

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE
E SCIENTIFICO

*OCCUPATIONAL PHYSICIAN
SCIENTIFIC AND
PROFESSIONAL JOURNAL*

OTTOBRE 2004

Anno 11, Numero 2/2004



editoriale 5

Da Portofino avanti tutta!

contributi e articoli originali 6

Le molestie morali sui luoghi di lavoro.

Criticità gestionali e ruolo del medico competente. Nota I

Le molestie morali sui luoghi di lavoro.

Criticità gestionali e ruolo del medico competente. Nota II

Influenza: qual'è il razionale di una vaccinazione per i lavoratori?

esperienze e materiali di lavoro 19

Valutazione del rischio di silicosi nella lavorazione del porfido sulla base dei dati di esposizione a silice libera cristallina

La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti. Analisi dei risultati registrati in sisinfo 626 - periodo 2 luglio 2001-31 dicembre 2003

leggi e normative 29

Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Decreto 27 Aprile 2004

D.M. 27 aprile 2004: si riparte dalla valutazione dei rischi per arrivare ad una nuova sorveglianza sanitaria

lettere 37

Ancora sul tema dell'orario di lavoro

da leggere in poltrona 38



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti



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 _____
Tel. _____ Fax _____	
E-mail _____	

MEDISCOPIO

La medicina industriale e del lavoro

NIKE s.r.l. - Tel. 0296704744 (r.a.) - Fax 0296701512
www.mediscopio.com - nike@mediscopio.com

Medico Competente Journal

A.N.M.A.

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 2/2004



PERIODICO TRIMESTRALE DELL'A.N.M.A.

Numero 1/2004
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

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 Ditaranto

REALIZZAZIONE GRAFICA
CUSL Nuova Vita Scrl

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

SEZIONI TERRITORIALI

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

Campania
Segr. Francesco Gaggero
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 Talierto
Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma
tel. 06 33261809 - 06 36868910
e-mail: s.talierto@rai.it

Liguria
Segr. Marco Saettone
Via A. Aonzo, 11/1 17100 Savona
tel. 019 5224755 - 019 52244090

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

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

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

Puglia e Lucania
Segr. Massimo Sabatucci
Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto
tel. 099 4773840

Trentino Alto Adige

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

Umbria

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

Veneto

Segr. Piero Patanè
Via Nazareth, 2 - 35100 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

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



H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



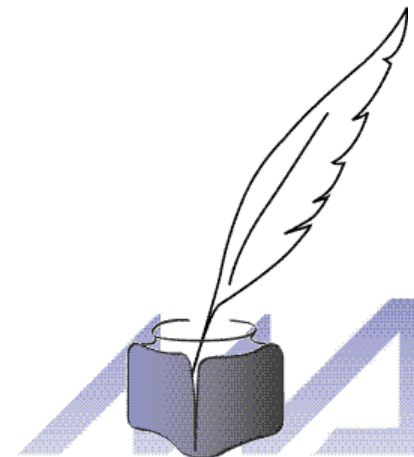
Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda

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

H SAN RAFFAELE RESNATI S.p.A.

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

Via Santa Croce 190A - Tel. 02/80187911 - Fax 02/80187945



EDITORIALE

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente A.N.M.A.

Portofino Vetta ha chiuso il quadriennio di vita associativa che si era aperto con il Congresso di Padova e contestualmente ne ha aperto un altro. Da Portofino a ... ?

Il Consiglio Direttivo è stato dunque rinnovato e presenta un mix di “vecchio” e di “nuovo”, 9 consiglieri confermati dal precedente direttivo, diversamente datati, il presidente è fra questi e tra i più datati ahimè!, e “6 forze nuove” anche in termini anagrafici. Non proprio un pareggio, ma sicuramente un passo avanti nel processo di innovazione della Associazione. Il futuro dell'ANMA a braccetto con il presente ed il passato, nel segno della continuità.

Ringrazio sinceramente i tanti che hanno testimoniato la loro stima nei miei confronti accordandomi la loro preferenza alle votazioni di Portofino, così come ringrazio tutti i consiglieri per avermi chiesto di rimanere alla guida dell'Associazione. Cercherò di onorare questo impegno almeno con lo stesso entusiasmo che mi ha accompagnato nei precedenti mandati.

Veniamo però ai fatti concreti, al programma d'azione che il Consiglio Direttivo ha individuato nella sua prima riunione di insediamento del luglio scorso. Alcuni gruppi di lavoro hanno lavorato in questi mesi elaborando un programma assieme ad un piano di fattibilità che sarà discusso nel prossimo Consiglio direttivo fissato per la fine del corrente mese di ottobre.

La nostra Associazione è entrata in una fase di maturità dopo aver raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissati: la sua crescita e la sua visibilità, la solidità organizzativa, la promozione di un percorso formativo e di aggiornamento professionale sostanziato anche dal riconoscimento dal Ministero della Salute quale provider ECM, la certificazione di qualità ISO EN UNI 9001:2000 e, notizia fresca fresca, l'affiliazione alla FISM, la Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche.

Da qui si parte per consolidare il rapporto con gli enti istituzionali centrali e territoriali, con il mondo accademico, ma soprattutto con i nostri Associati.

Abbiamo sempre sostenuto che una solida ed agile rete organizzativa a carattere territoriale è il nostro punto di forza. Ci siamo impegnati per raggiungere questo obiettivo che però non siamo riusciti a cogliere compiutamente. Le segreterie regionali non sempre sono state ben coordinate, alimentate, assistite. E' questo un impegno che il Direttivo si assume.

Il percorso formativo e di aggiornamento professionale è promettente. Dal 2001 ad oggi sono state realizzate numerose iniziative anche a carattere ECM. A mio avviso il paniere ECM-ANMA è stato soddisfacente avendo distribuito quasi 160 crediti. E' nostro impegno perfezionare la qualità degli eventi formativi e di aggiornamento, rendendoli anche sempre più fruibili localmente. Ben presto metteremo in onda anche la formazione a distanza, la cosiddetta FAD. Stiamo infatti concludendo una “partnership” con un provider già autorizzato dalla Commissione ECM e specializzato nella erogazione di questa tipologia formativa. Sul fronte dei rapporti istituzionali siamo in attesa di una convocazione da parte del Ministero del Welfare sul “Testo unico”. Un nostro gruppo di lavoro sta elaborando la nostra linea sullo schema presentato a Portofino.

L'organizzazione del prossimo Congresso nazionale è un altro impegno di cui il Direttivo si sta prendendo carico. Vogliamo essere innovati anche in questo, uscendo dagli schemi del “congresso vetrina”. Vorremmo proporre una formula viva e vitale quale è la nostra ANMA, un congresso palestra dove gli Associati e chi vorrà partecipare possano confrontarsi con la realtà che incontriamo quotidianamente, realtà fatta di problemi e di soluzioni da condividere.

Il lavoro non manca, lo spirito di iniziativa neppure. È però necessario l'impegno di tanti ad ogni livello, quello centrale, quello regionale, quello locale.

Buon lavoro a tutti e buona ANMA.

LE MOLESTIE MORALI SUI LUOGHI DI LAVORO. CRITICITÀ GESTIONALI E RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE.

NOTA I

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Candura U.*, De Luise E.**,
Gazzerro F.*, Iavicoli N.*,
Remondelli T.*

* A. N. M. A. Sezione Campana
** Direttore U. O. I. M. L. -
A. S. L. NA 1, D.S.B. 49.

RIASSUNTO

The Ministry of Labour and Social Politics includes among the illnesses that must be notified the "Psychic and psychosomatic disorders from failing of the work management" (D.M. 27.4.2004). We examined the conducts modalities of the evolution and/or transformation of the stresses and strains of work into mobbing. The risk was evaluated by the appearance, in the communities and in individual person, of "distress" signals. Special situations as organizational duress or as downgraded duties were considered, too. A wide range of data that prevents from defining the risk was analysed and some behaviours for a wright diagnosis of the professional noxa were suggested. Moreover, some typical clinical cases underlining the difficult conduct of the psychic disorders in the workplace were showed.

Il ministero del lavoro e delle politiche sociali include fra le malattie che devono essere denunciate "I disordini psichici e psicosomatici derivanti da carenza dell'amministrazione lavorativa." (D.M. 27/04/2004). Noi prendiamo in considerazione le modalità comportamentali dell'evoluzione e/o trasformazione degli stress e degli sforzi lavorativi nel mobbing. Il rischio è stato valutato dalla comparsa, in comunità e nelle singole persone, di segnali di "distress". Sono anche state considerate situazioni particolari come coercizioni dell'organizzazione o come funzioni di grado inferiore. Un ampio range di dati, che evita di definire il rischio, è stato analizzato e sono stati suggeriti alcuni comportamenti per giungere ad una giusta diagnosi della noxa professionale. In più, sono stati presentati alcuni casi clinici tipici, che evidenziano la difficoltà di comportamento in caso di disturbi psichici nei luoghi di lavoro.

PREMESSA

Il mobbing è certamente uno dei fenomeni emergenti di più difficile individuazione, interpretazione e gestione e di conseguenza rappresenta, per il M.C., un notevole problema specie quando si configura come "patologia professionale" per la quale è obbligatoria la denuncia (D.M. Ministero Lavoro e Politiche Sociali - 27.4.04). A tutti è ben noto come in ambito lavorativo, e non solo, siano pressoché infinite le situazioni di affaticamento mentale, di ansia e di vero e proprio stress, inteso come "risposta aspecifica dell'organismo per ogni richiesta

effettuata su di esso dall'ambiente esterno" (Selye 1936), situazioni che però non possono certamente configurarsi come mobbing, attesa la definizione oggi condivisa per quest'ultimo di "assalto, aggressione violenta iterativa e persecutoria", anche se solo psicologica, nei confronti di questo o quel lavoratore "con intenzionalità lesive finalizzate alla emarginazione del soggetto".

I SOGGETTI E GLI AMBIENTI "A RISCHIO"

La prima difficoltà sorge nella gestione di tutti quei fenomeni che, in sequenza, possono evolvere dal semplice disagio a situazioni di vero e proprio stress da lavoro, fino a trasformarsi eventualmente in mobbing, e che il M.C., per primo nella collettività, è chiamato a valutare.

È ormai consolidato il concetto che nella popolazione lavorativa si possono verificare una serie di disturbi psichiatrici che non hanno nulla a che vedere con il mobbing ma che sono considerati come "reazioni ad eventi" e che vanno pertanto valutati come patologie lavoro-correlate (es. in alcune istituzioni bancarie questo fenomeno ha raggiunto anche il 18% dei soggetti). In questa fase della valutazione non va sottostimata, o peggio ignorata, la reazione di disadattamento conseguente ad un carico eccessivo di sollecitazioni, fenomeno ben noto come "distress", in antitesi all' "eustress" che è la reazione positiva di stimolo del soggetto ad ogni sollecitazione esterna. È appena il caso di ricordare infatti che anche questi casi di iniziale disadattamento ricadono negli obblighi generali di tutela (art. 3 D.Lgs. 626/94) .

Risulta indispensabile per il M.C. rendersi conto della "significatività" del rischio valutando l'eventuale presenza di soggetti più o meno numerosi che potrebbero essere interessati dal fenomeno (livello di attenzione) e considerati pertanto come lavoratori "esposti".

È evidente come tale percezione debba derivare da una situazione epidemiologica che il M.C. deve tenere aggiornata facendo parte dei documenti di gestione della Sorveglianza Sanitaria in Azienda, come più volte sollecitato dai gruppi di studio dell'ANMA.

Gli esempi di *distress* non mancano; basti pensare a tutta quella fenomenologia di preoccupazioni, ansia, somatizzazioni, stress, etc. che può scaturire nella popolazione esposta ai processi di riconversione industriale, a ristrutturazioni aziendali, a crisi produttive, etc., tutti fenomeni che potrebbero mettere a rischio i posti di lavoro o quanto meno modificare in maniera più o meno sostanziale la gerarchia, la collocazione

lavorativa, le mansioni, i rapporti interpersonali, etc., nei posti di lavoro fino ad allora ricoperti.

Anche le professioni notoriamente considerate "stressanti" (v. tab. I) oppure le così dette attività usuranti di cui al D.M. 17/04/2001 possono essere considerate fattori predisponenti, così come alcuni aspetti di lavorazioni tabellate e/o normate (es. uso di attrezzature munite di VDT) quando si evidenzino disturbi o patologie che interessano prevalentemente la sfera psichica anche solo con un semplice "affaticamento mentale" . L'esperienza di questi ultimi anni, e la giurisprudenza maturata, orientano poi la nostra attenzione su alcuni settori particolarmente colpiti dal fenomeno, quali la Pubblica Amministrazione e le attività generalmente connotate da un alto contenuto intellettuale (knowledge workers).

Da questo quadro panoramico bisogna però calarsi nella eventuale valutazione del rischio per i singoli soggetti.

È notorio, infatti, che il mobbing propriamente detto non è mai un fenomeno collettivo o di massa ma sempre e comunque un fenomeno che interessa singoli soggetti. Nei singoli soggetti i motivi di disagio possono essere rappresentati frequentemente dalle "costrittività organizzative", cioè tutte quelle disposizioni aziendali che, non potendo ovviamente tener conto dei "desiderata" del singolo lavoratore, impongono protocolli lavorativi e/o procedure recepite da alcuni dipendenti come una violenza personale ed anche la sottrazione o la riduzione di compiti o mansioni già svolte dall'interessato (demansionamento) possono essere vissute dal soggetto come una punizione e/o come un accanimento dell'Azienda o dei suoi rappresentanti nei suoi confronti. È ben ovvio che se quanto premesso (costrittività orga-

**Tab. I - Le professioni stressanti
(scala da 1 a 10, Cooper 1985)**

Minatori	8,3
Poliziotti	7,7
Muratori	7,5
Giornalisti	7,5
Piloti	7,5
Politici	7,0
Medici	6,8
Infermieri	6,5
Insegnanti	6,2
Assistenti sociali	6,0
Autisti di autobus	5,4
Psicologi	5,2
Diplomatici	4,8
Parroci	3,5
Maestre d'asilo	3,3
Bidelli	2,8
Bibliotecari	2,0

nizzativa, demansionamento, etc.) sia orientato esclusivamente verso questo o quel lavoratore, senza specifiche, reali, consistenti necessità organizzative aziendali e al di fuori di una logica di miglioramento complessivo del profitto e della competitività aziendale, può ben configurarsi in tutto ciò una probabile azione di mobbing. È necessario quindi discriminare se l'assenza di vantaggi per l'Azienda è determinata da una cattiva soluzione gestionale o se la soluzione gestionale stessa non è altro che una azione mobbizzante.

La visibilità del M.C. su questi fenomeni non è sempre completa e tempestiva, ed onestamente non sappiamo fino a che punto sia lecito spingerla senza interferire con altre competenze.

Tutte le situazioni mobbizzanti assumono particolare specificità nei soggetti interessati se contestuali ad eventi personali o familiari traumatizzanti, quali perdita di un parente, difficoltà finanziarie, eventi negativi in ambito familiare o in ambito lavorativo, quali cambio di mansioni, cambio di reparto, mancata promozione, etc., ed in maniera ancora più significativa in soggetti già portatori di psicopatologie reattive-depressive pregresse o in atto, o con labilità psichica e conseguente predisposizione ad esse.

Va sottolineato, però, che si riconoscono almeno tre gradi di disturbi psicosomatici e di malattie psichiatriche che vanno dal Disturbo dell'Adattamento al Disturbo Acuto da Stress, fino al Disturbo post-traumatico da Stress, e solo questo ultimo potrebbe ritenersi legato al mobbing ed esserne la reale manifestazione patologica (Tab. delle menomazioni INAIL, voci 180 e 181, nel D.M. 12/7/2000).

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

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

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO MOBBING

Ad una serena ed obbiettiva valutazione del rischio ostano però numerosi elementi: uno dei più evidenti, a nostro avviso, può essere rappresentato da un fenomeno psicologico di massa quale è la sovrastima della per-

cezione del rischio.

Le molestie morali sui luoghi di lavoro sono un fenomeno "ambiguo", spesso senza apparente consistenza e di conseguenza sfuggente e di difficile interpretazione. Nella maggioranza dei casi si tende a "dare corpo alle ombre" interpretando ogni atto non gradito come mobbizzante, sovrastimando per l'appunto il rischio di una reale azione discriminante, e snaturando l'interesse verso quelle situazioni (poche) che possano realmente sottintendere una realtà e una volontà mobbizzante.

Almeno all'inizio del fenomeno spesso la collaborazione del soggetto interessato non aiuta a dirimere il dubbio, o perché l'interessato ritiene di essere "solo un po' stressato", senza alcun riferimento specifico soprattutto per quanto attiene alla sfera lavorativa o, al contrario, se interessato a qualche beneficio assicurativo o di migliore collocazione in ambito lavorativo strumentalizza la situazione, ingigantisce i problemi, enfatizza gli atteggiamenti, esaspera la sintomatologia.

Ben difficilmente un datore di lavoro sarà disponibile ad ammettere che nella propria Azienda possa essere presente il rischio di un danno psico-fisico legato ad una azione discriminante nei confronti di uno o più lavoratori suoi dipendenti.

Tanto meno c'è da aspettarsi segnalazioni, notizie o collaborazione da compagni di lavoro, superiori diretti o dirigenti che spesso potrebbero essere direttamente o indirettamente responsabili del fenomeno.

È intuibile quindi la difficoltà oggettiva del M.C. a cogliere i segnali di allarme da un "sistema" che spesso si autoreferenzia su questo tema, limitando così il grado di collaborazione del sanitario alla valutazione di "tutti" i rischi per la salute (art.4).

Anche la mancanza di riferimenti statistico-epidemiologici di supporto sul territorio rendono complessa l'attribuzione di patologie psichiatriche o psicosomatiche a situazioni di mobbing. Solo recentemente (dicembre 2003) l'INAIL ha comunicato di aver preso in esame circa 200 casi di denunce di Malattia Professionale per "disturbi psichici da costrittività organizzative sul lavoro" e di aver riconosciuto la natura professionale della patologia diagnosticata nel 15% circa dei casi esaminati.

Nella stessa circolare (n. 71 del 17/12/03) l'Istituto elenca una lista non esaustiva di costrittività organizzative dalle quali è opportuno che l'azienda si guardi per non ricadere in una "presunzione" di rischio.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Candura U., De Luise E.**,
Gazzerro F.*, Iavicoli N.*,
Remondelli T.**

** A. N. M. A. Sezione Campana
** Direttore U. O. I. M. L. -
A. S. L. NA 1, D.S.B. 49.*

LE MOLESTIE MORALI SUI LUOGHI DI LAVORO. CRITICITÀ GESTIONALI E RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE.

NOTA II

Al momento la letteratura scientifica sul mobbing sembra condividere soprattutto la difficoltà dell'inquadramento clinico, data l'aspecificità dei disturbi lamentati, ed ancora di più della individuazione di un nesso causale del danno con il contesto lavorativo.

Sul piano pratico questo significa che ben poca efficacia possono avere i tradizionali strumenti, propri della medicina d'azienda, della prevenzione secondaria, con improbabili diagnosi precoci, e tanto meno della prevenzione terziaria, con problematici reinserimenti di risorse ormai "bruciate" dal sistema.

Ai fini della prevenzione primaria non appare fuori luogo, da parte del M.C., farsi promotore nella propria azienda, soprattutto se impegnata in settori notoriamente "a rischio" di stress, di un "codice comportamentale" interno, volto a richiamare l'attenzione di tutti sulla delicatezza del tema e sui possibili ritorni, non solo di immagine, di una policy aziendale attenta anche ai sempre più emergenti fattori psicosociali di rischio.

Riteniamo che in questo specifico campo, l'approccio valutativo debba necessariamente svolgersi con l'irrinunciabile collaborazione della figura sanitaria, la quale deve ulteriormente affinare le sue capacità relazionali, per non perdere l'indispensabile rapporto fiduciale con il lavoratore-paziente, ma anche con il management aziendale.

Se non proprio una rivoluzione, ciò rappresenta una profonda trasformazione delle modalità più tradizionali di valutazione del rischio e della sua successiva gestione, nella quale il M.C. può giocare un ruolo determinante nella prevenzione e/o nell'interruzione di azioni mobbizzanti, e quindi dei connessi rischi di danno alla salute con conseguenti implicazioni giuridiche, attraverso anche un'opera di coinvolgimento della parte datoriale.

L'altro momento strategico di prevenzione, anche nelle dinamiche di rischio in oggetto, è rappresentato dal giudizio di idoneità specifico alla mansione, visto che proprio da qui la nostra esperienza ha insegnato che possono partire alcune azioni discriminatorie.

Emerge, quindi, una ulteriore "prova" di buon senso e di indipendenza di giudizio, la quale, senza dimenticare gli obiettivi tradizionali di tutela, deve includere tra gli strumenti per raggiungerla, anche una attenta e serena gestione degli aspetti psicosociali e relazionali.

In definitiva, ci permettiamo di segnalare alcuni suggerimenti dettati dall'esperienza vissuta sul campo, suggerimenti dai quali i colleghi M.C. possono trarre indicazioni da adattare di volta in volta alle proprie realtà (v. tab.1)

Tab. 1 - Sistemi, metodi e suggerimenti a superare la criticità

1)	ricordare che la Sorveglianza Sanitaria deve assumere carattere estensivo perché è finalizzata non solo alla tutela da questo o quel rischio, 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 all'Organizzazione del Lavoro, a problemi strutturali, ad iniziative improprie dei suoi collaboratori e così via. Non sarà superfluo prevedere 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 l'eventuale contributo di specialisti psichiatri e/o psicologi;
6)	formulare sempre, in caso di visite periodiche , il giudizio di idoneità con la massima attenzione per evitare di rendere ancora più complessa la soluzione del problema;
7)	non temere di sbagliare perché chi opera secondo scienza, coscienza e buon senso difficilmente può cadere in errore;
8)	guardarsi sempre dai falsi mobbizzati ma ricordarsi che il Saggio suggerisce: in dubbio pro reo.

OSSERVAZIONI PERSONALI

Le osservazioni personali di casi di mobbing, siano essi ancora in fase di istruttoria oppure già definiti in sede giudiziale, dimostrano l'estrema varietà di insorgenza e di evoluzione delle problematiche di disadattamento, a partire dalla tipologia di settore lavorativo interessato. In un **primo Caso Clinico**, proveniente dal settore informatico, colpisce la veemenza con la quale il lavoratore interessato ha divulgato la sua storia personale di presunte molestie morali, attaccando attraverso organi di stampa, documenti sindacali ed esposti agli Enti di Controllo, l'Azienda e le sue figure preposte alla tutela (non sempre quindi il lavoratore è “la parte debole”, almeno per gli strumenti utilizzati). Al di là di quello che sarà l'esito giudiziario ed assicurativo della vicenda, emerge nello specifico una situazione di profonda conflittualità che è “pericolosamente” connotata da una doppia criticità:

- 1) un iniziale episodio di cambio di settore lavorativo, vissuto come demansionamento, che ha preceduto periodi di cassa integrazione per crisi aziendale;
- 2) una situazione clinica che ha indotto il M.C. ad una formulazione di idoneità con prescrizioni.

È assolutamente necessario in questi casi “smarcare” i due aspetti: uno strettamente gestionale e di competenza della relativa funzione aziendale, l'altro, afferente alla competenza del sanitario, al quale affidare una particolare valenza preventiva e non discriminatoria, proprio in questi situazioni. Questo caso insegna inoltre che le difficoltà economi-

che aziendali, in periodi di estrema competizione globale, deteriorando il clima ed il livello delle relazioni interpersonali, sviluppano dinamiche vissute come persecutorie, creano una profonda diffidenza nei confronti dell'organizzazione e delle sue strutture (anche sanitarie), privando il lavoratore ed il M.C. di un “punto di incontro” basato su di un irrinunciabile rapporto fiduciario.

CASO CLINICO N° 2

Architetto dipendente da Ente Pubblico. Dirigente sezione progettazione e controlli ispettivi opere pubbliche. Colpito da patologia ingravescente (sclerosi multipla) che nel giro di qualche anno lo ha costretto su sedia a rotelle con parziale compromissione paretica dell'arto superiore sinistro. Arto superiore destro e funzioni intellettive perfettamente conservate. Il Medico Competente dell'Ente, con una certa superficialità, si esprime per una idoneità limitata per attività con “risparmio energetico” (sic !). Al soggetto vengono un po' alla volta sottratte tutte le mansioni con eliminazione di ogni carico di lavoro Viene inserito al 2° posto nella graduatoria di un concorso interno per titoli , con assegnazione del 1° posto, con incarichi di dirigenza, a personale diplomato con titoli di carriera notevolmente inferiori e di conseguenza (tra l'altro) con un danno patrimoniale per il soggetto di circa € 10.000 all'anno.

Per circa due anni non ha avuto carichi di lavoro con eliminazione anche della scrivania. Fatto intervenire l'Organo di Vigilanza questo, ai sensi dell'Art.17, commi 1 e 3 del D.Leg. 626/94 (collaborazione del M.C. con il Datore di Lavoro e Giudizio di Inidoneità parziale) ha chiesto al Medico Competente di relazionare dettagliatamente sulle capacità residue del soggetto, in particolare riferite ai carichi di lavoro propri della qualifica, sulle capacità intellettive del soggetto, sulla qualità prevalente di lavoro intellettuale su quello manuale (ancora presente pur se limitato), sulla idonea e più opportuna collocazione del soggetto (scrivania, poltrona, etc.) ed infine sul luogo di svolgimento dell'incarico. Le conseguenze sono state il reintegro completo del soggetto nel grado e nelle mansioni della sua qualifica con l'incarico di supervisore per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle strutture pubbliche. Per detto lavoro gli sono stati assegnati anche alcuni collaboratori per lo svolgimento delle attività manuali del ruolo (movimentazione fascicoli, faldoni di archivio, etc.). L'impegno del Medico Competente dell'Ente, con una approfondita valutazione delle capacità residue del soggetto, superando il primo, superficiale Giudizio di Idoneità Limitata che aveva innescato l'azione mobbizzante, è risultato determinante per il reinserimento nel ruolo del soggetto stesso.



BIBLIOGRAFIA

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 - Febbraio 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 - Convegno Organizzazione del Lavoro, stress e psiche: Tutela della Salute dei Lavoratori - 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

F. Gazzerro - Il Medico Competente di Azienda e le molestie morali sul lavoro - Convegno ASL NA 1 - maggio 2003

INFLUENZA: QUAL'È IL RAZIONALE DI UNA VACCINAZIONE PER I LAVORATORI?



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Pregliasco Fabrizio*,
Fonte Luigi,
Schieppati Stefano.

*Università degli Studi di Milano,
Istituto di Virologia

La patologia influenzale coinvolge durante ogni stagione fredda una grossa fetta della popolazione con una distribuzione che copre la quasi totalità del globo. L'attenzione che da più parti viene rivolta alla patologia stessa, così come alle possibilità ed opportunità di prevenzione, è dovuta più che all'infezione primaria, che per la quasi totalità dei casi non presenta una gravità tale da mettere a repentaglio la vita del paziente sano, alle possibili complicanze legate tanto al virus dell'Influenza stesso che alle possibili sovrainfezioni dovute ad altri microrganismi patogeni [1]. Sebbene queste complicanze siano nettamente più frequenti in fasce di popolazione ben determinate, quali sono gli anziani (soprattutto se già affetti da patologie croniche quali malattie cardiovascolari o pneumologiche) [2] oppure i bambini (che per la loro età non presentano ancora una memoria immunologica appropriata), non va dimenticato che la patologia può comunque coinvolgere tutta la popolazione, e quindi anche quella più giovane e sana, compromettendo lo stato di salute con un restringimento delle comuni attività quotidiane, tanto lavorative quanto di tempo libero.

Come complemento alla prevenzione mediante vaccinazione esiste anche la possibilità di utilizzare farmaci che sono in grado, se presi tempestivamente, di diminuire la durata dei sintomi influenzali, che in casi selezionati possono risultare utili a pazienti che necessitino un livello di performance costantemente elevato [3, 4].

L'inabilità alla quale il malato colpito da patologia influenzale è sottoposto risulta sicuramente non grave in termini assoluti, ma certamente sufficiente da condizionarne le comuni attività. Il lavoro deve essere sospeso per garantire un adeguato riposo al fine di una completa guarigione, più veloce e priva di ricadute. Il danno che si può avere da queste forme di malattie è quindi sicuramente da considerare in termini di sofferenza ed anche di giornate di lavoro perse con conseguente diminuzione di produttività. Esistono vari studi che dimostrano come ogni anno l'influenza sia causa di una perdita economica assai importante. A ciò, come accennato sopra, si dovrà aggiungere il costo, difficilmente calcolabile, di diminuzione della qualità di vita che provoca un condizionamento all'immobilità a casa per alcuni giorni, e quindi alterazioni significative sul normale svolgersi delle attività del tempo libero [5].

L'influenza è caratterizzata da un altissimo tasso di diffusibilità. Quando il virus incontra una popolazione suscettibile da ogni nuovo caso possono svilupparsi tra i 10 e i 15 casi. Risulta quindi intuibile che più stretti saranno i contatti più facilmente ci sarà il passaggio da un individuo malato ad uno sano. In quest'ottica la maggiore diffusione della vaccinazione in tutte le fasce di popolazione può essere in grado di diminuire la circolazione del virus e quindi di far decrescere il tasso di incidenza dell'influenza [6].

La situazione per gli operatori sanitari in inverno risulta certamente più diffi-

cile che per il resto della popolazione, in quanto più probabilmente verranno a contatto con persone malate [7]. Da ciò le indicazioni ad aumentare la copertura vaccinale del personale sanitario, che risulta uno dei target principali del piano vaccinale. Ciò deve essere inoltre considerato come una necessità legata al bene del paziente: se è vero che il malato può infettare il sanitario, risulta anche vero il contrario. Diminuire la circolazione del virus per esempio in un reparto ospedaliero, nel quale possono essere presenti anche pazienti critici, può portare anche ad una diminuzione delle complicanze più gravi che all'influenza si possono legare [8, 9, 10]. (box 1)

Alcune tipologie di lavoratore, proprio per alcune caratteristiche del lavoro svolto, risultano essere maggiormente a rischio per le infezioni respiratorie legate all'influenza. È noto come una delle cause principali di assenteismo del personale di volo delle compagnie aeree sia proprio legato a tali patologie, con le quali facilmente questi lavoratori possono entrare in contatto nell'intero arco dell'anno dato il continuo spostamento, che li può portare nel volgere di poche ore da località climatiche con temperature elevate a località con climi assai freddi. In questa particolare condizione si può intuire come il personale di volo sia a contatto con persone che in ogni momento dell'anno possono essere portatrici del virus [11].

Esistono anche altre particolari situazioni lavorative che vedono una possibilità di infezione durante tutto

l'arco dell'anno; ad esempio si ricordi la possibilità che sussiste sulle piattaforme petrolifere: i turni di rotazione portano un ricambio di personale costante, in arrivo da ogni parte del mondo, che ciclicamente può essere causa di varie piccole epidemie. Questo rischio si è concretizzato ad esempio con outbreak su navi da crociera anche fuori dalla stagione influenzale classica [12].

VACCINI

Ai progressi nella realizzazione dei nuovi vaccini si è accompagnata un'evoluzione delle tecniche di fabbricazione che ha portato alla disponibilità di vaccini con una più elevata efficacia, in particolare la tecnologia virosomale garantisce un'elevata immunogenicità con un ottimo profilo di tollerabilità, e quindi maggiormente utilizzabile su larga scala [13, 14]. Questo tipo di vaccino è stato progettato in modo da mimare il virus dell'influenza, simulando la presentazione naturale degli antigeni grazie ai liposomi sui quali vengono agganciati gli antigeni virali (figura 1). In tal modo viene stimolata anche l'immunità cellulo-mediata [15] che garantisce una miglior risposta in termini di durata ed efficacia, grazie al fatto che il virosoma è totalmente metabolizzato dall'organismo, caratteristica che lo rende completamente biocompatibile e pertanto con una bassa reattogenicità [16].

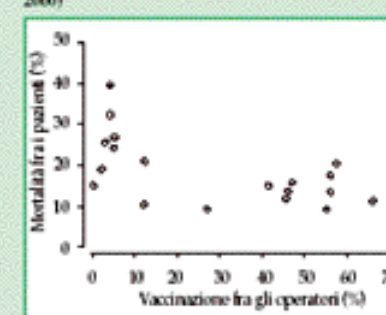
Attualmente, data la sicurezza dei vaccini impiegati, le

Box 1 -

Vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari

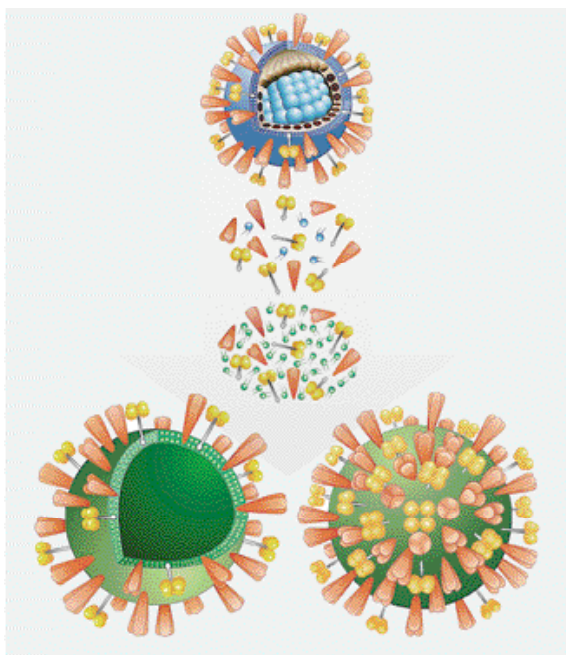
Al fine di ridurre il rischio di infezione influenzale di soggetti anziani istituzionalizzati, le raccomandazioni vaccinali includono, tra i gruppi *target*, gli operatori sanitari. In uno studio condotto su 20 strutture ospedaliere scozzesi, gli operatori sanitari sono stati randomizzati per ospedale a ricevere o no la vaccinazione (Carman et al. 2000). La vaccinazione è terminata nell'ottobre 1999. La mortalità, registrata in un periodo di 6 mesi (18 novembre 1999 - 31 marzo 2000), è stata valutata su tutti i pazienti che erano ricoverati presso quelle strutture al 31 ottobre 1999, ossia 258 pazienti (che hanno accettato lo screening) nei centri assegnati alla vaccinazione e 269 nei centri non vaccinati. La mortalità complessiva è stata di 102/749 pazienti (13,6%) nei centri randomizzati alla vaccinazione e di 154/688 (22,4%) nei centri randomizzati a non ricevere il vaccino, con una differenza significativa ($p = 0,014$, *odds ratio* 0,58, IC 95% 0,4-0,84). Per quanto riguarda i tamponi eseguiti sui pazienti si è osservata

Vaccinazione degli operatori sanitari e mortalità dei pazienti, suddivise per ospedale (Carman et al. 2000)



una differenza che non raggiungeva la significatività ($p = 0,42$) a favore dei centri randomizzati alla vaccinazione, mentre su 47 tamponi eseguiti su pazienti deceduti 0/17 erano positivi nei centri randomizzati al vaccino vs 6/30 (20%) nei centri non vaccinati. Questi risultati confermano l'importanza della vaccinazione degli operatori sanitari per ridurre il rischio influenzale negli anziani istituzionalizzati.

Fig 1 - Presentazione degli antigeni sul vaccino adiuvato virosomale che simula quella del virus nella situazione naturale



indicazioni di utilizzo possono essere esclusivamente quelle legate ad evidenze di carattere costo-beneficio e costo-efficacia, eliminando le preoccupazioni dei pazienti. Nonostante una buona fetta della popolazione risulti tuttora restia e diffidente nei confronti di questa vaccinazione, il medico potrà in tutta tranquillità consigliare questa pratica che porterà quindi solo benefici alla salute, escludendo naturalmente i pazienti che presentino le poche controindicazioni assolute a tutte le vaccinazioni.

A questo punto è necessario considerare il problema efficacia da due punti di vista: uno è quello del vantaggio economico derivante dalla non assenza del lavoratore, un altro è quello del miglioramento della qualità di vita con diminuzione della sofferenza legata allo stato di malattia.

Il primo parametro citato può essere facilmente dimostrato, in quanto tangibilmente calcolabile come differenza tra il costo della vaccinazione e quello della perdita economica eventualmente procurata dall'assenza sul lavoro. Detto ciò è necessario considerare anche che vari fattori influenzano questo ritorno economico: per esempio in annate a bassa circolazione del virus dell'influenza il risparmio può non risultare così evidente come in annate ad alta circolazione [10]; è quindi necessario vaccinare con costanza ogni anno per ottenere un reale vantaggio economico a lungo termine [17].

È necessario anche considerare ciò che porta un lavoratore al sottoporsi alla vaccinazione e ciò che lo scoraggia: uno studio americano ha dimostrato come l'interesse primario del lavoratore sia quello di non perdere giornate lavorative ma anche che lo stesso non è disposto a vaccinarsi se è lui a dover sostenere la spesa [18]. Da un punto di vista farmacoeconomico quindi è possibile ritenere consigliabile la vaccinazione antinfluenzale anche per lavoratori giovani e sani [19, 20].

La vaccinazione antinfluenzale garantisce anche un miglioramento delle condizioni di salute, spesso però i parametri utilizzati per la valutazione dei vantaggi derivati dai costi indiretti sono oggetto di discussione dato che il valore attribuito da ogni differente studio a questi costi può essere estremamente variabile influenzando notevolmente la valutazione finale [21, 22]. Queste sono le principali motivazioni per cui le correnti di pensiero sono varie in fatto di vaccinazione sui lavoratori: chi sostiene la non convenienza non può negare una riduzione dell'incidenza dell'infezione da virus dell'Influenza ma sostiene una non riduzione apprezzabile degli episodi clinici di sindrome influenzale che possono essere stati provocati anche da patogeni differenti (p.e. adenovirus e RSV) [23].

In considerazione di quanto detto sembra chiara la necessità di individuare un vaccino che garantisca un'adeguata copertura della popolazione, in modo da migliorare gli effetti sulla salute dei soggetti, mantenendo un vantaggio dal punto di vista economico per coloro che debbano sostenere la spesa delle vaccinazioni, siano essi aziende private piuttosto che il sistema sanitario nazionale.

Uno studio condotto al fine di confrontare l'efficacia di vaccini virosomali adiuvati ha dimostrato che in rapporto ai vaccini convenzionali (a subunità e split), i primi rappresentano un miglioramento in termini sia di efficacia di protezione sia di ritorno economico [24].

Ogni anno sarà quindi opportuno (come è ben noto la composizione dei vaccini influenzali è specifica per ogni annata e difficilmente non viene variata per più di due anni di seguito, proprio per le caratteristiche di variabilità de virus) effettuare una vaccinazione preventiva scegliendo un vaccino che sia in grado di fornire copertura quanto più efficace possibile, con tempistica adeguata alle indicazioni epidemiologiche della stagione, al fine di avere una protezione immunitaria massimale nel momento di massima circolazione del virus [25]. In tal senso, i vaccini virosomali, garantendo una maggiore immunogenicità aumenta la durata della protezione e quindi aumenta la maneggevolezza nell'uso in termini di programmazione della vaccinazione.

Complessivamente quindi dagli studi effettuati in questi ultimi anni, sembra conveniente proteggere i lavoratori attraverso la vaccinazione, soprattutto quelli esposti ad un maggiore rischio di contagio, onde evitare così la diffusione della malattia nell'ambiente di lavoro. Da un punto di vista socio-economico questa misura porta ad una riduzione del carico della malattia, in particolare dei costi diretti legati alle cure mediche ed indiretti legati all'assenteismo nei luoghi di lavoro. La vaccinazione antinfluenzale è, quindi, raccomandata ai lavoratori per il quali i vantaggi delle campagne antinfluenzali all'interno delle imprese sono stati evidenziati da studi di costo-beneficio. Valutazioni farmacoeconomiche a seguito di campagne antinfluenzali in ambienti di lavoro, confermano un rapporto vantaggioso fra risorse investite per organizzare e gestire la campagna antinfluenzale all'interno delle imprese ed il risparmio dovuto al calo delle assenze per malattia ed alle variazioni dell'organizzazione del lavoro. Inoltre permette di raggiungere quella fascia di soggetti potenzialmente a rischio, non compresa nei programmi di vaccinazione del SSN, che si colloca tra i 50 ed i 64 anni di età, permettendo loro di vaccinarsi senza oneri economici.

Sulla base di quanto esposto, la vaccinazione antinfluenzale raccomandata ai soggetti lavoratori sani ed eseguita nell'ambito delle attività preventive previste dal D.Lgs 626/94, costituisce il giusto intervento preventivo che si integra appieno alla profilassi dell'influenza e delle malattie da pneumococco già previste per i soggetti anziani. In tal senso, ad esempio la Circolare riguardante la campagna di vaccinazione antinfluenzale della Regione Lombardia dello scorso anno ribadisce questa complementarità [26] in un'ottica di Sanità Pubblica.

BIBLIOGRAFIA

- Feikin DR, Schuchat A, Kolczak M, Barrett NL, Harrison LH, Lefkowitz L, McGeer A, Farley MM, Vugia DJ, Lexau C, Stefonek KR, Patterson JE, Jorgensen JH. Mortality from invasive pneumococcal pneumonia in the era of antibiotic resistance, 1995-1997. *Am J Public Health.* 2000; 90(2): 223-9.
- Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Cox N, Anderson LJ, Fukuda K. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA.* 2003; 289(2): 179-86.
- Kaiser L, Keene ON, Hammond JM, Elliott M, Hayden FG. Impact of zanamivir on antibiotic use for respiratory events following acute influenza in adolescents and adults. *Arch Intern Med.* 2000; 160(21): 3234-40.
- Kaiser L, Wat C, Mills T, Mahoney P, Ward P, Hayden F. Impact of oseltamivir treatment on influenza-related lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med.* 2003; 163(14): 1667-72.
- Akazawa M, Sindelar JL, Paltiel AD. Economic costs of influenza-related work absenteeism. *Value Health.* 2003; 6(2): 107-15.
- Carrat F, Sahler C, Rogez S, Leruez-Ville M, Freymuth F, Le Gales

- C, Bungener M, Housset B, Nicolas M, Rouzioux C. Influenza burden of illness: estimates from a national prospective survey of household contacts in France. *Arch Intern Med.* 2002; 162(16): 1842-8.
- Saxen H, Virtanen M. Randomized, placebo-controlled double blind study on the efficacy of influenza immunization on absenteeism of health care workers. *Pediatr Infect Dis J.* 1999; 18(9): 779-83.
- Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2000; 355: 93-7.
- Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, Butta J, O'Riordan MA, Steinhoff MC. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. *JAMA.* 1999; 281(10): 908-13.
- Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2000; 284(13): 1655-63.
- Mixeu MA, Vespa GN, Forleo-Neto E, Toniolo-Neto J, Alves PM. Impact of influenza vaccination on civilian aircrew illness and absenteeism. *Aviat Space Environ Med.* 2002; 73(9): 876-80.
- Anonimus. Influenza B Virus outbreak on a Cruise ship - Northern Europe, 2000. *MMWR* 2001 50(08); 137-140.
- Pregliasco F, Mensi C, Serpelli W, et al. Immunogenicity and safety of three commercial influenza vaccines in institutionalized elderly. *Aging Clin Exp Res* 2001; 13: 38-43.
- Pregliasco F, Giardini G, Sandrini MC, et al. Protective efficacy of Influenza V in elderly. Proceeding on Scientific Symposium on Vaccination against Influenza, Kemi, Finlandia, 21-24 marzo 2002
- Glück R, Mischler R, Finkel B, et al. Immunogenicity of a new virosome influenza vaccine in elderly people. *Lancet* 1994; 344: 160-163
- Oxford Js Liposomal influenza vaccine. A viewpoint *Biodrugs* 1999 ; 11 :145.
- Nichol KL. Cost-benefit analysis of a strategy to vaccinate healthy working adults against influenza. *Archives of Internal Medicine.* 2001; 161(5): 749-59.
- Steiner M, Vermeulen LC, Mullahy J, Hayney MS. Factors influencing decisions regarding influenza vaccination and treatment: a survey of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002; 23(10): 625-7.
- Postma MJ, Jansema P, van Genugten ML, Heijnen ML, Jager JC, de Jong-van den Berg LT. Pharmacoeconomics of influenza vaccination for healthy working adults: reviewing the available evidence. *Drugs.* 2002; 62(7): 1013-24.
- Nichol KL. Cost-benefit analysis of a strategy to vaccinate healthy working adults against influenza. *Arch Intern Med.* 2001; 161(5): 749-59.
- Nichol KL, Mallon KP, Mendelman PM. Cost benefit of influenza vaccination in healthy, working adults: an economic analysis based on the results of a clinical trial of trivalent live attenuated influenza virus vaccine. *Vaccine.* 2003; 21(17-18): 2207-17.
- Wood SC, Nguyen VH, Schmidt C. Economic evaluations of influenza vaccination in healthy working-age adults. Employer and society perspective. *Pharmacoeconomics.* 2000; 18(2): 173-83.
- Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(4):CD001269.
- Gasparini R, Lucioni C, Mazzi S, Pregliasco F, Sandrini C. Adjuvanted virosomal vaccine vs conventional vaccine for the control of influenza in the elderly. Economic evaluation. *J Prev Med Hyg.* 2001; 42.
- Bridges CB, Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, Cox NJ, Singleton JA, Advisory Committee on Immunization Practice. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). *MMWR Rec Rep.* 2003; 52(RR-8): 1-34.
- Regione Lombardia, Decreto n. 13332 del 07.08.2003 Organizzazione della campagna vaccinale anti influenzale ed anti pneumococco per la stagione 2003-2004.

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

MG.KVIS
MAGNESIO • POTASSIO

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

MG.KVIS 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.

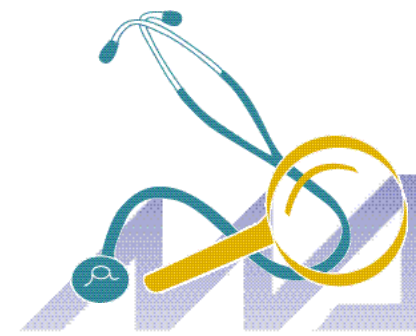
MG.KVIS contribuisce a ripristinare l'efficienza dell'organismo nei casi di ridotto apporto nutrizionale o di aumentato fabbisogno. È quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

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



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



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Azelio De Santa
Sezione Trentina*

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SILICOSI NELLA LAVORAZIONE DEL PORFIDO SULLA BASE DEI DATI DI ESPOSIZIONE A SILICE LIBERA CRISTALLINA

PREMESSA

Il rischio di silicosi da inalazione di silice cristallina è proporzionale alla "dose" e cioè alla quantità di cristalli di silice libera cristallina inalati e ritenuti nei distretti non ciliati delle basse vie respiratorie. Purtroppo, non è conosciuto alcun indicatore biologico di dose e quindi non è possibile stabilire in modo semplice e diretto il rischio di un lavoratore esposto a silice cristallina. La misura dell'esposizione giornaliera a silice è stata utilizzata negli ultimi decenni, a fini preventivi, come un surrogato della dose (C. Rice - Silica sampling methods for industrial hygiene, ambient and emergency settings - Pre-Symposium Minicourses - 3° International Symposium on Silica, Silicosis, Cancer and other Diseases - S. Margherita Ligure 21-25 ottobre 2002). Infatti, l'esposizione giornaliera può essere confrontata con un valore di riferimento proposto da varie agenzie o associazioni scientifiche fra le quali, già da tempo, l'ACGIH (USA) ha acquisito una posizione di particolare prestigio. In altre parole, il valore di riferimento per scopi preventivi (TLV - TWA ACGIH = 0,05 mg/mc) viene utilizzato come valore di concentrazione ponderata su 8 ore di silice cristallina il cui rispetto, anche per esposizioni di 40 ore settimanali per tutta la vita lavorativa, consente di non superare la dose minima (di silice nei polmoni) per la comparsa della silicosi nella maggior parte dei lavoratori esposti.

È comprensibile che le finalità preventive perseguite da chi propone i TLV's consentano e giustifichino l'approssimazione insita nell'utilizzo di questo strumento per la valutazione indiretta del rischio.

Tuttavia, in alcune lavorazioni, l'esposizione ha caratteristiche temporali tali da rendere inaccettabile questa approssimazione. Nel caso della lavorazione del porfido, ad esempio, da una parte il numero ridotto di ore di lavoro giornaliere, che usualmente non supera le sette ore, e dall'altra l'interruzione del lavoro durante i mesi invernali concorrono a costituire una condizione espositiva molto particolare tanto da richiedere un aggiustamento di tale approssimazione almeno per fini medico-legali o assicurativi e cioè per la definizione del premio supplementare per la silicosi.

Questa necessità, è rinforzata dall'evidenza che il numero di casi di silicosi che possono essere messi in relazione con la lavorazione del porfido è pressoché nullo (Particolarità nell'utilizzo di TLV per il quarzo nella lavorazione del porfido - Atti del 18° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana degli Igienisti Industriali - pg 46 e seg.).

Infatti, la sorveglianza sanitaria di circa 1.000 lavoratori/anno del porfido negli ultimi dieci anni ha evidenziato un numero pressoché nullo di casi di silicosi a fronte di un numero elevato di lavoratori la cui esposizione ha occasionalmente o ripetutamente superato il TLV e che quindi risulterebbero, con

Figura 1 - Cava di porfido



criteri preventivi, esposti a rischio sulla base di dati di igiene industriale raccolti negli ultimi otto anni. È opportuno sottolineare che questi dati di esposizione rappresentano molto verosimilmente per difetto l'esposizione avvenuta nei venti anni precedenti alle misure e quindi è ancora meno spiegabile l'assenza pressoché totale di nuovi casi di silicosi fra i lavoratori con anzianità di rischio elevate.

La stridente discrepanza fra i casi attesi di silicosi e quelli osservati conferma la necessità di adeguare i modelli valutativi del rischio alle specifiche caratteristiche della lavorazione del porfido.

DEFINIZIONI

TLV = valore di riferimento con finalità preventive per la concentrazione di un inquinante negli ambienti di lavoro che risulta essere protettivo per la quasi totalità degli esposti, anche per esposizioni di 8 ore quotidiane per tutta la vita lavorativa; nel caso della silice cristallina si utilizza il TLV TWA che esprime la concentrazione media che risulta protettiva dopo la ponderazione sulle 8 ore di lavoro.

LRA = limite di esposizione assicurabile. Attualmente corrisponde al TLV del quarzo = 0,05 mg/mc

Giorni lavorativi = massimo giornate di lavoro contrattualmente dovute dal lavoratore

Giorni lavorati = numero di giornate effettivamente lavorate

TLV_{anno} = valore di riferimento che si ottiene moltiplicando il TLV-TWA per 220 giorni lavorativi

EC_{anno} = esposizione cumulativa su base annua = esposizione giornaliera a silice x giorni lavorati

ECP = esposizione cumulativa ponderata: $\Sigma EC_{\text{anno}} / \text{anni}$

IRA = indice di rischio assicurabile = rapporto fra ECP e TLV_{anno}

SPECIFICITÀ DELL'ESPOSIZIONE A QUARZO NELLA LAVORAZIONE DEL PORFIDO

Il confronto dei dati di esposizione dei lavoratori del porfido con i valori di riferimento (a scopi preventivi = TLV, a scopi assicurativi = limite di rischio assicurabile = LRA) deve tener conto delle caratteristiche peculiari di quella lavorazione ed in particolare del numero ridotto di ore giornaliere e del numero ridotto di giorni all'anno di lavoro per la sospensione invernale dell'attività fino a tre mesi.

Tab. 1 -

LAVORAZIONI	ORE LAVORATE (media 2000-2002)	%
Prima e seconda lavorazione porfido (13 aziende)	1313	100
Terza lavorazione porfido	1441	110
azienda industriale 1 con esposizione a silice	1517	123
azienda industriale 2 con esposizione a silice	1645	125
azienda industriale 3 con esposizione a silice	1712	130
azienda industriale 4 con esposizione a silice	1750	133

Tab. 2 -

	EC _{anno}	TLV _{anno}	% sul TLV _{anno}	RISCHIO
operaio industria	12,10	11	110	presente
operaio porfido	8,02	11	82	assente

È stato dimostrato (Esposizione quotidiana ed esposizione cumulativa: considerazioni sull'esposizione professionale a silice cristallina - De Santa et al. - Atti del 9° Convegno di Igiene Industriale "Le giornate di Corvara" - Associazione Italiana degli Igienisti Industriali - pg 349 e seg.) che i lavoratori del porfido lavorano fino al 30% in meno dei lavoratori dell'industria.

Ponendo eguale a 100 la durata annua del lavoro degli addetti alla prima e seconda lavorazione del porfido, vengono riportate nella tabella seguente le esposizioni (percentuali) delle lavorazioni industriali con esposizione a silice che sono state prese a confronto. I dati sono stati raccolti su un campione rappresentativo dell'intero settore composto da 13 aziende e sono stati confrontati con le ore lavorate in alcune industrie nelle quali è presente il rischio silice a livelli paragonabili a quelli tipici del porfido (vetro, cemento, refrattari) (tabella 1).

A parità di esposizione giornaliera, un lavoratore del porfido (prima e seconda lavorazione) inala dal 20 al 30% di silice in meno di un suo collega impiegato nell'industria. Eppure il loro rischio viene valutato allo

stesso modo e cioè confrontando la misura dell'esposizione relativa ad una giornata di lavoro con il TLV-TWA.

È intuibile che la dose interna di silice, e conseguentemente il rischio di silicosi, sarà ben diversa nei due casi. Ecco perché, nel caso della lavorazione del porfido, appare inevitabile il ricorso ad una applicazione personalizzata dei valori di riferimento almeno a fini assicurativi e medico legali, tenendo conto dell'effettiva durata dell'esposizione.

L'adozione di due parametri, finora utilizzati prevalentemente da epidemiologi americani, potrebbe contribuire a risolvere almeno parzialmente questo problema: l'esposizione cumulativa su base annua e l'esposizione cumulativa ponderata su più anni.

Esposizione cumulativa su base annua(EC_{anno}) =
esposizione giornaliera a silice x giorni lavorati

Questi valori devono essere confrontati con un valore di riferimento che si ottiene moltiplicando il TLV-TWA per 220 giorni lavorativi = $0.05 \times 220 = TLV_{\text{anno}} = 11 \text{ mg/mc/anno}$.

Figura 1 - Cristalli



Ipotizzando che un lavoratore del porfido ed uno dell'industria risultino avere un'esposizione giornaliera uguale fra loro e di poco superiore al TLV-TWA (p.es. 0.055 mg/mc), avremo un'esposizione cumulativa annua (EC_{anno}) rispettivamente pari a 9,02 mg/mc/anno (0.055×164) e 12,1 mg/mc/anno (0.055×220).

Rapportando a quest'ultimo valore le due esposizioni calcolate si ottiene quanto riportato in tabella 2.

Tuttavia, l' EC_{anno} non è ancora il parametro migliore per valutare la dose interna di ciascun lavoratore (e quindi il suo rischio di contrarre la silicosi) in quanto l'esposizione a livelli moderatamente superiori al valore di riferimento per tempi limitati non è sufficiente per realizzare il rischio di silicosi.

Il parametro che più si avvicina al contenuto informativo espresso dalla "dose interna" è la ponderazione nel tempo delle varie misure di esposizione cumulativa di ciascun lavoratore a condizione che siano sufficientemente frequenti. Questo valore dovrà essere confrontato con quello ottenuto dal prodotto fra TLV_{anno} e gli anni di osservazione.

Esposizione cumulativa ponderata (ECP):
 $\Sigma EC_{anno} / \text{anni}$

ECP è l'indicatore di rischio che più si avvicina alla

dose interna e quindi può essere utilizzato per fini assicurativi o medico-legali.

È ovvio che il numero e la frequenza delle misure deve essere sufficientemente rappresentativo dell'esposizione: è necessario perciò avere almeno una misura ogni 12 - 24 mesi. Nel caso che nel corso di un anno non ci fossero dati di esposizione, si può utilizzare (solo una volta) il valore di esposizione trovato l'anno precedente. È probabile che, dopo un numero adeguato di misure, la media ponderata delle EC_{anno} si avvicini molto all'esposizione media reale del lavoratore e sicuramente si avvicini di più di una o poche misurazioni estemporanee al contenuto informativo della dose interna.

Nelle tabelle 3 e 4 viene descritto l'andamento dell'esposizione cumulativa annua e ponderata in due casi con esposizioni giornaliere (una misura all'anno) uguali ma con giorni lavorati diversi ipotizzando una condizione compatibile rispettivamente con la durata del lavoro nel porfido e nell'industria.

Tab. 3 - IPOTESI DI ANDAMENTO DELL'ESPOSIZIONE CUMULATIVA E CUMULATIVA PONDERATA - PORFIDO

Anno	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Esp.d (microgr/mc)	40	80	70	50	60	40	70	55	42	70	62
GG lavorati	160	170	163	168	171	159	170	180	168	158	164
EC anno (mg/mc)	6,4	13,6	11,41	8,4	10,26	6,36	11,9	9,9	7,056	11,06	10,168
ECP (mg/mc/anno)		10	10,47	9,96	10,01	9,41	9,76	9,78	9,48	9,63	9,683091
IRA		0,91	0,95	0,90	0,91	0,86	0,89	0,89	0,86	0,88	0,88

Tab. 4 - IPOTESI DI ANDAMENTO DELL'ESPOSIZIONE CUMULATIVA E CUMULATIVA PONDERATA - INDUSTRIA

Anno	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Esp.d (microgr/mc)	40	80	70	50	60	40	70	55	42	70	62
GG lavorati	220	215	200	205	214	203	210	208	203	220	219
EC anno (mg/mc)	8,80	17,20	14,00	10,25	12,84	8,12	14,70	11,44	8,53	15,40	13,58
ECP (mg/mc/anno)		13,00	13,33	12,56	12,62	11,87	12,27	12,17	11,76	12,13	12,26
IRA		1,18	1,21	1,14	1,15	1,08	1,12	1,11	1,07	1,10	1,11

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
- Farie - Farie in visione intermedia
- Visione dei colori - Visione dei contrasti
- Abbagliamento - tempo di recupero
- Affaticamento visivo
- Visione clinica



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
- Farie
- Colori
- **Kit Visione intermedia (optional)**
- **Campimetro (optional)**



Influenza?

Dai le risposte Giuste!



10. Kitchin SA, Thompson WW, Finkelstein DM, et al. Immunogenicity and safety of three commercial influenza vaccines in institutionalized elders. *Ageing Clin Exp Res* 2000; 14: 209-215.

11. Coker R, Gaudin D, Vermet P, et al. Immunogenicity of trivalent subunit versus monovalent influenza vaccine in geriatric patients. *Vaccine* 1998; 16: 1085-1090.

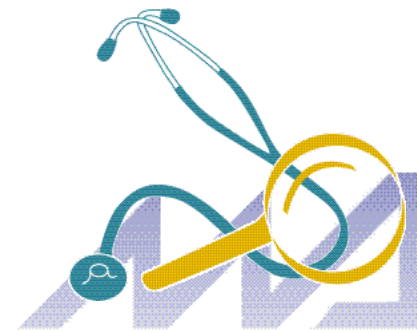
12. Kramarz A, Marchbanks M, Hertzberg SP, Gorbach P, Laine H, Stone J, Kramarz G, Henney C. Comparison of immunogenicity and tolerability of a vaccine adjuvanted and a split influenza vaccine in children. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 43: 1099-1105.

13. Henney C, McNeilly D, McNeil D, et al. Monovalent influenza vaccine in children. *Vaccine* 2002; 20: 3082-3087.

14. Jansz A, Ammend D, Bours G, Bredius A, Tans A. Safety and immunogenicity of influenza vaccination in individuals infected with HIV. *Vaccine* 2002; 20: 3088-3093.

15. Gauri G, Sornvilamai C, Pongpiakul A, Jansz A, Ammend D. Immunogenicity and safety of an adjuvanted influenza vaccine in patients with decompensated cirrhosis. *Vaccine* 2002; 20: 3094-3099.

RASSUNTIVO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO: 1. **DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE** INFLEXAL[®] L'aspirazione iniettabile, 079802 - Vaccinazione infuenzale (antigene di superficie, inattivato, virale) Stagione 2004/2005. 2. **COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Antigene di superficie dell'antigeno infuenzale, inattivato, virale, contenente antigeni^{*} A/Sydney/05/2002 (H3N2) (A/Wisconsin/3593/04) 7,5 mcg; A/Hongkong/48/2002 (H3N2) (A/Leningrad/559/04) 7,5 mcg; A/Bangkok/1/2002 (H3N2) (B/Sydney/05/2002) 7,5 mcg/mcg/mg^{*}, per ogni dose da 0,5 ml, "propagati in siero di gallina". "emulsione in olio". 3. **FORMA FARMACEUTICA** Aspirazione iniettabile. 4. **INFORMAZIONI CLINICHE** 4.1 **Indicazioni terapeutiche.** Profilassi dell'influenza, specialmente nei soggetti che corrono maggiore rischio di complicazioni associate. 4.2 **Psicologia e modo di somministrazione.** Adulti e bambini dai 6 mesi in su: 0,5 ml. Bambini da 6 a 35 mesi: del titolo sono stati utilizzati dosaggi di 0,25 ml e 0,5 ml. Per i bambini che non sono stati precedentemente vaccinati deve essere somministrata una seconda dose dopo un intervallo di almeno 4 settimane. L'immunizzazione deve essere effettuata mediante iniezione intramuscolare o sottocutanea profonda. 4.3 **Controindicazioni** Intollerabilità ai principi attivi, ad uno qualsiasi degli esipienti, alle uova, alle proteine del pollo, alla gelatina e al latte vaccino. L'immunizzazione deve essere rinviata nei pazienti con allergia fetale o infuenza acuta. 4.4 **Avvertenze speciali e opportune precauzioni di impiego.** Come per tutti i vaccini iniettabili, un appropriato trattamento e controllo medico devono essere prontamente disponibili nel caso di una rara reazione anafilattica conseguente alla somministrazione del vaccino. I vaccini Inflexal[®] V non deve in nessun caso essere somministrato per via intratecale. La risposta anticorpale può essere insufficiente nei pazienti con immunosoppressione endogena o esogena. 4.5 **Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** I vaccini Inflexal[®] V può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. Immunizzazione deve però essere effettuata in siti differenti. Deve essere considerato che la somministrazione contemporanea può interferire le reazioni avverse. La risposta immunologica può essere ridotta se il paziente è in trattamento con farmaci immunosoppressori. In seguito alla vaccinazione infuenzale, possono essere osservati risultati falsi positivi nei test sierologici, mediante il metodo ELISA, per identificare gli antigeni verso HIV-1, l'asma dellepatite C e, soprattutto, l'HIV-2. In tal caso il metodo Western Blot è negativo. Questi risultati falsi positivi transitori potrebbero essere dovuti alla produzione di IgM e risposta al vaccino. 4.6 **Gestione e allattamento.** I dati limitati delle vaccinazioni in donne gravide non indicano che gli esiti avversi fetali e materni sono attribuibili al vaccino. L'uso di questo vaccino può essere considerato dal secondo trimestre di gravidanza. Per le donne in gravidanza, con condizioni mediche che aumentano il rischio di complicazioni derivanti dall'influenza, la somministrazione del vaccino è raccomandata indipendentemente dal periodo della gravidanza. I vaccini Inflexal[®] V può essere usato durante l'allattamento. 4.7 **Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchine.** È improbabile che il vaccino determini effetti sulla capacità di guidare e di usare macchine. 4.8 **Effetti indesiderati.** Reazioni avverse da studi clinici: La sicurezza dei vaccini infuenzali inattivati è valutata in studi clinici aperti, non controllati, effettuati come requisito per l'aggiornamento annuale, che includono almeno 50 adulti di 18-60 anni di età ed almeno 50 anziani di età maggiore o uguale a 65 anni. La valutazione della sicurezza è effettuata durante i 3 giorni successivi alla vaccinazione. Gli effetti indesiderati riportati sono elencati secondo la seguente frequenza. Eventi avversi da studi clinici Comuni (>10%) Reazioni locali: arrossamento, gonfiore, dolore, eritema, indurimento. Reazioni sistemiche: febbre, malumore, brividi, stanchezza, cefalea, sudorazione, nausea, vertigine. Generalmente queste reazioni compaiono entro 12 giorni senza trattamento. Inoltre dalla prevalenza post-marketing, sono stati riportati i seguenti eventi avversi Non comuni (<10-000, >1/1000): Reazioni cutanee generalizzate, che includono prurito, orticaria o rash non specifici. Rari (<1/10.000, >1/100.000) nevralgia, parestesia, convulsioni, trombocitopenia transitoria (sono state segnalate reazioni allergiche che in tal caso hanno condotto allo shock). Molto rari (<1/100.000): Vaccinato con intossicazione renale transitoria. Disturbi neurologici, quali encefalite, mielite e sindrome di Guillain Barre. 4.9 **Somministrazione.** È improbabile che il somministrare possa avere alcun effetto indesiderato. 5. **PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** 5.1 **Proprietà farmacodinamiche.** La somministrazione è efficace generalmente entro 3-5 settimane. La durata dell'immunità postvaccinale verso ogni antigene è oggi direttamente correlata ai quelli contenuti nel vaccino varia ma solitamente 1-3-12 mesi. 5.2 **Proprietà farmacocinetiche.** Non applicabile. 5.3 **Dati pre-clinici di sicurezza.** Non applicabile. 6. **INFORMAZIONI FARMACOTECNICHE** 6.1 **Elenco degli esipienti.** Corio di uovo, olio idrolizzato di soia, glicerolo, fosfato tricalcico, monobenzil, lecitina, acqua per preparazioni iniettabili. 6.2 **Incompatibilità.** Poiché non sono stati condotti studi di compatibilità Inflexal[®] V non deve essere miscelato con altri prodotti medicinali. 6.3 **Periodo di validità.** v. anno. 6.4 **Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare in frigorifero fra 2°C e 8°C. Non congelare. Il vaccino iniettabilmente congelato non deve essere usato. Proteggere dalla luce. 6.5 **Natura e contenuto del contenitore.** 0,5 ml di aspirazione in siringa pre-riempita (senza ago) - confezione da 1 o da 10. 6.6 **Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Il vaccino deve essere portato a temperatura ambiente prima di iniettarlo. Agitare prima dell'uso. Quando è indicato una dose da 0,25 ml, la siringa preimpostata deve essere tenuta in posizione verticale e deve essere eliminato metà del volume. Iniettare il volume rimasto. 7. **TITOLARI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Titolari MC, Istituto Sordaniapoli Sema S.p.A. Via Bellinzona 3 - 27100 COMO Italia 8. **NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 00000000 (coperti) - 00000000 (coperti) - 00000000 - 00000000 9. **DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 0000-00-00 10. **DATA DI APPROVAZIONE/REVISIONE DEL TESTO** luglio 2004



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Terenzio Cassina
Sezione Lombarda

Relazione effettuata al convegno
"Esperienze applicative del DL 626/94
nel Pubblico Impiego"
svoltosi a Milano il 24 settembre u.s.

LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI VIDEOTERMINALISTI

ANALISI DEI RISULTATI REGISTRATI IN SISINFO 626 - PERIODO 2 LUGLIO 2001-31 DICEMBRE 2003

Il D.Lgs.626/94 prevede che i lavoratori che utilizzano attrezzature munite di VDT per 20 o più ore settimanali siano sottoposti periodicamente a visita del medico competente con esame degli occhi e della vista.

Negli orientamenti circa per la sorveglianza sanitaria le linee guida per l'applicazione del titolo VI del D.Lgs.626 preparate dal “coordinamento tecnico per la prevenzione degli assessorati alla sanità delle regioni e province autonome” indicano che :

- Le visite mediche da effettuare prima dell'adibizione a VDT o in sede di prima applicazione includano ... *anamnesi ergoftalmologica*esame della refrazione ed eventuale correzione *esame degli annessi, del segmento anteriore e posteriore *valutazione delle forie, stereopsi e PPC *valutazione del senso cromatico ed eventualmente esame ortottico completo, esame del film lacrimale e tonometria.
- In sede di visite successive sarà compito del MC, effettuato un adeguato raccordo anamnestico, individuare l'insieme di procedure cliniche o strumentali idoneo a monitorare nel tempo le condizioni degli apparati visivo e muscoloscheletrico.

Conformemente a tale indicazione si è concordato con l'Ufficio Medico Fiscale del Comune di Milano che i lavoratori identificati per adibizione a VDT di 20 o più ore settimanali in occasione della prima visita presso il H San Raffaele Resnati fossero sottoposti, a visita del medico competente, a visita oculistica e ad esame ortottico.

In occasione della prima visita il Medico Competente svolge la visita medica generale e somministra al lavoratore un questionario anamnestico.

La scheda permette la raccolta standardizzata di alcuni dati tra cui:

- entità di utilizzo del VDT espressa come ore medie settimanali
- presenza di disturbi correlabili all'uso del VDT
- presenza di disturbi osteoarticolari
- dati sull'utilizzo di correzioni ottiche e dati specifici della storia oculistica del soggetto.

I dati del questionario, i rilievi clinici, i risultati della visita medica e dell'esame ortottico (standardizzati in categorie) sono stati registrati sul sistema informatico SISINFO 626 utilizzato per la gestione di tutte le attività di tutela della salute dei lavoratori del Comune di Milano in questo triennio.

I lavoratori comunali inviati a visita medica perchè videoterminalisti per i quali è stata registrata in SISINFO la scheda anamnestica per VDT in corso di prima visita sono stati n. 3170.

In relazione a quanto dichiarato l'utilizzo settimanale è stato quantificato come in tabella 1.

Tab. 1

Fino a 19 ore	490	15.5 %
20 o più ore	2587	81.6 %
Utilizzo non segnalato	93	2.9 %

Tab. 1b

	ENTITÀ USO VDT				TOTALI
	fino a 19	%	sup 19	non segnalato	
DIREZIONE GENERALE					
acquisti, gare e contratti	8	10.5	65	3	76
Ambiente e mobilità	36	13.5	225	6	267
Avvocatura comunale	1	6.7	14	0	15
Cultura, sport, turismo e tempo libero	159	31.4	331	16	506
Decentramento autorizzazioni	17	3.5	459	11	487
Educazione	14	9.8	122	7	143
Finanza, patrimonio e bilancio	22	8.6	225	8	255
Pianificazione urbana e attuazione p.r.	48	18.7	200	8	256
Polizia municipale	20	15.5	102	7	129
Presidenza del consiglio	4	9.3	39	0	43
Programmazione, controlli e sist. inf.	11	8.4	118	2	131
Risorse umane, oorganizzazione e s.i.	79	17.5	357	14	450
Servizi socio-sanitari	46	20.3	176	4	226
tecnica	11	10.7	86	6	103
Unità organizzative di Palazzo Marino	14	16.9	68	1	83
TOTALE COMUNE	490	15.5	2587	93	3170

La suddivisione per Direzioni Centrali di tale dato è la riportata in tabella 1B.

Il personale inviato a visita ma non videoterminalista ai sensi del d.lgs. 626 ha costituito, in questo studio, il gruppo di confronto: è identificato gruppo dei “bassi utilizzatori” di VDT.

RISULTATI DEGLI ACCERTAMENTI

Nelle tabelle seguenti sono mostrati in modo sintetico i risultati delle visite specialistiche eseguite e la correlazione con la segnalazione di disturbi oculo-visivi (astenopia) sia per i lavoratori videoterminalisti che per i bassi utilizzatori.

Sono stati considerati positivi per presenza di astenopia tutti coloro che hanno segnalato la presenza, in

relazione all'attività lavorativa, di almeno uno tra i seguenti disturbi:

- Secchezza oculare
- Bruciore oculare
- Prurito oculare
- Lacrimazione
- Visione sfuocata PV
- Cefalea frontale
- Visione sdoppiata
- Visione sfuocata PL
- Iperemia oculare.

Nelle tabelle 2 e 3 sono inseriti tutti gli esiti delle visite eseguite indipendentemente dall'entità di adibizione a VDT e dalla completezza degli altri dati clinico anamnestici sui qualli si basano le successive tabelle presentate in questo studio.

Tab. 2 - Visita oculistica

Normalità	1341	38.4 %
Patologia oculare misconosciuta	7	0.2 %
Patologia oculare già conosciuta	107	3.1 %
Difetto refrattivo adeguatamente corretto csl	1685	48.3 %
Difetto refrattivo ipocorretto ma non migliorabile	53	1.5 %
Difetto refrattivo non adeguatamente corretto csl	296	8.5 %
Totale visite oculistiche eseguite	3489	100 %

(gli esiti delle visite oculistiche sono state registrate per ciascun lavoratore nel sistema informatico secondo le categorie elencate in tabella; per ciascun lavoratore è stato inserito un solo esito ovvero, ad esempio, nel caso di compresenza di patologia oculare e deficit refrattivo è stato inserito solo il primo fattore ritenuto più importante per definire la condizione sanitari del lavoratore)

Tab. 3 - Visita ortottica

Normalità	3004	87.1 %
Strabismo latente	92	2.7 %
Strabismo manifesto	57	1.6 %
Alterazione di pertinenza ortottica	278	8.1 %
Alterazione ortottica meritevole di terapia specifica	17	0.5 %
Totale visite ortottiche eseguite	3448	100 %

(gli esiti degli esami ortottici sono stati registrati per ciascun lavoratore nel sistema informatico secondo le categorie elencate in tabella; per ciascun lavoratore è stato inserito un solo esito)

Tab. 4 - ANALISI DEI RISULTATI DELLE VISITE OCULISTICHE PER GLI ADDETTI CHE HANNO DICHIARATO USO DI VDT DI 20 ORE O SUPERIORE

Sono analizzati 2515 casi (97.2% sul totale di 2587 che hanno dichiarato un uso VDT superiore a 19 ore settimanali) in quanto per gli altri casi i dati anamnestici ovvero i dati dell'accertamento non erano completi e pertanto correttamente usufruibili allo scopo dello studio.

ESITO VISITA	TOT. LAVORATORI 2515	%	NON ASTENOPICI 1523 (60,6%)	%	ASTENOPICI 992 - (39,4%)	%
Normalità (emmetrope)	944	37,5%	626	41,1%	318	32,1%
Difetto refrattivo adeguatamente corretto csl	1244	49,5%	712	46,8%	532	53,6%
Difetto refrattivo ipocorretto	243	9,7%	137	9,0%	106	10,7%
Patologia oculare	84	3,3%	48	3,1%	36	3,6%

Tab. 5 - ANALISI DEI RISULTATI DELLE VISITE OCULISTICHE PER GLI ADDETTI CHE HANNO DICHIARATO USO DI VDT INFERIORE A 20 ORE SETTIMANALI

Sono analizzati 449 casi (93 % sul totale di 490 che hanno dichiarato in corso di visita un uso VDT inferiore a 20 ore settimanali) in quanto per gli altri casi i dati anamnestici ovvero i dati dell'accertamento non erano completi e pertanto correttamente usufruibili allo scopo dello studio.

ESITO VISITA	TOT. LAVORATORI 449	%	NON ASTENOPICI 397 (88,4%)	%	ASTENOPICI 52 - (11,6%)	%
Normalità (emmetrope)	179	39,9%	167	42,1%	12	23,1%
Difetto refrattivo adeguatamente corretto csl	206	45,9%	177	44,6%	29	55,8%
Difetto refrattivo ipocorretto	57	12,6%	48	12,1%	9	17,3%
Patologia oculare	7	1,6%	5	1,2%	2	3,8%

Tab. 6 - ANALISI DEI RISULTATI DELLE VISITE ORTOTTICHE PER GLI ADDETTI CHE HANNO DICHIARATO USO DI VDT DI 20 ORE O SUPERIORE

Sono analizzati 2514 casi (97.2% sul totale di 2587 che hanno dichiarato un uso VDT superiore a 19 ore settimanali) in quanto per gli altri casi i dati anamnestici ovvero i dati dell'accertamento non erano completi e pertanto correttamente usufruibili allo scopo dello studio.

ESITO VISITA	TOT. LAVORATORI 2514	%	NON ASTENOPICI 1524 (60,6%)	%	ASTENOPICI 990 - (39,4%)	%
Normalità ortottica	2197	87,4%	1349	88,5%	848	85,7%
Strabismo latente	61	2,4%	39	2,6%	22	2,2%
Alterazione di pertinenza ortottica	256	10,2%	136	8,9%	120	12,1%

Tab. 6 - ANALISI DEI RISULTATI DELLE VISITE ORTOTTICHE PER GLI ADDETTI CHE HANNO DICHIARATO USO DI VDT INFERIORE A 20 ORE SETTIMANALI

Sono analizzati 426 casi (88.2 % sul totale di 490 che hanno dichiarato un uso VDT inferiore a 20 ore settimanali) in quanto per gli altri casi i dati anamnestici ovvero i dati dell'accertamento non erano completi e pertanto correttamente usufruibili allo scopo dello studio.

ESITO VISITA	TOT. LAVORATORI 426	%	NON ASTENOPICI 1524 (60,6%)	%	ASTENOPICI 990 - (39,4%)	%
Normalità ortottica	365	85,7%	330	87,3%	35	72,9%
Strabismo latente	13	3,0%	10	2,6%	3	6,2%
Alterazione di pertinenza ortottica	48	11,3%	38	10,1%	10	20,9%

CONCLUSIONI

- (tab. 2) Sono stati registrate in SISINFO i risultati di n.3489 visite oculistiche eseguite nel periodo 2 luglio 2001-31 dicembre 2003 per dipendenti comunali inviati a visita perchè ritenuti videoterminalisti ai sensi dell'art 51 del d.lgs.626. Tali visite, refertate in modo standardizzato, hanno consentito di individuare nello 0.2 % della popolazione patologie oculari non conosciute e nello 8.5 % difetti visivi ipocorretti con le lenti in uso e migliorabili. La frequenza di difetti visivi ipocorretti con le lenti in uso e migliorabili è risultata molto minore (circa 1/4) di quella segnalata nello studio sui dipendenti SIP presentato dal dott. Di Bari (Clinica oculistica) e dal prof. Rubino (Medicina del Lavoro) dell'Università di Torino il 1/12/1989 alla Clinica del Lavoro di Milano (1-2-3-4). Questo dato segnala una **attuale maggior attenzione della popolazione alle problematiche visive**. Tale attenzione appare maggiore tra gli utilizzatori di VDT rispetto ai bassi utilizzatori infatti i difetti refrattivi ipocorretti sono rispettivamente il 9.7% contro il 12.6% (tab.9). Questo dato è ragionevole in quanto l'utilizzo rilevante di una funzione fa tendere alla sua ottimizzazione.
- Confrontando ulteriormente i nostri dati con quelli di Rubino -Di Bari si rileva invece che la frequenza di emmetropi.nella popolazione complessiva non sia sostanzialmente variata (tab.8).
- (tab.1) Del personale inviato a visita, analizzando il dato raccolto in anamnesi, il 15.5% non rispondeva alla definizione di videoterminalista in quanto ha dichiarato adibizione a VDT inferiore alle 20 ore settimanali. L'identificazione corretta dei dipendenti videoterminalisti non è di facile attuazione ma è auspicabile, tenuto conto dell'elevato numero di utilizzatori, che sia attuata una uniforme modalità per la definizione degli “esposti” in quanto per i dipendenti che utilizzano il VDT meno di 20 ore settimanali e non sono esposti ad altri rischi con

Tab. 8		
	Rubino - DiBari (1983-1989)	Comune di Milano (2001-2003)
Emmetropi	37%	38,4%
Difetti di refrazione adeguatamente corretti	29,5%	48,3%
Difetti visivi non corretti ovvero non adeguatamente corretti	33,5%	8,5%

- obbligo di sorveglianza sanitaria l'esecuzione di visite mediche ed accertamenti sanitari periodici non è da effettuare perchè, tra l'altro, viola il dettato dello “statuto dei lavoratori-legge 300/1970” oltre che essere un inutile costo per l'ente.
- * alcuni medici competenti nel commento alla relazione sanitaria annuale hanno invece proposto una analisi dettagliata dei posti di lavoro mediante la compilazione da parte degli utilizzatori di schede descrittive del posto di lavoro, delle modalità e del tempo lavorativo; la autocompilazione delle schede dovrebbe far parte di un iter formativo sugli aspetti ergonomici del lavoro di ufficio ma potrebbe anche fornire dati circa la reale adibizione a VDT dei lavoratori. E informazioni utili da utilizzare come contributo alla valutazione dei rischi.
 - * Presso il Comune di Firenze è stata attuata una procedura che prevedeva l'autodichiarazione di ciascun dipendente (su format scaricabile dalla posta informatica interna) controfirmata dal datore di lavoro ovvero dal dirigente competente.
 - (tab.9) I risultati delle visite oculistiche non appaiono significativamente diversi tra i videoterminalisti e i bassi utilizzatori (questo gruppo è costituito come detto da 449 lavoratori sottoposti ad accertamenti come videoterminalisti ma che hanno segnalato una adibizione a vdt molto inferiore alle 20 ore settimanali); in particolare si rileva che la frequenza di difetti refrattivi tra gli utilizzatori di VDT è del 59.2% contro il 58.6% tra i bassi utilizzatori. Questo dato conferma quanto già riportato da altri autori ed evidenzia che l'utilizzo di VDT non comporta l'insorgenza di difetti refrattivi (5).
 - (tab 4 e 5) Hanno segnalato disturbi astenopeici correlati al lavoro il 39.4% (questa frequenza è

Tab. 9 - Confronto tra gli esiti delle visite oculistiche eseguite nei videoterminalisti e nei lavoratori con utilizzo di VDT inferiore a 20 ore settimanali

	Uso vdt superiore 20 ore	Uso vdt inferiore 20 ore
TOTALE	2408	449
Normalità (emmetrope)	944 37,5%	179 39,9%
Difetto refrattivo adeguatamente corretto csl	1284 49,5%	206 45,9%
Difetto refrattivo ipocorretto	243 9,7%	57 12,7%
Patologia coculare	84 3,3%	7 1,5%

- simile a quelle rilevate in uno studio effettuato sui dipendenti del pubblico impiego da Bellia e coll. - 6-) dei videoterminalisti contro l'11.6 % dei bassi utilizzatori. Gli emmetropi sono il 32.1 % degli astenopici tra gli utilizzatori di VDT, mentre sono il 23% tra i bassi utilizzatori astenopici; è invece simile la frequenza di portatori di adeguata correzione visiva tra gli astenopeici- utilizzatori e bassi utilizzatori di VDT mentre è marcatamente più elevata la frequenza di soggetti con ipocorrezione ottica tra gli astenopeici bassi utilizzatori rispetto ai videoterminalisti (rispettivamente 17.3% contro 10.7%). Pertanto si rende evidente da questi dati come concorrono all'astenopia sia l'uso del VDT come pure l'ipocorrezione ma questo secondo fattore risulta più debole per l'insorgenza del disturbo tra il personale adibito lungamente aVDT ovvero potrebbe svolgere un fattore di preselezione della popolazione che lavora molto con il VDT.
- Questo rilievo si conferma anche dai dati della **tab. 10** nella quale si evidenzia che la frequenza di astenopia è relativamente maggiore tra gli emmetropi utilizzatori di VDT rispetto agli ipocorretti utilizzatori

- (+ 9.9 %) mentre il rapporto nel caso dei bassi utilizzatori è invertito: la percentuali degli emmetropi con astenopia è minore (- 7-8 % circa) sia in confronto a quella degli ipocorretti che a quella dei portatori di correzione ottica adeguata.
- (tab 3) Nello stesso periodo sono state registrati in SISINFO i risultati di n.3318 visite ortottiche. Nello 0.5% dei casi è stata indicata la necessità di una terapia ortottica specifica.
 - I risultati complessivi delle correlazioni con i disturbi oculo visivi sono mostrati nelle **tabelle 6 e 7**. Anche in questo caso la frequenza di portatori di alterazioni ortottiche (strabismi, disforie, ecc) risulta più alta tra gli astenopici con bassa adibizione a VDT. Valgono anche qui le considerazioni fatte in rapporto agli esiti delle visite oculistiche: l'adibizione a vdt è il principale fattore da correlare all'astenopia ma le persistenti alterazioni probabilmente svolgono da fattore di selezione della popolazione adibita.
- Queste ultime riflessioni e analisi di dati su una ampia popolazione ci hanno portato a sottolineare che il principale fattore che causa l'astenopia sia l'adibizione a

Tab 10 - Frequenza di astenopia in relazione agli esiti delle visite oculistiche; confronto tra videoterminalisti e personale con utilizzo del VDT inferiore a 20 ore settimanali

	Uso vdt superiore 20 ore			Uso vdt inferiore 20 ore		
	TOTALE 2515	Astenopici 39.4%	Non astenopici 60.6%	TOTALE 449	Astenopici 11.6 %	Non astenopici 88.4 %
Normalità (emmetrope)	944	66.3 %	33.7 %	179	6.7 %	93.3 %
Difetto refrattivo adeguatamente corretto csl	1244	57.2 %	42.8 %	206	14.1 %	85.9 %
Difetto refrattivo ipocorretto	243	56.4 %	43.6 %	57	15.8 %	84.2 %
Patologia oculare	84	57.1 %	42.9 %	7	28.6 %	71.4 %

Tab 9bis - Frequenza di astenopia in relazione agli esiti delle visite ortottiche; confronto tra videoterminalisti e personale con utilizzo del VDT inferiore a 20 ore settimanali

	Uso vdt superiore 20 ore			Uso vdt inferiore 20 ore		
	TOTALE 2514	Astenopici 39.4%	Non astenopici 60.6%	TOTALE	Astenopici	Non astenopici
Normalità ortottica	2197	38,6%	61,4%	365	9,6%	90,4%
Strabismo latente	67	36,1%	63,9%	13	23,1%	76,9%
Alterazione di pertinenza ortottica	256	46,9%	53,1%	48	20,8%	79,2%

VDT e che il peso delle alterazioni visive e funzionali dell'occhio portano un contributo non precisamente valutabile in quanto probabilmente fungono da fattore di preselezione.

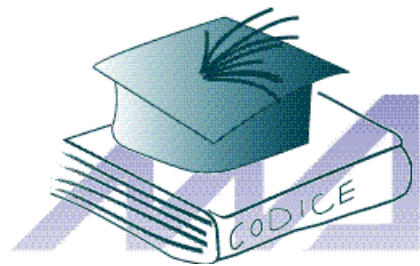
In relazione a ciò sembra ragionevole in termini di uso delle risorse per ridurre i disturbi derivanti dall'uso del VDT che:

1. La sorveglianza sanitaria sia svolta con particolare attenzione in fase preventiva.
2. Che il controllo periodico sia funzionale alla verifica dei disturbi e, se segnalati, alla ricerca delle cause; di fronte alla segnalazione di disturbi asteno-peici il medico del lavoro deve verificare tutte le possibili cause ponendo attenzione agli aspetti ambientali, organizzativi e di contenuto-soddisfazione del lavoro senza delegare la ricerca delle cause alle sole visite specialistiche peraltro indispensabili alla formulazione della diagnosi laddove non conosciuta.

Quanto detto pertanto giustifica il dettato della legge e le indicazioni di metodo riportate nelle linee guida per l'applicazione del titolo VI del d.lgs 626 redatte dal “coordinamento tecnico per la prevenzione degli assessorati alla sanità delle regioni e province autonome”, valorizza la sentenza del 12 dicembre 1996 della Corte di Giustizia delle Comunità Europee in cui si dichiara che “*i lavoratori possono beneficiare dell'esame oculistico in tutti i casi in cui l'esame degli occhi e della vista effettuato in conformità con l'art. 9 comma 1 della direttiva 90/270/cee lo renda necessario...*”, ci conferma nel protocollo di sorveglianza sanitaria proposto per questi lavoratori, ripone al centro della sorveglianza sanitaria e della prevenzione dei disturbi asteno-peici il Medico del Lavoro Competente.

BIBLIOGRAFIA

1. RUBINO G.F.: “Conseguenze dell'uso prolungato dei VDT” (Comunicazione presso la Clinica del Lavoro di Milano 1.12.1989).
2. DI BARI A.: “Criteri orientativi nella definizione dell'idoneità lavorativa ai VDT” (Comunicazione presso la Clinica del Lavoro di Milano 1.12.1989).
3. RUBINO G.F., DI BARI A., TURBATI M.: “Epidemiological analysis of discomforts signs” Bull.Ocul.1989, 68 (suppl.7).
4. RUBINO G.F.: “Epidemiologic survey of ocular disorders the italian multicentric research” in Berlinguer L., Berthelette D.: “WORK WITH DISPLAY UNITS” Elsevier Science Pub.B.V. (North Holland) Amsterdam, 1990, 13.
5. RUBINO G.F. et al. (Gruppo Italiano di studio sui videotermini): “Indagine longitudinale sugli operatori ai videotermini” Atti 55° Congresso Nazionale SIMLII, Torino 1992, II vol, 983.
6. M. BELLIA, E. FARRUGGIA, G. BELLOFIORE, G. POLLACI, S. SBONA.: “Valutazione del fenomeno astenopia in una popolazione di dipendenti pubblici esposti professionalmente a videotermini”.



LEGGI E NORMATIVE

DECRETO 27 APRILE 2004

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

(GU n. 134 del 10-6-2004)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto l'art. 139 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni;

Visto l'art. 10, comma 1, del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevede la costituzione di una commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 oltre che delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965;

Visto il comma 4 dello stesso art. 10 che, tra l'altro, prevede che gli aggiornamenti dell'elenco di cui al citato art. 139 sono effettuati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali su proposta della commissione scientifica sopra richiamata;

Visto il decreto ministeriale 23 marzo 2001 e successive modificazioni e integrazioni, con il quale è stata costituita la commissione scientifica di cui sopra; Visto il decreto ministeriale 18 aprile 1973, concernente «Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali»;

Visto che il comma 4 del citato art. 10 ha inoltre disposto che l'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965 debba contenere anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa;

Vista la delibera n. 3 assunta in data 22 marzo 2004, con cui la predetta commissione scientifica ha proposto un elenco costituito da tre liste: lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile;

Considerato che la proposta ha tenuto conto della raccomandazione 90/326/CEE così come sostituita dalla raccomandazione 2003/670/CE;

DECRETA:

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 2004/2005

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 2003/2004 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 _____

Art. 1.

1. È approvato, nel testo allegato al presente decreto di cui forma parte integrante, l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.
2. L'elenco è costituito: dalla lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile.
3. L'elenco di cui ai commi precedenti sostituisce quello approvato con decreto ministeriale 18 aprile 1973.

Art. 2.

1. Nella denuncia di cui all'art. 1, limitatamente alle liste I e II, va indicato il codice identificativo, riportato in dette liste, della malattia correlata all'agente. Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per il visto e la registrazione e sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 27 aprile 2004

Il Ministro: *Maroni*

APPROFONDIMENTI

La Commissione scientifica per l'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali (art.10 dlgs n.38/2000) ha inoltrato al Ministero una relazione tecnica sui contenuti e la metodologia adottata per l'aggiornamento dell'elenco che si ritiene utile riprodurre.

RELAZIONE TECNICA

La Commissione Scientifica di cui al comma 1 dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000, istituita con Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale del 23 marzo 2001 e successive modifiche e integrazioni, con il compito della elaborazione e della revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211, si è insediata l'11 settembre 2001 e si è riunita con periodicità mensile.

A conclusione dei lavori relativi alla prima fase del mandato la Commissione formula la proposta di aggiornamento dell'elenco di cui al DM 18 Aprile 1973 (pubblicato nella GU n. 203 del 7/08/1973).

1.- NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Si richiamano i principali riferimenti normativi:

- Testo Unico approvato con DPR 1124/1965. art. 139: “È obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.
- D.M. 18/04/1973: “Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”.

È approvato il seguente elenco di malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti della disposizione legislativa richiamata in premessa (art. 139 T.U.)

L'elenco si articola in sette gruppi di malattie:

- 1) Malattie provocate dai seguenti agenti chimici
- 2) Malattie professionali della pelle causate da sostanze e agenti non compresi sotto altre voci:
- 3) Malattie provocate da agenti diversi
- 4) Malattie professionali provocate dalla inalazione di sostanze ed agenti non compresi sotto altre voci
- 5) Malattie infettive e parassitarie di origine professionale
- 6) Malattie professionali dovute a carenza
- 7) Malattie professionali provocate da agenti fisici.

Decreto Legislativo 38/2000 art. 10 comma 4: “l'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del T.U. conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli art. 3 e 211 del Testo Unico. Gli aggiornamenti dell'elenco sono effettuati con cadenza annuale con Decreto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali su proposta della Commissione di cui al comma 1. La trasmissione della copia della denuncia di cui all'art. 139 comma 2 del T.U. e successive modificazioni ed integrazioni è effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alle Sedi dell'istituto assicuratore competente per territorio”.

La Commissione ha ritenuto opportuno procedere alla elaborazione e alla revisione dell'elenco delle malattie professionali di cui all'art. 139 del Testo Unico, in quanto propedeutico all'aggiornamento delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del sopra citato Testo Unico, considerato che l'ultima revisione dell'elenco risale al 1973.

2.- CRITERI DI DEFINIZIONE DELL'ELENCO

L'art. 10 comma 4, del decreto legislativo n. 38/2000, presupponendo come di certa origine lavorativa le

malattie di cui all'art. 139 T.U., fino a questo momento elencate nel DM 18/04/1973, ha disposto che, nell'elaborazione e nella revisione periodica di tale elenco, siano prese in considerazione e ricomprese anche le malattie di probabile e possibile origine lavorativa.

La Commissione, procedendo per la prima volta a tale elaborazione e revisione, ha ritenuto che, in base alle attuali conoscenze, l'assoluta certezza di origine non può più essere attribuita ad alcuna malattia professionale per il cambiamento delle esposizioni lavorative e per le interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale, tanto che ormai si preferisce parlare di matrice causale (combinazione di multifattorialità e diversa sensibilità individuale). La Commissione ha pertanto ritenuto opportuno ricorrere al concetto di “elevata probabilità” oltre che a quelli di “limitata probabilità” e di “possibilità”. I tre concetti, e conseguenti definizioni, sono derivati, in riferimento alla multifattorialità e alle evidenze epidemiologiche della malattia esaminata, in base ai cinque criteri di causalità che si riportano (*):

- la consistenza (associazione dimostrata in più studi);
- la forza (la probabilità aumenta con l'aumento del rischio relativo e se c'è un gradiente dose-effetto);
- la specificità (ad una specifica esposizione corrisponde una specifica malattia);
- la temporalità (la causa deve precedere la malattia);
- la coerenza (o plausibilità biologica, da valutare con vari modelli anche animali).

In relazione a quanto sopra, l'elenco risulta costituito dai seguenti tre gruppi di malattie:

- **Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità** che costituiranno la base per la revisione delle tabelle ex artt. 3 e 211 del T.U..
- **Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità** per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perchè siano incluse nel primo gruppo.
- **Malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità** per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche.

La denuncia di tali malattie ha la finalità di registrare e monitorare le segnalazioni di varia provenienza (Istituti universitari e di ricerca, ASL, medici di base, etc..) ai fini di non disperdere dati utili per il confronto e i necessari approfondimenti di ordine scientifico ed epidemiologico.

Con tali premesse le malattie dell'elenco sono state ripartite nelle seguenti tre liste:

LISTA I: Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità

LISTA II: Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità.

LISTA III: Malattie la cui origine lavorativa è “possibile”.

La esposizione lavorativa agli agenti che possono essere causa di malattia professionale riguarda tutte le categorie di lavoratori: dell'industria, agricoltura, artigianato, commercio, pubblica amministrazione etc. indipendentemente dalla specifica tutela assicurativa INAIL ai fini delle prestazioni.

L'elenco delle malattie professionali previsto dall'art. 139 del T.U., già prima del 1973 era stato adeguato alle raccomandazioni della Commissione Europea (C.E.), rinnovate nel 1990 e nel 2003; con la 2003/670/CE viene tra l'altro comunicato: “La presente raccomandazione deve costituire uno strumento privilegiato per la prevenzione a livello comunitario”, con la testuale raccomandazione agli stati membri (art. 1 p. 10): “Di promuovere il contributo attivo dei sistemi sanitari nazionali alla prevenzione delle malattie professionali, in particolare mediante una maggiore sensibilizzazione del personale medico per migliorare la conoscenza e la diagnosi di queste malattie”.

Le suddette raccomandazioni comprendono in Allegato I l'elenco europeo delle malattie “direttamente connesse con la professione esercitata” e in Allegato II “l'elenco complementare delle malattie di sospetta origine professionale che dovrebbero formare oggetto di una dichiarazione e che potrebbero essere inserite in futuro nell'allegato I dell'elenco europeo”.

In Italia l'art. 10 del D.Lgs. 38/2000 ha tenuto conto degli intenti della Commissione Europea prevedendo un aggiornamento dell'elenco ex art. 139 simile a quello europeo affinché possa diventare uno strumento utile, per la individuazione delle malattie correlate al lavoro, e per le conoscenze finalizzate alla prevenzione delle stesse.

La Commissione ex art. 10 D.Lgs. 38/2000, viste le raccomandazioni della C.E., tenuto conto dell'ultimo aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali allegate al T.U. con Dpr. 336/94, nonché degli elenchi delle malattie professionali in vigore negli altri paesi europei, in base al mandato affidatole con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 marzo 2001 e successive modifiche:

- ha dato precedenza alla revisione dell'elenco datato 1973, considerati i quasi trenta anni di mancato aggiornamento e la frequente inadempienza dell'obbligo di denuncia di malattia professionale prevista dall'art. 139 T.U;

- ha tenuto conto della difficoltà ad utilizzare il suddetto elenco da parte dei medici non esperti nel campo delle malattie professionali;
- ha perciò deciso di aggiornare l'elenco, oltre che con la revisione e l'inserimento delle nuove malattie, anche con una diversa struttura che prevede l'indicazione in due colonne degli agenti di rischio e delle principali e più note malattie ad essi correlate secondo le più aggiornate conoscenze...”;
- ha predisposto una terza colonna con il codice delle malattie elencate secondo la Codifica Internazionale alla decima revisione (ICD-10), adeguando la definizione e la terminologia delle malattie a tale codifica. è stata inoltre prevista la numerazione progressiva per ogni gruppo di “agente-malattia”, tale che ogni malattia potrà essere identificata con un codice comprensivo della numerazione e dell'ICD-10; la prima cifra è riferita alla lista (I-II), la seconda al gruppo di agente-malattia (da 1 a 7), la terza al numero progressivo seguito dal codice ICD-10. Nella lista III tale codifica non è presente in quanto non è sempre precisabile la patologia correlata.

Tali accorgimenti dovrebbero permettere l'applicazione dell'art. 139 per le finalità sia preventive sia assicurative, oltre che per le acquisizioni scientifiche soprattutto di ordine epidemiologico. L'impegno di tutte le strutture sanitarie, oltre che dei medici di base, dovrà essere di particolare attenzione a correlare ogni tipo di malattia in osservazione con l'attività lavorativa, presente e pregressa dei pazienti, attraverso una accurata anamnesi lavorativa.

In relazione a quanto sopra, considerato che ogni

malattia e relativo agente è identificabile in elenco (Lista I e II) con il codice denominato “CODICE IDENTIFICATIVO”, è indispensabile che il decreto in attuazione preveda esplicitamente l'obbligo normativo di indicarlo nella denuncia di malattia professionale, limitatamente alle Liste I e II.

3.- STRUTTURA DELL'ELENCO

Le malattie in elenco sono state così raggruppate:

- o Malattie da agenti chimici;
- o Malattie da agenti fisici;
- o Malattie da agenti biologici;
- o Malattie dell'apparato respiratorio;
- o Malattie della pelle;
- o Tumori professionali;
- o Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro incluse solo nella lista II.

Per i diversi gruppi di malattie si è predisposto un breve commento sulla impostazione.

Malattie da agenti chimici (gruppo 1)

Si è proceduto alla formulazione degli elenchi sulla scorta dei dati epidemiologici e scientifici disponibili, relativi alle patologie associate ai diversi agenti chimici; questi sono stati suddivisi per la famiglia di appartenenza, indicando quei composti ai quali sono correlate, con criteri consolidati, specifiche patologie. Gli agenti chimici sono inclusi nella LISTA I; nella LISTA II e III sono riportate quelle malattie “di limitata probabilità” o “di possibile” origine lavorativa correlate ad alcuni agenti già presenti nella LISTA I.

Malattie da agenti fisici (gruppo 2)

Sono stati inclusi i più noti agenti di rischio (rumore, vibrazioni, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e i più recenti di ordine ergonomico con le correlate malattie a carico degli arti e della colonna vertebrale, inseriti nelle LISTE I, II, III a secondo della evidenza epidemiologica e delle conoscenze acquisite per le stesse.

Malattie da agenti biologici (gruppo 3)

Sono state incluse le malattie che possono essere contratte per causa lavorativa tenendo anche conto dell'elenco allegato XI del dlgs 626/94.

Malattie dell'apparato respiratorio (gruppo 4)

Sono riferite ad agenti non compresi in altre voci, prevalentemente polveri, sclerogene e inerti, causa di pneumoconiosi e di altre broncopneumopatie e ad agenti causa di asma bronchiale allergico e delle alveoliti allergiche estrinseche.

Malattie della pelle (gruppo 5)

Nella prima voce dell'elenco sono indicati tutti gli agenti compresi o non compresi in altre voci, dei quali è noto il potere irritante o sensibilizzante. Le schede tecniche dei relativi composti riportano, secondo il D.Lgs 52/97 e il D.Lgs 65/03, le frasi di rischio R38 (irritante per la pelle) e R43 (può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle). Le successive voci dell'elenco riguardano i composti foto-attivi, gli agenti fisici e altri agenti causa sia di dermatiti sia di tumori cutanei.

Tumori professionali (gruppo 6)

Nella LISTA I sono inseriti gli agenti chimici, fisici, biologici, nonché le lavorazioni, per i quali, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, è altamente probabile che l'esposizione lavorativa causi l'insorgenza di tumori; sono state riportate le malattie tumorali (v. “organo bersaglio”) ad essi correlate che hanno le maggiori evidenze epidemiologiche. Ai fini suddetti è stato fatto particolare riferimento alla revisione dei dati scientifici effettuata dalla International Agency Research on Cancer (IARC) nonché alle indicazioni provenienti dalla Unione europea e da altre agenzie internazionali.

Nella LISTA II sono inclusi:

- gli agenti di gruppo 1 IARC per quelle malattie tumorali ancora in osservazione (es. asbesto e tumore della laringe, antiblastici e sistema emolinfopoietico nel personale addetto alla manipolazione);
- gli agenti di gruppo 2A IARC correlati a specifiche

malattie tumorali di uno o più organi o apparati;

- le lavorazioni che hanno comportato esposizione professionale all'asbesto come da Registro Nazionale dei casi accertati di mesotelioma asbesto-correlati (art. 36 D.lgs n. 277/91-DPCM n. 308/02) tenuto dall'ISPESL su segnalazione dei Centri Operativi Regionali (C.O.R.)

Nella LISTA III sono incluse quelle patologie tumorali riferite ad agenti del gruppo 1 e 2A IARC la cui correlazione è ritenuta allo stato “possibile” ma con basse e/o non confermate evidenze nell'uomo. Sono inoltre comprese sostanze del gruppo 2A IARC di cui non sono ancora definiti nell'uomo gli organi bersaglio. Si precisa che nell'elenco sono riportati anche agenti cancerogeni il cui utilizzo è attualmente vietato o fortemente limitato (ad esempio amine aromatiche - D.Lgs 25/02, asbesto - Legge 257/92, benzene - Legge 245/63, ecc) in considerazione delle esposizioni lavorative in epoca antecedente alle disposizioni legislative.

Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzione

dell'organizzazione del lavoro (gruppo 7)

Sono state incluse in LISTA II, riferite a condizioni lavorative di costrittività organizzativa cui sono correlabili le specifiche patologie neuropsichiche.

NOTE

(*) Fonte: Hill A.B. “The environment and disease: association or causation?” Proc Royal Soc Med, 58: 295-300, 1965

PROMOZIONE

SäA|å&@{ ä&åAä } ~ }

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 2003-2004 al costo complessivo di € 57.

già abbonato a “La Medicina del Lavoro” **Si** **No**

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

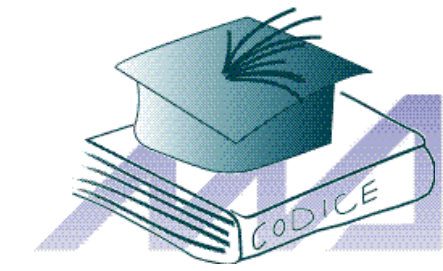
Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

D.M. 27 APRILE 2004: SI RIPARTE DALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PER ARRIVARE AD UNA NUOVA SORVEGLIANZA SANITARIA



LEGGI E NORMATIVE

Gino Barral
Sezione Piemontese

Il recente decreto ministeriale del 27 aprile 2004, pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 104 del 10 giugno 2004, ha presentato il nuovo “*elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni*”.

In questo Decreto Ministeriale si trovano tabelle che indicano, accanto a vecchie patologie che già sono state certamente oggetto di studio e di valutazione, anche nuove patologie che probabilmente molti di noi non erano abituati a valutare con la dovuta attenzione.

È fuor di dubbio che queste tabelle richiamano vecchie tematiche, pongono nuovi interrogativi, richiedono nuove riflessioni e ci addentrano in nuove sfide. Se è vero che la sorveglianza sanitaria si deve concretizzare solo in presenza di un rischio (D.L. 626/94, articolo 3, comma L), in difetto del quale si rischia di eseguire accertamenti sanitari fuori dai casi previsti dalla legge (D.L. 300/70 art. 5), si pone in primo luogo la valutazione dell'esistenza del rischio medesimo per poter effettuare in piena liceità la sorveglianza sanitaria.

In alcuni casi l'esistenza del rischio è facilmente definibile, poiché vi sono consolidati strumenti di misura o consuetudini valutative condivise da molti. Cominciamo da questi:

Per le malattie da agenti biologici, il D.L. 626/94 dà sufficienti indicazioni, mentre per le malattie da agenti chimici è ormai assodato che la sorveglianza sanitaria deve essere effettuata tutte le volte che è presente un rischio superiore a “moderato” (D.M. 25 del 2 febbraio 2002 - esiste un programma elaborato dalla Regione Piemonte che permette facilmente la sua valutazione e che è scaricabile da un link del nostro sito anma.it) oppure può essere effettuata, richiamando il D.L. 626/94, articolo 3, comma L, anche nei casi in cui il rischio è moderato o inferiore a moderato e si è in presenza di rischi concreti non dose dipendenti (ad esempio nel caso di sostanze con potere allergizzante - l'allergia non è dose dipendente).

Nelle malattie da agenti fisici la situazione comincia invece ad essere difficile, in quanto, per alcune voci (rumore otolesivo - vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio - movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo - microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo - vibrazioni trasmesse al corpo intero per le attività di guida di automezzi pesanti e conduzione di mezzi meccanici) esistono alcuni strumenti di misura (vedi programmi scaricabili dal sito anma.it - parte riservata ai soci) o precise indicazioni (linee guida ISPESL - scaricabili con link da sito anma.it), mentre per altre non vi è ancora sufficiente letteratura di riferimento che consenta la misurazione o anche solo l'affermazione della sussistenza certa del rischio.

Tabella 1

Rischio	Visite	Accertamenti integrativi
rumore otolesivo	Vedi D.L. 277/94	Vedi D.L. 277/94
vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio	Visita preventiva (scopo: fare una corretta e personale informazione sul rischio lavorativo; informare il lavoratore sull'utilità della visita a richiesta in caso di insorgenza di sintomatologia; identificare eventuali condizioni “negative” di salute ad uno stadio precoce al fine di prevenirne l'ulteriore decorso; identificare soggetti portatori di condizioni di ipersuscettibilità per i quali vanno previste misure protettive più cautelative di quelle adottate per il resto dei lavoratori) Visita periodica annuale (scopo: richiamare l'attenzione al rischio lavorativo, ribadire la possibilità di effettuare visita in caso di insorgenza di sintomatologia; identificare eventuali condizioni “negative” di salute ad uno stadio precoce al fine di prevenirne l'ulteriore decorso; identificare soggetti portatori di condizioni di ipersuscettibilità per i quali vanno previste misure protettive più cautelative di quelle adottate per il resto dei lavoratori)	Cold test annuale (scopo: diagnosi precoce di S. di Reynaud - ricordare che deve essere fatta in condizioni ottimali) EMG annuale (scopo: identificazione di casi con latenze elevate, diagnosi precoce di sindrome tunnel carpale) Ecografia preventiva del polso (scopo: identificazioni di segni di patologia preesistente od in atto - calcificazioni, ispessimenti tendinei, compressioni, versamenti, etc...). Ripetizione dell'ecografia in caso di insorgenza di sintomatologia.
movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo	Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio). Visita periodica annuale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Visita fisiatrice o ortopedica in caso di dubbi diagnostici Radiografia rachide, tac o rm mirate sugli spazi intervertebrali, se non già eseguite autonomamente dal lavoratore, in caso di sintomatologia sciatalgia associata a segni clinici di interessamento radicolare
microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo	Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio). Visita periodica annuale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Ecografia preventiva dell'articolazione più impegnata (scopo: identificazioni di segni di patologia preesistente od in atto - calcificazioni, ispessimenti tendinei, compressioni, versamenti, etc...). Ripetizione dell'ecografia in caso di insorgenza di sintomatologia EMG annuale (scopo: identificazione di casi con latenze elevate, diagnosi precoce di sindrome tunnel carpale)
microtraumi e posture incongrue a carico del ginocchio per attività eseguite con continuità durante il turno lavorativo	Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio). Visita periodica triennale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Tac o rm del ginocchio, se non già eseguite autonomamente dal lavoratore, in caso di sintomatologia meniscale associata a segni clinici di meniscopatia Ecografia del ginocchio in caso di sospetta borsite o tendinite del quadricipite
microtraumi e posture incongrue a carico del piede e della caviglia per attività eseguite durante il turno lavorativo	Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio). Visita periodica triennale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Radiografia del piede in caso di talalgia Ecografia in caso di sintomatologia riconducibile a tendinite del tendine d'achille EMG in caso di sospetta sindrome del tunnel tarsale vibrazioni trasmesse al corpo intero per le attività di guida di automezzi pesanti e conduzione di mezzi meccanici
Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio).	Visita periodica triennale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Visita fisiatrice o ortopedica in caso di dubbi diagnostici Radiografia rachide, tac o rm mirate sugli spazi intervertebrali, se non già eseguite autonomamente dal lavoratore, in caso di sintomatologia sciatalgia associata a segni clinici di interessamento radicolare
sforzi prolungati delle corde vocali	Visita preventiva (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio). Visita periodica triennale (scopo: vedi quanto indicato per le vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano braccio)	Visita orl in caso di raucedine recidivante o persistente da 15 giorni

ANCORA SUL TEMA DELL'ORARIO DI LAVORO



LETTERE

Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda

Quindi, la domanda che il medico del lavoro si pone è: con quale/i metro/i si può affermare o negare la presenza, ad esempio, del rischio da “microtraumi e posture incongrue a carico del ginocchio per attività eseguite con continuità durante il turno lavorativo” o da “microtraumi e posture incongrue a carico del piede e della caviglia per attività eseguite durante il turno lavorativo” oppure da “sforzi prolungati delle corde vocali”?

Istintivamente si può pensare che, per alcune attività lavorative, il rischio è certamente presente (es.: il cantante che si sottopone a sforzi prolungati delle corde vocali), mentre per altre il rischio è probabilmente presente (es.: il piastrelaista che mantiene per lungo tempo la posizione inginocchiata quando piastrella i pavimenti, il palchettista che si può classificare allo stesso modo, il guardaparco che esegue frequenti escursioni su sentieri sconnessi come quelli di montagna).

Tuttavia, analizzando le tabelle della legge, si vede che i noduli delle corde vocali sono classificati come malattie la cui origine lavorativa è soltanto possibile, mentre patologie come la sindrome del tunnel tarsale o la tendinite del tendine d'Achille o, ancora, la talagia plantare con entesopatia che potrebbero interessare il guardaparco sono considerate patologie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità. Infine la borsite del ginocchio, la tendinopatia del quadricipite femorale e la meniscopatia degenerativa vengono classificate come malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità.

Sorge quindi spontaneo l'interrogativo su quali sono i diversi atteggiamenti che devono essere tenuti di fronte alla presenza di una patologia inserita nella lista I (malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità) rispetto ad una inserita nella lista II (malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità) oppure nella lista III (malattie la cui origine lavorativa è possibile). Inoltre: quale peso va dato alla durata della presenza del rischio nelle varie lavorazioni? Come pesare la presenza del rischio incrociata con la probabilità di sviluppo della patologia?

Per rispondere a questi interrogativi si può partire dalle linee guida delle regioni nel primo capitolo che indicano come effettuare una valutazione globale della combinazione tra probabilità e gravità del rischio. Precisano poi che “non può essere utilizzato il solo dato statistico aziendale che mostra un basso numero di incidenti e/o patologie ovvero una loro modesta gravità: di per sé tale dato non autorizza ad adottare misure di sicurezza meno restrittive” e che quando non “è agevole attribuire valori significativi ai due parametri di riferimento” “è consigliabile adottare le misure più cautelative”. Infine mostrano che “le conclusioni desunte dall'identificazione dei fattori di rischio e dei lavoratori esposti, dell'entità dell'esposizione, della probabilità con cui possono

verificarsi effetti dannosi e dell'entità delle possibili conseguenze, orienteranno le azioni conseguenti alla valutazione stessa”.

Con queste precisazioni è chiaro che la valutazione dovrà considerare presente il rischio anche nel caso in cui i dati indichino “un basso numero di incidenti e/o patologie” e al massimo i dati che hanno condotto alla rilevazione di un “basso numero di incidenti e/o patologie” “orienteranno le azioni conseguenti alla valutazione stessa”.

Quindi, a questo punto, l'interrogativo ruota attorno a quali devono essere per il medico competente “le azioni conseguenti alla valutazione stessa”. Non si può che partire dal richiamo del ruolo che deve avere il medico competente dopo che ha collaborato alla valutazione dei rischi.

All'art. 17 del D.L. 626 viene detto che il Medico Competente, oltre a collaborare con il datore di lavoro per la valutazione dei rischi, deve collaborare all'attività di formazione e informazione di cui al capo VI (comma m), istituire e aggiornare, sotto la propria responsabilità, per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, una cartella sanitaria e di rischio da custodire presso il datore di lavoro con salvaguardia del segreto professionale (comma d), fornire informazioni ai lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti (comma e), effettuare gli accertamenti sanitari di cui all'art. 16 (comma b). L'articolo 16 stabilisce che la sorveglianza sanitaria comprende **accertamenti preventivi** intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica e **accertamenti periodici** per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

È quindi chiaro che il medico competente è chiamato in primo luogo ad autovalutarsi sulla sua conoscenza di tutti i meccanismi fisiopatologici che sono alla base delle patologie indicate nelle tabelle della legge per poter collaborare concretamente alla realizzazione della valutazione dei rischi e alla attività di formazione informazione dei lavoratori; deve poi approfondire tutti i criteri diagnostici atti a riconoscere le predisposizioni individuali ad ammalarsi e a individuare le varie patologie al loro esordio, quando esse sono ancora reversibili o così iniziali da non concretizzare un danno biologico.

Sarà dunque necessario istituire una sorveglianza sanitaria mirata a evidenziare, almeno attraverso una visita preventiva, la presenza di controindicazioni o limitazioni alle attività lavorative che espongono ai rischi. Per le patologie conseguenti ad agenti chimici biologici e tumorali, vi è già sufficiente letteratura e linee guida; per alcune delle patologie conseguenti ad agenti fisici possono essere prese in considerazione le proposte espresse in tabella 1.t e s t o

L'importanza della regolamentazione di aspetti come i tempi di lavoro e di riposo anche ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, ha determinato negli ultimi anni un'imponente produzione normativa a livello comunitario e, conseguentemente, anche nazionale.

Dopo le direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, attuate dal D. Lgs. 66/2003, sulla G.U.C.E. 18 novembre 2003, n. L 299 è stata pubblicata la “Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 4 novembre 2003, n. 2003/88/CE concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro”.

In attesa del recepimento di questa nuova direttiva attraverso la legge comunitaria 2004, il legislatore italiano è nel frattempo nuovamente intervenuto sulla delicata materia con il D. Lgs. 19 aprile 2004, n. 213 recante “Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, in materia di apparato sanzionatorio dell'orario di lavoro” (G.U. del 17 agosto 2004, n. 192).

La motivazione dell'intervento è stata infatti la necessità di porre rapidamente rimedio alle gravi lacune che si erano prodotte in materia di apparato sanzionatorio a seguito della frettolosa articolazione del D. Lgs. 66/2003.

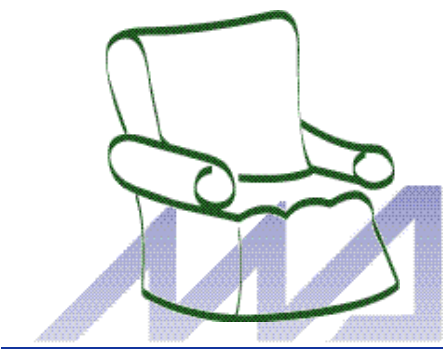
Tuttavia per i medici del lavoro/competenti è un altro l'aspetto di interesse (e di preoccupazione) del decreto.

Infatti l'art. 1, comma 1, e) del D. Lgs 213/2004 riscrive il comma 1 dell'art. 14 del D. Lgs. 66/2003 definendo in modo puntuale il meccanismo della valutazione dello stato di salute dei lavoratori notturni che “deve avvenire a cura e a spese del datore di lavoro, o per tramite delle competenti strutture sanitarie pubbliche di cui all'art. 11 o per il tramite del medico competente di cui all'art. 17 del D. Lgs. 626/94..., attraverso controlli preventivi e periodici, almeno ogni due anni, volti a verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro notturno...”. La preoccupazione per un coinvolgimento delle ASL nella gestione sanitaria dei lavoratori notturni era in realtà già emersa a suo tempo nelle discussioni originate dalla lettura combinata degli artt. 11, comma 1, 14, comma 1 e 15, comma 1 del D. Lgs. 66/2003.

Tuttavia l'interpretazione della normativa, peraltro piuttosto ambigua, ci aveva comunque portato a ricondurre ancora al solo medico competente la responsabilità dell'attuazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori notturni lasciando ai servizi delle ASL la gestione dei ricorsi ex art 17, comma 4 (vedi: “L'organizzazione dell'orario di lavoro: un altro aspetto della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori”, Notiziario ANMA, n.3/2003).

Ora, invece, la conseguenza di questa nuova più puntuale e precisa disciplina del controllo sanitario dei lavoratori notturni è che le aziende nelle quali l'obbligo di sorveglianza sanitaria scatta soltanto rispetto al rischio “lavoro notturno”, potranno anche rinunciare alla nomina del medico competente procedendo a questa tipologia di controllo sanitario attraverso i servizi delle ASL.

A parte ogni altra considerazione, mi chiedo se il legislatore nel suo intento “facilitatorio” si sia domandato quale potrà essere la gestione dei ricorsi dei lavoratori e dei datori di lavoro contro i giudizi di inidoneità espressi dai servizi delle competenti strutture sanitarie pubbliche.



DA LEGGERE IN POLTRONA

Antonio Rodari
*“La camomilla ha sconfitto
il cancro”*

Dal 4 dicembre 1989 mi trovo di fronte a ciò che Leopardi magistralmente chiama “l'apparir del vero”, e che si potrebbe più prosaicamente definire l'esperienza della fragilità della vita.

Fini a quella data una specie di tregua armata fra me e il mio cancro renale mi aveva garantito 10 anni di vita quasi normali, pur con l'intermezzo di piccoli interventi chirurgici per tagliare qualche metastasi e di numerosi cicli di radioterapia su metastasi ossee dolenti. Soltanto un'andatura claudicante negli ultimi due anni lasciava intravedere i segni di una malattia che continuava ad essere vissuta più come un'eventualità futura che come una entità già presente.

Poi il 4 dicembre 1989 avvenne il risveglio dall'ultima anestesia. Un dolore fortissimo alla schiena mi costringeva a supplicare aiuto. “Mezza fiala di Temgesic nel flebino!” sentii gridare in sala risveglio. Riconobbi subito la voce del primario anestesista, un uomo di grande preparazione e di grande umanità e ne fui subito confortato.

Mi risvegliai durante la notte in camera. Il dolore alla schiena era scomparso, ma i dolori e la debolezza alle gambe erano sempre presenti. L'intervento sulla decima, undicesima e dodicesima vertebra dorsale, dove una metastasi mi comprimeva il midollo spinale, aveva avuto solo un effetto decompressivo. Non era stato possibile asportare tutta la metastasi a causa di un'infiltrazione iniziale della membrana che avvolge come in un sacco il midollo stesso. Così la mia andatura è andata lentamente facendosi sempre più incerta ed i dolori agli arti inferiori sempre più assillanti. [...]

Di fronte all' “apparir del vero” tutti i discorsi passati e presenti manifestano la loro sostanziale irrilevanza nei confronti dell'esito della vita. Ormai i discorsi mi fanno ridere, sono tutte palle non servono a nulla, è meglio non farli. Sono nella stessa situazione in cui è stato San Tommaso d'Aquino, il quale si trovò gravemente ammalato ed al suo segretario che lo invitava a concludere la sua Summa Theologiae rispose: “Non posso perché tutte le cose che ho scritto, adesso mi sembrano delle palle!” Di fronte all'apparir del vero bisogna stare in silenzio: bisogna cercare addirittura di ricoprire con un velo di dignitoso silenzio anche i discorsi fatti in altri tempi. [...]

La vita, ed in particolare modo adesso che sono nella sofferenza più bestiale, sembra scorrere secondo leggi inesorabili che escludono qualsiasi possibilità di interferenza metafisica e di fatto bisogna riconoscere onestamente che Dio se c'è, è nascosto, non interviene, e non è nemmeno intervenuto quando Cristo era sulla croce.

La mia ragione, dunque, non fa altro che constatare una situazione, non mi suggerisce nessuna soluzione sicura. Da una parte sono assediato dal timore che questo presente sia definitivo, dall'altra parte ho la speranza che ciò che la tradizione cristiana mi ha dato sia vero, ma devo ricercare nella mia vita,

nella mia esperienza passata la giustificazione di questa verità.

Sembrerà incredibile, ma ciò che in questo momento mi costringe a conservare la speranza, mi lega quasi inesorabilmente ad una fede che le circostanze di per sé non giustificerebbero minimamente e un banalissimo giardino pieno di camomilla, di camomilla intesa come pianticella recante all'apice una miriade di piccoli fiori dalla corolla giallo-oro, circondata da una linea di piccoli petali bianchi. È la memoria di questo incontro che ho fatto da bambino, che ha generato in me una gioia indimenticabile, che giustifica ora la mia speranza in Cristo.

Avevo cinque anni e fino ad allora ero vissuto in una casa di ringhiera alla Bovisa con i miei genitori, due sorelle pestifere che volevano farmi da mamma, e la nonna. La vita alla Bovisa era dura; bisognava giocare sul pavimento di un piccolo corridoio, con un solo amico, perché i giochi sulla ringhiera davano fastidio ai vicini; c'era poco da mangiare perché c'era l'autarchia, bisognava andare tutti i giorni ad un asilo al cui ingresso c'era una direttrice durissima che controllava il cuoio capelluto, peraltro rasato, di tutti i bambini, e nel cui interno c'erano maestre con le quali non c'era nessun rapporto di stima e di affetto.

Una sera il cielo della Bovisa fu improvvisamente oscurato da un incredibile turbine di aeroplani che noi sulla ringhiera salutavamo festosi; quando si udirono i primi scoppi, la nonna ci portò sotto il portone di casa; gli scoppi continuarono per un'ora e ad uno di quelli fui sollevato in aria e ricaddi sul pavimento incolume.

Visto che i bombardamenti continuarono i miei genitori decisero di mandarci con la nonna a Cerro, dove c'era la casa costruita dal nonno Amedeo con la collaborazione di amici e parenti prima che morisse ancor molto giovane in Francia, dove lavorava come muratore stagionale.

Non ricordo nulla di quel viaggio fino a Cerro, ma ricordo che appena entrato nella cucina del piano terreno, come spinto da una forza misteriosa, corsi ad aprire la porticina che dava sull'orto retrostante la casa, e fatti due passi, mi sembrò di trovarmi in paradiso. Ero immerso fin quasi al collo da una distesa luminosissima, inondata di sole, di fiorellini gialli con piccolissimi petali bianchi, sostenuti da una selva verde scura di arbusti dalle foglie quasi filiformi tra loro intrecciate in un intrico verde che nascondeva ogni traccia del terreno.

Mi sembrò di aver perso ogni contatto col suolo, l'aria era immobile; con gli occhi inondati da quei colori meravigliosi, col cuore che batteva forte di gioia, gridai: “L'orto si è riempito di camomilla”.

Sembra incredibile, ma quella camomilla ha sconfitto per sempre in me il cancro e la morte. Non è vero che chi muore di cancro va all'inferno; non è vero che il Rodolfo, morto di una malattia peggiore del cancro, è andato all'inferno; non è vero che la morte è la fine di tutto; e non è vero perché c'è stato in un attimo della mia vita un giardino pieno di camomilla fiorita, una sensazione di gioia e di gratitudine immensa verso chi mi aveva donato la vita e quell'attimo di vita.

Quando si è di fronte “all'apparir del vero”, quando il male attanaglia senza scampo in una morsa di dolore, bisogna dimenticare tutti i discorsi fatti ed ascoltati, che un tempo sembravano dare tanta sicurezza e che adesso ci fanno solo arrabbiare, bisogna fare silenzio ed aspettare. E' la stessa vita che, ritornando alla memoria, fa vedere che in questo “vero” che ora appare, c'è ben altro che la constatazione del dolore inevitabile e della fragilità dell'uomo. In questo vero c'è infatti non solo la difficoltà presente, ma c'è anche una memoria. [...] Dal momento in cui ho visto quel giardino la vita è diventata per me un'avventura meravigliosa, piena di speranza che, pur tra mille sbandamenti e tra mille recuperi, mi ha sempre accompagnato ed ha inciso sulle mie sbagliatissime e ingenue scelte di vita: una speranza che in fondo resiste anche adesso che l'avventura da meravigliosa è diventata purtroppo bestialmente dolorosa e impietosa.

Monet - Il prato (1890)



I nostri Servizi per L'Azienda

- **Medicina del lavoro**
 - > Consulenza per l'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 la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000



Le Nostre Sedi

- Milano, Via Saint Bon 20
Tel. 02.48317.1 *
- Milano, Largo Cairoli 2
Tel. 02.48317.1 **
- Milano, Viale Monza 270
Tel. 02.2551925 ***
- Milano, Viale Abruzzi 14
Tel. 02.29527357 *
- Milano, Via P. Rossi 24
Tel. 02.66227255 *
- Corsico (MI), Via Vigevanese 4
Tel. 02.4406148 *
- Magenta (MI), Via Mazzini 45
Tel. 02.97295352 *
- Rho (MI), Via Magenta 41
Tel. 02.93182396 *

CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO

