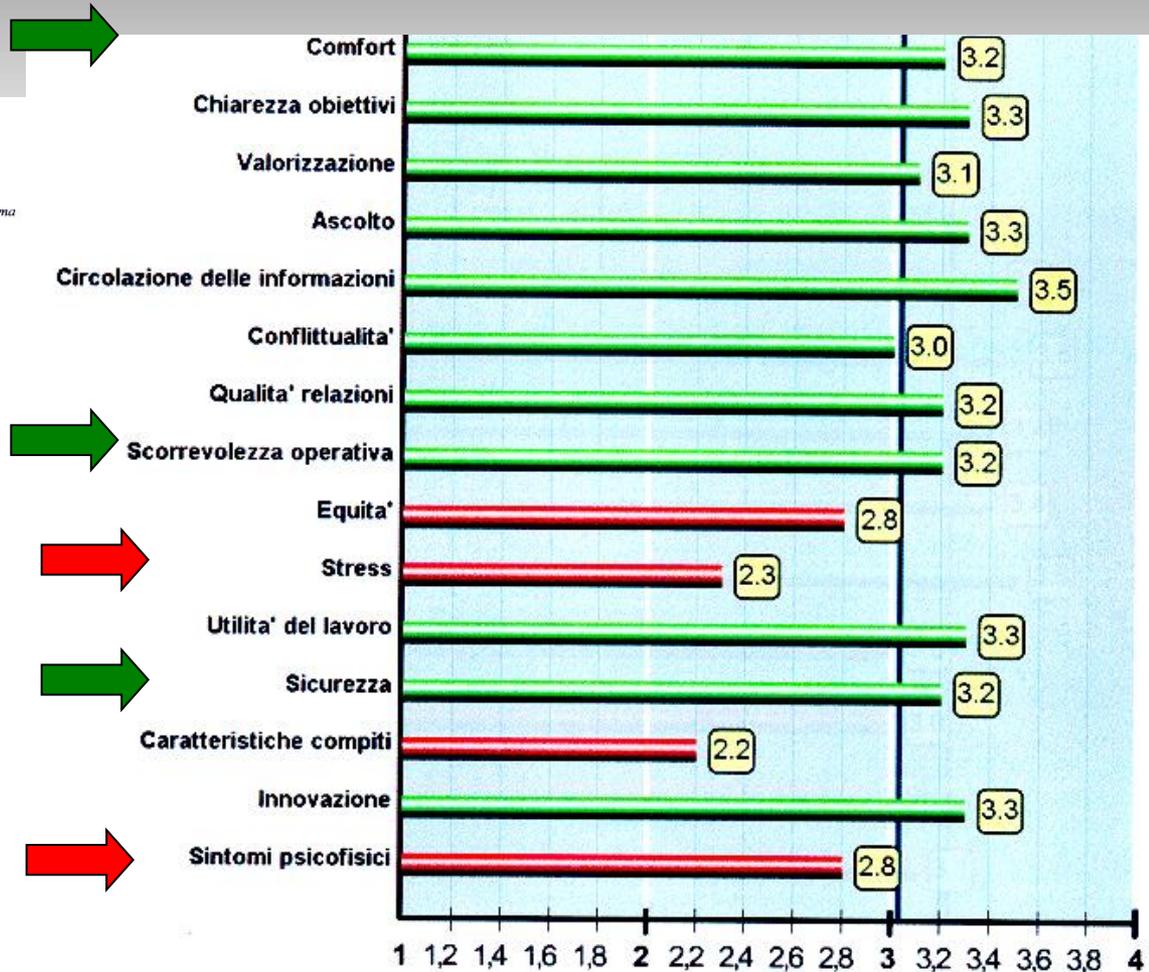
+ confronti esterni

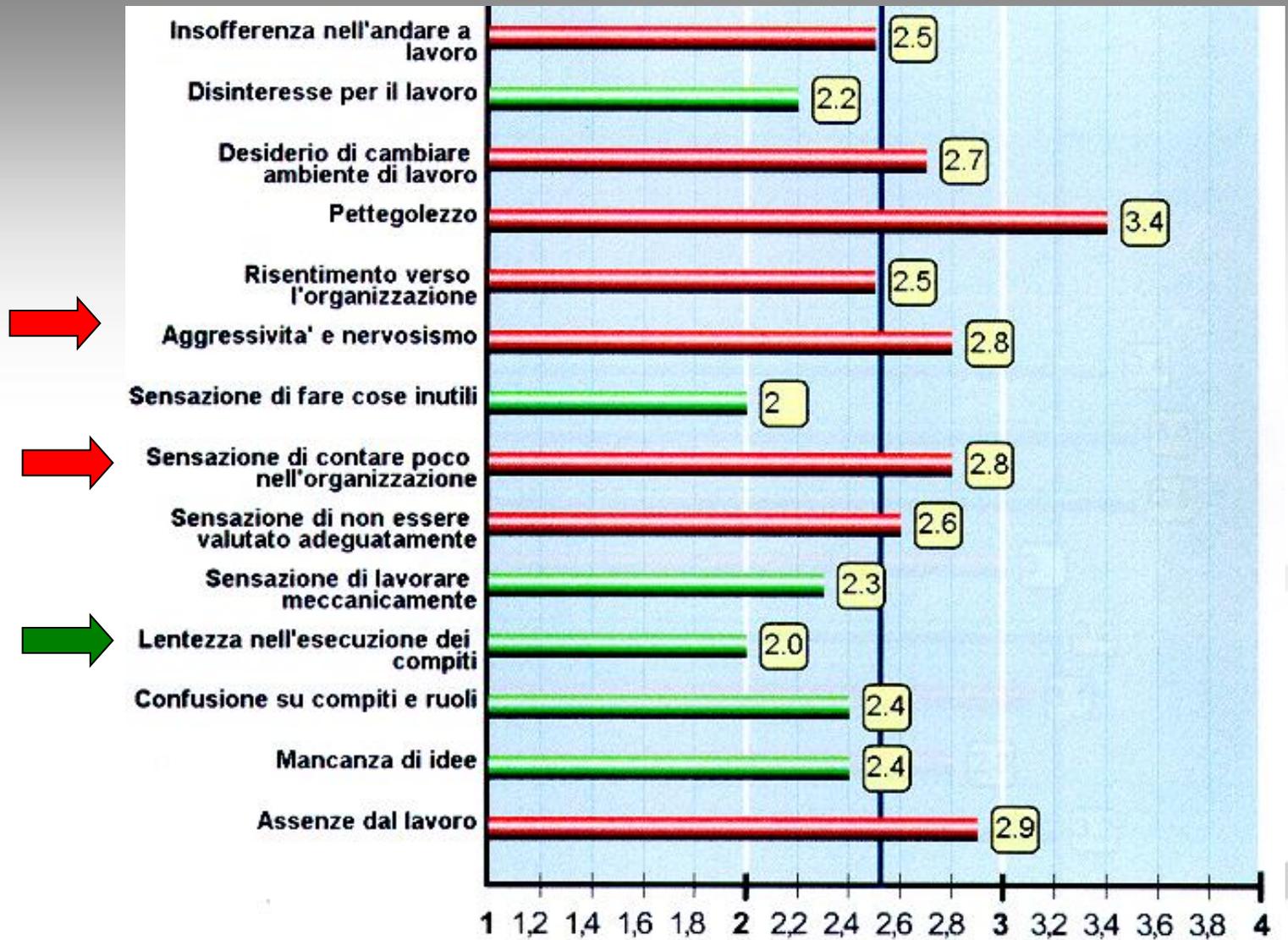
un'altra esperienza con lo stesso gruppo di ADB, 2004

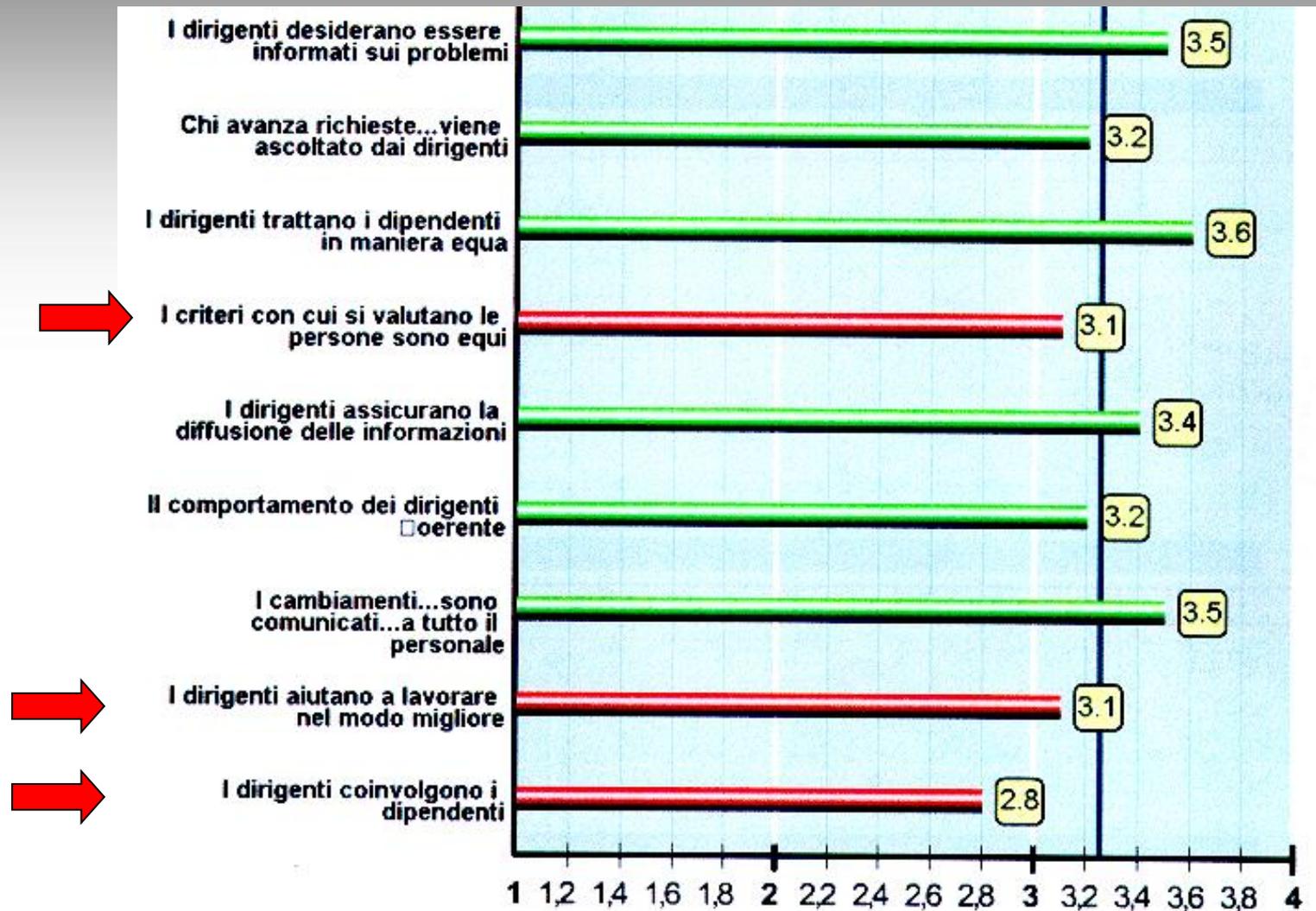


Università degli Studi di Roma
"La Sapienza"
Facoltà di Psicologia 2

QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO







Altri risultati

La consultazione dei lavoratori durante la sorveglianza sanitaria e la somministrazione dei questionari ha fatto emergere problematiche che erano in parte sfuggite alla VDR

Tra queste, attività condotte a volte in coppia tra personale dipendente formato nella struttura e personale temporaneo di provenienza esterna (gap formativo ed addestrativo con possibile conseguente sovraccarico MS)

Questa esperienza con il questionario Orège riservato ma nominativo ha rivelato limiti per le domande sul supporto, legati alla mancanza di anonimato verso il MC

E oggi, che farei?

Sarei + preoccupato per l'invecchiamento della forza lavoro e cercherei di raccogliere altre esperienze fatte nel settore: con tecniche ed organizzazione adatte si può puntare a svolgere questo lavoro fino a 67 e più anni?

Sperimenterei gli strumenti di verifica anamnestica lavorativa (verifica anche della VDR) proposti in questo percorso

Farei altri sopralluoghi (anche informali) in diversi orari per comprendere meglio il lavoro con monitoraggio sul campo delle misure limitative personalizzate

Sperimenterei i nuovi software anamnestici e di EO attuali in più realtà seguite dallo stesso MC, con confronti tra gruppi diversi e con un monitoraggio nel tempo con metodo fisso

In altre attività molto variabili ove la valutazione delle disergonomie è ancor più complessa suggerisco e ricorro ancora ai questionari autosomministrati

In generale, sui **fattori psicosociali** il MC ha un punto di osservazione privilegiato perché può ascoltare i lavoratori individualmente

Con l'esperienza e come osservatore in parte esterno può anche affinare il rilievo di possibili indizi di buona od insufficiente gestione della problematica

Personalmente, in relazione alla VDR, suggerisco forme di consultazione dei lavoratori quanto meno sulla percezione di **contesti e contenuti** del lavoro, a maggior ragione in attività con noti elementi di stress l.c. o in presenza di possibili eventi sentinella compatibili con strain, ad esempio somministrando con le necessarie cautele e tutele questionari anonimi tipo HSE

grazie