

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

*OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL*

GENNAIO 2005

Anno 11, Numero 3/2004



Paul Klee "Highways and Byways" 1929

editoriale 5

2004 un anno pieno di soddisfazioni

contributi e articoli originali 7

Un caso di linfedema professionale

Dati epidemiologici sulla diffusione in abruzzo della malattia di lyme in personale a rischio

esperienze e materiali di lavoro 13

Problematiche di radioprotezione e protocolli di riferimento

Orientamenti per un efficace iter diagnostico della patologia orl di origine professionale (Parte I: ipoacusia professionale)

Lo stress correlato al lavoro: il contesto, le relazioni e lo scenario per il Medico Competente

è successo a... 27

Portofino: Il Medico Competente e la patologia orl di origine professionale

Genova: La valutazione del rischio civile e penale nella mansione di Medico Competente

lettere 31

A proposito di... Privacy

da leggere in poltrona 34



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	
Spett.le ufficio			
Indirizzo		Città	
CAP	Prov.	Fax	
Tel.		Fax	Cell.
Prodotto d'interesse			

La mediscopia è un servizio che si presta a essere utilizzato in modo flessibile e personalizzato. La mediscopia è un servizio che si presta a essere utilizzato in modo flessibile e personalizzato.

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

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 3/2004



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

Numero 3/2004
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@mcink.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 Srl

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

A.N.M.A.

Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente
Tommaso Remondelli

Segretario
Guglielmo d'Allio

Consiglieri

Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschioli, Umberto Candura
Daniele Ditaranto, Armando Fiorillo, Francesco Gazzozerro, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettoni, Salvatore Taliercio, Maria Valeria Tonini, Carlo Valchi
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2004-2008)

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 80,00
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

SEZIONI TERRITORIALI

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

Campania
Sagr. Francesco Gazzozerro
Via Stazio, 13 - 80123 Napoli
tel. 081 7146183 - fax 081 7142025
e-mail: mechirad@libero.it

Emilia Romagna
Sagr. Gabriele Gherardi
Via G. Dagnini, 28 - Bologna
tel. 051 6230896
e-mail: gabriele.gherardi@libero.it

Lazio
Sagr. Marco Garufi Bozza
Via Raffaele Stern, 4 - 00196 Roma
tel. 3357145443
e-mail: m.garufibozza@tiscali.it

Liguria
Sagr. Paolo Santucci
Via delle Palme, 3A/1 - 16167 Genova
tel. 0108313979
e-mail: pmpsan@libero.it

Lombardia
Sagr. Giancarlo Mantegazza
Via Manzoni, 123/23 - 21040 Uboldo VA
tel. 02 96782141
e-mail: giancarlo.mantegazza@unilever.com

Marche
Sagr. Roberto Arcaleni
P.zza Giovanni XXIII° - 60033 Chiaravalle (AN),
tel. 071 7497007 fax 071 741837
e-mail: r.arcaleni@libero.it

Piemonte
Sagr. Riccardo Verrua
Via Del Carmine, 4/B Casale
Monferrato - (AL) tel. 0142 454145
e-mail: riverpo@iol.it

Puglia e Lucania
Sagr. Augusto Lombardi
Via Pedagne, 3 - 72100 Brindisi
tel. 0831 570430
e-mail: augusto.lombardi@syndial.it

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

Umbria
Sagr. Anselmo Farabi
Via dei Cappucinelli, 22 - 06100 Perugia
tel. e fax 075 43436
e-mail: alfarabi@excite.it

Triveneto
Sagr. Piero Patanè
Via Nazareth, 2 - 35100 Padova
tel. 049 850377 fax 049 850549
e-mail: piero.patanè@tin.it

RAPPRESENTANZE

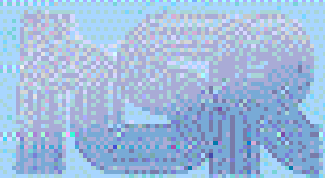
Frosinone
Sagr. Antonio Palermo
Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR)
tel. 0775 600664 fax 0775 621128

Massa Carrara
Sagr. Maurizio Bonci
Medici Fobbs c/o BIC
Via Dorsale, 13 - 54100 Massa
tel. 0583 669291

Reggio Emilia
Sagr. Cristiano Borsari
Via Calatafimi, 44 - 42100 Reggio Emilia
tel. 0522 431944

Taranto
Sagr. Massimo Sabbatucci
Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto
tel. 099 4773840
e-mail: m.sabbatucci@tiscalinet.it

Prato
Sagr. 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**

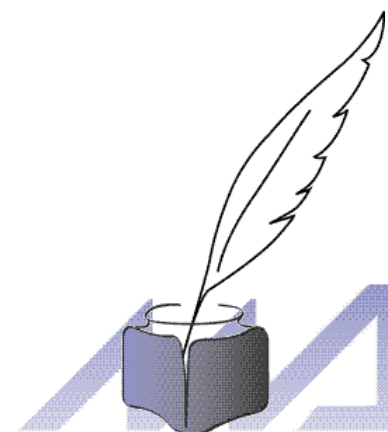
LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSNICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

H SAN RAFFAELE RESNATI S.R.L.

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

Via Santa Croce 190A - Tel. 02/86187511 - Fax 02/86121645

Per informazioni Servizio Prevenzione e Sviluppo - Tel. 02/26432899



EDITORIALE

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

Cari Associati,
desidero innanzitutto raggiungerVi con i migliori auguri del Direttivo e miei personali per un Nuovo Anno denso di soddisfazioni e ancor prima di buona salute.

Il 2005 dovrebbe essere, il condizionale è sempre d'obbligo, un anno di novità e di innovazione. Infatti, come ben sapete, nella seconda metà dell'anno dovrebbe vedere la luce il nuovo Testo Unico in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, evento che dovrebbe, è sempre d'obbligo il condizionale, dare concreto inizio a quel processo di ammodernamento e di semplificazione delle attività di prevenzione nella logica dello scenario europeo.

I documenti fino ad oggi elaborati dimostrano quanto sia complesso innovare il nostro sistema di prevenzione, rimasto fermo per troppo tempo, nonostante la forte spinta determinata dal decreto 626 del 1994. La loro attenta lettura fa trasparire che si sta imboccando la giusta direzione, ma anche che il percorso non è e non sarà dei più semplici e lineari. Ben sappiamo che l'assemblamento successivo ad un terremoto richiede i suoi tempi!

E per noi medici competenti tutto ciò cosa comporterà? La risposta è a mio avviso davvero difficile. I documenti esaminati presentano al loro interno elementi contraddittori. Mentre si avverte la volontà di tutelare la salute di tutti i lavoratori, ampliando ad esempio la tutela della salute alle categorie dei lavoratori autonomi, dall'altra la "sorveglianza sanitaria" è esclusa dalle misure di tutela generale, come a dire che dobbiamo preoccuparci di tutti, ma alla fine agire solo per alcuni. Nella stessa logica va la conferma dell'ampliamento delle discipline ammesse ad esercitare la funzione di medico competente senza la previsione di un percorso formativo ad hoc, finalizzato a trasferire ed integrare le specificità della nostra disciplina -la Medicina del Lavoro- agli altri specialisti afferenti alle discipline che l'articolo 1-bis ha ammesso nella definizione di medico competente. Ma dico di più: un percorso formativo integrativo dovrebbe comprendere gli aspetti di specificità del ruolo e del "mestiere del medico competente" che, come ben sappiamo, vanno oltre la formazione erogata dalle scuole di specializzazione. Così operando raggiungeremmo uno standard qualitativo sufficiente per garantire un buon livello di tutela, a meno che il legislatore assieme a tutto il sistema di prevenzione non legga ancor oggi la nostra attività in termini obsoleti e riduttivi, solo ed esclusivamente rapportata alla "visita medica". Siamo certi che così non è, altrimenti

La nostra Associazione fin dal 1987 ha investito nello sviluppo di una figura professionale a servizio della comunità lavorativa, capace di inserirsi nella logica dei processi aziendali per contribuire a sua volta allo sviluppo di un sistema di prevenzione. I nostri congressi nazionali annuali e le varie iniziati-

ve a livello territoriale, in particolare dal 1999 ad oggi testimoniano, anche attraverso la crescita dell'associazione stessa e dall'assenso generale raccolto, che molti obiettivi sono stati raggiunti. Abbiamo approfondito gli aspetti rilevanti e qualificanti della nostra professione ed abbiamo acquisito un patrimonio culturale, gestionale e di esperienza assolutamente originali, che siamo pronti ed intendiamo spendere con il Legislatore, con le istituzioni e con le parti sociali.

In conclusione siamo sulla breccia ed invitiamo tutti Voi associati ANMA ad aiutarci a dipanare questa complessa circostanza. L'ANMA è di tutti noi e tutti abbiamo il dovere di farla crescere.

Attendiamo dunque i Vostri commenti, i Vostri suggerimenti e le Vostre proposte che Vi invitiamo inviare alla nostra segreteria, tenendo conto che i tempi, come sempre, sono davvero stretti.

Vorrei con l'occasione fare un piccolo bilancio delle azioni sviluppate nel 2004. L'Associazione ha fatto ottimi progressi per presentarsi con tutte le carte in regola all'appuntamento con il Ministero della salute per ottenere l'accreditamento di provider prevista nel 2005. Come sapete nel marzo 2004 abbiamo ottenuto la Certificazione ISO 9001:2000, riconfermata dopo la visita ispettiva di rito avvenuta nel settembre u.s. Dall'ottobre 2004 siamo federati FISM, la Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche, che è stata delegata dal Ministero della salute a governare alcuni aspetti di gestione dell'ECM e le pratiche autorizzative. Infatti a norma abbiamo presentato al Ministero della salute l'istanza di riconoscimento di società scientifica in conformità al D.M. 31/5/2004, avendo i requisiti richiesti. Sempre nell'ottobre 2004 abbiamo siglato un accordo con la società Ggallery per la programmazione di eventi formativi a distanza (FAD), essendo detta società autorizzata dalla Commissione ECM ad erogare in via sperimentale questo tipologia di formazione. Tra qualche settimana metteremo "in onda" un evento FAD per il medico competente. Vi attendiamo numerosi!

Le nostre iniziative ECM hanno dato buon esito sia in termini quantitativi, sia in termini di crediti erogati (circa 150), sia in termini di partecipazione (circa 2000 presenze) e hanno sempre ricevuto l'attestazione di buona qualità formativa, didattica ed organizzativa. Abbiamo allo studio un piano formativo per l'anno 2005 che copra il fabbisogno annuale di crediti ECM al minor costo. Il piano comprenderà una serie di eventi a livello regionale, alcuni eventi FAD ed il nostro Congresso nazionale annuale che stiamo progettando in queste settimane.

Infine stiamo sviluppando il sito web dell'ANMA arric-

chendolo di contenuti, documenti e link. Analogamente stiamo migliorando la qualità del nostro giornale - Il *Medico Competente Journal* - e stiamo progettando una collana di monografie dedicate ad argomenti specifici. Tutto questo necessita, come potete ben immaginare, uno sforzo organizzativo ed economico non indifferente che richiede la Vostra convinta condivisione ed il Vostro aiuto concreto. Trovate in allegato il bollettino per rinnovare l'iscrizione per il 2005. La quota è sempre la stessa: 80 euro.

Un caro saluto a tutti.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Santucci P., Vitto V.**,*

** A. N. M. A. Sezione Ligure*

*** INAIL Genova*

UN CASO DI LINFEDEMA PROFESSIONALE

INTRODUZIONE

Gli Autori trattano un caso di linfedema dell'arto superiore sinistro nell'ambito della rispettiva attività di medico del lavoro competente e di medico funzionario INAIL.

Il lavoratore 47enne (M.V.), serigrafista presso una piccola azienda genovese, lamenta dopo 23 anni di attività professionale l'insorgenza di algie ed iniziale ingrossamento dell'avambraccio sinistro verso la fine del turno.

L'azienda si è limitata a valutare i rischi "tradizionali", concentrandosi sul rischio chimico, peraltro significativo in questa attività, sulla scia della pubblicazione del D.L. n°25 del 2/2/2002.

LA MANSIONE A RISCHIO

L'azienda del lavoratore, specializzata nella produzione di timbri e targhe, ha redatto, ai sensi di D.L.626/94, il documento di valutazione dei rischi con successive integrazioni, trascurando il rischio da traumi ripetuti, nonostante una richiesta in tal senso del medico competente.

Il lavoratore effettua perciò una visita medica generale con particolare riguardo all'apparato osteoarticolare, gli esami ematochimici e delle urine, l'esame spirometrico con calcolo dei flussi e controllo clinico semestrale, quest'ultimo sospeso dopo l'abolizione della tabella allegata al D.P.R. 303/56 per la pubblicazione del D.L. 25/2002.

Il lavoratore utilizza il serigrafo, sia manuale (180 minuti) che semiautomatico (30 minuti), dal 1978, nell'ambito di una giornata lavorativa di 9 ore per 4 giorni con una quinta giornata (venerdì mattina) di 4 ore.

L'attività con il serigrafo manuale, in posizione eretta, consiste nel porre il pezzo da stampare e lo spremitore d'inchiostro sul telaio di stampa, effettuando una pressione con le braccia estese, più accentuata con il braccio sinistro (il lavoratore è mancino) fermo sullo spremitore ed una flessione del gomito nel movimento di riavvicinamento al tronco. L'impegno degli arti superiori è significativo, effettuando in ogni ciclo diversi movimenti con i gomiti (flesso-estensione, iperestensione e, solo con il sinistro, pronosupinazione), i polsi (flesso-estensione oltre 45°) ed entrambe le mani: flessione delle dita con opposizione del 1° dito (pinch). L'azione prevede l'effettuazione di due ripetizioni al minuto e di circa 200 movimenti complessivi in una giornata lavorativa. L'attività non prevede un particolare ritmo imposto dalla macchina, né vibrazioni, movimenti bruschi, contraccolpi o problemi microclimatici, mentre sono possibili pause e/o mansioni alternative quali la composizione e il disegno su monitor, la preparazione dei telai e delle matrici di stampa, l'attività con macchina semiautomatica.

Tuttavia una valutazione indicativa dell'indice OCRA (4) con procedura

“breve” permette di ritenere “medio” il livello di rischio da sovraccarico dell'arto superiore sinistro (punteggio = 5,2) ed “accettabile” per l'arto destro.

IL CASO CLINICO

Il lavoratore presenta una anamnesi familiare e fisiopatologica non significative per il caso in questione: tonsillectomia nel 1987, appendicectomia nel 1994, intervento chirurgico per ipertrofia dei turbinati nel 2002.

Dopo 23 anni di consecutiva attività come serigrafista presso la stessa azienda, il lavoratore lamenta soltanto problematiche extraprofessionali da deviazione del setto nasale in esiti di turbinectomia ed una dispepsia ricorrente.

In data 2/7/2001, in occasione di una visita periodica semestrale, M.V. non destrimane, riferisce per la prima volta la comparsa di algie all'avambraccio ed al polso sinistro tipo “tendinite”.

I primi accertamenti clinici sono negativi compresi i test per la slatentizzazione della sindrome del tunnel carpale. Al controllo periodico successivo (17/1/2002) il lavoratore ha cominciato un ciclo di fisiokinesiterapia per gonfiore dell'avambraccio sinistro e del dorso della mano ed assume diuretico.

Il 12/2/2002 effettua velocità di conduzione motoria e sensitiva dei nervi mediani bilateralmente (nei limiti della norma), mentre il giorno successivo una ecografiaavambraccio e polso sn non evidenzia lacerazioni eostrutturali a carico dei tessuti molli con nervi mediano e ulnare regolari.

La consulenza medica INAIL rileva, in data 17/6/2002, edema alla mano e all'avambraccio sinistro, algie alla pressione sulla mano e sull'avambraccio sinistro ed alla mobilitazione del polso sn, deficit funzionale polso sinistro con riduzione della forza alla mano sn.

Il 17/3/2002 il fisiatra formula diagnosi di “edema distale arto superiore sinistro, verosimilmente conseguente a sovraccarico muscolare strutturato..”.

Ad una visita “su richiesta” del 19/3/2002 (art.17.1 D.L. 626/94), il lavoratore lamenta dolore con impotenza funzionale, parestesie e edema serotino accentuato alla mano sinistra: nella circostanza viene formulata dal medico competente la prescrizione dell'uso automatico, o almeno semiautomatico, del serigrafo con pause adeguate.

Ulteriori accertamenti sierologici il 5/8/2002 si dimostrano completamente negativi o nella norma: PCR, RAtest, Waaler-Rose, TASL, TAFL, VES, elettroforesi proteica, immunoglobuline, emocromocimetrico.

Il 5/11/2002 una ecotomografia del cavo ascellare sinistro e destro non evidenzia linfadenomegalie al cavo ascellare di entrambi i lati, mentre l'ecocolor Doppler

“vede” vene ascellari-omerali pervie e comprimibili ed assi venosi agli arti superiori nei limiti massimi della norma.

Una linfoscintigrafia del 11/4/2003 dimostra un circolo linfatico superficiale e profondo dell'arto sup. destro sufficientemente pervio con fisiologica visualizzazione delle stazioni linfoghiandolari ascellari, mentre a sinistra non si identifica alcuna via linfatica.

A questo punto gli ulteriori accertamenti prendono una strada ben definita.

Una certificazione della Chirurgia Linfatica del 7/5/2003 ribadisce l'esistenza di un linfedema dell'arto superiore sinistro al 3° stadio, mentre un'altra certificazione del 9/7/2003 prevede la necessità di un intervento di “microchirurgia derivativa linfatico-venosa”.

Infine una nuova linfoscintigrafia dell'arto superiore sinistro il 25/7/2003 non dimostra risalita del radiocolloide linfotropo attraverso il circolo profondo.

Durante e al termine dei suddetti accertamenti il lavoratore ha assunto diuretici ed analgesici ed ha continuato cicli di fisiokinesiterapia e di linfodrenaggio manuale all'arto superiore sinistro.

CENNI DI LETTERATURA

Dalle prime osservazioni di B. Ramazzini nel 1700 (“De morbis artificum diatriba”), nei confronti di musicisti e scrivani, fino alle più recenti pubblicazioni scientifiche sulle patologie da sovraccarico degli arti superiori (Upper Limbs Work related Muscolo Skeletal Disorder's), non si reperisce alcun rapporto di causalità tra i traumi ripetuti di origine professionale e la patologia linfatica oggetto di questa pubblicazione (2, 6, 7, 8).

Tale patologia rientra comunque a pieno titolo nelle ULWMSD's poiché quest'ultime vengono definite “alterazioni delle unità muscolo-tendinee, dei nervi periferici e del sistema vascolare che possono essere precipitate o aggravate da ripetuti movimenti e/o sforzi fisici” (8).

I rari casi, riportati dalla letteratura internazionale, di linfedema dell'arto superiore con una correlazione professionale, sono riconducibili a fattori barotraumatici: permanenza in aeroplano di volontari per insufficiente pressurizzazione (3) ed effettuazione di pesca subacquea con manifestazione di edema persistente alla superficie dorsale della mano (1).

La sentenza 179/88 della Corte Costituzionale ha reso comunque possibile il riconoscimento di qualsiasi patologia come malattia professionale, con onere della prova a carico del lavoratore, determinando il superamento della tabella di Legge ed introducendo di fatto un “sistema misto”.



Il nuovo elenco delle patologie professionali (5) comprende diverse patologie da “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”, tuttavia non viene citato il linfedema dell'arto superiore, neanche nelle malattie la cui origine lavorativa è soltanto “possibile”.

IL RICONOSCIMENTO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Il medico competente, con la comparsa dei primi sintomi, ha inoltrato denuncia di sospetta malattia professionale o comunque lavoro-correlata: edema distale arto superiore sinistro da verosimile sovraccarico funzionale muscolare.

Successivamente la domanda amministrativa del lavoratore (5/4/2002) viene accolta dall'INAIL di Genova (24/2/2003) dopo un approfondito accertamento del rischio da trauma ripetuto.

L'INAIL formula una diagnosi prudente di “sindrome algodistrofica dell'arto superiore sn, edema e algie alla mano e al polso sn in mancino” con un punteggio pari al 4 % (danno biologico).

Il lavoratore, per il contemporaneo aggravamento del quadro, presenta ricorso il 17/3/2003 tramite ente di patrocinio, ma la collegiale medico legale del 16/10/2003 si conclude in maniera discordante.

Il lavoratore annuncia di voler procedere in via giudiziaria per il riconoscimento di un danno maggiore.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Come già ricordato, il linfedema dell'arto superiore non viene citato tra i comuni CTD's (Cumulative Trauma Disorder) o WMSDs (Work related Muscolo Skeletal Disorder) (4, 7), tuttavia nel caso in questione è emersa una correlazione che ha indotto l'INAIL al

riconoscimento di un nesso di causalità con l'attività professionale (6).

L'esclusione di altre cause (ereditarie, infettive, metaboliche, neoplastiche, autoimmuni o iatrogene) non ha potuto che indirizzare verso l'unico dato certo: la ventennale attività ripetitiva in ambito professionale con entrambi gli arti superiori, in particolare il sinistro, in soggetto non destrimane.

La vicenda insegna, se ce ne fosse ancora bisogno, che il datore di lavoro è tenuto a valutare “ogni” rischio presente in azienda, mentre il medico competente non deve mai abbassare la guardia, abituandosi a guardare anche “oltre il documento di valutazione dei rischi”, spesso preesistente al proprio incarico.

Il caso in questione assume infine particolare interesse poiché uno dei primi, se non il primo, che ha posto in relazione una patologia linfatica dell'arto superiore con la mansione professionale (2).

RIASSUNTO

Gli Autori riportano il caso di un operaio serigrafista, dipendente di una fabbrica di targhe e timbri, che, a seguito di una ventennale attività lavorativa con sovraccarico funzionale degli arti superiori ha ottenuto dall'INAIL il riconoscimento di Malattia Professionale. La particolarità del caso risiede nella diagnosi di linfedema dell'arto superiore sinistro che costituisce, per quanto noto agli Autori, il primo caso di patologia linfatica del braccio/avambraccio riconosciuta come professionale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Angelini G., Vena G.A., Meneghini C.L., Second Department of Dermatology, University of Bari, Italy, Occupational traumatic lymphedema of the hands, Dermatol. Clin. 1990 Jan; 8(1): 205-8.
- 2) Balletta A., Clemente M., Milesi A.F. Le patologie da traumi ripetuti. Andamento delle denunce e dei riconoscimenti in ambito INAIL, G. Ital. Med. Lav. Erg. 2001; 23:2, 151-155, PI-ME Pavia, 2001.
- 3) Caslej-Smith J. R., Henry Thomas Laboratory, University of Adelaide, S.A., Australia Lymphedema initiated by aircraft flights, Aviat. Space Environ. Med. 1996 Jan; 67(1): 52-6.
- 4) Colombini D., Occhipinti E., Grieco A., La valutazione e la gestione del rischio da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori: analisi organizzative, indici di esposizione OCRA, schemi di intervento, principi di riprogettazione. Milano: Franco Angeli Editore, 2000.
- 5) 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. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Decreto 27 aprile 2004.
- 6) Linee Guida per il riconoscimento dell'origine professionale delle malattie da microtraumi e posture. Allegato “A” alla circolare Sovrintendenza Medica Generale INAIL n.81 del 27/12/2000.
- 7) Occhipinti E., Colombini D., De Marco F., Menoni O., Grieco A., Scarselli R., Palmi S., Metodo di analisi dei fattori di sovraccarico meccanico determinanti le patologie dell'arto superiore da trauma cumulativo (CTD's), Prevenzione, Oggi, 1997.
- 8) Scansetti G., Piolatto P.G., Perrelli G., Medicina del Lavoro, 2000.

ERRATA CORRIGE

Riportiamo qui sotto le tabelle 4, 5, 6 e 7, dell’articolo “La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti” di Terenzio Cassina pubblicato nel numero 2/2003. La redazione si scusa con l’autore e i lettori per l’errore di formattazione che presentavano, dovuto a uno slittamento delle tabulazioni in fase di stampa e invita a far riferimento a quanto di seguito riportato.

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. 7 - 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 378	% 88,7	ASTENOPICI 48	% 11,3
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%

DATI EPIDEMIOLOGICI SULLA
DIFFUSIONE IN ABRUZZO
DELLA MALATTIA DI LYME
IN PERSONALE A RISCHIO



CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

E. Ciancaglini*, P. Fazii**,
F. Contempo***,
D. Buttarazzi*,
A. Forbidussi*, A. Federici*,
G. Riario Sforza**

*Centro Militare di Medicina
Legale di Chieti
**Servizio di Patologia Clinica
Ospedale di Pescara
***Servizio Sanitario Corpo
Forestale dello stato - L'Aquila

INTRODUZIONE

La Borreliosi di Lyme è una patologia descritta in Italia per la prima volta nel 1983, anche se la sua manifestazione cutanea, l'Eritema cronico migrante, era ben conosciuta in precedenza dai dermatologi. L'agente etiologico è una spirocheta, la Borrelia burgdorferi che si differenzia in numerose genospecie; fra queste, quelle sicuramente patogene per l'uomo sono: Borrelia afelii, Borrelia garinii, Borrelia burgdorferi “sensu strictu” e Borrelia valaisiana, peraltro tutte isolate in Italia.

Questa spirocheta è trasmessa all'uomo dalla puntura di “zecche”, appartenenti al genere Ixodes; in Europa ed in Italia il vettore infettante è l’Ixodes ricinus. Il decorso dell'infezione è sovrapponibile a quello della Sifilide, con lesioni primarie cutanee rappresentate dall'Eritema migrante, accompagnato o meno da sintomi sistemici, da lesioni secondarie a carico delle articolazioni, del sistema nervoso e dell'apparato cardiaco (Blocchi AV di grado I-III, meningoencefalite, meningopolinevrite, artralgie/mialgie) e da lesioni terziarie, quali l'Acrodermatite cronica atrofizzante. La Borrelliosi di Lyme è presente nell'emisfero boreale, in molte zone degli Stati Uniti, in Asia, ed in Europa, specie in quella centro settentrionale.

In Italia, è presente soprattutto in Friuli-Venezia Giulia, Liguria, veneto, trentino-Alto Adige e Toscana, mentre nel Centro-Sud Italia e nelle Isole si sono avute solo sporadiche segnalazioni. In Abruzzo, sono state segnalate alcune decine di casi.

Scopo del presente studio è stata la valutazione della diffusione di tale patologia in un'area geografica dell'Italia Centrale, a forte connotazione montuosa, quale è l'Abruzzo, ricercando la presenza di anticorpi anti-Borrelia burgdorferi in personale militare dell'Esercito, dell'Arma dei carabinieri e del Corpo Forestale dello Stato che, per motivi di lavoro, soggiornava nelle zone rurali e appenniniche e che, pertanto, era esposta al rischio di puntura di zecca e, quindi, di possibile contagio.

MATERIALI E METODI

La ricerca sierologica è stata condotta, previa richiesta del consenso informato, su un campione umano composto da 201 persone di sesso maschile (69 appartenenti all'Esercito, 10 al gruppo cinofili regionale dell'Arma dei carabinieri e 132 appartenenti al Corpo Forestale dello Stato), di età compresa tra i 18 e i 45 anni, sottoposti a prelievo per altra causa.

Prima del prelievo, il campione è stato sottoposto ad un'indagine anamnestica per punture di zecca e per presenza di manifestazioni cutanee o di sintomatologia articolare. L'individuazione di anticorpi specifici IgM e IgG anti-

borrelia burgdorferi è stata eseguita con metodo ELISA (Dade-Behring) e successiva conferma con metodica Western Blot (MRL Diagnostics, commercializzata in Italia dsa Alifax) presso l'Ospedale Civile "Spirito Santo" di Pescara.

RISULTATI

Dall'esame dei dati anamnestici risultava che in 36 casi (17.9%) era riferita una precedente puntura di zecca: in due casi quest'ultima era stata asportata chirurgicamente e in un caso era stata praticata profilassi antibiotica. In 11 casi (5.4%) si erano verificati dolori articolari e in 1 caso era in atto un Eritema migrante. Il test ELISA ha rivelato 24 casi (11.9%) di sieroconversione per anticorpi specifici IgM e IgG anti-Borrelia burgdorferi. L'indagine in Western Blot ha confermato una positività in 19 casi (9.4%).

DISCUSSIONE

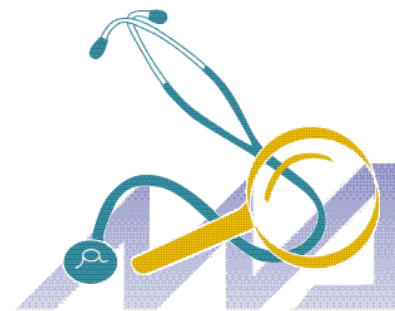
Recentemente, da una comparazione tra i lavori italiani e quelli europei sulla diffusione della Borreliosi di Lyme, è emersa una certa sottostima di questa malattia, in Italia, rispetto al resto d'Europa e questo anche perché in Italia un monitoraggio della malattia è in atto solo da pochi anni.

Nell'Italia Centrale la Malattia di Lyme è considerata poco presente, con dati di sieroconversione, nei gruppi

studiati, intorno al 6% e punte minime in Umbria (2.8%), Calabria (4.5%) e Lazio (1.5%).

Il manifestarsi in personale a rischio di significativi livelli di sieroconversione, emersa dal nostro lavoro, sembra indicare chiaramente la presenza di questa malattia in Abruzzo. Il nostro lavoro, inoltre, mostra dati di sieroconversione superiori a quanto ci si sarebbe potuti aspettare nella nostra regione ed in controtendenza rispetto a quanto riportato nelle regioni limitrofe; la qual cosa, ci fa ritenere che siano necessaria ulteriori indagini prima di poter accertare la reale incidenza di questa malattia in Abruzzo, come nelle altre regioni appenniniche dell'Italia Centrale. I dati da noi presentati, peraltro, vanno a confermare quanto già emerso da precedenti lavori di sieroprevalenza condotti su gruppi professionalmente esposti alla puntura della zecca, come le **guardie forestali** ed i **pastori**.

In conclusione, viste le caratteristiche della malattia, con una lunga latenza clinica tra la lesione primaria e le secondarie e terziarie, e la relativa paucisintomaticità o, a volte, la totale assenza della lesione primaria, riteniamo consigliabile sensibilizzare il personale a rischio che, a causa del proprio lavoro, frequenta abitualmente le zone rurali appenniniche, a non sottovalutare i possibili effetti nocivi derivanti dalla puntura di zecca e a sottoporsi, eventualmente, agli accertamenti sierologici ed alla profilassi antibiotica specifica in caso di positività.



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Francesco Gazzero
Sezione Campana

PROBLEMATICHE DI RADIOPROTEZIONE E PROTOCOLLI DI RIFERIMENTO

Nella stesura dei testi relativi alle norme per la Protezione dalle Radiazioni, il legislatore italiano ha usato, non si sa se intenzionalmente, i termini Pericolo e Rischio dando agli stessi pari significato infatti, rispettivamente, così recitano:

- D.P.R. 185/64 = Sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti.
- D.Leg. 241/00 = Attuazione della Direttiva 96/290/Euratom in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

Come per tutte le altre esposizioni lavorative anche per la Radioprotezione sono invece, a nostro avviso, da valutare più attentamente i due termini ricorrenti: Pericolo e Rischio.

In effetti per Pericolo si intende “la circostanza o insieme di circostanze da cui può derivare un danno”; per Rischio si deve intendere “l'eventualità di subire un danno a seguito del verificarsi di circostanze più o meno prevedibili”.

Ne consegue che il Rischio è la probabilità che un Pericolo produca un danno.

Se si accetta questa distinzione si può giustificare anche la terminologia usata dal legislatore che, nel DPR 185/64 parlava di Pericolo in quanto la prevenzione era indirizzata essenzialmente alla eliminazione degli effetti deterministici (a soglia di dose), mentre nel D.Leg. 241/00 parla di Rischio in quanto la prevenzione è orientata ormai alla riduzione della probabilità del verificarsi di effetti stocastici (senza soglia di dose).

Secondo le abbastanza recenti “Linee guida tecniche ed etiche per la Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori - ILO 1998” le finalità dei controlli sanitari sono:

- Valutazione dell'efficacia delle misure di controllo del rischio
- Individuazione di anomalie precliniche e cliniche
- Prevenzione di ulteriori danni alla salute
- Supporto alle strategie di sicurezza e mantenimento della salute sul lavoro
- Valutazione dell'appropriatezza delle mansioni essendo l'obiettivo l'adattamento del lavoro all'uomo (e non viceversa).

La Radioprotezione Medica ha una storia lunga (1964) che le ha consentito di sviluppare una “filosofia preventiva” di gran lunga più moderna ed efficace di quanto non si sia ancora verificato nella impostazione della prevenzione e protezione da altri fattori di rischio.

Infatti, mentre ad esempio per il rischio da agenti cancerogeni si fa solo “obbligo della abolizione/riduzione del rischio” affidato a “misure tecnicamente possibili” (D.Leg. 626/94), per il rischio radiogeno si prescrive che l'esposizione al rischio sia “la più bassa ragionevolmente raggiungibile” (D.Leg.

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a “La Medicina del Lavoro” per l'anno 2005/2006

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” ☐ Sì ☐ No

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

230/95) nel rispetto delle tre regole d'oro: Giustificazione dell'esposizione, Ottimizzazione delle metodiche e dei costi, Limitazione delle dosi.

Quanto sopra esposto è un esempio concreto di una gestione complessa del fenomeno "atta a minimizzare il rischio" mantenendo l'esposizione ai livelli più bassi ragionevolmente possibili, ma considerando anche costi, tecnologie, benefici ed altri fattori economico-sociali (rapporto costo/beneficio).

I criteri base per la sorveglianza medica in radioprotezione sono in effetti finalizzati alla salvaguardia dei lavoratori "standard" per i quali è possibile controllare l'assenza di patologie in numero statisticamente significativo in relazione alle dosi medie conosciute e in condizioni lavorative ordinarie, situazioni in cui, sulla base dei dati di radiobiologia e radiopatologia disponibili, la possibilità di "accadimento" è trascurabile.

Le cose cambiano un po' quando la sorveglianza medica della radioprotezione è finalizzata alla salvaguardia dei lavoratori ipersuscettibili.

Questi soggetti potranno essere identificati con una approfondita verifica iniziale dello stato di salute del lavoratore per evidenziare eventuali alterazioni o condizioni che possano comunque influenzare la suscettibilità al rischio (D.M. Sanità 488/11 giugno 2001).

Allo scopo esiste addirittura, allegata al suddetto D.M., una lista esemplificativa e non esaustiva di situazioni o patologie che necessitano di particolare attenzione.

Nel corso dei controlli sanitari periodici vanno valutate tutte le alterazioni dello stato di salute del soggetto che potrebbero influenzare la suscettibilità al rischio.

Oggi in effetti, in assenza di eventi particolari (incidenti), è praticamente impossibile evidenziare manifestazioni patologiche di natura deterministica da esposizione recente a radiazioni e di conseguenza l'attenzione andrà focalizzata verso la patologia stocastica, cioè valutando ad esempio l'eventuale aumentata suscettibilità alla patologia neoplastica.

Il D.Leg. 230/95 all'Art. 84 precisa che nei controlli sanitari va praticato un esame clinico generale completato da adeguate indagini specialistiche e di laboratorio per valutare lo stato generale di salute del lavoratore, anticipando così una visione molto più globale del controllo della salute non limitata a visioni parziali o di organo.

La esposizione a microdosi di inquinanti, la difficoltà di attribuire con certezza specifici effetti ad esposizioni lavorative, la individuazione di nuovi rischi professionali, etc., confermano la tesi che gli effetti sulla salute possono essere legati ad una alterazione di equilibri funzionali tra diversi organi ed apparati, con la conse-

guenza che l'approccio "fattore di rischio-organo bersaglio" una volta tenuto in grande considerazione, oggi non ha più pratica giustificazione.

Sarà indispensabile occuparsi della salute del lavoratore nel suo complesso "come entità biologica unitaria" e non soltanto degli specifici rischi e delle loro eventuali ricadute su organi ed apparati.

Nelle attività di Radiodiagnostica, che sono quelle che maggiormente interessano in ambito ospedaliero, per la valutazione delle dosi individuali assorbite bisogna tener conto di alcuni fattori.

I più banali, ma non per questo meno importanti, sono:

- La posizione dei lavoratori rispetto alla sorgente.
- La posizione dei lavoratori rispetto alle barriere (fisse o mobili).
- L'uso degli indumenti di protezione individuali.

Di solito l'esposizione si verifica in modalità antero-posteriore (raggio incidente sulla parte anteriore del corpo) o in modalità rotazionale (operatore in movimento rispetto alla sorgente).

Per i lavoratori che operano dietro barriera e non utilizzano indumenti protettivi, viene attribuito il valore misurato dal dosimetro, arrotondato per eccesso, e ciò è già ampiamente cautelativo.

Viene in ogni caso sempre attribuita al lavoratore una dose efficace di 0,3 mSv/semestre intesa come minimo livello di registrazione della dose.

Per i lavoratori che operano fuori barriera e usano gli indumenti protettivi, il dosimetro di solito va posto sotto il camice piombifero e nella valutazione della dose si deve tener conto anche della dose assorbita dagli organi e/o tessuti non protetti (tiroide, mani, etc.) applicando per la valutazione uno specifico fattore di ponderazione.

Per i lavoratori che operano fuori barriera e indossano il dosimetro sopra il camice piombifero, la dose efficace dovrà tener conto, rispetto ai valori del dosimetro, di una riduzione legata alla protezione del camice per gli organi sottostanti.

In mancanza di dati dosimetrici individuali la dose viene stimata partendo dai dati ambientali opportunamente sovrastimati.

La valutazione delle dosi ha una importanza sostanziale per poter formulare il giudizio di idoneità e per poter poi calcolare, specie per i soggetti ipersuscettibili, la così detta "dose personalizzata".

Poiché una società senza rischi appartiene al campo dell'utopia, si deve prendere in considerazione il principio della accettabilità del rischio.

La British Royal Society ha stabilito il limite tra l'inac-

cettabile ed il tollerabile pari a 10^{-3} (1/1000) eventi mortali per anno.

Come dicevamo il Rischio è la probabilità che un evento si verifichi e, volendo ipotizzare una formula di calcolo, ci si può esprimere con: $\text{Rischio} = \text{Probabilità} \times \text{Danno}$ ($R = P \times D$).

In Radioprotezione:

$$\text{Rischio} = 10^{-3}$$

$$\text{Probabilità} = \text{Dose} : 20 \text{ mSv}$$

$$\text{Danno} = \text{Coefficiente nominale di rischio: } 4 \cdot 10^{-2} \cdot \text{Sv}^{-1}$$

Il rischio è proporzionale alla dose assorbita ed alla sensibilità dell'uomo alle Radiazioni Ionizzanti.

- considerando che il soggetto ipersuscettibile ha un rischio di sviluppare una neoplasia certamente superiore a quella della media degli esposti;
- conoscendo il rischio (RR) si può calcolare approssimativamente il coefficiente di mortalità organo-specifico;
- l'incremento del coefficiente di mortalità determinerà il decremento della dose (a partire da 20 mSv) ottenendo così la "dose personalizzata";
- tutto ciò consentirà il mantenimento di un "accettabile livello di rischio".

Per procedere alla valutazione della dose personalizzata si dovrà applicare la formula:

$$(10^{-3}) = (20 \text{ mSv}) \times (4 \cdot 10^{-2} \cdot \text{Sv}^{-1})$$

dove (10^{-3}) è il rischio, (20 mSv) è la dose e ($4 \cdot 10^{-2} \cdot \text{Sv}^{-1}$) è un coefficiente nominale di probabilità di sviluppare un tumore letale, coefficiente elaborato dall'ICRP (Commissione Internazionale per le Protezioni Radiologiche) che ha anche predisposto apposite tabelle.

Facciamo qualche esempio:

- 1) Soggetto radioesposto affetto da Esofago di Barret.
Rischio di sviluppare un cancro dell'esofago = 100
Il coefficiente di rischio è passato da 488 a 1769 con un incremento di 3,625 volte
 $20 : 3,625 = 5,52$
Il limite di dose annuo al corpo intero dovrà essere decrementato da 20 mSv a 5,52 mSv.
- 2) Soggetto radioesposto con precedente riscontro di polipo del colon o familiarità
Rischio di sviluppare un cancro del colon = 3
Il coefficiente di rischio è passato da 488 a 569 con un incremento di 1,17 volte
 $20 : 1,17 = 17,09$
Il limite di dose annuo al corpo intero dovrà essere decrementato da 20 mSv a 17,09 mSv.



- 3) Soggetto radioesposto affetto da infezione di Helicobacter Pylori

Rischio di sviluppare un cancro dello stomaco = 3

Il coefficiente di rischio è passato da 488 a 662 con un incremento di 1,36 volte

$$20 : 1,36 = 14,70$$

Il limite di dose annuo al corpo intero dovrà essere decrementato da 20 mSv a 14,70 mSv

- 4) Soggetto radioesposto che fuma 10-20 sigarette /die
Rischio di sviluppare cancro: ai polmoni 9,63, alla vescica 1,9, all'esofago 3,4

Il coefficiente di rischio è passato da 488 a 1459 con un incremento di 2,99 volte

$$20 : 2,99 = 6,69$$

Il limite di dose annuo al corpo intero dovrà essere decrementato da 20 mSv a 6,69 mSv

L'A.I.R.M. (Associazione Italiana di Radioprotezione Medica) nel Piano Nazionale Linee Guida, sempre nel rispetto della giustificazione dell'esposizione e dell'ottimizzazione delle metodiche, ha elaborato alcune linee guida finalizzate alla prevenzione di specifiche forme neoplastiche:

Per la mammella: si raccomanda lo screening ogni 1-2 anni mediante mammografia ed esame clinico per le donne di età compresa tra i 50 ed i 70 anni. Non vi sono prove sufficienti per raccomandare uno screening mediante il solo esame clinico e l'autopalpazione.

Per il colon retto: si raccomanda lo screening annuale per gli ultracinquantenni con la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoidoscopia. Non vi sono raccomandazioni speciali a favore o contro lo screening mediante esplorazione rettale, clisma opaco o colonscopia.

Per la cervice uterina: si raccomanda lo screening almeno triennale con il Pap Test per tutte le donne che sono o sono state sessualmente attive dall'inizio dell'attività sessuale fino ai 65 anni circa. Non è possibile formulare raccomandazioni a favore o contro la cervicografia, colposcopia, etc.

Per la prostata: non è raccomandato lo screening di routine mediante esplorazione rettale, ecografia transrettale o PSA.

La Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori radioesposti ovviamente prevede la formulazione di un giudizio di idoneità al lavoro specifico. Detto giudizio scaturisce da:

- Una anamnesi completa
- Un esame clinico generale
- Adeguate indagini specialistiche e di laboratorio (Art. 84, c. 3, D.Leg. 230/95)

C'è stata qualche discussione sul termine “adeguate”, ma una attenta lettura dell'intero testo legislativo, è sufficiente a precisare che dette indagini sono “adeguate” se mirate agli specifici rischi lavorativi di ogni singolo lavoratore esposto tenendo conto dell'ambiente lavorativo, delle modalità di svolgimento del lavoro, delle specifiche mansioni affidate al lavoratore, dei mezzi di protezione ambientali e personali, delle eventuali ipersuscettibilità, etc.

Inoltre il D.M. 488/01 all'Art. 3 stabilisce che l'idoneità al lavoro con Radiazioni Ionizzanti va valutato “in funzione della diversa tipologia del rischio” e di conseguenza gli accertamenti devono essere mirati allo specifico rischio da radiazioni ionizzanti cioè al rischio effettivo di assorbire dosi rilevanti (ai fini della radioprotezione) per irradiazione esterna e/o contaminazione interna. Solo questi accertamenti mirati sono obbligatori sia per il lavoratore che per il Datore di Lavoro in quanto considerati necessari per esprimere il giudizio di idoneità.

Tutti gli altri possibili accertamenti possono essere consigliabili per finalità di medicina preventiva o terapeutica in senso generico e di conseguenza delegati al medico di base in quanto, tra l'altro, il costo di detti esami facoltativi non può essere caricato al Datore di Lavoro bensì al Servizio Sanitario Nazionale.

In attesa dell'esito degli esami obbligatori il giudizio di idoneità resterà sospeso in caso di Visita Preventiva, mentre sarà ritenuto ancora valido (in regime di prorogatio) il precedente giudizio di idoneità in caso di Visita Medica Periodica.

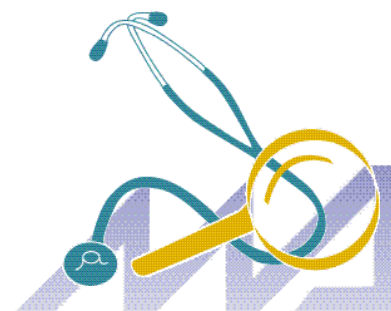
Per concludere, gli obiettivi che la Sorveglianza Sanitaria si deve porre sono in estrema sintesi:

- Analisi dei rischi connessi all'attività lavorativa

- Supporto alla scelta dei DPI, valutazioni ergonomiche, turni, etc.
- Verifica della compatibilità tra lo stato di salute del lavoratore e rischi lavorativi (giudizio di idoneità).
- Verifica dell'efficacia degli interventi di minimizzazione del rischio.
- Diagnosi precoce di patologie da attribuire al rischio.
- Acquisizione di tutti i dati utili in caso di sovrapposizione accidentale e messa in atto dei relativi interventi diagnostici e terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

- E. Strambi - Giudizio di Idoneità e accertamenti complementari.- Aggiornamenti di Radioprotezione - Anno XI , n° 1, maggio 2003
- A. Petrucci, E. Santini, MC. Spinelli - Valutazione dose efficace nei lavoratori esposti in radiodiagnostica - Aggiornamenti di Radioprotezione - Anno XI, n° 2 e 3, ottobre 2003
- G. Trenta - Il concetto di rischio in radioprotezione: la dottrina, la normativa _ Aggiornamenti di Radioprotezione - Anno XI, n° 2 e 3, ottobre 2003
- R. Moccaldi - Medicina del Lavoro e Radioprotezione Medica - Aggiornamenti di Radioprotezione - Anno XII, n° 1, marzo 2004
- F. Malesani - Il Giudizio di Idoneità: rassegna casistica - 18° Corso avanzato di Radioprotezione Medica - Bressanone 2-6 settembre 2004
- F. Malesani - Linee Guida A.I.R.M., valutazione di efficacia - 18° Corso Avanzato di Radioprotezione Medica - Bressanone 2-6 settembre 2004



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Terenzio Cassina
Sezione Lombarda*

ORIENTAMENTI PER UN EFFICACE ITER DIAGNOSTICO DELLA PATOLOGIA ORL DI ORIGINE PROFESSIONALE (PARTE I: IPOACUSIA PROFESSIONALE)

INTRODUZIONE

L'ipoacusia da rumore di origine professionale è una patologia molto frequente perché numerose sono le attività lavorativa che espongono a rumore. L'ipoacusia da rumore è ancora oggi, nonostante il sempre più crescente numero di lavoratori occupati nel terziario, la patologia professionale più denunciata. L'elevato numero di denunce deriva dalla apparente facilità della diagnosi che si basa sul tracciato audiometrico (esame poco costoso, non invasivo, facilmente effettuabile) e dalla non uniforme definizione del grado di deficit comportante la denuncia.

L'interesse a “chiarire i termini della questione” è segnalato dalla recente emanazione di “linee guida per la valutazione dei danni uditivi da rumore in ambiente di lavoro” sia da parte della SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale) nell'aprile 2002 e dalla SIO (Società Italiana di Otorinolaringoiatria) nel giugno 2004.

La classificazione dei risultati audiometrici è stata prevalentemente effettuata dai medici competenti utilizzando la metodica pubblicata dalla prof. Franca Merluzzi e coll. nel 1979; nelle linee guida della SIMLII viene proposto l'utilizzo di una nuova classificazione più ampia e dettagliata pubblicata da Merluzzi, Pira e Bosio nel 2002.

Questo rinnovato interesse per la ipoacusia professionale non ha però chiarito tutti i dubbi di gestione dell'esame audiometrico da parte del Medico Competente.

Anche per questo motivo l'ANMA ha deciso di dedicare la seconda sessione del proprio congresso nazionale svoltosi a Portofino dal 27 al 29 maggio 2004 alla patologia ORL di interesse professionale.

Nella sessione sono stati forniti numerosi spunti interessanti sulla valutazione delle audiometrie ed in particolare sulla diagnostica differenziale delle ipoacusie neurosensoriali.

Al termine della sessione il gruppo di lavoro che ha coordinato la sessione composto dai dottori Orietta Calcinoni dell'INAIL, Guglielmo D'Allio segretario nazionale ANMA, Daniele Di Taranto e Terenzio Cassina hanno presentato gli ORIENTAMENTI OPERATIVI PER IL MEDICO COMPETENTE.

1. L'IPOACUSIA PROFESSIONALE

Per ipoacusia professionale definiamo una

- ALTERAZIONE DALLA NORMALITÀ UDITIVA
- DI ORIGINE PROFESSIONALE

Già questa definizione richiede alcune precisazioni.

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

MG.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.**



Innanzitutto di definire il **concetto di normalità uditiva**.

La normalità uditiva può essere intesa

1. RISPETTO AD UN VALORE ASSOLUTO DI SOGLIA AUDIOMETRICA (ad esempio in ambito clinico la soglia uditiva è considerata normale se per tutte le frequenze esaminate è contenuta in 25 dB HTL)
2. RISPETTO ALL'ETÀ: cioè confrontando il risultato audiometrico del soggetto con un valore medio della popolazione di identico sesso ed età.

Questa seconda modalità risulta più confacente con la finalità del controllo audiometrico in ambito lavorativo in quanto quantifica il danno uditivo (e in particolare quello da esposizione professionale a rumore) escludendo quello dipendente dall'invecchiamento.

Ma anche il confronto con il "valore medio della popolazione" ha diverse possibilità sia come origine dei valori di riferimento

- Confronto con i valori o le curve della norma ISO 7029/2000 ispirata alla storica ISO 1999/1990-DATABASE A nel quale sono riportati i valori medi di soglia audiometria alle varie frequenze per popolazione otologicamente sana e non esposta a rumore
- Confronto con curve descrittive di popolazione italiana (recentemente presentate da Merluzzi/Pira)

che come metodologia del confronto

- **proposta SIMLII** - confronto tra curve audiometriche valorizza la morfologia del tracciato
- **proposta Albero e coll** - confronto con le medie dei valori di innalzamento della soglia alle frequenze di 3-4-6 KHz.

Nella valutazione di un tracciato audiometrico per quanto concerne l'**origine professionale del danno**

Tab. 1 - Esposizione efficace

- **Livello** (superiore a 85 dB(A) se soggetto non ipersuscettibile)
- **tipo di rumore** (il rumore continuo senza pause è maggiormente nocivo di quello interrotto che permette un recupero funzionale interpositivo)
- **durata dell'esposizione** (possibile confronto con le probabilità di danno atteso ricavate dalla norma ISO 1999/1990)
- **rapporto temporale tra esposizione e danno** (il danno è più marcato nei primi anni di esposizione, cessata l'esposizione il danno acustico non evolve)

Tab. 2 - Tracciato tipico

- Deficit percettivo più marcato da 3 a 6 kHz
- In assenza di presbiacusia risparmio della frequenza 8 kHz
- Bilaterale
- Sostanzialmente simmetrico
- Evoluzione piuttosto rapida nei primi anni di esposizione
- Con recruitment

Tab. 3 - Esclusione di cause extralavorative di ipoacusia neurosensoriale

- PREGRESSE MALATTIE CON POSSIBILE DANNO OTOTOSSICO (TIFO, TBC, MALARIA, MENIGITI, ENCEFALITI, DIABETE, INTOSSICAZIONI PROFESSIONALI O DA ALCOOL, GRAVE INSUFF. EPATICA O RENALE, VASCULOPATIA)
- USO PROLUNGATO DI FARMACI OTOTOSSICI
- TRAUMI CRANICI
- TRAUMI ACUSTICI ACUTI
- ESPOSIZIONE A RUMORE EXTRALAVORATIVA (USO DI ARMI DA FUOCO, FREQUENTE ACCESSO A DISCOTECA, AUTODROMO ECC.)

bisogna tener conto dei seguenti fattori:

- ESPOSIZIONE EFFICACE
- TRACCIATO TIPICO
- ESCLUSIONE DI CAUSE EXTRALAVORATIVE DI IPOACUSIA NEUROSENSORIALE

Per ciascuno di questi fattori nelle tabelle 1 2 e 3 sono riportati schematicamente le caratteristiche da verificare.

2. MODALITÀ OPERATIVE PER LA VALUTAZIONE AUDIOMETRICA DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE

Tenuto conto del contesto in cui il medico competente si trova ad operare (aziende anche di piccole dimensioni, per lo più aziende non dotate di locale infermeria dedicato ne tanto meno di cabina audiometria, difficoltà a spostare i lavoratori e difficoltà a far rispettare il

riposo acustico) viene proposta una metodica operativa che si sviluppa in due passaggi: screening audiometrico per tutti i lavoratori esposti a rumore e approfondimento per i casi sospetti per ipoacusia. Le figure 1-2-3 dettagliamo il percorso proposto.

3. VALUTAZIONE DEL TRACCIATO AUDIOMETRICO

In relazione agli aspetti trattati al punto 1 della presente nota si consiglia di valutare il tracciato audiometrico escludendo il danno connesso alla presbiacusia-socioacusia cioè valutando le alterazioni rispetto alla normalità per età. Si ritiene in generale che il confronto possa essere fatto utilizzando le curve di normalità audiometria per età derivanti dal database A dello standard ISO/DIS 7029 (derivante dalla storica norma ISO 1999 del 1990).

Escluso che il danno sia da imputarsi alla presbiacusia, appare adeguato classificare i tracciati audiometrici eseguiti per la prevenzione dei danni uditivi da rumore professionale utilizzando la Classificazione di Merluzzi-Pira-Bosio che consente un maggior dettaglio descrittivo del tracciato.

4. GESTIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

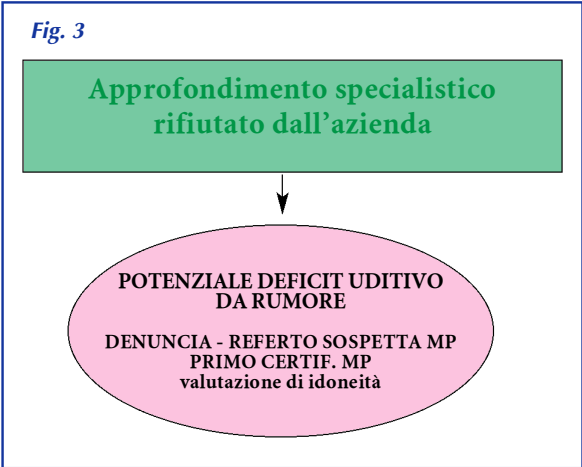
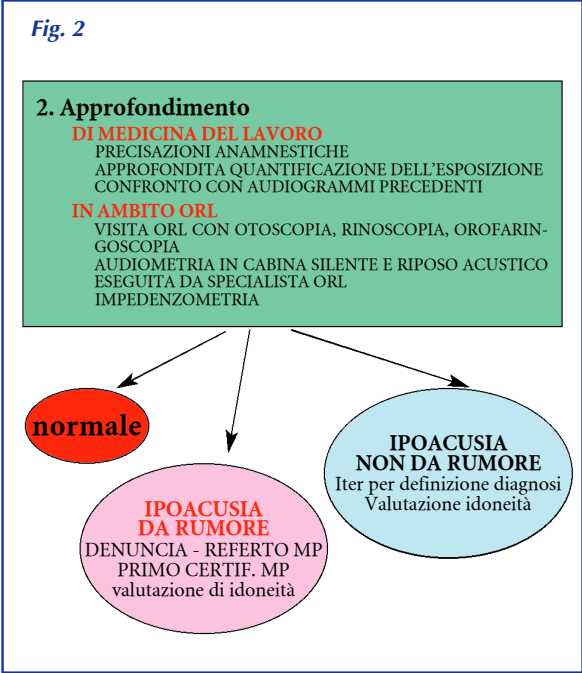
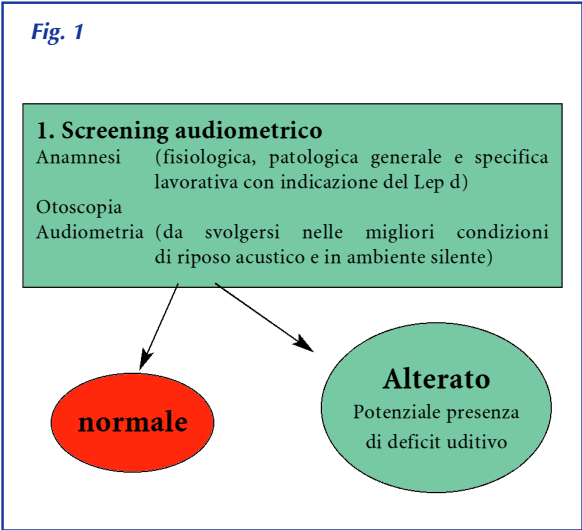
L'esito audiometrico pone al medico competente la problematica del suo utilizzo ai fini della formulazione del giudizio di idoneità.

Nel contesto della normativa vigente (d.lgs.626/94 e 277/91), come riportato anche nelle linee guida SIMLII, per idoneità non si intende la capacità, la possibilità o la predisposizione a svolgere un determinato lavoro ma il possesso di uno stato di salute che non potrà avere nocumento dallo svolgimento di quel compito lavorativo.

Il giudizio è finalizzato alla tutela della salute del lavoratore:

- 1. che non contragga malattia in relazione al rischio specifico ovvero che non aggravi stati di malattia preesistenti
- 2. che la patologia presente non lo predisponga a situazioni di rischio diverso ad esempio di tipo infortunistico.

In relazione a ciò si formulano i criteri esposti nelle tabelle 4 e 5 per la formulazione del giudizio di idoneità.



Tab. 4 - Valutazione della predisposizione al danno acustico da rumore (tratti da linea guida SIMLII)

NORMOACUSIA
sono idonei all'esposizione fino a 90 dB(A)
IPOACUSIE TRASMISSIVE
Solitamente in questi casi non si ha predisposizione all'aggravamento
IPOACUSIE PERCETTIVE
-Se il danno è cocleare (s. di Meniere, cocleopatie vascolari- degenerative, virali-batteriche-da trauma cranico) vi è predisposizione all'aggravamento tranne per le forme da presbiacusia e da trauma acustico acuto
-Se il danno è al nervo acustico (neurinoma, neuropatia virale) non vi è predisposizione all'aggravamento

Tab. 5 - Gestione del giudizio di idoneità in riferimento al risultato audiometrico classificato secondo il metodo MPB

classe audiometrica	giudizio	periodicità audiometria
0, 1, 8	idoneo	come da 277
da 2a a 3a	IL (*)	come da 277
da 3b a 6	IL /NI (**)	annuale se esposizione inferiore a 10 anni
7 e 9	in relazione alla diagnosi	annuale se esposizione inferiore a 10 anni

(*) IL = idoneità limitata, con uso obbligatorio di audioprotettori quando svolge attività che espongono a rumore superiore a 85 dB(A) ovvero mansione con Lep d maggiore di 80 dB(A)

(**) NI = il giudizio di non idoneità alla mansione deve essere considerato se nonostante l'uso di audioprotettori vi è un progressivo peggioramento del risultato audiometrico. Per peggioramento del risultato audiometrico il NIOSH intende una differenza di almeno 15 dB anche per un solo orecchio, anche per 1 sola delle frequenze indagate (0.5-1-2-3-4-6 kHz) mentre OSHA (1995) intende una differenza media di almeno 10 dB per le frequenze di 2-3-4 kHz, anche per un solo orecchio.

5. CRITERI PER LA DENUNCIA DI IPOACUSIA PROFESSIONALE

SIMLII propone di denunciare a partire dalla classe 2 (Merluzzi) o 3b (MPB): in questa proposta è espressamente indicato che lo scopo della denuncia è preventivo cioè portare a conoscenza dell'organo di vigilanza l'esistenza di situazioni di rischio; è uno scopo parzialmente superato da quando il d.lgs. 277obbliga a comunicare le situazioni con Lep d superiori a 90 dB(A) e i lavoratori esposti a tali livelli devono essere iscritti nel registro degli esposti da inviare annualmente alla ASL. SIO propone di denunciare tutti i casi in cui vi sia un indebolimento del senso dell'udito cioè in cui vi sia una soggettiva percezione di perdita dell'udito nelle attività della vita; viene considerato presente per perdi-

te superiori a 25 dB calcolato come media delle frequenze 0.5-1-2-3-4 kHz (già nel 1981 la Cassazione valorizzava il danno laddove si riscontra una menomazione funzionale).

Il danno biologico è indennizzato a partire dal 6% di invalidità (in alcuni casi anche % minori di danno acustico potrebbero sommarsi a altri-esiti di infortuni ecc.- e portare all'indennizzo).

6. STRUMENTI PER LA DENUNCIA

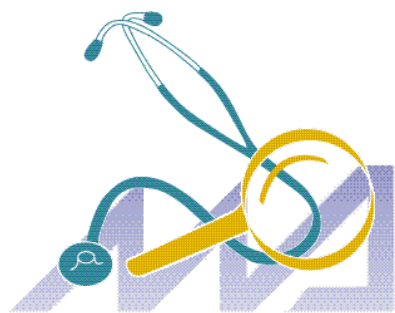
- Denuncia della MP alla ASL (DPR 1124 art.139); alcuni ritengono che sia da trasmettere anche all'Ispettorato del Lavoro
- Copia della denuncia all'INAIL (d.lgs.38/2000)
- Primo certificato di MP da dare al lavoratore
- Referto all'UPG se ricorrono gli estremi del reato (riscontro di un indebolimento permanente del senso dell'udito causato da colpa)

7. CONCLUSIONI

1. Non si può evitare di assumersi la propria responsabilità professionale caso per caso; è utile tentare di unificare i criteri ma le modalità operative, la formulazione e gestione del giudizio di idoneità e la scelta di effettuare la denuncia di ipoacusia professionale sono sempre lasciati alla coscienza e alla professionalità del medico.

2. Verificata la presenza di un indebolimento del senso dell'udito

- È necessario definirne l'eziologia ed in particolare l'eventuale origine professionale del danno uditivo.
- Se viene riconosciuto un danno uditivo di origine professionale sono da attuare le segnalazioni con le corrette procedure come indicato al punto 6.
- In ogni caso di riscontro di danno acustico il medico competente deve valutare secondo criteri validati l'idoneità alla mansione e la necessità di controlli periodici più ravvicinati.



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda

LO STRESS CORRELATO AL LAVORO: IL CONTESTO, LE RELAZIONI E LO SCENARIO PER IL MEDICO COMPETENTE

STRESS E LAVORO IN EUROPA

- Dopo che negli anni '90:
 - le indagini della Fondazione per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro di Dublino e le ricerche dell'Agenzia per la salute e sicurezza sul lavoro di Bilbao (pubblicate a cura dell'Agenzia nel 2000 con l'opuscolo "Research on Work-related Stress");
 - gli studi di Lennart Levi e Altri avevano evidenziato l'entità dello stress nell'ambiente di lavoro ed i costi sociali delle sue conseguenze, il Parlamento europeo, con la Risoluzione del 25 febbraio 1999, esprime la necessità di una analisi del fenomeno finalizzata ad individuare le sue cause e le possibilità di prevenzione e gestione.
- Nel 2000 la Direzione generale Occupazione e Affari Sociali della Commissione europea pubblica la "Guida sullo stress legato all'attività lavorativa: sale della vita o veleno mortale?", che si è rivelata un utile strumento per gli addetti ai lavori ed un riferimento per il dialogo tra le parti sociali.
- Nell'aprile 2002 la Commissione europea presenta in occasione della Conferenza Internazionale di Barcellona la strategia comunitaria 2002 - 2006 per la salute e sicurezza sul lavoro articolata in otto obiettivi prioritari comprendenti "la prevenzione dei rischi sociali" e "l'analisi dei rischi nuovi o emergenti" con esplicito riferimento anche allo "stress" ed ai "rischi psicologici".
- Nel 2002 il tema scelto dalla Commissione per la Settimana europea per la salute e sicurezza sul lavoro è "Lavorare con stress".
- Nel frattempo alcuni paesi europei si sono già mossi dotandosi di una legislazione specifica (Belgio) o promuovendo accordi tra le parti sociali, mentre molte delle "buone pratiche" pubblicate dall'Agenzia di Bilbao per la sua attività di benchmarking, sono dedicate proprio alle esperienze di gestione e riduzione dello stress sul lavoro in diversi settori.

STRESS E LAVORO IN ITALIA

- La settimana "Lavorare con stress" viene presentata attraverso la Circ. n. 4/2002 della P.C.M. nella quale si legge che "l'obiettivo di un lavoro non causa di malessere psicosociale, bensì occasione di valorizzazione della personalità umana, può essere perseguito attraverso un percorso legislativo, nonché organizzativo e, soprattutto, di mutamento dei modelli culturali".
- Nel 2002 l'ISPESL pubblica le Linee Guida "Lo stress in ambiente di lavoro" destinate ai datori di lavoro e RLS.

- Nel dicembre 2003 l'INAIL emana la Circolare n. 71 avente per oggetto "Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche", con la quale l'Istituto individua i quadri psicopatologici assicurati ed elenca le situazioni di costrittività organizzativa che concretizzano questi quadri ai fini della rilevanza assicurativa.
- Con il DM 27 aprile 2004, viene aggiornato l'elenco delle malattie di cui è obbligatoria la denuncia. Nella Lista II (limitata probabilità) il gruppo 7 comprende le malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro costituite dalle situazioni di costrittività organizzative già individuate nella Circ. INAIL n. 71/2003.

IL DIALOGO SOCIALE E L'ACCORDO EUROPEO SULLO STRESS CORRELATO AL LAVORO

Al fine di evitare un intervento legislativo cogente della Commissione UE, lo scorso 11 giugno è stato firmato a Bruxelles l'accordo tra le parti sociali (UNICE, CEEP e CES) per la disciplina europea dello stress sul lavoro. L'accordo si inquadra nell'ambito del "dialogo sociale" previsto dall'art. 139 del Trattato europeo; anche se giuridicamente non vincolante, le parti si sono impegnate a promuoverne l'implementazione e l'esecuzione negli Stati membri entro il giugno 2007.

Ecco i contenuti più rilevanti:

Introduzione

Lo stress può potenzialmente interessare tutti i posti di lavoro e qualunque lavoratore; affrontarlo può aumentare l'efficienza e migliorare la salute e la sicurezza sul lavoro, comportando benefici sociali ed economici per aziende, lavoratori e società nell'insieme.

Scopo

Precisa che la violenza e le molestie non sono oggetto dell'accordo il cui obiettivo è dotare i datori di lavoro ed i lavoratori con uno strumento per identificare e prevenire o gestire i problemi stress correlati escludendo la responsabilità (colpevolizzazione) dell'individuo nell'essere soggetto a disturbi derivanti da stress.

Descrizione dello stress e dello stress lavoro-correlato

Lo stress è uno stato che comporta disturbi e disfunzioni fisiche, psicologiche e sociali in individui che hanno la percezione di una loro inadeguatezza rispetto alle richieste ed aspettative.

Affinché si possa manifestare un rischio per la salute

del lavoratore è necessario che l'esposizione allo stress sia protratta ed intensa.

Di fronte a situazioni simili la reattività individuale può essere diversa, mentre lo stesso individuo può reagire diversamente in tempi diversi della sua vita.

Lo stress, pur non essendo una malattia, può comprometterne l'efficienza sul lavoro ed essere causa di malattia.

Lo stress che origina al di fuori del luogo di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza sul lavoro.

Conseguentemente non tutte le manifestazioni dello stress sul lavoro possono essere correlate al lavoro.

Lo stress correlato al lavoro può essere provocato da differenti fattori come il contenuto del lavoro, l'organizzazione del lavoro, l'ambiente di lavoro, la scarsa comunicazione ecc.

Identificazione dei problemi di stress correlato al lavoro

L'elevato assenteismo e turnover, i frequenti conflitti interpersonali o le frequenti lamentele dei lavoratori possono essere degli indicatori di un problema di stress correlato al lavoro.

L'identificazione di questi problemi può richiedere l'analisi sia di fattori oggettivi come l'organizzazione ed i processi del lavoro, le condizioni e l'ambiente di lavoro, la comunicazione, che di fattori soggettivi.

Se viene identificato un problema di stress correlato al lavoro, il datore di lavoro deve adottare le misure appropriate per prevenirlo, eliminarlo o ridurlo.

Responsabilità dei datori di lavoro e lavoratori

Per i datori di lavoro l'obbligazione di tutela della salute e sicurezza derivante dall'applicazione della direttiva 89/391, riguarda anche i problemi di stress correlato al lavoro che possono implicare rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori.

I lavoratori hanno il dovere di rispettare le misure protettive adottate dai datori di lavoro.

La problematica dello stress correlato al lavoro può essere richiamata all'interno del processo di valutazione dei rischi, attraverso una policy mirata per lo stress e/o l'indicazione delle specifiche misure adottate per identificare i fattori di stress.

Prevenire, eliminare o ridurre i problemi dello stress correlato al lavoro

Le misure per prevenire, eliminare o ridurre il fenomeno possono essere collettive, individuali o entrambe e possono riguardare la gestione e la comunicazione, la

formazione specifica dei dirigenti e dei lavoratori, la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti.

Esecuzione e follow up

Le parti firmatarie invitano le loro organizzazioni nei Paesi membri ad implementare questo accordo volontario, dandone esecuzione entro tre anni dalla data della firma (11 giugno 2007).

LE REAZIONI

- Nel marzo 2004 Confindustria, Abi e Confagricoltura contestano dinanzi al TAR del Lazio la legittimità della Circolare INAIL n. 71/2003.
- Durante il negoziato per l'accordo quadro europeo sullo stress correlato al lavoro, la strategia negoziale di Confindustria viene impostata sostanzialmente su tre principi:
 1. Riconoscimento della fondamentale importanza della dimensione “soggettiva” dello stress (più inaeguatezza dell'individuo che del lavoro).
 2. Riconoscimento che lo stress può essere causato anche da fattori extralavorativi e che conseguentemente l'organizzazione del lavoro non costituisce di per sé un fattore oggettivo di stress.
 3. Nessun riferimento nell'accordo alla direttiva quadro 89/391 per evitare di fare rientrare lo stress tra gli obblighi aziendali di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, in contraddizione con il carattere di accordo giuridicamente non vincolante.

Nella circolare n. 18027, avente per oggetto il negoziato europeo tra le parti sociali, inviata nel giugno scorso alle Organizzazioni Confederale subito dopo la firma dell'accordo, Confindustria specifica di aver accettato la formulazione del testo per evitare la situazione di “isolamento” che sembrava profilarsi dopo l'univoco orientamento espresso dalle altre principali Federazioni imprenditoriali, e di aver aderito all'accordo solo successivamente ai chiarimenti interpretativi forniti da UNICE in una nota ufficiale sui seguenti aspetti:

1. La dimensione soggettiva dello stress quale parte essenziale e integrante della descrizione del fenomeno.
2. L'esclusione che i riferimenti nell'accordo all'organizzazione del lavoro possano intendersi nel senso che tale aspetto costituisca di per sé un fattore oggettivo di stress.

3. Attuazione delle misure di tutela della salute e sicurezza in base alla direttiva 89/391, solo se siano accertati i segni dell'esistenza di un problema di stress correlato al lavoro e che tale problema comporti un reale rischio per la salute e sicurezza del lavoratore interessato.
- Per la parte sindacale a rappresentare l'Italia al tavolo negoziale per l'accordo europeo sullo stress sul lavoro era la CISL.
Renzo Bellini, Segretario confederale CISL responsabile del Dipartimento salute e sicurezza sul lavoro e ambiente, ha evidenziato in un documento sullo stress nei call center recentemente presentato a Modena gli aspetti dell'accordo da lui ritenuti positivi:
 1. L'esclusione di alcun tipo di responsabilità (colpevolizzazione) del singolo nell'essere soggetto a disturbi derivanti da stress e quindi un approccio al fenomeno di tipo collettivo.
 2. Il riferimento all'organizzazione del lavoro, alle condizioni e all'ambiente di lavoro ritenuti in stretto legame con i rischi di natura psicosociale come lo stress.
 3. La partecipazione e la collaborazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti nell'attuazione delle misure idonee per evitare, ridurre o eliminare il problema dello stress correlato al lavoro.
 4. L'invito delle parti firmatarie alle loro organizzazioni nei Paesi membri a promuovere l'implementazione dell'accordo, interpretando la “volontarietà” dell'accordo in relazione alla natura di accordo bilaterale come previsto dall'art. 139 del Trattato.
 5. Il richiamo alla direttiva 89/391 e quindi la piena ricomprensione dello stress correlato al lavoro tra i rischi da tutelare e quindi oggetto della VdR e della promozione di misure preventive e non solo assistenziali.
 - Nel luglio 2004 Confindustria con la circolare n. 18062 predispone un “Vademecum per l'assistenza alle imprese interessate da ispezioni INAIL su presunte costrittività organizzative”. Il documento invita le aziende interessate alla formalizzazione di una dichiarazione/diffida nei confronti della sede INAIL a dare corso a qualsiasi iniziativa connessa a quanto disposto dalla circolare INAIL n. 71/2003, in attesa della decisione del TAR del Lazio.
 - Recentemente Confindustria (coerentemente) contesta dinanzi al TAR del Lazio anche la legittimità del DM 27 aprile 2004 per quanto riguarda le malattie elencate nel Gruppo 7.

LO SCENARIO PER IL MEDICO COMPETENTE

Lo stress correlato al lavoro è un tema caldo sul quale è sempre più frequente nelle aziende il coinvolgimento del medico competente (m.c.).
Possono essere lavoratori o loro rappresentanti che gli riferiscono di situazioni lavorative vissute o percepite come stressanti, oppure casi di psicopatologie per i quali la correlazione con situazioni di stress lavorativo viene ipotizzata o addirittura rivendicata, quando poi non sono le stesse direzioni aziendali a coinvolgerlo per avere la sua consulenza magari quando è già in corso un contenzioso.
Poiché la contestualizzazione anche di questi casi e di queste situazioni non può prescindere dalla conoscenza del rischio (c'è, dov'è, quant'è...), da parte del m.c. è forte l'esigenza di affrontare nella valutazione dei rischi (VdR) temi come lo stress sul lavoro ed il disagio psicologico.
Peraltro è evidente che intraprendere questa valutazione può significare per le aziende la verifica della qualità di molti e rilevanti aspetti della loro organizzazione del lavoro e cioè di un argomento delicato e strategico sul quale, anche con riferimento al quadro giuridico (Costituzione e Codice Civile) la maggior parte dei datori di lavoro non gradiscono interferenze.
Da tale punto di vista non può sorprendere il ricorso confindustriale al TAR del Lazio contro la circolare INAIL n. 71/2003 e, soprattutto, quello analogo successivo contro il DM 27 aprile 2004 a proposito del quale è infatti opportuno ricordare che sia l'Allegato I che il II della Raccomandazione n. 2003/670/CE sull'elenco europeo delle malattie professionali non comprendono quadri psicopatologici da stress correlato al lavoro.
Inoltre, dopo l'impostazione di una strategia negoziale che l'aveva portata quasi all'isolamento, non può neanche risultare inaspettata la “freddezza” con cui Confindustria ha accolto l'accordo europeo sullo stress correlato al lavoro.
In un contesto in cui su questo tema da un lato abbiamo degli importanti riferimenti normativi (penso in particolare alle implicazioni del DM 27 aprile 2004) e dall'altro lato, per lo meno in questa fase, la diffusa resistenza delle imprese ad intraprendere iniziative per la sua valutazione, il m.c., sempre più coinvolto e sollecitato, può trovarsi in una posizione critica.
Infatti in base al quadro giuridico delle obbligazioni in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro, la VdR è un obbligo ed una responsabilità del datore di lavoro, mentre l'ambito legittimo dell'attività del m.c. è

funzione del profilo dei rischi specifici valutati e documentati.
Conseguentemente la mancata valutazione dello stress correlato al lavoro e quindi la sua definizione o meno come rischio specifico, oltre ad ostacolare l'adozione di misure preventive, compresa anche una semplice policy mirata, mette in dubbio la legittimità dell'estensione dell'attività del m.c. anche alla salvaguardia dell'equilibrio psichico dei lavoratori.
La necessità di un adeguato inquadramento delle situazioni e dei casi critici anche per gli obblighi non solo medico legali emergenti dal nuovo più volte citato quadro normativo ed assicurativo, l'attenzione a livello europeo testimoniata anche dal recente accordo tra le parti sociali, l'opportunità, constatata l'esistenza del rischio, di intervenire “a monte” con l'adozione di una serie di misure finalizzate alla prevenzione, riduzione o gestione del fenomeno, sono tutti argomenti che devono spingere i m.c., in collaborazione con i SPP, a sensibilizzare le direzioni aziendali sui vantaggi di un aggiornamento della VdR mirato allo stress correlato al lavoro.
Per il m.c. questo potrebbe costituire il grimaldello con cui finalmente entrare fin dall'inizio in un processo dal quale viene spesso escluso o nel quale è coinvolto a giochi già fatti, naturalmente sempre che sia capace di mantenere un ruolo centrale evitando di venire progressivamente emarginato dalle altre “forti” competenze generalmente coinvolte in questi casi (esperti di organizzazione del lavoro e psicologi).

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

4 domande dal Medico del lavoro

• Risparmio di tempo



• Affidabilità
• Qualità
• Facilità di utilizzo

2 risposte da Essilor



Automatico

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

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



Manuale

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

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



Essilor Italia S.p.A. - Depistage Visivo - via Noto, 10 - 20141 Milano - Tel. (02) 53579.1 - Fax (02) 53579.272
E-mail: tripodin@essilor.it - ghionid@essilor.it



È SUCCESSO A...

Terenzio Cassina
Sezione Lombarda

PORTOFINO: IL MEDICO COMPETENTE E LA PATOLOGIA ORL DI ORIGINE PROFESSIONALE

INTRODUZIONE

La seconda sessione del CONGRESSO NAZIONALE ANMA 2004 svoltosi a PORTOFINO 27-29 MAGGIO si intitolava "la patologia ORL di origine professionale: oltre l'ipoacusia".

I moderatori della sessione, nell'intento di modulare i temi trattati con le modalità operative quotidiane dei medici competenti, hanno invitato i partecipanti a compilare un questionario anonimo che consentisse di individuare "la realtà del comportamento del medico competente nei confronti della patologia ORL di origine professionale". I risultati dell'analisi della lettura dei questionari (che sono stati presentati rapidamente all'inizio dei lavori) vengono qui di seguito dettagliati.

RISULTATI

1. CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Sono stati compilati e restituiti 117 questionari.

Il campione è risultato costituito da:

Specialisti in medicina del lavoro	81 %
Specialisti in altre discipline	5 %
Medico competente autorizzato ai sensi del d.lgs.277/91	14 %

2. ANALISI DELLE RISPOSTE AL QUESTIONARIO

☐ Nella tua abituale pratica professionale di medico competente l'audiometria periodica sui lavoratori esposti è sempre effettuata in cabina silente o comunque in ambienti nei quali sono verificati i requisiti riportati dal D.Lgs 277 (norma ISO 6189/1983)?

48 % si

52 % abitualmente eseguo un esame di screening e poi avvio un iter di approfondimento nei soggetti con patologia uditiva

☐ Prima di effettuare una denuncia di ipoacusia professionale

17 % faccio sottoporre a ricontrollo audiometrico a distanza di tempo

83 % chiedo una visita specialista ORL con ripetizione dell'esame audiometrico e a discrezione dello specialista eventuali altri accertamenti

☐ Ti rivolgi abitualmente sempre allo stesso specialista ORL di tua fiducia?

40 % si

7 % invio ad un centro medico

- 29 % invio ad una struttura pubblica ORL
24 % invio ad una struttura pubblica di Medicina del Lavoro
- ☐ Di norma sei soddisfatto della consulenza ORL in merito alla diagnosi differenziale della ipoacusia da rumore?
77 % si
23 % no
- ☐ Abitualmente effettui la denuncia di ipoacusia professionale
57 % seguo le indicazioni fornite nelle linee guida SIMLII
13 % altro: utilizzo il metodo Albero/Beatrice - effettuo la denuncia secondo quanto mi richiede la ASL
13 % se è presente nell'orecchio migliore un deficit che interessi anche la frequenza di 2000 Hz
12 % valuto che il deficit comporti una invalidità indennizzabile
5 % se è presente nell'orecchio migliore un deficit di almeno 30 dB a 3000 Hz
0 % se è presente nell'orecchio migliore anche solo un deficit di almeno 30 dB a 4000 Hz
- ☐ In caso di ipoacusia da rumore utilizzi sempre contemporaneamente i tre tipi di segnalazione (denuncia, referto, primo certificato medico)?
85 % si
15 % no
- ☐ Nella tua attività di medico competente hai diagnosticato neoplasie di pertinenza ORL di origine professionale?
2 % si
98 % no
- ☐ Nei casi di esposti a polvere di legni duri o di altre sostanze che comportino rischio di neoplasie di pertinenza ORL nel programma di accertamenti sanitari periodici
42 % prevedo un periodico controllo specialistico ORL
23 % utilizzo dei format per raccolta di sintomi e segni sospetti e avvio ad approfondimenti i soggetti positivi a tale primo screening
35 % avvio ad approfondimenti i lavoratori nei quali alla visita periodica riscontro segni o sintomi sospetti
- ☐ Nella tua attività di medico competente hai denunciato casi di patologia allergica a carico delle vie aeree superiori?
53 % si
47 % no

- ☐ Nella tua attività di medico competente hai denunciato casi di patologia irritativa cronica a carico delle vie aeree superiori (riniti, sinusiti, faringiti)?
15 % si
85 % no
- ☐ Nella tua attività di medico competente hai denunciato casi di disturbi dell'olfatto?
3 % si
97 % no
- ☐ Nella tua attività di medico competente hai denunciato casi di disturbi del gusto?
3 % si
97 % no

COMMENTO

La sorveglianza sanitaria degli esposti a rumore viene effettuata da oltre la metà dei medici competenti attraverso un controllo di screening dei lavoratori e successivo approfondimento per i casi con tracciato audiometrico alterato. Tale pratica operativa è stata di fatto enunciata anche nelle linee guida SIMLII.

La denuncia di ipoacusia professionale viene effettuata dopo un controllo specialistico ORL da oltre l'80% dei colleghi: in questi casi il 40% si rivolge ad uno specialista di fiducia mentre oltre la metà dei colleghi si rivolge a strutture pubbliche specialistiche di medicina del lavoro (24%) o di otorinolaringoiatria (29%).

Quasi il 60% dei medici competenti effettua la denuncia di ipoacusia professionale utilizzando i criteri forniti dalle linee guida SIMLII; per l'altro 40% le modalità sono molto variabili. La quasi totalità dei MC effettua contemporaneamente la denuncia con i tre tipi di segnalazione (denuncia, referto, primo certificato medico).

Per quanto riguarda la restante patologia ORL di origine professionale, se si eccettua quella allergica, i dati soprariportati indicano una ridotta esperienza pratica del medico competente nella loro trattazione ma la necessità di controllare gli esposti a polvere di legno duro per il rischio di neoplasia delle cavità paranasali e l'introduzione di molte malattie ORL nella lista delle malattie professionali con obbligo di denuncia richiede al MC un rapido incremento dell'interesse e della competenza specifica.



È SUCCESSO A...

Paolo Santucci
Sezione Ligure

GENOVA: LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CIVILE E PENALE NELLA MANSIONE DI MEDICO COMPETENTE

Il 26 novembre 2004 nella splendida cornice storica della "Sala del Camino" della Camera di Commercio di Genova si è svolta una tavola rotonda, organizzata da ANMA Liguria e moderata dal Dott. Traversa, Ricercatore di Medicina del Lavoro Università di Genova, sul tema "La valutazione del rischio civile penale nella mansione di medico competente".

L'incontro ha visto la partecipazione di sette Relatori, medici e giuristi esperti in materia, e la presenza di numerosi Medici del Lavoro Competenti, Medici e Tecnici della ASL Liguri, Consulenti della Sicurezza ed Avvocati.

Il Dott. Mazzeo, Sostituto Procuratore della Repubblica di Genova, ha commentato tre controverse sentenze (Farabi, Gambizza, imp. Camposano ed altri), che hanno visto protagonista il "medico competente". Il Magistrato ha ricordato lo scarso interesse suscitato nella Giurisprudenza fino ad oggi da questa figura professionale e perciò una conoscenza della materia ancora incompleta e carente da parte dei Giuristi.

Tra le numerose osservazioni critiche sulle sentenze in questione, il Dott. Mazzeo ha sottolineato, per esempio, l'impostazione incoerente della Cassazione (sentenza Gambuzza) che "sembra esigere dal medico competente una completezza di annotazioni di cartella, senza peraltro indicare alcun parametro in base al quale tale valutazione possa essere fatta".

Il Dott. Tafuro, Medico del Lavoro, ha evidenziato con forza che il medico competente non dispone autonomamente dei propri atti professionali, poiché l'adempimento agli obblighi di Legge è commisurato al livello di collaborazione del Datore di Lavoro e, come ultima possibilità, "non serve a nessuno dimettersi." La funzione del Medico Competente, per il Dott. Tafuro, è paragonabile a quella di un consulente, quale il fiscalista o l'avvocato: "sarebbe bello poter nominare un consulente fiscale e poi non pagare le imposte,



appellandosi alla responsabilità del consulente!”. Il Medico del Lavoro chiede perciò una presa di coscienza dell'Organo di Vigilanza verso i limiti operativi del Medico Consulente ed auspica un processo di responsabilizzazione della categoria degli Imprenditori.

Il Dott.Traversa ha rapidamente commentato una comunicazione, molto apprezzata ed allegata agli Atti, che evidenzia tutte le contraddizioni ed in qualche caso l'impraticabilità della normativa vigente, accennando ad orientamenti operativi ed auspicando una armonizzazione con la pubblicazione del nuovo T.U..

Il Penalista Scopesi non ha nascosto le difficoltà legate alla difesa del Medico Competente in un ambito così articolato e complesso. Tuttavia l'Avvocato ha ricordato con taglio pratico che “formalizzare le mancanze del Datore di Lavoro mette il Medico Competente abbastanza al sicuro”.

A fronte di tanta preoccupazione degli “Addetti ai lavori”, la Dr.ssa Oreste (ASL 2) ha risposto che non si assiste ad alcuna “persecuzione” nei confronti del Medico Competente. L'Organo di Vigilanza ha ribadito che le prestazioni richieste ai Professionisti “sono sempre le stesse”, da quando è stato pubblicato il D.L. 626/94. E' stata comunque richiesta una particolare attenzione verso la “leggibilità” delle cartelle sanitarie, la completezza dei certificati di idoneità, il rispetto delle scadenze delle visite periodiche e la scelta di sedi dignitose per l'effettuazione degli accertamenti sanitari. Rispondendo ad alcune domande, il Responsabile del PSAL ha confermato, tra l'altro, l'inaccettabilità delle cosiddette “visite pre-assuntive” e preannunciato un rinnovato impegno verso il problema dei cancerogeni negli ambienti di lavoro.

Il Medico Legale Mannucci (ASL 4) ha portato alcuni esempi di contenziosi di natura previdenziale, che coinvolgono comunque il medico competente. E' emersa l'importanza del ruolo del Medico del Lavoro, soprattutto in merito alla valutazione di “ogni” rischio professionale, anche per le ripercussioni medico-legali e assicurative che spesso lo stesso Consulente sottovaluta.

La Dr.ssa Linares (INAIL) ha infine illustrato le caratteristiche ed i contenuti del nuovo elenco delle Malattie Professionali, ammettendo una esperienza ancora limitata in merito e rilevando una certa prudenza da parte dei Colleghi sul territorio verso le patologie lavoro-correlate emergenti.



LETTERE

*Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda*

A PROPOSITO DI... PRIVACY

CONSENSO

Con il S.O. alla G.U. 14-8-2004, n. 190 sono state pubblicate le sette nuove autorizzazioni generali del Garante al trattamento dei dati personali.

Di particolare rilievo la prima che riguarda l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili nei rapporti di lavoro, con efficacia temporale sino al 30 giugno 2005.

I punti fondamentali sono i seguenti:

1. *Ambito di applicazione*:...l'autorizzazione riguarda anche l'attività svolta dal m.c. in materia di igiene e sicurezza del lavoro....
2. *Finalità del trattamento*: il trattamento dei dati sensibili deve essere indispensabile per adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti dalla normativa comunitaria, da leggi, da regolamenti o da contratti collettivi anche aziendali, in particolare ai fini ...dell'applicazione della normativa...in materia di igiene e sicurezza del lavoro...
3. *Categorie dei dati*: il trattamento può avere per oggetto i dati strettamente pertinenti ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità che non possano essere adempiuti o realizzati, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di diversa natura, e in particolare...nell'ambito dei dati idonei a rilevare lo stato di salute, i dati raccolti e ulteriormente trattati in riferimento a invalidità, infermità, gravidanza, puerperio o allattamento, ad infortuni, ad esposizioni a fattori di rischio, all'idoneità psico-fisica a svolgere determinate mansioni, all'appartenenza a determinate categorie protette, nonché i dati contenuti nella certificazione attestante lo stato di malattia, anche professionale dell'interessato, o comunque relativi anche all'indicazione della malattia come specifica causa di assenza del lavoratore.
4. *Modalità di trattamento*: ...Restano inoltre fermi gli obblighi di informare l'interessato e, ove necessario, di acquisirne il consenso scritto, in conformità a quanto previsto dagli articoli 13, 23 e 26 del Codice.
5. *Conservazione dei dati*: Nel quadro del rispetto dell'obbligo previsto dall'art. 11, comma 1, lett. e), del Codice, i dati sensibili possono essere conservati per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi o ai compiti di cui al punto 3), ovvero per perseguire le finalità ivi menzionate...

In questo contesto, per quanto concerne l'acquisizione del “consenso”, poiché:

- a) L'applicazione della normativa in materia di tutela della salute dei lavoratori che comprende la sorveglianza sanitaria, è un obbligo per i datori di lavoro.

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 _____

- b) Con riferimento all'art. 5, comma 2, lett. g), del D. Lgs. 626/94, il sottoporsi alla sorveglianza sanitaria è un obbligo per i lavoratori.
- c) Se un lavoratore si rifiutasse di sottoporsi alla s.s., non se ne accertebbe l'idoneità psico-fisica alla mansione specifica che è uno dei requisiti per l'instaurazione (ed il mantenimento) del rapporto di lavoro.
- d) L'art. 24, comma 1, lett. a), del Codice (il D. Lgs. 196/2003 che ha abrogato il D. Lgs. 675/96) recita che il consenso non è richiesto ...quando il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo previsto da una legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria...
- e) L'art 26, comma 4, lett. d), del Codice, entrando nel dettaglio, precisa che i dati sensibili possono essere oggetto di trattamento, previa autorizzazione del Garante, quando è necessario per adempiere a specifici obblighi o compiti previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria per la gestione del rapporto di lavoro, anche in materia di igiene e sicurezza del lavoro..., nei limiti previsti dall'autorizzazione e ferme restando le disposizioni del codice di deontologia e di buona condotta di cui all'art 111 (codice per i soggetti pubblici e privati interessati al trattamento dei dati personali per la gestione, tra l'altro, del rapporto di lavoro, la cui sottoscrizione è promossa dal Garante), si ritiene nonnecessaria l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito dei compiti normati del m.c..
- Tuttavia spesso il m.c. durante la sua attività tratta dati sanitari anche nell'ambito della c.d. “medicina di consiglio”, talvolta in accordo con l'azienda.
- Per tali ambiti si ritiene invece necessaria l'acquisizione del consenso o direttamente da parte del medico o attraverso un modulo predisposto dall'azienda.

SOGGETTI CHE EFFETTUANO IL TRATTAMENTO

1. *Titolare del trattamento*: colui che esercita un potere decisionale del tutto autonomo sulle finalità e sulle modalità del trattamento, compreso il profilo di sicurezza (art 28 del Codice).
2. *Responsabile del trattamento*: il responsabile è designato dal titolare del trattamento facoltativamente. È individuato tra i soggetti che per esperienza, capacità ed affidabilità garantiscono il rispetto delle norme in materia di trattamento, compreso il profilo relativo alla sicurezza. Se designato, i suoi compiti sono analiticamente specificati per iscritto dal

titolare ed effettua il trattamento attenendosi alle istruzioni impartite dal titolare (art. 29 del Codice).

3. *Incaricati del trattamento*: La designazione degli incaricati è effettuata per iscritto ed individua puntualmente l'ambito del trattamento consentito. Gli incaricati operano sotto la diretta responsabilità del titolare o del responsabile (art. 30 del Codice).

Se designato, il “responsabile” del trattamento dei dati sanitari è il m.c. mentre il personale paramedico e/o impiegatizio che gestisce l'organizzazione della s.s. può essere “incaricato” del trattamento.

Poiché i compiti e le istruzioni per il trattamento del “responsabile”, devono essere specificati per iscritto dal “titolare”, è importante che il m.c. valuti attentamente entrambi per verificarne sia la coerenza e la compatibilità con gli strumenti e le risorse disponibili, che gli eventuali tentativi di delega di responsabilità proprie del “titolare”.

SICUREZZA DEI DATI E DEI SISTEMI

Il riferimento normativo è il Titolo V del Codice, dall'art. 31 all'art. 36, ed il relativo Allegato B.

È in tale ambito che l'azienda, con l'aiuto del m.c., in funzione dell'organizzazione prevista per la s.s., individua le modalità che consentono di ottemperare alla norma, da riportare nel Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS) da predisporre entro il 31.12.2004.

Il DPS deve contenere la valutazione dei rischi che incombono sui dati, le misure di sicurezza adottate, per prevenire la loro distruzione, l'accesso abusivo e la dispersione”.

Trattamenti aziendali con strumenti elettronici

Le maggiori criticità sussistono laddove il trattamento dei dati di s.s. avviene soltanto o anche con l'ausilio di un sistema informativo di gestione sanitaria (SIGS)

Il problema della tutela riguarda sia il rischio di accesso non autorizzato ai dati dall'interno dell'azienda, che quello dall'esterno.

I punti critici dovrebbero essere:

- a) La qualità delle protezioni predisposte dall'azienda per prevenire accessi non autorizzati al proprio SI compreso il SIGS.
- b) Le misure adottate per prevenire accessi “interessati” dall'interno dell'azienda.
- c) La tipologia di informazioni presenti nel SIGS.
- d) L'individuazione degli enti aziendali che hanno accesso ai dati del SIGS.

Per a) e b) non si può che valutare l'adozione, con i modi previsti dal disciplinare tecnico contenuto nell'allegato B, delle misure riportate nell'art. 34 del Codice, verificandone la coerenza con la propria realtà operativa.

Per quanto concerne d), ovviamente tutto dipende da c) e cioè dalle informazioni contenute nel SIGS.

Se consta soltanto in uno scadenziario delle visite mediche periodiche e di una reportistica su assunzioni, cessazioni e flussi di mobilità interna (nome, cognome, matricola, centro di costo, stabilimento, data ultima visita, data periodicità, data d'assunzione o di cessazione) elaborata acquisendo le informazioni dal data base delle Risorse Umane (RU), si ritiene che:

- possa essere evitata l'adozione di misure come le tecniche di cifratura o i codici identificativi di cui all'art. 34, comma 1, lett. h) del Codice;
- non sussistano controindicazioni all'accesso per le funzioni aziendali delle RU e, laddove esiste un sistema integrato H&S, del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP);
- possano essere codificati anche i giudizi di idoneità, che costituiscono una informazione comunque abitualmente processata dalle RU nell'ambito delle loro competenze e utile al sistema integrato H&S per le elaborazioni necessarie alla programmazione della prevenzione.

Ovviamente il discorso cambia quando il SIGS prevede anche campi o codifiche che possono fare riferimento allo stato di salute del lavoratore o, addirittura, il sistema prevede la gestione della cartella sanitaria e di rischio.

In tal caso per queste parti del sistema dovranno essere



adottate misure di sicurezza in grado di prevenire qualsiasi tipo di accesso non autorizzato ai dati sanitari, compreso quello delle RU e del SPP anche attraverso l'adozione di misure come le tecniche di cifratura o i codici identificativi di cui all'art. 34, comma 1, lett. h) del Codice.

Trattamenti con strumenti elettronici da parte del medico competente

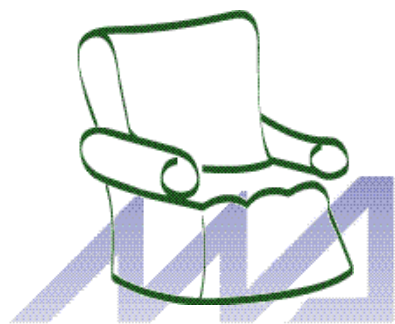
Molti m.c. si avvalgono per la gestione della sorveglianza sanitaria di sistemi informativi che operano direttamente sui loro PC.

Molto spesso questi sistemi prevedono anche la gestione su supporto informatico della cartella sanitaria e di rischio.

In previsione di una richiesta di garanzia da parte delle aziende sui sistemi di protezione adottati per evitare accessi indesiderati, perdita, distruzione dei dati, il medico dovrà adottare, con i modi previsti dal disciplinare tecnico contenuto nell'allegato B, le misure di sicurezza riportate nell'art. 34 del Codice.

Trattamenti senza l'ausilio di strumenti elettronici

In tal caso non si possono che adottare, con i modi previsti dal disciplinare tecnico contenuto nell'allegato B, le misure di sicurezza riportate nell'art. 35 del Codice.



DA LEGGERE IN POLTRONA

*Alexis Carrel
premio Nobel per la Medicina
nel 1912*

RIFLESSIONI SULLA CONDOTTA DELLA VITA

È inutile tentare, come si è fatto fino ad ora, di dedurre queste leggi da principi filosofici o da ideologie politiche e sociali. Per quanto possano essere ingegnose, queste costruzioni mentali non sono solo opinioni dell'attività umana, pallidi fantasmi della realtà. La filosofia tenta sempre di riunire l'insieme delle nostre conoscenze in una sintesi armoniosa, di speculare sull'origine e la natura delle cose ed elaborare dottrine in grado di soddisfare le aspirazioni della nostra anima. Ma nessuno saprebbe dire se queste dottrine, come le forme luminose che talvolta appaiono in lontananza al di sopra delle brume della pianura, siano montagne immutabili o nubi che il vento presto disperderà. Nessun sistema di pensiero è mai stato condiviso universalmente, i principi considerati eterni da alcuni non lo sono per altri. Infatti le leggi della vita dedotte da tali principi sono solo supposizioni e non avranno mai autorità universale. Sebbene la disputa tra materialisti e spiritualisti duri da venticinque secoli, è ancora oggi ben lungi dall'essersi conclusa. L'uomo è materia o spirito, o entrambe le cose? Le leggi della vita debbono dedursi dai principi di Zenone o di Epicuro? Dalle concezioni di san Tommaso d'Acquino o di Jeremy Bentham? La vita dei primitivi è necessariamente buona e quella associativa malvagia? "Tutto è bene quando esce dalle mani dell'autore delle cose, tra le mani dell'uomo tutto degenera," scriveva Jean-Jacques Rousseau. Nonostante il successo di questa dottrina, il buon selvaggio rimane comunque un mito.

Allo stesso modo, agli utilitaristi sembrava che il principio dell'identità naturale degli interessi fosse la legge essenziale dei rapporti. Oggi sappiamo che si sbagliavano. Molti uomini credono che lo scopo della vita sia quello di arricchirsi, altri quello di accumulare in cielo tesori "che ne vermi ne ruggine corrodono". Il primato dell'economico insegnato da Adam Smith e da Karl Marx comporta regole dell'esistenza opposte a quelle derivanti dal primato spirituale. I principi e le controversie imperversano intorno a noi. Nessun sistema è abbastanza sicuro da costituire una base indiscutibile per la nostra condotta. Le leggi della vita non possono essere dedotte da principi eterni, come le



Paul Klee "Highways and Byways" 1929

leggi della fisica. Bisogna abbandonare la speranza di scoprire le regole della condotta basandosi unicamente sui giochi del pensiero logico.

Per non ingannarci, dobbiamo indurre le leggi della vita dall'osservazione della vita stessa, così come abbiamo indotto le leggi della fisica o della chimica dall'osservazione del mondo inanimato. È giunto il momento di supportare i principi filosofici con i concetti scientifici. Come già sappiamo, i concetti derivanti dall'osservazione o dall'esperienza sono a prova di bomba. Chiunque sia assalito dal dubbio può riprodurre quanto vuole gli esami e gli esperimenti da cui derivano questi concetti. Solo un demone può negare, ad esempio l'esistenza delle leggi dell'ereditarietà o quelle dell'adattamento. Sfortunatamente è più laborioso indurre le leggi della vita dalla osservazione della realtà che dedurle da formule immagazzinate nei libri, poiché lo studio dell'uomo richiede la cono-

scenza di tecniche precise e numerose. Per cogliere le attività umane nella loro complessità ci servono i metodi dell'anatomia, della fisiologia, della fisica, della chimica, della patologia, della medicina, della psicologia, della pedagogia, dell'economia e della sociologia... Prima che un fenomeno possa considerarsi espressione di un modo di essere fondamentale della vita, esso deve essere analizzato un gran numero di volte da ricercatori diversi in circostanze distinte. Il risultato di un'osservazione o di un esperimento si considera certo solo dopo essere confermato da altre osservazioni o da altri esperimenti eseguiti nello stesso paese o in altri paesi. La validità di un dato scientifico è sottoposta ad un controllo molto più severo della validità di un principio filosofico. Grazie ad un innumerevole numero di osservazioni, si sa ad esempio che ogni individuo portato ad alta quota a livello del mare, manifesta i sintomi del mal di montagna. Nel giro di qualche settimana, questi sintomi spariscono: c'è stato un acclimatemento. L'esame del sangue allora dimostra che i globuli rossi del sangue sono diventati molto più numerosi. Da questi fatti è legittimo dedurre che l'organismo si adatta alla rarefazione dell'ossigeno atmosferico, aumentando la quantità di emoglobina capace di fissare questo gas. In tal modo si evidenzia uno dei numerosissimi aspetti della legge di adattamento. L'osservazione del comportamento degli uomini in ogni epoca e luogo ha egualmente dimostrato che l'essere umano non degenerato ricerca al contempo libertà e disciplina, attività e riposo, avventura e sicurezza. È una caratteristica inerente alla sua natura, una legge. Solo osservando la vita se ne possono indurre con sicurezza le leggi. Queste leggi non sono altro che i modi di essere elementari, le tendenze essenziali e i bisogni primordiali degli esseri umani in ogni epoca e in ogni paese: modi di essere, tendenze e bisogni presenti non solo nell'individuo, ma anche nella società e nella razza.

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 *



Direzione Commerciale: 02.48317538 - 02.48317549 • e-mail: dircom@cdi.it • www.cdi.it

* Hosp. Sallustiano: Prof. Andrea Cassacci • ** Hosp. Sallustiano: Dott. Bruno Pastelli • *** Hosp. Sallustiano: Dott. Patricia Aotti