



Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti



La qualità nella professione: una necessità o un lusso?
Lombalgia e lavoro: il contributo della riabilitazione
Esperienze e materiali di lavoro

Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)

KAOS

(esposizione al rumore)

ICARO

(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING

(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE

(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO

(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO

(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE

(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE

(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK

(protocolli sanitari)

POLIFEMO

(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO

(gestione del rischio MMC)

ULISSE

(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

PER RICEVERE ULTERIORI INFORMAZIONI, FARE UNA FOTOCOPIA DI QUESTO COUPON
E INVIARLO IN BUSTA CHIUSA, OPPURE UN FAX AL NUMERO 02.96701512

COGNOME..... NOME.....

AZIENDA..... Titolo.....

Settore attività.....

Indirizzo..... Città.....

CAP..... Prov..... E-mail.....

Tel..... Fax..... Cell.....

Prodotti d'interesse.....

Al sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 la informiamo che i suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della legge, lei ha il diritto di opporsi all'utilizzo degli stessi se trattati in violazione della legge.

editoriale

15 Anni: Auguri ANMA!

Nel corso del mio mandato di presidente della nostra Associazione ho avuto l'onore, il piacere e l'onere di festeggiare il secondo ed il terzo lustro di vita dell'ANMA: i dieci anni degnamente festeggiati a Caserta con la pubblicazione del nostro Codice di Comportamento ed ora i 15 anni a Portonovo di Ancona nella suggestiva cornice del Conero, tra l'azzurro del mare e il verde lussureggiante con un Congresso nazionale colmo di impegno, di partecipazione e di amicizia. Una deliziosa torta di oltre un metro di diametro addobbata da quindici candeline ha messo a dura prova la mia capacità ventilatoria, una spirometria fuori programma per misurare se il presidente ha ancora e quanto fiato in corpo. In effetti mi sono ritrovato piuttosto sfiato, sarà l'abbondante libagione di una cena sociale davvero di alto livello, sarà l'atmosfera magica della terrazza del Fortino Napoleonico che ricordava l'emozione del poeta recanatese "e il naufragar m'è dolce in questo mare", sarà l'emozione che sempre ti prende quando senti tue queste ricorrenze, sarà ... una certa stanchezza di reggere il peso di una Associazione che cresce e che richiede sempre più attenzione ed impegno. Auguri ANMA! Quindici anni di crescita, e neppure troppo lenta. Quindici anni ben spesi nella promozione del medico d'azienda competente quale figura chiave dello sviluppo della prevenzione. Il Congresso di Portonovo ne è una testimonianza.

La nostra Associazione è oggi ben visibile come testimonia la tavola rotonda partecipata da autorevoli rappresentanti delle parti sociali. L'impegno di tutti noi ha fatto guadagnare posizioni su posizioni, ma il percorso che ci attende è ancora lungo e certamente non privo di difficoltà. Alcune stanno al nostro interno, prime fra tutte la pigrizia, la stanchezza, la caduta di entusiasmo o di stile, il ritenere di aver appagato i propri obiettivi, l'erba del vicino è sempre più verde. Altre provengono dall'esterno, da manovre per fagocitare il medico competente. L'ANMA ha radici profonde: il percorso di 15 anni ne è la prova.

AUGURI A TUTTI.

Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa

L'infinito

*Sempre caro mi fu quest'ermo colle,
e questa siepe, che da tanta parte
dell'ultimo orizzonte il guardo esclude.
Ma sedendo e mirando, interminati
spazi di là da quella, e sovrumani
silenzi, e profondissima quiete
io nel pensier mi fingo, ove per poco
il cor non si spaura. E come il vento
odo stormir tra queste piante, io quello
infinito silenzio a questa voce
vo comparando: e mi sovvien l'eterno,
e le morte stagioni, e la presente
e viva, e il suon di lei. Così tra questa
immensità s'annega il pensier mio:
e il naufragar m'è dolce in questo mare.*

NOTIZIARIO A.N.M.A.

N° 2/2002

Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano

Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
e-mail: maurilio@mclink.it

DIRETTORE RESPONSABILE:

Daniele Luè

DIRETTORE:

Giuseppe Briatico-Vangosa

Comitato di Redazione:

Gino Barral - Danilo Bontadi (coordinatore)

Umberto Candura - Piero Patané

Quintino Bardoscia - Azelio De Santa

Gianni Giglioli

Realizzazione grafica:

CUSL Nuova Vita Scrl

Tipografia:

Società Cooperativa Tipografica Scrl - Padova

Presidente: Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente: Tommaso Remondelli

Segretario: Guglielmo d'Allio

Consiglieri: Roberto Arcaleni, Quintino Bardoscia, Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschiroli, Umberto Candura, Terenzio Cassina, Armando Fiorillo, Francesco Gazzero, Maria Teresa Iacovone, Nicolò Iavicoli, Nino Santerni

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 68

(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

SEZIONI TERRITORIALI:

ABRUZZO: Segr. Rita Vecchiola - Via Matteo da Leonessa, 14 - 67100 L'Aquila tel. 0862 26951

CAMPANIA: Segr. Francesco Gazzero - Via Stazio, 13 - 80123 Napoli - tel. 081 7146183 fax 081 7142025

EMILIA ROMAGNA: Segr. Gabriele Gherardi - Via G. Dagnini, 28 - Bologna tel. 051 6230896 e-mail: gabriele.gherardi@libero.it

LAZIO: Segr. Salvatore Talierno - Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma tel. 06 33261809 - 06 36868910 e-mail: s.talierno@rai.it

LOMBARDIA: Segr. Daniele Ditaranto c/o sede Via S. Maurilio, 4 - 20123 Milano tel. 02 86453978 fax 02 72002182

MARCHE: Segr. Roberto Arcaleni - Piazza Giovanni XXIII° - 60033 Chiaravalle (AN) tel. e fax 071 741837

PIEMONTE: Segr. Riccardo Verrua - Via Del Carmine, 4/B Casale Monferrato - (AL) tel. 0142 454145

PUGLIA e LUCANIA: Segr. Claudio Paci - Via I. Bernini, 19 Bari tel. 080 5043790 fax 080 3483779 e-mail: pacicia@tin.it

TRENTINO ALTO ADIGE: Segr. Azelio De Santa c/o Progetto Salute - Via Milano, 118 Trento tel. 0461 912765 e-mail: desanta@progettosalutetn.it

UMBRIA: Segr. Anselmo Farabi - Via dei Cappuccinelli, 22 - 06100 Perugia tel. e fax 075 43436

TRIVENETO: Segr. Piero Patané - Via Nazareth, 2 - Padova tel. 049 850377 fax 049 850549 e-mail: piero.patane@tin.it

RAPPRESENTANZE:

FROSINONE: Segr. Antonio Palermo - Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR) tel. 0775 600664 fax 0775 621128

MASSA CARRARA: Segr. Maurizio Bonci Medici Fobbs c/o BIC Via Dorsale, 13 - 54100 Massa tel. 0585 791149 fax 0585 7987257

REGGIO EMILIA: Segr. Paolo Formentini - Via Cecati, 13/G - Reggio Emilia tel. e fax 0522 326285

TARANTO: Segr. Massimo Sabatucci - Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto tel. 099 4773840

sommario

a nervo scoperto

Modelli, strumenti e linee guida per la qualità della professione di medico competente
La qualità nella professione: una necessità o un lusso?

pag. 5
pag. 10

Tavola rotonda:

"Il medico d'azienda competente ed il sistema d'impresa. Un confronto tra il modello ANMA e le attese di clienti e fornitori"

pag. 14

IV sessione congressuale:

il Medico Competente d'Azienda e la sfida del lavoro innovato ultime dalla rete

pag. 16
pag. 19

contributi

Un nuovo metodo di riabilitazione funzionale (DBC) in pazienti con disabilità lavorativa da patologia del rachide lombare

pag. 21

Lombalgia e lavoro: il contributo della riabilitazione. Stato dell'arte

pag. 23

esperienze e materiali di lavoro

Flessibilità del congedo di maternità: esperienze di un medico competente

pag. 25

Medico Competente e Medico di base. Utilità di una collaborazione

pag. 27

Esposizione a polveri nello scarico alla rinfusa in ambito portuale

pag. 30

dibattito

ECM. Che Passione!

è successo a...

pag. 28

Taormina - Convegno SIMLII

pag. 33

da leggere in poltrona

pag. 34

In copertina: DOMENICO DIBARTOLO - La costruzione dell'ospedale di Siena (1443)

WINASPED

DALMADES s.r.l.

Produzione e sviluppo software
via Ciliegiole, 1 51100 Pistoia
tel. 0573-365480 fax 0573-27301
e-mail: dalmades@italway.it

www.medicidellavoro.it

per le ultime novità su

WINASPED

il software per gestire con
semplicità tutte le attività del
medico competente



UTILIZZO AGEVOLE ED INTUITIVO

- fase di input dei dati semplice e veloce
- interfaccia amichevole

INTRODUZIONE STANDARDIZZATA DEI DATI

- menu di appoggio a tendina
- codifica con mansionario ISTAT

ARCHIVIAZIONE DEI DATI CODIFICATA

- archivi compatti di grande capacità

GESTIONE PROTOCOLLI SANITARI AZIENDALI

- procedure automatizzate per stesura dei protocolli selezionando la mansione.

GESTIONE DENUNCIA INFORTUNI E STATISTICA

*Particolari condizioni per l'acquisto
verranno riservate ai soci della Società
Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale*

Versione Prova Valutazione a solo lire 100.000 + spese postali

Modulo di ordine per Versione Prova Valutazione (anche via fax)

Nome e Cognome			
Ditta o ragione sociale			
Indirizzo spedizione	CAP	Citta'	PR
Telefono e Fax	E-Mail		
Indirizzo di fatturazione	Partita IVA		
Pagamento in contrassegno (lire 100.000+spese postali)	Firma		

N.B: La Versione Prova Valutazione comprende la fornitura dell'intero pacchetto, manuali e licenza d'uso valida per tre mesi. L'importo versato verrà considerato in acconto sull'eventuale acquisto del pacchetto originale ai prezzi correnti.



Modelli, strumenti e linee guida per la qualità della professione di medico competente

1. TAPPE

Nel 1987 il prof. C. Vigliani, nel presentare il libro "Organizzazione della prevenzione in azienda" così scriveva:

"La medicina di azienda è un arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle nostre Scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza della azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento; presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione col consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda, organizzazione sul piano diagnostico, preventivo e anche ergonomico; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che oggi regolano il lavoro. Infine, nelle grosse e anche nelle medie aziende, diviene sempre più necessario reperire subito tutti dati indispensabili o anche soltanto utili, con sistemi di informatica, che spesso abbisognano dell'uso dei computers."¹

Dopo soli 3 anni, Armando Fiorillo, al 1° congresso della nostra associazione, nel presentare la definizione e i compiti del medico d'azienda, ribadiva:

"La definizione di Medico aziendale ... contiene alcune provocazioni dirette a noi (Medici del lavoro che operano nelle aziende), alle industrie per le quali lavoriamo, alle istituzioni. La provocazione di fondo è l'affermazione di una figura professionale ancora poco conosciuta e poco ricercata perché ci si riduce agli obblighi di legge, si ricercano solo gli esecutori delle visite periodiche: e allora vanno bene i ginecologi, i cardiologi, i pediatri, ecc. Si è invece Medici d'azienda per scelta professionale. Non è un ripiego del medico né tanto meno dello specialista in

Medicina del lavoro. È una scelta di svolgimento della professione medica; non è una scelta "di campo" né ideologica. L'obiettivo di tale scelta è la protezione dei lavoratori contro i pericoli per la salute che possono derivare dal loro lavoro e contribuire allo stabilimento e mantenimento di un livello il più alto possibile di benessere fisico e morale dei lavoratori (così recita la Raccomandazione 112 del B.I.T).

Evidentemente il raggiungimento di tale obiettivo non è riconducibile al rispetto delle leggi o dell'attuazione di norme, regolamenti, prescrizioni. ... Il medico aziendale deve giocare la propria capacità e responsabilità professionale al di là della esecuzione tecnica delle visite periodiche e della valutazione degli accertamenti sani-tari complementari."²

La mia relazione potrebbe benissimo terminare qui. Cosa altro c'è da dire? Personalmente non sono disponibile a rimettere in discussione 20 anni di lavoro, di confronto, talvolta faticoso, di evoluzione di principi e prassi consolidate solo perché 5 o 6 senatori hanno improvvisamente deciso di esercitare il proprio potere sovrano in un modo a dir poco "capriccioso".

Tra l'altro le nostre considerazioni hanno trovato ampi riscontri e consensi anche in numerosi ambiti diversi da quelli associativi. Ricordo, a questo proposito, due recenti passi importanti: il **codice di comportamento** approvato dall'associazione e il **profilo Professionale del Medico del Lavoro** pubblicato dalla CIIP a conclusione dei Convegni di Napoli e Milano, atti importanti non solo per il vasto consenso che hanno suscitato, ma anche per la proposta metodologica attuata. anni prima. Essi sono in pratica il punto di arrivo di un lungo percorso iniziato 20 anni fa, non sempre lineare e non privo di difficoltà.

Il Codice di Comportamento delinea il ruolo del medico in azienda, delineandone la peculiare posizione, che lo vede come collaboratore del datore di lavoro nel sistema gestionale aziendale ma che nello stesso tempo fornisce le proprie prestazioni a ciascun lavoratore, con il quale si instaura il classico rapporto di fiducia medico/paziente³. Il Codice di comportamento è quindi una risposta su come attuare la definizione di

Il medico competente fra storia, attualità e futuro

La crescita esponenziale nella professione di conoscenze, e lo sviluppo di procedure ormai consolidate, seppur da aggiornare continuamente, ha fatto sì che si delineasse in questi ultimi anni una figura di Medico Competente:

- con un profilo professionale a forte impronta interdisciplinare,
- fortemente sensibile alle esigenze di una formazione ed aggiornamento continuo,
- orientato alla creazione di strumenti per la buona pratica professionale, giustificati dalla efficacia e dalla valutazione economica degli interventi,
- giustamente indirizzato dalla politica delle Associazioni rappresentative della categoria verso un faticoso processo di certificazione,
- e che - fino a ieri - poteva identificarsi in una precisa connotazione accademica e definizione legislativa

Gli interventi che seguono, ripresi dalla sessione del Congresso ANMA di Ancona dello scorso giugno dedicata alla garanzia di qualità nell'operato del medico competente, vogliono essere un contributo al dibattito apertosi all'interno della professione sulle certezze maturate nel corso degli anni, sulle perplessità recentemente createsi, ma anche sulle nuove prospettive del nostro ruolo.

Essi appaiono ovviamente condizionati dalle recenti innovazioni legislative, che quantomeno appaiono contrastanti con il (faticoso) percorso di qualificazione in atto, ma che - al tempo stesso - producono un ulteriore carico di discrezionalità (e quindi di responsabilità), ed, una nuova esigenza di visibilità della figura del medico, che necessita di risposte univoche, condivise e convincenti.

Come già espresso in altre occasioni, nostra intenzione (ed auspicio) è di fornire una base di discussione per la base associativa, invitata a fornire i suoi pareri e le sue critiche su questo ed altri argomenti.

medico d'azienda che l'AMNA si diede con il suo primo convegno. Il Profilo Professionale CIIP, che comprende in parallelo anche la figura del medico del lavoro ASL, fornisce i contenuti metodologici di quell'arte particolare della medicina d'azienda a cui si riferiva Vigliani. Il metodo adottato ha seguito le seguenti tappe:

- Partire dai compiti del MC e del MSP, così come l'attuale normativa li definisce
- Evidenziare i problemi principali che derivano da difficoltà interpretative della normativa, difficoltà tecnico-professionali (conoscenze, competenze, stato dell'arte della scienza medica nel campo d'interesse), difficoltà tecnico-operative (organizzazione del sistema impresa e del sistema pubblico, problemi che sorgono sul campo...), difficoltà di comunicazione e rapporti interfunzionali. Ciascun "nodo problematico" è stato affrontato dal gruppo che è giunto alle conclusioni comuni proposte nel "documento di consenso", discusso e approvato nel Seminario di Napoli del 18-19 giugno 1999⁴.
- Definire per ciascuna delle due figure le conoscenze necessarie all'espletamento dei compiti e delle azioni sopra evidenziate
- Definire l'iter formativo e l'aggiornamento professionale necessari per raggiungere e mantenere i livelli di conoscenza e competenza richiesti.

Si è potuto in questo modo evidenziare la comune base culturale e formativa e le distinzioni tra i compiti e attività delle due figure professionali. Si sottolinea cioè lo stretto legame che deve esistere tra i **compiti** del medico competente, rimarcati dalla legge ma che nascono dalla natura stessa e dagli obiettivi della professione, le **azioni** necessarie per espletare questi compiti che costituiscono la prassi consolidata di esercizio professionale, le **conoscenze** tecniche e professionali necessarie a svolgere queste azioni, l'**iter formativo** istituzionale per raggiungerle e i titoli professionali conseguenti, le modalità di **formazione permanente** per l'aggiornamento continuo delle conoscenze.

Su queste premesse è maturata la posizione dell'associazione sull'accreditamento e sulla certificazione di qualità illustrata ai convegni di Padova 2001 e Bologna 2002.

Il processo di certificazione ipotizzato è ben illustrato nel flow chart, già presentato al citato convegno padovano del 2000⁵. Il successivo documento presentato a Bologna⁶ da Cassina e Candura e approvato dall'assemblea associativa individua alcuni punti fondamentali:



- Il medico competente è autorizzato a esercitare questa peculiare professione se ha completato l'iter di cui sopra (anche se per alcuni sappiamo che sono state aperte ampie scorciatoie, accidentate e pericolose soprattutto per gli utenti...): ogni ulteriore forma di accreditamento deve poter essere implementata su **base volontaria**
- La **formazione permanente** è un elemento importante e indispensabile per ogni processo di accreditamento, ma non è l'unico. La formazione permanente del medico competente si deve svolgere nell'ambito dell'ECM con modalità analoghe a quelle per tutti gli altri esercenti una professione medica
- L'associazione propone una forma di accreditamento che utilizza metodologie e strumenti definiti nell'ambito della normativa ISO per la **certificazione di qualità**: si certifica cioè, su richiesta del professionista, che la sua prassi professionale è conforme ai requisiti minimi definiti in un **modello standard** proposto dall'ANMA. Si riconosce che il modo di lavorare di **UN medico** corrisponde al modo corretto di lavorare **DEL medico** competente così come l'associazione lo ha definito.
- Il processo di certificazione è attuato da un ente terzo secondo una metodologia concordata con ANMA. Il ruolo principale dell'Associazione è quello quindi di predisporre lo standard e il servizio di supporto ai soci che vogliono conseguire la certificazione.

2. IL MODELLO ANMA

Con quali motivazioni l'ANMA si arrega il diritto di definire lo standard della professione del "buon" medico competente? Pur nel ribadire che il processo deve potersi svolgere su base volontaria, e quindi con la piena libertà dell'associazione di predisporre le modalità che preferisce, è evidente che il modello proposto deve avere delle chiare e profonde motivazioni che lo rendano valido per l'utenza e per i professionisti che lo vogliono adottare.

Una prima validazione del modello è di tipo storico. Non siamo nati ieri: molti protagonisti della vita associativa hanno cominciato ad occuparsi di questi problemi in tempi non sospetti, quando il medico di fabbrica era considerato il "paria" della medicina del lavoro, a differenza di chi solo molto recentemente ha scoperto l'importanza della professione, più per il business che rappresenta, temo, che per altri più nobili principi. La nostra proposta trae origine dall'esperienza maturata sul campo da più di 20 anni, nell'esercizio pratico, diretto della professione e nella quotidiana necessità di rispondere alle esigenze degli utenti, ai cambiamenti normativi, economici e sociali, all'aggiornamento scientifico.

La seconda validazione del modello è di tipo scientifico: i lavori e i documenti predisposti dall'associazione hanno sempre avuto un taglio tecnico, professionale, documentato su basi oggettive e su dati di letteratura. Abbiamo sempre cercato di evitare la formalizzazione di opinioni o prese di posizione che non trovassero riferimenti in dati e informazioni scientifiche. I lavori sono stati pubblicati e sottoposti, per quanto possibile, al vaglio critico della comunità scientifica.

L'ultima motivazione è di tipo, per così dire, politico: ci siamo sempre mossi con grande trasparenza, forse talvolta persino con ingenuità, ricercando il confronto, a volte anche conflittuale, con le Istituzioni, le parti sociali e soprattutto con le altre componenti tecnico professionali del mondo del lavoro e della prevenzione. Certo l'ANMA non nasconde il proprio ruolo di difesa e promozione degli interessi dei medici d'azienda e competenti, ma sempre con correttezza e secondo le finalità ricordate all'inizio di questa relazione. In questo momento ritengo di fondamentale importanza per gli utenti questo atteggiamento di chiarezza, di muoversi alla luce del sole, di accettazione, con umiltà, delle critiche e delle indicazioni di tutti, purché fondate su motivazioni oggettive, tecniche e scientifiche. Gli elementi fondamentali su cui si basa il model-

lo sono stati più volte ricordati anche recentemente:

1. La partecipazione al processo di **valutazione dei rischi** e la conseguente proposta di **Piano di Sorveglianza Sanitaria**
2. **L'esecuzione degli accertamenti** previsti e la loro registrazione
3. Il **giudizio di idoneità** e la collaborazione nell'individuare la miglior collocazione per ciascun lavoratore, particolarmente per coloro che presentano minori possibilità di lavoro per problemi di salute
4. La comunicazione dei **dati epidemiologici**
5. La collaborazione per i piani di **informazione e formazione**
6. I rapporti con gli **Enti pubblici e gli Organi di vigilanza**
7. La collaborazione per l'organizzazione del **Primo Soccorso**
8. Gli **adempimenti medico legali**

Molto lavoro è stato dunque realizzato e credo di poter affermare che su molti di questi contenuti ci sia ben poco da aggiungere. Restano ancora da perfezionare alcuni elementi formali fondamentali per poter proporre un metodo concreto per la certificazione di qualità:

- Il modello deve essere descritto in modo chiaro e inequivocabile, tale da renderlo immediatamente comprensibile dagli utenti (datori di lavoro e lavoratori) e dagli operatori professionali.
- La "compliance" tra modello operativo del professionista e modello standard ANMA deve essere misurabile con strumenti oggettivi disponibili per l'Ente terzo Certificatore.

Personalmente ritengo che la miglior descrizione possibile del modello

stia proprio nella messa a punto degli strumenti operativi per la verifica e di linee guida applicative per i medici competenti.

Gli elementi fondamentali sono stati più volte trattati in diversi documenti associativi: per ciascuno dei punti fondamentali prima descritti occorre quindi definire le caratteristiche operative minime e gli strumenti di valutazione di conformità.

3. STRUMENTI OPERATIVI E LINEE GUIDA

Il primo passo è quindi quello di verificare tra i documenti già pubblicati dall'associazione quanto è già disponibile e se deve essere adeguato alle nuove esigenze sopra descritte.

3.1. Valutazione dei rischi

Come linee guida, ritengo ancora validi i documenti pubblicati dal GLAMA del 87 e del 90⁷⁻⁸.

La metodologia proposta, illustrata nel flow chart presente negli atti del convegno di Ancona, riprende numerose pubblicazioni di medicina del lavoro e igiene industriale che proprio in quegli anni affrontavano le problematiche connesse all'analisi delle situazioni di lavoro e dei rispettivi rischi. Tale metodo, almeno nelle sue linee essenziali è stato proposto anche da Assolombarda prima e da Confindustria poi come guida in applicazione al D.Lgs. 626/94⁹.

Questo punto è stato ampiamente discusso negli anni successivi, con la consapevolezza che costituisce un punto nodale, sul quale in pratica il medico d'azienda fonda ogni altra sua azione successiva. Alcuni elementi emersi da questa discussione permettono di individuare i requisiti

di base e gli elementi minimi indispensabili sui quali verificare l'effettiva partecipazione del medico al processo di valutazione dei rischi:

- La valutazione dei rischi è un processo continuo, finalizzato al miglioramento delle condizioni di lavoro, e che si aggiorna con i mutamenti dell'attività lavorativa.
- Il medico deve disporre di tutte le informazioni necessarie sui processi produttivi e sull'organizzazione del lavoro.
- Il medico partecipa direttamente fin dall'inizio al processo di valutazione dei rischi, con contributi propri specifici, primo fra tutti il Piano di sorveglianza sanitaria. Qualora subentrasse nell'incarico, deve prendere atto della valutazione già effettuata e esprimere un proprio parere motivato.
- La valutazione dei rischi deve condurre alla fine, anche se con metodologie diverse, ad una valutazione individuale dei rischi a cui ciascun lavoratore è interessato.
- Il piano di sorveglianza sanitaria fa parte delle misure preventive indicate dal documento di valutazione dei rischi e si fonda sull'attuale normativa e sui rischi evidenziati.

Come strumenti di verifica ritengo insufficiente la firma del medico apposta sul documento di valutazione dei rischi. Utile potrebbe essere una sorta di autocertificazione del medico che descrive sinteticamente la propria partecipazione a tutto il processo e il proprio contributo. Tale breve relazione potrebbe anche essere inserita nel verbale della prima visita ai luoghi di lavoro.

Occorre inoltre verificare ovviamente la redazione del piano di sorveglianza sanitaria, che riporti i rischi

segue >>

PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" per l'anno 2002/2003

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2002/2003 al costo complessivo di € 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" **Si** **No**

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

Quali sono le esigenze del Medico del lavoro nello screening visivo?

4 domande dal Medico del lavoro

- Risparmio di tempo



- Affidabilità
- Qualità
- Facilità di utilizzo

2 risposte da Essilor



Automatico

Strumento **automatico** per **verificare** le principali **funzioni visive** in visione da lontano e vicino ed intermedia.

- Misurazione acuità
- Rilevamento dell'ipermetropia
- Astigmatismo
- Visione binoculare - Stereoscopia - Fusione
- Test bicromatico
- Forie - Forie in visione intermedia
- Visione dei colori - Visione dei contrasti
- Abbagliamento - tempo di recupero
- Affaticamento visivo
- Visione cinetica



Manuale

Strumento **manuale** per **esplorare** i principali parametri della **funzionalità visiva** in visione da lontano e vicino.

- Misurazione acuità
- Rilevamento dell'ipermetropia
- Astigmatismo
- Stereoscopia
- Test bicromatico
- Forie
- Colori
- **Kit Visione Intermedia** (optional)
- **Campimetro** (optional)



ESSILOR

per i quali la sorveglianza è proposta, una sintesi schematica della loro stima quantitativa, quando possibile, tutti gli accertamenti proposti, la loro periodicità, la loro motivazione. Dal piano di sorveglianza il datore di lavoro deve facilmente poter risalire a quali accertamenti sanitari ciascun singolo lavoratore dovrà essere sottoposto.

L'obbligo delle visite ai luoghi di lavoro previsto per legge può essere verificato tramite una autocertificazione del medico al datore di lavoro. Ritengo superflui strumenti più dettagliati: i sopralluoghi non sono "ispezioni" del medico, ma strumenti per meglio conoscere l'attività lavorativa.

3.2 L'esecuzione degli accertamenti

Qui mi sembra che ci sia ben poco da aggiungere a quanto già proposto: gli elementi minimi da considerare sono:

- L'esecuzione diretta del medico competente delle visite ai lavoratori.
- L'istituzione della cartella sanitaria che deve contenere anche gli elementi minimi di valutazione del rischio per il lavoratore.

Il modello proposto a suo tempo per il D.Lgs. 277/91 è ancora pienamente valido e definisce bene quali devono essere i contenuti minimi della cartella sanitaria. Ciascun medico potrà personalizzare come meglio crede il formato, anche su base informatica.

Ritengo utile formalizzare la comunicazione delle visite mediche effettuate dal medico competente con un elenco nominativo che riporti anche la data e l'esito della visita (giudizio di idoneità), come strumento per l'utente e per il verificatore sull'effettiva esecuzione degli accertamenti previsti.

3.3 Il giudizio di idoneità

Anche su questo punto si sono spesi fiumi di parole e non mi sembra il caso di insistere sui contenuti professionali dell'argomento, a mio avviso il più delicato e il più qualificante dell'attività del medico competente. Tra i requisiti minimi indicarei, oltre ovviamente la comunicazione scritta dei giudizi di non idoneità totale, temporanea o di idoneità con prescrizioni, la presenza, nei giudizi stessi o con altri strumenti formali di elementi circostanziati per la collocazione dei lavoratori che presentano ridotte possibilità lavorative, almeno in relazione ai rischi presenti nelle diverse situazioni. È questo un aspetto molto delicato, in quanto l'operato del medico non può essere facilmente ridotto in standard o moduli precostituiti; ritengo tuttavia che sia doveroso uno

sforzio per superare le indicazioni vaghe e indefinite che troppo spesso si riscontrano come prescrizioni o limitazioni nei certificati di idoneità: è fin troppo nota, per la sua totale inutilità, l'indicazione "non può svolgere lavori pesanti"...

Una possibilità è l'applicazione di una metodologia standard che permetta il confronto incrociato tra possibilità di lavoro (Profilo Sanitario) e requisiti richiesti dall'attività lavorativa (Profilo di Mansioni). È impossibile in questa sede dilungarsi su questo aspetto: alcune osservazioni metodologiche sono riportate nell'ultimo punto riguardante il flusso informativo.

3.4 La comunicazione dei risultati

La comunicazione dei risultati individuali non richiede alcuna formalizzazione, essendo personalmente eseguita dal medico. Può essere opportuno consegnare copia dei referti, ma non mi sembra un dato essenziale.

Per i dati epidemiologici, il requisito minimo è la stesura di una **relazione sanitaria** almeno annuale, per il datore di lavoro e per i rappresentanti sindacali, che può essere illustrata nel corso della riunione annuale ex articolo 11 D.Lgs. 626/94. Un modello della relazione è stato presentato a suo tempo nell'ambito del GLAMA, ma non mi risulta sia mai stato pubblicato. Sarebbe utile una rivisitazione, al fine di stabilire i contenuti minimi necessari alla luce delle novità normative nel frattempo intervenute.

3.5 Informazione e formazione dei lavoratori

Più che la partecipazione diretta come docente ai corsi di formazione, mi sembra importante sottolineare il ruolo del medico nella programmazione dei piani di formazione e nella scelta o nell'allestimento del materiale informativo. Spesso il medico competente, inoltre, risulta per gli argomenti di cui si occupa, il miglior docente, perchè conosce le reali condizioni di lavoro e dei lavoratori. Indubbiamente questo è uno dei punti più deboli per l'implementazione del sistema previsto dal D.Lgs. 626/94. Il requisito minimo può essere compreso nella partecipazione del medico alla valutazione dei rischi, con una particolare formalizzazione rispetto a questi aspetti. Al contrario dei temi precedenti, è necessario tuttavia un maggior approfondimento e discussione sui contenuti oltre che sugli aspetti documentali.

3.6 Primo soccorso

Anche per questo punto mi sembra si siano raggiunti risultati ormai ben consolidati. I requisiti minimi sono

la collaborazione del medico nel definire strutture, arredi, dotazioni dedicate al primo soccorso, la partecipazione diretta alla stesura della procedura di emergenza, la collaborazione nella progettazione dei corsi di formazione specifici per i lavoratori designati ex art. 15 d.lgs. 626. Gli strumenti formali di verifica sono semplicemente i documenti predisposti per l'organizzazione del Primo soccorso controfirmati dal medico.

3.7 I rapporti con enti Pubblici e Organi di Vigilanza

Ritengo questo punto particolarmente importante in una visione complessiva del sistema di prevenzione. È certamente uno degli aspetti più deboli: il più delle volte i rapporti non sono conflittuali, piuttosto semplicemente non esistono! È quindi certamente un argomento che dobbiamo approfondire sotto tutti i punti di vista.

3.8 Adempimenti medico legali

Per questo argomento non mi sembra sussistano problemi. Potrebbe essere utile rieditare sotto forma di linee guida quanto a suo tempo pubblicato in ambito GLAMA, già allora molto esaustivo¹⁰.

In fine, ultimo per ordine di tempo ma non per importanza, è necessario definire la logica funzionale complessiva del modo di operare del medico competente e del Servizio di prevenzione nel quale si trova ad operare, evidenziando in particolare quali sono i legami procedurali, i nessi logici e i tempi successivi dei diversi atti prima descritti. E le diverse interrelazioni con le altre figure aziendali. Una proposta interessante è stata a suo tempo formulata nell'ambito del GLAMA al fine di raccogliere alcune riflessioni critiche per l'impostazione del sistema informativo del Servizio sanitario¹¹. Il documento propone i classici 4 momenti fondamentali:

1. Conoscenze di base
2. Valutazione della situazione di lavoro
3. Valutazione della Situazione Sanitaria dei lavoratori, singolarmente e come gruppo
4. Il confronto tra situazione di lavoro e situazione sanitaria

Particolarmente interessante è lo sforzo di riconoscere le diverse interconnessioni tra le varie attività e la proposta di un metodo standard, semplice e efficace per il confronto tra situazioni di lavoro e condizioni di salute dei lavoratori (Metodo dei profili di mansione e profilo sanitario). ■



La qualità nella professione: una necessità o un lusso?

PREMESSA

Si dice spesso che la quantità non va d'accordo con la qualità, e la vicenda legata all'art. 1-bis, con l'improvvisa moltiplicazione (per 4, per 5?) del popolo dei medici competenti non può far certo eccezione a questa regola, proprio quando - verrebbe da dire - il mondo della medicina del lavoro si sta confrontando sulla necessità di uniformare comportamenti e modelli, strumenti di lavoro e percorsi formativi, nell'ottica di un progressivo miglioramento della qualità dei servizi erogati all'impresa.

I DUBBI

Relativamente al tema della qualità nella professione, l'attualità ci consegna tre interrogativi generali (ai quali chi legge può aggiungere quelli personali):

1) parafrasando un famoso giornalista televisivo, possiamo dire che la prima domanda è sorta spontanea all'indomani della dirompente novità legislativa dell'art. 1-bis:

“Che senso ha oggi parlare (ancora) di qualità nella professione di fronte a provvedimenti legislativi che sembrano ispirati a criteri di deregulation, e che allargando a dismisura l'offerta di prestazioni, incideranno probabilmente sulla qualità della tutela e sulla dignità economica del ruolo?”.

È il legittimo dubbio che ha colto la cosiddetta “base” associativa di medici del lavoro nel travagliato percorso di questi ultimi anni, a cui si aggiunge per qualcuno, direi però a torto, un sentimento di rivalsa e di sfiducia nei confronti di organizzazioni che non avrebbero sufficientemente tutelato la loro professione.

2) Un ulteriore punto di domanda che rende critico, e non scontato, l'accoglimento di una filosofia di qualità nel nostro mestiere (oggi più di ieri) è: *quale valore aggiunto possiamo aspettarci da una prevenzione di qualità?*

È a tutti capitato di osservare una scarsa percezione - da parte dell'utenza tutta - di una sostanziale differenza nel risultato, fra un'azione improntata a concetti di ef-

ficienza/efficacia, e quella ottenuta con un approccio puramente *notarile*.

Il quadro che prevale sembrerebbe, cioè, un rispetto formale della norma, che, per quanto esercizio non banale, è ancorato ad un percorso formativo accademico e nozionistico, e che sebbene sia considerato sufficiente a cautelare il datore di lavoro (ma è sempre così?), non ci sembra in grado di creare un ruolo più decisivo e “visibile” del MC nelle dinamiche dell'impresa.

Bisogna anche ammettere che attuare i requisiti minimi di adempimento è la metodologia preferita dalla maggior parte dell'imprenditoria in Italia, non so perchè parliamo delle medie, piccole e micro-imprese, con minor cultura media sulla prevenzione, ovvero perchè - anche nelle grandi aziende - ciò significa (apparentemente) spendere meno.

D'altronde si ricorda che in Europa i 19 milioni di PMI (definite dalla Raccomandazione UE del 1996 come imprese fino a 250 dipendenti) rappresentano il 99,8% del numero complessivo di imprese (dati Commissione UE), dando lavoro a 74 milioni di persone.

L'inchiesta sulla forza lavoro di Eurostat (1999) conferma inoltre

che i tassi di incidenza degli infortuni risulta puntualmente più elevato - soprattutto nei settori più critici (pesca, agricoltura, edilizia, servizi di assistenza) - se si prendono in considerazione le Piccole e Medie Imprese (PMI).

3) Il terzo interrogativo, che ci proietta nel futuro immediato, riguarda la difficoltà di accompagnare le trasformazioni del mondo del lavoro con servizi di qualità: in particolare l'espansione dei rapporti di lavoro temporanei, di rischi legati a fattori psicosociali (stress, mobbing, insicurezza del posto di lavoro) ed alle dipendenze (alcool, farmaci, droghe), all'invecchiamento progressivo, alle organizzazioni atipiche dei luoghi e degli orari di lavoro, richiedono nuove metodologie e procedure specifiche - molto legate alle evidenze sperimentali - per giungere ad efficaci livelli di tutela.

Solo un'impostazione globale del benessere sul luogo di lavoro può evidentemente svolgere una funzione di prevenzione più allargata a “nuovi” rischi e fonti di disagio, potendo mirare, con procedure efficaci, a migliorare complessivamente la qualità del lavoro ed a ridurre i costi umani e sociali di una mancanza di strategia.



ALCUNE RISPOSTE

Quanto detto può suggerirci qualche riflessione, e forse alcune prospettive:

- *la prima è che esisterà sempre una normativa il cui rispetto non sarà probabilmente sufficiente a garantire risultati improntati a concetti di qualità ed efficacia, intesa come soddisfazione dell'utenza*, attraverso un utilizzo mirato di risorse per il massimo dei benefici. Ciò deriva da una *fisiologica latenza dell'adattamento normativo* alle trasformazioni tumultuose dei cicli e delle organizzazioni lavorative: esempio tipico è stato il rispetto delle periodicità del DPR 303 - solo da poco abrogato per la parte relativa alla gestione del rischio chimico - che consente sì di essere "a posto con le carte", ma con un impegno di risorse spesso ridondante. Una prospettiva di miglioramento potrebbe essere lo sviluppo del ruolo tecnico/legislativo del M.C, il quale, insieme alle altre figure della prevenzione ed in tutte le sedi opportune, deve contribuire ad arricchire con le evidenze scientifiche derivate dalla sua esperienza la legislazione di settore, per renderla "qualitativamente" più attuale (si preannunciano importanti provvedimenti, relativi alla figura dell'RSPP, fino al T.U.) depenalizzazione dei reati non limitino gli obiettivi di tutela. D'altra parte si ritiene che una difesa della professione seria e coerente con gli obiettivi di qualità, deve partire

proprio dai tavoli di discussione delle normative tecniche. Un impegno preciso della Commissione UE nel documento relativo alla strategia comunitaria per la salute e sicurezza 2002-2006 è proprio *"l'adattamento permanente delle direttive esistenti all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, del progresso tecnico e del mondo del lavoro"*;

- la seconda considerazione riguarda il tema dei costi, i quali secondo una regola cardine dell'economia, non vanno però mai disgiunti dai ricavi. Al di là delle ovvie considerazioni legate agli obblighi etico-normativi, va ricordato infatti che l'investimento in sicurezza nelle imprese è sempre nel medio-lungo termine, ed a noi addetti ai lavori spetta una ricerca più dettagliata di indicatori numerici dei ricavi della prevenzione, ottenuti nelle singole imprese, non limitandoci più ai tradizionali dati aggregati e macroeconomici forniti dall'INAIL, relativi ai miliardi (di euro) spesi ogni anno per gli infortuni sul lavoro. Penso che sia molto più concreto abbassare sensibilmente la frequenza degli infortuni nella propria azienda e fruire della relativa legislazione premiale (D.M. 12/12/2000), far leva sui finanziamenti INAIL alle PMI, previsti dall'art. 23 del decreto 38/2000 (adeguamenti delle strutture e della organizzazione alle normative di sicurezza e igiene del lavoro), fruire delle agevolazioni fiscali a vantaggio della formazione sulla sicurezza (c.d. L. Tremonti-bis),

oppure vantare una efficace gestione integrata della salute, sicurezza ed ambiente per ottenere facilitazioni nelle assunzioni (L.24/6/97 n. 196).

- infine in un mondo del lavoro in continua trasformazione, è importante appoggiare, promuovere, e, quando possibile anticipare, le spinte al progresso, che non devono superare il proprio obiettivo (ed il proprio limite): il mantenimento di *"condizioni di lavoro che rispettino la salute, la sicurezza e la dignità del lavoratore"* (art. 31 Carta Europea dei diritti fondamentali). In un mercato in cui le parole chiave sono flessibilità, atipicità dei contratti, diversificazione del lavoro, l'obiettivo è quello di: *"creare un maggior numero di posti di lavoro di migliore qualità"* (Consiglio europeo, Lisbona, marzo 2000).

LE CRITICITÀ

Da queste prime riflessioni si possono trarre alcune indicazioni sulle criticità da prospettarsi nel traghettare i principi della qualità nella professione, ostacoli che potremo arbitrariamente suddividere in:

- interne alla professione
- interne al sistema impresa

Su entrambi i versanti possiamo ipotizzare resistenze legate ad aspetti culturali, ai costi, alla volontarietà dell'adesione, agli attuali vincoli normativi e sociali, cui si aggiunge, da parte aziendale, una notevole frammentazione sul territorio, e, per quanto ci

segue >>

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2002/2003

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2002 al costo complessivo di € 57.

già abbonato a "La Medicina del Lavoro" **Si** **No**

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

riguarda, le ultime dirompenti novità legislative.

Un'analisi più attenta e dettagliata meriterebbe - dati alla mano - il mondo delle piccole imprese e dell'artigianato, in cui si riconosce, professionalmente parlando, una larga fetta dei medici competenti, con rapporti diretti o, più spesso, mediato da Strutture di Servizi.

Rappresentando in termini percentuali la quota prevalente delle realtà lavorative in Italia, ed in termini numerici il maggior numero dei lavoratori sorvegliati, questo mercato non può evidentemente sottrarsi alle attese di qualità nei servizi.

Senza che questo possa apparire una critica spicciola, penso invece che, in questi casi, a fronte di un'attività più propriamente sanitaria (visite mediche ed accertamenti integrativi) che si giova di comportamenti e standard consolidati ("luci"), direi quindi più "certificabili", vi sia una maggiore difficoltà a tener dietro agli adempimenti ispettivi, formativi, ai rapporti con Enti esterni, e di consulenza in genere, secondo standard riconosciuti (c.d. "ombre" o punti deboli). Non deve sfuggire peraltro che la traduzione economica dell'impegno del M.C. è stata sempre maggiormente commisurata con il numero degli atti medici e di certificazione, piuttosto che con altri aspetti della professione, e questo si rende ancora più palese quando il rapporto con l'impresa è mediato da una struttura di servizi.

E più in genere possiamo incorrere in "punti deboli" della professione laddove le norme possono prestarsi ad interpretazioni varie, ovvero nelle procedure di valutazione di rischi nuovi o inusuali o francamente emergenti, la cui percezione peraltro viene spesso distorta da un'informazione non sempre chiarificatrice (v. il caso delle NIR).

Infine altro punto critico è la maggiore "visibilità" del M.C. - nell'impresa ed al di fuori di essa - che vuole produrre una tutela a largo raggio per una utenza allargata (azienda, lavoratori, collettività, ambiente), che si traduca in un vero e proprio benessere fisico, psichico, ma anche sociale ed ambientale, e che richiede indicatori che non siano semplicemente l'assenza di infortuni o di malattie professionali.

PROPOSTE E PROSPETTIVE

Quale può essere il contributo del Medico Competente, e delle associazioni professionali in cui si

riconosce, per favorire una svolta qualitativa della medicina del lavoro, ed in particolare della medicina aziendale?

Direi che il primo passo sia quello di credere fortemente che sia questa, cioè la qualità che scaturisce da un continuo aggiornamento della professione, la "moneta" spendibile in tutte le occasioni di confronto, per acquisire credibilità con i diversi interlocutori in causa: i lavoratori/utenti e le loro rappresentanze, i datori di lavoro/clienti e le associazioni datoriali, le diverse funzioni aziendali/partner interessate al processo, le associazioni ambientaliste, gli Organi di Vigilanza e di controllo (qualità) del nostro operato.

Da ciò deriva una serie di azioni a difesa della professione, che sinteticamente possiamo elencare:

- difesa *ad oltranza* dell'applicazione sul campo della attualissima definizione ANMA del Medico Competente (1990);
- consolidamento di tutto il patrimonio culturale e di esperienza che la prevenzione in azienda ha accumulato e che - al netto di necessari adeguamenti ai tempi - si ritiene che non debba essere più sottoposto a discussione;
- definizione, creazione, o più realisticamente validazione di strumenti quali linee guida, cui affidare un compito certamente non facile:

- 1) forte affermazione degli aspetti più collaudati della professione, legittimati da anni di applicazione sul campo e di confronti con Enti di controllo,
- 2) implementazione delle nozioni accademiche e giuridiche con i risvolti ed i feedback appresi dal "contesto aziendale", al fine di conferire originalità, specificità e

reale applicabilità;

- 3) sviluppo di procedure e modelli di comportamento per inoltrarsi nei "punti deboli" del sistema (gli aspetti problematici della professione), ed occupare gli spazi di discrezionalità derivanti dall'interpretazione di norme non univoche;
- 4) risultare tempestive nell'affrontare e gestire - a volte ancor prima di norme legislative dedicate - rischi emergenti o inusuali;
- 5) rispettare in ogni caso una certa discrezionalità nel giudizio, che possa salvaguardare l'autonomia del professionista laddove motivata dall'analisi della specificità dei singoli casi, impedendo che uno strumento operativo nato con lodevoli intenzioni di armonizzazione, venga utilizzato come indiscriminato "vademecum" sanzionatorio.

- lo sviluppo di percorsi formativi, da iscriversi negli schemi e nelle procedure dell'aggiornamento continuo in medicina ECM, che rispondano alle richieste di qualità della "nuova" medicina occupazionale. Le prospettive future guardano infatti ad un allargamento delle finalità della medicina d'azienda ed alla diffusione di un concetto più estensivo di sicurezza, che comprenda il rispetto dell'ambiente, la promozione della salute, il perseguimento di uno sviluppo sostenibile.
- In accordo con le strategie globali dell'OMS sulla sicurezza e la salute occupazionale, riprese recentemente dal Ministero della Salute, si può affermare infatti che "...la medicina occupazionale è fondamentale per la salute pubblica". Ed ancora che "...abbiamo imparato che malattie so-



ciali maggiori (AIDS, cardiopatie, ecc.) necessitano di interventi sui luoghi di lavoro come parte di una strategia globale di controllo”.

La metodologia con cui l'ANMA ritiene di intervenire su questo tema è stata illustrata nel documento associativo di Bologna 2001.

UN MODELLO OPERATIVO

Al di là quindi delle necessità dettate dai singoli comparti di attività, è auspicabile che si affermi un modello di operatività all'interno dell'impresa che vada oltre il semplice rispetto delle leggi, che soddisfi al tempo stesso le esigenze di qualità e di economia di esercizio, e che si presti alle procedure di certificazione. Un auspicio che è incoraggiato dalle segnalazioni di aziende - anche piccole e medie - che in numero sempre maggiore vede in questo uno strumento di crescita ed una leva competitiva per il mercato.

Pur non essendovi, come è noto, norme della famiglia ISO sul tema della medicina del lavoro, sono stati pubblicati comunque autorevoli documenti che puntano nella sostanza ad una gestione razionale ed efficace della salute e della sicurezza nelle imprese, integrandole con il rispetto dell'ambiente e con il sistema qualità, e sviluppando la cultura della buona pratica nella prevenzione (BS 8000, OHSAS 18000, UNI - INAIL. ecc.).

In particolare le linee-guida sui sistemi di gestione di sicurezza e salute sul lavoro, promosse dall'International Labour Organisation (ILO - OSH, ottobre 2001), prevedono le cinque principali sezioni della Politica aziendale, Organizzazione e responsabilità, Pianificazione ed implementazione, Valutazione delle performance ed Azioni correttive per il miglioramento continuo (10).

In previsione di una adesione (volontaria) a procedure di certificazione, si ritiene auspicabile un modello che sia connotato, quindi, come requisiti minimi, da:

- una validazione delle strategie di prevenzione da parte della direzione
- una stretta collaborazione tra le varie funzioni interessate (gestione integrata EHS)
- lo sviluppo di programmi degli adempimenti con individuazione di tempi e responsabilità
- iniziative periodiche di formazione e corresponsabilizzazione
- creazione di indicatori di efficienza (n. infortuni; % visite effettuate rispetto al programma; me-

dia percentuale degli IBE rispetto ai TLV, test di apprendimento delle sedute formative, ecc.)

- creazione di azioni correttive per il miglioramento

CONCLUSIONI

Alla domanda che costituisce anche il titolo di questo contributo bisogna dare una risposta non ovvia, ma articolata in modo da contribuire a motivare gli sforzi associativi ed individuali verso un miglioramento continuo anche della nostra professione.

Va ribadito, peraltro, che la verifica dell'operato del M.C. deve intendersi non come una valutazione delle proprie conoscenze - già "certificate" in sede accademica, ma comunque da assoggettare ad una continua "manutenzione" con l'aggiornamento professionale - ma va riferita a quel complesso organizzato di procedure, comportamenti ed adempimenti che rappresenta il suo modello di intervento nelle aziende. Tale modello, peraltro,

deve implementarsi in un sistema di processi condotti con obiettivi comuni da più soggetti, con una naturale tendenza alla "osmosi" tra le varie competenze e discipline (medica, tecnica, giuridica, formativa, gestionale, organizzativa, ecc.)

Sul piano operativo, inoltre, si ritiene che la procedura più realistica - tenuto anche conto dell'assenza di norme della famiglia ISO che possano certificare la singola figura professionale ovvero qualsivoglia Sistema di Gestione di Sicurezza sul Lavoro - sia quella di provvedere alla certificazione di un modello ANMA di intervento, all'interno del quale condividere le procedure avvalendosi di un Ente esterno accreditato. La creazione eventuale di figure di valutatori/accreditori, interne all'associazione, può aiutare i singoli professionisti nel loro percorso, che si ritiene debba mantenersi facoltativo e da non sottoporsi, in quanto tale, al controllo di autorità di Vigilanza. ■

Umberto Candura



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Congresso Nazionale 2002

Garanzia di qualità:

Nuova frontiera per

il Medico Competente

15 Anni
di ANMA



Portonovo di Ancona, 20-22 giugno
Centro Congressi Hotel La Fonte

Con il Patrocinio di Regione Marche e Comune di Ancona

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Segreteria ANMA
Via S. Maurizio, 4 20123 Milano • Tel. 0286453978 • Fax 0272002182
E-mail: maurilio@nclink.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA:
A. Fiorillo, G. Boschirolì, G. Briatico Vangosa, U. Candura, T. Cassina,
G. D'Allo, G. Farina, T. Remondelli



Tavola rotonda: “Il medico d’azienda competente ed il sistema d’impresa. Un confronto tra il modello ANMA e le attese di clienti e fornitori”

Il 21 giugno nel corso della seconda sessione del nostro Congresso Nazionale 2002, dedicata alla garanzia di qualità dell’operato del medico d’azienda competente, si è svolta, come da programma, la tavola rotonda “Il medico d’azienda competente ed il sistema d’impresa. Un confronto tra il modello ANMA e le attese di clienti e fornitori”.

Gilberto Boschiroli ed Umberto Candura, che hanno evidenziato la maturità e la serietà delle posizioni dell’ANMA. Posizioni non corporative, non demagogiche, di ampia disponibilità al confronto ed al dialogo costruttivo.

Siamo certi che questo nostro sentimento è stato colto in pieno dai Relatori invitati alla Tavola rotonda: il professore Alessandro Berra delegato dal dottor Guidalberto Guidi, vicepresidente di Confindustria, a rappresentare l’Ente; il professore Vito Foà presidente della CIIP; il professore Mario Governa, cattedratico di Medicina del Lavoro ed in rappresentanza dell’Università di Ancona; il dottore Giovanni Guerisoli, segretario generale aggiunto della CISL in rappresentanza della Triplice. Per un improvviso impedimento il professor Luigi Ambrosi, presidente della SIMLII, non ha potuto presenziare alla Tavola rotonda, ma ci ha onorati della Sua presenza giovedì pomerig-

gio presentando il progetto della SIMLII sull’accreditamento e aggiornamento professionale del medico competente e le azioni che essa sta sviluppando in risposta all’articolo 1bis della Legge 1/2002. Siamo grati al professor Ambrosi per le espressioni di stima e di amicizia dimostrate per la nostra Associazione.

Non è cosa agile riassumere in poche righe le conclusioni di un dibattito lungo e articolato. Forse è più costruttivo evidenziare molto sinteticamente due aspetti: uno buono ed uno cattivo, come si usa scherzosamente dire, piuttosto che tentare una cronaca dei diversi interventi.

Prima la buona. Il dibattito ha ovviamente abbracciato il Decreto Legislativo 25/2002 dove si è registrata la sostanziale coincidenza sull’attesa di un ruolo centrale e decisivo del medico competente nel progetto preventivo. Un medico “giusto visi-

L’interesse dimostrato dai Relatori invitati e dai congressisti è andato oltre ogni aspettativa. Basti dire che il dibattito è stato autoritariamente, si fa per dire, sospeso ben oltre le 13,30 solo perchè il ristorante minacciava pesanti ritorsioni nel caso i convenuti non avessero assaporato nei tempi prefissati i manicaretti del buffet. Eppure la sessione congressuale di venerdì 21 era iniziata puntualmente alle 9 ed il break era stato veloce e spartano.

Si deve dare plauso agli organizzatori per aver anticipato la Tavola Rotonda con due relazioni introduttive di alto spessore, presentate sapientemente e con passione dai colleghi



tatore”, non gestore di visitificio quindi, che sgravato dalle periodicità dovrà dedicarsi con cura alla valutazione dell’esposizione dei lavoratori agli agenti chimici. Un medico inserito nel contesto aziendale che lavora in team con le altre componenti dedicate alla prevenzione.

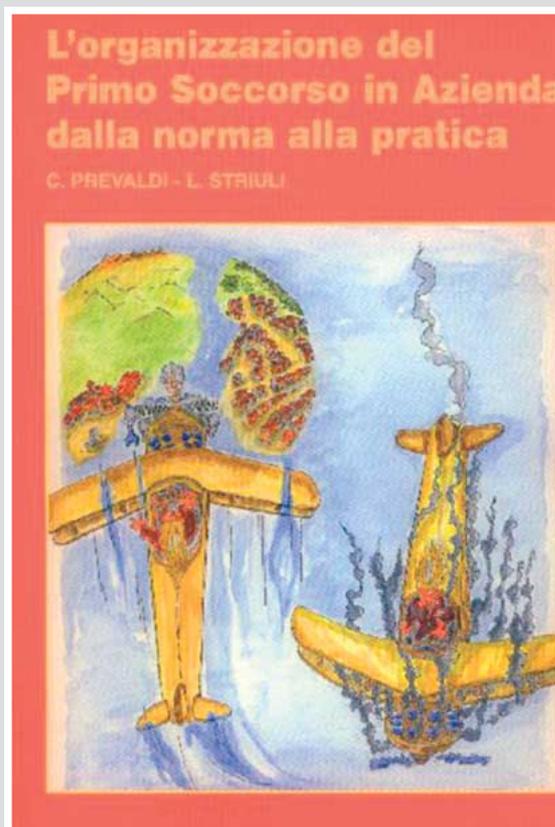
Non possiamo che essere soddisfatti di questa affermazione, anche se ancora troppo teorica considerate le difficoltà che molti di noi incontrano nel quotidiano nel presentarsi con questo stile professionale, lo stile del medico d’azienda competente dell’ANMA fedele al Codice di Comportamento.

Ed ecco la cattiva: la preoccupazione ribadita dal sindacato, già dichiarata nel gennaio scorso a Roma durante un incontro avuto tra le varie associazioni mediche e rappresentanti di CGIL, CISL e UIL, di una certa distanza ed uno scollamento tra il medico competente e gli RLS.

L’Assemblea dei nostri associati ha raccolto la provocazione portando a favore della nostra disponibilità al dialogo in azienda, fra l’altro sancita dal nostro Codice di Comportamento, varie ed articolate testimonianze. Non possiamo però negare che esistono delle distorsioni, ad esempio nelle situazioni in cui il medico competente attua una politica del “mordi e fuggi”. Siamo però convinti che la provocazione era rivolta anche agli altri attori della Tavola rotonda.

Luci ed ombre della nostra attività, per riprendere quanto presentato da Umberto Candura. Pregi e difetti delle iniziative di confronto e di dialogo. Sta di fatto che l’evoluzione della normativa e della coscienza sociale ci indica un percorso obbligato: l’aggiornamento continuo e costante; la trasparenza, la qualità e la tracciabilità della nostra attività professionale; la disponibilità al dialogo ed alla comunicazione.

È un impegno per ognuno di noi che potrà e dovrà trovare nella nostra Associazione i facilitatori per raggiungere questo obiettivo. ■



L’organizzazione delle attività di primo soccorso, la qualità e la tempestività del soccorso, è strategica, fattore critico di successo, per limitare i danni conseguenti ad un infortunio o legati ad una patologia personale. L’organizzazione aziendale deve quindi garantire alla comunità lavorativa un qualificato ed efficiente Primo soccorso sia per tutti coloro che a qualsiasi titolo si trovano nel recinto aziendale sia per quei dipendenti che svolgono attività all’esterno. È dunque fondamentale acquisire elementi tecnici onde dimensionare l’organizzazione delle attività di primo soccorso in funzione della qualità e dell’entità dei rischi potenziali originabili dalle attività esercitate, delle caratteristiche del territorio in cui è ubicato l’insediamento produttivo, delle caratteristiche delle risorse umane impegnate. Il tutto in termini di efficacia ed efficienza come richiede la norma, e ovviamente con un occhio attento ai costi. L’imprenditore, le sue risorse tecniche dedicate alla prevenzione ed alla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, devono impegnarsi, ciascuno per la propria competenza e responsabilità penale, professionale sociale, a costruire un sistema di gestione integrato che è ricetta complessa di situazioni, di attività umane, di relazioni all’interno ed all’esterno dell’azienda. Questa pubblicazione offre un valido aiuto a quelle funzioni aziendali che sono chiamate a dare sostanza alla politica aziendale in tema di salute e di sicurezza, fornendo spunti innovativi maturati dall’esperienza quotidiana del medico aziendale, oggi definito competente dalla legge, per rendere attuabili le procedure di primo intervento sanitario. In fatti, il piano dell’opera è orientato a dettagliare gli aspetti organizzativi del primo soccorso in azienda che sono il primum movens per rendere efficaci gli sforzi ed i costi dell’organizzazione del primo soccorso, senza però tralasciare gli da immagini semplificate e leggibili.



IV sessione congressuale: il Medico Competente d'Azienda e la sfida del lavoro innovato

La IV Sessione congressuale, "Il Medico Competente d'Azienda e la sfida del lavoro innovato", ha previsto la presentazione di tre relazioni rispettivamente dedicate al lavoro interinale, al lavoro notturno ed a quello in missione all'estero.

Scopo delle tre relazioni è quello di fornire ai medici competenti sui singoli argomenti trattati degli "orientamenti operativi".

I relatori e la Commissione Scientifica dell'Associazione, avendo ben chiara la molteplicità delle situazioni, non hanno volutamente delineato delle linee guida e hanno invece perseguito l'obiettivo di individuare delle indicazioni operative e comportamentali cui il medico competente potesse ispirarsi e fare riferimento durante la sua attività.

L'introduzione nel nostro Paese con la legge 196/1997 dei contratti di lavoro "atipico" (a tempo determinato e interinale), la normazione con il D. Lgs. 532/1999 del lavoro notturno (in realtà già da molto tempo prima oggetto dell'attenzione dei medici competenti) e la crescente presenza nelle aziende di personale in trasferta all'estero in Paesi anche "a rischio" dal punto di vista socio-sanitario, ampliando ulteriormente l'area di interesse del medico competente, lo sollecitano all'acquisizione di nuove e maggiori conoscenze e abilità.

Per chi si occupa di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, l'introduzione nel nostro Paese dei contratti di lavoro interinale si è tradotta in una nuova sfida per il raggiungimento dell'obiettivo di assicurare ai lavoratori interinali lo stesso livello di tutela garantito agli altri lavoratori.

Al di là dell'interpretazione delle norme, i problemi operativi che stanno incontrando le aziende utilizzatrici e fornitrici di lavoro interinale che, coordinandosi, cercano di raggiungere quell'obiettivo, impongono al medico competente un ruolo attivo improntato dalla ricerca e dalla proposta di soluzioni semplici ma efficaci.

La normazione del lavoro notturno se da un lato impone al medico competente il recupero e l'utilizzo di tutta la sua vasta cultura clinica per il corretto accertamento del giudizio di idoneità del lavoratore notturno, dall'altro, in caso di inidoneità, presuppone una equilibrata capacità relazionale non solo nei confronti dell'azienda, ma anche e soprattutto con il lavoratore notturno che spesso sceglie questo turno per motivi economici.

Peraltro la gestione delle problematiche connesse alle trasferte dei lavoratori all'estero comporta per il medico competente l'acquisizione di conoscenze che non fanno abitualmente parte del suo bagaglio culturale nei campi dell'infettivologia, della medicina tropicale e del turismo.

Sempre a proposito delle problematiche connesse al lavoro in trasferta, segnalano un interessante articolo riguardante sia l'impatto che le frequenti e protratte trasferte all'estero hanno sulla vita familiare dei trasferisti, che i riflessi di questi disagi familiari sui trasferisti stessi (C. M. Espino e Al. "International business travel: impact on families and travellers", *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 59, n° 5 maggio 2002).

Evidentemente il nostro futuro, la capacità di conquistare nuovi spazi, dipenderà anche dalla nostra apertura mentale nel cogliere di un potenziale "rischio" non soltanto le implicazioni strettamente legate al nostro abituale approccio culturale.

La rilevanza degli argomenti trattati dalle tre relazioni presentate durante la Sessione, è attestata dai contenuti della nuova Strategia comunitaria 2002/2006 "per il continuo miglioramento del benessere fisico, morale e sociale sul luogo di lavoro", presentata a Barcellona lo scorso aprile con il titolo, indicativo, di "Adattamenti alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006".

Infatti il sesto degli otto obiettivi della Strategia si intitola "necessità di prendere in considerazione le trasformazioni nelle forme di occupazione e nelle modalità di organizzazione del lavoro e dell'orario di lavoro".

Pertanto i lavoratori con rapporti di lavoro atipico o precario, o che prevedono lavoro notturno oppure frequenti e protratte trasferte, sono considerati dal legislatore europeo "gruppi sensibili" ai fini della tutela della salute e sicurezza. Di seguito riportiamo gli abstract delle tre relazioni che trovate nella loro interezza negli Atti congressuali. ■

IL RUOLO DEL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE NEL LAVORO INTERINALE: ORIENTAMENTI OPERATIVI

Nella prima parte della relazione dedicata all'inquadramento generale dell'argomento, dopo aver indicato i principali riferimenti normativi e i dati qualitativi e quantitativi del fenomeno del lavoro interinale, viene descritto il dibattito in corso sull'interpretazione delle norme specialmente per quanto riguarda il tema della sorveglianza sanitaria.

Successivamente vengono evidenziate le problematiche che le imprese fornitrici e utilizzatrici incontrano nel cercare di adempiere agli obblighi di sicurezza in rapporto alle caratteristiche prevalenti delle missioni (progressiva riduzione dei tempi e prevalente richiesta di lavoro interinale per fare fronte a picchi produttivi).

Gli "orientamenti operativi", delineati nella seconda parte della relazione, hanno lo scopo di dare al medico competente visibilità in azienda anche sul tema del lavoro interinale.

Da qui l'indicazione per la sua collaborazione alla predisposizione delle misure preventive e protettive inerenti i vari aspetti della sicurezza del lavoratore interinale durante la missione, partendo dalla collaborazione all'aggiornamento mirato della valutazione dei rischi.

Per le particolari implicazioni, notevole risalto viene dato agli orientamenti operativi riguardanti i temi della sorveglianza sanitaria, della gestione della cartella sanitaria e di rischio e del flusso dei giudizi di idoneità. ■

Daniele Ditaranto

LA SORVEGLIANZA SANITARIA IN ADDETTI A LAVORO NOTTURNO (D.L. 26/11/99 N.532)

Grande attenzione va data alla lettura del testo del D.L. 26/11/99 n. 532 relativamente alle definizioni di "lavoro notturno" e di "lavoratore notturno" ed al riguardo viene sottolineata dall'autore la necessità, ai fini di una corretta programmazione di un piano di Sorveglianza Sanitaria, di fare espressa richiesta alle funzioni aziendali a ciò delegate dell'elenco dei lavoratori dal Datore di Lavoro ritenuti rispondenti alla definizio-

ne del Decreto Legislativo, che abbiano o no altre voci di rischio valutate come soggette a controllo sanitario.

Relativamente all'apporto che il Medico Competente può dare circa la riduzione al minimo degli effetti causati dall'alterazione del ritmo circadiano a cui possono essere soggetti i lavoratori esposti al turno notturno, resta quello di minimizzare gli spostamenti delle rotazioni (non più di una volta ogni 2-3 settimane) ed il consiglio di utilizzare una rotazione che rispetti il cosiddetto schema naturale del mattino-pomeriggio-notte, con l'inserimento del riposo compensativo dopo il turno notturno.

Viene poi suggerita una check list da sottoporre preliminarmente ai soggetti da arruolare per la prima volta tra coloro che saranno esposti al "rischio" lavoro notturno, utilizzabile anche a scopi statistici, ove si segnala la presenza o meno di alcune condizioni che possono essere considerate potenzialmente controindicanti l'attività notturna.

Viene quindi proposto un elenco non esaustivo di patologie da considerare e valutare con professionalità e senso critico che schematicamente vengono raccolte in:

- con controindicazione assoluta e stabile al lavoro notturno (difficilmente reversibili o compensate in modo sufficiente da terapia);
- con controindicazione assoluta temporanea al lavoro notturno (reversibili o compensate dalla terapia);
- con controindicazione relativa al lavoro notturno (eventualmente da valutare con lo specialista).

In merito al periodismo del controllo sanitario, il Decreto stabilisce una cadenza di "almeno ogni due anni". Il Medico Competente potrà considerare un periodismo più ravvicinato come "prescrizione" allorché la documentazione specialistica afferita in cartella sanitaria e di rischio rimanderà ad una rivalutazione diagnostica o prognostica a tempi più ravvicinati.

Le controindicazioni al lavoro notturno possono, per ultimo, differenziarsi da quelle per lavoro a turni (due o tre turni). Il turno notturno fisso, realtà marginale ma esistente in ambito lavorativo, potrebbe ipoteticamente evidenziare controindicazioni minori rispetto al lavoro che prevede l'alternanza dei turni, in quanto è prevedibile un adeguamento del soggetto che evita continui recuperi potenzialmente nocivi alla salute, ma in certi casi lo scotto da pagare è l'evidenziarsi di problematiche legate ai rapporti familiari, sociali ed ad una non fisiologica esposizione alla luce naturale comportanti disturbi sia della sfera somatica che psichica.

Resta sicuramente da sottolineare, specie di fronte a problematiche emergenti da condizioni di lavoro come il lavoro notturno, la grande importanza che assume la capacità di approfondimento e la sensibilità diagnostica del Medico Competente oltre che la sua conoscenza della realtà lavorativa, tutti ingredienti che qualcuno ama definire l'arte del medico, mai come in questo caso ritenuti indispensabili per esprimere un giudizio di idoneità lavorativa non soggetto a contestazioni o critiche. ■

Guglielmo D'Allio

IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI IN MISSIONE ALL'ESTERO

Il DLgs 626/94, rappresenta l'unico riferimento legislativo che permette di tutelare la salute di questa peculiare tipologia di lavoratori. L'introduzione dell'obbligo della valutazione del rischio (assessment of risk) previsto da questo decreto, rappresenta lo strumento metodologico ed operativo finalizzato sia ad individuare i fattori di rischio per la salute connessi all'attività lavorativa all'estero, sia ad adottare le necessarie misure di prevenzione e di protezione. In questo modo, possono essere individuati: 1) i rischi legati al comparto produttivo dell'azienda; 2) i rischi legati alla mansione specifica; 3) i rischi legati all'area geografica. Il terzo punto evidenzia l'obbligo, per l'azienda, di valutare anche i rischi legati al paese di destinazione, rappresentati: dal clima, dall'area di residenza lavorativa (urbana/extraurbana), dalle condizioni abitative

(presenza di vettori d'infezione), dalle condizioni di vita (approvvigionamento idrico, sicurezza del cibo). Di conseguenza, l'azienda deve impostare, con la collaborazione del medico del Lavoro e del servizio di prevenzione e protezione, programmi di prevenzione e di sorveglianza sanitaria. Il ruolo del medico del lavoro, in questo contesto, dal punto di vista metodologico, può essere così schematizzato: a) sorveglianza sanitaria (visita medica ed accertamenti di laboratorio e strumentali mirati alla formazione del giudizio di idoneità per svolgere la mansione specifica all'estero); b) vaccinazioni (organizzazione delle vaccinazioni richieste dai Paesi di destinazione, obbligatorie per la mansione specifiche, identificate dal medico del lavoro per il potenziale rischio biologico rappresentato da alcune malattie infettive); c) profilassi antimalarica; d) istituzione di un libretto sanitario aziendale (comprensivo delle vaccinazioni effettuate); e) definizione delle procedure di emergenza sanitaria (presidi di primo soccorso sul posto di lavoro ed in condizioni di lavoro in isolamento: organizzazione dell'emergenza sanitaria ed integrazione con i riferimenti sanitari locali; f) analisi epidemiologica di forme cliniche eventualmente comparse al rientro del lavoratore.

Il momento decisivo è la verifica dell'idoneità lavorativa alla mansione specifica in relazione allo svolgimento della stessa all'estero. Il giudizio d'idoneità deve essere parametrato alle due variabili fondamentali rappresentate sia dall'itinerario/destinazione del viaggio che dalle condizioni di salute di chi viaggia ■

P. Bianco





Abbiamo
a cuore il
vostro
benessere!

Argomenti: vantaggi



Sedili ergonomici collezione Shape by Kerstin Hagge, Alfred Puchta

Conformi ed ampiamente superiori alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute, a tutela del lavoro al VDT, previste dal D.Lvo 626/94 e successivi aggiornamenti

Conformi, a norma di legge, alle Linee Guida per il corretto impiego dei videoterminali emanate con Decreto Ministeriale 2 ottobre 2000 e Circolare n° 16 del 25 gennaio 2001

Conformi alla Norma dell'Unione Europea EN 1335 parte 1 - 2 - 3

Attestato di Idoneità, a conferma della Qualità Ergonomica, rilasciato dal CEMOC - Unità Operativa di Medicina del Lavoro - ICP di Milano

Dauphin Italia, Via Durini 3 - Milano
Tel. 02.76018394 - Fax 02.76021723
www.dauphin.it - dauphin@dauphin.it



DAUPHIN
The HumanDesign® Company

SICUREZZA SUL LAVORO: TESTO UNICO ENTRO L'ANNO

Questo uno dei temi affrontati dal ministro del Welfare intervenuto alla terza Convention dei RSPSP organizzata da Assolombarda.

Nei giorni scorsi si è svolta a Milano la terza Convention dei Responsabili (RSPSP) e Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione organizzata da Assolombarda.

Al centro dell'evento è stata la valutazione delle competenze professionali richieste ai Responsabili e Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione in azienda, alla luce della sentenza della Corte di Giustizia Europea che ha rilevato nella legislazione italiana l'assenza di una chiara definizione dei requisiti degli incarichi dell'attività di prevenzione e protezione. (PuntoSicuro n.444) La convention ha voluto fare il punto sul coordinamento e sulle modalità di valutazione e aggiornamento di queste importanti figure aziendali con l'obiettivo di creare un momento di aggregazione e di condivisione delle diverse esperienze.

La mattinata è stata dedicata al confronto delle esperienze professionali e ai gruppi di lavoro, mentre la sessione pomeridiana si è conclusa con gli interventi del Presidente di Assolombarda, Michele Perini, e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Roberto Maroni, dedicati allo scenario legislativo in materia di salute e sicurezza sul lavoro e alle iniziative da sviluppare per continuare l'opera di diffusione della cultura della prevenzione.

Parlando del quadro normativo, il Presidente di Assolombarda ha rilevato che *"nel tempo, norme su norme si sono stratificate senza che ci si preoccupasse di razionalizzarle: duplicazioni e sovrapposizioni sono, purtroppo, il nostro amaro pane quotidiano. Non da oggi e non solo secondo le imprese, è tempo di risistemare i testi sulla sicurezza e sulla salute sul lavoro, ispirandosi a pochi, chiari principi riordino, coordinamento e armonizzazione in un Testo Unico di tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori; semplificazione ed eventuale modifica di disposizioni che si siano rivelate, in base all'esperienza, "pura burocrazia"; riordino dell'apparato sanzionatorio e degli strumenti correlati; studio di meccanismi contributivi e fiscali per incentivare l'attività di prevenzione; riordino e razionalizzazione delle competenze istituzionali per evitare sovrapposizioni e duplicazioni di interventi e per garantire indirizzi generali uniformi sul territorio nazionale nell'interpretazione e applicazione delle norme"*.

Il ministro Maroni ha annunciato che entro l'anno sarà realizzato il Testo Unico e "quasi contestualmente i regolamenti attuativi", per i quali il ministero è già al lavoro.

Il miglioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori italiani non si raggiunge solo con interventi legislativi; secondo il ministro "occorre anche che ci sia un atteggiamento diverso da parte dello Stato e del sistema dei controllori nei confronti delle imprese".

A tale proposito ha annunciato "un corpo unico per le ispezioni che integri le competenze di diversi ministeri, dall'Economia al Welfare, dalla Sanità all'Ambiente".

STRESS LAVORATIVO: AL VIA LA CAMPAGNA INFORMATIVA

L'iniziativa dell'Agenzia europea mira ad accrescere la consapevolezza dei rischi dello stress legato al lavoro e a suggerire soluzioni efficaci.

L'Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro ha lanciato in questi giorni, presso il Parlamento europeo a Strasburgo, una vasta campagna di informazione mirata a combattere lo stress legato al lavoro, che rappresenta la seconda malattia professionale più diffusa nell'Unione europea dopo il mal di schiena.

L'iniziativa, che rappresenta l'elemento centrale della Settimana europea per la salute e la sicurezza sul lavoro, sarà la prima campagna a livello europeo ad affrontare lo stress legato all'attività lavorativa, un problema che, secondo le stime, interessa oltre 40 milioni di lavoratori nei paesi UE.

Infatti da una recente indagine emerge che il 28% dei lavoratori dei Paesi UE afferma di essere affetto da stress legato al lavoro; in particolare le donne sembrano soffrirne in maniera leggermente superiore rispetto agli uomini, ma per entrambi i sessi, lo stress può rappresentare un problema in tutti i settori e a tutti i livelli di un'organizzazione.

Una delle cause più comuni dello stress lavorativo è la mancanza di controllo del proprio lavoro. Il 35% dei dipendenti, ad esempio, sostiene di non avere alcuna autorità sull'ordine delle proprie mansioni e il 55% afferma di non avere alcuna influenza sul tempo di lavoro. La monotonia, i tempi di scadenza ristretti (a cui afferma di attenersi regolarmente il 29% degli impiegati) e il mobbing sono alcuni dei fattori dell'equazione.

I costi umani sono rilevanti. Si stima che le malattie cardiovascolari nell'UE siano dovute, per il 16% negli uomini e per il 22% nelle donne, allo stress legato all'attività lavorativa. A questo problema si associano altre malattie e condizioni, quali i disturbi muscolo-scheletrici e problemi di salute mentale.

Il problema ha inoltre pesanti risvolti economici; dal 50% al 60% dell'assenteismo, ad esempio, è riconducibile allo stress nell'ambiente di lavoro. Associato ai costi sanitari connessi, il conto annuale complessivo per l'UE è stimato pari a circa 20 miliardi di euro, senza considerare la perdita di produttività.

"Lo stress è un problema crescente con enormi costi umani ed economici, ma non dobbiamo accettarlo," afferma la Sig.ra Anna Diamantopoulou, commissario europeo per l'Occupazione e gli affari sociali. *"La Commissione è convinta che lo stress legato al lavoro può e deve essere prevenuto. Tuttavia, sappiamo che l'unico modo per affrontarlo effettivamente è quello di lavorare tutti insieme. Ciò vuol dire che tutti partecipino: dai politici ai ricercatori, ai partner sociali, fino ai singoli lavoratori. La campagna organizzata dall'Agenzia è un passo importante in questa direzione"*.

La campagna, che è sostenuta da tutti gli Stati membri, la Commissione europea e il Parlamento, i sindacati e le associazioni dei datori di lavoro si concluderà in ottobre in concomitanza con la Settimana europea per la salute e la sicurezza sul lavoro, che in Italia si svolgerà dal 21 al 25 ottobre 2002.

Hans-Horst Konkolewsky, direttore dell'Agenzia europea, aggiunge: *"Sebbene l'estensione di questo problema in crescita vari marginalmente tra gli Stati membri, le cause sono molto simili in tutta l'UE, garantendo una campagna di livello europeo. La nostra campagna, Lavorare con Stress, ci consentirà non soltanto di ottenere economie di scala ma, cosa più importante, di contare su e diffondere esempi di buona prassi per combattere lo stress legato al lavoro in tutta l'Unione. Nessun singolo paese ha la soluzione; insieme, tuttavia, possiamo intervenire su questo gravoso problema sotto l'aspetto umano ed economico."*

A sostegno di questa iniziativa, la campagna dell'Agenzia consentirà di accrescere la consapevolezza dei rischi dello stress legato al lavoro e suggerire soluzioni efficaci attraverso una serie di strumenti, fra cui pacchetti informativi completi in tutte le 11 lingue UE, manifesti, opuscoli e un sito web multilingue.

L'Agenzia annuncerà anche i vincitori dei premi per la **Buona prassi europea** destinati alle organizzazioni che hanno affrontato con maggior successo il problema dello stress connesso all'attività lavorativa e alcuni suoi elementi scatenanti.

GRAVIDANZA E LAVORO

Alcune riflessioni sulla tutela della salute delle lavoratrici gestanti.

Il periodico *Dati Inail*, in un numero dedicato all'analisi dell'andamento infortunistico del lavoro al femminile, ha affrontato il tema della tutela della salute della lavoratrice gestante e del nascituro.

La salute della donna in gravidanza e del nascituro possono essere messe in pericolo non solo dall'esposizione ad alcuni agenti fisici, chimici e biologici presenti nell'ambiente di lavoro, ma anche dalle condizioni di lavoro e dal processo produttivo. È importante pertanto realizzare una mirata opera di prevenzione.

A tale proposito viene illustrato il caso della movimentazione manuale dei carichi "molto rischiosa per la salute della donna in gravidanza". Le modificazioni del corpo della donna durante la gestazione ne rendono più difficili i movimenti e causano maggiore affaticamento: "i cambiamenti legati all'incremento della lordosi lombare, infatti, lo spostamento del centro di gravità, la riduzione della capacità di flessione ed estensione del bacino e del tronco causati dall'addome sporgente, determinano un maggior affaticamento e una riduzione della capacità di resistenza al carico".

In questo caso, la prevenzione dell'insorgenza di lesioni inizia dalla formazione delle lavoratrici; è fondamentale infatti che le donne che svolgono tali mansioni imparino ad applicare i principi dell'ergonomia e la tecnica corretta del sollevamento dei pesi. *Dati Inail* si sofferma inoltre sul rischio di teratogenesi, cioè di malformazioni nel nascituro, derivante dall'esposizione della gestante a particolari agenti chimici, fisici e biologici.

I teratogeni occupazionali sono classificati in fisici, chimici e biologici. "Fisici come le radiazioni ionizzanti, le vibrazioni, le microonde; chimici come le sostanze anti-neoplastiche, i solventi organici, le sostanze chimiche usate nell'industria delle mate-

rie plastiche; biologici come gli agenti infettivi.”

Ulteriori informazioni riguardanti la tutela delle lavoratrici gestanti sono contenute nell'opuscolo *Quando arriva un bambino*, realizzato dall'Inail e consultabile via web.

LA PROTEZIONE CONTRO I RISCHI DA VIBRAZIONE

Publicata una direttiva europea sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici "vibrazioni".

Nel sito EUR-Lex dell'Unione Europea, che offre un quadro completo della legislazione dell'UE, è stata pubblicata la Direttiva 2002/44/CE del 25 giugno 2002 sulle prescrizioni minime di sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (vibrazioni), sedicesima direttiva particolare ai sensi della direttiva 89/391/CEE.

La direttiva mira a introdurre misure di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle vibrazioni, causa di effetti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori, in particolare i disturbi muscolo scheletrici, neurologici e vascolari.

Nella direttiva sono precisate le definizioni di vibrazioni, suddivise tra quelle che colpiscono solo il sistema mano-braccio e quelle che invece colpiscono tutto il corpo.

Tra le possibili conseguenze sono citati i disturbi vascolari, osteoarticolari, neurologici, muscolari; lombalgie e traumi del rachide. Sono anche indicati i valori limite giornalieri di esposizione che fanno scattare la azioni di prevenzione.

Entro il 6 luglio 2005 gli Stati membri dovranno conformarsi alla direttiva.

DIFFERENZE INFORTUNISTICHE TRA UOMINI E DONNE

Dal confronto a livello europeo dei casi di infortunio subiti da lavoratori e lavoratrici alcune considerazioni sul lavoro al femminile.

Un'interessante comparazione tra i dati relativi agli infortuni sul lavoro accaduti ai lavoratori europei e quelli accaduti alle lavoratrici europee è stata realizzata dal periodico *Dati Inail*, sulla base delle rilevazioni di EUROSTAT.

Nell'Unione Europea gli infortuni lavorativi subiti da uomini sono 3.606.541 (esclusi i casi con durata inferiore a 4 giorni e gli infortuni in itinere), un valore quattro volte superiore a quello riscontrato tra le lavoratrici (897.517 casi di infortunio).

Un divario che non trova unica motivazione nel fatto che gli addetti uomini siano quasi il doppio degli addetti donne.

“Infatti gli indici di frequenza mostrano il rischio femminile in un rapporto di poco inferiore a un terzo rispetto a quello corso dalla componente maschile e tale divario si va conservando quasi inalterato nel tempo o, al più, mostra segni di lieve regresso. Se si osserva la più ristretta coorte degli infortuni mortali ci si rende conto di come per ogni caso femminile se ne abbiano ben diciassette maschili con indici di rischio che esprimono un rapporto prossimo a 1 : 9. In questo caso però l'avvicinamento nel tem-

po dei dati espressi dai due sessi sembra più rapido di quanto non sia per gli infortuni in complesso.”

Una diversa situazione emerge da analisi effettuate per conto di EUROSTAT in margine alle indagini nazionali sulle forze di lavoro.

“Secondo tali fonti per tutti gli infortuni non mortali che abbiano prodotto abbandono del lavoro, fatto uguale a 100 il rischio medio, quello maschile è pari a 113 mentre, per quelli con abbandono del lavoro superiore a tre giorni, è 129 e, per quelli con abbandono di almeno due settimane, è 120.”

Il periodico *Dati Inail*, raffrontando i dati relativi agli infortuni mortali con quelli riguardanti gli infortuni non mortali, avanza l'ipotesi che “la quota di sottodenuncia dei casi lievi, a livello continentale, sia più marcata per il sesso femminile che non per quello maschile e ciò probabilmente a causa di una più consistente quota di lavoro nero.”

SICUREZZA DEI LAVORATORI IN UN "MONDO DEL LAVORO CHE CAMBIA"

Dall'Agenzia europea due pubblicazioni che individuano i principali mutamenti nel campo del lavoro e le loro eventuali ripercussioni per la salute e la sicurezza.

L'Agenzia Europea per la salute e la sicurezza sul lavoro ha recentemente diffuso un comunicato stampa nel quale ha dato notizia di due pubblicazioni che mettono in luce i possibili rischi, nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro, connessi alle trasformazioni in atto nel mondo del lavoro. Una iniziativa che bene si inserisce all'interno della strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro 2002-2006 “Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società” della quale abbiamo dato notizia nel numero 601 del nostro quotidiano.

La prima pubblicazione “Il mondo del lavoro in costante cambiamento: ripercussioni e tendenze per la sicurezza e la salute sul lavoro nell'Unione europea” individua i principali mutamenti in atto e le eventuali ripercussioni per la salute e sicurezza dei lavoratori.

Queste le considerazioni emerse:

- **L'emergere di nuovi tipi di datori di lavoro:** il numero delle piccole e medie imprese (PMI), dove si registrano le percentuali di infortuni più elevate, è in continua crescita; questo fenomeno originerà ulteriori nuovi interventi per gli organismi di controllo. Tra l'altro, esiste il pericolo che l'aumento dei subappalti crei confusione su chi sia il responsabile della salute e la sicurezza sul lavoro: il subappaltatore o il fornitore?
- **La nascita dell'azienda virtuale:** il decentramento, il telelavoro e la comparsa di reti virtuali di dipendenti rischiano di frammentare e di attenuare la capacità di tutelare la salute e la sicurezza sul lavoro, nonchè, con l'aumentare dello stress, di generare sensazioni che conducono a perdite di controllo.
- **Maggiori pressioni relativamente ai sui tempi di lavoro:** ritmi più serrati e carichi di lavoro più gravosi hanno aumentato i rischi di stress ed infortuni.
- **Tecnologia informatica e delle comunicazioni:** la crescita esponenziale nell'utilizzo di questi strumenti ha rafforzato la necessità di progettare attrezzature e

dispositivi più ergonomici per combattere, tra i vari possibili problemi, il rischio di disturbi muscolo-scheletrici e di stress.

- **Composizione della forza lavoro:** la crescente percentuale di lavoratori anziani pone importanti interrogativi sulla formazione in materia di SSL e sul tempo necessario per apprendere la buona le buone prassi. Inoltre, un altro fenomeno in aumento, come intervenire per eliminare la minaccia di violenze e molestie sul posto di lavoro nei confronti delle donne?

La seconda pubblicazione, “Ricerca sui nuovi rapporti contrattuali e ripercussioni per la salute e la sicurezza”, analizza invece l'impatto del crescente numero di contratti di lavoro a breve termine. Uno degli aumenti più rilevanti si registra nell'impiego di dipendenti part-time, ma anche il ricorso a lavoratori autonomi e a subappaltatori è in crescita.

Nell'ambito della salute e della sicurezza sul lavoro, è rilevato che questo mutamento può generare una sensazione di insicurezza spesso associata a stress da lavoro.

Tale disagio può talvolta essere amplificato dalla mancanza di controllo dalla scarsità di occasioni formative e da altri problemi associati al personale assunto con contratti a tempo determinato.

Esiste anche il pericolo che la crescente dipendenza delle società da lavoratori esterni a breve termine diluisca le conoscenze e competenze interne in materia di sicurezza e salute sul lavoro (SSL).

“Si nota che i rischi legati alla salute e alla sicurezza riguardano in misura sempre maggiore i dipendenti temporanei e i subappaltatori” dichiara Marc Sapir della Confederazione europea dei Sindacati. “Tuttavia ciò non significa che le organizzazioni che ricorrono a questo tipo di personale possano declinare le proprie responsabilità in merito a tali rischi. L'autorità pubblica ha il compito di assicurare che queste categorie beneficino degli stessi diritti fondamentali in materia di salute e sicurezza di cui godono gli altri gruppi di lavoratori (rappresentanza, informazione e formazione).”

A tale proposito ricordiamo che, per quanto concerne il lavoro interinale, in Italia sia l'impresa utilizzatrice che quella fornitrice hanno precisi obblighi per la tutela della salute e della sicurezza dei lavori interinali. (Si veda PuntoSicuro n. 537.)

“Esistono parecchie soluzioni possibili”, aggiunge il direttore dell'Agenzia Hans-Horst Konkolewsky. “A livello generale è necessario sviluppare strategie di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro che riflettano la nuova complessità contrattuale dell'occupazione in Europa. Tra le soluzioni più specifiche vi possono essere incentivi alle organizzazioni che si avvalgono di subappaltatori a inserire degli standard di SSL nelle loro procedure di appalto e di gestione dei contratti. Le società, inoltre, potrebbero condividere con i fornitori le proprie risorse interne nel settore della SSL, provvedendo per esempio alla formazione e ad altre forme di assistenza prima dell'esecuzione del contratto.”

Le nuove pubblicazioni dell'Agenzia, unitamente alle informazioni correlate, possono essere scaricate dalla specifica sezione “Changing World of Work” sul sito web dell'Agenzia.

Notizie tratte da “Punto sicuro” e “Sicurweb”



Un nuovo metodo di riabilitazione funzionale (DBC) in pazienti con disabilità lavorativa da patologia del rachide lombare

Il comune mal di schiena è inserito tra le dieci priorità dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: lombalgia e sciatica hanno infatti un alto impatto sia sociale (si calcola che ne soffre l'80% della popolazione) che economico. Le algie vertebrali di origine lombare diventano croniche nel 5% dei casi e questi pazienti utilizzano oltre il 70% delle risorse già ingenti che il Servizio Sanitario Nazionale impegna per queste patologie. I pazienti cronici (dolore da oltre 3 mesi) sono quindi, tra tutti i rachialgici, quelli che dovrebbero giovare del maggior impegno riabilitativo per motivi clinici, ma anche economici. Inoltre i pazienti sub-acuti (dolore da oltre 3 settimane) e quelli recidivanti (oltre 2 episodi di durata 1 settimana nell'ultimo anno) sono quelli in cui è fondamentale intervenire per evitare la cronicizzazione.

Per questi tipi di pazienti lombalgici si è sviluppata negli Stati Uniti, durante gli anni '80, una metodica di ottima efficacia, provata anche con specifici Studi Randomizzati Controllati (RCT), definita "Riabilitazione funzionale", che propone, durante un periodo di ricovero di 4-5 settimane, un trattamento di elevato impegno fisico e psicologico.

Per questi stessi pazienti è nata in Finlandia nel 1993 la DBC (Documentation Based Care) che è una metodica ambulatoriale di riabilitazione del rachide basata sugli stessi principi della "Riabilitazione funzionale" ma che inoltre offre sensibili vantaggi in termini di costo-beneficio, in quanto evita il ricovero. La metodica DBC si è oggi diffusa capillarmente in alcuni tra i principali Centri di Riabilitazione e di Ricerca sulle patologie vertebrali del mondo. I risultati pubblicati si avvalgono anche di studi randomizzati controllati che documentano una notevole efficacia.

Secondo questa proposta di trattamento non si considera più come obiettivo primario il dolore quanto piuttosto la funzionalità del rachide, oggettivata con appositi esami strumentali. Fondamentale è inoltre la preparazione del paziente alle attività della vita quotidiana sia sul piano fisico, che su quello psicologico e sociale. Il trattamento DBC avviene in regime

ambulatoriale e si basa su di una riabilitazione attiva effettuate con cadenza bi- o tri-settimanale. Viene sempre effettuata una valutazione iniziale del paziente, con questionari e test validati in letteratura, al fine di pianificare un trattamento individuale. Inoltre si esegue una valutazione intermedia ed una valutazione finale per controllare l'andamento ed i risultati del trattamento con strumenti anch'essi già validati e di cui si conoscono le soglie significative di miglioramento. Il trattamento di riabilitazione viene predisposto in base ai parametri misurati alla valutazione iniziale: si parte con un carico basso che viene progressivamente aumentato. I fi-

funzione - dopo riabilitazione attiva - sono a lungo termine, specialmente se il paziente rimane attivo dopo il trattamento. Esiste uno studio tuttora preliminare di questa metodica, che ha dimostrato una riduzione delle assenze dal lavoro - in 12 mesi - da 24,5 giorni a 2,8. Si deduce inoltre - dalle statistiche internazionali della DBC - che la ripetizione del trattamento è necessaria solo nello 0,5% dei pazienti.

I risultati preliminari ottenuti in Italia dopo 1 anno di applicazione della metodica risultano completamente sovrapponibili a quelli riportati in letteratura. ■

**Stefano Negrini,
Claudia Lo Bue Ruggiero,
Anna Boniolo,
Michele Romano,
Chiara Paroli,
Quintino Bardoscia**
Fondazione Don Carlo
Gnocchi ONLUS - IRCCS
Milano. Tel. 02-
4030.8264/842



sioterapisti, appositamente addestrati, supervisionano costantemente il trattamento e esercitano un supporto cognitivo-motivazionale. Gli esercizi si effettuano utilizzando una serie di macchine, che consentono il movimento attivo su un solo piano, monitorizzano il range articolare ed offrono una resistenza tramite pesi crescenti per ottenere un rinforzo graduale e controllato. Si possono inoltre integrare esercizi funzionali e consigli ergonomici personalizzati.

I test utilizzati nella DBC presentano una elevata ripetibilità, specificità e sensibilità nel monitorare i risultati clinici. Inoltre due RCT dimostrano come questo trattamento aumenti la forza, la mobilità e la resistenza e come diminuisca il dolore in sede lombare e la disabilità del paziente. Un altro RCT prova che la diminuzione del dolore ed il miglioramento della

teism from work after active outpatient rehabilitation for recurrent or chronic low back pain: a follow-up study. Spine. 2000 Jul 15;25(14):1809-16.

Taimela S, et al. *Strength, mobility, their changes, and pain reduction in active functional restoration for chronic low back disorders.* J Spinal Disord. 1996 Aug;9(4):306-12.

Mannion AF, Muntener M, Taimela S, Dvorak J. *A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain.* Spine. 1999 Dec 1;24(23):2435-48.

Mannion AF, Taimela S, Muntener M, Dvorak J. *Active therapy for chronic low back pain part 1. effects on back muscle activation, fatigue, and strength.* Spine. 2001 Apr 15;26(8):897-908.

Mannion AF, Junge A, Taimela S, Muntener M, Lorenzo K, Dvorak J. *Active therapy for chronic low back pain: part 3. factors influencing self-rated disability and its change following therapy.* Spine. 2001 Apr 15;26(8):920-9.

Taimela S, Kankaanpää M, Luotop S. *The effect of lumbar fatigue on the ability to sense a change in lumbar position. A controlled study.* Spine. 1999 Jul 1;24(13):1322-7. 0

BIBLIOGRAFIA

Kankaanpää M, et al. *The efficacy of active rehabilitation in chronic low back pain. Effect on pain intensity, self-experienced disability, and lumbar fatigability.* Spine. 1999 May 15;24(10):1034-42.

Taimela S, Diederich C, Hubsch M, Heinrich M. *The role of physical exercise and inactivity in pain recurrence and absenteeism from work after active outpatient rehabilitation for recurrent or chronic low back pain: a follow-up study.* Spine. 2000 Jul 15;25(14):1809-16.

Taimela S, et al. *Strength, mobility, their changes, and pain reduction in active functional restoration for chronic low back disorders.* J Spinal Disord. 1996 Aug;9(4):306-12.

Mannion AF, Muntener M, Taimela S, Dvorak J. *A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain.* Spine. 1999 Dec 1;24(23):2435-48.

Mannion AF, Taimela S, Muntener M, Dvorak J. *Active therapy for chronic low back pain part 1. effects on back muscle activation, fatigue, and strength.* Spine. 2001 Apr 15;26(8):897-908.

Mannion AF, Junge A, Taimela S, Muntener M, Lorenzo K, Dvorak J. *Active therapy for chronic low back pain: part 3. factors influencing self-rated disability and its change following therapy.* Spine. 2001 Apr 15;26(8):920-9.

Mannion AF, Junge A, Taimela S, Muntener M, Lorenzo K, Dvorak J. *Active therapy for chronic low back pain: part 3. factors influencing self-rated disability and its change following therapy.* Spine. 2001 Apr 15;26(8):920-9.

Taimela S, Kankaanpää M, Luotop S. *The effect of lumbar fatigue on the ability to sense a change in lumbar position. A controlled study.* Spine. 1999 Jul 1;24(13):1322-7. 0

“ In caso di influenza
l'arresto medio delle attività
è di 5 giorni ”



MAXUDIO Roma, New York

NON lasciatevi fermare dall'influenza

*Per richieste di informazioni su Vaccini
e Programmi Vaccinali in Medicina del Lavoro
contattare:*


Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita

AVENTIS PASTEUR MSD S.p.A.
Via degli Aldobrandeschi,15 - 00163 ROMA
Tel. (06) 664.092.11 - Fax (06) 664.092.33



Lombalgia e lavoro: il contributo della riabilitazione. Stato dell'arte

Le algie vertebrali di origine lombare hanno un alto impatto sia sociale che economico. Esse diventano croniche in meno del 5% dei casi: questi pazienti contano per l'80% circa dei costi complessivi sostenuti per la patologia. Proprio questi pazienti, che vengono spesso espulsi dal mondo del lavoro (o si auto-espellono), dopo una fase lunga e complessa di disagio lavorativo, assenze più o meno prolungate, sono quelli per i quali la riabilitazione ha sviluppato in questi ultimi anni una serie di strumenti di efficacia documentata con studi randomizzati controllati. Premessa indispensabile è il contesto di riferimento: attualmente si definisce la lombalgia una patologia "bio-psico-sociale" evidenziando, in tal modo, che oltre ai fattori meccanici entrano in gioco altri fattori che hanno un ruolo determinante nel mantenimento del dolore. L'ipotesi è infatti che, al fenomeno biologico di base, si sovrappongono in un tempo più o meno breve elementi psicologici e sociali che contribuiscono in maniera determinante al dolore cronico. Nachemson ha avviato uno studio alla Boeing nel 1980 seguendo 3000 lavoratori, per rilevare chi sviluppava una lombalgia analizzando sia fattori psicologici che meccanici. Il fattore più importante era l'APGAR del lavoro (ossia un indice di disagio lavorativo). La mancanza di soddisfazione nel proprio lavoro è il fattore indipendente più importante in diversi studi per tutte le patologie locomotorie, ma in particolare per la lombalgia. Inoltre molti autori hanno dimostrato che i benefici assicurativi (pensionistici) influenzano le assenze per malattia in caso di diagnosi di lombalgia.

La lombalgia cronica è una condizione patologica molto comune, in cui ogni specialità medica si è letteralmente "sbizzarrita" alla ricerca di soluzioni più o meno originali. Di seguito, vengono presentate le prove di efficacia a tutt'oggi disponibili in letteratura.

- **Efficacia certa:** Back School (Scuola della schiena), Esercizi (cinesiterapia), Programmi terapeutici multidisciplinari, Terapie comportamentali, FANS
- **Efficacia e inefficacia non accertata:** Allettamento, Analgesici, Antidepressivi, Colchicina, Fasce

ed ortesi, Indicazione di mantenersi attivi, Infiltrazioni (epidurali, legamentose, dei trigger points), Miorilassanti, Manipolazioni, Terapie fisiche strumentali (fisioterapia)

- **Inefficacia certa:** Agopuntura, Biofeedback elettromiografico, Infiltrazioni facettarie, Trazioni

In caso di dolore cronico non disabilitante non è necessario ricorrere agli esercizi o ad una riabilitazione più complessa, ma è di norma sufficiente un intervento solo apparentemente minimale, che però se non è orientato correttamente si rivela altrettanto fallimentare quanto i soliti inutili approcci: stiamo parlando della classica **Back School**. Si tratta di un approccio combinato (educazione ed esercizi, in un quadro di terapia comportamentale) svolto di norma in piccolo gruppo. In realtà, l'educazione, gli esercizi e le posture sono stati utilizzati per centinaia d'anni come trattamento per la lombalgia. Solo attorno alla metà del ventesimo secolo, tuttavia, la medicina moderna ha iniziato a formulare un'educazione strutturata e programmi di esercizi per un vasto numero di pazienti. Non esiste un solo tipo di Back School. Le necessità specifiche di terapisti, insegnanti e medici hanno portato ad un'ampia varietà di Back School. L'unico denominatore comune tra tutte queste scuole sembra essere l'educazione. Sono stati sviluppati metodi "corretti" per piegarsi, sollevare e camminare, posizionando il bacino in modo da permettere un uso più efficiente della muscolatura e dei legamenti vertebrali. Le tecniche di sollevamento sono state standardizzate: prescrivono di mantenere il peso vicino al corpo e la colonna dritta, e piegare le ginocchia. Molte di queste nozioni hanno come base studi biomeccanici. Tutti questi principi possono essere applicati in qualsiasi momento della vita quotidiana. Conoscendo, poi, le caratteristiche pato-fisiologiche o pato-anatomiche del singolo paziente, si possono sviluppare una educazione e un allenamento della schiena più specifici. Se si scoprono alcune posture ed esercizi utili per la valutazione del paziente, vengono insegnati e usati regolarmente per verificare i miglioramenti individuali. Viene insegnata quindi ai pazienti la

posizione di riposo in piedi. Esiste una posizione perfettamente allineata per ogni entità patoanatomica, in cui diminuiscono dolore e contrattura. Ogni paziente impara e si allena a mantenere questo tipo di postura per migliorare la meccanica del corpo nelle attività della vita quotidiana. In seguito vengono insegnati esercizi di rafforzamento (stabilizzazione) e di flessibilità più generalizzati, con nuovi principi di meccanica del corpo. Man mano che i compiti diventano più complessi e incontrollabili, anche l'allenamento della Back School può diventare abbastanza complesso. Similmente, aggravandosi le lesioni patoanatomiche sottostanti, diventa più difficile variare la forza e l'intensità delle meccaniche del corpo. Inoltre l'allenamento generale sembra essere benefico per il cuore, la circolazione, la muscolatura ed i dischi intervertebrali. È molto più importante essere in buona condizione che essere forti. Studi sperimentali hanno dimostrato come il movimento controllato e graduale velocizza la guarigione dei tessuti lesionati, rispetto alle situazioni di immobilizzazione. Molti lavori descrivono inoltre l'effetto benefico dell'allenamento dei muscoli sul sistema corporeo e sulla produzione di sostanze che riducono il dolore. È noto lo stretto rapporto tra psiche ed endorfine, come è conosciuto l'effetto delle endorfine sulla depressione, condizione che si riscontra con una certa frequenza nei lombalgici cronici. Per evitare il rischio di recidive è quindi fondamentale dire al paziente di fare attività fisica, di andare a lavorare in bicicletta o a piedi, di fare qualche volta in più le scale. L'attività fisica per funzionare deve essere fatta regolarmente, almeno due volte alla settimana, per sempre. A questo proposito va anche segnalato come sia l'attività fisica ricreativa in ambiente di lavoro, sia lo sport hanno dimostrato una chiara efficacia preventiva sulla lombalgia. In alcuni studi emerge come sia importante l'attività fisica in sé e non il tipo di esercizio effettuato. Occorre inoltre avvisare il paziente che, all'inizio dell'attività fisica, è frequente e normale accusare qualche fastidio, che è comunque destinato a risolversi dopo un periodo di allenamento. Importante è avvisare il paziente che il



soprapeso è sicuramente una causa importante del mal di schiena e che, in ogni caso costituisce un elemento aggravante i dolori; anche il fumo, diminuendo l'ossigenazione del disco intervertebrale è un fattore nocivo per la schiena. Si possono inoltre fornire indicazioni ergonomiche come consigliare sedie e sedili della giusta altezza e con un sostegno lombare oppure materassi e cuscini idonei. Utile è consigliare di ridurre lo stress, di imparare a scaricare le tensioni nel modo migliore utilizzando eventualmente tecniche di rilassamento. Si è inoltre dimostrato utile incoraggiare i pazienti ad evitare di rimanere seduti o a letto troppo a lungo.

I pazienti con **lombalgia cronica disabilitante** presentano generalmente oltre al fattore biomeccanico una quota rilevante di problemi di ordine psicologico e sociale che contribuiscono a sostenere il circolo vizioso di mantenimento del dolore. Viene denominata "sindrome del dolore cronico" intendendo con questo termine una condizione anomala disabilitante nella quale la sintomatologia predominante è rappresentata da un particolare comportamento del paziente che enfatizza il dolore e da una particolare disabilità ad esso conseguente. Ecco che per questo tipo di pazienti è utile un approccio integrato che coinvolga vari aspetti del soggetto. È stato sviluppato un approccio chiamato **riabilitazione funzionale**, che ha dimostrato una efficacia notevole nella lombalgia cronica. Esistono diversi studi condotti fino ad oggi sui risultati positivi di questo approccio. Si dovrebbe notare che il termine "recupero funzionale" non si riferisce puramente ad una metodologia terapeutica per la lombalgia cronica, ma ad una concettualizzazione più ampia dell'intero problema, della diagnosi e del trattamento. Invece di accettare i metodi anamnestici attuali basati sul dolore riferito dai pazienti stessi e quelli diagnostici basati sugli esami per immagini, la metodologia del recupero funzionale dà fiducia a informazioni più obiettive. Interviste strutturate, misure per

quantificare i resoconti del paziente, e serie di test psicosociali forniscono informazioni riguardo al problema utili per indirizzare il trattamento del paziente. Inoltre, accertamenti oggettivi della capacità fisica e di sforzo, confrontati a tabelle normative, aggiungono una nuova dimensione alla diagnosi. Questo permette lo sviluppo di programmi di trattamento di varia intensità e durata, finalizzati principalmente al recupero della capacità fisica funzionale e dei gesti sociali. Le finalità, finora in uso, di tentare esclusivamente di modificare il dolore soggettivo, di diminuire i farmaci, e di "migliorare la qualità della vita" vengono decisamente ampliate da un'attenzione ai vasti problemi sociali associati alla lombalgia. Questa attenzione a fini realistici ha aiutato a cambiare lo scopo dei programmi di trattamento, come pure il procedimento di valutazione della loro efficacia. Il processo del trattamento di recupero funzionale implica un approccio di staff simile a quelli applicati normalmente trattando riabilitazioni muscoloscheletriche più impegnative. Tuttavia, a causa della mancanza del feedback visivo fisico e dati i gravi fattori psicologici, sociali ed economici, peculiari della "disabilità nascosta" lombare, è essenziale una intercomunicazione anche maggiore all'interno dello staff. Gli elementi critici di questo programma sono la cinesiterapia, la terapia occupazionale, la psicologia, la cura infermieristica, e la direzione medica. L'approccio di recupero funzionale comprende tutti gli aspetti delle complesse interazioni fisiche e psicosociali che colpiscono il paziente con problemi di schiena. Poiché l'approccio della riabilitazione funzionale è finalizzato al trattamento della disabilità e non cerca semplicemente di diminuire il dolore riferito dal paziente, si delinea una distinzione netta tra dolore e funzione. Così, il successo si ottiene nella misura in cui la funzione è recuperata e si raggiungono livelli sufficienti da permettere di riprendere le attività normali; questo scopo normalmente implica che il paziente ritorni a lavorare una volta completato il trattamento. In questo senso, il recupero funzionale può essere considerato come un approccio di "medicina sportiva" alla riabilitazione spinale. Di conseguenza, si dà poca importanza alle variazioni del dolore riportate dal paziente che, in contrasto con la capacità funzionale, non sono verificabili oggettivamente e sono spesso influenzate da una moltitudine di fattori psicologici, legali e finanziari. In effetti, spesso avviene un aumento temporaneo del dolore mentre si recupera la funzione, situazione frequente in qualsiasi per-

sona sottoposta a un nuovo programma di condizionamento fisico (cioè nessun dolore, nessun miglioramento). Tuttavia, il dolore riportato diminuisce significativamente con il progredire del paziente nel programma. Una delle tesi principali dell'approccio di recupero funzionale è che la tecnologia moderna può permettere di valutare la fisiologia del sistema muscoloscheletrico lombare. Inoltre, appare chiaro che i deficit di capacità fisica funzionale possono giocare un ruolo sostanziale nella spiegazione della maggior parte delle disfunzioni e dei dolori persistenti nei casi di mal di schiena cronico, e che la correzione di tali deficit può portare nette variazioni dei risultati. Esistono nuovi metodi disponibili per quantificare oggettivamente il grado di decondizionamento, che vanno selezionati con cura in modo da essere attinenti alla capacità fisica che si sta misurando. Un secondo principio critico è la necessità di conoscere la validità e riproducibilità della misurazione. Una volta che un test funzionale si è dimostrato valido, riproducibile e pertinente, bisogna definire un fattore di sforzo: il medico deve essere in grado di verificare se si trova di fronte a un vero deficit fisico o meno. Infine, una volta scelti il meccanismo appropriato e il protocollo del test, bisogna compilare una tabella normativa utilizzando come campione un'ampia popolazione, che permetta di tracciare dei confronti rispetto al gruppo di pazienti. Il grado di deviazione dalla "norma" può influenzare significativamente i protocolli di trattamento. Esistono due varianti di questo approccio riabilitativo: la prima è stata sviluppata negli USA (Texas) in ambiente intraospedaliero e si basa, dopo un periodo preparatorio ambulatoriale di 15-20 sedute, su un trattamento intensivo di 4 settimane di ricovero, con durata quotidiana del trattamento di 5-8 ore: a nostra conoscenza non viene applicato in Italia, mentre le esperienze in Europa sono limitate ai paesi anglosassoni e scandinavi, con poche eccezioni in Francia. La seconda è invece di tipo ambulatoriale, è stata sviluppata in Europa (Finlandia) e si basa di norma su 24 sedute due volte alla settimana con l'ausilio di strumentazioni complesse per la cinesiterapia attiva: è disponibile per ora in Italia solo presso la Fondazione Don Gnocchi di Milano, ma si presume una sua diffusione presso altre strutture. I vantaggi in termini di costo/beneficio dell'approccio ambulatoriale sono evidenti. ■

**Stefano Negrini, Michele Romano,
Quintino Bardoscia**

Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS,
IRCCS, Milano



Flessibilità del congedo di maternità: esperienze di un medico competente

Questo istituto, introdotto dall'art. 12 della legge 8 marzo 2000 n. 53, parzialmente abrogato, ma ripreso e confermato con l'art. 20 del D. Lgs. 151/2001 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità), pur non variando la durata complessiva del congedo di maternità (cinque mesi), prevede la possibilità per la lavoratrice gestante di ritardare di un mese l'inizio del congedo (dalla fine dell'ottavo mese) e, conseguentemente, di posticipare di un mese il rientro al lavoro (alla fine del quarto mese successivo al parto).

La concessione della flessibilità è condizionata dalla produzione da parte del ginecologo e del medico competente di certificazioni attestanti che "tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro".

La Circolare del Ministero del Lavoro n. 43/2000, finalizzata a chiarire le modalità di applicazione dell'art. 12 della legge 8 marzo 2000 n. 53, ha specificato che "l'art. 12 non introduce una nuova specifica ipotesi di sorveglianza medica, ma intende tener conto delle situazioni lavorative per le quali la legislazione di salute e sicurezza sul lavoro già richiede una sorveglianza sanitaria. Pertanto, solo ove occorra tale ultima fattispecie, la lavoratrice gestante dovrà procurarsi la certificazione del medico competente".

La certificazione del medico competente attestante l'assenza "di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto", compete pertanto solo alle lavoratrici gestanti in sorveglianza sanitaria ex lege.

Nella mia esperienza le richieste di certificazione per poter fruire di questo istituto sono in aumento fra le lavoratrici gestanti che svolgono un'attività lavorativa d'ufficio non solo di livello impiegatizio.

Evidentemente la crescente conoscenza della sua esistenza, la più diffusa adozione nelle aziende specialmente dopo il D. M. 2 ottobre 2000, (Linee guida d'uso dei videoterminali - "Introduzione"...Nelle lavoratrici gestanti sono presenti variazioni posturali legate alla gravidanza che potrebbero favorire l'insorgenza di disturbi dorso-lombari atti a giustificare la modifica tempo-

anea delle condizioni e dell'orario di lavoro..."), anche per le impiegate gestanti che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato di specifiche misure per la tutela della loro salute e, soprattutto, la prospettiva di poter rimanere dopo il parto un mese in più con il figlio/a durante il periodo dell'allattamento, sono tutti elementi che stanno favorendo l'ampliamento del numero delle impiegate gestanti che richiede di poter fruire della flessibilità dell'astensione obbligatoria.

Conseguentemente sta aumentando anche il nostro coinvolgimento nella sua gestione che, come aveva già evidenziato Maria Valeria Tonini nel suo articolo "Il medico competente e la lavoratrice gestante" comparso sul nostro Notiziario del settembre 2001 n. 2 a cui vi rimando, non è sempre scevro di criticità.

Infatti, nel frattempo, nella pratica quotidiana mi sono imbattuto in nuove situazioni "anomale".

Nonostante le indicazioni della Circolare del Ministero del Lavoro, nel corso dell'ultimo anno mi sono trovato frequentemente di fronte alla richiesta dell'INPS di produrre la certificazione anche per le lavoratrici non in sorveglianza sanitaria.

Nei contatti avuti con i funzionari delle sedi dell'Istituto da cui proveniva la richiesta a nulla è valso il richiamo ai contenuti della Circolare. In base alle loro istruzioni se nell'azienda è nominato il medico competente, la lavoratrice deve produrre anche il suo certificato indipendentemente dall'essere o meno in sorveglianza sanitaria.

Peraltro, considerando che la Circolare ministeriale prevede che per le lavoratrici gestanti non in sorveglianza sanitaria sia il ginecologo ad attestare la compatibilità fra le mansioni svolte e la tutela della salute della gestante e del nascituro, si deve ammettere che questa istruzione dell'INPS sia indubbiamente più razionale.

Tuttavia, al momento, questa mancanza di coordinamento tra il Ministero e l'INPS crea imbarazzo perchè da un lato c'è la lavoratrice con la sua richiesta e, dall'altro, noi con il desiderio di non ostacolarla, ma anche con la necessità di tutelarci di fronte alle indicazioni della Circolare che circoscrivono la nostra competenza alle lavoratrici gestanti in sorveglianza sanitaria.

Ancora più inquietante è l'altra si-

tuazione "anomala" che voglio segnalare.

Infatti negli ultimi mesi in tre occasioni ho preso visione di certificati ginecologici in cui gli specialisti oltre ad attestare, come di loro competenza, l'assenza di condizioni patologiche pregiudizievoli per la salute della lavoratrice e del nascituro, certificano anche che "l'attività lavorativa non arreca pregiudizio alla salute della gestante e del neonato in quanto il lavoro si svolge in ambiente non pericoloso e la signora non trascorre più di cinque ore settimanali davanti al monitor".

Le certificazioni, pur provenendo da strutture diverse, sono prestampate, simili nella forma e nei contenuti e riportano la medesima citata annotazione sui rischi professionali, come se ci fosse una sorta di coordinamento.

Quando la lavoratrice gestante è in sorveglianza sanitaria questa invasione di campo è una grave scorrettezza anche nei confronti dell'azienda perchè, a quel punto, potrebbe non essere facile spiegare alla lavoratrice l'infondatezza scientifica dell'indicazione al non superamento delle cinque ore settimanali davanti al monitor.

Inoltre, anche se ammettessimo che questa annotazione valesse solo per le lavoratrici gestanti non in sorveglianza sanitaria, per le quali la Circolare ministeriale prevede che sia il ginecologo ad attestare, sulla base delle informazioni fornite dalla lavoratrice, la compatibilità tra le mansioni svolte e la tutela della salute, l'indicazione delle "non più di cinque ore settimanali davanti al monitor" impedirà praticamente sempre alla lavoratrice di fruire della flessibilità anche perchè la Circolare specifica che "alla lavoratrice non potrà comunque essere consentito, ai fini dell'esercizio dell'opzione, lo spostamento ad altre mansioni ovvero la modifica delle condizioni e dell'orario di lavoro".

Se altri colleghi fossero incorsi in situazioni analoghe, auspico l'apertura di un dibattito finalizzato all'individuazione di una linea di comportamento comune anche per quanto riguarda l'eventuale promozione attraverso l'Associazione di un confronto con l'INPS ed i colleghi ginecologi. ■

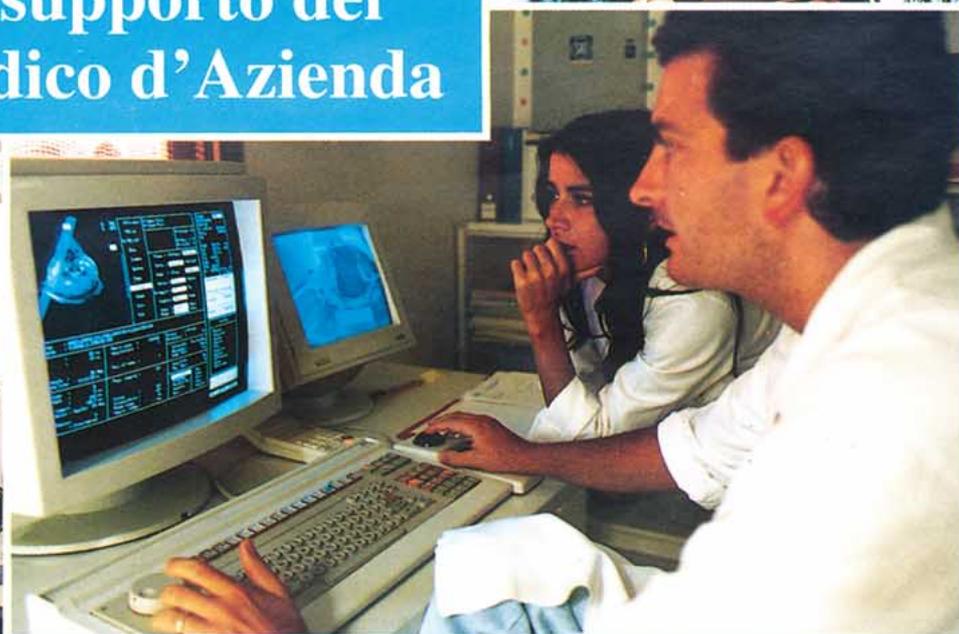
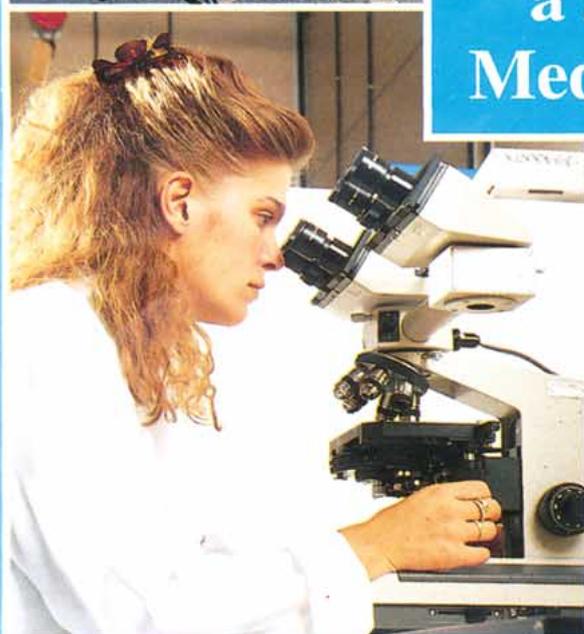


H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



**Il San Raffaele
a supporto del
Medico d'Azienda**



**LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI**

H SAN RAFFAELE RESNATI S.P.A.

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

VIA SANTA CROCE 10/A - TEL. 02/58187512 - FAX 02/8321645

PER INFORMAZIONI: SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO - TEL. 02/26432099



Medico Competente e Medico di base. Utilità di una collaborazione.

Nel corso di riunioni presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del lavoro dell'Università di Brescia, è emersa l'importanza di evidenziare l'utilità di una fattiva collaborazione fra Medici del lavoro e Medici di base, al fine di giungere ad una diagnosi eziologica il più possibile corretta di fronte a casi clinici di origine non chiara. Questa considerazione ha portato a segnalare l'argomento ai Medici del lavoro con una lettera alla Rivista "La Medicina del Lavoro" (1) e ai Medici di base con un articolo su "Aggiornamento Medico" (2).

Convinto dell'importanza pratica di questo tema, ho pensato di richiamarlo, in modo sintetico, ad un maggior numero di Medici Competenti.

Non starò ad elencare gli elementi conoscitivi derivanti da una accurata sorveglianza sanitaria integrata con i dati quantitativi di esposizione al rischio che il Medico Competente è in grado di trasmettere al collega quando quest'ultimo si trovi di fronte ad un paziente che presenta un quadro clinico di origine non chiara.

Mi preme invece sottolineare quanto il Medico di base possa agevolare l'iter diagnostico del Medico Competente, quando il quadro clinico presentato dal lavoratore non sia chiaramente collegabile al rischio, per la modesta esposizione ai possibili fattori occupazionali.

L'ambiente familiare in cui vive il lavoratore (con l'eventuale presenza di problemi di tipo psicologico e sociale), le abitudini alimentari della famiglia, quelle voluttuarie personali, patologie sfumate che possono interferire con quella allo studio, sono più facilmente a conoscenza del Medico di base che non del Medico Competente e possono costituire elementi preziosi per quest'ultimo.

Per attuare lo scambio dei dati vicendevolmente utili sono necessari alcuni presupposti: tempo suffi-

ciente da dedicare ai contatti fra i due sanitari; spirito di umiltà che faccia accettare elementi conoscitivi che in prima istanza contrastano con quelli fino a quel momento ritenuti validi; stretto coinvolgimento dal lavoratore / paziente.

Quando la collaborazione fra ai due sanitari porta a conclusioni eziologiche sicure o almeno molto probabili, ne derivano conseguenze estremamente positive per la salute del soggetto in causa ed eventualmente per i suoi diritti di tipo assicurativo - sociale, se venisse riconosciuta l'origine occupazionale.

A questo possiamo aggiungere la soddisfazione professionale dei due medici per il risultato ottenuto, l'eventuale incremento delle conoscenze sugli argomenti studiati, conoscenze forse anche utili per applicazioni preventive negli ambienti di lavoro.

Un'ultima considerazione: l'utilità di contattare il collega può forse apparire più evidente per il Medico Competente che, per le sue conoscenze di base, può capire più facilmente l'importanza degli elementi prima citati, mentre il Medico di base con più difficoltà può

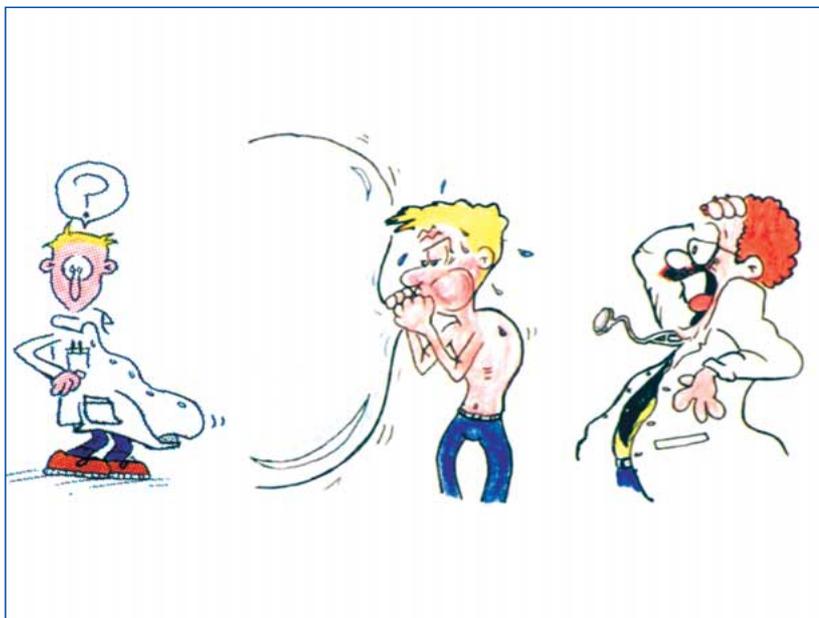
pensare ad una origine professionale di una patologia apparentemente dovuta a fattori presenti nell'ambiente di vita.

Pertanto i Medici Competenti dovrebbero farsi promotori della collaborazione in oggetto e, quando se ne presenti l'occasione, sensibilizzare i colleghi generici al problema, diffondendo il dato oggi acquisito che una elevata percentuale della popolazione lavorativa può venire esposta a fattori di rischio fisico, chimico, biologico o di altro genere in grado di interferire con lo stato di salute, anche interagendo con fattori presenti nell'ambiente di vita. ■

Gianfranco Farina

BIBLIOGRAFIA

- 1) G. Farina, L. Alessio, *Medici Competenti e Medici di base: collaborazione e rilanciare*. Med. Lavoro, 2002, 93, 51- 52
- 2) Michela Crippa, G. Farina, L. Alessio, *Medico di Medicina generale e malattie occupazionali: diagnosi eziologica*. Aggiornamento Medico, 2002, 26, 1-5





ECM. Che passione!

10+20+30+40+50 = 150!

2002 - 2006: un primo quinquennio di passione, poi si vedrà.

Un minimo annuale di almeno del 50% del debito formativo previsto per l'anno con un massimo annuale del doppio del debito formativo previsto per l'anno.

Tra le professioni emergenti sicuramente si affermerà quella del "fiscalista per i crediti", una sorta di contabile che curerà il bilancio dei crediti. Il commercialista è l'altra figura che dovrà garantire puntuali servizi per gestire al meglio l'impegno economico che deriva da questo percorso a punti studiato inizialmente per il personale sanitario della struttura pubblica (e quindi free) e successivamente diffuso a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o libero professionisti), circa 800.000 professionisti come specifica la nota del 5 marzo 2002 firmata dal ministro Sirchia. (D.O.R.O./Segr37) indirizzata a tutte le componenti istituzionali, pubbliche e private della sanità italiana.

Un costo stimabile a misera vita sui 50 Euro a punto: 7500 Euro complessivi!

La penitenza: "nel futuro prossimo i crediti saranno necessari per validare l'esame di abilitazione professionale e come titolo di carriera", sempre dalla nota del 5 marzo 2002.

Fin qui nulla da eccepire, anzi ben venga l'ECM per disciplinare la qualità professionale di ognuno di noi.

Le perplessità sorgono legittime quando si assiste alla crescita disordinata, in qualche caso piratesca, del mercato ECM. Non so

voi, ma la mia esperienza ECM è stata fino ad oggi del tutto negativa. Una sorta di arrembaggio alla diligenza per carpire 2 o 3 o 5 o il colpo grosso dei 10 crediti, così è fatta, il 2002 è archiviato. La diligenza è poi sempre la stessa con le formule di sempre: la vetrina, i vetrinisti; il palcoscenico e la passerella.

Anche noi in ANMA abbiamo inizialmente ragionato secondo tradizione, arruffando un canovaccio dell'esserci a tutti a costi, perché chi c'è c'è, chi non c'è non c'è, ahimè! E, come ben sappiamo, l'assente ha sempre torto. Al proposito avrei una barzelletta piccante!

È però prevalso il senso di responsabilità che ci ha consigliato di studiare formule diverse, possibilmente meno tradizionali, consona alle nostre specificità, nello spirito dell'ECM di "programma plurimensile" e di "territorializzazione" delle iniziative attraverso l'attivazione di centri territoriali di formazione.

La nostra Associazione sta lavorando su questo progetto basandosi sul modello CPD (Continuing Professional Development) dell'Academy Medical Royal Colleges



degli UK ed adottato dall'UEMS (Union Européennes Des Médecins Specialist) che, a dire il vero, avremmo preferito all'ECM, in quanto basato su una autodeterminazione al miglioramento avvalorata da un piano di sviluppo registrato e certificato e non da un miglioramento legato al dovere di rispondere ad una norma, come avviene per l'ECM.

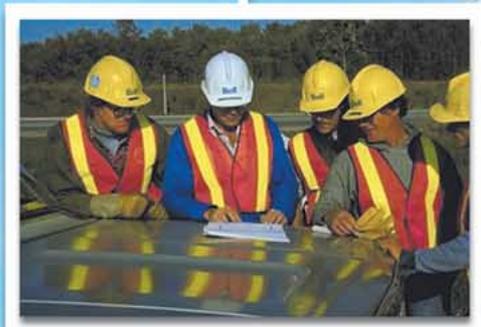
Ci auguriamo di saper concretizzare questo progetto e renderlo esecutivo per l'anno prossimo. Quale punteggio? È difficile dirlo. Siamo nelle mani della ricostituita Commissione Nazionale ECM. ■

Giuseppe Briatico-Vangosa

ANNO	CREDITI	IMPEGNO TEMPORALE	
2002	10	8/10 ore di formazione residenziale:	1-2 giorni di e.c.m.
2003	20	15/24 ore di formazione residenziale:	2-3 giorni di e.c.m.
2004	30	25/30 ore di formazione residenziale:	3-4 giorni di e.c.m.
2005	40	30/45 ore di formazione residenziale:	4/6 giorni di e.c.m.
2006	50	38/62 ore di formazione residenziale:	6/8 giorni di e.c.m.
TOTALE	150	116/176 ORE DI FORMAZIONE RESIDENZIALE:	16-23 GIORNI DI E.C.M.

SEA**SICURA E ASSISTENZA**

Prevenzione e Salute in Outsourcing



**IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO
COMPETENTE, SVOLGIAMO:**

- VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI STRUMENTALI PRESSO LE AZIENDE
- SERVIZIO LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE E TOSSICOLOGIA INDUSTRIALE A QUALITA' CERTIFICATA ISO 9002
- SERVIZI DI OUTSOURCING PER L'ALLESTIMENTO E LA GESTIONE DI AMBULATORI E PRESIDII DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE
- CONSULENZA TECNICA PER LA SICUREZZA, L'AMBIENTE E L'IGIENE INDUSTRIALE
- CORSI DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEL PERSONALE AI SENSI DEL D. LGS. 626/94

SERVIZI RISERVATI ESCLUSIVAMENTE AI MEDICI ASSOCIATI ANMA

- UTILIZZO STUDI MEDICI CON SERVIZIO DI SEGRETERIA
- UTILIZZO SALA DIDATTICA PER CORSI DI FORMAZIONE
- UTILIZZO UNITA' AMBULATORIALE MOBILE POLISPECIALISTICA

**Prevenzione e Salute in Azienda
come fattori critici di successo**

SEA Sicura e Assistenza

Via Torquato Tasso, 29
20099 Sesto San Giovanni (Milano)
Tel. 02.2622.2156 - Fax 02.2626.3511
E-Mail: info@seaoutsourcing.it

Gruppo

POLIMEDICAL
CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO

Esposizione a polveri nello scarico alla rinfusa in ambito portuale

L'esposizione lavorativa a polveri costituisce una situazione di fatto tuttora diffusa a varie attività lavorative; in questo report i nostri colleghi si occupano dell'esposizione nelle attività di lavoro di uno tra i maggiori porti italiani.

Le merci alla rinfusa sono in termini di tonnellaggio un'importante categoria di merci nel porto di Venezia, come in molti altri porti europei. Tra queste merci alla rinfusa, alcune, come urea, zolfo, pirite, soia, concentrati di solfuri metallici ecc. sono solidi che possono emettere polveri. A Venezia si tratta, quasi esclusivamente di prodotti minerali o rinfuse organiche destinati allo scarico.

Lo scarico avviene con due principali modalità, definite nella terminologia internazionale *grab unloading* (scarico a benna) e *suction unloading* (scarico per aspirazione).[1]

Il primo sistema di trasferimento "Grab" è meccanico (gru a benna e tramoggia); i sistemi meccanici si realizzano i trasferimenti delle rinfuse da nave a banchina, da banchina a camion, da camion a magazzino; questa modalità sembra particolarmente incausa nella determinazione della polverosità. Particolarmente problematico l'aspetto del caricamento dei camion, dato che oltre ai trasferimenti diretti da nave agli uti-

lizzatori esterni, vengono utilizzati camion anche per il trasporto delle rinfuse ai magazzini di deposito. Il secondo sistema "Suction" consiste nell'aspirazione pneumatica con coclee o tubi aspiranti direttamente dalle stive e successivo trasferimento a camion o nastro trasportatore. Su sistemi pneumatici sono in parte in uso per le polveri organiche (soia, farina di soia, manioca) ed anche per il cemento.

Gli effetti negativi dell'esposizione a polveri devono essere considerati, per quanto di ns. competenza, sia relativamente alla sicurezza che alla salute nel lavoro. Le elevate esposizioni a polveri possono comportare in determinati casi rischi di incendio o di esplosione. La deposizione di polveri al suolo può rendere le banchine molto scivolose e renderle così insicure. Infine l'esposizione a polveri, anche quando occorre in ambienti aperti, non confinati, può essere all'origine, oltreché di situazioni di disagio (anche per la determinazione di odori sgradevoli) anche di malattie a carico dell'apparato respiratorio e di altri apparati.

Attualmente, nonostante che il generale miglioramento delle condizioni di lavoro intervenuto negli anni recenti si sia potuto osservare anche per questo aspetto, i dati delle rilevazioni ambientali e delle verifiche sui luoghi di lavoro effettuati qui a Venezia, indicano che il problema dell'esposizione lavorativa a polveri nel lavoro portuale è tuttora importante. Le varie merci alla rinfusa che possono emettere polveri (nel seguito *merci polverulente*) vengono in questa relazione caratterizzate rispetto al rischio per la salute, considerato come di speciale rilievo nelle condizioni di esposizione verificate.

La caratterizzazione del rischio è stata fatta in relazione alle indicazioni delle schede dei dati di sicurezza (frasi R), della valutazione dei rischi condotta dalle società del settore, di dati di letteratura.

Per quel che riguarda l'identificazione dei lavoratori esposti, salvo condizioni particolari come quella relativa alla pulizia delle stive a fine scarico a cui sono adibiti generalmente dipendenti di società o cooperative di servizio, gli addetti che possono risultare esposti sono soprattutto i gruisti, il personale di assistenza a terra o su mezzi, i segnalatori, gli autisti degli autotreni e i conducenti dei carri ferroviari.

Le merci polverulente possono essere classificate in quattro gruppi:

1. merci con pericolo di gravi danni alla salute in caso di esposizione prolungata
2. sensibilizzanti respiratori
3. irritanti oculari
4. merci con tossicità intrinseca minore, pericolose per esposizioni elevate (cfr. tabelle 1-4)



gru a benna e tramoggia

**Tabella 1 - primo gruppo:
merci con pericolo di gravi danni alla salute in caso di esposizione prolungata**

MERCE	SOSTANZE CLASSIFICATE	TONN./ANNO*
sabbie per vetrificazione	quarzo > 99%	220.000
ceneri leggere di carbone	quarzo 5%	17.000
carbone antracitico	carbone	2.627.000
carbone bituminoso (petroleum coke)	carbone	346.000

*Quantitativi riferiti al 2000 e al tonnellaggio complessivo, per tutto il Porto di Venezia

**PRIMO GRUPPO:
MERCİ CON PERICOLO DI GRAVI
DANNI ALLA SALUTE IN CASO DI
ESPOSIZIONE PROLUNGATA**

In questo primo gruppo vengono considerate le merci per le quali l'esposizione può comportare rischi di patologie da causa lavorativa rilevanti, particolarmente a carico dell'apparato respiratorio (merci con concentrazioni elevate di silice cristallina e carbone). L'esposizione a silice cristallina può provocare numerosi quadri patologici a carico del polmone, non limitati alla silicosi. L'Agenzia internazionale del cancro ha recentemente (1997) classificato la silice come cancerogeno per l'uomo (classe 1), in quanto diversi studi epidemiologici hanno riscontrato un incremento del rischio di tumori polmonari tra i lavoratori esposti. Oltre alle misure di prevenzione primaria, si può rendere necessario di sottoporre i lavoratori esposti a sorveglianza sanitaria specifica, con esami radiologici del torace periodici secondo le indicazioni del Decreto n.

1124/1965 e del protocollo OMS per gli esposti a silice cristallina [3]. Per l'esposizione a polveri di carbone, è ugualmente necessaria una sorveglianza sanitaria speciale, in ragione della possibile insorgenza, nel caso di esposizioni elevate e di lunga durata di una fibrosi polmonare detta appunto pneumoconiosi dei lavoratori del carbone (Coal Workers Pneumoconiosis) [4], [5].

La movimentazione della silice cristallina viene fatta attualmente con sistemi di caricamento del tipo "grab" (da benna a tramoggia; da pala meccanica a camion). Il carbone viene prevalentemente trasferito dalle navi ai parchi di deposito senza passaggi sulle banchine e quindi senza condizioni di esposizione. Il trasferimento dai parchi deposito alle centrali viene fatto con camion caricati con pale meccaniche.

Non sono disponibili dati sui livelli di esposizione nell'attività di lavoro con queste merci. Considerato il livello di rischio associato con queste esposizioni, risulta giustificato che i livelli espositivi siano tenuti ai livelli più bassi con misure di prevenzione tecnica.



aspirazione cemento

**Tabella 2 - Secondo gruppo:
sensibilizzanti respiratori**

MERCE	TONN./ANNO
farina di soja	540.000
soja	157.000
farina di pesce	5.000
nitrato di ammonio (il movimento comprende sotto la voce fertilizzanti: fosfati, nitrati, cloruro, urea, ecc.)	704.000
Orzo	21.000
Farina di grano	390.000

**Tabella 3 - Terzo gruppo:
irritanti oculari**

MERCE	TONN./ANNO*
carbonato di sodio	35.000
fosfato di sodio (il movimento comprende sotto la voce fertilizzanti: fosfati, nitrati, cloruro, urea, ecc.)	704.000
fluorite	95.000

*Quantitativi riferiti al 2000 e al tonnellaggio complessivo, per tutto il Porto di Venezia

**SECONDO GRUPPO:
SENSIBILIZZANTI RESPIRATORI**

Con un aggiornamento, risalente al 1996, della direttiva 67/548/CEE concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative alla classificazione, all'imballaggio e all'etichettatura delle sostanze pericolose, l'Unione europea ha introdotto la frase di rischio R 42 "Può provocare sensibilizzazione per inalazione". Nonostante le persistenti incertezze scientifiche sulla patogenesi delle malattie allergiche respiratorie da causa lavorativa, è stato deciso di classificare come R42 tutte le sostanze che possono causare allergie respiratorie (asma bronchiale, rinite), con meccanismo irritativo e/o immunologicamente mediato.

Avendo come riferimento una delle più autorevoli e recenti rassegne delle sostanze sensibilizzanti per le quali è possibile si verifichino esposizioni lavorative [6], si potrà verificare che nello specifico dell'attività portuale le merci polverulente di questo gruppo sono presenti anche se in numero non elevato e che le situazioni di esposizione sono molteplici. L'incidenza di manifestazioni allergiche come l'asma e la rinite ed anche la congiuntivite non dipende solo da fattori individuali, ma risulta maggiore tra i lavoratori esposti

quando i livelli di esposizione alle polveri sensibilizzanti sono elevati [7]. Oltre alle evidenti ripercussioni negative sullo stato di salute dei lavoratori che vengono affetti da queste malattie, c'è da considerare che anche forme lievi possono rendere difficile la continuazione dell'attività di lavoro e quindi agire negativamente sulla possibilità di occupazione degli addetti. Non sono disponibili dati sui livelli di esposizione nell'attività di lavoro con queste merci. Anche se molte fasi di lavoro avvengono con tecnologie di trasferimento per aspirazione con esposizioni molto contenute, sono tuttavia numerose anche le fasi di lavoro (particolarmente per la ricarica di carri ferroviari dai magazzini) in cui la movimentazione con benne determina condizioni di esposizione insufficientemente controllata.

**TERZO GRUPPO:
IRRITANTI OCULARI**

L'esposizione a polveri che provocano irritazione degli occhi non è infrequente nel lavoro portuale. Per ora questa esposizione è generalmente poco considerata dal punto di vista preventivo e quasi sempre non protetta. Sono soprattutto le polveri di sali di sodio, che hanno un elevato potere igroscopico, seccano la mucosa congiuntivale e determi-

Tabella 4 - Quarto gruppo: merci polverulente con tossicità intrinseca minore

MERCE	TONN./ANNO*
clinker**	229.000
magnesite	43.000
polveri cemento	302.000
polveri di ghisa	705.000
Betonite (Altre argille)	15.500 60.000
Alluminia	117.000

*Quantitativi riferiti al 2000 e al tonnellaggio complessivo, per tutto il Porto di Venezia
**Contenuto in silice cristallina >1% (di poco superiore, 1-2% per betonite)

nano effetti irritativi che possono essere anche marcati.

È da stabilire la rilevanza sanitaria di una possibile cronica irritazione oculare anche in considerazione della possibile azione sinergica dei fattori extralavorativi (smog fotochimico) [8].

QUARTO GRUPPO: MERCİ CON TOSSICITÀ INTRINSECA MINORE, PERICOLOSE PER SOVRAESPOSIZIONE

In questo gruppo sono comprese le merci per le quali non c'è evidenza scientifica di fibrosi polmonare o di effetti tossici sistemici. Queste merci sono riconducibili all'insieme che l'Associazione degli igienisti americani indica come Particelle non diversamente classificate (PNOC, Particulates Not Otherwise Classified, ACGIH, 2000) [5]. La considerazione della minore rilevanza tossicologica nulla toglie al fatto che comunque elevate esposizioni siano pericolose per la salute (cfr. bronchite cronica da accumulo) e per la sicurezza del transito sulle banchine. Le esposizioni devono essere contenute in termini di sicurezza almeno al disotto dei livelli di accettabilità per le "PNOC" indicati da ACGIH (10 mg/mc polveri totali, 3 mg/mc. per le polveri respirabili). Alcune campagne di rilevazione nella movimentazione di banchina del clinker hanno

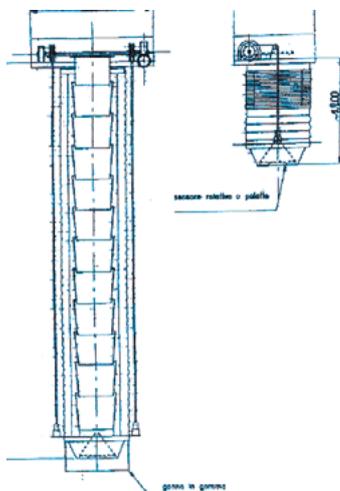


pulizia stiva grano

viceversa fatto registrare valori ben superiori (TMB, 1999).

PUNTI CRITICI

Livelli elevati di esposizione alle polveri sono stati riscontrati nella pulizia delle stive, con bobcat e manuale nello sbarco di magnesite (248mg/mc Eraclit 2001); molto meno elevati, ma tuttavia di rilievo anche i livelli espositivi nella pulizia stive da sabbie silicee, costituite pressochè totalmente da silice cristallina, tab. 1 (0.7mg/mc di polveri respirabili, Cia 2001). Talora le condizioni di esposizione dei lavoratori addetti, generalmente dipendenti delle piccole imprese che svolgono servizi portuali risultano precarie, perchè vengono effettuate con mezzi meccanici aperti o comunque non sufficientemente isolati dalle zone di dispersione in aria delle polveri. Un aspetto critico di queste operazioni è anche la dotazione di servizi igienico assistenziali (spogliatoi riscaldati nella stagione invernale, docce ecc.) per questi lavoratori.



caricatore telescopico

MIGLIORAMENTI TECNOLOGICI

Tramogge ventilate mobili [9] consentono di ridurre la dispersione di polveri nel caricamento dei camion ed anche dei carri ferroviari. Le unità mobili si spostano su ruote con auto propulsione idraulica; le polveri disperse in aria vengono rimosse da filtri in acciaio. Oltre all'impianto di depolverazione, il caricatore dispone di pesatura prodotto, condotta di scarico su linea di nastri, dispositivo per traslazione su rotaie.

Un altro rilevante sistema di abbattimento delle polveri è costituito dai caricatori telescopici, mediante i quali è possibile la ricarica "mirata" dei carri ferroviari dai depositi con dispersioni minime o comunque molto ridotte di polveri. ■

Roberto Montagnani
Danilo Bontadi



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Hamburg Hafen, web Page <http://www.hafen-hamburg.de/>
- [2] Iarc Monograph n. 68, 1997
- [3] Wagner, G.R. Asbestosis and silicosis, The Lancet, 1997, 349,1311-15
- [4] Harrison, Textbook of clinical medicine, 14th ed. Mc Graw Hill, 1999
- [5] ACGIH, TLVs and BEIs, 2000
- [6] Van Kampen V, Merget R, Baur X. Am J Ind Med 2000 Aug; 38(2):164-218. Occupational airway sensitizers: an overview on the respective literature.
- [7] Baur X., Chen Z., Liebers V. Exposure response relationships of occupational inhalative allergens Clinical experimental Allergy 28, 537-544, 1998
- [8] Casarett & Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons Curtis D., Ph.D. Klaassen (Editor), 1996
- [9] Meeting EPA Standards For Grab Unloading Of Dusty Cargoes, Dominic G. Merrion & Sean C. Merrion, E&F Services Ltd., Leicester, UK, Port Technology International, Tenth edition, pages 187-205

Taormina

CONVEGNO SIMLII

Nella splendida cornice naturale dei Giardini Naxos e di Taormina, si è svolto dal 11 al 14 settembre 2002 il 65° Congresso Nazionale SIMLII.

CUTE E LAVORO

La prima sessione è stata dedicata al tema "Cute e lavoro". È stato ribadito che i settori lavorativi più coinvolti sono quello della lavorazione dei metalli, dell'edilizia, dei parrucchieri e l'assistenza sanitaria. I quadri più frequenti sono costituiti da dermatite allergica da contatto, dermatite irritativa e le orticarie. È stato presentato il progetto "Riscokofderm" per la valutazione della contaminazione cutanea da sostanze chimiche negli ambienti di lavoro che è in corso di realizzazione in 3 istituti universitari di medicina del lavoro ed in altri in tutta Europa. Particolarmente interessate è stata la relazione del Prof. Apostoli che ha raccolto ed esposto le principali esperienze di valutazione dell'esposizione ad agenti chimici attraverso l'utilizzo del sudore o dei peli o dei capelli. Anche se le tecniche di campionamento non sono state ancora adeguatamente standardizzate, è stato ribadito che per alcune sostanze (ad esempio I.P.A., glicoli, pesticidi, ammine aromatiche, solventi) l'esposizione cutanea può essere prevalente rispetto a quella inalatoria.

VIDEOTERMINALI, RADIAZIONI NON IONIZZANTI, VIBRAZIONI E RISCHIO DORSO LOMBARE DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI: LINEE GUIDA

Nella sessione pomeridiana della prima giornata sono state presentate le proposte di linee guida su videoterminali, radiazioni non ionizzanti, vibrazioni e rischio dorso lombare da movimentazione manuale di carichi. Come già a Torino per i cancerogeni, i solventi, il rumore e le patologie da movimenti ripetitivi, le linee guida sono state sottoposte ai

partecipanti per una valutazione e per l'eventuale loro modifica od integrazione in vista della pubblicazione definitiva che è prevista per i primi mesi del 2003. È stato inoltre presentato il progetto SIMLII per l'accreditamento d'eccellenza, un progetto parallelo a quello ECM del Ministero della salute che prevede l'accumulo di crediti formativi al fine di ottenere un riconoscimento formale della qualità professionale. È stato ribadito che questa proposta può soddisfare in modo specifico e selettivo a quanto previsto dalla circolare del Ministero della salute n. 488/02, che prevede l'obbligatorietà dell'educazione continua in medicina anche per i liberi professionisti e non solo per il personale dipendente o convenzionato con il sistema sanitario nazionale.

IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO NELLA PREVENZIONE INFORTUNI

Una sessione è stata dedicata al "Ruolo del medico del lavoro nella prevenzione infortuni" in particolare per quanto riguarda la gestione dell'alcolismo e dell'uso di droghe nel lavoro. Si è parlato anche di lavoro interinale sottolineando la necessità di una maggiore formazione dei lavoratori. Alcuni interventi hanno riguardato anche il ruolo del medico competente nella prevenzione degli infortuni nel "lavoro mobile" (autisti, venditori, ecc.).

L'INTERVENTO DEL DOTT. GUARINIELLO

Molto atteso è stato l'intervento del Dott. Guariniello (Procura di Torino) il

quale ha ribadito il delicato ruolo che il medico competente riveste nell'applicazione del D.L.vo 25/02 sugli agenti chimici pericolosi. In particolare è stata ribadita l'obbligatorietà della partecipazione del medico alla valutazione del rischio indipendentemente dal suo più o meno formale coinvolgimento da parte del datore di lavoro o del responsabile del servizio di prevenzione e protezione. È stato ribadito inoltre che la sorveglianza sanitaria deve essere effettuata in tutte le situazioni lavorative nelle quali sia riconosciuto un rischio per la salute, in forza dell'articolo 3 comma 1 e del D.L.vo 626/94.

LE VACCINAZIONE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE

In una sessione parallela è stato trattato il tema delle vaccinazioni come strumento di prevenzione del rischio biologico in ambito lavorativo.

L'ORGANIZZAZIONE

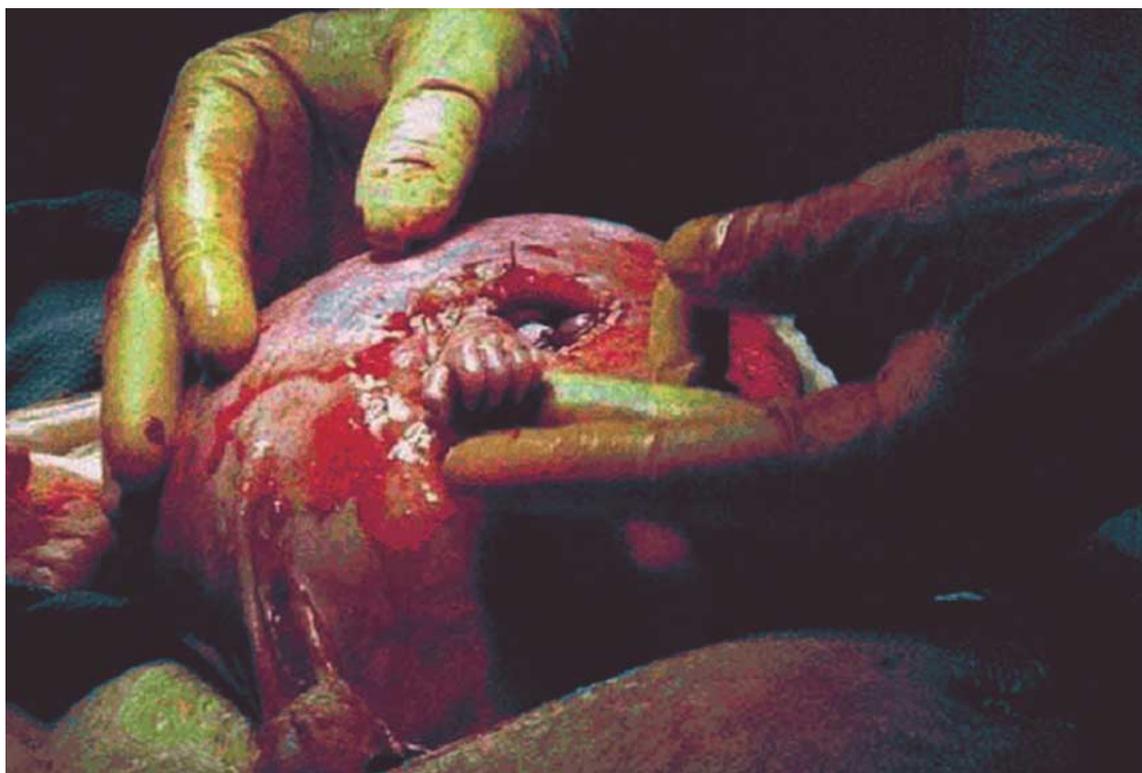
Il convegno è stato accreditato all'erogazione di 11 crediti formativi nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina. Ciò ha comportato la formalizzazione della presenza attraverso la raccolta di firme all'entrata e all'uscita di ciascuna sessione e la compilazione di un questionario di valutazione dell'apprendimento. Anche per l'elevato numero di partecipanti ma soprattutto per qualche carenza di tipo organizzativo, questa circostanza ha creato qualche momento di disorientamento e talora di confusione. ■





Non solo medicina del lavoro

Un fotografo che stava realizzando il servizio video di un intervento chirurgico eseguito in utero - una correzione di spina bifida in un feto di appena 21 settimane - mai avrebbe immaginato che la sua macchina fotografica potesse catturare una tale eloquente affermazione della vita cogliendo il momento in cui il bimbo afferrava il dito del chirurgo che lo stava operando. La piccola mano che commosse il mondo appartiene a Samuel Alexander, la cui nascita era attesa per il 28 Dicembre 2001. I chirurghi sapevano che non avrebbero potuto mantenerlo in vita al di fuori dell'utero materno e per questo dovevano riuscire a correggere l'anomalia "dentro", perchè il bimbo potesse proseguire la sua crescita fisiologica. L'intervento era e rimane straordinario, ed in tale contesto la foto è ancora più significativa. La fotografia che ha fatto il giro del mondo ed è stata pubblicata su riviste scientifiche, non ci risulta che abbia avuto paragonabile diffusione in Italia. È comparsa recentemente sul primo numero della rivista dell'associazione Medicina e Persona "Journal of Medicine and Person". La ospitiamo anche noi per offrirgliela all'attenzione di altri, essendo stati colpiti dalla bellezza e dal significato di questa immagine. La vita è cosa cui vale la pena di aggrapparsi, in ogni condizione. L'arte medica ha lo scopo di proteggere questo desiderio per la vita, anche là dove non può essere pienamente espresso.



**Quando sudi,
sei affaticato e spossato!**

MG.KVIS[®] 
MAGNESIO·POTASSIO

***Una fonte di energia.
Una risorsa
per il tuo organismo.***

MG.K VIS fornisce il giusto apporto di sali minerali, Magnesio e Potassio, per ripristinare l'equilibrio idrosalino. È particolarmente indicato negli squilibri della concentrazione salina fisiologica, dovuti ad una eccessiva sudorazione o a un'umentata attività lavorativa fisica.

MG.K VIS contribuisce a ripristinare l'efficienza dell'organismo nei casi di ridotto apporto nutrizionale o di aumentato fabbisogno. E' quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

MG.K VIS grazie alla sua formula con Creatina aiuta infatti a rafforzare la capacità muscolare, a ritardare la comparsa della fatica e dello stress ed accelerare il recupero della forma fisica e mentale.

MG.K VIS un concentrato di benessere per il riequilibrio idrosalino-energetico del tuo organismo.



IN FARMACIA

**Integratore dietetico di Sali Minerali con Creatina
Dissetante-Energetico.**



TUTTI I SERVIZI DEL CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO

MEDICINA DEL LAVORO

- Consulenza per applicazione D.Lgs. 626/94
- Medicina del Lavoro direttamente in azienda con le speciali unità mobili
- Igiene Industriale e Ambientale • Corsi di Formazione e Informazione

CONSULENZA PER LE AZIENDE

- Consulenza per ottenere la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000
- Consulenza relativamente alla Microbiologia degli alimenti HACCP

OLTRE 500 TIPI DI ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO

L'unico scelto in Italia come laboratorio di riferimento dalla *E.a.r.l.* (*European Association of Reference Laboratories*) e il primo ad avere ottenuto la Certificazione di Qualità ISO 9002

MEDICINA PREVENTIVA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

CDI-CHECK: check-up personalizzato che fornisce una valutazione globale dello stato di salute, inquadrando in modo rapido e completo tutti i fattori di rischio e le eventuali patologie del soggetto in esame.

Si tratta di un programma originale messo a punto dal CDI, inimitabile per la completezza degli accertamenti e la complessità dell'organizzazione che ne consente lo svolgimento in una sola giornata.

CDI-CHECK MODULO PREVENZIONE: è un programma completo di accertamenti di medicina preventiva messo a punto in base all'esperienza del modulo iniziale del CDI Check.

DIAGNOSTICA DOMICILIARE A CASA E IN UFFICIO

- Visite Specialistiche • Ecografie • Radiografie e Prelievi • Esami Cardiologici con il servizio di Telemedicina

CHIRURGIA AMBULATORIALE

in "DAY SURGERY" senza ricovero interventi di: Chirurgia delle Ernie • Chirurgia delle Vene • Chirurgia Dermatologica • Chirurgia Ginecologica • Chirurgia Oculistica • Chirurgia Ortopedica • Chirurgia Plastica e Ricostruttiva • Chirurgia Proctologica • Chirurgia Senologica • Chirurgia Urologica • Chirurgia Orale, Parodontale e Implantologica • Odontoiatria in Narcosi

VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI DI OLTRE 50 SPECIALITÀ

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- T.A.C. • N.M.R. • M.O.C. • Ecografie • Radiografie • Mammografie • Medicina Nucleare

CENTRI MULTIDISCIPLINARI

- Centro della Diplopia • Centro per il Mal di Schiena "SPINE CENTER" • Centro della Menopausa • Centro dell'Iperensione • Centro Senologia • Centro della Tiroide • CPP Centro Psicopedagogico per le Difficoltà dell'Apprendimento • CDI-JUNIOR Servizio di Specialistica Pediatrica • Team Dietologico



CDI Centro Diagnostico Italiano

Sede Centrale
Via Saint Bon, 20
20147 Milano
Tel. 02.483171

CDI/2-CDI/3
Largo Cairoli, 2
20121 Milano
Tel. 02.86463094/5/6/7

CDI/4
Via Brusuglio, 55
20161 Milano
Tel. 02.6464976

CDI/5
Viale Monza, 270
20128 Milano
Tel. 02.2551925/2579703

Punto Prelievi
Via Vigevanese, 9
20094 Corsico
Tel. 02.4406148

CD Centro Diagnostico

Via F.A. Pigafetta, 1 – 00154 Roma – Tel. 06.571071