



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti



Cronaca del Convegno Nazionale di Viterbo

Aspetti etico-professionali nel rapporto di consulenza aziendale

Le molestie morali sul lavoro

Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)

KAOS

(esposizione al rumore)

ICARO

(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING

(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE

(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO

(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO

(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE

(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE

(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK

(protocolli sanitari)

POLIFEMO

(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO

(gestione del rischio MMC)

ULISSE

(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

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

COGNOME NOME

AZIENDA Titolo

Settore attività

Indirizzo Città

CAP Prov. E-mail

Tel. Fax Cell.

Prodotti d'interesse

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

NOTIZIARIO A.N.M.A.

N° 1/2003

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@mcmlink.it

DIRETTORE RESPONSABILE:

Daniele Luè

DIRETTORE:

Giuseppe Briatico-Vangosa

Comitato di Redazione:

Gino Barral - Danilo Bontadi (coordinatore)

Umberto Candura - Piero Patanè

Quintino Bardoscia - Azelio De Santa

Daniele di Taranto

Realizzazione grafica:

CUSL Nuova Vita Srl

Tipografia:

Società Cooperativa Tipografica Srl - Padova

Presidente: Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente: Tommaso Remondelli

Segretario: Guglielmo d'Allo

Consiglieri: Roberto Arcaleni, Quintino Bardoscia, Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschirola, Umberto Candura, Armando Fiorillo, Francesco Gazzera, Maria Teresa Iacovone, Nicolò Iavicoli, Nino Santerri

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 Gazzera - 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 Taliario - Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma tel. 06 33261809 - 06 36868910 e-mail: s.taliario@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, 4/8 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: pacila@tin.it

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

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

VENETO: Segr. Piero Patanè - 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

Il coraggio di intraprendere

L'Assemblea ordinaria dei Soci della nostra Associazione convocata a Viterbo il 6 giugno ultimo scorso ha deliberato il forte commitment dell'ANMA nel processo ECM. Sapete quale è il differente significato della parola inglese "commitment" rispetto alla parola "involvement". Un esempio lo spiega bene: il maiale è il classico esempio di commitment, infatti quale materia prima di prosciutti, carni, ecc. ecc. ci lascia la pelle; la gallina è invece esempio di involvement quando ci riferiamo al prodotto uovo. La differenza è davvero sostanziale.

Buttarsi a capofitto nell'avventura ECM è un commitment, un must a cui non possiamo rinunciare, ma anche una sfida gigantesca.

Infatti la Commissione ECM del Ministero della Salute mette gli attuali provider dinanzi ad una svolta: l'accreditamento del provider, meccanismo analogo all'accreditamento delle strutture sanitarie private che vogliono convenzionarsi con il sistema sanitario pubblico per erogare prestazioni in convenzione.

Nel prossimo futuro il provider accreditato assume la responsabilità di gestire a tutto campo e in piena autonomia i propri eventi.

Committed o involved? Ovvero provider accreditati o al carro di un provider accreditato?

La nostra Assemblea ha indicato l'orientamento da seguire. Ci proviamo, però tutti assieme, perchè il commitment vale per ognuno di noi.

L'ANMA non si può addentrare nell'avventura ECM senza un impegno di ogni socio. Un impegno non solo morale e intellettuale, ma di concreto sostegno che inizia con la compilazione del questionario pubblicato all'interno di questo Notiziario.

Quanti risponderanno? È un decisivo test di commitment per capire quanto noi Soci siamo disposti a sostenere questa iniziativa concretamente.

Il Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

maurilio

è successo a...

Viterbo: Congresso Nazionale 2003

pag. 4

è successo a Viterbo

La Medicina del Lavoro nell'anno del disabile

pag. 7

è successo a Viterbo

Esperienze di gestione di lavoratori con disabilità: 2 casi

pag. 15

è successo a Viterbo

Disabili e lavoro forme di intervento responsabile del medico competente

pag. 16

è successo a Viterbo

Il collocamento mirato del disabile: fatti o velleità?

pag. 17

è successo a Viterbo

Esperienze di gestione di casi di disabilità: invalidi civili presso una centrale termoelettrica

pag. 19

è successo a Viterbo

Il Lavoro al Call Center ed il medico competente

pag. 21

ultime dalla rete

pag. 24

dalle sezioni territoriali

Il medico competente e la gestione aziendale dei dispositivi di protezione individuale

pag. 26

esperienze e materiale di lavoro

Il rapporto di consulenza alle aziende del medico competente: aspetti professionali ed etici

pag. 27

esperienze e materiale di lavoro

Epilessia e lavoro

pag. 34

contributi

Il medico competente d'azienda e le molestie morali sul lavoro

pag. 35

da leggere in poltrona

Vacanza: il tempo della libertà

pag. 42

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

Viterbo: Congresso nazionale 2003



Dall'azzurro intenso del mare e dal giallo sole delle ginestre del Conero alle mille tonalità del verde della Tuscia viterbese; dal Fortino Napoleonico al Convento di Santa Agnese; dal Congresso nazionale 2002 a quello del 2003. In questi passaggi la storia di un altro congresso, maturo, attivo, cordiale, partecipato intensamente. Sì, è stato proprio un buon congresso, giornate di intenso lavoro, senza sbavature, con una organizzazione che ha tenuto proprio bene e lo diciamo con un pizzico di orgoglio. I 9 crediti ECM ce li siamo tutti meritati e, diciamolo, sono stati anche un po' strettini considerato il valore dei temi discussi e delle relazioni presentate. Non è una nostra affermazione, ma la testimonianza dei Relatori esterni all'Associazione da noi invitati e dal consenso che i partecipanti ECM hanno dichiarato nel questionario di valutazione dell'evento. Dei 147 iscritti ECM oltre il 68% ha giudicato l'evento da rilevante a molto rilevante, oltre il 77% ha giudicato la qualità educativa e di aggiornamento da buona ad eccellente, quasi il 60% da efficace a molto efficace. Vi assicuro che non è un giudizio

comprato, visto che tutti hanno versato la quota di partecipazione.

Tra partecipanti ECM, relatori e moderatori e altre presenze eravamo oltre 200.

Come dicevo è stato un congresso intenso: dalle 16 alle 19,30 il primo giorno; dalle 9 alle 19,30 venerdì 6 e dalle 9,30 alle 13 sabato 7. Ma è stato intenso soprattutto nella partecipazione attiva, negli spunti di discussione. Poi, come sempre, discussioni e chiarimenti dietro le quinte, durante i break, nei corridoi, in un clima di amicizia e di scambio di esperienze. È lo spirito dell'ANMA che va sempre più rafforzandosi.

Il medesimo clima ha animato l'assemblea dei Soci dove abbiamo tutti respirato l'aria della appartenenza, degli interessi comuni, della voglia di andare avanti. Abbiamo preso decisioni importanti, ma anche terribilmente complesse: rafforzare il nostro ruolo di provider ECM per offrire ai nostri associati l'opportunità di una formazione e di un aggiornamento costante e qualificato; procedere alla certificazione ISO 9000; rinvigorire le nostre azioni per migliorare il sistema tariffario e i rapporti con i

centri medici. Sono obiettivi davvero importanti e impegnativi che richiedono tempo, risorse umane dedicate e risorse economiche, ma soprattutto il vostro appoggio diretto ed indiretto assieme al vostro incoraggiamento.

Viterbo ha dunque segnato un'altra tappa decisiva per la crescita della nostra Associazione che è oggi davvero visibile, ma non basta.

Pensiamo adesso alla prossima tappa. Dal verde della Tuscia al verde azzurro del mare della perla del mondo nel Tigullio, arriverci a Portofino. *I will find my congress in Portofino.* Quando? Il 27 maggio 2004. Arriverci a Portofino e buone ferie a tutti. ■

Giuseppe Briatico-Vangosa



CONGRESSO ANMA 2003

VITERBO 5-7 GIUGNO 2003

E.C.M.

EDUCAZIONE CONTINUA in MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Barare con una crocetta le voci di interesse.

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante
0 (0%)	2 (1,36%)	44 (29,93%)	78 (53,06%)	23 (15,65%)

2. Come valuta la **qualità** educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente
0 (0%)	3 (2,04%)	30 (20,41)	98 (66,67)	16 (10,88%)

3. Come valuta la **efficacia** dell'evento per la tua formazione continua?

Inefficace (non ho imparato nulla per la mia attività clinica)	Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività clinica)	Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività clinica)	Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività clinica)
0 (0%)	5 (3,40%)	55 (37,41%)	73 (49,66%)	14 (9,53%)

CONGRESSO NAZIONALE ANMA 2003 – VITERBO

DISTRIBUZIONE PER REGIONE DEI PARTECIPANTI

REGIONE	NUMERO PARTECIPANTI	% SUI NUMERO PARTECIPANTI	% SUGLI ISCRITTI DELLA REGIONE
ABRUZZO/MOLISE	3	2,05	11,1
CAMPANIA	12	8,16	9,6
EMILIA ROMAGNA	11	7,48	6,8
LAZIO	22	14,97	28,2
LIGURIA	14	9,53	28,6
LOMBARDIA	25	17,01	10,5
MARCHE	9	6,13	20,9
PIEMONTE/VAL D'AOSTA	10	6,80	8,6
PUGLIA/BASILICATA	5	3,40	7,8
SARDEGNA	2	1,36	33,3
SICILIA	7	4,76	58,3
TOSCANA	7	4,76	10,6
UMBRIA	4	2,72	23,4
VENETO	16	10,88	18,4



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



La Medicina del Lavoro nell'anno del disabile

"L'uomo normale è un'astrazione; in qualche misura ogni essere vivente presenta disabilità: come non esistono linee di demarcazione tra salute e malattia, pure non si può ritenere che questa esista tra normalità ed handicap".

da Massimo Cacciari nel dialogo sulla solidarietà con Carlo Maria Martini (Redazione di *Ergonomia*, anno IV, n.8, sett. 1996)

Il Consiglio dell'Unione Europea con la decisione del 3 Dicembre 2001 ha proclamato il 2003 "Anno Europeo delle persone con disabilità". un'iniziativa che intende sostenere azioni concrete per favorire le pari opportunità e l'inclusione sociale.

Il ruolo dei medici e in particolare dei colleghi che si occupano della tutela della salute negli ambienti di lavoro assume un significato particolare in considerazione delle difficoltà che i lavoratori disabili incontrano sia per raggiungere una stabile occupazione sia per conciliare l'attività lavorativa con le difficoltà proprie del loro status.

L'inserimento lavorativo costituisce per tutti una necessità e una fonte di realizzazione, spesso per il disabile finisce per essere anche una strada di inserimento e integrazione sociale. Quindi proprio per le persone con maggiore necessità di accedere ad un impiego, sono presenti le maggiori difficoltà di inserimento.

In particolare osservando i dati relativi all'occupazione dei disabili in Italia emerge la drammatica evidenza che i soggetti occupati tra la popolazione non disabile costituiscono circa il 54% mentre tra i soggetti con disabilità in età lavorativa solo il 17% risulta utilmente impiegato; migliore, ma non soddisfacente appare la situazione europea dove il tasso di occupazione tra i non disabili in età lavorativa risulta pari al 66% mentre l'equivalente per i disabili "lievi" si attesta sul 47% scendendo al 25% per i soggetti con grave disabilità. Il confronto dei dati sulle percentuali di occupazione risulta difficoltoso per le diverse metodiche di raccolta e per le diverse caratteristiche sociali presenti nei diversi Paesi dell'Unione, si evidenzia, tuttavia, in Italia una grave sottoccupazione della popolazione disabile.

Le principali ipotesi formulabili per spiegare tale fenomeno possono ricondursi alle difficoltà di censimento dei disabili presenti nel nostro paese, nelle differenti classificazioni della disabilità, nell'altissima percentuale di soggetti impiegati nel lavoro sommerso.

L'anno del disabile costituisce un momento di profonda riflessione per i Medici del Lavoro proprio per il ruolo a loro affidato di gestione delle problematiche relative alla tutela della salute e all'efficacia dell'inserimento lavorativo.

Nel documento seguiranno una breve analisi sui dati epidemiologici attualmente disponibili, sulle modalità di gestione dell'inserimento mirato dei disabili, sulla legislazione attualmente a tutela dei lavoratori, sulle numerose problematiche occupazionali.

EPIDEMIOLOGIA

Nel tentativo di quantificare e descrivere il fenomeno della disabilità in Italia si incontrano numerose difficoltà che in parte rendono anche conto della complessità del fenomeno e di come gli strumenti a disposizione siano ancora in via di rodaggio e definizione. Recentemente una preziosa indagine ISTAT (Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000.) sulle caratteristiche della popolazione con disabilità ha contribuito a caratterizzare un fenomeno che solitamente viene ancora gestito con molti luoghi comuni.

Nell'indagine tuttavia si inizia proprio con una serie di osservazioni sulla difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi, in particolare:

1. La definizione di disabilità non è universale. La complessità della terminologia in uso sull'argomento costituisce un limite per l'approccio quantitativo, termini come disabile, handicappato, invalido, inabile e altri contribuiscono a definire concetti spesso differenti e altrettanto spesso confusi e scambiati. Ad esempio, i concetti di disabilità e invalidità sono differenti: il primo analizza la capacità della persona di espletare autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana (legge 104 del 1992), il secondo rimanda al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza (legge 118 del 1971).

2. La precisione della rilevazione dipende dal tipo di disabilità. Nel corso dell'indagine è emersa una maggiore difficoltà nel quantificare alcuni tipi di disabilità, in particolare le disabilità mentali per la presenza di resistenze socio culturali, e mancando

un utile metodo classificatorio in grado di identificarle con precisione.

3. L'attuale sistema di certificazione della disabilità. La certificazione della disabilità evolutasi negli anni, come vedremo successivamente, non consente ancora l'utilizzo dei dati che le Commissioni registrano nel momento della valutazione.

Le stime parziali ottenute dall'indagine sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari, condotta dall'ISTAT, mostrano che in Italia le persone con disabilità sono circa 2 milioni 800 mila, pari al 5% circa della popolazione di cui la maggior parte vive in famiglia. necessario ribadire che si tratta di stime, che presumibilmente distorcono verso il basso il reale numero di disabili in Italia. Dal momento che i disabili in famiglia vengono rilevati con il metodo campionario dell'intervista non si può escludere che vi sia una sottostima, dipendente dal tipo di disabilità, dovuta alla mancata dichiarazione della presenza di persone disabili in famiglia.

I dati di tale indagine mostrano una prevalenza alla nascita di disabilità pari all'1%.

Bisogna tuttavia sottolineare che questo valore aumenta all'aumentare dell'età; tale fenomeno può essere spiegato dal fatto che alcune disabilità non sono diagnosticabili alla nascita, ed alcune condizioni che conducono a disabilità sono acquisite nell'arco della vita, oltre al fatto che le condizioni di salute tendono a peggiorare con l'aumentare dell'età. Questa correlazione si evidenzia anche dalle stime ISTAT dalle quali risulta che tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 19.3%, e raggiunge il 47.7% (38.7% per gli uomini e 52% per le donne) tra le persone di 80 anni e più. L'indagine ISTAT ha evidenziato che il 66% delle persone disabili in Italia è rappresentato da donne mentre gli uomini sono il 34%; inoltre in rapporto al totale della popolazione le donne hanno un tasso di disabilità del 6.2% mentre gli uomini del 3.4%.

In relazione all'età i dati mostrano che più del 79% delle donne disabili ha 65 anni o più, mentre tra gli uomini tale percentuale scende al 66%.

Tale fenomeno è determinato in buona parte dall'evoluzione demografica, che ha causato un forte invecchiamento della popolazione, ma in misura maggiore per le donne. (tabella 1).

Numero di persone disabili di 6 anni e più, per sesso e classi d'età
Anno 1999-2000, dati in migliaia

	6-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	Totale
Maschi	40	27	81	153	204	389	894
Femmine	40	32	82	209	323	1.035	1.721
Maschi e Femmine	80	59	163	362	527	1.424	2.615

Tabella 1

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale dei disabili in Italia si osserva un **tasso di disabilità del 5.2% nell'Italia meridionale**, mentre tale tasso scende al **4.4% nell'Italia Nord-Orientale** e al **4.3% nell'Italia Nord-Occidentale**. Nell'Italia Centrale si ha un **tasso di disabilità del 4.8%**.

La stessa struttura geografica si osserva per gli uomini e per le donne. Nella tabella 2 sono riportati i tassi di disabilità divisi per regione.

Dall'indagine ISTAT è possibile identificare 4 tipologie di disabilità, come riportato nella tabella 3. Tra le diverse tipo-

logie di disabilità considerate quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico. Risulta confinato il 2.1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine). Bisogna sottolineare che anche in merito alle altre tipologie di disabilità si rileva un aumento significativo dei diversi tassi relativi all'aumentare dell'età.

L'indagine ISTAT ha rilevato inoltre che il 33% dei disabili è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali.

Altro dato interessante riguarda il grado di scolarizzazione dei disabili che risulta essere generalmente più basso rispetto ai non disabili (tabella 4). Tale fenomeno può essere parzialmente riconducibile ad un effetto "età", di solito, infatti, le persone anziane, come risulta essere una rilevante percentuale dei disabili, hanno un più basso grado di scolarità rispetto ai più giovani. Un'altra possibile spiegazione è rappresentata dalla minori opportunità di accesso alle istituzioni scolastiche di soggetti con alcuni tipi di disabilità (tabella 2).

** Il tasso standardizzato consente di confrontare popolazioni aventi una struttura per età diversa. Il valore del tasso grezzo, infatti, dipende anche dalla struttura per età della popolazione, e non solo dal fenomeno in analisi. Per esempio, il tasso grezzo di disabilità (numero di persone disabili diviso popolazione) potrebbe essere più alto in alcune regioni a causa di una maggiore presenza di persone anziane. Il tasso standardizzato riconduce tutta la popolazione ad una stessa struttura per età, cosicché le differenze che si osservano fra le regioni non sono dovute al fattore età.*

Tabella 2

Disabili di 6 anni e più per regione, Anno 1999-2000. Tassi grezzi e standardizzati per mille persone			
REGIONI	Disabili		Totale pop. (migliaia)
	Tassi grezzi	Tassi standardizzati *	
Piemonte	48,1	44,5	4.028
Valle d'Aosta	39,4	38,6	112
Lombardia	40,2	41,8	8.487
Trento	38,2	38,0	422
Bolzano	31,7	35,5	437
Veneto	39,8	40,6	4.206
Friuli-Venezia Giulia	42,3	35,5	1.118
Liguria	47,3	35,5	1.543
Emilia-Romagna	50,8	42,1	3.754
Toscana	55,0	46,0	3.337
Umbria	51,0	40,9	788
Marche	56,0	47,9	1.374
Lazio	41,6	43,8	4.919
Abruzzo	54,1	49,6	1.203
Molise	55,1	48,9	309
Campania	45,8	56,3	5.345
Puglia	53,9	61,5	3.804
Basilicata	54,8	56,4	568
Calabria	62,8	68,1	1.918
Sicilia	62,8	68,9	4.723
Sardegna	52,0	59,5	1.555
ITALIA	48,5	48,5	53.950

Fonte: ISTAT, indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000.

**Tipologie di disabilità - Disabili di 6 anni e più, secondo il tipo di disabilità
Anno 1999, quozienti per 1.000 persone**

Disabili	Totale 48,5	Numero disabili (migliaia)* 2.615
Confinamento individuale	Totale 21,4	Numero disabili (migliaia)* 1.153
Difficoltà nelle funzioni	Totale 28,8	Numero disabili (migliaia)* 1.555
Difficoltà nel movimento	Totale 22,3	Numero disabili (migliaia)* 1.204
Difficoltà vista udito, parola	Totale 11,1	Numero disabili (migliaia)* 600

* Si faccia attenzione al fatto che la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili, perché una stessa persona può essere portatrice di più disabilità contemporaneamente.

Tabella 3

I dati attualmente disponibili sul mondo lavorativo dei disabili mostrano bassi livelli di occupazione dei disabili rispetto ai non disabili (*tabelle 5, 6*). Il totale dei disabili in età lavorativa è pari a **584.000 unità** di queste sono stabilmente occupati **99.280 unità (pari al 17%)**, mentre i disabili che cercano lavoro sono circa **146.000 unità (pari al 25%)**.

Un'indagine europea ha rilevato che il 17% della popolazione europea (circa 37 milioni di persone) in età lavorativa è portatrice di una forma di disabilità più o meno grave; quasi metà appartiene al gruppo di età fra i 50 e i 64 anni. (*tabella 7*).

I dati mostrano, inoltre, notevoli differenze tra i vari Stati dell'Unione, in particolare i tassi più bassi sono stati rilevati in Spagna, Italia, Grecia (< 10%), mentre quelli più alti in Finlandia (23%) seguita

da Inghilterra, Olanda, Portogallo, Belgio, Svezia.

Il tasso di occupazione tra i portatori di handicap è del 44%, inferiore di 19 punti al tasso generale.

È necessario sottolineare la difficoltà di fornire un quadro preciso della situazione occupazionale dei disabili nell'Unione Europea, principalmente perché i Paesi utilizzano definizioni diverse di disabilità, ma anche perché non tutti i Paesi hanno rilevazioni regolari che informino sullo stato dell'occupazione dei disabili.

I disabili costituiscono, senza dubbio, una delle categorie più svantaggiate dal punto di vista della partecipazione alla vita sociale, e numerose sono le vie percorribili per promuovere e migliorare l'inserimento e l'integrazione sociale di tali persone quali l'accessibilità all'ambiente

fisico e all'informazione, diritto allo studio, all'occupazione, ad un reddito e alla previdenza sociale, ad una vita familiare, alle attività culturali, sportive e ricreative, al culto religioso.

Un ruolo determinante per il raggiungimento di un'autonomia sociale ed economica è sicuramente rappresentato dall'inserimento lavorativo. La realizzazione lavorativa rappresenta, infatti, la condizione senza la quale non si può parlare di integrazione di alcun individuo e questo diventa ancora più importante quando si tratta di persone maggiormente svantaggiate.

Il disabile come risorsa

Per considerare il disabile come risorsa da inserire e integrare nel mondo lavorativo bisogna superare le resistenze culturali legate all'opinione comune che vede il disabile come non capace e non produttivo. Tale convinzione deriva anche dal fatto che i criteri di accertamento delle condizioni psicofisiche delle persone con disabilità si poneva il problema di quantificare l'entità del danno per risarcirlo con provvidenze economiche e benefici vari. Pertanto, la valutazione delle capacità del soggetto esaminato era immediatamente testimoniata dalla percentuale di invalidità conseguita.

In tal modo si è costituita e perpetuata l'idea che ci fosse una corrispondenza esatta tra percentuale di invalidità e capacità lavorative. Inoltre condizioni psicofisiche assai diverse venivano descritte con lo stesso parametro percentuale, e le disabilità venivano appiattite sulle minorazioni.

Negli ultimi anni, grazie all'introduzione da parte dell'OMS del ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), si è voluto spostare l'attenzione sulla disabilità (la incapacità a compiere determinate abilità) e sull'impatto tra disabilità e ambiente che genera il reale handicap del soggetto.

Un ulteriore passo avanti è stato fatto grazie al nuovo modello di classificazione introdotto dall'OMS: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) che "intende descrivere ciò che una persona malata o in qualunque condizione di salute *può fare* e non ciò che *non può fare*. La chiave, infatti, non è più la disabilità, ma la salute e le capacità residue. Va, inoltre, sottolineato che l'ICF riguardando la salute e le condizioni di essa, non "classifica le persone", ma riguarda veramente tutti, poiché ciascuno di noi, in un contesto ambientale sfavorevole o a fronte di qualche difficoltà, può venire a trovarsi in una condizione di salute che lo renda 'disabile'.

Legislazione

In Italia, a partire dagli anni 50, sono state emanate numerose leggi per la protezione e l'assistenza di soggetti socialmente svantaggiati, quali gli invalidi, i mutilati, i sordomuti ed i ciechi.

Tabella 4 - Scolarizzazione dei disabili

Persone disabili e non disabili di 15 anni e più per sesso e titolo di studio. Quozienti per 100 persone dello stesso sesso. Anni 1999-2000.					
Maschi	Nessuno	Disabili	26,3	Non disabili	3,2
Maschi	Licenza elementare e media	Disabili	59,0	Non disabili	55,5
Maschi	Diploma superiore e di laurea	Disabili	14,7	Non disabili	41,2
Maschi	Totale	Disabili	100,0	Non disabili	100,0
Femmine	Nessuno	Disabili	36,6	Non disabili	6,5
Femmine	Licenza elementare e media	Disabili	55,2	Non disabili	55,1
Femmine	Diploma superiore e di laurea	Disabili	8,2	Non disabili	38,3
Femmine	Totale	Disabili	100,0	Non disabili	100,0
Maschi e Femmine	Nessuno	Disabili	33,1	Non disabili	4,9
Maschi e Femmine	Licenza elementare e media	Disabili	56,5	Non disabili	55,3
Maschi e Femmine	Diploma superiore e di laurea	Disabili	10,4	Non disabili	39,8
Maschi e Femmine	Totale	Disabili	100,0	Non disabili	100

	Maschi		Femmine		Maschi e Femmine	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Italia Nord Occidentale	28,0	72,5	11,0	48,8	19,1	60,7
Italia Nord Orientale	30,8	74,4	17,5	50,9	23,7	62,6
Italia Centrale	23,2	71,0	14,3	44,1	18,0	57,4
Italia Meridionale	25,5	62,4	10,1	29,9	16,6	46,1
Italia Insulare	16,5	61,0	2,5	27,0	9,0	43,8
Italia	24,9	68,1	10,9	39,9	17,1	54,0

Tabella 5
Percentuali di occupati sulla popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni per sesso, ripartizione geografica e presenza di disabilità. Anni 1999-2000.

	Maschi		Femmine		Maschi e Femmine	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Italia Nord Occidentale	9,7	5,1	40,0	13,9	21,6	8,8
Italia Nord Orientale	8,6	3,7	16,0	12,3	11,7	7,4
Italia Centrale	21,4	7,5	13,6	18,5	18,0	12,1
Italia Meridionale	22,2	17,9	36,2	29,6	27,7	22,1
Italia Insulare	45,2	20,6	70,0	35,8	51,2	26,0
Italia	21,3	11,0	31,5	20,7	25,2	14,9

Tabella 6
Percentuali di persone in cerca di occupazione sulla popolazione occupata e in cerca di occupazione per sesso, ripartizione geografica e presenza di disabilità. Anni 1999-2000.

	Disabili	Non disabili
Età		
16-24	6,4	17,0
25-34	12,6	25,5
35-44	17,7	23,6
45-54	24,9	19,0
55-64	38,4	14,9
Sesso		
Male	47,3	48,9
Female	52,7	51,1
Grado di scolarizzazione		
Basso	52,7	42,7
Medio	34,5	39,2
Alto	12,8	18,1

Tabella 7.
Caratteristiche demografiche della popolazione disabile e non disabile dell'Unione Europea (%).

Tabella 8 Elenco normative disabili.

NORMATIVA	DENOMINAZIONE
Legge 698/50	Norme per la protezione e l'assistenza ai sordomuti
Legge 25/55	Disciplina dell'apprendistato
Legge 308/58	Norme per l'assunzione obbligatoria al lavoro dei sordomuti
Legge 1359/62	Provvedimenti a favore dei mutilati e invalidi civili
DPR 1142/65	T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni
Legge 482/68	Disposizioni generali delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private
Legge 381/70	Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza a i sordomuti
Legge 382/70	Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili
Legge 118/71	Norme in favore di mutilati e invalidi civili
Legge 403/71	Nuove norme sulla professione e sul collocamento dei massaggiatori e massofisioterapisti ciechi
Legge 854/75	Modalità di erogazione degli assegni, delle pensioni, ed indennità di accompagnamento a favore dei sordomuti, dei ciechi civili e dei mutilati ed invalidi civili
Legge 354/75	Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative delle libertà
Legge 845/78	Legge quadro in materia di formazione professionale
Legge 18/80	Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente invalidi
Legge 19/80	Provvidenze a favore dei mutilati ed invalidi paraplegici per cause di servizio
Legge 863/84	Misure a sostegno e incremento dei livelli occupazionali
Legge 222/84	Revisione disciplina dell'invalidità pensionabile
Sent. C. C. 52/82	Sul collocamento al lavoro degli invalidi psichici
Legge 113/85	Aggiornamento delle discipline di collocamento al lavoro e del rapporto di lavoro dei centralinisti non vedenti
Dpcm 8/8/85	Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio - assistenziali
C. M. 109/85	Sul collocamento al lavoro degli invalidi psichici
Legge 56/87	Norme sull'organizzazione del mercato del lavoro
C. M. 5/88	Iscrizione negli elenchi del coll. obbligatorio dei minorati con un grado di invalidità del 100%
Legge 508/88	Norme in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi e ai sordomuti
Decreto legge 509/88	Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente
Legge 289/90	Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento dei cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508 recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi e ai sordomuti e istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi.
Dpr 309/90	T.U. delle Leggi in materia di disciplina degli stupefacenti
Legge 223/91	Norme in materia di cassa integrazione, mobilità, trattamenti di disoccupazione, attuazione delle direttive CEE, avviamenti al lavoro ed altre disposizioni in materia di mercato del lavoro
Legge 381/91	Disciplina delle cooperative sociali
Legge 104/92	Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate
DPCM 43/92	Approvazione delle nuove tabelle indicative delle percentuali invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti
DPCM 1/93	Fondo per l'incremento e il sostegno all'occupazione
Legge 24 giugno 1997 n.196 "Pacchetto Treu"	Art. 16 "Apprendistato" Il limite di età di 24 anni è elevato di due anni per i portatori di handicap Art. 18 "Tirocini"
D.Lgs. 468/97	Riforma dei lavori socialmente utili
D.Lgs. 23 dicembre 1997 n.469	"Conferimento alle regioni e agli enti locali di funzioni di compiti in materia di collocamento e politiche attive del lavoro"
DM 21 marzo 1998 n.142	Sui servizi di inserimento lavorativo per disabili gestiti da enti pubblici, comunità terapeutiche, cooperative sociali
Legge 21 maggio 1998 n.162	Modifiche alla legge 5 febbraio 1992 n.104 concernenti misure di sostegno a favore di persone con handicap grave.
Legge 68/99	Norme per il diritto al lavoro dei disabili
DPCM 13.01.2000	Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art.1, comma 4 della legge 68/99
Legge 30/2003	"Legge Biagi"

Per quanto riguarda l'inserimento lavorativo di categorie protette questo era regolato dalla legge n. 482 del 1968. Tale legge prevedeva la riserva del 15% complessivo dei posti di lavoro da parte delle aziende private e degli enti pubblici che avevano più di 35 dipendenti a favore di categorie protette.

Con la legge n. 68 del 1999 sono state dettate nuove norme per il diritto al lavoro dei soggetti disabili e le innovazioni sono notevoli.

Nella tabella seguente è riportato un confronto tra la legge 482/68 e la legge 68/99 in merito ai soggetti a cui è destinata. (tabella 9).

Di estrema importanza ed elemento di innovazione rispetto alla legge 482/68 è sicuramente, il concetto di collocamento mirato.

Con tale espressione si vuole sottolineare che il collocamento del disabile deve realizzarsi in considerazione della concreta capacità lavorativa del singolo soggetto in relazione alle caratteristiche del posto di lavoro che lo stesso va a ricoprire.

La legge, almeno nelle intenzioni, propone dunque il disabile alle aziende come una risorsa ed un'opportunità e non come un peso di cui le stesse sono costrette ad onerarsi per disposizione di legge.

In tale contesto è previsto innanzitutto che i disabili si iscrivano in appositi elenchi tenuti dagli uffici re-

gionali e che detti elenchi contengano tutta una serie di informazioni sulle competenze e le professionalità specifiche di ciascuno idonee a favorire al meglio l'incontro tra domanda e offerta.

La legge istituisce, inoltre, i "comitati tecnici", composti da esperti sociali e medico-legali, che valutano le residue capacità lavorative e definiscono gli strumenti necessari per il lavoro. Per accedere, infatti, al sistema di inserimento lavorativo dei disabili occorre l'accertamento della situazione di handicap da parte delle commissioni di cui all'art. 4 legge 104/92 secondo i criteri indicati da nell'atto di indirizzo e coordinamento emanato mediante DM 13/01/2000.

I primi dati quantitativi sui risultati dell'applicazione delle nuove indicazioni legislative sono contenuti nel recente rapporto Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori (ISFOL) 2002 dove vengono presentati i dati relativi ai risultati del collocamento mirato. In particolare il tasso di occupazione tra i disabili 20.8% che sale al 22,9% per i disabili sensoriali, tale prima osservazione fa riflettere sulla migliore opportunità di collocamento per categorie di disabili dotate di una legislazione mirata, in particolare sembra essere differente l'approccio formativo specifico per l'introduzione nel

mondo del lavoro. Gli iscritti all'elenco unico 347425 (17.2% regioni Nord Occidentali; 11.4% regioni Nord Orientali, 25.3% Centro; 46% Sud); tale maggiore prevalenza nelle regioni del Sud risulta di interpretazione non univoca essendo probabile sia l'effetto legato ad una minore recettività da parte del settore produttivo, sia l'elevata prevalenza dei soggetti con riconoscimento della disabilità.

Appare tuttavia ben avviato il processo di collocamento mirato che nel periodo considerato ha introdotto nel mondo del lavoro circa 19.831 lavoratori disabili.

Aspetti di Medicina del Lavoro

È esperienza comune a tutti i Medici del Lavoro il confrontarsi giornalmente con le problematiche occupazionali che interessano i lavoratori disabili. L'obiettivo del Medico Competente è quello di riconoscere la menomazione, studiare la disabilità, e possibilmente annullare o ridurre l'handicap. Il raggiungimento di questo obiettivo è difficoltoso e spesso nella realtà assistiamo ad una scarsa comprensione dei reali disagi vissuti dai disabili durante l'attività lavorativa. Finora abbiamo osservato la complessità dell'approccio alla ricerca del posto di lavoro, di seguito si accennerà ad alcune problematiche di carattere pratico riscontrate nell'inserimento lavorativo.

Brevemente vengono elencati alcune delle criticità emerse dalla gestione quotidiana delle tematiche di salute e sicurezza dei lavoratori con disabilità: *pendolarismo, barriere architettoniche, progettazione del posto di lavoro, mense, servizi igienici, emergenza, isolamento, disagio ed emarginazione, orari di lavoro, pericolosità dei compiti specifici della mansione.*

Il primo momento critico si manifesta all'inizio dell'attività lavorativa, la dove l'approccio formativo di per se fondamentale per la persona normalmente abile diviene indispensabile per la risorsa disabile che dovrebbe essere inserita in modo progressivo con l'ausilio di tutor e la partecipazione attiva dei colleghi di lavoro.

Tabella 9

Legge 482/1968	Legge 68/ 1999
• Invalidi di guerra, militari e civili • Invalidi per servizio • Invalidi del lavoro • Invalidi civili • Ciechi • Sordomuti • Orfani e vedove dei caduti in guerra o per servizio o sul lavoro • Ex tubercolotici • Profughi	• Persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche, o sensoriali e ai portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% • Persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33% • Persone non vedenti o sordomute • Persone invalide di guerra, • Persone invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria • Centralinisti telefonici ciechi, terapisti non vedenti, sordomuti (norme speciali)
Sono esclusi: coloro che hanno superato il 55° anno di età, coloro che abbiano perduto ogni capacità lavorativa o che per la natura ed il grado della loro invalidità possano riuscire di danno alla salute e alla incolumità dei compagni di lavoro o alla sicurezza degli impianti	

In merito è necessario precisare che spesso le risorse disabili, più nel passato che attualmente, sono caratterizzate da un basso profilo formativo in relazione alla difficoltà di accedere a livelli di formazione istruzione superiore. Considerando quanto detto la formazione prima dell'inserimento lavorativo costituisce la reale *criticità* dalla quale in gran parte dipende il successo del collocamento lavorativo.

Questa necessità formativa potrebbe essere assolta in parte attraverso le istituzioni impegnate nell'opera del collocamento mirato e in parte dall'azienda che impiega la risorsa. In questa fase il Medico competente insieme al responsabile del servizio di prevenzione e protezione dovranno agire per rendere agevole l'inserimento lavorativo. In particolare il Medico Competente dovrà provvedere all'espletamento, nel caso di mansioni che prevedono la necessità di esercitare la sorveglianza sanitaria, delle visite preventive per verificare la possibilità di inserire la risorsa disabile nella mansione specifica.

Collocamento mirato

- **Visita preventiva** (eseguita dal medico competente aziendale) mirata alla verifica delle eventuali criticità che potrebbero compromettere il successo del processo di collocamento.
- **Periodo di formazione e tutoraggio mirato**
- **Inserimento definitivo**
- **Azione di monitoraggio da eseguire in accordo con i membri della Commissione ASL**

Ulteriori aspetti sono costituiti dalla tutela del lavoratore che "diventa" disabile (durante l'attività lavorativa), dalla tutela del lavoratore disabile che non comunica all'azienda il suo status, dal riscontro di patologie invalidanti non riconosciute, in corso di sorveglianza sanitaria. L'aspetto unitario che caratterizza queste criticità è quello di esercitare una forte tutela della risorsa sia di tipo sanitario che professionale, evitando che la disabilità maturata nel corso del periodo lavorativo diventi ulteriormente svantaggiosa relegando il

lavoratore in mansioni scarsamente gratificanti per la professionalità effettiva.

Nuove frontiere tecnologiche Accessibilità Hardware e Software

La tecnologia rappresenta, sicuramente, un efficace mezzo per favorire l'integrazione sociale in quanto permette di valorizzare le capacità residue dei disabili e di sopprimere in alcuni casi alle loro "mancanze". Attualmente le possibilità di sviluppo della tecnologia costituiscono una delle speranze per risolvere almeno parzialmente il problema della collocabilità della risorsa disabile, tale speranza tuttavia per concretizzarsi necessita di un forte impegno anche economico per sviluppare soluzioni hardware e software realmente efficaci.

Esistono ausili che permettono a persone con diverse disabilità di utilizzare in completa autonomia un PC, questo fa in modo che vi sia un numero sempre maggiore di persone che possono svolgere

Figura 1



una vita "normale", con risvolti positivi anche a livello lavorativo. Una persona disabile, infatti, se dotata degli opportuni strumenti sarà in grado di svolgere correttamente le attività assegnatele.

La fruibilità del software è dipendente dall'attenzione in fase di progettazione, in alcuni Paesi (Stati Uniti) le aziende produttrici ormai da anni inseriscono tra gli obiettivi dei programmi software anche l'accessibilità. Tale obiettivo può essere perseguito attraverso alcune strategie che di seguito sono brevemente elencate:

- Utilizzo dei link senza uso del mouse
- la lettura delle pagine con l'aiuto di un programma audio
- la fruibilità delle immagini attraverso la loro descrizione testuale
- la conoscenza del contenuto delle principali sezioni con riassunti brevi audio in formato MP3
- Una migliore scelta dei colori di contrasto
- Una riduzione della velocità del cambio di immagine

Ci sono tuttavia alcune considerazioni da fare perché se da un lato l'informatica e la telematica riescono a migliorare la qualità della vita delle persone disabili questo può realizzarsi, effettivamente, solo se tali tecnologie e supporti sono sviluppati secondo dei criteri che permettano a tutti di utilizzarle. Una "barriera", infatti, può nascere dal fatto che i prodotti "standard", per utenti "normodotati" non tengono conto dei bisogni di soggetti "diversamente abili". Un'altra "barriera" è rappresentata da fattori socioculturali, oltre che economici. Numerose ricerche, infatti, hanno messo in evidenza come alcuni fattori sociodemografici, quali l'età, il titolo di studio, il reddito influiscano nella diffusione delle nuove tecnologie, in particolare nell'utilizzo di computer e di internet.

Possibilità del telelavoro

La possibilità di lavorare a distanza fa sperare in nuove opportunità di accedere al mercato del lavoro, offrendo soluzioni più flessibili e riducendo il bisogno di fastidiosi spostamenti da e verso il luogo del lavoro, per un numero crescente di persone che da sempre fanno parte delle cosiddette categorie svantaggiate.

Il telelavoro può certamente rappresentare una soluzione reale agli specifici problemi delle persone con disabilità. Con il telelavoro non si cambiano i contenuti delle attività da svolgere ma viene introdotta una nuova modalità con cui svolgerle. Tutto ciò che può essere fatto o gestito tramite l'utilizzo di supporti informatici e strumenti tecnologici può essere trasformato in telelavoro.

Il telelavoro elimina il problema del trasporto, dell'adattamento e della riorganizzazione dell'ufficio che comporta l'inserimento di un disabile; allo stesso tempo fa diminuire notevolmente le opportunità di incontrare e vivere con altre persone.

Comunque, queste critiche non devono sminuire l'importanza e le potenzialità delle opportunità lavorative offerte dalla telematica, che in molti casi rappresenta l'unica forma possibile di lavoro.

Antonio Bergamaschi
Cattedra di Medicina del Lavoro
Università degli Studi di Roma
"Tor Vergata"

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Lepri C., Montobbio E. Lavoro e fasce deboli – Editore Franco Angeli
- ISFOL – Rapporto 2002 – Editore Franco Angeli
- Leocata G. – Il medico Competente – Edizione Sole 24 ore
- Commissione Interministeriale sullo sviluppo e l'impiego delle tecnologie dell'informazione per le categorie deboli – Libro Bianco sulle tecnologie per la disabilità.
- European Commission. The employment situation of people with disabilities in the European Union 2001.
- www.Who.int/inf-pr-1999/en/note99-19.html
- www.handicapincifre.it
- ISFOL – Mirare alle competenze – 2000
- Linee guida per l'integrazione del disabile in azienda. www.asphi.it
- Martini M., Mattioli M.R. L'invalidità civile. Edizione SBM
- Galati M., Barbuto R. Percorsi per abilità competenti. Quaderni della Comunità Progetto Sud
- Moro G., Bellina L., L'idoneità difficile. Alcohol, droga, disagio mentale e lavoro.
- www.disabili.com
- www.handimpresa.it
- www.inail.it
- www.inps.it
- Le linee guida internazionali sui diritti e le pari opportunità delle persone disabili www.handicapincifre.it/europa
- Anno Europeo delle persone con disabilità www.welfare.gov.it/Primopiano
- Moro G., Bellina L., L'idoneità difficile. SPISAL SIL SERT delle Aziende ULSS 8-9-13-20.





è successo a Viterbo

Esperienze di gestione di lavoratori con disabilità: 2 casi

1° CASO CREAZIONE DI NUOVA MANSIONE NEL REPARTO CUCITURA

F.G. di aa 25, invalida al 46% per incidente stradale con trauma cranico e successivo coma della durata di circa un mese all'età di 9 anni.

All'EO è presente un rallentamento ideomotorio con deficit intellettivo. Non sono presenti particolari limitazioni fisiche.

La lavoratrice viene avviata al lavoro con un progetto di inserimento pilotato dai Servizi Sociali dell'ASL e nei primi mesi viene inserita in azienda con una borsa-lavoro a finanziamento pubblico. L'azienda in questione è una tessitura con attrezzature e lavorazioni relativamente datate. Non è pensabile inserire la lavoratrice ai telai in quanto ritenute troppo pericolose in rapporto alle capacità intellettive della lavoratrice, anche il reparto di cucitura a macchina non viene ritenuto idoneo in quanto questo tipo di lavoro comporta una discreta autonomia nella scelta della modalità di cucitura dei vari tessuti. Si cerca un inserimento nel lavoro cucitura a mano ma la posizione seduta con un lavoro di precisione non sembra essere tollerata dalla lavoratrice e pertanto la lavoratrice viene impiegata nello stesso reparto con la creazione di una mansione di "aiuto cucitrice" che effettua la preparazione del tessuto per l'attività di cucitura con buoni risultati sia dal punto di vista dell'economia aziendale che

della soddisfazione della Lavoratrice (attualmente regolarmente assunta come invalida).

2° CASO LIMITAZIONE DELLA MANSIONE AD ALCUNE POSTAZIONI

G.S. di aa 28, invalida al 50% per deficit visus (grave miopia). All'EO non vi sono particolari altre disabilità.

L'azienda è un'azienda metalmeccanica che produce ammortizzatori e che ha linee di lavorazione e di montaggio in buona parte automatiche.

L'addetto alle linee deve continuamente spostarsi lungo la stessa per sorvegliare, attraverso le pareti trasparenti poste a protezione antinfortunistica, la lavorazione. importante che ci sia un buon visus per vedere la lavorazione della linea ad una distanza di 1-1,5 metri per cui non si è ritenuta idonea la lavoratrice. Al termine della linea vi è però la postazione di collaudo visivo e di imballaggio. Scartata l'attività di collaudo visivo si è potuto inserire la lavoratrice nell'imballaggio con preparazione degli scatoloni ed in riposizionamento degli ammortizzatori negli stessi. In questo modo la lavoratrice è stata a pieno titolo inserita nella attività produttiva.

Commenti

Nei casi illustrati si evince come non sia possibile inserire un invalido senza eseguire a priori una rivalutazione dei rischi che tenga conto della disabilità

del lavoratore. L'inserimento del lavoratore invalido deve per forza seguire alcune tappe fondamentali che solo il medico del lavoro può effettuare.

Normalmente viene effettuata la valutazione dell'idoneità al lavoro del lavoratore partendo dal principio che in ogni postazione i rischi di malattia professionale e di infortunio sono stati ridotti al minimo. Quindi solitamente al momento della visita si considera se la salute fisica del lavoratore può essere compatibile con un giudizio di idoneità (con o senza prescrizioni e/o limitazioni) o di idoneità senza più considerare modificabile la postazione.

Invece nel caso del lavoratore invalido è più probabile che il rapporto tra handicap e la postazione lavorativa possa modificare i rischi sia dal punto di vista di rischio di malattia professionale e sia dal punto di vista di rischio infortunistico.

Pertanto per l'inserimento del lavoratore invalido, al di là di quanto prevede la legge, dovrebbe prevedere:

visita del lavoratore per conoscere il tipo di limitazione fisica che ha portato all'invalidità analisi della compatibilità dell'handicap con le mansioni presenti in azienda scelta delle mansioni compatibili con il tipo di handicap analisi di eventuale nuovi rischi emergenti in conseguenza della inabilità limitazione della mansione ad alcune mansioni e/o modifica di alcune postazioni. ■

Gino Barral
sezione piemontese

PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

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



Disabili e lavoro forme di intervento responsabile del medico competente

Il collocamento protetto delle persone disabili è regolato dalla legge. Tuttavia, nell'attività del medico competente non sono infrequenti i casi di lavoratori disabili o con ridotta capacità lavorativa, nei quali l'idoneità al lavoro è problematica sia per le ridotte capacità di adattamento del lavoratore sia per la possibilità che un eventuale giudizio di non idoneità comporti l'interruzione del rapporto di lavoro.

La legge che regola il collocamento al lavoro dei disabili non aiuta a risolvere in modo adeguato questi casi. Per contro l'operato del medico competente può svolgere un ruolo importante nel raggiungere risultati soddisfacenti per il lavoratore e per l'azienda.

Questo ruolo "non istituzionale" è frutto di un atteggiamento di responsabilità che la legge peraltro non chiede al medico competente ma che è talora risulta decisivo per la soluzione del caso problematico.

In concreto, l'approccio ai casi di idoneità problematiche di persone disabili è diverso se il lavoratore è assunto nell'ambito del collocamento protetto o meno.

Nel primo caso l'azienda è solitamente più motivata alla ricerca di mansioni alternative in quanto, in caso di non collocabilità del disabile, sarebbe comunque obbligata all'assunzione di un nuovo invalido (con le incognite organizzative che questo può comportare) oppure al pagamento di una somma non trascurabile fino al raggiungimento del numero di disabili previsto dalla legge.

Per questo, di fronte ad una idoneità problematica di una persona non ancora valutata sotto il profilo della disabilità (invalidità civile o INAIL) è opportuno porsi la domanda se le sue disabilità possono superare le percentuali minime previste dalla legge per il collocamento protetto. In caso affermativo, se le circostanze lo consentono, è opportuno proporre al lavoratore la valutazione della disabilità (che non può prescindere dalla sua iniziativa) e all'azienda la continuazione del rapporto di lavoro nell'ambito del collocamento protetto con una mansione compatibile alle ridotte capacità lavorative. Una volta avuta la disponibilità di ambedue le parti, il MC rilascia la certificazione per la richiesta di valutazione di invalidità civile e contemporaneamente emette un giudizio di idoneità temporanea alla mansione precedente oppure ad una nuova concordata con l'azienda. In considerazione della rilevanza del giudizio sulla collocabilità del lavoratore, il MC può proporsi per assistere il lavoratore negli accertamenti di valutazione della disabilità, dopo averne avuto il consenso dell'interessato.

Diverso e più delicato è il caso in cui la prosecuzione del lavoro di un disabile non è possibile per l'aggravamento delle sue condizioni oppure per la carenza di mansioni adeguate alle sue capacità lavorative in caso di assunzione.

In questo caso, l'iter previsto dalla legge presenta diversi aspetti problematici ed un'evoluzione temporale incerta, spesso insostenibile per il lavoratore.

In questa situazione il MC può rendersi utile su consenso dell'interessato nel cercare una nuova collocazione presso una delle aziende per le quali opera e nelle quali vi siano mansioni compatibili con la disabilità. Mi è successo di collocare in questo modo un operaio edile stradale con problemi di vista gravi ed non migliorabili (mai riferiti dall'interessato e prima non evidenziati) in un magazzino di piccoli frutti come adetto alla palettizzazione.

Ancora prima di una situazione potenzialmente drammatica come quella descritta, il MC può svolgere un'azione di prevenzione del caso problematico tenendo attivo ed aggiornato un elenco di persone disabili che operano in aziende da lui seguite e che svolgono mansioni che in futuro si presume possano comportare problemi nell'emissione del giudizio di idoneità o nei casi in cui l'idoneità viene riconosciuta con diverse limitazioni o controindicazioni, tanto da renderne difficoltosa l'adesione delle "parti" (lavoratore e azienda). In questo modo ho potuto collocare un operaio cernitore di una piccola cava di pietra naturale con problemi di artrosi e discopatia lombare in un'azienda che produce piccoli pezzi in materiale plastico, prima che l'inevitabile evoluzione peggiorativa della spondilosi dovuta ad un elevato rischio dorso-lombare portasse ad una non idoneità difficilmente gestibile in quel tipo di azienda. ■

Azelio De Santa
Sezione trentina



Il collocamento mirato del disabile: fatti o velleità?

INTRODUZIONE

La legge 68 ribadisce gli scopi dell'inserimento degli invalidi e attraverso alcuni strumenti regola i meccanismi di questo inserimento con la finalità di favorirli valorizzando le capacità e risorse del lavoratore invalido, piuttosto che enfatizzarne i limiti.

Anche il medico competente è chiamato a tutelare l'inserimento del soggetto invalido non solo attraverso il giudizio di idoneità, ma anche con una valutazione di compatibilità rispetto alla situazione specifica, utilizzando le proprie conoscenze dell'ambiente di lavoro e delle relative mansioni. Molto spesso è però chiamato a "fare di più" per tentare di trascinare il caso fuori dalle secche della burocrazia e di un certo modo di intendere

l'inserimento come "scoccia-tura" da risolvere alla meno peggio.

Questi 2 casi sono esemplificativi di queste difficoltà e riteniamo non siano casi limite ma di abbastanza frequente riscontro.

CASO 1

Invalido civile 46% - dipendente di una industria tessile; l'invalidità riguarda gli esiti di un incidente stradale con fratture plurime agli arti inferiori; non ha disturbi nella deambulazione ma facile stancabilità e dolori crampiformi talora intensi.

Lavora presso il reparto pre-

parazione tintoria filo: carica nelle centrifughe le rocche già tinte tramite un carrello circolare.

La sua idoneità con prescrizione: esonero alla movimentazione manuale di carichi e alla stazione eretta prolungata.

Gli viene consentito di riposare brevemente quando ne sente la necessità.

È nel reparto una figura di supporto, se manca viene facilmente sostituito dai compagni di reparto.



Per un periodo il lavoratore accetta volentieri questa situazione ma in seguito mostra segni di insofferenza, di percezione esagerata del pericolo, quale quello di esposizione a coloranti che nella sua specifica mansione è irrilevante. Indossa una maschera con filtri a carboni attivi ad alta protezione. Ha grossi problemi di relazione con i compagni di lavoro, spesso è protagonista di vere e proprie risse che solo l'equilibrio del caporeparto riesce a sedare. Si sottopone ogni sera ad aerosol terapia con cortisone senza alcuna indicazione specifica. Attualmente ha una la-

ringite cronica su probabile base iatrogena.

Insiste su un cambio di mansione, ma all'interno dell'azienda non esistono mansioni meno impegnative di quella attuale, eccetto alcuni posti in magazzino campioni, per altro già occupati da altri invalidi civili a più alto grado di invalidità.

Per chiarire questa situazione, anche a causa della scarsa fiducia espressa dal lavoratore nei confronti di una seria at-

tenzione posta ai suoi problemi di salute, viene inviato dal datore di lavoro alla Commissione ex legge 68 perché questa si esprima sulla compatibilità tra il suo stato di salute e le mansioni a lui affidate.

La Commissione purtroppo non solo non ha preso in considerazione la mansione che il

lavoratore sta svolgendo, ma ha dato delle indicazioni del tutto generiche francamente risibili, del tipo: "non deve svolgere mansioni con impegno degli arti superiori ed inferiori (sic!)" "non deve stare in piedi tutto il turno di lavoro, può stare seduto".

Come conclusione vengono indicate come risorse privilegiate del soggetto le "attività mentali e le capacità di relazione".

A parte lo sconcerto di fronte a questi fatti, lungi dal risolvere qualche problema, questo pronunciamento ha creato ulteriore confusione ed un inasprimento dei rapporti tra datore

di lavoro e dipendente (con strascichi legali da parte del lavoratore).

La cosa che emerge più clamorosamente nel metodo di lavoro della commissione è che nessuno ha interpellato il medico competente, né l'azienda che aveva richiesto il parere per avere qualche ragguaglio sull'attività svolta dall'interessato; inimmaginabile "del posto di lavoro" con un sopralluogo !!

CASO 2

Collocazione mirata di 6 invalidi civili gravi superiori a 2/3 con percentuali comprese tra 80-100 % di invalidità civile. Si tratta in 4 casi di handicap fisici gravi e in 2 casi di soggetti con sordità congenita; il collocamento deve avvenire in una azienda sanitaria. L'ufficio del personale invia i soggetti al medico competente dell'azienda chiedendo una idoneità alla mansione di A.S.S. precisando però che svolgeranno mansioni di tipo amministrativo.

Una persona con sordità congenita sarà invece adibita a fattorinaggio interaziendale con auto aziendale. Il medico competente si rifiuta di esprimere una idoneità ad A.S.S., qualifica che prevede un preciso mansionario, per i quattro soggetti con grave handicap fisico (due soggetti

con paraparesi e tetraparesi per ischemia perinatale, 1 soggetto con grave patologia neurologica a carattere ereditario, 1 soggetto con gravi esiti di A.R. giovanile): chiede che vengano specificate per iscritto le precise ed effettive mansioni che saranno loro affidate e l'ufficio o comunque l'ambiente ove le stesse verranno svolte.

Per quanto riguarda le mansioni di fattorinaggio per il soggetto affetto da sordità profonda si fa notare la non opportunità di passare gran parte dell'orario di lavoro in automobile per chi non può avvertire i segnali sonori di pericolo, senza parlare poi delle difficoltà di relazione con i vari interlocutori con cui un fattorino deve avere necessariamente a che fare.

Dopo numerose difficoltà, finalmente l'Ufficio Personale invia le mansioni e le destinazioni: queste persone saranno destinate ad attività amministrative all'interno dell'ospedale.

Due all'Ufficio Accettazione dove non è possibile entrare con la carrozzina, non sono presenti bagni vicini al luogo di lavoro e quelli di riferimento non sono attrezzati per portatori di handicap.

Una persona viene destinata alla Segreteria di un dipartimento come personale unico e senza la possibilità di spostarsi in modo autonomo.

Tutto questo non avrebbe favorito sicuramente un collocamento rispettoso della dignità della persona e un clima accogliente da parte del personale già presente. Avrebbe altresì aumentato l'irritazione nei confronti dell'Amministrazione che invece di dare un supporto valido alle attività di Ufficio o di Reparto, manda nuovi problemi.

Queste sono tipiche situazioni

che in letteratura vengono descritte come favorenti fenomeni di mobbing.

Dopo aver verificato ogni singolo caso, sono state comunicate le relative osservazioni al responsabile dell'Ufficio Personale e al Direttore Sanitario d'Azienda.

È stata anche contattata la responsabile del Settore Sociale Età Adulta che aveva curato l'avviamento al lavoro del personale in oggetto. Questa figura non conosceva né l'esistenza né il ruolo del medico competente e, da questi coinvolta nell'affronto dei problemi, ha dato il proprio appoggio all'impostazione del medico competente, consapevole che dei buoni inserimenti sono la migliore garanzia per esperienze future anche nell'ambito di aziende pubbliche. In conclusione si è giunti ad un cambio di destinazione e collocamento di questi soggetti.

Breve nota a margine: non si capisce perché persone con diploma di scuola secondaria o addirittura con laurea con ottime capacità di lavoro al VDT debbano essere assunte con qualifiche di ausiliario socio-sanitario, ovvero a più basso quadro remunerativo, solo perché invalidi.

CONCLUSIONI

A nostro avviso questi casi suggeriscono alcune indicazioni:

Bisogna invitare le commissioni ad assumersi più precisamente le loro responsabilità. Spesso vi partecipano colleghi che sanno benissimo come si dovrebbe procedere per arrivare a delle conclusioni ragionevoli.

Gli inserimenti e la sorveglianza del soggetto invalido richiedono un surplus di tempo e di energie anche per il medico competente.

Bisogna stimolare le aziende a farsi più attivamente interlocutrici degli enti che promuovono e tutelano l'inserimento degli invalidi. ■

**P. Patanè,
P. Torri**

(ANMA sezione veneta)





Esperienze di gestione di casi di disabilità: invalidi civili presso una centrale termoelettrica.

La valutazione del disabile da parte del medico competente dell'Azienda di destinazione ha come oggetto la capacità lavorativa residua dello stesso correlata al posto di lavoro di destinazione per l'espressione del giudizio di idoneità.

È esperienza comune per il medico competente come la percentuale di invalidità di cui è titolare il lavoratore o candidato tale non può essere "utilizzata" talquale per l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica che sarà espresso in base alla valutazione della capacità lavorativa residua: per valutare tale capacità, il medico competente non tiene conto esclusivamente dell'elemento umano con i suoi danni permanenti (oggetto tipico dell'accertamento medico-legale), ma lo considera inserito in un contesto lavorativo che lui ben conosce, sia dal punto di vista igienico-ambientale e di sicurezza che organizzativo.

Si riportano esempi di collocamento mirato di invalidi civili, che sono arrivati alla attenzione del medico competente a seguito di richiesta di visita preventiva. Proceduralmente,

- è richiesta al datore di lavoro la specifica della/e mansioni cui deve essere avviato il neo assunto.
- ripresa della scheda di valutazione dei rischi per mansione, eventuale revisione e sopralluogo mirato (laddove la valutazione non fosse stata fatta, questa è l'occasione buona)
- attenta valutazione clinica tesa alla valutazione funzionale attuale, eventualmente integrando i protocolli usuali con visite specialistiche e/o

esami clinico-strumentali mirati. (p.es. nelle patologie muscolo scheletriche la valutazione fisiatica prevale sulla diagnostica per immagini)

Si presentano gli esempi di tre richieste di idoneità alle mansioni specifiche di impiegato tecnico, operatore di esercizio ed operatore di manutenzione presso una centrale termoelettrica, per altrettanti soggetti individuati nelle liste di collocamento speciale, invalidi civili con punteggio superiore al 46%.

Caratteristiche dell'azienda: Centrale termoelettrica, alimentata da gas di sub-produzione siderurgica, impiega circa 130 unità, 30, tra impiegati tecnici ed operai, impegnate nella manutenzione, meccanica, elettrica, elettrostrumentale, 90 in esercizio. Gli addetti alla manutenzione operano su primo turno, mentre l'esercizio effettua tre turni, a rotazione. Per gli operatori di esercizio sono previste mansioni di controllo del ciclo di produzione, sia in sale sinottiche, dove operano prevalentemente impiegati tecnici, sia direttamente sugli impianti (operai) con controllo visivo dello stato e di indicatori e manovra di valvole a volante. Il controllo esterno degli impianti si svolge all'aperto ed espone gli operatori a rumore con valori medi ponderati medio-alti; l'altro rischio per gli operatori esterni è rappresentato dalle polveri minerali miste prodotte dai vicini impianti di agglomerazione ed altoforni, facenti parte del complesso siderurgico; l'impegno fisico richiesto agli operatori esterni è di grado medio.

Il protocollo di accertamenti complementari per la visita preventiva prevede:

- > Routine ematochimica (glicemia, emocromo, funzionalità epato-renale)
- > Audiometria
- > Spirometria con curva f.v.
- > E.C.G.
- > Rx torace 2p.
- > Visita oculistica!

1° CASO

C.G. maschio, 24 anni; I.C. 51% per diabete giovanile. È stata richiesta la idoneità per operatore di manutenzione. Agli accertamenti previsti sono stati aggiunti l'esame del fundus oculi in midriasi e la visita neurologica.

È stata evidenziata glicemia basale 252 mg/dl, glicosuria 1000 mg/dl, normalità dei restanti parametri ematochimici, e strumentali. Non sono stati evidenziati segni di retinopatia diabetica e la biotesiometria degli arti inferiori è risultata normale per età. (*test che si esegue mediante un apparecchio in grado di produrre uno stimolo vibratorio. Valuta l'integrità delle fibre somatiche sensitive*). All'esame obiettivo i reperti cardio-respiratori ed addominali erano normali, come pure il tono-trofismo muscolare, modesta cifoscoliosi dorsale dx convessa; psiche integra, sensorio vigile.

Gli elementi acquisiti sono stati ritenuti sufficienti per il giudizio: non sussistendo complicanze neuro-vascolari e tenuto conto della discreta gestione dello stato patologico (periodici controlli presso Centro Antidiabetico, automministrazione dell'insulina), è stato espresso il seguente giudizio: *non è idoneo a lavori che comportino sforzi eccessivi e/o ripetuti e l'esposizione prolungata a temperature molto calde o fredde. Fermo restando quanto detto, può*

operare come manutentore nell'ambito dello stabilimento.

Collocato al lavoro.

La periodicità dei controlli è stata mantenuta annuale, informando il lavoratore della possibilità di richiesta di visita ai sensi dell'art. 17/1/i del D.Lgs. 626/94!

2° CASO

S.A., maschio, 30 anni; I.C. 50% per esiti di trattamento chirurgico di tetralogia di Fallot. È stata richiesta la idoneità per operatore di esercizio.

Agli accertamenti richiesti è stato aggiunto un ecocardiogramma.

All'esame obiettivo, soggetto in discrete condizioni generali, P.A. 130/80, ritmo a tre tempi, soffio sistolico alla base; respiro eupnoico, torace ipoespansibile, base destra sollevata, ipomobile, m.v. su tutto l'ambito.

E.C.G.: BBD, ingrandimento atriale sn, possibile ipertrofia ventricolare sn; dati confermati dall'esame ecocardiografico: ipertrofia simmetrica del setto, sclerosi dei lembi mitralici, camere cardiache di destra dilatate, ipocinesia parete anteriore ventricolo destro, rigurgito mitralico, insufficienza tricuspide, stenosi polmonare. Rx torace: cuore ingrandito a sinistra, ili di tipo vasale.

La spirometria era normale, mentre gli esami di laboratorio evidenziavano un modesto movimento delle transaminasi ed iperglicemia.

Il giudizio espresso, tenuto conto dell'attuale stato di compenso di una situazione generale di media gravità, è stato: *idoneo a lavori in ambiente termicamente stabile, evitando gli estremi; non idoneo a sforzi eccessivi e/o ripetuti. Fermo restando quanto detto, può operare in ufficio, sale controllo, officina, evitando la prolungata permanenza sugli impianti.*

Non collocato al lavoro!

3° CASO

Z.G., maschio, 26 anni, I.C. 90% per talassemia major. È stata richiesta idoneità per la mansione di impiegato tecnico. In questo caso gli accertamenti in protocollo sono stati sufficienti per l'espressione del giudizio.

In terapia farmacologia con ferro, zinco, idroxicarnamide, trasfonde mediamente ogni 20 giorni.

All'esame obiettivo, cm 170, kg 56, cute pallida, epato-splenomegalia; agli esami di laboratorio anemia microcitica, ipocolesterolemia, modesto movimento delle transaminasi; lieve riduzione consensuale dei

volumi respiratori.

In considerazione che il lavoro cui deve essere destinato lo vedrà operare, in modo sistematico e continuativo, con apparecchiature minite di VDT e richiederà sopralluoghi programmati e/o occasionali sugli impianti, è stato espresso il seguente giudizio: *è idoneo a lavori d'ufficio, sia tecnici che amministrativi. È idoneo all'uso di attrezzature dotate di v.d.u.* Collocato al lavoro.

CONCLUSIONI

Nella disamina di questi casi ci siamo resi conto di come l'espressione del giudizio di idoneità specifica per i disabili inseriti in aziende con rischi tabellati e/o valutati ai sensi del D.Lgs. 626/94 e ss. mm., in modo peculiare impegna il medico competente in tutte le competenze necessarie per il suo lavoro: cliniche, medicolegali, igienistico-ambientali, tra loro correlate ed integrate, come da sempre insegna quella disciplina specifica che è la Medicina del Lavoro. ■

MASSIMO SABBATUCCI
Sezione pugliese

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 _____



IL LAVORO AL CALL CENTER ED IL MEDICO COMPETENTE

Gli Orientamenti hanno lo scopo di fornire al medico competente (m.c.) indicazioni per la gestione dei vari aspetti operativi che prevedono la sua collaborazione per il controllo e per la riduzione dei rischi per la salute nelle attività lavorative dei call center (c.c.).



Rispetto a quelle tipiche d'ufficio, queste attività presentano numerose peculiarità che, combinate fra loro, risultano in un lavoro unico e molto intenso.

Tra queste peculiarità assumono particolare rilievo, per la loro specificità, la stretta relazione tra l'operatore ed il cliente, il forte controllo della produttività degli operatori anche attraverso sistemi di monitoraggio elettronico e l'uso della cuffia.

L'insieme di queste peculiarità configura un profilo di rischio per la salute più ampio ed articolato di quello valutabile nelle tipiche attività lavorative d'uf-

ficio derivante dal solo "uso di attrezzature munite di videoterminale".

In particolare la collaborazione del m.c. alla valutazione dei rischi consente di delineare un profilo complesso comprendente rischi "normati" (VDT, lavoro notturno) e rischi "valutati" in base all'art. 4, c. 1 del D. Lgs. 626/94 (lavoro a turni, lavoro in cuffia, stress vocale e stress psicologico).

Tra questi ultimi il lavoro in cuffia e lo stress vocale sono sicuramente i più specifici, ma lo stress psicologico è quello che desta il maggiore interesse perché comune è la percezione dell'attività lavorativa nei c.c. come "stressante".

Infatti accanto ai potenziali stressors riportati nelle norme e descritti dalla letteratura, rilevabili in qualsiasi ambiente di lavoro d'ufficio, nei c.c. ve ne sono altri più specifici dovuti alle particolarità dell'organizzazione e dell'operatività lavorativa.

Per l'attuazione della sorveglianza sanitaria, gli Orientamenti forniscono le indicazioni per l'elaborazione di un programma sanitario adeguato e motivato.

Inoltre viene sottolineata l'importanza del coordinamento e della collaborazione con gli Uffici del Personale al fine di superare le criticità che il m.c.

può incontrare nella gestione della sorveglianza sanitaria a causa delle carenze nelle informazioni che riceve da questi uffici sull'elevata mobilità interna ed esterna del personale tipica dei c.c..

Negli Orientamenti viene dato particolare risalto a due ruoli collaborativi/partecipativi del m.c. e cioè la collaborazione alla predisposizione delle misure preventive e la collaborazione/partecipazione all'informazione e formazione dei lavoratori.

L'esperienza infatti insegna che gran parte dei disagi e dei disturbi sanitari lamentati dai lavoratori dei c.c. possono essere prevenuti, o comunque attenuati, sia attraverso l'adozione di specifiche misure preventive, che con una adeguata informazione e formazione dei lavoratori basate sull'indicazione e sul rispetto di una serie di principi di "buona pratica".

In rapporto alla significativa presenza nei c.c. di personale femminile e alla frequente opzione di questi luoghi di lavoro per il collocamento mirato dei disabili, negli Orientamenti sono reperibili ulteriori indicazioni per la tutela della salute delle lavoratrici gestanti e dei lavoratori portatori di handicap. ■

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



MASTUDIO Roma, New York

NON lasciatevi fermare dall'influenza



Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita

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

AVENTIS PASTEUR MSD S.p.A.

Via degli Aldobrandeschi, 15 - 00163 ROMA

Tel. (06) 664.092.11 - Fax (06) 664.092.33



MISURA DEL FUMO PASSIVO TRAMITE UN DISPOSITIVO PORTATILE

*Il sistema è stato realizzato
da alcuni ricercatori
irlandesi.*

Potrebbe essere utile in particolare ai baristi dei fumosi pub irlandesi, il dispositivo da indossare che misura il "fumo passivo", realizzato dai ricercatori della Media Lab Europe, con sede a Dublino.

Il palmare è in grado di misurare il livello di monossido di carbonio e di alte sostanze nocive emesse dal fumo di sigaretta.

La BBC, che ha riportato la notizia, ha sottolineato come il dispositivo abbia contribuito ad alimentare il dibattito sulla proposta del Governo irlandese di bandire il fumo da pub e ristoranti.

"Un barman, se conoscesse ciò che inala, potrebbe cambiare idea sui divieti" – ha affermato uno dei ricercatori della Media Lab Europe.

Ora i ricercatori stanno lavorando per mettere a punto tecniche che consentano di misurare i danni che le sostanze inalate producono. Ad esempio di quanto si riduce l'aspettativa di vita.

MODIFICHE AL D.LGS. 626/94

Approvato dal Consiglio dei Ministri un decreto legislativo che recepisce la direttiva 1999/92/CE.

Consiglio dei Ministri ha approvato il 29 maggio il Decreto Legislativo "Attuazione della direttiva 1999/92/CE re-

lativa alle prescrizioni minime per il miglioramento della tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori esposti al rischio di atmosfere esplosive."

Il decreto legislativo recepisce la direttiva 1999/92/CE che integra gli obblighi del datore di lavoro in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori, imponendo misure specifiche per assicurare la massima tutela della loro salute quando siano esposti al rischio di atmosfere esplosive.

Sul provvedimento si sono espressi favorevolmente la [Conferenza Stato-Regioni](#) e le competenti Commissioni parlamentari.

Tale modifica introduce un nuovo TITOLO 8-bis al D.Lgs. 626/94.

LAVORATORI EXTRACOMUNITARI: UNA PRIMA FOTOGRAFIA DEGLI INFORTUNI

I dati del Rapporto Annuale Inail 2002 elaborati in base al Paese di nascita del lavoratore.

Il 7 luglio scorso l'Inail ha presentato il Rapporto Annuale Inail 2002.

Gli infortuni sul lavoro occorsi a lavoratori extracomunitari nel 2002 sono stati 76.600, pari al 7,9% del totale nazionale (967.785); nello stesso anno si sono verificati 91 casi mortali corrispondenti al 6,5% del totale nazionale (1.397).

Mettendo in relazione questi dati e quelli forniti dall'Osservatorio INPS, secondo il quale sono oltre 1.800.000 gli extracomunitari ufficialmente occupati nel nostro Paese, si rileva un indice di incidenza in-

fortunistica pari a 41,7 per 1000 occupati che è inferiore al valore medio nazionale (45,3). Bisogna considerare, però, che per gli extracomunitari è verosimilmente presente una minore propensione alla denuncia degli infortuni.

Gli infortuni riguardano principalmente uomini (85,1%) e classi di età giovanili (oltre il 95% ha meno di 50 anni), e le comunità più interessate al fenomeno infortunistico sono quella marocchina (22,7% del totale infortuni), l'albanese (11,7%) e la tunisina (7%). Il Marocco è primo anche nella graduatoria degli infortuni mortali (15 casi) seguito da Romania (14) e Albania (13). È da sottolineare come sia meno significativa la quota di infortuni occorsi a lavoratori filippini e cinesi che pure sono tra le comunità più numerose in Italia.

I settori di attività dove si verifica il maggior numero di infortuni sono l'Industria Manifatturiera (1/3 degli infortuni totali) e le Costruzioni (12,6%). Sempre nella Manifatturiera si registra il più alto numero di incidenti mortali (25); 17 i morti nelle Costruzioni e 16 nei Trasporti, dati questi che si presentano coerenti con quelli relativi ai lavoratori italiani.

Passando alla ripartizione territoriale, si nota che gli infortuni si concentrano soprattutto in quelle regioni dove più forte è la presenza di lavoratori extracomunitari: il Veneto (22,8%), la Lombardia (22,6%) e l'Emilia Romagna (21,7%). Pressoché analoga la situazione per quello che attiene ai casi mortali, con l'Emilia Romagna che registra 22 casi, la Lombardia 21 e il Veneto 17.

Da sole queste tre regioni, quindi, assommano oltre i due

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)



terzi del totale infortuni fatti registrare dai lavoratori extra-comunitari nell'anno 2002.

SMOG: BENZINAI E VIGILI URBANI A RISCHIO

Le sostanze inquinanti presenti nell'aria delle aree urbane in particolari condizioni patologiche possono peggiorare le crisi asmatiche e provocare la tachicardia. Benzinai e vigili urbani sono poi categorie a maggiore rischio di allergie.

“Le polveri fini - spiega Angelo Carere, direttore del Laboratorio di tossicologia comparata ed ecotossicologia dell'Iss e coordinatore dell'intero progetto - sono presenti ovunque e il loro diametro è talmente sottile da riuscire a oltrepassare la barriera delle mucose nasali, riuscendo spesso a penetrare in profondità nelle vie respiratorie”.

Le conseguenze, va avanti l'esperto “vanno dalla comparsa di disturbi respiratori acuti, soprattutto a danno di persone asmatiche e con deficit respiratori, alle alterazioni del battito cardiaco negli infartuati, fino allo scatenarsi di allergie, sia pure sempre in concomitanza con la presenza di allergeni (pollini, acari e così via). Il benzene, in particolare, poi, sembra avere una particolare sinergia col fumo di sigaretta, tanto che, alleato a questo, è in grado di aumentare la suscettibilità individuale alle mutazioni genetiche e all'insorgere del cancro”.

Questa ultima considerazione è supportata dallo studio realizzato dai ricercatori dell'Iss e del Ministero dell'Ambiente, con il contributo del comune di Roma e della cattedra di Medicina del lavoro dell'Università “La Sapienza”. Tra il 1998 e il 1999, hanno proceduto all'analisi dei marcatori di esposizione a benzene e di danni genetici

(nel sangue e nell'urina) di 200 vigili addetti al traffico nella capitale, esposti a dosi di benzene (in media 10 microgrammi per metro cubo), circa 3 volte superiori a quelle del personale amministrativo. Sono state evidenziate significative alterazioni di alcuni marcatori solamente nei soggetti fumatori, il che proverebbe la complicità del fumo nel potenziamento dell'esposizione al benzene e ad altre sostanze cancerogene.

Riguardo al rischio allergie, i test allergologici eseguiti su 194 vigili addetti al controllo della viabilità nelle zone ad alto o medio traffico e a compiti amministrativi, accomunati comunque tutti dall'aver lavorato per lunghi periodi in mezzo al traffico, hanno riscontrato nel 67% dei soggetti un'elevata sensibilizzazione allergica.

Per valutare i possibili effetti a lungo termine dell'esposizione prolungata a basse dosi di benzene (inferiori ai 3 microgrammi per metro cubo o a 1ppm), è stato inoltre condotto uno studio retrospettivo sui benzinai delle Regioni Lazio ed Emilia Romagna nel periodo 1981-1996. L'indagine ha preso in esame le condizioni di vita e le cause di mortalità di 6 mila benzinai nel periodo considerato. Contrariamente alle attese, è emerso solo un lieve aumento dei linfomi non-Hodgkin, dei tumori all'esofago, al rene, al sistema nervoso centrale e nessun incremento, invece, della mortalità per leucemie.

I RISCHI DELLA VETRORESINA

In un dossier dell'Inail le caratteristiche della “produzione di manufatti in vetroresina” e le principali precauzioni antinfortunistiche.

Dopo una panoramica sul ciclo produttivo e sulle ma-

terie prime utilizzate, lo studio ha portato all'identificazione di rischi specifici correlati, prevalentemente, all'utilizzo delle resine a base stirenica.

Mentre risulta trascurabile il rischio correlato all'inalazione di fibre vetrose, nella loro frazione respirabile, il rischio di esposizione a vapori stirenici risulta essere estremamente significativo in tutto il comparto così come il rischio correlato al contatto epidermico con fibre di vetro di dimensionalità più grossolana rispetto alla frazione respirabile.

Da qui la necessità di intraprendere le necessarie azioni preventive, quali l'installazione di adeguati sistemi di captazione localizzata e/o di ricambi aria ambientale, e se necessario, l'utilizzo di idonei dispositivi di protezione

INFORTUNI 2002: PREOCCUPANTE AUMENTO DEGLI INFORTUNI IN ITINERE

I casi di infortuni in itinere sono cresciuti nel 2002 di circa 8mila casi (da 50mila a 58mila) con un incremento del 15,8%.

Forte crescita anche dei casi mortali in itinere, che sono passati dai 241 casi del 2001 ai 313 del 2002 e che costituiscono ormai una percentuale significativa del totale degli infortuni mortali, che nel 2002 sono stati 1.397 (1.254 nell'Industria e Servizi e 143 in Agricoltura) con una diminuzione rispetto al 2001 (1.438 casi denunciati) di 41 eventi.

IL MEDICO COMPETENTE E LA GESTIONE AZIENDALE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE



Vi è spesso la tendenza da parte del medico competente (m.c.). a delegare ad altri soggetti, in particolare al SPP, la gestione aziendale dei Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.). Il m.c. deve invece assumere anche in questa gestione un ruolo di attiva collaborazione che, peraltro, gli deriva anche dall'esame del D. Lgs. 626/94:

- Art. 17, c. 1, a): "il m.c. collabora... alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori" che, evidentemente, comprendono anche i D.P.I..
- Art. 42, c. 2, c), d): "I D.P.I.... devono... tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore e poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità". Chi, meglio del m.c., può valutare questi aspetti? Infatti attraverso la sorveglianza sanitaria il m.c. è l'unico in azienda a conoscere la situazione sanitaria della popolazione lavorativa comprese quelle particolari condizioni individuali che possono ostacolare l'uso del DPI, o condizionarne un uso improprio e, conseguentemente, comportare la necessità di scelte particolari.

A questo tema lo scorso 24 maggio, presso l'Ordine dei Medici di Milano, è stato dedicato l'Incontro ANMA – Sezione Lombardia dal ti-

tolo "Il contributo del medico competente alla gestione aziendale dei Dispositivi di Protezione Individuale: l'esempio dei mezzi di protezione delle vie respiratorie".

La realizzazione dell'Incontro è stata consentita dalla collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Brescia diretta dal Prof. Lorenzo Alessio al quale va il nostro plauso per aver inserito nel programma di formazione della sua Scuola un argomento, come quello dei D.P.I., che non trova una sistematizzazione abituale nella didattica delle Scuole di Specializzazione.

Al microfono si sono alternati sei giovani colleghi della Scuola che nelle rispettive relazioni hanno affrontato in modo efficace ed esauritivo i vari aspetti dell'argomento:

- Caratteristiche generali dei D.P.I.
- Caratteristiche tecnico-funzionali dei D.P.I. delle vie respiratorie
- La valutazione del rischio e la conseguente necessità dei D.P.I.
- La scelta del dispositivo e la valutazione del rapporto beneficio/disagio
- Informazione, formazione, controllo sul campo
- Idoneità psico-fisica all'uso.

Dalle relazioni è emerso che il contributo del m.c. alla gestione aziendale dei D.P.I. deve essere ampio ed articolato:

- Collaborazione alla valutazione dei rischi anche per l'individuazione delle situazioni che necessitano dell'adozione dei D.P.I.: a) "rischio residuo": rischio che si può comunque manifestare malgrado l'attuazione delle misure di bonifica tecnicamente realizzabili; b) situazioni lavorative che possono comportare una esposizione al rischio limitata nel tempo (es.: sala prova motori, interventi di manutenzione straordinaria).
- Collaborazione alla scelta del D.P.I. con particolare riferimento: a) agli aspetti che riguardano la verifica dell'efficacia della loro azione protettiva in rapporto alla situazione espositiva e alle particolari situazioni sanitarie individuali; b) alle caratteristiche ergonomiche che possono condizionarne la compliance.
- Collaborazione alla informazione e formazione dei lavoratori sull'uso dei D.P.I.. Il m.c. è il consulente del datore di lavoro che meglio può chiarire ai lavoratori le conseguenze sanitarie derivanti dall'esposizione ai rischi professionali e che, pertanto, può anche essere più convincente nel rendere i lavoratori consapevoli dell'importanza dell'adozione delle misure preventive e protettive, comprendenti i D.P.I., finalizzate ad evitare l'insorgenza di questi danni.
- Collaborazione al controllo sul campo delle modalità d'uso dei D.P.I. in occasione delle visite e dei sopralluoghi negli ambienti di lavoro, nella consapevolezza che il non uso o l'uso scorretto possono essere la conseguenza di una inadeguatezza del D.P.I. rispetto alle caratteristiche del lavoratore, oppure possono essere dovuti a sue specifiche problematiche sanitarie.
- Quale compito peculiare del m.c. è stato infine evidenziato l'accertamento dell'idoneità psicofisica all'uso del D.P.I. attraverso la verifica dell'assenza nel lavoratore di quelle situazioni cliniche che possono ostacolare o impedire l'uso del dispositivo. ■





Il rapporto di consulenza alle aziende del medico competente: aspetti professionali ed etici

PREMESSA

Si sentono critiche sulla scarsa "visibilità" in azienda del medico competente (m.c.), talvolta per il suo modo di operare "mordi e fuggi", altre per la sua scarsa propensione ad interpretare la professione con un ruolo più "consulenziale", accusandolo di avere una "cultura" d'azienda (intesa come insieme di tutte le sue componenti) carente.

Queste critiche, spesso giuste, vanno tuttavia ponderate anche alla luce di quanto è accaduto nel mercato negli ultimi anni.

Infatti dalla sua osservazione si rileva che sono sempre meno le grandi aziende e, fra queste, sono ormai eccezionali quelle che annoverano nell'organigramma una Direzione Sanitaria.

Fino a qualche anno fa in queste Direzioni generazioni di medici del lavoro, oggi definiti competenti, ma allora chiamati "medici d'azienda" o "medici di fabbrica", hanno potuto lavorare sviluppando anche una "cultura" d'azienda.

La contrazione del settore industriale, la prevalenza di quello terziario e la conseguente progressiva attenuazione dell'entità dei profili di rischio professionale, la definizione normativa dei compiti del medico in azienda, sono alcuni dei fattori che hanno condizionato lo sviluppo dell'attuale prevalente modello aziendale di organizzazione sanitaria: un contratto di consulenza libero professionale che prevede una presenza in azienda del m.c. scandita dalla periodicità delle visite mediche, dalle visite degli ambienti di lavoro e dalla partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi.

Naturalmente questo modello mal si concilia con la richiesta di una consulenza più "qualificata" che, infatti, presuppone lo sviluppo di una conoscenza dell'azienda difficile da acquisire con un rapporto occasionale.

Preso atto dei cambiamenti e degli orientamenti del mercato, e considerate le critiche, l'Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti (ANMA), fondata a Milano nel 1987, è da anni impegnata in iniziative di aggiornamento e formazione finalizzate al miglioramento della qualità nel "mestiere" del m.c..

Nell'ambito di queste iniziative, l'ANMA nel 1997 ha pubblicato il "Codice di comportamento del medico d'azienda e competente" (di seguito chiamato "Codice di comportamento").

Il "Codice di comportamento", ispirandosi all'analogo Codice per gli operatori di medicina del lavoro pubblicato nel 1992 dall'International Commission on Occupational Health (ICOH), contiene i principi ed i valori morali ai quali il m.c. si deve ispirare nella sua attività.

Da questi principi e dai compiti e responsabilità del m.c. delineati nella normativa e conseguenti al suo inserimento in un contesto aziendale, deriva la definizione degli aspetti professionali ed etici che caratterizzano il suo rapporto di consulenza con l'azienda.

2. Riferimenti normativi

- **DPR n. 1124/65:** "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali"
- **Legge n. 903/77:** "Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro"
- **Legge n. 135/90:** "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"
- **DPR n. 309/90:** "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanza psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"
- **D. Lgs. n. 277/91:** "Attuazione delle direttive 80/1107/CEE, 82/605/CEE; 83/477/CEE; 86/188/CEE; 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro a norma dell'art.7 della legge 30 luglio 1990, n.212"
- **Legge n. 104/1992:** "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"
- **D. Lgs. n. 626/94:** "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, riguardanti il miglioramento della sicurezza e della

salute dei lavoratori durante il lavoro" (e successive modificazioni)

- **Legge n. 675/96:** "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"
- **Legge n. 68/1999:** "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
- **D. Lgs. N. 345/99:** "Attuazione della direttiva 94/33/CE relativa alla protezione dei giovani al lavoro"
- **Legge n. 187/00:** "Attuazione della direttiva EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse alle esposizioni mediche"
- **D. Lgs. 151/01:** "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53"
- **Legge n. 125/01:** "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati"
- **D. Lgs. N. 25/2002:** "Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro".

3. La figura professionale del medico competente

Fra le numerose novità introdotte con il D. Lgs. 626/94 nella normativa nazionale in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, spiccano:

- la **valutazione dei rischi**, con il superamento della concezione della "presunzione legale" del rischio (superamento pressoché completato con la promulgazione del discusso D. Lgs. 25/2002 sulla protezione da agenti chimici)
- la promozione dell'**integrazione** della gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori nel sistema di gestione aziendale con il conseguente coinvolgimento anche di tutti i lavoratori (naturalmente con diverse responsabilità a seconda della funzione) e dei loro rappresentanti (i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza: RLS) nel perseguimento dell'obiettivo della salute e sicurezza sul lavoro.

A supporto del sistema il legislatore ha previsto il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), con preminenti competenze tecniche ed antinfortunistiche, ed il medico competente con competenze medico-biologiche. In realtà la figura del medico aziendale esisteva già da prima dell'introduzione del D. Lgs. 626/94, ma è con esso che avviene il suo **riconoscimento giuridico** attraverso la definizione dei vari aspetti professionali:

- **titoli:** rif. art.2 comma 1, lettera d)
- **nomina:** rif. art.4 comma 4, lettera c)
- **funzioni,** riconducibili fondamentalmente alle seguenti aree:

operativa:

- **sorveglianza sanitaria:** rif. art 16 e art 17, comma 1, lettere b), c) e d), commi 2, 3 e 4
- **visite richieste dal lavoratore:** rif. art 17, comma 1, lettera i)
- **tenuta del registro** dei lavoratori esposti ad agenti biologici (rif. art. 87, comma 2)
- è qui opportuno ricordare anche le nuove funzioni operative introdotte dal D. Lgs. 25/200: le **visite alla cessazione** del rapporto di lavoro del lavoratore esposto ad agenti chimici con rischio non "moderato" e la **trasmissione**, nella stessa occasione, della cartella sanitaria e di rischio all'ISPESL, (rif. artt. 72 *decies*, comma 2, lettera c) e 72 *undecies*, comma 3)
- in questo contesto vanno infine ricordati gli **obblighi medico legali** (oltre a quello del giudizio di idoneità alla mansione specifica): la denuncia di malattia professionale (rif. art. 139 del DPR 1124/1965), il referto (rif. art. 365 C.P.), la certificazione per la flessibilità dell'astensione obbligatoria per maternità (rif. art. 20 del D. Lgs. 151/01).

collaborativa/partecipativa:

- **valutazione dei rischi:** rif. art. 4, comma 6
- **visita degli ambienti di lavoro:** rif. art. 17, comma 1, lettera h)
- **predisposizione delle misure preventive e protettive:** rif. art. 17, comma 1, lettera a)
- **predisposizione del servizio di pronto soccorso:** rif. art. 15 e art. 17, comma 1, lettera l)
- **formazione e informazione:** rif. art. 17, comma 1, lettera m) e Capo VI "Informazione e Formazione dei lavoratori"
- **partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi:** rif. art. 11

informativa:

- **verso i lavoratori:** a) informazione sul significato degli accertamenti sanitari previsti dal piano sanitario; b) informazione sui risultati di questi accertamenti con rilascio, a richiesta, della copia della documentazione sanitaria; c) informazione ai lavoratori sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività in caso di esposizione professionale ad agenti con effetti a lungo termine (rif. art. 17, comma 1, lettere e) e f))
- **verso i RLS:** a) informazione, a richiesta, sul significato degli accertamenti sanitari previsti dal piano sanitario e sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività in caso di esposizione professionale ad agenti con effetti a lungo termine (rif. art. 17, comma 1, lettera e)); b) informazione sui risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria e sul loro significato (rif. art. 17, comma 1, lettera g))
- **rapporto di lavoro:** rif. art. 17, comma 5
- **regime sanzionatorio** per le eventuali inadempienze: rif. art.92

4. La missione del medico competente

Il primo articolo del "Codice di comportamento" dell'ANMA, descrivendo la "missione" del medico competente, recita: "Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori".

Questa descrizione :

- colloca l'attività del m.c. nell'ambito della **medicina preventiva e dell'igiene del lavoro**: il m.c. non interagisce, in genere, con un "paziente" con attese di salute, ma con un soggetto "sano" con l'attesa di non ammalarsi.
- individua nella relazione con l'azienda la vera specificità del "mestiere" del m.c. rispetto alle altre attività mediche: questo presuppone da parte del m.c. una **apertura mentale** ed un **interesse professionale e culturale** verso il "mondo del lavoro" inteso come insieme complesso ed in continua

evoluzione di relazioni umane e sociali, e di tecnologie, organizzate e coordinate nelle varie imprese per il raggiungimento degli obiettivi programmati,

- sottolinea la **sintonia** tra l'attività professionale del m.c. e le finalità generali dell'impresa: il m.c. è inserito nel contesto aziendale per collaborare, con il contributo originale della sua cultura, con tutta l'organizzazione per l'attuazione delle finalità generali dell'impresa che, necessariamente, comprendono la compatibilità tra lo svolgimento dell'attività produttiva e la tutela della salute dei lavoratori.

5. Il flusso dell'attività professionale del medico competente

Come per altre attività professionali basate sull'elaborazione delle conoscenze prevede, schematizzando, fondamentalmente tre fasi:

1. Input: è il flusso di conoscenze (organizzazione aziendale, processi produttivi, rischi professionali, stato di salute della popolazione lavorativa...) dall'azienda verso il m.c.. ovvio che il m.c. per poter svolgere la sua attività professionale deve avere una conoscenza specifica della realtà in cui opera e, infatti, collabora con il datore di lavoro ed il SPP nella predisposizione delle misure preventive e protettive, proprio sulla base delle specifiche conoscenze acquisite sull'organizzazione aziendale e sulle situazioni di rischio (art. 17, comma 1 del D. Lgs. 626/94). Il legislatore ha pertanto previsto una serie di norme che vedono il m.c.:

- come il destinatario di un flusso informativo sui processi e sui rischi connessi all'attività produttiva, originante dal datore lavoro (art. 4, comma 5, lettera g) del D. Lgs. 626/94),
- come soggetto attivo nell'acquisizione di conoscenza attraverso la collaborazione alla valutazione dei rischi e l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dalla normativa vigente (art. 4, comma 6; art. 16 del D. Lgs. 626/94)

2. Elaborazione e Integrazione delle conoscenze acquisite. la fase in cui il m.c. mette in campo la sua capacità di analizzare e ordinare tutte le informazioni ricevute o raccolte, mettendole in relazione fra loro. Questo processo sarà tanto più efficace quanto maggiori saranno le competenze tecniche e giuridiche del m.c. che, pertanto, con riferimento al-

segue >>



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 videotermini 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

l'art. 11 del Codice di comportamento dell'ANMA, deve costantemente migliorarle attraverso:

- il continuo aggiornamento (riviste, internet, ECM)
- i contatti con il mondo accademico (Università, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale)
- i rapporti con gli Organi territoriali di vigilanza
- la partecipazione alla vita delle associazioni professionali (ANMA, Associazione Italiana degli Igienisti Industriali...)

3. Output: sono i "prodotti" risultanti dalla fase precedente. Sono gli accertamenti, i giudizi, i sopralluoghi, i pareri, le relazioni, le consulenze, le collaborazioni, l'informazione e la formazione..., con i quali il m.c. collabora alla elaborazione ed all'attuazione della strategia preventiva dell'azienda

6. La relazione tra il medico competente e l'azienda: aspetti professionali ed etici

La base del successo del rapporto di consulenza del m.c. con l'azienda è la **competenza professionale tecnica e giuridica**.

Infatti è da essa che deriva l'**autorevolezza** necessaria per l'acquisizione di quel "prestigio" personale che, a sua volta, è uno degli elementi imprescindibili per il successo di qualsiasi attività di consulenza professionale.

Tuttavia questa è una condizione necessaria ma non sufficiente per dare all'attività del m.c. una adeguata incisività.

Infatti la quantità e qualità "dell'input" e l'efficacia "dell'output" nella strategia aziendale per la prevenzione, non dipendono soltanto dal prestigio personale, né conseguono alla mera applicazione delle norme, ma sono anche il risultato della capacità di inserimento del m.c. nel contesto aziendale.

Tutto questo presuppone doti umane e professionali aggiuntive rispetto a quelle comunemente richieste per lo svolgimento della maggior parte delle altre attività mediche e, come vedremo, necessarie anche per la corretta gestione dei particolari aspetti etici che la relazione con l'azienda implica.

Peraltro, il m.c. nel suo rapporto con l'azienda, deve essere consapevole che:

- la sua nomina è la conseguenza di specifiche norme di legge

- si rapporta con un complesso e delicato intreccio di relazioni umane e sociali in cui si confrontano ed interagiscono varie "culture"
- in un contesto in cui l'obiettivo della protezione della salute dei lavoratori coinvolge tutta l'organizzazione aziendale, è l'unico portatore di una cultura medica.

Diventa pertanto fondamentale la disponibilità del m.c. a "mettersi in gioco".

Naturalmente questa disponibilità presuppone **capacità relazionali** e doti di **comunicazione** e di **mediazione**.

Un m.c. che non dialoga con le altre "culture", che non crea e coltiva rapporti con le altre funzioni presenti in azienda, è un m.c. che partecipa e propone poco, che rinuncia a trasmettere il "valore aggiunto" derivante dalla sua cultura e che, infine, venendo percepito come avulso dal contesto aziendale, conferisce alla sua azione minore incisività.

In questo contesto non va connotata negativamente anche la **curiosità**. Come per altre professioni basate sull'elaborazione delle conoscenze, anche per quella del m.c. la curiosità non va interpretata come un atteggiamento indiscreto o indisponente, ma come volontà di approfondimento per una più esatta impostazione e valutazione delle eventuali problematiche.

Ovviamente, nell'interazione con il complesso e delicato intreccio delle relazioni aziendali, il m.c. può talvolta trovarsi anche in contrapposizione.

In effetti sono numerosi i momenti decisionali dell'attività del m.c. che si prestano ad essere oggetto di pressioni potendo da essi derivare conseguenze di natura economica o legale per il datore di lavoro e per il lavoratore (giudizio di idoneità alla mansione specifica, denuncia di malattia professionale, referto, richiesta di pianificazione di interventi di miglioramento ergonomico o ambientale...).

Dal mancato rispetto delle "parti" per il delicato equilibrio del suo ruolo e dai conseguenti tentativi di interferenza nella sua attività, il m.c. può difendersi solo operando con serietà ed imparzialità con l'obiettivo di acquisire, in tal modo, la **credibilità** che, con l'autorevolezza derivante dalla sua competenza professionale, costituisce l'altro aspetto imprescindibile per la costruzione di un **rapporto fiduciario con tutta l'azienda**.

Nella consapevolezza della centralità del tema, l'ANMA, attraverso il "Codice di comportamento", ha af-

frontato in vari articoli gli aspetti etici della consulenza del m.c. all'azienda:

- art. 2: "Il medico d'azienda nell'esercizio delle proprie attività professionali deve mantenere **indipendenza intellettuale e professionale**....".
- art. 3: "Il medico d'azienda è un **collaboratore diretto** del datore di lavoro ed ha nei suoi confronti un dovere di lealtà basato sulla reciproca libera scelta e sulla reciproca fiducia....".
- art. 4: "Il medico d'azienda deve **avere accesso** ad ogni informazione utile alla conoscenza dei pericoli e dei rischi per la salute dei lavoratori.....; egli è tenuto ad osservare le regole di **riservatezza** sulle informazioni derivanti dall'adempimento della propria funzione".
- art. 5: "Il medico d'azienda promuove con il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza un **rapporto di collaborazione**...finalizzato all'attuazione delle misure di prevenzione...".
- art. 6: "Il medico d'azienda ha un dovere di lealtà nei confronti di ogni lavoratore e deve promuovere e salvaguardare il **"particolare rapporto fiduciario"**....".

Pertanto il m.c., nella sua opera di consulente aziendale, collabora sia con il datore di lavoro che con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (oltre che con il SPP).

Con il datore di lavoro, in quanto principale destinatario degli obblighi derivanti dalle norme in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ha un rapporto di diretta collaborazione, basato sulla reciproca libera scelta e sulla reciproca fiducia e avente l'obiettivo di consigliarlo con competenza su come adempiere correttamente alle sue responsabilità.

Altrettanto delicato è il rapporto con i lavoratori in quanto soggetti obbligati ex lege a sottoporsi ad una sorveglianza sanitaria attuata da un medico con il quale non hanno nessun rapporto di scelta e di fiducia.

Pertanto il m.c. deve prestare una particolare cura alla costruzione di un "particolare rapporto fiduciario" con i lavoratori finalizzato al conseguimento del **"consenso informato"** alla sua attività attraverso l'informazione:

- sui rischi, sui danni per la salute e sul modo per prevenirli
- sul significato della sorveglianza sanitaria e sul suo scopo rappresentato dall'accertamento della loro idoneità alla mansione specifica

- sul significato degli accertamenti sanitari previsti dal piano sanitario, e sui loro risultati (vedi paragrafi 3 e 6.1).

A tale proposito deve essere specificato che l'ultimo Provvedimento di "Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili nei rapporti di lavoro" del Garante (valido sino al 30 giugno 2003), prevede che l'autorizzazione riguardi anche l'attività svolta dal m.c. (art.1), ma con l'obbligo di informare ed acquisire il consenso scritto da parte dell'interessato in base a quanto disposto dagli artt. 10 (Informazioni rese al momento della raccolta) e 22 (Dati sensibili) della legge n. 675/1996 (art. 5).

In questo contesto non va dimenticato che poiché anche per il m.c. vige, ovviamente, l'obbligo del **segreto professionale** (art. 622 C.P.), egli non è nella possibilità di soddisfare quella curiosità istintiva che, talvolta, porta il datore di lavoro a chiedere i motivi di un giudizio di idoneità.

Da ultimo, ma non per importanza, deve essere preso in considerazione un aspetto particolarmente delicato del "particolare rapporto fiduciario" del m.c. con il lavoratore e cioè l'accertamento del giudizio di idoneità.

Infatti questo accertamento non ha delle implicazioni negative soltanto per il datore di lavoro, che si vede limitato nelle possibilità di impiego del lavoratore con riflessi sull'organizzazione e sui costi, ma può incidere anche sull'autostima, sulle aspettative economiche e professionali del lavoratore e, condizionando il suo inserimento nell'attività produttiva, addirittura mettere in pericolo il suo rapporto di lavoro con l'azienda.

Queste considerazioni ci portano ad affrontare due aspetti fondamentali della sorveglianza sanitaria e cioè della più specifica tra le attività di consulenza all'azienda del m.c.: l'elaborazione del piano sanitario e l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

6.1 Il piano sanitario

In base all'art. 16, comma 3 del D. Lgs. 626/94, gli accertamenti preventivi e periodici comprendono esami clinici e biologici e indagini diagnostiche **mirati al rischio** ritenuti necessari dal m.c. per esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Con riferimento all'art. 17, comma 2 del D. Lgs. 626/94, il m.c. può avvalersi, per motivate ragioni, della collaborazione di medici specialisti

scelti dal datore di lavoro che ne sopporta gli oneri.

Con i risultati dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, quelli degli accertamenti clinici previsti dal piano sanitario sono funzionali al momento di maggiore responsabilità dell'attività professionale del m.c. e cioè l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Pertanto l'elaborazione del piano sanitario è uno degli aspetti più significativi della relazione professionale del m.c. con l'azienda.

responsabilità del m.c. formularlo in modo "mirato" al rischio basandosi sulle informazioni sui rischi connessi alle attività produttive assunte nel corso della collaborazione alla valutazione dei rischi o, comunque, fornite dal datore (art. 4, comma 5, lettera g) e comma 6 del D. Lgs. 626/94).

Conseguentemente, in base all'art. 7 del "Codice di comportamento" dell'ANMA, il piano deve essere:

- **adeguato:** proporzionato ai risultati della valutazione dei rischi della mansione specifica
- **motivato:** giustificato dal profilo di rischio della mansione specifica emerso dalla valutazione dei rischi.

Pertanto sono vietati tutti quegli accertamenti che non siano mirati al rischio.

In tale ambito giova ricordare che il datore di lavoro **non può effettuare accertamenti diretti sugli stati di tossicodipendenza o di sieropositività, né test di gravidanza** (si veda a tale proposito l'importante sentenza della Cassazione penale n.1133 del 27 gennaio 1999).

In particolare per gli esami sulla tossicodipendenza siamo tuttora in attesa della pubblicazione del decreto interministeriale con l'elenco delle mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi, previsto dall'art. 125 del DPR 309/90 che obbliga il datore di lavoro a sottoporre, tramite strutture sanitarie pubbliche, i lavoratori ad esse destinati ad accertamento di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici.

Siamo peraltro tuttora in attesa anche della pubblicazione dell'analogo elenco previsto dal decreto interministeriale ex art.15 della legge n. 125/2001, che contempla la possibilità di sottoporre i lavoratori adibiti nelle attività riportate nell'elenco a controllo alcolimetrico effettuato dal

m.c. o dai medici dei servizi preventivi delle ASL.

Per gli esami sulla sieropositività, il divieto deriva dal dall'art. 6 della legge n. 135/90 in base al quale sono vietate ai datori di lavoro pubblici e privati le indagini sui lavoratori anche assumendi volte ad accertare uno stato di sieropositività. Si ritiene che il divieto superi anche l'art. 5, comma 3 della medesima norma e, pertanto, sussista anche quando il lavoratore esprima il suo consenso e l'indagine sia svolta per motivi di necessità clinica nel suo interesse.

Infine, per quanto riguarda la gravidanza, va ricordato che nel nostro ordinamento legislativo solo alle lavoratrici adibite in attività con esposizione a radiazioni ionizzanti è fatto obbligo di comunicare al datore di lavoro il proprio stato di gravidanza (rif. art. 8 del D. Lgs. 151/2001) e, per quanto riguarda il divieto del test, trova applicazione la legge n. 903/1977 che all'art. 1 vieta qualsiasi discriminazione fondata sul sesso per l'accesso al lavoro, con particolare riferimento alla discriminazione attuata attraverso l'accertamento dello stato di gravidanza.

Con gli esami clinici, biologici, le indagini diagnostiche e gli eventuali accertamenti specialistici, il piano sanitario riporta la loro periodicità e quella della programmazione delle visite. Può inoltre comprendere l'elenco dei lavoratori cui va applicato, una descrizione della mansione specifica e dei rischi ad essa connessi ed i relativi riferimenti legislativi. Sempre con riferimento all'art. 7 del "Codice di comportamento" dell'ANMA, il m.c. deve scegliere gli accertamenti tenendo conto della loro:

- **sensibilità:** tanto più elevata quanto è minore il numero dei "falsi negativi"
- **specificità:** tanto più elevata quanto è minore il numero dei "falsi positivi",

privilegiando gli accertamenti basati su **metodi non invasivi**.

Con riferimento agli artt. 1, comma 2, lettera b) e 3 del D. Lgs. 187/2000, il ricorso ad eventuali esami radiologici va riservato ai casi di effettiva necessità.

Di rilievo, in particolare, l'art. 3 (Principio di giustificazione) in base al quale le esposizioni mediche a radiazioni ionizzanti devono essere il risultato di una valutazione costi/benefici che deve tenere conto della disponibilità di eventuali tecniche alternative,

meno o non invasive, altrettanto efficaci.

Nell'applicazione dei piani sanitari il m.c. non deve dimenticare che durante la sorveglianza sanitaria non si trova di fronte ad un gruppo omogeneo di lavoratori, ma ad un singolo individuo che può talvolta presentare problemi particolari che richiedono un approccio preventivo del tutto specifico e quindi un **adattamento del piano alla specifica situazione individuale**.

Naturalmente questa considerazione vale anche quando i piani sanitari sono basati sulle numerose linee guida pubblicate negli ultimi anni, anche da enti autorevoli, aventi per oggetto le più diffuse situazioni di rischio professionale.

In questo contesto non possiamo infine dimenticare il **rapporto con i centri sanitari** presso i quali vengono eseguiti gli accertamenti previsti dal piano sanitario.

A tale proposito in base all'art. 8 del "Codice di comportamento" il m.c. ha l'obbligo di verificare la qualità degli accertamenti eseguiti presso queste strutture e di comunicare al datore di lavoro le eventuali carenze. Ma solo su incarico del datore di lavoro può acquisire elementi tecnici atti alla scelta di questi centri.

6.2 Il giudizio di idoneità alla mansione specifica

Uno dei momenti più impegnativi, qualificanti e delicati dell'attività del m.c. è la formulazione del giudizio di idoneità del lavoratore alla mansione specifica.

In base all'art. 16, comma 1 e comma 2, lettere a) e b) del D. Lgs. 626/94, la sorveglianza sanitaria viene effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente e comprende accertamenti preventivi e accertamenti periodici finalizzati all'accertamento dell'idoneità del lavoratore alla mansione specifica. Pertanto l'idoneità del lavoratore è riferita alla mansione specifica e quindi ai **compiti lavorativi effettivamente svolti e alle peculiari condizioni di lavoro**.

Il giudizio di idoneità alla mansione specifica rappresenta lo scopo ed il risultato finale dell'operato del m.c. e consta, fondamentalmente, nella verifica della compatibilità tra il profilo sanitario del lavoratore, (inteso come patologie in atto e pregresse, condizioni di ipersuscettibilità individuale ed abitudini e stili di vita), risultante dagli accertamenti di sorveglianza sanitaria (anamnesi,

esame obiettivo, esiti del piano sanitario) ed il profilo di rischio professionale della mansione specifica derivante dal processo di valutazione dei rischi.

La classificazione delle "idoneità" è sostanzialmente riconducibile al seguente quadro:

- **idoneità alla mansione specifica:** il lavoratore presenta i requisiti psicofisici per l'espletamento totale della mansione specifica
- **idoneità con limitazioni o prescrizioni:** il lavoratore può continuare a svolgere la mansione specifica purché non svolga alcune delle attività previste del mansionario, ovvero le svolga con l'adozione di particolari cautele
- **non idoneità temporanea:** il lavoratore presenta una alterazione temporanea dello stato di salute che non gli consente di svolgere la mansione specifica per un determinato periodo
- **non idoneità:** il lavoratore presenta una alterazione dello stato di salute che non gli consente l'espletamento della mansione specifica.

In base all'art. 17 commi 3 e 4 del D. Lgs. 626/94, i giudizi di idoneità con prescrizione, inidoneità parziale e di inidoneità temporanea o totale, vanno **comunicati per iscritto** al datore di lavoro ed al lavoratore.

Entrambi hanno 30 giorni di tempo dalla data di comunicazione del giudizio per inoltrare **ricorso**, avverso al giudizio, all'organo di vigilanza territorialmente competente che, dopo eventuali ulteriori accertamenti, dispone la conferma, la modifica o la revoca del giudizio.

La consapevolezza che il m.c. deve avere della grande responsabilità che gli deriva dall'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, specialmente se è un giudizio di inidoneità, è implicita nell'art. 9 del "Codice di comportamento" dell'ANMA laddove recita: "Allorquando viene espresso un giudizio di non idoneità o di idoneità limitata alla mansione specifica, questo deve essere formulato su basi documentate ed oggettive e deve essere certificato in modo chiaro e per iscritto".

Pertanto il m.c. nell'esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica deve ispirarsi ai seguenti principi:

- **rigore:** nel formulare il giudizio il m.c. deve agire con ponderatezza e serietà tenendo conto non solo

della sua esperienza professionale ma anche delle acquisizioni che derivano da studi e ricerche validati dalla comunità scientifica

- **correlabilità** tra la situazione patologica o la situazione di ipersuscettibilità ed i fattori di rischio professionale comportati dalla mansione specifica e documentati dalla valutazione,
- **coerenza** tra la classe di idoneità accertata e il giudizio di idoneità espresso nel certificato,
- **non genericità** delle prescrizioni e delle limitazioni
- **informazione** adeguata e diretta del lavoratore sui motivi e sulle finalità della decisione, in caso di accertamento di un giudizio di idoneità con prescrizioni o con limitazioni o di un giudizio di inidoneità
- **coordinamento e collaborazione** con il datore di lavoro, il SPP, il RLS e le funzioni aziendali interessate, per supportarli nella gestione dei giudizi di inidoneità e cioè nella individuazione e nella scelta di una mansione alternativa valida e non ledente lo stato di salute del lavoratore.

Pertanto, in seguito dell'accertamento di un giudizio di inidoneità, risultano particolarmente importanti i principi di informazione del lavoratore e di coordinamento e collaborazione con l'azienda.

Infatti evidente che il m.c., proprio nella consapevolezza degli effetti indesiderati riconducibili al suo giudizio di inidoneità, pur considerando:

- l'art. 8 del D. Lgs. 277/91: assegnazione temporanea, per quanto possibile, in conformità al parere del m.c., ad un altro posto di lavoro nell'ambito della stessa azienda del lavoratore con problemi sanitari connessi all'esposizione ad un agente chimico, fisico o biologico
- l'art. 3, comma 1, lettera m) del D. Lgs. 626/94: allontanamento del lavoratore dall'esposizione a rischio, per motivi sanitari inerenti la sua persona
- l'art. 86, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 626/94: allontanamento temporaneo del lavoratore dall'esposizione a rischio biologico
- l'art. 72 *decies* del D. Lgs. 25/2002: allontanamento temporaneo del lavoratore dall'esposizione a rischio chimico
- l'art. 1, comma 7 della legge n. 68/1999: diritto al mantenimento del posto di lavoro ai lavoratori che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano

acquisito per infortunio o malattia professionale eventuali disabilità,

deve avere ben presente che se nelle grandi e medie aziende esiste pressoché sempre la possibilità di un trasferimento interno del lavoratore, nelle piccole questa possibilità spesso non esiste e il suo giudizio di inidoneità potrebbe anche motivare un licenziamento per giusta causa del lavoratore.

Tuttavia, a tale proposito, deve essere rammentata la sentenza della Corte di Cassazione n. 7755/1998 che, pur ammettendo la legittimità del licenziamento per sopravvenuta inidoneità del lavoratore, mantiene a carico del datore di lavoro l'**onere di provare l'impossibilità** di adibirlo a mansioni equivalenti alle ultime svolte o anche inferiori.

Sempre in questo contesto un cenno merita anche il discorso delle **visite mediche richieste dal lavoratore ex art. 17, comma 1, lettera i).**

Poiché sono visite che non rientrano nella sorveglianza sanitaria così come è definita all'art. 16, comma 2 del D. Lgs. 626/94, non sono finalizzate alla formulazione di un giudizio di idoneità, né, conseguentemente, per esse è previsto il diritto al ricorso di cui all'art. 17, comma 4 del medesimo decreto.

Tuttavia, poiché queste visite sono effettuabili solo quando la richiesta è correlabile ai rischi professionali, il m.c. può trovarsi di fronte ad alterazioni dello stato di salute del lavoratore che possono anche comportare la necessità di una rivalutazione del suo giudizio di idoneità alla mansione specifica.

In tal caso va tenuto ben presente che, con riferimento alla sentenza della Cassazione feriale penale n. 33751 del 17 settembre 2000, se nel corso di una visita richiesta il m.c. avesse dei dubbi sull'idoneità del lavoratore, per accertare la nuova idoneità, non può automaticamente trasformare questa visita in un accertamento sanitario periodico ai sensi dell'art. 16, comma 2, lettera b) del D. Lgs. 626/94, ma deve informare il lavoratore ed invitarlo a sottoporsi ad un formale accertamento di tale tipo.

Per finire, qualche sintetico cenno ad altri peculiari aspetti della sorveglianza sanitaria effettuata dal m.c. e, quindi, del suo accertamento del giudizio di idoneità alla mansione specifica:

- **adolescenti** : in base all'art. 9, comma 8 del D. Lgs. 345/99, gli "adolescenti", e cioè i minori di età compresa tra i 15 e i 18 anni non più soggetti all'obbligo scolastico (rif. art. 3, comma 2, let-

tera b) del medesimo decreto), adibiti a lavorazioni soggette alle norme sulla sorveglianza sanitaria di cui al Titolo I°, Capo IV° del D. Lgs. 626/94, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del m.c., secondo le procedure vigenti. Invece i "bambini", e cioè i minori di età inferiore ai 15 e ancora soggetti all'obbligo scolastico (rif. art. 3, comma 2, lettera a) del D. Lgs. 345/99), e gli "adolescenti" non adibiti a lavorazioni soggette alle norme sulla sorveglianza sanitaria, sono sottoposti a visita preventiva e periodica annuale presso l'ASL competente

- **disabili**: in base all'interpretazione più accreditata dell'art. 10 della legge n. 68/1999, si ritiene che nel caso il disabile rientri nella categoria dei lavoratori soggetti alle norme di sorveglianza sanitaria, il m.c., nell'ambito delle sue funzioni ed oltre l'esito dell'accertamento dell'handicap effettuato dall'apposita commissione medica ex art. 4 della legge n. 104/92, sia comunque tenuto ad esprimere un giudizio sulla compatibilità tra lo stato di salute del lavoratore invalido e la specifica mansione, sia in fase preventiva che periodica. In base a quanto disposto dall'art. 17, comma 4 del D. Lgs. 626/94, sia il lavoratore invalido che il datore di lavoro possono ricorrere avverso al giudizio del m.c. all'organo di vigilanza territorialmente competente. Se il giudizio restasse controverso, si potrà fare ricorso alla già citata commissione medica ex art. 4, legge n. 102/92, che esprimerà il parere dirimente. peraltro evidente che si dovrà fare sempre ricorso fin dall'inizio alla suddetta commissione nei casi in cui si delinei un aggravamento delle condizioni di salute del lavoratore invalido che possano condizionare una modifica del grado di invalidità dello stesso.

- **le cosiddette "idoneità difficili"**: il termine fa riferimento alla valutazione dell'idoneità lavorativa dei soggetti con dipendenza da alcol e droghe e dei soggetti con disabilità intellettive e psichiche. Si considerano non solo i casi più gravemente invalidanti che possono rientrare nella gestione prevista dalla legge n. 68/99, ma anche quelli "minori" che, richiesto il riconoscimento dell'invalidità, non raggiungerebbero il 46%. In tutti questi casi l'accertamento dell'idoneità del lavoratore alla mansione specifica è più pro-

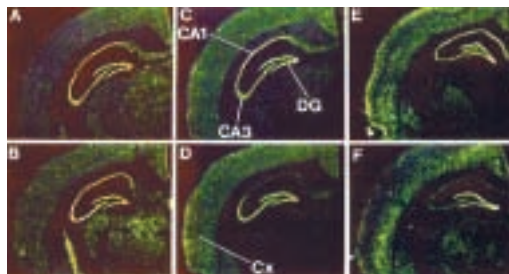
blematico perché gli aspetti da prendere in considerazione non riguardano soltanto la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore, ma anche quelle dei terzi con i quali il lavoratore può interagire durante la sua attività. evidente che questi casi possono essere affrontati con successo solo attraverso una stretta collaborazione tra i datore di lavoro, il m.c., il SPP ed il RLS. Infatti prioritaria rispetto allo stesso accertamento dell'idoneità specifica, è l'individuazione di una attività lavorativa con un profilo operativo ed organizzativo consono all'inserimento ed al mantenimento in attività del lavoratore, senza che derivino situazioni di pericolo per lo stesso e per le altre persone. ■

Daniele Ditaranto
Sezione lombarda

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- I.C.O.H. "International code of ethics for occupational health professional" - 1992
- A.N.M.A. "Codice di comportamento del medico d'azienda e competente" - 1997
- G. Abritti, P. Seghizzi "Medico competente e idoneità lavorativa" - Folia Medica 69 (1) 9 -12, 1998
- R. Guariniello "Gravidanza, sieropositività e tossicodipendenza: accertamenti sanitari" - ISL, n. 3/1998
- G. Frigeri "Il lavoro minorile" - Sintalex News n. 4/99
- M. Lai "Medico competente: profili applicativi" - ISL, N. 9/2000
- M. Del Nevo "Il giudizio di idoneità alla mansione" - ISL, n.10/2001
- E. Prandi "Gli accertamenti sanitari per i lavoratori invalidi civili" - Ambiente & Sicurezza, n. 20/2001
- L. Alessio, G. Farina "Il giudizio di idoneità lavorativa specifica: atto conclusivo della sorveglianza sanitaria" - La Medicina del Lavoro, 2001; 92,
- Atti del Congresso Nazionale dell'AN-MeLP "Le idoneità difficili" - 14-15 novembre, Abano Terme (PD)
- F. Bacchini "Gli accertamenti sull'idoneità fisica del lavoratore per lo svolgimento della mansione" - ISL, n. 3/2002
- Dossier Ambiente "Donna Salute e Lavoro" n. 57, 1° trim. 2002, anno XV
- S. Spiridigliozzi, M. Ferrante e coll. "Il giudizio di idoneità del medico competente: revisione della casistica" - ISL, n. 4/2002.

Epilessia e lavoro



Un interessante aggiornamento su alcuni aspetti clinici dell'epilessia e sui problemi posti al Medico d'Azienda nel momento dell'assunzione e nel corso dell'attività lavorativa dell'epilettico si è verificato durante un Seminario condotto dal Prof. Raffaele Canger tenutosi presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Brescia.

I dati emersi sull'aggiornamento clinico possono essere così sintetizzati:

- Le forme dell'adulto (prevalenza 1%) sono criptogenetiche o sintomatiche (spesso da tumori cerebrali).
- Per la diagnosi, la clinica, basata sulla descrizione di chi ha assistito alla crisi, è molto più significativa

dell'elettroencefalogramma che, se eseguito nei periodi intervallari fra le crisi, può essere fallace ed indurre errori nei due sensi.

- I malati ben curati non presentano più crisi (70% del totale).

Gli elementi utili al Medico di fabbrica e discussi tra il notevole numero di presenti, possono essere così riassunti:

- I colleghi dell'epilettico devono essere formati sul comportamento da tenere in caso di crisi: appoggiare la testa e attendere la risoluzione dell'episodio, senza cercare di proteggere la lingua, poichè essa può essere morsicata solo all'inizio della crisi, non durante il suo decorso.
- Le controindicazioni lavorative sono rare: possono essere citati come esempi il lavoro in quota e la guida di mezzi pubblici.
- La possibilità di più facili infortuni, maggior morbidità, atteggiamento critico da parte dei colleghi possono rappresentare elementi di at-

tenzione per il medico nel momento dell'assunzione di fronte ad un caso specifico, ma non devono rappresentare elementi negativi generalizzati e assoluti per il giudizio finale.

- Per adibire il lavoratore alle mansioni meglio compatibili col suo stato di salute è necessaria una stretta collaborazione fra Neurologo e Medico Competente, non dimenticando che solo quest'ultimo ha la responsabilità del giudizio di idoneità.
- Utile anche un supporto psicologico al lavoratore, alla sua famiglia e ai colleghi di lavoro da parte di un Assistente Sociale.
- La citata collaborazione interdisciplinare può essere di grande vantaggio per la professionalità e il senso di responsabilità degli esperti coinvolti, per l'organizzazione aziendale e soprattutto per il lavoratore interessato. ■

**Di Gianfranco Farina
e Donatella Placidi**

QUESTIONARIO ANMA PROVIDER ACCREDITATO E.C.M.

Cognome _____ Nome _____

Socio ANMA dal _____ Indirizzo e-mail _____

Nel caso l'ANMA diventi provider accreditato per l'ECM sei disposto ad abbonarti al percorso formativo e di aggiornamento che l'ANMA proporrà?

SI ☐ NO ☐ SOLO IN PARTE ☐

Preferiresti pagare una quota di partecipazione per:

OGNI EVENTO ☐

ABBONAMENTO ANNUO CHE GARANTISCA IL NUMERO DI CREDITI RICHIESTI (50 PER ANNO) ☐

In caso di abbonamento ritieni congrua una quota di 700-800 euro per anno?

SI ☐ NO ☐ LA TUA PROPOSTA

Data _____

Firma _____

L'ANMA si vuole impegnare ad organizzare eventi residenziali a livello territoriale e la formazione a distanza (FAD) secondo i criteri dettati dalla Commissione ECM.

Inviare alla Segreteria ANMA via fax al numero 02 72002182 – e-mail: Maurilio@mclink.it



Il medico competente d'azienda e le molestie morali sul lavoro

Già nel nome "mobbing" questo fenomeno rivela tutta la sua ambiguità e, consentitemelo, la sua evanescenza.

Sono state proposte decine di definizioni ma nessuna, a mio avviso, sotto-linea ed identifica concretamente il significato del termine che resta sfuggente e che indica contemporaneamente tutto (ogni comportamento può essere interpretato come mobbizzante) e niente (perché parimenti ogni comportamento può essere interpretato come indirizzato a tutt'altre finalità).



Accettiamo per nostra comodità la traduzione letterale del verbo inglese nel suo significato di "assalire, aggredire con violenza" che potrebbe indicare l'usare violenza a qualcuno anche se solamente e specificamente psicologica.

Al contrario della violenza fisica di cui è possibile il più delle volte constatare i risultati traumatizzanti, nella violenza psicologica gli effetti non sono materialmente costatabili se non a distanza di tempo (molti mesi) con sintomatologia spesso vaga e di difficile allocazione etiologica, ma soprattutto comune ad una infinità di disturbi della sfera psichica che il più delle volte non hanno niente a che vedere non solo con il mobbing ma neanche con l'ambiente di lavoro.

So bene che queste banali considerazioni sono state già fatte ed abbondantemente dibattute e di conseguenza gli "esperti" di mobbing potranno fare un sorrisetto di commiserazione ma il Medico Competente, quello che lavora in trincea (una volta, prima della guerra tecnologica, si diceva così), quello che è chiamato a prendere delle decisioni, che è identificato un po' da tutti come quello che può e deve fare determinate cose e che, se non le fa, è passibile di questo e di quello, il povero Medico Compe-

tente, dicevo, si trova spesso a combattere, da novello don Chisciotte, contro i mulini a vento.

Quanto premesso non significa rinuncia, significa dover affrontare direttamente un grosso problema sul piano pratico, senza avere a difesa il baluardo di una scrivania o una cattedra da cui discettare sul da farsi.

Volendo affrontare il problema all'origine partiamo dalla valutazione del rischio e dalla partecipazione del Medico Competente alla valutazione del rischio, considerando che molti autori sottolineano come determinante questa fase della applicazione in Azienda dei sistemi di tutela anche contro il mobbing.

Dando per scontata la partecipazione del Medico Competente a questa valutazione, a mia conoscenza non si è mai verificato e, presumo, mai si verificherà, che il Datore di Lavoro che valuta il rischio (è bene non dimenticarlo), ammetta tra gli altri la presenza del rischio di danno psico-fisico (mobbing) nella propria Azienda, e il Medico Competente che partecipa a questi primi atti di tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, non ha la possibilità, non solo di interferire, ma soprattutto di sapere se, almeno in ipotesi, il rischio può esistere, essendo spesso il "clima" aziendale nuovo anche per lui.

Pur tuttavia gli "esperti" delle strutture pubbliche siano esse Università o AA.SS.LL., le OO.SS., i Patronati, i Magistrati, e così via, assegnano al Medico Competente un ruolo e delle responsabilità che almeno in questa fase non sono compatibili con le realtà aziendali.

Per lo svolgimento delle attività di Sorveglianza Sanitaria previste dalle norme vigenti, è indispensabile fare un distinguo tra le grosse realtà aziendali e le piccole o piccolissime Aziende.

Nel primo caso la partecipazione del Medico Competente alla vita aziendale è certamente più attiva per le molteplici necessità di incontro sia con i dipendenti (visite mediche, formazione, informazione, etc.) che con la dirigenza aziendale (riunioni, consultazioni, sopralluoghi, etc.) e di conseguenza più spesso si presentano le occasioni di collaborazione attiva con il Datore di Lavoro anche per quanto attiene ad alcuni aspetti della Organizzazione del Lavoro, al layout dei posti di lavoro, alla eventuale valutazione di modifiche ergonomiche e così via.

Nelle piccole realtà aziendali la presenza del Medico Competente è assolutamente saltuaria, pur nel rispetto di tutti gli adempimenti previsti, e ciò impedisce di fatto la conoscenza di problematiche subdole e striscianti quali potrebbero essere quelle legate ad eventuali azioni di mobbing.

I rapporti interpersonali tra Medico Competente e Dirigenza e/o Lavoratori, e soprattutto il rapporto di fiducia, non sono cose che si improvvisano, né il solo fatto di essere Medico Competente garantisce il Datore di Lavoro e/o i Lavoratori di avere un referente preparato, valido, disinteressato, obiettivo, a cui confidare le proprie preoccupazioni, i propri problemi e da cui attendersi risposte e proposte logiche e soprattutto efficaci, specie dopo l'approvazione del "famigerato" art 1 bis della Legge n° 1 dell'8.01.2002.

La fiducia nasce e si consolida con il tempo e con la sperimentazione sul campo delle capacità professionali del Medico Competente e, vi posso garantire con cognizione di causa, che si tratta di tempi lunghi, molto lunghi.

L'autorevolezza del Medico Competente, più volte sottolineata dai cultori della materia prevenzionistica, non è uno scudetto che si applica al bavero, è qualcosa che si guadagna faticosamente lungo il cammino.

Ne consegue che, se nelle Aziende di più grandi dimensioni la maggiore presenza del Medico Competente consente, sempre in tempi lunghi però, la creazione di un clima di fiducia che consenta al consulente di essere credibile, pertanto ascoltato e spesso seguito nelle sue iniziative e/o nei suoi suggerimenti, nelle realtà più piccole ben difficilmente si crea quel rapporto di sincera ed autentica stima indispensabile per intervenire, da un lato verso il Datore di Lavoro, non solo per evidenziare eventuali carenze nelle misure di tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori ma per ottenerne modifiche sostanziali, e verso il Lavoratore per indurlo a segnalare al Medico Competente eventuali situazioni di disagio.

Ben noto e notorio quanto sia connotata alla persona umana la reticenza nel rendere di pubblico dominio una qualche patologia da cui si sia affetto, ed il fenomeno si ingigantisce quando si tratta di disturbi o peggio di patologie della sfera psichica.

Lo sanno bene i Medici di Base che, nonostante i frequenti contatti con i propri assistiti (sicuramente più frequenti di quelli del Medico Compe-

tente) e la maggiore "confidenza" con gli stessi, spesso devono sudare le classiche sette camicie per convincere il paziente ad aprirsi per confidare al proprio medico disturbi e sintomi che non hanno un riscontro obbiettivo. Molto più disinvolto invece risulta il rapporto con il medico, sia un Medico di Base o meglio ancora un Medico Competente, di chi, finalizzando le proprie recriminazioni all'ottenimento di un qualche beneficio assicurativo o di migliore collocazione in ambito lavorativo, o altro, strumentalizza la situazione, ingigantisce i problemi, esaspera la sintomatologia, senza reticenze per la eventuale "pubblicizzazione" del proprio stato di salute.

Chiunque nel proprio ambito lavorativo ha avuto modo di porre attenzione a questi aspetti della vita di relazione sa bene che quanto sopra riferito è un aspetto reale e concreto che si realizza un po' in tutti gli ambienti senza specifiche distinzioni tra ruolo operaio, impiegatizio e/o dirigenziale. In linea di larga massima perciò è questo il "clima" in cui il Medico Competente deve muoversi con la riservatezza ed il garbo che impone la delicatezza del problema.

Poiché il mobbing, di solito, non è un fenomeno di massa che investe intere categorie di lavoratori ma è invece un "trattamento" riservato a pochi, più spesso ad un singolo lavoratore, il compito diventa veramente arduo per la identificazione del o dei soggetti eventualmente mobbizzati. Per quanto è a mia conoscenza anche il "Codice interno di condotta" adottato dalla VolksWagen e riportato da alcuni Autori, Codice che tanti benefici sembra aver portato all'Azienda sia sotto il profilo economico che produttivo che di pace aziendale, non è stato certamente un provvedimento anti mobbing, ma solo e soltanto una intelligente modifica di politica aziendale (anche se sollecitata da una sentenza) che, migliorando il clima aziendale, riducendo le situazioni conflittuali, aumentando in vario modo la gratificazione dei lavoratori, non ha potuto che ottenere risultati positivi e concreti. Il mobbing, nella concezione più diffusa, si estrinseca come "violenza psicologica iterativa e persecutoria, con intenzionalità lesive, di questo o quel lavoratore finalizzate alla emarginazione" e nessuna Azienda che non voglia auto evirarsi applicherebbe metodiche mobbizzanti alla totalità o a gran parte dei propri dipendenti.

Sotto l'aspetto strettamente sanitario un grosso problema è rappresentato per il Medico Competente dalla difficoltà della diagnosi.

Una piuttosto recente indagine dell'Unione Europea indica che il fenomeno "dei disturbi e delle patologie derivanti o riconducibili a situazioni mobbizzanti sarebbe presente in Italia nel 4,2% dei lavoratori. Una ricerca con-

dotta nell'anno 2000 indica una prevalenza molto maggiore (circa il 18%) in alcuni particolari ambienti quali le istituzioni bancarie.

bene precisare che si tratta di problemi riconducibili a situazioni mobbizzanti e non a vera e propria patologia da mobbing.

In particolare è ormai consolidato il concetto che in ambito lavorativo si possono verificare una serie di disturbi psichiatrici che non hanno nulla a che vedere con il mobbing ma che sono considerate come "reazioni ad eventi" e che vanno considerate come patologie lavoro-correlate.

Si distinguono però almeno tre gradi di disturbi psichiatrici che vanno dal Disturbo dell'Adattamento, al Disturbo acuto da Stress, al Disturbo post traumatico da Stress e solo questo ultimo potrebbe ritenersi legato al mobbing ed esserne la reale manifestazione patologica.

Tutti e tre i gradi di disturbi psichiatrici però riconoscono la stessa sintomatologia clinica che va dall'ansia all'astenia nervosa, ai dolori muscolari, alla riduzione della libido, alle somatizzazioni (apparato circolatorio, apparato digerente, etc.), alla modifica delle abitudini voluttuarie, fino a modifiche della sfera emotiva.

Chiaramente questa sintomatologia può diventare ingravescente passando dal semplice Disturbo dell'Adattamento al Disturbo post traumatico da Stress e ciò può accadere più frequentemente e con maggiore rapidità in soggetti psicolabili o con pregresse patologie interessanti la sfera psichica.

Il Medico Competente però non sempre è in grado di valutare, nelle certamente poco frequenti occasioni di incontri individuali con i lavoratori, il grado di questi disturbi anche perché spesso, almeno in principio, il lavoratore riferisce al Medico Competente di essere "un po' stressato" senza alcun riferimento specifico soprattutto per quanto attiene alla sfera lavorativa e, se sollecitato a esprimersi in tal senso, ha la tendenza a non mettere esplicitamente il suo disturbo in relazione a situazioni lavorative ma prevalentemente lo riferisce a situazioni extralavorative che molto probabilmente coesistono.

In questa fase ben difficilmente il Medico Competente, pur potendo sospettare qualche attività mobbizzante, a volte misconosciuta allo stesso lavoratore, riuscirà ad indurre il lavoratore-paziente a sottoporsi a questa o quella indagine specie se rivolta a valutare l'assetto e l'equilibrio psichico del soggetto. Meno che mai si riuscirà a convincerlo ad affidarsi al giudizio dell'equipe multidisciplinare specialistica (Medico del Lavoro, Psicologo del Lavoro, Medico Psichiatra, Psicologo Clinico, Medico Legale) così come suggerito nel "Documento di Consenso" pubblicato sulla Rivista La Medicina del Lavoro nel 2001. Solo a patologia neuropsichiatrica più o meno conclamata, forse, il lavora-

tore si affiderà a chi si presume possa risolvere i suoi problemi identificando anche l'origine del disturbo nelle angosce subite sul luogo di lavoro.

Occorre a questo punto un ulteriore "distinguo". Se il lavoratore non è sottoposto a Sorveglianza Sanitaria perché ritenuto non esposto a rischio (vedi Documento di Valutazione) sarà particolarmente improbabile che il Medico Competente possa mai venire a conoscenza dell'eventuale azione mobbizzante o della già consolidata situazione di mobbing perché la segnalazione dovrebbe arrivare da soggetti (compagni di lavoro, superiori diretti, dirigenti) che potrebbero essere direttamente o indirettamente responsabili del fenomeno.

Se il lavoratore invece è sottoposto a Sorveglianza Sanitaria, durante il lungo periodo (anche 12-18 mesi) dalle manifestazioni sfumate fino al consolidamento della sintomatologia, sarà sottoposto a Visite Mediche Periodiche ed il Medico Competente dovrà esprimere giudizio di idoneità specifica alla mansione.

Analizziamo insieme questi momenti :

- IDONEO alla mansione : se sono in atto azioni mobbizzanti non si sottrae il soggetto al rischio ;
- TEMPORANEAMENTE NON IDONEO alla mansione :bisogna motivare al lavoratore (e non solo a lui) la non idoneità temporanea e, per reinserirlo nella sua originaria mansione, il Medico Competente avrà bisogno del conforto specialistico neuropsichiatrico che il lavoratore può rifiutare ;
- NON IDONEO ALLA MANSIONE : sarebbe la vittoria del mobber e la definitiva sconfitta del mobbizzato

perciò indispensabile che il Medico Competente esprima il suo giudizio di idoneità non sulla scorta di epidermiche sensazioni, ma sulla scorta di motivazioni più concrete se non di assoluta certezza almeno di consistente probabilità. A questo punto viene inevitabilmente in ballo la valutazione del rapporto di causa-effetto, il ben noto nesso di causalità.

La valutazione del nesso causale, già abbastanza difficile in situazioni in cui il rischio sia meglio individuabile per le sue peculiari caratteristiche e per la quasi patognomica sintomatologia obbiettiva, diventa pressoché impossibile da dimostrare negli eventuali danni da mobbing per la genericità dei sintomi presenti in numerosissime malattie a larghissima diffusione (vedi tutte le così dette situazioni di stress) che investono larghissimi strati della popolazione senza alcun rapporto lavorativo né dipendente né di altra natura, basti pensare alle casalinghe, agli studenti, ai pensionati, etc.

Le fonti di informazione sul fenomeno si riducono praticamente ad una sola, quella del lavoratore che, a torto o a ragione ritiene di essere mobbizzato e



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 Enti • 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

www.cdi.it

le possibilità di verifica sono estremamente modeste perché sul luogo di lavoro non si riesce a trovare, di solito, chi sostenga e confermi le tesi del soggetto interessato.

Le conseguenze di tutto ciò, sul piano pratico, sono a dir poco sconcertanti perché la via più facile e più tranquilla per il Medico Competente sarebbe quella di ipotizzare una sospetta malattia professionale lasciando ad altri (Inail, Assicurazioni, etc) il compito di verificare l'attendibilità della denuncia, rinunciando così al suo ruolo di mediatore tra Azienda e Lavoratore, rinunciando altresì ai suoi impegni di Consulente del Datore di Lavoro e persona di fiducia cui il Lavoratore può rivolgersi per i problemi connessi al lavoro, delegando all'esterno ogni decisione limitandosi a fare solo da tramite tra Azienda ed Enti Esterni, tornando così indietro di trenta anni quando le attività di Medico di Fabbrica potevano essere svolte anche da ottimi odontoiatri e preparatissimi ginecologi.

D'altra parte non mi pare che vengano lasciate molte alternative al Medico Competente:

si sottolineano da più parti i momenti in cui il Medico Competente potrebbe e dovrebbe intervenire per modificare o meglio per suggerire, motivandole, modifiche dei posti di lavoro, dei cicli produttivi, etc. senza tener conto che spesso queste modifiche possono comportare variazioni dei cicli tecnologici non sempre realizzabili, comunque sempre dispendiosi, non giustificati o giustificabili con presunti, probabili, futuri danni di tipo psicologico-psichiatrico dei lavoratori; si sottolinea la interlocuzione costante con "il lavoratore" cosa molto difficilmente realizzabile specie se si precisa il rapporto "costante" e con il "singolo lavoratore"; gli si attribuisce la qualifica di "persona esercente un servizio di pubblica necessità" in virtù della quale dovrebbe e potrebbe indurre il Datore di Lavoro ad attuare materialmente tutto quanto da lui Medico Competente suggerito, fino alla denuncia del Datore di Lavoro stesso in caso di resistenza passiva o di non applicazione dei suggerimenti del suo Consulente.

Tutto ciò, consentitemi, è molto teorico perché spessissimo il Medico Competente, pur attento e solerte nei confronti di queste problematiche, può fornire solo presunzioni ipotetiche di danno ai lavoratori, e senza elementi concreti, obbiettivi e verificabili ben difficilmente il Datore di Lavoro acconsentirà (ad esempio) a modifiche strutturali o ad altre attività impegnative anche sotto l'aspetto economico.

Gli Autori del Documento di Consenso già citato, addirittura attribuiscono al Medico Competente compiti di:

- sensibilizzazione delle parti sociali;

- diffusione della conoscenza del fenomeno mobbing nelle organizzazioni lavorative;

- promozione a livello locale e regionale di iniziative atte a rilevare il fenomeno; e così via, cose che assolutamente esulano dai compiti del Medico Competente.

Ed inoltre si suggerisce al Medico Competente di "acquisire la capacità di fare diagnosi" ed eventualmente indirizzare i pazienti verso Centri ad hoc:

Queste ultime affermazioni, oltre ad essere offensive per il Medico Competente, sembrano soprattutto manovre promozionali per avviare a questi "Centri Specialistici" materiale umano da esaminare e da inserire in un prestabilito circuito "virtuoso".

Esistono comunque delle responsabilità del Medico Competente per le eventuali patologie conseguenti al mobbing.

Oggi la Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori non può essere considerata come mirata esclusivamente a salvaguardare l'idoneità del lavoratore per le specifiche mansioni da lui svolte, ma deve andare oltre e comprendere la tutela della integrità psico-fisica della persona.

Nelle situazioni di mobbing, una volta note al Medico Competente, lo stesso, se non si attiva per contrastare il fenomeno, può essere ritenuto almeno corresponsabile del danno perché "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo" (art.40 comma 2 c.p.).

Molto importante perciò evidenziare il fenomeno, segnalarlo al Datore di Lavoro e mettere in essere tutte le iniziative possibili per impedire il verificarsi del danno o ridurlo al minimo. In effetti il Medico Competente in qualità di Consulente e di collaboratore del Datore di Lavoro non potrà essere ritenuto responsabile di non aver apprestato "idonee misure", ma di non aver sollecitato il Datore di Lavoro perché provvedesse ad apprestarle.

Al Medico Competente compete anche l'obbligo di referto (art. 365 c.p.) "nel momento in cui si trova di fronte ad un caso che presenta i connotati di un delitto perseguibile di ufficio". Alcuni casi di mobbing potrebbero incidere significativamente sulle condizioni psico-fisiche del lavoratore oggetto del mobbing tanto da "prendere i connotati di un delitto perseguibile di ufficio".

A conclusione quali suggerimenti possiamo fornire ai Colleghi Medici Competenti per affrontare correttamente il problema mobbing.

1. ricordare che la Sorveglianza Sanitaria deve assumere carattere estensivo perché è finalizzata non solo alla tutela da questo o quel ri-

schio, ma è mirata alla salvaguardia dell'equilibrio psico-fisico del lavoratore;

2. cogliere fin dai primi momenti eventuali variazioni del "clima" aziendale e di disagio dei lavoratori;
3. tentare di evidenziare l'origine e le motivazioni del disagio;
4. segnalare il fenomeno al Datore di Lavoro in forma anonima e possibilmente collettiva perché intervenga a sanare situazioni legate alla Organizzazione del Lavoro, a Problemi Strutturali, ad Iniziative Improprie dei suoi collaboratori, e così via. opportuno che resti traccia di questa segnalazione;
5. tentare l'approccio più corretto e riservato con il soggetto interessato dal fenomeno per aiutarlo a risolvere il suo problema anche con il contributo di specialisti psichiatri e psicologi;
6. valutare sempre con la massima attenzione il "giudizio di idoneità" per evitare di rendere ancora più complessa la soluzione del problema;
7. non temere di sbagliare, perché chi opera secondo scienza e coscienza difficilmente può cadere in errore;
8. guardarsi sempre dai "falsi mobbizzati" ma ricordarsi che il Saggio suggerisce "in dubio pro reo". ■

Francesco Gazzero
Sezione campana

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Q.Bardoscia, L. di Gregorio, B.Zanchi - La formulazione del Giudizio di Idoneità lavorativa specifica nei casi di alterata interazione sociale nei luoghi di lavoro - A.N.M.A. - Notiziario n° 3 - 2001
- C.Parodi - Il Mobbing -Inserto Ambiente e Sicurezza n° 19 - ottobre 2001
- Autori vari - Un nuovo rischio all'attenzione della Medicina del Lavoro : le molestie morali (mobbing) - Documento di Consenso . La Medicina del Lavoro n° 1 gennaio-febbraio 2001
- R.Testi - Problematiche medico-legali : la valutazione del danno alla persona - Ambiente e Sicurezza - n° 19 ottobre 2001
- C.Parodi - Il Medico Competente e la responsabilità per mobbing - Ambiente e Sicurezza n° 2 gennaio 2002
- E. De Luise - Il mobbing. La tutela esistente, le prospettive legislative e il ruolo degli organi di controllo - Napoli gennaio 2003
- S.Ricciardelli - Esigenze di una Associazione mobbing : realtà, programmi, servizi - S.Angelo di Sorrento marzo 2003
- F.Giardina - La qualità della vita lavorativa all'interno della pubblica amministrazione. Un modello operativo per la gestione del mobbing - Convegno Organizzazione del lavoro, stress e psiche: Tutela della salute dei lavoratori - S.Angelo di Sorrento marzo 2003.

ANMA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI SEZIONE REGIONALE VENETO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN MEDICINA DEL LAVORO SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO

**Centro Congressi "Papa A. Luciani" – Padova
24 ottobre 2003**

Negli ultimi decenni la Radiologia, oggi "Diagnostica per Immagini", ha assunto un ruolo sempre più rilevante nella semeiologia grazie ad evoluzione tecnologica e tecnica davvero stupefacente. A fronte di questa continua innovazione il medico del lavoro si trova talora in difficoltà nella scelta dell'accertamento a maggior valore aggiunto e a minor rapporto costo/beneficio.

Questo seminario propone una riflessione multidisciplinare analizzando due argomenti particolarmente importanti per l'esercizio del medico competente:

a) l'Anatomia Radiologica Clinica dei distretti toracici;

b) le metodiche diagnostiche per la diagnosi delle patologie occupazionali dell'arto superiore.

Nel primo caso si vuole trattare l'anatomia non come "fine" ma "come mezzo" per comprendere le modalità di formazione dell'immagine, l'aspetto dei processi morbosi, le vie di diffusione delle patologie nelle diverse tecniche di Imaging (radiologia tradizionale e digitale, TC ad alta risoluzione, risonanza magnetica) applicate ai quadri classici di patologia professionale dell'apparato respiratorio (pneumocoriosi, fibrosi polmonari, neoplasie), attraverso l'analisi dei diversi elementi anatomici (le vie e l'interstizio, i vasi polmonari e il circolo bronchiale, il mediastino e la pleura).

Nel secondo caso si intende esplorare l'efficacia delle attuali metodiche di Imaging utili per la diagnosi delle patologie occupazionali dell'arto superiore (TC, RMN, ecotomografia), considerata l'alta incidenza di patologie muscolo-tendinee del segmento mano-braccio causate da lavori ripetitivi, quasi una sorta di "epidemia" che il medico competente si trova a gestire e che richiede una attenta valutazione diagnostica e prognostica.

Per rispondere agli obiettivi enunciati il seminario prevede una parte di didattica frontale condotta da esperti, una parte di esercitazione a piccoli gruppi su una vasta casistica radiologica ed ecografia assieme allo sviluppo di prove pratiche.

I crediti ECM a cui la partecipazione al seminario dà diritto sono 8.

PROGRAMMA

- | | |
|--------------|---|
| 8.30 | Registrazione dei partecipanti
<i>moderatori: B. Saia - G. Briatico-Vangosa</i> |
| 9.30 | Presentazione dell'evento formativo
<i>P. Patanè</i>
Introduzione al tema: Inquadramento della diagnostica per immagini nelle malattie polmonari di interesse per la patologia occupazionale
<i>B. Saia</i>
Come, quando e quale imaging del torace in generale e quando no
<i>L. Lovisatti</i>
Lettura magistrale: Diagnostica radiologica delle malattie polmonari: la TC nello studio delle patologie della pleura e dell'interstizio polmonare°
<i>GP. Feltrin, C. Fittà</i> |
| 11.30 | Coffe Break |
| 11.45 | Esercitazione diretta: discussione di casi clinici
<i>M. Ballarin, MN. Ballarin</i> |
| 13.00 | Lunch |
| 14.00 | Lettura magistrale: Le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore: il percorso diagnostico
<i>M. Missere</i>
I quadri caratteristici nelle patologie occupazionali dell'arto superiore: tecniche di imaging a confronto.
<i>R. Stramare</i>
L'imaging nella patologia della cuffia dei rotatori
<i>F. Angelini</i> |
| 16.30 | Coffe Break |
| 16.45 | Esercitazione diretta: tecnica ecografia e discussione di casi clinici
<i>G. Casarrubea</i> |
| 18.00 | Compilazione del test di uscita e consegna dei Questionari |
| 18.15 | Conclusioni e chiusura del Seminario |

SEGRETERIA SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA

Studio Gomi - Via Nazareth 2/1 • 35128 Padova
tel. 049 850377 • fax 049 850549 • e-mail: info@studiogomi.it

ANMA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

SEZIONE REGIONALE LAZIO

SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO SUI RAPPORTI TRA IL MEDICO COMPETENTE E LE STRUTTURE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE: SVILUPPO DI UNA PROCEDURA

Organizzato con
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI – SEZIONE DI LATINA

Palazzo della Cultura – Aula delle Conferenze – Latina
25 ottobre 2003

La predisposizione di una procedura di comunicazione tra il Medico d'azienda competente, il Medico di base, le Sezioni territoriali della Lega Italiana per la lotta contro i tumori e le Strutture Sanitarie del territorio è l'obiettivo che il seminario si prefigge.

È uno studio pilota che nasce dalla collaborazione tra l'ANMA e la Lega Italiana per la lotta contro i tumori, che si sviluppa attraverso l'inquadramento e l'aggiornamento su alcuni aspetti della prevenzione, della diagnostica e della terapia di alcune patologie tumorali, prese come esempio, ottenuto tramite lezioni frontali seguite dal lavoro di gruppo partecipato da esperti delle diverse discipline che entrano in gioco nella prevenzione e diagnosi precoce di questa patologia.

Si ritiene infatti che il ruolo del Medico Competente non debba fermarsi ai compiti istituzionali che la normativa in tema di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro affida a questa figura professionale, ed in particolare la prevenzione dei tumori professionali ai sensi del Titolo VII del D.Lgs 626/94, bensì debba sviluppare una azione di prevenzione condivisa e sincrona con le altre qualificate esperienze che si sviluppano nel territorio.

Si realizza in tal modo il tessuto connettivo della prevenzione delle malattie oncologiche grazie ad un network, capace fra l'altro di alimentare la conoscenza epidemiologica.

PROGRAMMA

- 8.30-9.00** Registrazione dei partecipanti
- 9.00-9.30** Apertura del corso e saluto delle autorità
moderatori: Alessandro Rossi, Giulio Ciaffi, Salvatore Taliercio
- 9.30-10.15** Lettura magistrale "Le evidenze scientifiche dei rischi cancerogeni occupazionali"
Benedetto Terracini
- 10.15-11.00** Lettura magistrale "Incidenza e mortalità per tumori nella Regione Lazio: Decennio 1989 – 999"
Giuliano Quintarelli
- 11.00-11.30** "Screening tumori Testa – Collo: l'esperienza della sezione di Latina della Lega Italiana per la lotta contro i tumori"
Alessandro Rossi
- 11.30-12.00** "Il Cancro del polmone: l'importanza della prevenzione"
Maurilio Natali
- 12.00-13.00** Gli esperti rispondono: tavola rotonda e dibattito
moderatori: Benedetto Terracini, Giuliano Quintarelli, Alberto Pacchiarotti
- 14.00-17.30** **La predisposizione di una procedura di comunicazione**
GRUPPI DI LAVORO:
 - Ruolo del Medico Competente
Facilitatori: Salvatore Taliercio, Marco Garufi Bozza, Mauro Pastorelli
 - Epidemiologia, prevenzione, diagnosi precoce della malattia tumorale e possibili sinergie e flusso di informazioni dal punto di vista pratico
Facilitatori: Giulio Ciaffi, Carlo Perin, Alessandro Annetta
 - Consensus report
Alessandro Rossi, Salvatore Taliercio
- 17.30-18.00** Test di apprendimento in uscita tramite questionario – Chiusura del Seminario

ANMA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI SEZIONE REGIONALE LOMBARDIA

CORSO TEORICO-PRATICO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE

CDI – Centro Diagnostico Italiano Via Saint Bon, 20 – 20147 MILANO

27 settembre 2003 – 19 giugno 2004

Il corso è rivolto ai Medici Competenti ed alle figure professionali mediche e tecniche che si occupano di Medicina del Lavoro e di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

Obiettivo del Corso è sviluppare e perfezionare le competenze organizzative e tecniche necessarie per garantire alla committenza una pratica professionale di qualità basata sulla evidenza e sulla efficienza.

Il corso si articola in dieci moduli di 8 ore con cadenza mensile, per complessive 80 ore, più un undicesimo modulo di 4 ore per la verifica finale dell'apprendimento attraverso lo sviluppo di un caso.

Il corso ha inizio il 27 settembre 2003 e si conclude il 19 giugno 2004.

Ogni modulo è monotematico ed è strutturato in lezioni frontali condotte da esperti nell'argomento ed attività pratiche ausiliate da supporti audiovisivi e collegamento via Internet. Ogni modulo si conclude con una prova pratica di valutazione dell'apprendimento di ogni discente a cui segue una azione interattiva tra docente e discenti con l'invio di quesiti ed elaborati via posta elettronica.

Il corso è a numero chiuso, riservato a 35 partecipanti, ed è accreditato ECM a garanzia degli obiettivi che si propone.

Il primo corso si svolge a Milano presso il CDI-Centro Diagnostico Italiano, co-provider dell'evento, ed è rivolto preferibilmente ai medici competenti locali.

È intenzione dell'ANMA replicare il corso localizzandolo presso le sedi delle proprie segreterie territoriali allo scopo di favorire la partecipazione dei propri associati e contenere sia i costi diretti che indiretti.

PROGRAMMA

I Modulo 27-9-03	La nuova organizzazione del lavoro, i diversi rapporti contrattuali e le conseguenze sulla sorveglianza sanitaria e sull'idoneità alla mansione specifica <i>Magri C., Farina G., Fiorillo A., Ditaranto D.</i>
II Modulo 25-10-03	Il medico competente ed il processo di comunicazione per una informazione e formazione efficace sui rischi da lavoro <i>Barbero F.</i>
III Modulo 22-11-03	Evidence based medicine: nuovi strumenti e tecnologie per fornire soluzioni appropriate all'aggiornamento del medico competente <i>Franco G.</i>
IV Modulo 13-12-03	Il manuale di qualità del medico competente <i>Sinatra M.G., Bontadi D., Patanè P.A.</i>
V Modulo 24-1-04	I tumori professionali e gli strumenti di prevenzione per il medico competente <i>Alessio L., Porru S., Placidi D.</i> • Il contributo del laboratorio. • Il contributo dell'imaging • Il contributo dell'igiene industriale <i>Bonandi L.</i>
VI Modulo 21-2-04	Statistica ed Epidemiologia: strumenti di lavoro del medico competente <i>Apolone G., Tonini M.V.</i>
VII Modulo 13-3-03	L'esposizione a vibrazioni meccaniche e la tutela della salute dei lavoratori esposti <i>Bovenzi M., Aversa L.</i>
VIII Modulo 3-4-04	Stress occupazionale e strumenti di prevenzione per il medico competente <i>Zanardi A., Elli L., Bardoscia Q.</i>
IX Modulo 8-5-04	La tutela della salute del lavoratore trasfertista <i>Vigevani G.M., Ditaranto D.</i>
X Modulo 12-6-04	Il medico competente e la scelta dei Dispositivi di Protezione Personali <i>Alessio L., Farina G., Bonandi L.</i>
XI Modulo 19-6-04	Test di verifica dell'apprendimento attraverso lo sviluppo di un caso. Conclusione del Corso

Per ogni modulo sono previsti:

- un test di ingresso
- 4 ore di lezione frontale (il mattino)
- 4 ore di esercitazione pratica (il pomeriggio)
- Una verifica di apprendimento



Vacanza: il tempo della libertà



Quello che una persona – giovane o adulto – veramente vuole lo capisco non dal lavoro, dallo studio, cioè da ciò che è obbligato a fare, dalle convenienze o dalle necessità sociali, ma da come usa il suo tempo libero. Se un ragazzo o una persona matura disperde il tempo libero, non ama la vita: è sciocco. La vacanza, infatti, è il classico tempo in cui quasi tutti diventano sciocchi. Al contrario, la vacanza è il tempo più nobile dell'anno, perché è il momento in cui uno si impegna come vuole col valore che riconosce prevalente nella sua vita, oppure non si impegna affatto con niente e allora, appunto, è sciocco.

Il valore più grande dell'uomo, la virtù, il coraggio, l'energia dell'uomo, il ciò per cui vale la pena vivere, sta nella gratuità. E la gratuità è proprio nel tempo libero che emerge e si afferma in modo stupefacente.

La verità dei rapporti, la fedeltà, la dedizione di sé, il gusto delle cose, la modestia nell'usare la realtà, la commozione e la compassione verso le cose, tutto questo lo si vede molto più in vacanza che durante l'anno. In vacanza uno è libero e, se è libero, fa quello che vuole. Questo vuol dire che la vacanza è una cosa importante. Innanzitutto ciò implica attenzione nella scelta della compagnia e del luogo, ma soprattutto c'entra con il modo in cui si vive: se la vacanza non ti fa mai ricordare quello che vorresti ricordare di più, se non ti rende più buono verso gli altri, ma ti rende più istintivo, se non ti fa imparare a guardare la natura con intenzione profonda, se non ti fa compiere un sacrificio con gioia, il tempo del riposo non ottiene il suo scopo.

(appunti di un dialogo prendendo un aperitivo con don L. Giustani, prima di partire per le ferie)

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. E' quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

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

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



IN FARMACIA

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

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