



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti



Le “idoneità difficili” e il ruolo del medico del lavoro

Dibattito on-line sul rischio da agenti chimici

Monitoraggio biologico: efficace strumento di prevenzione

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

NOTIZIARIO A.N.M.A.

N° 3/2002

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

Via San Maurizio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
e-mail: maurilio@mlink.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, 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

LIGURIA: Segr. Marco Saffetone - Via A. Aonzo, 11/1 - 17100 Savona tel. 019 5224755 - 019 52244090

LOMBARDIA: Segr. Daniele Ditaranto c/o sede Via S. Maurizio, 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: pacicla@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

PRATO: Dott. Andrea Gennai - Viale Monte Grappa, 97 - 50047 Prato (FI) tel. 0574 58082

E diciamolo!

Alcuni di noi, ora da invitati ora da partecipanti, hanno seguito i lavori del Congresso nazionale dell'ANMeLP che ha avuto luogo ad Abano Terme nella metà dello scorso novembre.

Un Congresso ben riuscito, ben partecipato, anzi sicuramente affollato grazie anche ai punti ECM.

Un plauso agli organizzatori della parte scientifica che sono riusciti a coagulare il vissuto del mondo pubblico e di quello privato su un tema difficile e scivoloso: le idoneità difficili, ovvero le idoneità per i lavoratori portatori di handicap, siano essi fisici, mentali o legati all'abuso di alcol, droghe illegali e sostanze stupefacenti (anche psicofarmaci), senza negare un plauso alla organizzazione generale che è stata perfetta avendo saputo contenere e fronteggiare la "massa ECM". In sintesi una due giorni di lavoro appassionante, di confronto sereno e costruttivo.

Si perché il medico del lavoro, detto competente, è tale solo se è appassionato al proprio lavoro, alla propria missione per usare un lessico ormai desueto o per lo meno poco trendy.

Ma diciamolo! Perché insistere nel volere trovare la luce e la verità nell'esperto di legge. Da tempo ci sentiamo dire che dobbiamo fare i bravi bambini, che la legge è legge, affermazione che non ci siamo mai sognati di contraddire.

Il codice di comportamento del medico d'azienda competente dell'ANMA è una osanna al rispetto della legge, quella pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale e quella della deontologia professionale.

La legge non ammette ignoranza lo sappiamo, e siamo grati a chi ce lo ricorda mettendoci davanti ad esempi che fanno riflettere. Ma nella vita, come ben sappiamo ci sono i bravi, gli attenti, i furbi, gli elusori, gli evasori e i disonesti: diciamolo, non facciamo di tutta l'erba un solo fascio.

Senza dubbio anche fra di noi medici competenti, probabilmente anche dell'ANMA, esistono molte delle categorie prima elencate. Se ci addentriamo nella deontologia delle tariffe, delle offerte, della lotta al coltello, ci sentiamo un pochino a disagio. Ma ciononostante non possiamo che affermare la nostra "missione", prima di tutto così come richiesta dalla legge e poi come disponibilità onesta e trasparente a promuovere un percorso di salute al lavoro di ogni persona.

Ma diciamolo. È tempo che la caccia alle streghe sia messa al bando.

Abbiamo disquisito per oltre un'ora sul significato profondo della lettera i) del comma 1 dell'articolo 17 del decreto 626; altra disquisizione sulle visite pre-assuntive.

In conclusione: la legge è legge. Diciamolo, lo sapevamo!

Se il medico competente ha davvero un ruolo pubblico quale almeno incaricato di pubblico servizio, come si afferma quando si vuole rimarcare la sua responsabilità, e allora gli si conceda questa responsabilità nel trattare la salute dei lavoratori e degli aspiranti. Ovviamente sotto il controllo vigile di chi deve garantire qualità e imparzialità.

Ci vogliamo provare? Il percorso non è dei più semplici, ma vale la pena fare un tentativo. E tutto questo a maggior ragione di fronte ad una "idoneità difficile".

Potrebbe accadere di trovare una sorpresa nell'uovo di Pasqua, non certo sotto l'albero natalizio che sarà ormai alle nostre spalle quando questo numero ci raggiungerà.

Permettetemi di raggiungervi egualmente con i miei migliori auguri per un 2003 laborioso, sereno ed in salute. Anche per l'ANMA, diciamolo!

Il Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

sommario

a nervo scoperto

Il problema delle "idoneità difficili e il ruolo del medico competente" pag. 5

Patologie "diffici" e lavoro: l'alcol.

L'esperienza del medico competente pag. 6

Il medico competente e le droghe:

la comunicazione difficile in azienda pag. 9

Il disturbo mentale e la disabilità intellettiva

pag. 13

Il "dopo" psicologico del paziente dopo l'esperienza-cancro

pag. 15

Inserimento disabili.

L'esperienza della Regione Toscana pag. 17

Sindrome di Leber e idoneità alla mansione di videoterminalista.

Descrizione di un caso clinico. pag. 19

ultime dalla rete

contributi

Monitoraggio biologico: efficace strumento di prevenzione pag. 25

dibattito on line

Il rischio agenti chimici pag. 27

esperienze e materiali di lavoro

Malattia professionale e giudizio di idoneità nei rischi normativi

e non ruolo del medico competente pag. 30

è successo a....

Convegno A.N.M.A. su "D.Lgs. n. 25 del 2/02/2002- Rischi da agenti chimici.

Vantaggi e svantaggi del superamento del D.P.R. 303/56" pag. 34

da leggere in poltrona

Cromo pag. 36

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

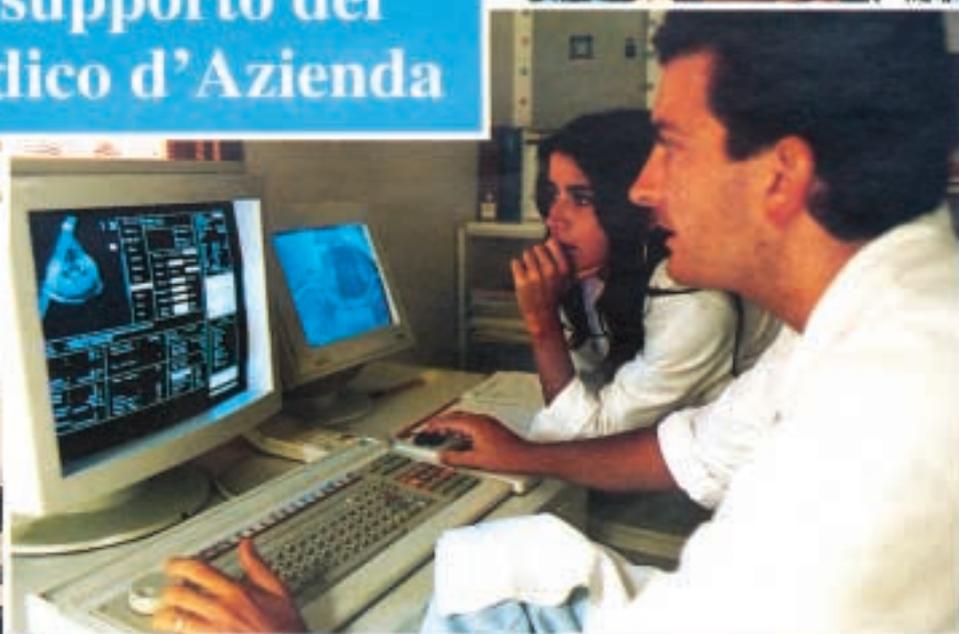
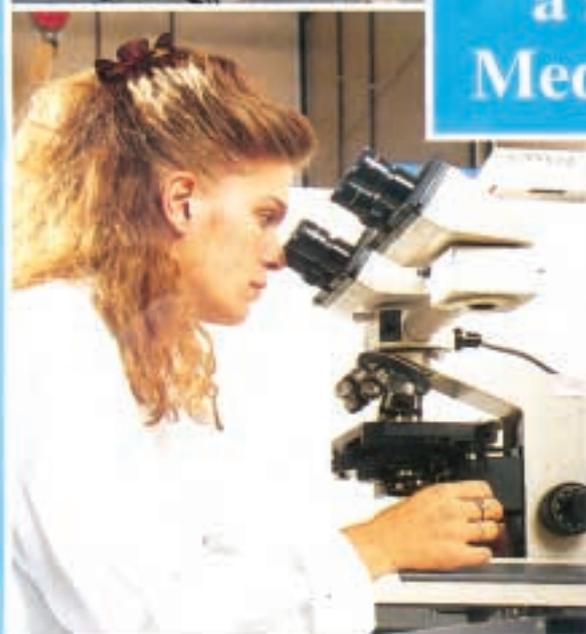


H SAN RAFFAELE RESNATI

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



Il problema delle “idoneità difficili” e il ruolo del medico competente

Il Giudizio di Idoneità rappresenta “l’atto conclusivo di tutto il percorso di attività” che il Medico Competente compie in azienda e ne caratterizza inequivocabilmente la capacità e la sensibilità professionale. La “competenza”, che il legislatore ha attribuito al Medico fin dal lontano 1956 con il DPR 303 e che ha successivamente perfezionato e reso coerente all’evoluzione normativa a livello comunitario, sociale e tecnologico, si esprime e si realizza attraverso l’analisi e lo sviluppo della relazione tra lo stato di salute del lavoratore e le richieste della mansione specifica assegnatagli, tenendo costantemente presente che il Giudizio di Idoneità è finalizzato all’ottimizzazione dell’inserimento lavorativo. Questo compito già’ di per sè ordinariamente delicato, assume aspetti di particolare complessità a fronte di situazioni non ordinarie.

Quanto fin detto introduce e giustifica il termine “idoneità difficili” quale partita concettuale complessa, a maggior valore professionale aggiunto, che si distingue e si distanzia dalla casistica quotidiana ed ordinaria a cui siamo ben allenati, pur nella consapevolezza che ogni idoneità alla mansione specifica può assumere attributi di “idoneità difficile” o per lo meno “scomoda”.

Soggetti con dipendenza da alcol o da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e non, quelli con disabilità intellettive e psichiche, senza dimenticare coloro che sono affetti da altre gravi invalidità riconosciute, rappresentano le categorie a cui solitamente si fa riferimento. A queste dobbiamo aggiungere una serie di condizioni patologiche forse “minori”, ci sia concessa la suddivisione, che pur non dando luogo al riconoscimento ufficiale di invalidità sono però altrettanto invalidanti per l’espletamento della mansione lavorativa.

In questo scenario il Medico d’azienda competente è chiamato ad esprimere la propria abilità individuando, in accordo ed assieme al datore di lavoro, le attività consone all’handicap, dove il concetto di idoneità al lavoro non va confuso con l’aspettativa di piena efficienza psicofisica, o di massima efficienza sul lavoro, equivoco che spesso rende problematica, e a volte distorta, la gestione delle idoneità con prescrizioni.

Ma non solo. La casistica sopra elencata pone al Medico Competente l’esigenza di confrontarsi e di stabilire un rapporto aperto e costruttivo con le figure aziendali preposte alla gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro, il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e le altre figure specialistiche del team di prevenzione, e con gli specialisti dei Servizi territoriali per le Tossicodipendenze e per l’Inserimento Lavorativo, ovvero dei Servizi che nell’ambito della Aziende Sanitarie Locali affrontano a diversi livelli il problema dell’inserimento lavorativo.





PATOLOGIE "DIFFICILI" E LAVORO: L'ALCOOL. L'ESPERIENZA DEL MEDICO COMPETENTE

RIASSUNTO

Il medico competente è il soggetto incaricato della sorveglianza sanitaria dei lavoratori che presentano rischi professionali (2).

Fra gli scopi primari della sorveglianza sanitaria è l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione.

Gli alcolisti comportano problemi per l'espressione di tale giudizio. La legge vigente attribuisce al medico competente la facoltà di effettuare in taluni casi controlli alcolimetrici: ciò comporta per il medico una responsabilità circa i casi di intossicazione acuta, ma non gli fornisce criteri per la formulazione del giudizio di idoneità.

Per la formulazione e gestione del giudizio di idoneità in rapporto all'eventuale abuso di alcool (vino, liquori, superalcolici) un gruppo di medici competenti specialisti in medicina del lavoro ha formulato ed utilizzato uno specifico protocollo: anamnesi, esame clinico, gammaGT, volume globulare, CDT (transferina decarbossidata). La revisione della letteratura (3, 4, 6) indica nella CDT il test più specifico per valutare l'abuso alcolico mentre la gammaGT è ritenuto il test più sensibile; pertanto l'uso combinato dei due esami consente di ottenere informazioni diagnostiche più precise e ciò è particolarmente importante in ambito di medicina del lavoro aziendale dove spesso risulta scarso il contributo che la raccolta anamnestica può dare su questo argomento (6). Anche i nostri primi dati sul campo permettono, seppur in via preliminare, di esprimere un giudizio positivo circa l'utilizzo razionale di questi esami ai fini documentativi nella formulazione del giudizio di idoneità utilizzato anche come strumento educativo alla disassuefazione alcolica.

L'IDONEITÀ LAVORATIVA (ALCUNE CONSIDERAZIONI GENERALI)

La finalità della sorveglianza sanitaria è la tutela della salute del lavoratore; gli accertamenti sanitari sono finalizzati a verificare che:

- non vi siano situazioni psico-fisiche che predispongono il soggetto ad ammalare (cioè a ricevere danno alla salute) svolgendo l'attività lavorativa
- non vi siano danni alla salute correlabili al lavoro svolto: in caso positivo oltre che ad allontanare il lavoratore per evitare aggravamenti il medico competente è tenuto alla denuncia di malattia professionale, al referto alla autorità giudiziaria ed a sollecitare interventi per migliorare le condizioni di lavoro.

Verificati tali aspetti il medico competente formula il giudizio di

- **idoneità;**
- **idoneità con limitazioni o prescrizioni:** il lavoratore non può svolgere alcune delle attività previste del mansionario ovvero le deve svolgere con particolari cautele: spetta al datore di lavoro (in collaborazione con il medico competente e il RSPP) verificare se tali limitazioni sono compatibili con il mantenimento di quel posto di lavoro;
- **temporanea non idoneità:** per un certo periodo il lavoratore non può svolgere del tutto o in parte i compiti della propria mansione; al termine di tale periodo il lavoratore andrà rivisto dal medico che formulerà il nuovo giudizio;
- **non idoneità.**

Deve essere chiarito che IDONEO A SVOLGERE LA MANSIONE significa che lo svolgimento della attività lavorativa in quelle condizioni note e contingenti "non dovrebbe produrre" danni alla salute.

Dire idoneo alla mansione non significa capace di svolgere i compiti della mansione.

La capacità di svolgere una certa attività deriva da fattori fisici, psichici (sanitari) ed extra-sanitari che costituiscono i requisiti per poter svolgere una certa mansione: è doveroso chiarire che di norma lo scopo degli accertamenti svolti dal medico competente non è di verificare i requisiti di salute che potrebbero interferire con la capacità di svolgere l'attività lavorativa tranne nei casi in cui l'assenza di tali requisiti comporti una situazione di maggior rischio per il lavoratore.

IDONEITÀ LAVORATIVA ED ALCOL

La Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" (1) prevede il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle aziende in cui vengono svolte attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza e l'incolumità o la salute di terzi.

Allo scopo di garantire la sicurezza il Medico competente di queste aziende ha facoltà di eseguire i controlli alcolimetrici nel luogo di lavoro; (questa facoltà è attribuita anche ai medici del lavoro degli organi di vigilanza).

I dati presentati in questo convegno confermano che la percentuale di popolazione con problemi di alcool correlati, è superiore al 10% (5) e che tra essi la incidenza di infortuni è 4 volte maggiore della popolazione generale.

Per quanto riguarda l'applicazione della Legge 125/2001 un primo punto da stabilire è se l'azienda in cui operiamo rientri o meno nella definizione data dal 1° comma dell'articolo 15.

Allo stato attuale in mancanza del decreto attuativo, che avrebbe dovuto identificare le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, non è possibile rispondere con certezza a tale quesito.

Riteniamo tuttavia che, nonostante la carenza del decreto attuativo sopra citato provochi notevoli incertezze, il Medico competente non possa prescindere



da quanto individuato nel Documento di valutazione dei rischi redatto ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs 626/94 e successive modificazioni e integrazioni (2). Infatti normalmente il Documento di valutazione dei rischi comprende anche una valutazione del rischio infortunistico ed in ogni caso vi sono comparti produttivi che generalmente vengono considerati ad elevato rischio infortunistico, ovvero con rischio per la sicurezza di terzi: siderurgia, edilizia, cantieristica in genere, trasporti, sanità per fare solo qualche esempio.

Per questi casi così palesi riteniamo che, anche in carenza del decreto attuativo, il medico competente debba utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione per programmare un'attività sanitaria che tenga conto anche delle problematiche derivanti dall'abuso alcolico e soprattutto delle conseguenze sul rischio infortunistico.

L'attività sanitaria è sostanzialmente differente per modalità e scopi in relazione al rischio di intossicazione alcolica acuta (ubriachezza) e alla ricerca dei soggetti con abuso alcolico cronico.

a) I casi di sospetta *intossicazione alcolica acuta* (ubriachezza) sono spesso anche causa di problemi gestionali all'interno delle aziende.

La Legge 125/2001 definisce la necessità di una diagnosi attraverso test alcolimetrici nei casi di attività lavorativa ad elevato rischio infortunistico ovvero per la sicurezza di terzi.

Tali test possono essere effettuati esclusivamente dal Medico competente o dai Medici del lavoro con compiti di vigilanza dei Servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro (1).

Il Medico competente di aziende rientranti nella Legge 125/2001 deve predisporre, in accordo con il Datore di Lavoro, una procedura per la gestione dei casi. Il Medico competente, nei casi di sospetta intossicazione alcolica acuta, potrà attuare il test alcolimetrico utilizzando il "saliva alcool test". Questo test è effettuabile con kit usa e getta, di facile conservazione ed utilizzo, che permette il dosaggio del livello di alcool attraverso una misurazione della sua concentrazione nella saliva.

Il test è molto semplice, di facile esecuzione. È un esame molto utilizzato anche nei Nuclei Operativi di Alcologia per il controllo dello stato di astinenza dei pazienti seguiti ambulatorialmente.

In carenza del decreto attuativo appare comunque ragionevole l'invio del soggetto con sintomi da intossicazione alcolica acuta alle strutture pubbliche di pronto soccorso sia a fini terapeutici che medico legali.

B) La diagnosi di *abuso alcolico cronico* riveste particolare importanza ai fini del giudizio di idoneità per le stesse tipologie di attività richiamate all'art. 15 della legge 125/2001 cioè nelle aziende a elevato rischio infortunistico ovvero per mansioni comportanti rischi per terzi.

L'abuso alcolico cronico è il maggior fattore di rischio di intossicazione alcolica acuta cioè per una situazione di instabilità emozionale e nervosa, di disorientamento, di incoordinazione e di alterazione dei riflessi che aumenta il rischio infortunistico con conseguenze dannose per se e per terzi.

Prevenire le intossicazioni acute comporta anche l'identificazione dei soggetti con abuso cronico che deve essere primariamente finalizzato ad interventi educativi e curativi che possono necessitare anche di limitazioni (per lo più temporanee) dell'idoneità lavorativa.

La diagnosi di alcolismo cronico non può avvenire mediante l'utilizzo di un singolo indicatore ma è basata sulla valutazione anamnestica e clinica del soggetto e su alcuni parametri di laboratorio. Nella nostra esperienza la ricerca diagnostica per abuso alcolico cronico è stata svolta su una popolazione di autisti di mezzi pubblici di trasporto per i quali è evidente il rischio di incidenti stradali e conseguentemente il rischio di danni infortunistici per se e alla sicurezza di terzi.

Per i soggetti interessati sono in prima istanza valutati gli indici di funzione epatica e il volume corpuscolare medio

(VCM). Qualora emergano segni di epatopatia e i dati clinico-anamnestici (che emergono anche dagli esiti degli esami ematochimici di routine effettuati) non consentono la diagnosi eziologica si procede alla valutazione dei marcatori virali per epatite B e C e al dosaggio della transferrina decaroidrata (CDT). Anche nel caso di macroglobulia si procede al dosaggio della CDT mentre eventuali ulteriori approfondimenti vengono demandati all'ambito specialistico ematologico.

*Siamo tutti soliti correlare l'abuso alcolico agli incrementi del volume globulare ma soprattutto della GGT (gamma glutamiltransferasi). Il dosaggio della GGT è frutto di una analisi molto standardizzata, è un indicatore relativamente sensibile per l'abuso alcolico ma poco specifico; numerosi falsi positivi derivano da patologie epatiche di comune riscontro (malattie ostruttive, calcolosi della colecisti, epatite, statosi epatica, cirrosi e neoplasie) o dall'abuso-uso di altre sostanze ed in particolare modo di farmaci (barbiturici, ipnotici, estrogeni, contraccettivi, antireumatici). Più recente per la diagnosi di alcolismo è l'utilizzo della CDT (transferrina decaroidrata) il cui dosaggio è meno standardizzato (6); la CDT è dotata di specificità molto maggiore della GGT (2, 6), riflette l'assunzione alcolica di circa 14 giorni: non risente della maggior parte delle comuni patologie epatobiliari (anche se sono descritti incrementi in caso di cirrosi biliare e di neoplasia epatica) né dell'assunzione di farmaci. Può essere invece influenzata dalla carenza di ferro, inoltre la CDT aumenta in gravidanza. Il nostro laboratorio ha valutato sensibilità e specificità di GGT e CDT su 156 soggetti di cui 75 "bevitori". Per il dosaggio della CDT ha utilizzato la metodica in cromatografia a colonna ed ELISA con un cut-off >2.6%. Ha ottenuto i seguenti risultati:
CDT: sensibilità 60% - specificità 92%
GGT: sensibilità 66% - specificità 69%*

Qualora in assenza di altre indicazioni eziologiche e soprattutto se i dati di laboratorio sono suffragati da riscontri anamnestici per i soggetti con valori elevati di CDT e GGT e/o di Volume globulare viene formulato il giudizio di temporanea non idoneità alla guida per tre mesi. Al termine di tale periodo il lavoratore è rivalutato con gli stessi esami ed il nuovo giudizio si fonda sulla normalizzazione della CDT e sulla riduzione di GGT e del Volume globulare. Normalizzazione della CDT significa valori inferiori o uguali a 2.6% della transferrina totale e corrispondono all'assunzione giornaliera di quantità giornaliera di alcol non superiori a 50-60 gr. nei 14 giorni precedenti. La CDT ha un tempo di dimezzamento, in caso di astensione assoluta da alcool, di circa 14 giorni; il ricontrollo a tre mesi consente di ricavare un dato relativo alla nuova situazione di assunzione alcolica senza interferenze delle progressive abitudini.

CONCLUSIONI

Laddove si svolgono attività lavorative ad elevato rischio infortunistico o con rischio per l'incolumità di terzi il giudizio di idoneità alla mansione deve tener conto anche della eventuale presenza di abuso cronico di bevande alcoliche. Tale situazione, oltre a provocare danni cronici organici e specificamente sul sistema nervoso, predispone ad eventi di intossicazione acuta che pongono il lavoratore in situazione di aumentato rischio infortunistico per se e per la sicurezza e incolumità di terzi.

La diagnosi di abuso alcolico è importante anche ai fini educazionali e curativi del singolo soggetto.

La diagnosi di abuso alcolico cronico non è sempre agevole soprattutto in ambito di medicina del lavoro in cui spesso il lavoratore nega aspetti anamnestici di rilievo per timore di perdere il posto di lavoro.

L'utilizzo del dosaggio della CDT (transferrina decaroidrata) unitamente ad altri test quali Volume globulare e soprattutto GGT consente di ampliare le possibilità diagnostiche. Anche i nostri primi dati sul campo permettono, seppur in via preliminare, di esprimere un giudizio positivo circa l'utilizzo razionale di questi esami ai fini documentativi nella formulazione del giudizio di idoneità utilizzato anche come strumento educativo alla dissuefazione alcolica. ■

dott. Terenzio Cassina (1-2),

dott. A. Verga (2),

dott. L. Germagnoli (3)

(1) ANMA (Associazione nazionale dei medici d'Azienda)

(2) H. San Raffaele Resnati,
via S. Croce 10, Milano

(3) Laboratorio Ospedale San Raffaele,
Milano

Indirizzo per comunicazioni:
medicina.occupazionale@hsr.it.

Si ringrazia per la collaborazione alla stesura definitiva del contributo il dott. Giuseppe Briatico Vangosa presidente di ANMA.

BIBLIOGRAFIA

- Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcool e di problemi alcolcorrelati".
- D. L. 626/94.
- Meregalli M., Giacomini V., Marchetti L., Liso S., De Feo T., Fiorelli G., Il dosaggio della transferrina desialata come marcatore di abuso alcolico. In: Carrieri F, Albano O., Marzi V., eds. L'alcologia verso il 2000: progressi e formazione, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 1993, pp. 333-5
- Sillanaukee P., Olsson U., Improved Diagnostic Classification of Alcohol Abusers, by Combining Carbohydrate - deficient Transferrin and γ -Glutamyltransferase", in "Clinical Chemistry 47, 4 pp. 681-685 (2001)
- L'Alcologia nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale a cura di M. Cibin e collaboratori; Volume pubblicato dal Ministero della Sanità e Regione Veneto (2001)
- Torsten Arndt: Carbohydrate - deficient Transferrin as a Marker of Chronic Alcohol Abuse: A Critical Review of Preanalysis, Analysis, and Interpretation, Clinical Chemistry 47. 1, 13 - 27 (2001)

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)

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)





Il medico competente e le droghe: la comunicazione difficile in azienda

COMUNICAZIONE IN AZIENDA: I SOGGETTI

Introduzione

Il medico competente che affronta un problema di idoneità per un lavoratore che fa uso di sostanze stupefacenti deve tener conto di numerosi fattori che rendono 'difficile' l'espressione del giudizio e la comunicazione con i soggetti interessati.

Accanto alle classiche figure 'istituzionali' che in azienda interagiscono nell'espressione e nel recepimento del giudizio di idoneità (fig. 1), nei casi di tossicodipendenza si possono inserire interlocutori aziendali ed extra-aziendali (fig. 2)

Normativa

Il medico competente inoltre deve muoversi nel quadro di una legislazione di riferimento che pone dei limiti precisi alla sua azione e che in alcuni casi non ha ancora risolto alcuni punti fondamentali quali la liceità di alcuni accertamenti specifici.

- **C. P.: artt. 326-622**
- **Legge 300/70 art. 5**
- **Legge Privacy - Legge 675/96 e successive modifiche**
- **DL 626/94**
- **Testo Unico Stupefacenti (DPR309/90)**
- **Codice di deontologia medica**

Violazione del segreto professionale (artt. 326-622 del C. P.)

Art. 326: Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio

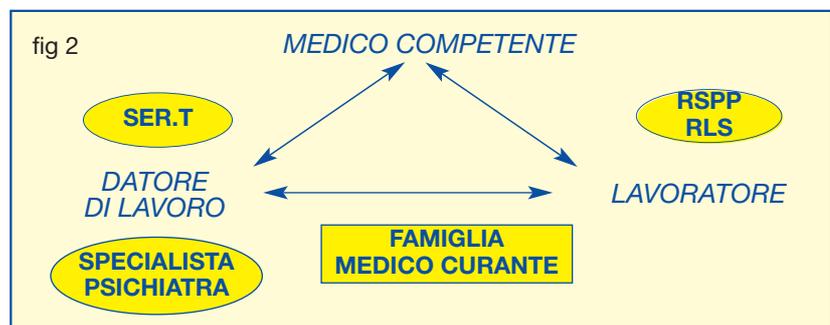
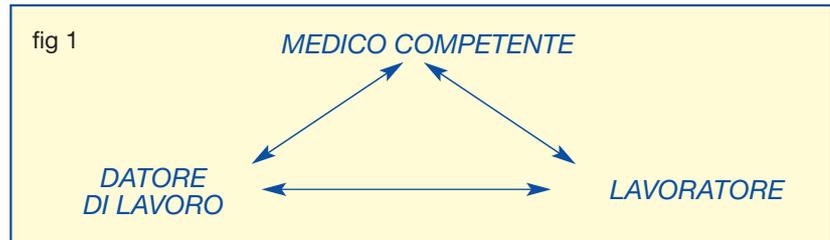
Art. 622: Rivelazione di segreto professionale

Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento [...]

Legge 300/70. Statuto dei lavoratori

Art. 5: sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente.
DPR 309/90 T. U. sostanze stupefacenti e psicotrope

Art. 124: - Lavoratori Tossicodipen-



denti: Previsione di aspettativa dal lavoro o di riabilitazione di durata massima di 3 anni (o > se prevista dal CCL).

Art. 125: - Accertamenti per l'assenza di tossicodipendenza da espletarsi su lavoratori (in assunzione o dipendenti) che compiono mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. (È previsto un Decreto Ministeriale che specificherà le lavorazioni che possono essere soggette ad accertamenti di questo tipo: QUESTO D. M. NON È MAI STATO EMANATO, ESISTE IN BOZZA. Di fatto l'applicazione di questa norma, anche in assenza del DM trova pareri discordanti.)

DL 626/94

Compiti ed obblighi del medico competente

Art. 17. - Il medico competente.
a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione [...] alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori;

b) effettua gli accertamenti sanitari di cui all'art. 16;

c) esprime i giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro, di cui all'art. 16; [...]

m) collabora all'attività di formazione ed informazione

Compiti ed obblighi del datore di lavoro

Art. 5. Il datore di lavoro [...] adotta le misure necessarie per la sicurezza

e la salute dei lavoratori, ed in particolare: [...]

c) nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza; art. 21 e 22: informazione e formazione

Compiti ed obblighi del lavoratore

Art. 5. - Obblighi dei lavoratori.

Ciascun lavoratore deve prendersi cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui possono ricadere gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione ed alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro. [...]

g) si sottopongono ai controlli sanitari previsti nei loro confronti;

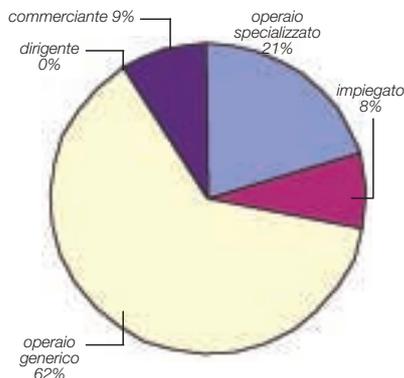
2. 6 Codice di deontologia medica (1998)

Art. 79: Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze d'abuso: L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

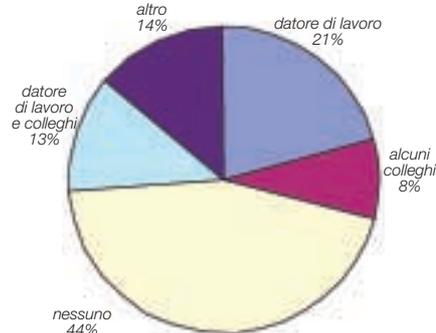
attualmente lavori?



Dati statistici:
utenti che lavorano



Dati statistici:
tipologia di lavori



Dati statistici: conoscenza in azienda
della condizione di tossicodipendenza

LA 'NOTIZIA' DELLA CONDIZIONE DI "TOSSICODIPENDENZA"

Le modalità con cui il medico competente viene a conoscenza di uso di sostanze stupefacenti possono essere dirette o indirette:

- In corso di visita medica - preventiva o periodica;
- Da comunicazione di terzi (datore di lavoro, colleghi, famiglia...);
- Da procedimenti penali - amministrativi (es. spaccio, ritiro patente);
- Sospetto per: infortuni frequenti o "near miss"; assenze ripetute (sono frequenti nei periodi di astinenza) e non giustificate; comportamenti anomali.

CRITERI DIAGNOSTICI PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE - DSM IV American Psychiatric Association

Una modalità d'uso di una sostanza si definisce patologica quando ricorrono almeno tre delle seguenti condizioni:

- tolleranza (bisogno di dosi notevolmente più elevate, effetto diminuito per l'uso continuativo della stessa quantità);
- astinenza (sindrome da astinenza, sostanza assunta per alleviare astinenza);
- la sostanza è assunta in quantità maggiore o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- una grande quantità di tempo spesa a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
- interruzioni o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;
- uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ri-

corrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

SEGNI INDIRETTI DA RICERCARE NELL'ABUSO DI DROGHE

- Postumi cicatriziali di ascessi o di tromboflebite a livello delle vene degli avambracci;
- Decadimento delle condizioni generali (T. D. inveterato);
- Ipotonia delle masse muscolari;
- Pallore cutaneo e delle mucose;
- Postumi cicatriziali di ascessi a livello delle cosce e delle regioni glutee;
- Presenza di rosette, ovvero di cicatrici da ustione di sigaretta;
- Carie dentaria diffusa;
- Adenopatia ascellare di tipo reattivo aspecifico;
- Epatomegalia;
- Splenomegalia;
- Stato della pupilla: sempre scarsamente reattiva alla fotostimolazione, miotica (uso recente di oppiacei) midriatica (astinenza).

QUADRI CLINICI ATTUALI

Bisogna precisare che il quadro clinico descritto va scomparendo per lasciare spazio al tossicodipendente di bell'aspetto, con una obiettività sem-

pre più vicina a quella della popolazione generale, senza i caratteristici segni, che ormai fanno parte della storia.

Inoltre sono cambiate le sostanze e i TD diventano sempre più dei poliassuntori con un inizio sempre più precoce.

La via di somministrazione preferenziale è diventata quella orale o endonasale.

Questi assuntori subiscono un apparente minor deterioramento sociale, secondo il modello del tossicodipendente 'del week-end' ma non sono al riparo dal rischio di insorgenza di dipendenza e di patologie droga-correlate.

ALCUNI DATI STATISTICI

Questi dati sono tratti da 'Indagine in tema di lavoro e tossicodipendenza tra gli utenti dei Ser. T dell'Azienda ULS 12 Veneziana'. (M. Zotta, M. De Angeli, Lisa Leonardini - "Contatti" Ricerca e sperimentazione in tema di reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti: Ce. I. S Don Milano 2001)

L'indagine, svolta a maggio 2000, è riferita ad un campione di 158 utenti dei Ser di Venezia e Mestre che assumono metadone.



Dati statistici: il fenomeno sommerso

È stato indagato l'affronto della possibile compatibilità tra l'esperienza della droga e la conduzione di uno stile di vita "normale": la domanda era "Tra gli amici che frequenti ci sono persone che usano sostanze stupefacenti e lavorano?"

Gli autori hanno fatto una stima che circa il 66,8 % di persone conosciute dal campione lavorano, assumono sostanze stupefacenti e non sono conosciuti dai servizi preposti al contrasto per le Tossicodipendenze.

Naturalmente bisogna tenere conto della peculiarità del campione ma questo dato conferma che la maggior parte dei soggetti consumatori di droghe sfugge a qualsiasi tipo di conoscenza della situazione di tossicodipendenza o di abuso.

COMUNICARE TENENDO PRESENTI I COMPITI DEL MEDICO COMPETENTE

Alcune note di deontologia professionale specifiche del medico competente:

Codice di comportamento ANMA. Art. 6 - RAPPORTO CON IL LAVORATORE: Il medico d'azienda ha un dovere di lealtà nei confronti di ogni lavoratore e deve promuovere e salvaguardare il "particolare rapporto fiduciario" che si instaura con un soggetto obbligato a sottoporsi ex-lege ai controlli sanitari...

DL 626 art. 17 comma c.: esprime i giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro, di cui all'art. 16...

Codice deontologico art. 79: (già citato)

Riassumendo: il giudizio del medico competente ha come scopo il miglior inserimento lavorativo possibile, inoltre l'approccio generale del lavoratore deve essere improntato "all'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di tossicodipendenza".

Affronto del caso di tossicodipendenza nota

Si propone un approccio generale del tipo illustrato in fig 3.



La comunicazione tra il medico competente ed il Sert

Nel caso del lavoratore seguito dal Ser. T, è molto importante contattare il medico che segue il caso per avere notizie circa il trattamento sostitutivo e se il lavoratore fa uso di più sostanze (alcool, benzodiazepine, altri stupefacenti). È necessario segnalare al medico del servizio la disponibilità a collaborare al follow-up del lavoratore.

La nostra esperienza indica che fra servizi di prevenzione delle tossicodipendenze e medici competenti c'è scarsa collaborazione. Negli interventi di inserimento il m. c. non è normalmente consultato (anche perché questo inserimento spesso avviene in attività con bassi livelli di rischio).

Anche il medico competente spesso evita di interpellare il collega del SERT perché non ritiene utile il giudizio di questi rispetto alle decisioni che deve prendere.

È necessario favorire e incrementare una collaborazione.

La comunicazione tra medico competente e lavoratore: punti critici

- L'approccio del lavoratore TD o sospetto.
- La proposta di invio al Sert.
- L'inserimento del lavoratore IDONEO e il follow-up.
- La comunicazione del giudizio di NON IDONEITÀ.

L'affronto del lavoratore TD o sospetto e la proposta di invio al Sert

- Partire sempre dall'anamnesi precedente e se c'è dalla storia lavorativa.
- Evitare le domande di tipo diretto per non accentuare i meccanismi di difesa.
- Tenere presente che il maggior meccanismo di difesa è rappresentato dalla negazione o dalla minimizzazione.
- L'anamnesi non è da considerarsi mai un dato definitivo.
- Tener presente la scarsa compliance al trattamento (poco motivati, frequenti ricadute, non condivisione degli obiettivi)
- Tenere presente che esistono diverse modalità di approccio: APPROCCIO CONFRONTAZIONALE (gli obiettivi sono prescritti, si punta a forzare le scelte); APPROCCIO MOTIVAZIONALE (gli obiettivi sono negoziati, si fa leva sulla capacità residua di scelta).

I CINQUE PRINCIPI FONDAMENTALI NEL COLLOQUIO

A titolo esemplificativo si riportano i principi del colloquio motivazionale, precisando comunque che questa tecnica è quella più usata e che necessita di una adeguata preparazione; basati anche su punti di buon senso condivisibili possono costituire un punto di riferimento per la nostra relazione col lavoratore tossicodipendente.

- Esprimere empatia (accettazione priva di pregiudizi, critiche e biasimo);
- Evitare dispute e discussioni (tene-

fig. 3



re bassa la resistenza dell'interlocutore);

- Aggirare e utilizzare la resistenza;
- Ampliare le fratture interiori (contraddizione fra come ci si percepisce e come si vorrebbe essere);
- Sostenere l'autoefficacia.

L'INSERIMENTO DEL LAVORATORE IDONEO E IL FOLLOW-UP

Il lavoratore idoneo deve essere particolarmente informato e formato circa i rischi lavorativi, le procedure di sicurezza e l'uso dei DPI. Deve essere verificata periodicamente la correttezza delle procedure lavorative. Il medico competente deve seguire personalmente i casi di idoneità condizionata.

Qualora l'inserimento sia 'non nascosto' può essere utile il coinvolgimento del RLS e del capo reparto nell'interesse del programma di riabilitazione.

COMUNICAZIONE DEL GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ

È auspicabile, soprattutto in questi casi, che la comunicazione oltre che in forma scritta avvenga all'interno di un colloquio spiegando le motivazioni e sempre in funzione di 'leva terapeutica'.

La comunicazione al datore di lavoro - Contesti

- Datore di lavoro che non contempla il problema: rifiuto di ogni inserimento difficile.
- Datore di lavoro che è collaborante rispetto all'inserimento o al cambio

mansione (casi di accettazione preventiva per conoscenza del caso o perché inviato da comunità al termine di programma di recupero)

- Datore di lavoro che svolge 'istituzionalmente' una funzione di recupero: cooperative sociali di tipo B
- Enti pubblici: la prassi offre in genere maggiori tutele al lavoratore.

La comunicazione al datore di lavoro - Consenso

La comunicazione della condizione di TD non può avvenire senza il consenso del lavoratore.

Qualora vi sia il consenso o nel caso di conoscenza del caso è necessaria una 'formazione' del datore di lavoro ove già non esistesse, in particolare rispetto al giudizio di idoneità condizionato. Tale giudizio deve essere possibilmente condiviso e deve essere supportato dall'intervento del RSPP.

La comunicazione al datore di lavoro - Aspetti particolari

Il medico competente nel suo giudizio deve tenere presente se il lavoratore è un drug-free (a maggior rischio di ricadute ma più vigile) o se è in trattamento sostitutivo con metadone o buprenorfina (minor rischio di ricadute ma da valutare l'effetto sedativo in fase iniziale di trattamento); il DL può essere coinvolto nel monitoraggio del lavoratore.

Sono noti alcuni casi in cui il DL ha l'affido del metadone (per difficile situazione familiare).

È più facile l'accettazione di un lavoratore TD se il datore di lavoro avverte che la sua responsabilità è sostenuta dal medico competente.



INDICATORI DI QUALITÀ PER IL MEDICO COMPETENTE

Questo tipo di approccio offre, a nostro avviso, un significativo indice di qualità dell'intervento del medico competente nell'azienda perché, al di là di successi o fallimenti, permette un affronto del problema conforme alla nostra 'mission'.

P. A. Patanè, D. Bontadi, P. Torri
ANMA - Studio GOMI Padova

L. Suardi
SERT di Dolo (VE) - USL 13

G. Briatico Vangosa - ANMA

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)

PROMOZIONE

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)

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 2003/2004

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 _____



Il disturbo mentale e la disabilità intellettiva

DISABILITÀ INTELLETTIVA

Disturbo di base: DEFICIT DELL'INTELLIGENZA

definizione dell'intelligenza

- Capacità di adattarsi a situazioni esistenziali relativamente nuove (Thorndike)
- Capacità di inibire un adattamento istintivo e di ridefinirlo alla luce di prove ed errori sperimentali a livello immaginativo, unita alla capacità volontaria di sfruttare l'adattamento istintivo così modificato con un comportamento esplicito utile all'individuo nelle sue qualità di animale sociale (Thurstone)

quadri clinici

RITARDO MENTALE LIEVE:	QI tra 55 e 70 (85%)
RITARDO MENTALE MEDIO	QI tra 35 e 55 (10%)
RITARDO MENTALE GRAVE	QI tra 20 e 35 (3-4 %)
RITARDO MENTALE GRAVISSIMO	QI inferiore a 20 (1-2%)

test più comunemente usati nella valutazione del Q.I.

- WAIS
- MATRICI DI RAVEN

DISTURBI MENTALI

Sindromi o modelli psicologici che comportano evidenze (sintomi o segni) clinicamente significativi e organizzabili, oltre a:

- Difficoltà nelle relazioni interpersonali;
- Diminuzione delle abilità non legata a deficit della intelligenza;
- Aumento del rischio di morte;
- Limitazione della libertà.

eziopotogenesi sconosciuta o incerta se non nel caso delle psicosi organiche

- 1) NEVROSI
(s. ansiose, n. fobica, isterica, ossessiva etc...);
- 2) PSICOSI:
 - Organiche (psicosi confuso-onirica, da sostanze, etc...)
 - Funzionali (episodi deliranti acu-

ti, paranoia, schizofrenia, deliri cronici, etc...);

- 3) DISTURBI DELL'UMORE (depressione, mania, stati misti, d. bipolare, etc...);
- 4) DISTURBI DELLA PERSONALITÀ (isterica, ossessiva, paranoide, borderline, etc...);
- 5) DISTURBI DELL'ADATTAMENTO;
- 6) DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE;
- 7) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE;
- 8) DISTURBI PSICHICI CORRELATI A PATOLOGIE ORGANICHE (d. conseguenti a traumi cerebrali, epilessia, tumori cerebrali, alcolismo, d. endocrini, etc...);

DISTURBI MENTALI E VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ LAVORATIVA

- 1) La diagnosi, se pur necessaria, non è sufficiente.
- 2) Devono essere approfonditi in particolare:
 - La intensità del disturbo (cioè la sua invasività rispetto alla vita mentale e di relazione);
 - La modalità di coping;
 - L'evolvere del disturbo nelle sue connessioni con la storia personale.
- 3) La diagnosi non può (e non deve) limitarsi a essere una raccolta (più o meno puntigliosa) di sintomi e/o segni.
- 4) L'approfondimento psicopatologico (cioè la ricerca e lo studio delle esperienze interne che sono alla base dei sintomi e che possono dare loro un senso) è d'obbligo ogniqualvolta si voglia fare una diagnosi che abbia una attendibilità.
- 5) A maggior ragione quando dalla diagnosi vogliamo trarre delle indicazioni sulle capacità relazionali e di "funzionamento" dell'individuo, l'approccio categoriale appare costantemente inadeguato.
- 6) Da questo punto di vista non è sufficiente una diagnosi di stato (che valuti solamente il "qui e ora") ma devono essere considerati:
 - a) IL "PRIMA": cioè la storia premorbosa del paz., il suo adattamento sociale e relazionale, il



suo percorso maturativo (scuola, affetti, legami con la famiglia di origine), le modalità con cui ha affrontato momenti difficili della vita (separazioni, perdite, cambiamenti, ad es. matrimonio, nascita dei figli etc...);

- b) il "DURANTE": di che tipo di disturbo il paziente ha sofferto, quanto è durato, che tipo di terapie sono state somministrate e per quanto tempo, e con che risultati;
- c) il modo in cui i familiari sono stati presenti nel momento dell'acuzie, le loro relazioni anche rispetto al problema dello stigma (che accompagna il disturbo psichico in modo assolutamente più importante che ogni altro disturbo o malattia);
- d) il/i possibile/i decorso/i del disturbo osservato: certamente una valutazione a lungo termine è quasi sempre impossibile, mentre è invece possibile una valutazione di decorso a breve-medio termine;
- e) Ricordiamo che nessun disturbo psichico è stabile e continuo nel tempo: anche nel caso delle psicosi questo è assolutamente vero; nessun paziente è sempre malato, tutti i giorni della sua vita. Invece è vero che i disturbi mentali hanno spesso andamento oscillatorio (acuzie => miglioramento => compenso => riacutizzazione ...). A tal proposito acquisisce importanza fondamentale il concetto di vulnerabilità.
- 7) Va ricordato che in ambito di idoneità al lavoro (nel caso dei paz. con disturbo mentale) la diagnosi (cioè la constatazione della presenza di un disturbo) non è l'unico elemento di cui tenere conto, in quanto:
- a) La diagnosi, da sola, non ci dice molto sulle specifiche abilità o disabilità del paziente;
- b) La diagnosi non può, da sola, aiutarci a capire se il paziente può o meno sopportare ambienti di lavoro ove siano presenti costantemente o quasi elementi di:
- competitività
 - conflittualità
 - iper-responsabilità
 - sovraccarico lavorativo
 - etc;
- c) Il modo in cui il paziente ha affrontato (insieme o no con i familiari) il suo disturbo (cioè il coping) ci aiuta a capire le sue possibili reazioni in ambito lavorativo: il paziente non è una dia-

gnosi, è una persona, unica e irripetibile, e come tale va sempre considerato. La ricerca psicopatologica (cioè la ricerca di senso basata sulla clinica) ci dice molto di più che non un etichetta diagnostica.

8) Nel 2000 l'OMS ha pubblicato un importante documento su "Salute mentale e lavoro"; Un paragrafo di questo lavoro riguarda i 5 miti (proprio così li definisce l'OMS) che riguardano i disturbi mentali e l'inserimento lavorativo:

Mito 1: I disturbi mentali sono uguali a un ritardo mentale (di questo ci siamo già occupati in premessa);

Mito 2: Il miglioramento dei disturbi mentali non è possibile

Mito 3: I disturbi mentali (e i lavoratori che sono stati curati per questo) sono caratterizzati dalla tendenza ad abbassare la produttività e la qualità del lavoro espresso;

Mito 4: Le persone con disturbi mentali (in trattamento) non possono tollerare situazioni di stress nel lavoro;

Mito 5: I disturbi mentali (e le persone in trattamento per questi) sono imprevedibili, violenti, pericolosi.

9) Pare persino superfluo sottolineare la profonda trasformazione avvenuta negli ultimi decenni riguardo l'importanza del ruolo sociale delle persone: esso non è più semplicemente correlabile al valore di mercato del loro lavoro: Penso sia importante ricordare a questo proposito il 2° comma dell'art. 3 della costituzione e il successivo art. 4. Se essi valgono per tutti i cittadini a maggior ragione devono oggi valere per i paz. Con disturbi mentali, da sempre penalizzati in quest'ambito.

10) I medici competenti devono poter sentirsi rassicurati dalla presenza di un servizio psichiatrico che li aiuti, quando serve, a comprendere al meglio le possibilità evolutive delle persone che presentano disturbi mentali, tenendo ben presente quanto detto finora, senza lasciarsi imprigionare dagli stereotipi classici (i miti, come li chiama l'OMS) che caratterizzano da sempre il disturbo mentale.

11) Gli psichiatri, dal canto loro, non devono limitarsi a formulare una diagnosi (ancorché precisissima), ma devono porsi interrogativi (spesso nuovi e complessi

per molti di loro) sulle modalità con cui approfondire gli aspetti psicopatologici in relazione alla possibilità (e al diritto) del paziente di essere inserito in un contesto lavorativo consono.

12) Il superamento (anche completo) di un disturbo mentale lascia spesso all'interno della persona un' area di fragilità, direttamente correlata alla specificità del disturbo che interessa non un singolo organo od apparato, ma la persona nel suo insieme, minandone l'autostima e la sicurezza in se stessa: questo va sempre ricordato, in quanto spesso ciò che viene scambiato per patologia (la chiusura verso gli altri, il solipsismo, l'irritabilità, la scontroosità etc...) non sono altro che misure difensive di una personalità ipervigile, attenta a ogni reazione dell'ambiente esterno, impaurita (e talora terrorizzata) dal possibile sgretolamento della sua immagine sociale.

13) Quest'area di fragilità è spesso presente proprio al momento della valutazione del paz. per un rientro (o inserimento) al lavoro: la sensibilità diagnostica deve servire in primis qui per comprendere quanto di ciò che il paz. prova o sente è attribuibile al disturbo e quanto alle difese erette contro il timore (alle volte anche maggiore) di ogni relazione interpersonale ravvicinata.

14) Tutto ciò va tenuto in molta considerazione ogniqualvolta si incontra una persona che soffre (o abbia sofferto) per un disturbo mentale: già riuscire a fare questo passo porterebbe molto in avanti la nostra capacità di leggere effettivamente il dolore mentale, senza essere bloccati dalla pervasività del pregiudizio.

È questa corazza che, se presente, non permette una valutazione reale dello stato mentale della persona, ma costringe il valutatore a fermarsi in superficie.

È questa superficie ,scambiata per profondità, che trae in inganno, ma contemporaneamente, rassicura per la sua estrema visibilità.

Sono queste superfici a sembrare quasi tutte uguali, ma i mondi che la sottendono non lo sono affatto: vogliamo imparare a conoscerli? ■

Dr L. Cappellari
Direttore DSM AULSS 15
Alta Padovana

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)



Il “dopo” psicologico del paziente dopo l’esperienza-cancro

Il cancro segna profondamente la vita di un individuo: niente è più come prima della malattia: cambiano le prospettive, il senso del tempo, delle relazioni e dei valori.

L’esperienza della malattia oncologica è contraddistinta da precise tappe che comprendono la diagnosi, i trattamenti terapeutici, e tutto quel periodo, che può essere più o meno lungo, di controlli periodici (“intervallo libero da malattia”, “periodi di remissione”, o più raramente “guarigione”).

I pazienti che 5 anni dopo la diagnosi sono vivi vengono chiamati “sopravvivenenti” o “lungo sopravvivenenti”.

Al termine delle cure oncologiche tendenzialmente i pazienti possono riprendere l’attività lavorativa abitualmente prima della diagnosi. Spesso l’occupazione è interrotta solo nel periodo di degenza ospedaliera, per effettuare l’intervento chirurgico, per i giorni di chemioterapia e/o radioterapia. In percentuali molto ridotte è presente, purtroppo, il problema di discriminazione lavorativa al fatto di essere o di essere stati malati oncologici: trasferimenti ad altre mansioni, negazione di incentivi salariali, promesse di promozioni non mantenute, sono alcuni dei modi in cui questo tipo di discriminazione può avvenire.

Inoltre, spesso dirigenti, responsabili e colleghi non comprendono cosa significhi per il paziente l’esperienza di malattia, causando a volte, l’allontanamento o l’auto-allontanamento dal luogo di lavoro.

Anche la ricerca di una nuova occupazione è difficoltosa, in quanto spesso nelle domande di assunzione è necessario specificare se si sono avute malattie particolari.

In un articolo pubblicato nel 1989 Hoffman afferma che il cancro è ancora visto come una malattia che richiama immediatamente alla memoria la morte e per tale motivo non è conveniente per un datore di lavoro assumere un malato oncologico o mantenere una persona che ha necessità di assentarsi frequentemente dal posto di lavoro per le terapie; la produttività dei pazienti oncologici, da un punto di

vista strettamente quantitativo, è inferiore a quella d’altri lavoratori. Inoltre molti individui credono ancora che il cancro sia una patologia contagiosa (espressione di discriminazione di persone con un livello culturale molto basso).

Vogliamo comunque sottolineare che non sempre l’esperienza oncologica è causa di discriminazioni: per molti pazienti la patologia è stata occasione di miglioramenti esistenziali.

In letteratura 3 sono i grandi temi associati alla problematica psicologica del dopo l’esperienza cancro:

1. stress specifico riferito all’impatto con la malattia;

2. problematiche inerenti il lavoro od esperienze professionali;

3. le implicazioni affettive, emozionali e sessuali.

Il “dopo” psicologico è caratterizzato spesso dalla sindrome della spala di Damocle, che alimenta tensioni, preoccupazioni in relazione alla ripresa della malattia. Gli studi che hanno indagato la presenza di quest’emozione mostrano percentuali piuttosto alte comprese tra il 42% e il 89% nelle donne operate al seno, tra il 39% e il 76% nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo, e tra il 10% e il 19% in pazienti con diversa istologia.

Alcuni comportamenti definiti comunemente ipocondriaci, appaiono frequentemente nei pazienti.

Associate al terrore, (giustificato dalla consapevolezza dei rischi) di riammalarsi appaiono idee ricorrenti, che vedono gli organi del corpo potenzialmente minacciati e bersagli di ulteriore malattia e sofferenza.

Nei colloqui clinici emerge spesso la consapevolezza, (costruita nel rapporto con l’oncologo per motivare il paziente ad una terapia precauzionale) del significato prognostico diverso di una ripresa di malattia in particolari sedi del corpo, così come la recidiva è percepita come una condizione cronica con esito negativo, che allontana definitivamente le possibilità di guarigione.

La presenza di una qualsiasi sintomatologia in sedi corporee amplifica tali paure soggiacenti, creando nella persona uno stato potenziale di ansia più o meno continua, che altera la qualità di vita psicologica del paziente. Di converso, sullo scenario psicologico del post cura compaiono i sintomi nuovamente i meccanismi difensivi psicologici utilizzati e non dal paziente ad es. una persona può tornare ad utilizzare la negazione in modo diverso, non negherà la malattia, ma il rischio di ammalarsi, sentendosi guarita e buttandosi l’esperienza alle spalle, oppure per effetto dello spostamento resterà terrorizzata non dalla ripresa di malattia, ma dal riprendere la cura, ricordando come un incubo il periodo di trattamento, altre persone saranno ossessionate dal bisogno di razionalizzare e comprendere per quale motivo si siano ammalati, ecc.

In modo diverso si può assistere all’instaurarsi di una sindrome depressiva, caratterizzata dall’ansia per il proprio stato di salute, dal senso di perdita legato ai trattamenti chirurgici sopportati ed alle loro conseguenze, quasi un processo di lutto, che interessa variamente la percezione di identità personale.

In tale contesto si associano spesso quadri di comorbidità psichiatrica con crisi di panico, disturbi compulsivi, ecc. In uno studio condotto da Kissane e coll. In Australia, sono state valutate 303 donne con carcinoma della mammella in stadio precoce, attraverso il DSM IV con i seguenti risultati: una prevalenza di comorbidità psichiatrica del 45%, specificamente disturbi depressivi maggiori 9,6%, disturbi fobici 6,9%, disturbi depressivi minori 27,1%. In altri studi è stato dimostrato che il disturbo post-traumatico da stress è presente in una percentuale variabile tra il 4% e il 20% dei pazienti oncologici.

L’esperienza del cancro a volte crea nel paziente un senso di allontanamento dalla realtà psicologica del mondo sano, tale atteggiamento trova riscontro nella difficoltà, spesso presente di parlare di quanto è avvenuto con gli altri, ciò amplifica la percezione dell’isolamento vissuto dal

paziente, il quale spesso vede l'inutilità o il disagio del suo comunicare, perché l'aspettativa di tutti (familiari ed amici) è che non ci pensi più. Il paziente è impegnato nell'acquisizione di un nuovo equilibrio, tra la condizione precedente di essere/percepirsi malato e la condizione che si sta gradatamente delineando di ritorno allo stato di salute. Esiste uno stato paragonabile al "limbo psicologico", nel quale le cose non sono chiaramente definite, che per essere correttamente superato, necessita di un aumento della capacità psicologica di vivere con l'incertezza da parte del paziente. Ciò significa attuare un particolare percorso dato dal riconoscere come punto di forza la propria debolezza (se non ho la certezza di non ammalarmi più, non ho nemmeno la certezza di ammalarmi ancora), vale a dire accettare l'incertezza della vita e farla diventare risorsa per vivere il presente.

Un ulteriore problema è rappresentato dalla fase di svezamento dalla struttura di cura, (Day Hospital, ambulatorio oncologico); infatti per tutto il periodo della cura il paziente ha ricevuto attenzioni sollecite, controlli periodici risposte ad ogni effetto collaterale delle terapie ricevute e tutte queste attenzioni hanno contribuito a rassicurarlo psicologicamente (facendolo sentire accudito, accolto, ascoltato., e..) La cessazione delle cure di colpo fa percepire il vuoto di tale consuetudine ed il conseguente ridimensionamento del rapporto con lo staff terapeutico. In tale contesto si può riacutizza-

re l'ansia del non essere più seguito, con l'amplificarsi delle paure di esplosione incontrollata della malattia e, paradossalmente, i controlli previsti nel follow up clinico non sempre riescono a tranquillizzare il paziente (esiste infatti una quota considerevole di pazienti che vivono gli esami di controllo di routine con particolare ansia) e ciò dimostrerebbe come la continuità della relazione e la consuetudine alla stessa fossero principalmente gli elementi più significativamente rassicuranti.

Esistono inoltre le difficoltà collegate agli esiti dei trattamenti chirurgici:

- possono agire sul versante psicologico come alterazione dell'immagine corporea, (mastectomia, chirurgia al volto, ecc.) ed aggravare ulteriormente la sintomatologia depressiva oppure complicare l'adattamento del paziente;
- possono comportare problematiche fisiche in grado di peggiorare la qualità della vita della persona (colostomie, gastrectomie totali, amputazioni di arti, ecc.).

In oncologia associati alle terapie farmacologiche si presentano i sintomi condizionati, che si possono avere anche a distanza di tempo dai trattamenti, vedi nausea associata a certi dolori, alterazioni percettive a carico di gusto ed olfatto.

Inoltre alcuni trattamenti chemioterapici comportano, come da Letteratura delle conseguenze sul piano cognitivo quali: alterazioni della memoria, dell'attenzione, della concentrazione, ecc.

Tali conseguenze possono modificare lo svolgimento normale dell'attività lavorativa, comportandone un rallentamento non sempre ben tollerato dai datori di lavoro e dai pazienti stessi, che vedono confermate le ansie e le difficoltà di "ritornare come prima".

Infine la sindrome della cosiddetta "fatigue" (particolare stato di stanchezza con difficili possibilità di reazione) indotta dai farmaci antitumorali, a volte perdura nel primo periodo post trattamento, rendendo difficoltoso per il paziente il normale svolgimento dell'attività lavorativa, proprio in termini di capacità di tenuta fisica e psicologica delle 8 ore.

Sarebbe necessaria un'attenta valutazione della situazione psicologica del paziente alla fine dei trattamenti, onde prevenire situazioni di disagio che possono cronicizzarsi.

A volte poter strutturare un piano adeguato di rientro lavorativo del paziente, consentirebbe un generale miglioramento di alcune percezioni psicologiche collegate alla necessità di essere sempre super efficienti, per potersi sentire inseriti in una società, che tende sempre più a strangolare l'individuo-persona a vantaggio di un individuo-macchina, che continua a produrre servizi o prestazioni, rimanendo in un "vuoto esistenziale" che lo lascia tendenzialmente insoddisfatto e privo di significato. ■

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)

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 2003/2004

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 _____



Inserimento disabili. L'esperienza della Regione Toscana

Si presentano alcuni dati preliminari e osservazioni sulle criticità procedurali di tre processi di valutazione dell'idoneità lavorativa: accertamento della disabilità ai fini del collocamento lavorativo mirato (in applicazione della legge 12/3/1999, n. 68, recante norme per il diritto al lavoro dei disabili), valutazione dell'idoneità fisica del lavoratore in base all'art. 5, comma 3, della legge 20/5/1970, "Statuto dei lavoratori", ricorso avverso il giudizio di inidoneità del medico competente, in base all'art. 17, comma 4, del D. Lgs 19/9/1994, n. 626. Si tratta di tre processi che, in Regione Toscana, vengono gestiti da Medici del lavoro e Medici legali dei Dipartimenti di prevenzione, in organismi collegiali, che spesso comprendono medici delle due discipline. In tutti i casi si tratta di valutare l'idoneità, che a motivo delle patologie da cui sono affetti hanno difficoltà ad inserirsi nell'attività lavorativa o, rispettivamente, a continuare a svolgere la propria mansione.

1) COLLOCAMENTO MIRATO DEI DISABILI

Nella Regione Toscana, l'amministrazione regionale ha fornito alle amministrazioni provinciali e alle aziende UU. SS. LL. un indirizzo applicativo della normativa nazionale (L. 12/3/1999, n. 68, D. P. C. M. 13/1/2000, D. P. R. 10/10/2000, n. 333) con particolare riferimento all'approccio delle diverse condizioni degli aventi diritto nella fase di avvio della nuova procedura, alla composizione delle Commissioni di accertamento, e alle modalità di accertamento degli stati di disabilità. Complessivamente, nella regione Toscana, dei 19894 disabili "aventi diritto", 3332 risultavano avviati al lavoro alla fine del mese di ottobre 2002. Va tenuto presente che in tale numero sono compresi sia gli invalidi civili, i non vedenti e i sordomuti, per cui l'accertamento di disabilità è di competenza U. S. L., sia gli invalidi del lavoro, di guerra o di servizio, per cui l'accertamento spetta ad altri soggetti. Nel numero di disabili già avviati al lavoro, sono compresi soggetti divenuti invalidi sul lavoro, che hanno continuato il posto di lavoro nella stessa azienda e i lavoratori disabili assunti per chiamata nominativa. Le principali criticità sono costituite da:

- l'obbligo di iscrizione degli invalidi agli elenchi per il collocamento del Centri per l'impiego pena la decadenza del diritto all'assegno per l'invalidità civile: per molti disabili ciò comporta, dopo la richiesta formale di iscrizione, la scarsa disponibilità a intraprendere l'attività lavorativa;
- gli stessi soggetti disabili vengono valutati ripetute volte per motivi diversi: invalidità civile, handicap, non vedenti, sordomuti, collocamento mirato: è necessario, al minimo rendere omogenei i criteri di valutazione e, realizzando le necessarie difficoltà normative, integrare e semplificare le procedure (sono possibili anche soluzioni applicative in tal senso, adottate in Toscana, rispetto alla normativa vigente);
- l'integrazione della Commissione di accertamento con un operatore del Servizio Sociale, ri-

chiesto dall'amministrazione Regionale Toscana, rispetto alla normativa vigente);

- il processo di accertamento dello stato di possibilità rischia talora di avere durate troppo lunghe, ai limiti dei quattro mesi previsti dalla normativa, a causa soprattutto dei rinvii da parte della Commissione medica di verifica con richiesta generica di rivalutazione del caso; un altro motivo è costituito dal ritardo del disabile nel rispondere alla convocazione della Commissione di accertamento;
- la relativa conclusiva della Commissione di accertamento contiene una indicazione forzatamente generica delle attività lavorative compatibili con la capacità globale del disabile;
- vi sono notevoli ritardi in Toscana nella costituzione dei Comitati tecnici provinciali, comprendenti anche un medico legale e un esperto di servizi sociali, per cui l'appaiamento tra richiesta lavoratori disabili per il collocamento mirato da parte delle aziende e disabili iscritti al Centro per l'impiego viene effettuato da un funzionario dell'amministrazione provinciale;
- in alcune province in Toscana i collegamenti tra Comitato tecnico e Commissioni di accertamento non sono stati messi a punto, con notevoli difficoltà per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo; le visite sanitarie di verifica sono state effettuate in tempi brevi per i disabili già al lavoro o per i disabili avviati al lavoro per chiamata nominativa, in quanto per questi casi l'amministrazione regionale ha disposto una procedura semplificata;
- parziale sovrapposizione tra visite sanitarie di controllo della Commissione di accertamento, che senza conoscenza diretta del luogo di lavoro, valuta la richiesta di lavoratore disabile del datore di lavoro, e sorveglianza sanitaria del medico competente, che deve valutare l'idoneità lavorativa alla mansione specifica e controllare lo stato di salute del lavoratore in relazione all'esposizione ai rischi specifici. Le condizioni patologiche prevalen-

ti nei soggetti sottoposti ad accertamento di disabilità risultano essere a carico dell'apparato locomotore e a carico del sistema nervoso (sia come patologie neurologiche sia come patologie psichiatriche) e degli organi di senso (vista e udito). Questa rappresentazione delle patologie prevalenti è probabilmente condizionata dalla fase iniziale del processo di accertamento della disabilità, ove sono stati presi in considerazione i soggetti già al lavoro o da avviare al lavoro per chiamata nominativa. Il collocamento al lavoro di disabili con patologia dell'apparato locomotore pone problemi rilevanti per la sorveglianza sanitaria in rapporto a condizioni lavorative di rischio molto diffuse quale movimentazione manuale dei carichi, posture, movimenti ripetuti.

2) GIUDIZIO DI IDONEITÀ IN BASE ALL'ART. 5, COMMA 3, DELLA LEGGE 300/70.

L'amministrazione regionale ha fornito alle aziende UU. SS. LL. un indirizzo applicativo per la formulazione di tale giudizio, tra l'altro; che

- la valutazione debba essere effettuata nel Dipartimento di Prevenzione, da Medici del Lavoro e Medici Legali;
- la valutazione debba essere effettuata da un collegio, nel rispetto della trasparenza ammi-

nistrativa dei procedimenti. Nello stesso indirizzo e nella prassi del Dipartimento di Prevenzione della Toscana viene costantemente perseguita la tutela del diritto al lavoro del cittadino, oltre alla tutela della sua sicurezza e salute. La domanda di tale giudizio di idoneità deriva nella netta maggioranza dei casi dal settore pubblico allargato (Scuole, Poste Italiane S. P. A, altri enti pubblici). I lavoratori, risultano essere affetti da patologie a carico organi e apparati. Le patologie a carico dell'apparato locomotore risultano essere le più frequenti e le più rilevanti nel limitare la capacità funzionale dei soggetti. In generale, le valutazioni portano molto spesso a giudizi di idoneità con limitazioni. Tali limitazioni, forzatamente generiche, si riferiscono prevalentemente al tipo di impegno fisico e psichico richiesto dalla mansione, e, più raramente, all'esclusione (o anche dall'indicazione) di particolari attività lavorative alla mansione. È importante rilevare come, nei casi in cui sia prevista la sorveglianza sanitaria, il medico competente, oltre che tenerlo in considerazione, nella propria valutazione in relazione alla mansione specifica, debba collaborare con il datore di lavoro per renderne possibile l'applicazione.

3) RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ DEL MEDICO COMPETENTE, IN BASE ALL'ART. 17, COMMA 4, D. LGS. 626/1994

I ricorsi sono, in grande maggioranza, presentati dai lavoratori.

Il settore lavorativo nettamente prevalente è rappresentato dai servizi pubblici. Anche in questo caso, l'organo di vigilanza, per la formulazione del giudizio, ha organizzato un collegio, in molte U. S. L. comprendente anche un medico legale. La determinazione relativa al ricorso viene, comunque, formalmente assunta dall'organo di vigilanza.

Alcuni ricorsi riguardano condizioni patologiche acute o subacute. Per le patologie croniche, dato anche il numero ridotto dei ricorsi, non è possibile individuare un gruppo di patologia prevalente. L'esito del ricorso consiste, con maggior frequenza, nella modifica di un giudizio di idoneità con limitazioni, con la loro differenziazione, e, più raramente nel netto capovolgimento del giudizio (da idoneo o non idoneo, e viceversa). ■

**G. Angotzi, F. Amatimaggio,
C. Bonocore, A. Grazzini, P. Lemmi, G.
Mandriani, D. Parducci, P. Scatolini**

**Dipartimenti di prevenzione UU.SS.LL.
2, 4, 5, 6, 8, 12**

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)





Sindrome di Leber e idoneità alla mansione di videoterminista. Descrizione di un caso clinico.

INTRODUZIONE

Il recepimento della Legge n°422 del 29/12/2000 ha senza dubbio contribuito ad ampliare la casistica del personale impiegatizio esposto a videoterminali (Titolo VI del D. L. 626/94).

A seguito di tale provvedimento legislativo non poche aziende del terziario hanno nominato il medico competente ed inaugurato il programma di sorveglianza sanitaria per i dipendenti videoterministi, vale a dire esposti per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause.

In questo contesto una azienda privata con direzione a Genova, 16 dipendenti videoterministi, inviava al Medico Competente l'operatore F. M. di anni 47.

Il Datore di Lavoro aveva preannunciato, non senza preoccupazione, l'esistenza di un "caso particolare" ed infatti nel corso dell'indagine anamnestica il lavoratore dichiarava di essere affetto da "Sindrome di Leber".

CASO CLINICO

La Sindrome di Leber

Si tratta di una rara neuropatia ottica ereditaria (Leber's Hereditary Optic Neuropathy, LHON), conosciuta anche come Atrofia Ottica di Leber o Malattia di Leber, che colpisce generalmente uomini tra i venti e i trent'anni, anche se la malattia può esordire a diverse età e più raramente nelle donne.

La LHON fu descritta per la prima volta da un oculista tedesco, Theodore Leber nel 1871 (11), ma soltanto alla fine degli anni ottanta si sono acquisite le prime conoscenze scientifiche.

Solitamente la Sindrome colpisce prima un occhio con comparsa di uno scotoma centrale in poche settimane, poi l'altro, dopo circa uno-due mesi, con le stesse modalità. Dopo alcune settimane di peggioramento nella fase acuta, la funzione visiva si stabilizza e soltanto in rari casi la vista può migliorare o riprendersi in buona parte.

In alcuni casi si può assistere ad un esordio più fulmineo con un peggioramento in poche ore, o, viceversa, più graduale con evoluzione ingravescente negli anni.

La Sindrome di Leber è legata ad

una alterazione genetica a trasmissione materna (6), tuttavia allo stato attuale non è possibile prevedere chi può esserne colpito, anche nell'ambito di una stessa famiglia ritenuta "portatrice sana".

Negli anni '80 si riteneva che responsabili della malattia ereditaria fossero diciassette mutazioni geniche del DNA mitocondriale (3, 7) che, con la lesione del nervo ottico e della retina, determinano una cecità variabile con scotoma centrale. Tuttavia è stato recentemente accertato che nelle popolazioni caucasiche nordeuropee le mutazioni dei nucleotidi 3460, 11778 e 14484 del DNA mitocondriale sono presenti nel 95 % dei casi di Sindrome di Leber (9), mentre secondo Oguchi (15) la LHON non si manifesta in soggetti con meno del 60 % di mutazioni del DNA mitocondriale ("effetto soglia").

La differente evoluzione della perdita del visus è stata messa in correlazione con diversi tipi di mutazione genetica, così come le probabilità di una parziale ripresa della funzione visiva dopo uno-tre anni dall'esordio della malattia (10, 12, 13).

Un aspetto non ancora chiarito riguarda il tropismo specifico della malattia verso il nervo ottico, considerando che la mutazione del DNA mitocondriale investe tutte le cellule dell'organismo.

Tra i fattori ambientali predisponenti la malattia, o che possono determinare una certa variabilità clinica, sono stati individuati il forte consumo di tabacco e di alcolici (5).

La LHON si associa in alcuni casi a disturbi della conduzione elettrica cardiaca, Sindrome di Wolff-Parkinson-White e S. di Lown-Ganong-Levine (14), o Sindrome del Q-T lungo (16), a disturbi neurologici minori (atassia, disreflessia, neuropatia sensitiva così come anomalie scheletriche) o a Sclerosi Multipla (8, 13).

Anamnesi e dati obiettivi

Il lavoratore, impiegato addetto al videoterminali con attività di cassiere e addetto allo smistamento postale, riferiva nel luglio 1997 comparsa di calo visivo all'occhio sinistro con "restringimento del campo visivo".

Ricoverato in due circostanze per gli accertamenti del caso veniva ipotizzata una sclerosi multipla, considerata anche una stretta fami-

liarità (sorella), tuttavia la terapia corticosteroidea non portava a miglioramenti sostanziali del quadro clinico.

Dopo ulteriori accertamenti, compreso l'esame del DNA ed un ulteriore ricovero nel 1998, veniva confermata l'esistenza di sclerosi multipla, rivelatasi in seguito non evolutiva, e formulata diagnosi di Sindrome di Leber con visus, non migliorabile con lenti, pari a: ODV 1/25-1/50, OSV 1/50.

Nel corso del 1999, in occasione della valutazione di invalidità civile pari al 100 % da parte della competente Commissione, veniva misurato il seguente residuo visivo: ODV "moto mano", OSV 1/50.

Un ulteriore controllo oculistico al termine del 1999 rilevava ODV: 1/50, OSV 1/100 n. m. c. l..

Il lavoratore ha effettuato da allora controlli specialistici semestrali presso un Istituto genovese per ciechi ed ipovedenti dove ha anche frequentato un corso di formazione per l'utilizzo della tastiera. Lo stesso Istituto ha concesso in comodato d'uso per 3 mesi un videoingranditore (Alladin), successivamente concesso dalla A. S. L. locale, che permette un notevole ingrandimento dell'immagine di documenti, banconote, ecc.

L'azienda ha invece fornito un software (Zoomtest xtra 7.0 in ambiente Windows) che permette l'ingrandimento a tutto schermo da 2 a 16 volte con impostazione su 8 livelli.

All'atto della raccolta anamnestica, il lavoratore negava sintomatologia astenopica, dichiarando buone condizioni generali ed il ricorso a cicli di terapia con Interferone Beta e Idebeneone.

Il test di funzione visiva (4) confermava l'esistenza del gravissimo deficit visivo, ma l'esame obiettivo evidenziava buone condizioni generali in un contesto di sufficiente autonomia e tono dell'umore accettabile.

La postazione di lavoro, indagata nel corso del sopralluogo (art. 17.1, h D. L. 626/94), si rivelava ergonomicamente valida e conforme alle indicazioni del Decreto Ministeriale 2/10/2000.

DISCUSSIONE

Nel 1990 Bergamaschi et. Al. (2) consideravano non idonei permanentemente al lavoro al videotermi-



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

nale i soggetti che non possiedono un visus di almeno 4/10 corretti per ciascun occhio, ma i criteri valutativi attuali si dimostrano invece meno rigorosi.

Apostoli et Al. (1, 17, 18) hanno proposto nel 1998 la "non idoneità" per un residuo visivo binoculare, con la migliore correzione, inferiore a 2/10, "salvo mansioni ad hoc".

Nel nostro caso proprio le mansioni "ad hoc" insieme all'adozione di una adeguata strumentazione di supporto in un contesto ergonomicamente valido, si sono rivelati la carta vincente.

Il ruolo del Medico Competente è stato quello di infondere fiducia sia nell'operatore che nel S. P. P. aziendale, incoraggiando l'azienda a proseguire la strada già intrapresa del recupero e della valorizzazione della minima funzione visiva residua.

L'azione "formale" del Medico Competente si è limitata alla delimitazione dei tempi di esposizione, con raccomandazione all'alternanza delle mansioni (monitor, videoproiettore, telefono, ecc.) ed a pause più frequenti.

Il giudizio di idoneità ha previsto perciò un'utilizzazione del monitor per meno di 4 ore al dì, vincolata all'uso del software dedicato, con pause di almeno 10 minuti ogni ora. Attualmente l'operatore utilizza sia il videoproiettore che il computer (PC IBM Intel celeron 733 Mhz schermo 17"), per 3-4 ore al dì circa, nell'ambito di una giornata lavorativa di 6 ore: 8, 30-12, 30 e 14, 30-16, 30.

Il visus in OD è rimasto stabile (1/50), mentre per OS risulta migliorato (quasi 1/10), tanto da permettere l'utilizzo del programma Zoomtest a livello 3 (precedente 5).

La terapia attuale prevede esclusivamente cicli di interferone beta.

A distanza di 5 anni dall'insorgenza del gravissimo deficit visivo, la massima valorizzazione della funzione visiva residua costituisce motivo di speranza e di gratificazione per il lavoratore, ma anche di soddisfazione da parte dell'azienda, che ha visto il proprio impegno ripagato dalla buona produttività del lavoratore.

CONCLUSIONI

Il caso dimostra che anche una gravissima menomazione visiva può permettere il mantenimento di una proficua attività lavorativa, pur mettendo a dura prova proprio l'organo bersaglio, se esiste una forte motivazione comune nell'affrontare la problematica dell'inserimento lavorativo, oltre alla ferma volontà del lavoratore che si è manifestata nel nostro caso come un vero istinto di sopravvivenza professionale.

Si è rivelata preziosa anche la parte svolta dal S. P. P. e dal Rappresentante dei Lavoratori, mentre il Medico Competente questa volta ha dovuto esercitare più il buon senso che la propria cognizione scientifica, facilitato in ciò dalla particolare sensibilità mostrata da tutti gli attori. ■

P. Santucci, E. Massafiero,
ANMA Liguria

D. Dassio, Dirigente Medico U. O. A.
Oculistica ASL n°16
Mondovì-Ceva (CN).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Apostoli P., Bergamaschi A., Muzi G., Piccoli B., Romano C.: Funzione visiva ed idoneità al lavoro. Atti 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Chianciano 14-17 ottobre, Folia Med, 69 (1): 13-34, 1988.
- 2) Bergamaschi A., Apostoli P., Semeraro F., Vigasio F.: Criteri per la valutazione della funzione visiva e per la formulazione del giudizio di idoneità lavorativa specifica degli operatori al videotermine. Atti 53° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Stresa 10-13 ottobre: 491-496, 1990.
- 3) Case J. T., Wallace D. C.: Maternal inheritance of mitochondrial DNA polymorphisms in cultured human fibroblasts. Somat. Cell Genet. 7: 103-108, 1981.
- 4) Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergofoamologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzio-

ne delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.

- 5) Cullom M. E., Heher K. L., Miller N. R., Savino P. J., Johns D. R.: Leber's hereditary optic neuropathy masquerading as tobacco-alcohol amblyopia Arch. Ophthal. 111: 1482-1485, 1993.
- 6) Erickson R. P.: Leber's optic atrophy, a possible example of maternal inheritance. Am. J. Hum. Genet. 24: 348-349, 1972.
- 7) Giles R. E., Blanc H., Cann H. M., Wallace D. C.: Maternal inheritance of human mitochondrial DNA. Proc. Nat. Acad. Sci. 77: 6715-6719, 1980.
- 8) Harding A. E., Sweeney M. G., Miller D. H., Mumford C. J., Kellar-Wood H., Menard D., McDonald W. I., Compston D. A.: Occurrence of a multiple sclerosis-like illness in women who have a Leber's hereditary optic neuropathy mitochondrial DNA mutation. Brain 115: 979-989, 1992.
- 9) Howell N.: Leber Hereditary Optic Neuropathy: Potenzial Opportunities/Potential Pitfalls for Drug Therapy of Optic Nerve Degenerative Disorders. Drug Development Research 46: 34-43, 1999.
- 10) Johns D. R., Heher K. L., Miller N. R., Smith K. H.: Leber's hereditary optic neuropathy. Clinical manifestations of the 14484 mutation. Arch. Ophthal. 111: 495-498, 1993.
- 11) Leber T. Ueber hereditäre und congenital angelegte Sehnervenleiden. Graefes Arch. Ophthal. 17: 249-291, 1871.
- 12) Newman N. J.: Leber's hereditary optic neuropathy. New genetic considerations. Arch. Neurol. 50: 540-548, 1993.
- 13) Newman N. J., Lott M. T., Wallace D. C.: The clinical characteristics of pedigrees of Leber's hereditary optic neuropathy with the 11778 mutation. Am. J. Ophthal. 111: 750-762, 1991.
- 14) Nikoskelainen E., Wanne O., Dahl M.: Pre-excitation syndrome and Leber's hereditary optic neuropathy. (Letter) Lancet 1: 696 only, 1985.
- 15) Oguchi Y.: Past, present and future in Leber's hereditary optic neuropathy, Nippon Ganka Gakkai Zasshi; 105 (12): 809-827, 2001.
- 16) Ortiz R. G., Newman, N. J., Shoffner J. M., Kaufman A. E., Knoontz D. A., Wallace D. C.: Variable retinal and neurological manifestations in patients harboring the mitochondrial DNA 8993 mutation. Arch. Ophthal. 111: 1525-1530, 1993.
- 17) Romano C., Di Bari A.: Idoneità al lavoro ed apparato visivo, Rivista di Oftalmologia, Monografia Lavoro e Visione, n°1, 1999.
- 18) Romano C., Di Bari A., Discalzi G., Meliga F., Pira E.: Lavoro a VDT e funzione visiva: analisi degli aspetti della sindrome da affaticamento oculare e proposta di alcuni criteri per la definizione dell'idoneità lavorativa. Atti del 60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Palermo 24-27 settembre, Acta Medica Mediterranea: 201-208, 1997.

(Relazione presentata al Convegno "Le idoneità difficili" tenuto ad Abano T. nel novembre 2002)



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



MARUCCI 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



ESPOSIZIONE AL RUMORE NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Rinnovata la UNI 9432

È stata pubblicata in ottobre la nuova edizione della norma UNI 9432 Acustica - Determinazione del livello di esposizione personale al rumore nell'ambiente di lavoro che sostituirà la precedente del 1989. Questa revisione raccoglie tutti i chiarimenti e le eventuali innovazioni dopo più di 10 anni di applicazione del Decreto Legislativo n. 277 del 15 agosto 1991, riguardante la protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, che ha recepito in Italia la Direttiva europea su questo argomento.

La norma contiene due sostanziali novità:

- la possibilità di valutare l'esposizione personale di un lavoratore al rumore per periodi superiori alla settimana;
- la possibilità di valutare l'esposizione al rumore di gruppi di lavoratori che svolgono attività simili ma non sempre acusticamente uguali.

Allo scopo la norma riporta un'appendice nella quale sono descritte le procedure del campionamento statistico delle misure dell'esposizione al rumore di gruppi di persone che svolgono lavorazioni e/o attività simili.

La necessità di effettuare valutazioni di questo tipo è emersa dall'applicazione pratica del D. Lgs. 277/91 che non pone limiti massimi di esposizione per i lavoratori ma prescrive quali mezzi tecnici, formativi, di controllo sanitario, siano da attuarsi per i lavoratori esposti al rumore entro precisi intervalli di valori.

A questo riguardo è bene ricordare che lo stesso Decreto, emanato per regolamentare la sicurezza nei cantieri temporanei o mobili, prevede di effettuare la valutazione dell'esposizione al rumore per gli addetti ai cantieri edili mediante simulazione utilizzando dati sperimentali ottenuti in ricerche scientifiche e senza precise misurazioni strumentali effettuate nel cantiere reale.

È proprio per questo motivo che l'Uni ha ritenuto di dover inserire nella nuova norma una possibilità più "realistica" di valutare l'esposizione al rumore di un lavoratore. Il ciclo di lavoro, anche se dura più di una settimana, è certamente noto come sono note le singole fasi lavorative del ciclo. In questo modo è

sempre più semplice determinare una corretta esposizione al rumore. La nuova norma contiene, inoltre, altre novità: per esempio l'indicazione che se per la lavorazione è indispensabile utilizzare un Dispositivo di Protezione Individuale (per esempio: visiera) il suo effetto di attenuazione deve essere tenuto in conto nella determinazione del valore di esposizione personale al rumore del lavoratore.

SI ABBASSANO I LIMITI DI ESPOSIZIONE AL RUMORE

Entro l'anno la nuova direttiva che abbassa i decibel da 90 a 87 dB

È dell'ottobre scorso l'accordo tra Parlamento Europeo e Consiglio sui requisiti minimi di sicurezza in materia di esposizione al rumore sul luogo di lavoro. "Con le nuove disposizioni, che dovrebbero entrare in vigore entro la fine dell'anno - afferma la Commissaria Anna Diamantopoulou - verranno abbassati ulteriormente i minimi fin'ora in vigore per una maggiore tutela del lavoratore: da 90 dB (previsti nella direttiva del 1986) si dovrebbe passare a 87 dB calcolati su una settimana".

La direttiva entrerà in vigore tre anni dopo la sua adozione formale e in questo tempo il settore della musica e dell'intrattenimento potrà adattarsi alle nuove disposizioni utilizzando anche due anni ulteriori nel caso ce ne fosse bisogno (quindi cinque anni in tutto).

"La direttiva - conclude Diamantopoulou - che migliora la protezione dei lavoratori senza pesare sulle industrie con carichi aggiuntivi, è stata proposta per la prima volta nel 1992".

Il testo del documento si potrà trovare all'indirizzo del Comitato di Conciliazione (Exposure of Workers to Noise).

MULETTI A RISCHIO RIBALTAMENTO

L'ultimo gravissimo infortunio è accaduto pochi giorni fa in una azienda della Romagna. Quali precauzioni devono adottare gli utilizzatori di carrelli elevatori per evitare questi gravi incidenti?

Un operaio 23enne di un cantiere edile di Bando, in provincia di Ferrara, è da martedì pomeriggio ricoverato in gravissime condizioni con fratture al bacino, agli arti inferiori e

alle costole. Queste le conseguenze dell'ennesimo incidente ad un conduttore di carrelli elevatori causato dal ribaltamento del mezzo.

Il rischio di rovesciamento accidentale dei carrelli elevatori è infatti la principale causa di infortuni.

Un argomento, quindi, di grande importanza, del quale abbiamo già avuto occasione di approfondire alcuni aspetti.

Nel numero 371 di Punto Sicuro del nostro quotidiano è stata analizzata la specifica circolare del ministero dell'Industria "Carrelli elevatori - Riduzione del rischio di rovesciamento accidentale", nel numero 626 sempre di Punto Sicuro sono state presentate le linee guida dell'Ispe per l'adeguamento dei carrelli elevatori proprio in riferimento al rischio di perdita di stabilità. Ricordiamo che, per i carrelli elevatori, il requisito della stabilità rispetto al rovesciamento è garantito dal fabbricante solo nel rispetto da parte dell'utilizzatore delle corrette modalità d'uso. Rimangono però significativi livelli di rischio a carico dell'operatore nel caso di eventi accidentali, ma solitamente prevedibili, che possono causare un ribaltamento.

Nel caso le previste e obbligatorie protezioni per l'operatore, quali una cabina chiusa o le cinture di sicurezza, non sia presenti o non siano utilizzate, le lesioni causate dallo schiacciamento del corpo tra il carrello e il suolo possono essere, come la cronaca conferma, gravissime e condurre fino alla morte.

Dunque, per un utilizzo in sicurezza di un carrello elevatore è sempre necessario attenersi scrupolosamente alle istruzioni d'uso del fabbricante e utilizzare tutti i dispositivi di protezione previsti, in particolar modo si devono sempre allacciare le cinture di sicurezza.

IMPEGNI PER RISOLVERE I PROBLEMI LEGATI ALLO STRESS SUL LAVORO

Le conclusioni della Conferenza europea sulla prevenzione dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro

Il 25 novembre a Bilbao, in Spagna, si è svolta la conferenza europea "La prevenzione dei rischi psicosociali sul lavoro: prospettive europee, appuntamento conclusivo della settimana europea della salute e sicurezza sul lavoro dedicata a questi temi.

La conferenza ha avuto 300 partecipanti, fra cui esperti di salute e sicurezza, esponenti del mondo ac-

cademico, politici, rappresentanti del mondo del commercio e sindacalisti.

I massimi esperti in materia hanno presentato un quadro aggiornato delle caratteristiche psicosociali del lavoro in Europa, mettendo in rilievo alcuni particolari fattori di rischio, come la violenza e l'intimidazione (mobbing), e fornendo soluzioni.

Rappresentanti della Commissione europea, del Parlamento europeo, della Presidenza danese, delle confederazioni dei datori di lavoro e delle organizzazioni sindacali hanno preso parte ad un dibattito aperto sulle future politiche in materia. Dalla conferenza è emerso con chiarezza che in Europa il costo umano ed economico dello stress e degli altri rischi psicosociali sui luoghi di lavoro, già molto alto, è in aumento. Le conclusioni sottolineano però che è tuttora possibile arrestare ed invertire questa linea di tendenza.

Dal dibattito della conferenza è emerso che la chiave del successo risiede nel dialogo sociale.

I delegati alla conferenza hanno accolto con piacere l'annuncio che le parti sociali europee (UNICE e CES, vale a dire l'Unione delle confederazioni europee dell'industria e dei datori di lavoro e la Confederazione europea dei sindacati) organizzeranno l'anno prossimo un seminario dedicato allo stress per discutere iniziative comuni.

La Commissione europea ha sostenuto questo approccio, che è in linea con l'intenzione della Commissione stessa di aprire consultazioni con le parti sociali nel corso del 2003.

La conferenza ha delineato inoltre una mappa per affrontare lo stress nell'Unione europea.

Tra le raccomandazioni proposte figura lo sviluppo di nuovi strumenti e prassi per aiutare le organizzazioni, in particolare le piccole e medie imprese, a rispettare gli obblighi in materia di valutazione dei rischi previsti dalla direttiva quadro sulla salute e la sicurezza.

L'elaborazione politica deve basarsi su un efficace sistema di monitoraggio della sicurezza e della salute sul lavoro, fondato sulle esperienze nazionali e corroborato da dati quantitativi e qualitativi.

Gli esempi esistenti di buona prassi devono essere valutati sistematicamente, per identificare i fattori di successo e favorirne la trasposizione ad altri luoghi di lavoro e ad altri settori.

Per condividere le informazioni e sviluppare strategie efficaci di lotta

allo stress, dalla Conferenza emerge chiara la necessità di costituire una rete attiva di ricercatori, legislatori, parti sociali e professionisti nel campo dell'ambiente di lavoro.

Per prevenire i rischi psicosociali bisogna innanzitutto conoscerli; nel corso della conferenza è stato sottolineato che la conoscenza dei rischi psicosociali dovrebbe far parte integrante della formazione dei dirigenti e di chi si occupa professionalmente della salute e della sicurezza sul posto di lavoro.

La Settimana europea è riuscita a far crescere la consapevolezza del benessere sul lavoro e dei rischi psicosociali, ma si auspica che questo slancio continui e si traduca in azioni concrete.

AMIANTO: LA SITUAZIONE IN ITALIA A DIECI ANNI DALL'EMANAZIONE DELLA LEGGE 257

Dal ministero della Salute un dossier contenente una sezione dedicata alla normativa recente.

Sono passati dieci anni dall'approvazione della Legge 257/1992 che ha eliminato l'amianto dai cicli produttivi, vietandone nel nostro Paese l'estrazione, l'importazione, l'exportazione, la commercializzazione e la produzione.

L'utilizzo per decenni della sostanza nell'industria provoca ancora oggi gravi effetti; come dimostra una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità secondo la quale nel corso degli anni '90 in tutta Europa è stato documentato un aumento significativo della mortalità per tumore della pleura in relazione soprattutto con la diffusione dell'amianto avvenuta negli anni '50 e '60.

Un problema che non ha riguardato solo gli addetti che venivano a contatto con la sostanza nel ciclo produttivo.

Per una corretta informazione in tema di amianto, il ministero della salute ha dedicato all'argomento un dossier di approfondimento consultabile on-line.

Sono illustrate le caratteristiche, gli usi ed i rischi dell'amianto; sul sito del ministero è possibile inoltre consultare i risultati degli studi epidemiologici sulle patologie correlate all'amianto.

Il dossier contiene un approfondimento normativo che presenta i provvedimenti normativi più recenti riguardanti l'amianto a partire dalla Legge 257 del 1992.

Il ministero della Salute segnala inoltre il convegno "L'industria e l'amianto: i nuovi materiali e le nuove tecnologie a dieci anni dalla

Legge 257/1992", che si concluderà oggi a Roma. Il convegno intende fare il punto su quanto è stato fatto e su quanto rimane da fare in materia di amianto, in particolare sui materiali sostitutivi, sulle bonifiche e in materia di smaltimento e trattamento dei rifiuti.

INFORTUNI IN ITINERE E SENTENZE

Dall'Inail una riflessione su recenti sentenze della Cassazione riguardanti gli infortuni che avvengono nel tragitto casa-lavoro.

Sul periodico "Dati Inail" sono state presentate alcune riflessioni su due recenti sentenze della Cassazione (4065/2002, 5070/2002) che hanno fornito approfondimento delle ragioni che giustificano la copertura assicurativa dell'infortunio in itinere.

Un tema più che mai attuale, considerando che gli infortuni avvenuti nel tragitto casa-lavoro e durante gli spostamenti nell'ambito dell'attività lavorativa costituiscono una percentuale rilevante degli infortuni indennizzati dall'INAIL.

Il periodico Inail rileva che, secondo la sentenza n. 5070 del 2002, "l'indennizzabilità degli eventi dannosi che avvengono nel percorso tra abitazione ed azienda è stata affermata attraverso un consolidato principio giurisprudenziale, recepito in sede di disciplina legislativa nell'art. 12 del D. Lgs. 38/2000.

Ha acquistato così consistenza normativa la disposizione, deliberatamente generica, che prevede l'occasione di lavoro come condizione essenziale per l'indennizzabilità."

La Cassazione ha affermato che "Vi sono norme che trovano una specificazione mediante fattori esterni in funzione di 'fonte integrativa', per consentire l'adeguamento alla realtà, nelle sue molteplici circostanze di fatto, ed alle modificazioni nel tempo.

Con tale adeguamento, da parte soprattutto dei giudici, è possibile dare rilievo attuale ai fenomeni, accogliendo l'evoluzione nei concetti, come ad es., in quello di 'necessità' del percorso che, considerato funzionalmente necessario e finalisticamente diretto allo svolgimento del lavoro, diventa così una dilatazione dell'azienda.

Notizie tratte da "Punto Sicuro" e "Sicurweb"



Monitoraggio biologico: efficace strumento di prevenzione

Tra gli strumenti utilizzabili a fini preventivi dal Medico del lavoro, il monitoraggio biologico ha assunto negli ultimi venti anni sempre maggior importanza, supportato da più precise conoscenze sul metabolismo delle sostanze e da nuovi metodi di indagine praticabili con strumenti sempre più sofisticati.

Un riconoscimento del suo valore nelle pratiche di prevenzione si è realizzato con la recente legge 25/2002 sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro. In essa si afferma che, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, il metabolismo biologico è obbligatorio per i lavoratori esposti ad agenti per i quali è fissato un valore limite biologico.

Quanto sia oggi diffusa questa realtà nell'attività lavorativa è già stato evidenziato e discusso sia sul nostro Notiziario sia nel recente Congresso ANMA di Ancona.

Una puntualizzazione molto ampia sull'argomento, analizzato da molteplici punti di vista, la si può ritrovare nel volume di Alessio ed Altri (1) che è stato recensito sul nostro Notiziario. In esso si può ritrovare la definizione di metabolismo biologico, che consiste nella misura nei tessuti, nei secreti, nell'aria espirata del soggetto esposto degli agenti presenti nel luogo di lavoro o dei loro metaboliti per valutare l'esposizione e il rischio per la salute in rapporto ad appropriati riferimenti.

I parametri studiati per questo scopo sono definiti "indicatori biologici". L'argomento è stato oggetto di numerose pubblicazioni nel corso degli anni '90: fra esse, apprezzabile quella elaborata da Pezzagno e Imbriani (2), dove il tema è stato trattato con particolare attenzione all'ottica dell'igienista industriale e del tossicologo.

Un recentissimo strumento prezioso dal punto di vista pratico è rappresentato dal supplemento N° 3 del Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, che contiene una cinquantina di "Schede informative per il Monitoraggio Biologico", elaborate da S. Ghittori, A. Alessio, L. Maestri, S. Negri, M. Sgroi e P. Zadra.

Le schede riguardano ovviamente sostanze per le quali sono disponibili metodiche atte a dosarle come

tali o attraverso loro metaboliti conosciuti nei tessuti, nei secreti o nell'aria espirata, nonché i rispettivi valori limite.

Le prime pagine dell'opera contengono una serie di utili definizioni attinenti il tema in oggetto, un richiamo alla classificazione del potere cancerogeno degli agenti considerati, un prezioso elenco di sinonimi, talvolta anche molteplici per una singola sostanza, utilissimo a coloro che non masticano (e quindi non digeriscono) facilmente elementi di chimica organica.

L'analisi delle singole schede rivela una serie di notizie che, espresse in modo sintetico e chiaro, risultano estremamente preziose per chi deve affrontare sul campo gli aspetti del metabolismo biologico come elemento indispensabile per una azione preventiva moderna ed efficace.

Ogni scheda contiene il nome della sostanza, l'eventuale sinonimo più comunemente utilizzato, la formula chimica, alcune proprietà fisiche, le possibili fonti di esposizione occupazionale ed extraoccupazionale, i valori limite normalmente accettati per gli ambienti di lavoro, il metabolismo, la tossicità. Seguono elementi biologici accettati da Agenzie tecnico-scientifiche, il Limite Biologico Equivalente (concentrazione di una sostanza o di un suo metabolita in un compartimento biologico di un soggetto esposto ad una concentrazione ambientale corrispondente al valore limite proposto dalla ACGIH), informazioni sul come raccogliere e conservare il campione biologico e sulle tecniche di analisi utilizzate. Preziosi anche i cenni sulle eventuali possibili interferenze: la loro cono-

scienza è infatti necessaria per una corretta interpretazione dei risultati.

Gli operatori sanitari della prevenzione non devono ovviamente dimenticare il significato e l'importanza del monitoraggio ambientale, che consiste nella misura a livello atmosferico degli agenti presenti nei luoghi di lavoro per la valutazione della esposizione ambientale e del rischio della salute in rapporto ad appropriati riferimenti (definizioni opportunamente richiamata dagli Autori delle schede in oggetto).

Infatti solo mettendo a confronto i riferimenti di valore limite ambientali con i dati rilevati dal metabolismo biologico si può giungere a elaborare i valori di livello degli indicatori biologici che, con ragionevole probabilità, è possibile riscontrare in campioni prelevati su lavoratori sani. Tutto ciò porta a sottolineare ancora una volta la necessità di una stretta collaborazione tra Medico del lavoro e Igienista industriale: ciascuno nel proprio ruolo entrambi sono in grado di fornire dati indispensabili alla prevenzione.

È possibile concludere affermando che il Medico del lavoro utilizzando il metabolismo biologico è in grado di monitorare l'esposizione reale agli agenti potenzialmente dannosi e il loro assorbimento nell'organismo nonché le prime alterazioni dello stato di salute del lavoratore, mentre l'Igienista industriale risulta prezioso nell'individuare e classificare in base alla loro importanza le fonti di rischio, nonché nel suggerire gli interventi tecnici più efficaci per ottenere, quando necessario, una reale bonifica dell'ambiente lavorativo. ■

Gianfranco Farina
Sezione Lombarda



BIBLIOGRAFIA

- 1- Alessio L, Bertazzi P. A., Forni A., Gallus G., Imbriani M.: Il monitoraggio Biologico dei lavoratori esposti a Tossici Industriali. Libri della Fondazione Maugeri. PIME Press 2001.
- 2- Pezzagno G., Imbriani M.: Genetica e Monitoraggio Biologico dei Solventi Industriali. Le Collane della Fondazione Salvatore Maugeri. PIME Press 1997.



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 Emie • 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

Il rischio da agenti chimici



Abbiamo voluto riportare sul notiziario questo dibattito on-line che il collega Gennai ha innescato riguardo allo spinoso problema della partecipazione del medico competente alla valutazione dei rischi da agenti chimici. Varrebbe la pena continuare su questo filone così da arrivare a disegnare una posizione tecnico-politica dell'associazione da diffondere con tutti i mezzi a disposizione.

Vorrei sollecitare il dibattito su un tema attuale e fin troppo dibattuto nei suoi termini generali: IL RISCHIO DA AGENTI CHIMICI.

Sarebbe necessario a mio parere scendere nei particolari del: RUOLO E RESPONSABILITÀ del M. C. NELLA PARTECIPAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E NELLA SCELTA DI ISTITUIRE O MENO LA SORVEGLIANZA SANITARIA. Vi è mai capitato di sentire che in ogni caso spetta a noi la decisione circa i reparti da assoggettare a sorveglianza sanitaria?

Con quali responsabilità in aziende magari molto estese con lavorazioni difficilmente analizzabili nei minimi particolari dei processi chimici utilizzati?

Grazie
A. Gennai

...

Caro Gennai, mi ha colpito della tua lettera il fatto che siamo sempre attenti alle forme e alle responsabilità, meno alle opportunità che ci si presentano.

Certo, capisco che sia molto importante definire i ruoli e le responsabilità legali, specie quando si risponde personalmente al giudice penale e civile, ma mi sembra altrettanto importante ragionare SU QUALE PUÒ E QUINDI DEVE ESSERE IL NOSTRO CONTRIBUTO PROFESSIONALE SPECIFICO NEL RISOLVERE I PROBLEMI DELL'IMPRESA DOVE OPERIAMO COME MEDICO COMPETENTE.

Per gli agenti chimici, non mi sembra che possa sussistere il minimo dubbio che le responsabilità sulla redazione del documento di valutazione dei rischi e sugli atti

che da questi ne derivino siano del datore di lavoro. Al medico rimane sempre, come a tutti i professionisti, la responsabilità che deriva dalle sue capacità professionali: se consiglio o indico o comunque dico al datore di lavoro, come a chiunque altro, una sommarata colossale sul piano di sorveglianza o su una valutazione di rischio penso che sia giusto che ne risponda in tutte le sedi. Per il resto la norma mi sembra chiarissima nel definire a chi spettano le scelte fondamentali che derivano tutte dalla valutazione di rischio. Il medico è responsabile degli atti suoi esclusivi: definizione del piano di sorveglianza sanitaria (non della necessità di farlo, che deriva dalla valutazione se il rischio è moderato o no, propria del datore di lavoro) e degli altri atti che non mi sembrano sostanzialmente diversi da quanto già stabilito dalla 626/94. Certo, vi è un "rinforzo" anche normativo sulla necessità, qui obbligata, di sentire il parere, di avere la consulenza del medico competente, ma non mi sembra proprio che ne derivi una responsabilità direttamente operativa.

Nella mia esperienza di applicazione della L. 25/02 ho invece notato che l'ignoranza sui rischi chimici è veramente molto molto grande, al di fuori di poche aziende chimiche storiche dove vi è esperienza e competenza da molto prima del 2002!!

Capita quindi molto spesso che RSPP, esperti della sicurezza e altre figure aziendali non sappiano letteralmente nemmeno da che parte cominciare. Spesso tentano un "fai da te" con risultati da definire ridicoli e pagliacceschi se non fossero talvolta tragici per la salute di chi lavora! Per questo, quando c'è un buon rapporto di fiducia, mi è stato molto spesso chiesto: dottore, che facciamo? Di fatto, in questi casi, è verissimo che la valutazione dei rischi l'ho fatto praticamente io o per lo meno l'ho diretta e coordinata. Non sempre è stato facile, anzi! Mi è quasi sempre stato indispensabile, tranne per i casi più semplici dove il rischio praticamente non esiste, la collaborazione di un buon igienista industriale. Mi sembra di poter affermare, senza presunzione, che di fatto spesso le competenze specifiche per fare un buon lavoro sono disponibili solo in queste due figure professionali: il medico e l'igienista. Della seconda se ne può talvolta fare a meno, della prima proprio NO, mai, anche per decidere solo se il rischio è moderato o no. Questa, al momento, mi sembra una enorme opportunità professionale per non ridurci sempre e solo a fare visite mediche che a poco servono. Il problema sta nella nostra capacità di dare effettive risposte concrete a chi ce le chiede, talvolta anche con sotterfugi che tentano di scaricare responsabilità non derogabili del datore di lavoro.





Penso quindi che dovremmo pensare a momenti di formazione e di confronto tra noi sul COME SI FA, in diverse situazioni, A CONQUISTARE UN RUOLO PROFESSIONALE: quali competenze effettive servono? quelle che abbiamo ci bastano? Quali informazioni il datore di lavoro ci deve dare? come le dobbiamo raccogliere, elaborare, comunicare?

Gli aspetti professionali che trovo più difficili sono quelli che riguardano i rapporti e le comunicazioni tra le diverse figure professionali, in modo che ciascuno possa dare il suo contributo: ESISTE UNO SCHEMA CULTURALE E SCIENTIFICO DOVE CIASCUNO HA UNO SPAZIO SUO PROPRIO E DOVE ESISTE UN CONTRIBUTO INVECE PIÙ COLLETTIVO? ESISTONO STRUMENTI OPERATIVI COLLAUDATI? L'ESPERIENZA DELL'INDUSTRIA CHIMICA STORICA E DEI COLLEGGHI CHE VI LAVORANO O VI HANNO LAVORATO È ESPORTABILE AD OGNI ALTRA REALTÀ?

So bene che è antipatico rispondere con altre domande a domande: nella mia esperienza quotidiana mi sforzo di trovare risposte concrete da offrire a chi me le chiede. Devo dire che, pur talvolta assumendomi responsabilità importanti (sempre professionali, mai decisionali), ho spesso trovato grandi soddisfazioni e riscontri di stima, con ricadute economiche molto, molto interessanti. Non mi dispiacerebbe perciò avere l'occasione di confrontarmi con altri. Perché no un seminario ANMA sullo stato dell'arte e sui contributi che I MEDICI HANNO SAPUTO DARE a 1 o 2 anni dall'applicazione del 25/02?

Se poi su qualche documento di valutazione dei rischi SPICCA ANCHE la mia firma e posso dimostrare di aver avuto un contributo fondamentale alla stesura e alle decisioni che si sono prese, non mi dispiace per nulla, pur consapevole delle responsabilità che mi spettano, ma che sono solo professionali.

Qualche datore di lavoro tende a fare il furbo, lasciando il medico da solo, senza dargli il supporto e le informazioni essenziali: qualche volta è necessario scegliere non solo i fornitori ma anche i clienti. In ogni caso mi sembra che questi datori di lavoro giochino solo a "tirarsi martellate sulle ginocchia": non poche volte è bastato spiegarglielo per cambiamenti di rotta a 180°.

Scusami per il tono un pò saccente, credimi deriva solo dalla mia pochezza giornalistica e dall'intenzione di "non menarla troppo!!"

Certamente non ho saputo darti risposte esaustive, ma mi piaceva non lasciar cadere il tema da te sollevato, così importante, anche in termini di opportunità per la nostra professione e non solo di grane da grattare ogni giorno.

Un saluto.

Gilberto Boschioli
Sez. Lombarda

•••

Vorrei esprimere il mio convinto consenso alle considerazioni fatte da Boschioli, in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento del m. c. nella valutazione del rischio. Anzi, pur sapendo di non avere molti sostenitori, ritengo che il m. c. dovrebbe sempre e comunque fare una sua valutazione dei rischi per la salute anche se non formalmente coinvolto dal datore di lavoro o dal RSPP. Per quello che può contare il parere di un Magistrato, su questa mia opinione il dott. Guariniello ha espresso il suo consenso in occasione dell'ultimo Convegno Nazionale SIMLII di Messina.

È ovvio che questa funzione non è compatibile con il ruolo in azienda che molti colleghi ritengono "appagante" e cioè quello "medico e basta". Anche le forme di pagamento (che non possono più essere vincolate solo alle visite o ai giudizi di idoneità) hanno una loro importanza nel mantenere fuori il m. c. dalla valutazione del rischio. Tuttavia, la mancata formalizzazione nel D. L. vo 25 dell'obbligo di coinvolgere il m. c. nella valutazione del rischio porterà sicuramente in talune circostanze al fatto che un suo spontaneo intervento sul tema potrebbe essere esplicitamente rifiutato o addirittura considerato ostile.

Forse è più chiara una citazione: "Per la sua struttura e per la faticosa e spesso non comprensibile connessione con altre norme, il decreto rischia di creare non poche difficoltà a coloro che si occupano di prevenzione nei luoghi di lavoro e quindi in primis, almeno fino ad oggi, ai medici del lavoro. Per questo, non sorprende che esso sia stato sin dall'inizio collocato tra i provvedimenti recenti non certo favorevoli alla nostra disciplina".

"Non essendo stata ripresa nel decreto la questione del ruolo delle figure tecniche nella prevenzione si è persa un'occasione forse irripetibile per ridare a Cesare ciò che è di Cesare, cioè per riattribuire ai medici del lavoro una specifica competenza nella valutazione dei rischi a prescindere dalla necessità o meno della sorveglianza sanitaria". (Apostoli et al. - *Usque tandem?* G. Ital. Med Erg 2002 24: 2) Sono d'accordo con Boschioli che le sentenze non devono condizionare troppo il nostro operato ma talvolta servono per farci riflettere ed allora...

"I responsabili sanitari delle imprese hanno l'obbligo di acquisire un'adeguata e aggiornata conoscenza dei risultati della comunità scientifica in ordine ai possibili effetti nocivi sulla salute dei lavoratori indotti dall'espletamento di attività pericolose; e ciò al fine di individuare gli accorgimenti di sicurezza da porre in essere a scopo preventivo".

"La competenza del medico di impianto deve avere riguardo non solo alla valutazione delle condizioni di salute del lavoratore, ma anche all'ausilio da prestare al datore di lavoro e al dirigente, tenuto conto dell'esito delle visite, nell'individuazione dei rimedi da adottare, anche in funzione del progresso tecnico, contro le sostanze nocive".

Pertanto, nel caso in cui il medico si dimostri inadempiente rispetto all'indicato obbligo di collaborazione, deve essere ritenuto responsabile con riferimento agli eventi lesivi che derivino dall'espletamento di attività lavorativa in condizioni non protette. (Cfr. Cass., sez. IV, sent. 6 febbraio 2001, n. 5037, Camposanto ed altri; in *Ambiente e Sicurezza del lavoro*, n. 5, 2002, pag. 18, con nota di G. De Falco, "Morti da amianto nelle ferrovie").

Un saluto a tutti.

A. De Santa
Sez. Trentino Alto Adige

•••

Mi sembrano condivisibili in pieno le considerazioni di Boschioli.

Ringrazio anche De Santa per la puntuale citazione della sentenza Cass. 5037/01, che avevo sentito richiamare in un convegno, ma di cui non avevo il riferimento preciso: essa definisce l'obbligo giuridico (quello metodologico ed etico mi pareva indiscutibile anche prima) della partecipazione attiva del M. C. alla valutazione dei rischi.

Se mi è consentito un riferimento alla dimensione anche sindacale della nostra Associazione, tutto questo conferma l'assoluta esigenza che il M. C. concordi i suoi corrispettivi non solo in base alle visite, ma a tutto ciò che dev'essere, con una quota oraria o (meglio) forfetaria nel suo contratto con il Datore di Lavoro.

Gabriele Gherardi
Sez. Emilia-Romagna

•••

Io vedo il decreto 25/2002 sotto un aspetto che non ho ancora colto nei vari dibattiti. Questo decreto ha introdotto il concetto di presunzione della moderazione del rischio. Oggi la maggior parte dei luoghi di lavoro beneficia di una certa attenzione alla tutela della salute e della sicurezza, molto superiore a quella che c'era all'inizio degli anni 90, il rischio an-

che solo per questo motivo è stato ridotto, anche se a volte non sufficientemente. In questa situazione è proprio il controllo del rischio, una specie di monitoraggio, che deve essere un cardine della gestione della tutela della salute. Così funzionano le certificazioni nell'impresa. Anche se mancano dei parametri in base ai quali giudicare se il rischio è alto, moderato o basso, è fondamentale il controllo continuo. Il medico competente ha un ruolo in cui fa proprio questo anche se a volte è solo notarile; bè non mi spiacerebbe fare un po' il notaio. A volte si parla della responsabilità del medico competente senza tenere conto della necessità di dare dei margini di manovra dove mancano dei parametri fissi e di conseguenza nell'ipotetico errore ammettere l'impunità di una colpa lieve o in caso di ragionevole dubbio, come ha recentemente sentenziato la Corte di cassazione a favore dei medici. Ma siamo forse dei chirurghi? La nostra opera mi sembra ben diversa e molto meno soggetta a errori professionali. Penso sarebbe da evidenziare la responsabilità organizzativa nelle procedure del datore di lavoro, compresa quindi una chiara valutazione dei rischi. La sorveglianza sanitaria è una semplice sorveglianza non un invasivo intervento chirurgico, la visita medica periodica del 2-12-2002, per esempio, non risolve dei problemi di salute, ma accerta le condizioni di salute e l'idoneità alla mansione. Non è poco per il lavoratore dover rinnovare la sua idoneità alla mansione, soprattutto dove l'85% delle ditte sono piccole imprese. Generalmente per fortuna l'idoneità c'è. La partecipazione del medico, un libero professionista, agli adempimenti del datore di lavoro dipende da quest'ultimo. Gli organi ispettivi delle ASL non devono avere dubbi su questo, per non cercare qualunque sciocchezza per accusare il medico competente di qualche cosa. Le ASL spesso non hanno ben chiaro quali sono i loro ruoli principali. È necessario chiarire quali sono i nostri limiti operativi alla luce della normativa vigente. Da un lato il decreto 25 introduce la possibilità di evitare l'applicazione di alcune procedure di sicurezza tra cui la sorveglianza sanitaria, dall'altro il datore di lavoro non ridurrebbe i rischi senza tenere conto della opportunità di modulare queste procedure sulla base di una valutazione del rischio, a prescindere dal cercare una definizione di rischio moderato per cui varrebbe una legge del tipo tutto o nulla.

Il Coordinamento tecnico delle regioni e delle province autonome ha elaborato delle cosiddette "linee guida" per i rischi chimici e cancerogeni inserendo un elenco lunghissimo di sostanze definite cancerogene senza indicare dati a supporto di questa definizione, e senza distinguere tra probabili e poco probabili o non probabili come dicono le tabelle IARC. Cosa si può fare in questi casi se non solo sorveglianza? Nello stesso documento sui rischi chimici è stato correttamente riconosciuto anche il ruolo delle ASL nel definire ulteriormente dei parametri di rischio estratti dai dati noti su un intero territorio.

Riccardo Verrua

QUOTA ASSOCIATIVA 2003

EURO 80,00

**LA QUOTA ASSOCIATIVA
ALL'ANMA "SOSTIENE"
QUESTO NOTIZIARIO NON
DIMENTICARLO!**

Caro socio,

con gennaio è giunto il momento di rinnovare il versamento della quota associativa con validità anno solare.

Potrai usufruire per questo o del bollettino postale prestampato che ti è stato inviato in allegato al precedente numero del notiziario o potrai utilizzare un qualsiasi bollettino postale intestato a:

Conto corrente numero 11199205

*Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Via S. Maurilio, 4 - 20123 Milano.*

Ti ricordo che col pagamento della quota associativa avrai diritto alla copertura delle spese legali in quanto è stato rinnovato il contratto con Zurigo Assicurazioni.

Continuerai inoltre a ricevere questo notiziario. Ti ricordiamo di comunicare tempestivamente alla nostra segreteria ogni variazione di indirizzo, numeri telefonici, e-mail, ecc.

Provvedi quindi a questo tuo dovere associativo quanto prima possibile!

*Il segretario Nazionale
Guglielmo d'Allo*

Si invitano i soci che dispongono di posta elettronica, di comunicare la loro e-mail.

Malattia professionale e giudizio di idoneità nei rischi normativi e non-ruolo del medico competente



Repetita iuvant, e mai come nella nostra professione ciò è sempre valido ed attuale.

Molti Colleghi forse torceranno un po' il naso nel leggere il titolo di questa conversazione, ma noi pensiamo che per i Medici Competenti giovani e meno "navigati" (per motivi esclusivamente anagrafici) questa ripetizione possa non guastare o addirittura essere gradita.

Anche per i Colleghi meno giovani e più navigati riteniamo che qualche considerazione sul Giudizio di Idoneità, specie alla luce di una piuttosto recente Sentenza della Corte di Cassazione (911/01) portata ripetutamente all'attenzione dei Medici Competenti in occasione di Congressi e Convegni, possa stimolare discussioni e commenti.

Ma procediamo per gradi.

Molto brevemente, al fine di non creare possibili confusioni, vogliamo ricordare, soprattutto a noi stessi, cosa si deve intendere per Malattia Professionale.

La Malattia Professionale è un processo morboso direttamente connesso con lo svolgimento della prestazione lavorativa, che agisce lentamente e progressivamente sull'organismo del lavoratore determinandovi una lesione.

A differenza dell'Infortunio non riconosce nella sua genesi una causa violenta pur sviluppandosi, come l'Infortunio, in occasione di lavoro.

Ai sensi del D. P. R. 1124/65 potevano essere riconosciute come Malattie Professionali solo quelle comprese negli allegati 4 e 5 dello stesso D. P. R., cioè le così dette Malattie Tabellate il cui elenco è stato successivamente aggiornato con il D. P. R. 482/75 e con il D. P. R. 336/94.

Col passare degli anni però due sentenze della Corte Costituzionale la 179 e la 206, entrambe dell'88, avevano introdotto il criterio del "sistema misto" di tutela delle Malattie Professionali stabilendo che anche le malattie non incluse nelle Tabelle poteva-

no essere riconosciute come Malattie Professionali lasciando però a carico del lavoratore "l'onere della prova" con i mezzi ordinari della etiologia professionale.

Ci si garantiva così dalla possibilità che qualche rischio professionale rimanesse scoperto da tutela.

Allo stato, pertanto, possono essere riconosciute come Malattie Professionali non solo quelle incluse nelle succitate Tabelle, ma anche quelle conseguenti ad altri rischi professionali noti e codificati in successive leggi e decreti, o anche non noti e non codificati (rischi emergenti o patologie lavoro correlate) purché, per queste ultime, il lavoratore riesca a dimostrare il nesso di causalità con l'esposizione lavorativa.

L'evento morboso cioè deve potersi riconnettere al rischio specifico o anche solo generico aggravato dall'attività lavorativa protetta.

Ovviamente non esiste oggi una nozione diversificata tra Malattia Professionale Tabellata e Malattia Professionale non Tabellata pur se la "causa efficiente professionale" per la prima (tabellata) è individuata a priori sulla base di una rilevazione statistico-epidemiologica consistente, e per la seconda (non tabellata) deve essere verificata di volta in volta tenendo conto, tra gli altri, dei fattori di concausa quali ad esempio quelli ergonomici, di organizzazione del lavoro, di layout, di predisposizione individuale, etc.

Dopo queste considerazioni non credo sfugga ad alcuno l'importanza di una precisa valutazione del rischio e il D. Leg. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni lo impongono con la stesura del Documento di Valutazione del Rischio.

La conoscenza del rischio è il fulcro intorno al quale ruota tutto il sistema sia sotto l'aspetto prevenzionistico, che organizzativo, che medico-legale.

La conoscenza del rischio può e deve stimolare l'Azienda a mettere in atto una strategia aziendale diretta a tutelare l'ambiente di lavoro da possibili inquinamenti o, se già esistenti, a ridurre o abbatterne i livelli perché non è sufficiente poi dimostrare che l'eventuale inquinamento sia, in un dato momento, nei limiti di tollerabilità, ma è necessario poter dimostrare che quei livelli non siano mai stati superati.

Ne consegue che un Datore di Lavoro attento al problema e ben collaborato dalle figure professionali della prevenzione identificate dal D. Leg. 626/94, in primis il Medico Competente, deve, ove possibile, eliminare il rischio all'origine per evitare di doverlo includere nel Documento di Valutazione perché, in caso contrario, non possono non scattare tutti gli adempimenti legislativi previsti, con la possibilità di allargare a macchia d'olio il problema (spesso involontariamente), con aggravio notevole di spese e di responsabilità civili e penali e con notevoli difficoltà a far rientrare il fenomeno nei limiti di una più serena gestione.

Come può evidenziarsi da quanto precede una intelligente valutazione delle problematiche aziendali può nel medio-lungo periodo portare notevoli vantaggi all'Azienda sia sotto l'aspetto economico che sotto l'aspetto delle implicazioni di responsabilità civile e penale e, cosa che non guasta, sotto l'aspetto della Qualità di cui tutti parlano ma di cui ben pochi, almeno alla luce delle nostre conoscenze, hanno compreso la reale portata innovativa del fenomeno.

Anche la scelta dei collaboratori, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e Medico Competente, riveste peculiare importanza per un corretto sviluppo aziendale nel rispetto delle norme di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori. Non è sufficiente "tenere a posto le carte" per fare prevenzione.

La preparazione professionale dei collaboratori del Datore di Lavoro è il vero punto di forza ed è l'elemento che fa la differenza tra chi dice di fare prevenzione e chi la prevenzione la fa sul serio. Oggi purtroppo molti Datori di Lavoro per scarsa conoscenza del problema o per una mera e semplicistica valutazione di carattere economico, affidano le sorti della prevenzione nella propria Azienda in mani poco esperte o addirittura inesperte ed a volte purtroppo anche fraudolente, che hanno in verità spesso costi irrisori, ma che frequentemente non sanno neanche come tenere veramente a posto "le carte".

Per completezza di "ricordo" accenniamo ora agli adempimenti amministrativi legati alla Malattia Professionale ben sapendo che tutti i lettori sono già molto ferrati in materia.

Cominciamo dagli obblighi del Lavoratore che deve denunciare la Malattia Professionale al Datore di Lavoro entro quindici giorni dalla sua evidenziazione pena la decadenza dal diritto alla indennità per i giorni antecedenti alla denuncia.

Questa denuncia, come sapete, difficilmente viene fatta direttamente dal Lavoratore ma molto spesso dagli Organi di Patronato cui i lavoratori si affidano e quasi sempre è una denuncia appross-

simativa ed incompleta che ben difficilmente rispetta nel dettaglio la necessità di informazioni precise e circostanziate sull'evento morboso.

Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di effettuare la denuncia sui moduli INAIL, corredati di certificato medico, entro cinque giorni dalla data in cui è stato portato a conoscenza della malattia.

Il Datore di Lavoro è tenuto a denunciare anche Malattie Professionali del proprio dipendente insorte per effetto di attività lavorative precedenti svolte anche alle dipendenze di altra Impresa. Questo obbligo sottolinea ancora una volta l'importanza della Visita Medica Preventiva all'assunzione e la approfondita indagine sull'anamnesi lavorativa dei singoli assumendi.

Se la malattia ha determinato la morte o vi è pericolo di morte la denuncia va fatta telegraficamente entro ventiquattro ore dall'evento.

Per i casi di silicosi ed asbestosi il Datore di Lavoro deve provvedere alla denuncia entro cinque giorni dalla conoscenza dell'evento comunicatogli dal Medico che ha eseguito le indagini.

Al Medico Competente competono almeno tre adempimenti e cioè la denuncia, il referto e la certificazione.

La Denuncia è un obbligo che riguarda tutti i Medici, in particolare i Medici Aziendali e Competenti per i quali sono previste maggiori sanzioni in caso di omissione stante l'osservatorio privilegiato e diretto rappresentato dalla loro presenza in ambiente aziendale.

Resta ancora oggi un po' controverso l'Organo Istituzionale cui inoltrare la denuncia.

Pur se la L. 833/78 trasferisce i compiti dell'Ispettorato del Lavoro alle USL, oggi ASL, non essendo stato abrogato il D. P. R. 1124/65 che identificava l'Ispettorato del Lavoro come destinatario della denuncia, ed alla luce delle piuttosto recenti norme del febbraio 2000 (D. Leg. 38) circa il coinvolgimento dell'INAIL, anche e non solo a fini statistici, per motivi prudenziali si suggerisce di inoltrare la denuncia contestualmente all'Ufficiale di Polizia Giudiziaria della ASL di competenza territoriale, all'Ispettorato del Lavoro ed alla sede provinciale INAIL.

Il Referto, regolamentato dal Codice Penale e dal Codice di Procedura Penale, è obbligatorio per i Medici che "hanno prestato la loro opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere di ufficio".

Anche per il Referto sussistono dubbi ed incertezze in quanto:

- è obbligatorio nei casi che possono configurare un delitto, e la Malattia Professionale non necessariamente può essere ritenuta conseguenza di un comportamento delittuoso;
- deve dare notizie circa circostanze, cause e mezzi del "delitto" e il Medico Competente non sempre è a conoscenza delle notizie richieste;
- l'omissione non è punibile se il referto può esporre la persona assistita a procedimento penale;
- il Medico Competente deve fare il Referto solo quando ha acquisito la certezza diagnostica della malattia e questo non sempre è possibile.

Ne consegue che l'obbligo del Referto va deciso caso per caso dal Medico Competente secondo scienza e coscienza.

La Certificazione di Malattia Professionale è un obbligo del Medico perché è il documento da cui prende l'avvio tutto il procedimento amministrativo di tutela. È chiaro che non può esserci Malattia Professionale dove non esiste il rischio professionale di riferimento, così come non si può escludere l'origine professionale di una patologia per il semplice fatto che il lavoratore non sia mai stato esposto ad un rischio che abbia superato i TLV. Molti Autori sono portati ad escludere la possibilità di Malattia Professionale nel caso in cui il lavoratore sia stato esposto esclusivamente a concentrazioni di inquinanti inferiori al così detto livello di azione o "action level" degli Autori anglosassoni, che è pari al 50% del TLV per singola sostanza.

Pur tuttavia in virtù delle infinite varianti che possono condizionare l'assorbimento di eventuali sostanze tossiche da parte di soggetti diversi (vie di assorbimento, esposizione a concentrazioni elevate occasionali, sensibilità individuale, condizioni ambientali e microclimatiche, etc.) la prevenzione della Malattia

rischi non normati





rischi normati

Professionale resta sempre e comunque delegata al Medico Competente che con molto senso critico e dopo valutazione specifica del singolo caso potrà, sulla scorta della propria preparazione professionale e culturale e secondo scienza e coscienza, ammettere od escludere, in caso di avvenuta insorgenza, l'origine professionale della malattia attivando, se del caso, tutti gli adempimenti previsti.

Certamente non ha semplificato le cose la L. 25/2002 sul Rischio Chimico che, con il suo indefinito e difficilmente definibile "rischio moderato" ha creato una autentica situazione di stallo in tante Aziende interessate, ad onta degli innumerevoli interventi e commenti, alcuni anche molto autorevoli, che da più parti vengono divulgati ma che, almeno fino ad ora, non ottengono riconoscimenti ed approvazioni unanimi.

È ormai diventato di comune accezione il contenuto della Sentenza della Corte Costituzionale 911/01 e soprattutto la sottolineatura che qualche giudice, sempre più frequentemente presente ai nostri Congressi e Convegni, non manca di farne.

Ci riferiamo ovviamente al giudizio di Idoneità conseguente ad una Visita Medica richiesta dal lavoratore.. "purchè correlata ai rischi professionali".

Rileggendo il nostro "Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente", all'art. 10 in relazione alla Visita Medica richiesta dal lavoratore, si precisa che il Medico Competente.. "dovrà esprimere il giudizio di idoneità alla mansione"..

La sentenza succitata stravolge di fatto questo nostro convincimento.

Sembrerebbe infatti che, per esprimere il Giudizio di Idoneità,

dopo aver praticato una visita richiesta dal lavoratore (art. 17 D. Leg. 626/94) sia indispensabile riconvocare lo stesso lavoratore per sottoporlo a Visita Periodica (art. 16 D. Leg. 626/94) a seguito della quale il Medico Competente è formalmente autorizzato ad esprimere Giudizio di Idoneità.

Questa distinzione così netta tra la Visita Medica ex art. 17 e quella ex art. 16, e questo artificio puramente burocratico per aggirare l'ostacolo, non possono che lasciarci a dir poco perplessi se non altro perché, se nel caso previsto dall'art. 17 il Giudizio di Idoneità può o deve essere delegato ad altri (art. 5 legge 300/70), non avrebbe alcun senso sottoporre a Visita il lavoratore (su sua richiesta) fuori dalla periodicità prevista dal Programma di Sorveglianza Sanitaria se non modificando, nel caso specifico, la periodicità stessa.

È frequente poi che tali visite ex art. 17 siano richieste proprio da lavoratori non sottoposti abitualmente a Sorveglianza Sanitaria ex art. 16, lavoratori per i quali potrebbero essere sufficienti scarse indicazioni o consigli, e non necessariamente un Giudizio di Idoneità, per un efficace miglioramento delle condizioni di lavoro. Emerge il timore quindi che, ingabbiarsi in una lettura troppo pedissequa delle norme, faccia perdere di vista l'obiettivo finale della prevenzione che smuove tutto il nostro apparato legislativo e deontologico.

Tutto ciò sicuramente necessita di maggiori approfondimenti ma, nostro malgrado, non ci evita maggiori complicazioni nello svolgimento del nostro lavoro.

Avviandoci alla conclusione non possiamo esimerci dal ricordare il Disegno di Legge di iniziativa del Senatore Smuraglia, licenziato dalla 11^a Commissione Lavoro e Previdenza Sociale della Camera qualche anno fa che, tra l'altro, all'art. 19 impartiva disposizioni in materia di Sorveglianza Sanitaria.

In particolare sottolineava la necessità del superamento del D. P. R. 303/56 per gli aspetti legati alla periodicità dei controlli, cosa puntualmente verificatasi a seguito della applicazione della L. 25 / 2002, auspicando una più corretta programmazione legata alla valutazione quali-quantitativa del rischio, una visione allargata della Sorveglianza Sanitaria

non legata necessariamente solo alle Visite Mediche ma all'intero complesso di attività quali esami strumentali, monitoraggio biologico, raccolta dei dati anamnestici sanitari e lavorativi, elaborazione statistica dei dati, controlli ambientali, ed ancora Sorveglianza Sanitaria non riferita solo a singoli fattori di rischio ma all'insieme delle esposizioni a rischio, e non solo alle lavorazioni a rischi tabellati ma a tutte le situazioni con sospetto di esposizioni anche a rischi potenziali. Inoltre suggeriva l'attribuzione al Medico Competente della scelta di varie tipologie di accertamenti e controlli sanitari sia sui lavoratori che sugli ambienti di lavoro con valutazione di detti controlli in relazione e al rischio originario e ad altri rischi sopravvenuti, con predisposizione di protocolli di Sorveglianza Sanitaria, individuazione delle ipotesi di particolare gravità, etc. Si può affermare senza tema di smentita che quanto ipotizzato nel Disegno di Legge sopra riportato, un po' alla volta, si sta praticamente concretizzando.

Il Medico Competente viene coinvolto nella vita aziendale con un impegno a 360° con un "ingigantimento" delle sue responsabilità per cui ognuno di noi è chiamato ad una approfondita analisi di autovalutazione al fine di capire, in piena onestà di giudizio, il know how di conoscenze eventualmente mancanti per gestire tutte le incombenze che di volta in volta gli verranno affidate.

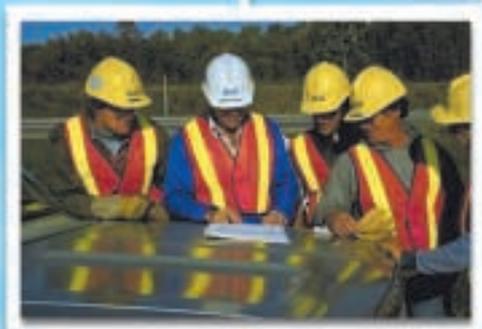
Ben vengano a questo punto gli Aggiornamenti periodici e la Formazione Permanente che, se gestiti da Persone Qualificate, potranno veramente tornare utili a tutta la Categoria al di là dei tanto discussi e discutibili Crediti.

Il Medico Competente diventa così veramente un indispensabile Consigliere più che un Collaboratore del Datore di Lavoro in un rapporto squisitamente fiduciario che solo una profonda stima e una grande fiducia nelle sue capacità professionali potrà sostenere. ■

**U. Candura, N. Javicoli,
F. Gazzero, T. Remondelli**
Sezione Regionale Campana

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

Convegno A.N.M.A. su "D.Lgs. n. 25 del 2/02/2002- Rischi da agenti chimici. Vantaggi e svantaggi del superamento del D.P.R. 303/56"



Nella primavera scorsa presso lo stabilimento della Birra Peroni di Napoli si è svolto un convegno organizzato dalla Sezione Campana dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (A.N.M.A.) moderato dal prof. Nicolò Iavicoli, Consigliere Nazionale dell'Associazione, incentrato su un tema di estrema attualità: la nuova normativa che regolamenta i rischi da agenti chimici nei luoghi di lavoro, il D. Lgs. n. 25 del 2 febbraio 2002.

L'incontro è stato caratterizzato da relazioni provenienti da autorevoli punti di vista rappresentativi delle varie figure della prevenzione in azienda.

Dopo i saluti del Direttore di Stabilimento dott. Carlo Pasquarè, che ha illustrato i procedimenti tecnici che intervengono nella produzione della birra, si è svolta una interessantissima visita guidata dell'Azienda per conoscere le caratteristiche del ciclo tecnologico alla fine del quale è possibile gustare la meravigliosa bevanda bionda, che è stata anche la protagonista del lunch offerto dalla Direzione Aziendale ai numerosissimi convenuti.

Il dott. Tommaso Remondelli, Vice Presidente Nazionale dell'A.N.M.A., dopo un'excursus storico sulla regolamentazione dell'esposizione professionale ad agenti chimici, ha esposto i punti salienti del nuovo decreto con particolare attenzione alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti al cosiddetto rischio "moderato".

Ha sottolineato il carattere rivoluzionario delle norme che responsabilizzano il medico competente, il quale finalmente esprime in maniera completa la sua professionalità, svincolandosi dai parametri codificati dallo storico ed altrettanto rigido D. P. R. 303/56.

L'aspetto più innovativo è sicuramente rappresentato dal passaggio dal criterio quantitativo (presenza della sostanza che espone

a rischio) a quello qualitativo (entità delle concentrazioni e dell'esposizione).

Analizzando la norma (comma 2 art. 60 quinquies) si evince che la sorveglianza sanitaria è obbligatoria:

- 1) se il rischio non è definibile come "moderato",
- 2) quando, anche in caso di rischio moderato, le misure adottate (ai sensi del comma 1 dello stesso articolo) non siano sufficienti a ridurre ulteriormente il rischio.

Il comma 3 dell'art. 60 ter-decies stabilisce che sarà un decreto emanato di concerto dai Ministeri del Lavoro e della Salute a definire il rischio moderato, sulla base di parametri di sicurezza dell'U. E. e sentite le Associazioni di categoria.

Il termine di tale recepimento, l'8 giugno del 2002, è da considerare in ogni caso troppo ravvicinato per l'adeguamento della norma.

Il dott. Remondelli ha sottolineato la centralità della figura del medico competente che assume un ruolo di consulente indispensabile del Datore di lavoro per:

- un corretto risk assessment;
- per la verifica della presenza e delle modalità di utilizzo degli agenti chimici "non pericolosi" (comma 3 lett. b);
- per l'interpretazione delle informazioni sulle sostanze presenti nelle schede tecniche di sicurezza (comma 2 lett. b).

Questa attività di consulenza del medico competente non viene formalizzata in tal senso dalla legge per cui è la sensibilità del Datore di Lavoro che gestisce tale risorsa.

Altri punti nodali del decreto sono rappresentati dalle nuove circostanze in cui si svolge la sorveglianza sanitaria in caso di rischio non definibile "moderato":

- 1) prima di adibire il lavoratore alla mansione che comporta esposizione;
- 2) almeno una volta all'anno o con

diversa periodicità stabilita dal medico competente in funzione dei risultati della valutazione del rischio e dei risultati della sorveglianza sanitaria;

- 3) all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, momento in cui il medico deve fornire al lavoratore le indicazioni circa le prescrizioni da osservare e deve inviare all'ISPESL la cartella sanitaria.

La seconda relazione tenuta dall'ing. Carlo Santamaria Amato, Datore di Lavoro della Regione Campania, ha espresso l'opinione dei Datori di lavoro, accogliendo in maniera positiva il nuovo decreto che offre i presupposti per una più ampia ed integrata attività d'equipe nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione per ciò che riguarda la gestione del rischio aziendale.

Il dott. Giuseppe Lanza, Coordinatore Nazionale dei Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione Rischi del Gruppo Birra Peroni in Italia, con un intervento puntuale, preciso e particolareggiato, ha ricordato l'importanza, al fine di un maggior contenimento del rischio, di un'adeguata scelta, durante la fase degli acquisti, delle sostanze chimiche da utilizzare nella lavorazione, evento che in ogni caso presuppone una stretta integrazione fra Datore di lavoro ed i suoi collaboratori tecnici.

Ha esposto il flow sheet del progetto aziendale attraverso il censimento delle sostanze e dei prodotti, la verifica delle schede di sicurezza, la comunicazione di utilizzo e la valutazione del rischio con schede codificate.

Il prof. Nicola Sannolo, Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro I della Seconda Università degli Studi di Napoli, ha arricchito il simposio con la sua ben nota esperienza tecnica in materia di monitoraggio del ri-

schio chimico nei luoghi di lavoro. Ha dato importanti e pratiche indicazioni da seguire per un'ideale valutazione dell'esposizione ambientale ed individuale ad agenti chimici, con una relazione semplice e chiarissima su argomenti, a volte, ostici ed aridi per molti Cultori della materia.

Ha inoltre auspicato maggiore confronto fra gli organi della prevenzione e le istituzioni per le problematiche che di volta in volta si presentano anche in conseguenza della pubblicazione di nuove norme.

Altrettanto interessante è stato l'intervento del dott. Donato Ceglie, Sostituto Procuratore della Repubblica presso la Procura Circondariale di S. Maria Capua Vetere, il quale ha evidenziato la sempre maggiore attenzione del Legislatore nei confronti della sicurezza sul lavoro, tramite la frequente e ravvicinata emanazione di leggi sempre più specifiche.

In tal modo, si procede ad una sempre maggiore sensibilizzazione dei Datori di lavoro ad interessarsi in maniera concreta a tali questioni, con uno spirito di valutazione e risoluzione delle stesse che richiede una collaborazione imprescindibile fra diverse professionalità.

Quindi il Datore di Lavoro da attore passivo dello scenario sicurezza, diviene parte attiva nello stesso, coadiuvato nella sua attività dalle altre tre figure protagoniste della Prevenzione delineate dal 626/94 (M.C., R. S.P.P., R.L.S.).

L'Oratore non si è nascosto le difficoltà che possono derivare dall'interpretazione della norma auspicando, nel contempo, nello spirito di maggiore collaborazione possibile fra le figure della prevenzione, siano esse addetti alla sorveglianza o organi di vigilanza, un attento esame di eventuali parametri di riferimento per la più equilibrata applicazione del D. Lgs..

Alla luce della nuova normativa sembrano quindi affiorare i presupposti per una sempre maggiore interazione fra le diverse figure del sistema preventivo, tuttavia non mancano le perplessità.

La maggiore di queste è senz'altro rappresentata dall'aleatorietà dell'aggettivo "moderato" per il quale, al momento, non si dispone di un'identificazione giuridica; ciò



rende conto dei limiti che ne conseguono: da un lato l'estrema soggettività nell'interpretazione del rischio da parte del D.d.I. al momento della valutazione, dall'altro la notevole difficoltà ad effettuare l'attività di vigilanza da parte dell'Autorità competente, in assenza di un criterio unificato di valutazione, con l'imbarazzante eventualità, fra l'altro, di differenti posizioni dei vari organi di controllo.

Senza altro positiva è l'emanazione di parametri di riferimento che possano guidare il D.d.I. ad una corretta valutazione del rischio, infatti tale evento sembra implicitamente richiedere al D.d.I. una assistenza tecnica da parte del medico competente, centralizzando il ruolo nell'ambito della valutazione del rischio con particolare riguardo comma 1, lettera e) dell'art. 60-quater, riguardante i valori limite di esposizione professionale o i valori limite biologici.

Ed inoltre è legittimo prevedere che non tutti i lavoratori saranno effettivamente "idonei" a lavorare in un ambiente a rischio "moderato", venendo meno il principio secondo cui un rischio non è lo stesso per tutti i lavoratori che vi sono esposti, in quanto esistono condizioni di ipersuscettibilità individuale che rendono alcuni soggetti più vulnerabili di altri, e quindi tali soggetti, in assenza di una Sorveglianza Sanitaria, non potranno più essere identificati.

Quindi, in tal senso, può sembrare che se fino ad ora si è teso ad un totale ma spesso improponibile abbattimento del rischio, oggi si tenda invece verso una più con-

creta ed attuabile arginazione dello stesso, attraverso Leggi meno tassative, con il pericolo che si lasci spazio ad un'eccessiva arbitrarietà nell'interpretazione della norma, con possibile tolleranza di situazioni a rischio non sempre "moderato".

È evidente che le eventuali perplessità attualmente presenti non sono in relazione al decreto in sé, ma alla sua non facile applicabilità in maniera corretta ed omogenea. In ogni caso ciò che al momento sembra più opportuno è cogliere il senso della legge, che va vista come un ulteriore tentativo di sensibilizzazione pubblica nei confronti della sicurezza sul lavoro, confidando nel senso di responsabilità del datore di lavoro ad interpretare correttamente la legge, visto che egli, da programmatore del risk assessment, rimane comunque e sempre il protagonista indiscusso nella gestione del rischio aziendale.

A conclusione dell'incontro in considerazione della difficoltà di valutazione del rischio moderato e delle conseguenti grosse incertezze in cui si dibattono gli operatori la Sezione Campana della nostra Associazione, prendendo spunto da una indicazione del Prof. Sannolo, ha proposto la costituzione di un tavolo di consultazione presso una sede istituzionale quale Università, Regione, ecc., per dibattere nell'immediato i problemi legati al decreto legislativo 25 ed eventualmente in futuro altre problematiche emergenti. ■

Nicolò Lavicoli
Pasquale Benevento

Sezione Campania

Cromo



Bruni ci raccontò un fatto in cui era stato lui stesso implicato: devo premettere che Bruni ha lavorato dal 1955 al 1965 in una grande fabbrica in riva a un lago, la stessa dove io ho imparato i rudimenti del mestiere verniciarlo negli anni 1946-47. Raccontò dunque che, quando era laggiù responsabile del reparto vernici Sintetiche, gli era capitata per mano una formulazione di un'antiruggine ai cromati che conteneva un componente assurdo: nulla meno del cloruro d'ammonio, il vecchio ed alchimistico Sale Ammoniac del tempio di Amnone, assai propenso a corrodere il ferro piuttosto che a preservarlo dalla ruggine. Aveva chiesto ai suoi superiori ed ai vecchi del reparto: sorpresi ed un po' scandalizzati, gli avevano risposto che in quella formulazione, che corrispondeva a 20-30 tonnellate almeno di prodotto al mese ed esisteva da almeno 10 anni, quel sale "c'era sempre stato", e che lui era un bel tipo, così giovane d'anni e d'impiego, a criticare l'esperienza di fabbrica, ed a cercarsi rogne domandando il perché e il percome. Se il cloruro d'ammonio era in formula, era segno che serviva a qualcosa; a cosa servisse nessuno lo sapeva più, ma che si guardasse bene dal toglierlo, perché "non si sa mai". Bruni è un razionalista, e c'era rimasto male; ma è anche un uomo prudente, e perciò aveva accettato il consiglio, per cui in quella formulazione, ed in quella fabbrica in riva al lago, a meno di ulteriori sviluppi, il cloruro d'ammonio si mette tuttora; eppure esso è totalmente inutile, come posso affermare con piena coscienza di causa, perché nella formulazione l'ho introdotto io.

L'episodio citato da Bruni, l'antiruggine ai cromati, mi

scagliarono indietro nel tempo, fino al rigido gennaio 1946, quando ancora il carbone e la carne erano razionati, nessuno aveva l'automobile, e mai in Italia si era respirata tanta speranza e tanta libertà. Io ero ritornato dalla prigionia da tre mesi, e vivevo male. (...) Poiché di poesie e di racconti non si vive, cercavo affannosamente lavoro, e lo trovai nella grande fabbrica in riva al lago, ancora guasta per la guerra. (...) Mi era stata benignamente concessa una scrivania zoppa in laboratorio, in un cantuccio pieno di fracasso e di correnti d'aria e gente che andava e veniva con in mano stracci e bidoni. (...) Un giorno il direttore mi mandò a chiamare, e con una luce obliqua negli occhi mi annunciò che aveva un lavoretto per me. Mi condusse in un angolo di piazzale, vicino al muro di cinta: ammonticchiati alla rinfusa, i più bassi schiacciati dai più alti, c'erano migliaia di blocchi quadrati, di un vivace color arancio. Me li fece toccare: erano gelatinosi e mollicci, avevano una sgradevole consistenza di visceri macellati. Dissi al direttore che, a parte il colore, mi sembravano dei fegati, e lui i lodò: proprio così stava scritto nei manuali di verniciologia! Mi spiegò che il fenomeno che li aveva prodotti si chiamava in inglese "livering", e cioè "infegatamento", ed in italiano impolmonimento; in certe condizioni certe vernici da liquide diventavano solide, con la consistenza appunto del fegato o del polmone, e sono da buttar via. Quei corpi parallelepipedi erano state latte di vernice: la vernice si era impolmonita, le latte erano state tagliate, ed il contenuto buttato nel mucchio delle immondizie. Quella vernice, mi disse era stata prodotta durante la guerra e subito dopo;

conteneva un cromato basico ed una resina alchilica. Forse il cromato era troppo basico e la resina troppo acida: sono appunto queste le condizioni in cui può avvenire un impolmonimento. Ecco, mi regalava quel mucchio di antichi peccati; ci pensassi su, facessi prove ed esami, e gli sapessi dire con precisione perché era successo il guaio, cosa fare perché non si ripetesse, e se era possibile recuperare il prodotto avariato. Così impostato, mezzo chimico e mezzo poliziesco, il problema mi attirava: lo andavo riconsiderando quella sera (era un sabato sera), mentre uno de fuliginosi e gelidi treni merci mi trascinava verso Torino. Ora avvenne che il giorno seguente il destino mi riserbasse un dono diverso e unico: l'incontro con una donna, giovane e di carne e d'ossa, calda contro il mio fianco attraverso i cappotti, allegra in mezzo alla nebbia umida dei viali, paziente e sapiente e sicura mentre camminavamo per le strade ancora fiancheggiate di macerie. In poche ore sapemmo di appartenerci, non per un incontro ma per la vita, come infatti è stato. In poche ore mi ero sentito nuovo e pieno di potenze nuove, lavato e guarito dal lungo male, pronto finalmente ad entrare nella vita con gioia e vigore. (...) Nel mercoledì seguente, pigiato tra la folla insonnolita e imbacuccata nelle sciarpe, mi sentivo ilare e teso come mai prima ne dopo. Ero pronto a sfidare tutto e tutti, allo stesso modo come avevo sfidato e sconfitto Auschwitz e la solitudine: disposto, in specie a dare battaglia allegra alla goffa piramide di fegati arancioni che mi attendeva in riva al lago. È lo spirito che doma la materia, non è vero? Non era questo che mi

avevano pestato in testa nel liceo fascista e gentiliano? Mi buttai sul lavoro con lo stesso animo con cui, in un tempo lontano attaccavamo una parete di roccia: e l'avversario era sempre ancora quello, il non-io, il Gran Curvo, la Hyle: la materia stupida, neghittosamente nemica come è nemica la stupidità umana, e come quella forte della sua ottusità passiva. Il nostro mestiere è condurre e vincere questa interminabile battaglia: è molto più ribelle, più refrattaria al tuo volere, una vernice impolmonita che un leone nel suo impeto insano; però, via, è anche meno pericolosa.

La prima scaramuccia si svolse in archivio. I due partner, i due fornicatori dal cui amplesso erano scaturiti i mostri aranciati, erano il cromato e la resina. La resina era fabbricata sul posto: trovai gli atti di nascita di tutti i lotti, e non presentavano niente di sospetto; acidità era varia, ma sempre inferiore a 6, come prescritto. Un lotto trovato con acidità 6,2 era stato doverosamente scartato da un collaudatore dalla firma fiorita. In prima istanza, la resina era fuori questione.

Il cromato era stato acquistato da diversi fornitori, ed anch'esso debitamente collaudato lotto per lotto. Secondo la prescrizione di Acquisto PDA 480/0 avrebbe dovuto contenere non meno del 28% di ossido di cromo totale; ed ecco, avevo sotto gli occhi l'interminabile elenco dei collaudi dal gennaio 1942 all'oggi, e tutti i valori soddisfacevano alla prescrizione, anzi, erano uguali fra loro: 29,5%, non uno in più, non uno in meno. Sentii le mie fibre di chimico torcersi davanti a quell'abominio: bisogna infatti sapere che le naturali oscillazioni nel metodo di preparazione di un cromato come quello, sommate con gli inevitabili errori analitici, rendono estremamente improbabile che molti valori trovati nei lotti diversi ed in giorni diversi coincidano così esattamente. Possibile che nessun si fosse insospettito? Ma già, a quel tempo non conoscevo ancora lo spaventoso

potere anestetico delle carte aziendali, la loro capacità di impastoiare, smorzare, smussare ogni guizzo d'intuizione e ogni scintilla d'ingegno. La storia di quanto era avvenuto incominciò a delinearsi: per qualche motivo, un qualche analista era stato tradito da un metodo difettoso, o da un reattivo impuro, o da un'abitudine scorretta; aveva incolonnato con diligenza quei risultati così palesemente sospetti, ma formalmente irreprensibili; aveva puntigliosamente firmato ogni analisi, e la sua firma ingrossandosi come una valanga, era stata consolidata da quella del capo-laboratorio, del direttore tecnico e del direttore generale. Me lo raffiguravo, il tapino, sullo sfondo di quegli anni difficili: non più giovane, poiché i giovani erano militari; forse braccato dai fascisti, o magari anche fascista ricercato dai partigiani; certamente frustrato, perché l'analista è mestiere di giovani; arroccato in laboratorio nella fortezza della sua minuscola sapienza, poiché l'analista è per definizione infallibile. Non c'era da stupirsi se, con il tempo, aveva sviluppato una certa insensibilità per il significato vero delle operazioni che eseguiva e delle note che scriveva. (...) Non mi fu difficile procurarmi, oltre alle PDA, anche le altrettanto inviolabili PDC (prescrizioni di collaudo): in un cassetto del laboratorio c'era un pacchetto di schede bisunte, scritte a macchina e più volte corrette a mano, ognuna delle quali conteneva il modo di eseguire il controllo di una determinata materia prima. La scelta del Blu di Prussia era macchiata di blu, quella della Glicerina era appiccicosa, e quella dell'Olio di esce puzzava di acciughe. Estrassi la scheda del Cromato, che per lungo uso era diventata color dell'aurora, e la lessi con attenzione. Era tutto abbastanza sensato, e conforme alle non lontane nozioni scolastiche: solo un punto mi apparve strano. Avvenuta la disgregazione del pigmento, si prescriveva di aggiungere 23 gocce



di un certo reattivo: ora, una goccia non è n'unità così definita da sopportare un così definito coefficiente numerico; e poi, a conti fatti, la dose prescritta era assurdammente elevata: avrebbe allagato l'analisi, conducendo in ogni caso ad un risultato conforme alla specifica. Guardai il rovescio della scheda: portava la data dell'ultima revisione, 4 gennaio 1944; l'atto di nascita del primo lotto impolmonito era il 22 febbraio successivo. A questo punto si cominciava a vedere la luce. In un archivio polveroso trovai la raccolta delle PDC in disuso, ed ecco, l'edizione precedente della scheda del cromato portava l'indicazione di aggiungere "2" o "3" gocce, e non "23": la "0" fondamentale era mezza cancellata, e nella trascrizione successiva era andata perduta. Gli eventi si concatenavano bene: la revisione della scheda, e l'errore aveva falsato tutte le analisi successive, appiattendosi i risultati su di un valore fittizio dovuto all'eccesso di reattivo, e provocando così l'accettazione di lotti di pigmento che avrebbero dovuto essere scartati; questi, essendo troppo basici, avevano scatenato l'impolmonimento. Ma guai a chi cede alla tentazione di scambiare una ipotesi elegante con una certezza: lo sanno anche i lettori di libri gialli. Mi impadronii del magazzino sonnacchioso, pretesi da lui i controcampioni di tutte le partite dal

gennaio '44 in avanti, e mi asserragliai dietro il bancone per 3 giorni, per analizzarli secondo il metodo sbagliato e secondo quello corretto. A mano a mano che i risultati si incollavano sul registro, la noia del lavoro ripetitivo si andava trasformando nell'allegria nervosa di quando da bambini si gioca a rimpiazzino, e si scorge l'avversario goffamente acquattato dietro la siepe. Col metodo sbagliato, si trovava costantemente il fatidico 29,5%; col metodo giusto, i risultati erano ampiamente dispersi, ed un buon quarto, essendo inferiore al minimo prescritto, corrispondeva a lotti che avrebbero dovuto essere respinti. La diagnosi era confermata e la patogenesi scoperta: si trattava adesso di definire la terapia. Questa fu trovata abbastanza presto, attingendo alla buona chimica inorganica: occorreva neutralizzare in qualche modo, entro il corpo malato di quella vernice, l'eccesso di basicità dovuto all'ossido di piombo libero. Gli acidi si dimostravano nocivi per altri versi: pensai al cloruro d'ammonio, capace di combinarsi stabilmente con l'ossido di piombo dando un cloruro insolubile e inerte, e liberando ammoniaca. Le prove in

piccolo diedero risultati promettenti: presto reperire il cloruro (nell'inventario era designato come "cloruro demonio"), mettersi d'accordo col capo reparto di Macinazione, infilare in un piccolo mulino a palle due fegati disgustosi a vedersi e a toccarsi, aggiungere una quantità pesata della presunta medicina, dare il via al mulino sotto gli sguardi scettici degli astanti. Il mulino, di solito così fragoroso, si mise in moto quasi malvolentieri, in un silenzio di cattivo augurio, inceppato dalla massa gelatinosa che impastava le palle. Non rimaneva che tornare a Torino e aspettare il lunedì, raccontando vorticosamente alla paziente ragazza le ipotesi fatte, le cose capite in riva al lago, l'attesa spasmodica della sentenza che i fatti avrebbero pronunciata. Il lunedì seguente il mulino aveva ritrovato la sua voce: scrosciava anzi allegramente, con un tono pieno e continuo, senza quel franare ritmico che in un mulino a palle denuncia cattiva manutenzione o cattiva salute. Lo feci fermare, ed allentare cautamente i bulloni del boccaporto: uscì fischiando una folata ammoniacale, come doveva. Feci togliere il boccaporto. Angeli e Ministri di Grazia! la vernice era

fluida e liscia, in tutto normale, rinata dalle sue ceneri come la Fenice. Stesi una relazione in buon gergo aziendale, e la direzione mi aumentò lo stipendio. Inoltre, a titolo di riconoscimento, ricevetti l'assegnazione di due "corasse" (due copertoni) per la bicicletta. Poiché il magazzino conteneva parecchi lotti di cromato pericolosamente basici, che dovevano pur essere utilizzati perché erano stati accettati al collaudo e non si potevano più restituire al fornitore, il cloruro venne ufficialmente introdotto come preventivo anti-impolmonimento nella formulazione di quella vernice. Poi io diedi le dimissioni, passarono i decenni, finì il dopoguerra, i deleteri cromati troppo basici sparirono dal mercato, e la mia relazione fece la fine di ogni carne: ma le formulazioni sono sacre come delle preghiere, i decreti-legge e le lingue morte, e non uno iota in esse può venir mutato. Perciò il mio Cloruro di Demonio, gemello d'un amore felice, ormai in tutto inutile e probabilmente un po' nocivo, in riva a quel lago venne tuttora religiosamente macinato nell'antiruggine ai cromati, e nessuno sa più perché.

Primo Levi

PROMOZIONE

Il nuovo medico d'Italia - Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

Il Giornale

IL NUOVO MEDICO d'ITALIA
Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

è una pubblicazione periodica mensile con Direzione, Redazione e Amministrazione in Via Monte Oliveto, 2 - 00141 ROMA.

Il Direttore Responsabile è il Collega Mario Bernardini, Specialista in Medicina del Lavoro, che da circa un lustro pubblica articoli ed elaborati di contenuto medico sanitario e scientifico esposti con terminologia divulgativa e finalità informativo-formativa.

Il giornale spesso ospita argomenti di Medicina del Lavoro e di problematiche legate alla Tutela della Salute dei Lavoratori.

Il "Nuovo Medico d'Italia" è distribuito mensilmente e GRATUITAMENTE ad un consistente numero di Medici ed inviato a indirizzi scelti di volta in volta.

Chi fosse interessato a ricevere gratuitamente il giornale è invitato ad inviare con sollecitudine la propria adesione alla Segreteria A. N. M. A. via Fax (02-72002182) o posta elettronica (maurilio@mclink.it) citando "offerta omaggio - Il Nuovo Medico d'Italia". Riceverà il giornale al proprio indirizzo.

**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' aumentata attività lavorativa fisica.

MG.K VIS contribuisce a ripristinare l'efficienza dell'organismo nei casi di ridotto apporto nutrizionale o di aumentato fabbisogno. È 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
Dissotante-Energetico.**



“Non mancherà mai lo spazio a chi corre verso il Signore. Chi ascende non si ferma mai, va da inizio in inizio, secondo inizi che non finiscono mai.”

Gregorio di Nissa

*La redazione augura a tutti
un buon 2003!*