

# Medico Competente Journal

GIORNALE  
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC  
AND PROFESSIONAL JOURNAL

DICEMBRE 2007

Anno 14, Numero 2/2007



## editoriale

5

Proposte sul "Testo Unico". L'impegno dell'ANMA per la qualità nella professione del Medico Competente

## contributi e articoli originali

7

Come rendere efficiente ed efficace il ruolo del Medico Competente nel sistema di prevenzione e di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro: il modello ANMA

Il Medico Competente e la valutazione dei rischi organizzativi

Il ruolo del Medico del lavoro nella prevenzione delle malattie e degli infortuni nel settore marittimo

La sorveglianza sanitaria nei lavoratori esposti al freddo in Valle d'Aosta: alcune proposte del Medico Competente

## esperienze e materiali di lavoro

27

Le problematiche osteo-articolari nel mondo del lavoro: gestione in equipe della diagnosi, trattamento e reinserimento del Lavoratore

La comunicazione tra Medico Competente e Medico di Famiglia. La sorveglianza sanitaria

Ne.P.Si e N.I.S: la silice cristallina in Europa ed in Italia

## ufficio & salute

38

L'Ocular Surface Area (OSA)

## eventi

40

Audizione dell'ANMA presso il Senato della Repubblica da parte della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche" - relativa alla tematica delle malattie professionali. Roma, 6 novembre 2007

## da leggere in poltrona

46



Associazione Nazionale  
Medici d'Azienda  
e Competenti

FEDERATA FISM -  
FEDERAZIONE ITALIANA SOCIETÀ  
MEDICO SCIENTIFICHE

ASSOCIAZIONE CERTIFICATA  
UNI EN ISO 9001:2000  
CERTIFICATO CERTIQUALITY N. 7344

S. NATALE 2007



Altichieri da Zevio (1330-1397), Madonna con il Bambino affresco staccato, Padova, Chiesa degli Eremitiani

La redazione augura a tutti

Buon Natale e

Felice Anno Nuovo.

# Medico Competente Journal

## A.N.M.A.

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 2/2007



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

Numero 2/2007  
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti  
Sede e redazione Milano  
Via San Maurilio, n° 4  
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115  
e-mail: maurilio@mclink.it  
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Daniele Luè

**DIRETTORE**  
Giuseppe Briatico-Vangosa

**COMITATO DI REDAZIONE**  
Gino Barral  
Danilo Bontadi (coordinatore)  
Umberto Candura  
Piero Patanè  
Quintino Bardoscia  
Azelio De Santa  
Daniele Ditaranto

**REALIZZAZIONE GRAFICA**  
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale

**TIPOGRAFIA**  
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale  
Medici d'Azienda  
e Competenti

**Presidente**  
Giuseppe Briatico-Vangosa  
**Vice Presidente**  
Tommaso Remondelli  
**Segretario**  
Guglielmo d'Allio  
**Consiglieri**  
Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschirolì, Umberto Candura, Daniele Ditaranto, Armando Fiorillo, Francesco Gazzo, 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 € 100,00**  
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

### SEZIONI TERRITORIALI

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

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

**Emilia Romagna**  
Segr. Francesco Origlia  
Via Ponte Vecchio, 100 - 40139 Bologna  
tel. 051 4990243  
e-mail: francesco.origlia@katamail.com

**Lazio**  
Segr. Marco Garufi Bozza  
Via Raffaele Stern, 4 - 00196 Roma  
tel. 335 6009306  
e-mail: m.garufibozza@tiscali.it

**Liguria**  
Segr. Paolo Santucci  
Via Canevari, 84/1 - 16137 Genova  
tel. 0108313979  
e-mail: pmps@libero.it

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

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

**Piemonte**  
Segr. Valter Brossa  
Via Craveri, 59 - 12033 Moretta (CN)  
tel. 0172 94264  
e-mail: brossa@bvmedicalcenter.it

**Puglia e Lucania**  
Segr. Antonio Porro  
V.le Venezia Giuglia 138 - 70031 Andria (BA)  
tel. 0883 553394  
e-mail: tonyporro@interfree.it

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

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

**Veneto**  
Segr. Piero Patanè  
Via Nazareth, 2 - 35100 Padova  
tel. 049 850377 fax 049 850549  
e-mail: piero.patane@tin.it

### RAPPRESENTANZE

**Bologna**  
Segr. Grazia Guiducci  
Via dell'Artigianato, 4 - 40100 Bologna  
tel. 051 6474300

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

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

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

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

**Ravenna**  
Segr. dott. Angelo Marano  
P.zza C. Battisti, 4 - 48018 Faenza  
tel./fa.0546 681204  
cell. 335290574  
e-mail: angelo@studiomarano.com



**H SAN RAFFAELE RESNATI**  
SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



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

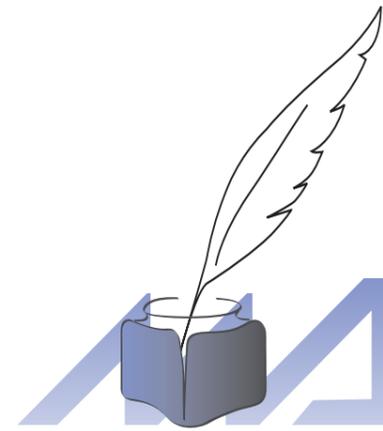
LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -  
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO  
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

**H SAN RAFFAELE RESNATI S.P.A.**

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

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

PER INFORMAZIONI: SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO - TEL. 02/26433099



**EDITORIALE**

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

## PROPOSTE SUL "TESTO UNICO". L'IMPEGNO DELL'ANMA PER LA QUALITÀ NELLA PROFESSIONE DEL MEDICO COMPETENTE

L'ANMA fin dalla sua fondazione nel 1987 ha sempre impostato organicamente la sua politica e la sua strategia per il miglioramento della qualità del "mestiere" del MC sviluppando strumenti, promuovendo iniziative ed organizzando eventi tutti orientati a tal fine, compresa la certificazione ISO 9001:2000 della Associazione nel 2004.

Con la promulgazione del D. Lgs. 626 nel 1994, la convinzione sulla validità di questa "visione" è stata ulteriormente rafforzata dalla constatazione che la nuova norma, di ispirazione europea, introduceva nella nostra legislazione specifica la rilevante e fondamentale novità della promozione dell'integrazione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori fra gli obiettivi del sistema aziendale per la gestione della qualità basato sul ciclo di Deming finalizzato al miglioramento continuo e orientato alla soddisfazione del cliente.

La corretta applicazione della normativa del D. Lgs. 626/94 che infatti, per la realizzazione dell'obiettivo del miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro, prevede la partecipazione ed il coinvolgimento di tutto il "sistema azienda", naturalmente con diversi gradi di responsabilità per i diversi attori a seconda del ruolo, individuando a suo supporto "tecnico", il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e il MC con preminenti competenze rispettivamente nel campo della sicurezza e della salute.

Coerente con tale impostazione, è la partecipazione dell'ANMA, sempre più frequente, a gruppi di lavoro, commissioni regionali e nazionali costituite per la stesura di orientamenti operativi e/o linee guida su tematiche emergenti della medicina del lavoro quali stress, problemi alcool correlati o legati all'uso di stupefacenti. In questa logica si inserisce la recente partecipazione al dibattito sviluppatosi a seguito della risposta del Ministero del lavoro al noto interpellato dell'ASCUM di Forlì sull'autentica interpretazione della lettera a) del comma 5 articolo 1 del Dlgs. 626/94, manifestando la convinzione che non tanto il rapporto contrattuale come definito dal sopra citato comma, ma solo un servizio di qualità può permettere al MC di essere in sintonia con le molteplici aspettative verso il suo ruolo di garante della tutela della salute nei luoghi di lavoro e ritenendo questo il presupposto per poter "fare" mercato e incidere sulle sue logiche(7).

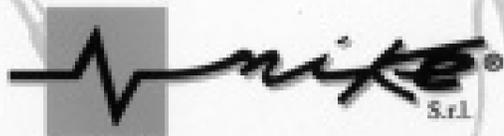
Sono numerosi gli strumenti che l'ANMA ha in questi anni sviluppato per migliorare l'efficacia e l'efficienza del ruolo del MC nel sistema di prevenzione aziendale, basti pensare agli schemi di "Manuale di qualità del medico competente" e di "Carta dei servizi del medico competente"(8) oltre all'individuazione dei "Momenti di partecipazione e di contributo del medico competente alle varie fasi del ciclo della qualità in termini di attività, prodotti, servizi e indicatori di misura" (9).

Questi strumenti descrivono prassi finalizzate a consentire al MC di realizzare i suoi compiti non solo nel rispetto della normativa e dei codici etici, ma anche nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità delle sue prestazioni professionali e della cura della soddisfazione dei clienti (aziende) e degli utenti (lavoratori).

Naturalmente esistono difficoltà per l'applicazione di queste prassi nelle piccole e piccolissime imprese che costituiscono la parte preponderante della nostra realtà produttiva e sono proprio queste realtà con i profili di rischio professionale più impattanti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori

Se il problema è strutturale ed organizzativo, nella convinzione che anche nel settore delle PMI la strada per un approccio integrato sia quella giusta, riteniamo, in linea con autorevoli modelli europei (ad esempio quello francese o olandese), che, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità professionale del MC conseguente al suo diretto rapporto con il datore di lavoro, siano individuabili per queste specifiche aree produttive delle soluzioni adeguate.

*(estratto dal:  
Contributo alla definizione degli aspetti  
del "testo unico" riguardanti la figura del  
MC - a cura della redazione del giornale)*



## Il mondo MEDISCOPIO

- DIAGNOSTICA**  
(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)
- KAOS**  
(esposizione al rumore)
- ICARO**  
(gestione attività S.P.S.A.L.)
- IGIENING**  
(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)
- MEDICINA GENERALE**  
(la memoria e l'organizzazione del medico)
- MEDICINA DEL LAVORO**  
(gestione completa sanitaria ed ambientale)
- MENELAO**  
(gestione di commesse nella medicina del lavoro)
- PENELOPE**  
(banca dati sulle sostanze chimiche)
- PIANO SANITARIO AZIENDALE**  
(pianifica la situazione sanitaria in azienda)
- PRORISK**  
(protocolli sanitari)
- POLIFEMO**  
(gestione del rischio VDT)
- QUASIMODO**  
(gestione del rischio MMC)
- ULISSE**  
(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

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

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

AZIENDA \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

Settore attività \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Prodotti d'interesse \_\_\_\_\_

Alcune delle informazioni contenute in questo coupon sono a scopo informativo e non costituiscono un'offerta di servizi. La fornitura inoltre che si sono verificati i 12 mesi successivi all'ultimo degli interventi medici investiti dalla legge.



### CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Daniele Ditaranto  
Sezione Lombarda

## COME RENDERE EFFICIENTE ED EFFICACE IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NEL SISTEMA DI PREVENZIONE E DI TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO: IL MODELLO ANMA

### PRINCIPI E VALORI NELL'ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE

*“Il medico d’azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il MEDICO che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora all’attuazione di tutto quanto è necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori” (Codice di comportamento del medico d’azienda e competente - ANMA, 1997)*

*“La Medicina del Lavoro è al servizio della salute e del benessere sociale dei lavoratori... L’esercizio della Medicina del Lavoro deve essere svolto secondo i più elevati standard professionali e principi etici... Gli Operatori di Medicina del Lavoro sono esperti che devono godere della piena indipendenza professionale nello svolgimento delle loro funzioni. Essi devono acquisire e mantenere le competenze necessarie allo svolgimento dei loro compiti...” (Il codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro - ICOH, 2005)*

*“Il medico del lavoro agisce, nel quadro dell’impresa, nell’interesse esclusivo della salute e della sicurezza dei lavoratori...” (art. R.241-30 del Code du Travail, modificato dal Dècret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 “Reforme de la Medicine du Travail, modifiant le Code du Travail (art. R.241-2 à R.241-50) et instituant les Services de Santé au Travail)*

L’ANMA ritiene che in queste affermazioni siano contenuti i fondamentali dell’attività del Medico competente in quanto:

- collocano l’attività del Medico competente nell’ambito della medicina preventiva e dell’igiene del lavoro;
- richiamano l’attenzione sul valore etico e sociale dell’attività del Medico competente in quanto professionista che opera attivamente nell’ambito del sistema di prevenzione aziendale, nel rispetto della normativa e in linea con le strategie istituzionali per il miglioramento della tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- individuano nella relazione con l’azienda la vera specificità del “mestiere” del Medico competente: un consulente che deve “vivere l’azienda” interagendo e coordinandosi con la sua specifica cultura medico biologica con l’insieme aziendale complesso e in continua evoluzione di culture tecniche ed economiche, di relazioni umane e sociali con il fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi programmati;

- sottolineano la sintonia tra la “missione” del Medico competente e le finalità generali dell’impresa che, anche dal punto di vista costituzionale (art. 41), comprendono la compatibilità tra lo svolgimento dell’attività produttiva e la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- evidenziano la centralità del rispetto dei principi etici (indipendenza professionale e intellettuale, riservatezza, segreto professionale) nella relazione tra Medico competente e azienda;
- richiamano l’attenzione sulla necessità di elevati standard professionali (ricerca dell’eccellenza) e di adeguati programmi per l’acquisizione, il mantenimento e l’innovazione delle competenze.

### L’IMPEGNO DELL’ANMA PER LA QUALITÀ NELLA PROFESSIONE DEL MEDICO D’AZIENDA COMPETENTE

L’ANMA fin dalla sua fondazione nel 1987, quindi in tempi non sospetti, ha sempre impostato organicamente la sua politica e la sua strategia per il miglioramento della qualità del “mestiere” del Medico competente sviluppando strumenti, promuovendo iniziative ed organizzando eventi tutti orientati a tal fine, compresa la certificazione ISO 9001:2000 della stessa Associazione dal 2004.

Con la promulgazione del D. Lgs. 626 nel 1994, la convinzione sulla validità di questa “visione” è stata ulteriormente rafforzata dalla constatazione che la nuova norma, di ispirazione europea, introduceva nella nostra legislazione specifica la rilevante e fondamentale novità della promozione dell’integrazione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori fra gli obiettivi del sistema aziendale per la gestione della qualità basato sul ciclo di Deming finalizzato al miglioramento continuo e orientato alla soddisfazione del cliente.

Questa integrazione, ampiamente giustificata e motivata dalle numerose aree di sovrapposizione e complementarità evidenziabili tra i sistemi di gestione per la qualità, l’ambiente e la salute e sicurezza sul lavoro, è la conseguenza dell’applicazione corretta e coerente della normativa del D. Lgs. 626/94 che infatti, per la realizzazione dell’obiettivo del miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro, prevede la partecipazione ed il coinvolgimento di tutto il “sistema azienda”, naturalmente con diversi gradi di responsabilità per i diversi attori a seconda del ruolo, individuando a suo supporto “tecnico”, il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e il Medico competente con preminenti compe-

tenze rispettivamente nel campo della sicurezza e della salute.

Coerente con tale impostazione, l’ANMA ha recentemente partecipato attivamente al dibattito sviluppatosi a seguito della risposta del Ministero del lavoro al noto interpello dell’ASCOM di Forlì, manifestando la convinzione che solo un servizio di qualità può permettere al Medico competente di essere in sintonia con le molteplici aspettative verso il suo ruolo di garante della tutela della salute nei luoghi di lavoro e ritenendo questo il presupposto per poter “fare” mercato e incidere sulle sue logiche (“*Il parere dei medici competenti*” Giuseppe Briatico-Vangosa - Workshop Assolombarda “*Medico Competente: attività, responsabilità e rapporto con le imprese e le strutture che forniscono servizi di sorveglianza sanitaria e di medicina del lavoro*”, Milano 16 febbraio 2007).

Sono numerosi gli strumenti che l’ANMA ha in questi anni sviluppato per migliorare l’efficacia e l’efficienza del ruolo del Medico competente nel sistema di prevenzione aziendale, basti pensare agli schemi di “*Manuale di qualità del medico competente*” e di “*Carta dei servizi del medico competente*” e all’individuazione dei “*Momenti di partecipazione e di contributo del medico competente alle varie fasi del ciclo della qualità in termini di attività, prodotti, servizi e indicatori di misura*”.

Questi strumenti descrivono prassi finalizzate a consentire al Medico competente di realizzare i suoi compiti non solo nel rispetto della normativa e dei codici etici, ma anche nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità delle sue prestazioni professionali e della cura della soddisfazione dei clienti (aziende) e degli utenti (lavoratori).

Naturalmente l’ANMA è consapevole delle difficoltà esistenti per l’applicazione di queste prassi soprattutto nelle piccole e piccolissime imprese che costituiscono la parte preponderante della nostra realtà produttiva. Tuttavia non possiamo dimenticare che spesso sono proprio queste le realtà produttive con i profili di rischio professionale più impattanti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori e che una parte significativa dei costi umani e sociali conseguenti alle carenze delle tutele è ascrivibile ad alcuni di questi settori produttivi (*Senato della Repubblica - Documento conclusivo dei lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sugli infortuni sul lavoro, con particolare riguardo alle “morti bianche”*).

Tuttavia se il problema è strutturale e organizzativo, nella convinzione che anche nel settore delle PMI la strada per un approccio integrato sia quella giusta (*a tale proposito vanno sottolineate le numerose iniziative*

*regionali già in atto per l’incentivazione delle imprese artigiane che vogliono implementare il sistema OHSAS 18001 o ottenere la certificazione della responsabilità sociale SA 8000*), riteniamo, in linea con autorevoli modelli europei (ad esempio quello espresso nel Code du Travail francese o in quello olandese) che, nel rispetto dell’autonomia e della responsabilità professionale del Medico competente, conseguente al suo diretto rapporto con il datore di lavoro, siano individuabili per queste specifiche aree produttive delle soluzioni adeguate.

### I PRESUPPOSTI DEL MODELLO ANMA DI “MEDICO D’AZIENDA E COMPETENTE”

Il dibattito sviluppatosi nell’ANMA durante questi vent’anni di storia attorno alla figura e al ruolo del Medico d’azienda/competente ha avuto come obiettivo finale la definizione di un “modello” in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente alle sollecitazioni di una normativa specifica in continua evoluzione e ai profondi cambiamenti in atto nell’organizzazione dei servizi sanitari aziendali.

Il dibattito ha portato alla progressiva definizione dei molteplici ed articolati presupposti che sono alla base del modello ANMA di Medico competente:

- a) la consapevolezza delle carenze di tutela tuttora ampiamente diffuse;
- b) i risultati non ancora soddisfacenti della prevenzione degli infortuni e malattie professionali dopo tredici anni dall’introduzione del D.Lgs. 626/94;
- c) la necessità di “strumentare” il Medico competente per metterlo effettivamente nelle condizioni di esprimere con efficacia ed efficienza il suo ruolo professionale che non si esaurisce nell’effettuazione della sorveglianza sanitaria o peggio nella “visita medica”;
- d) la consapevolezza che la figura professionale del Medico competente è quella di protagonista del sistema aziendale per la prevenzione che ha sì un ruolo centrale nella gestione della sorveglianza sanitaria, ma anche un suo diffuso e attivo coinvolgimento in tutti gli altri momenti della strategia preventiva ed in particolare in quelli più orientati alla prevenzione primaria;
- e) l’auspicio che la sorveglianza sanitaria conservi il rango di “misura generale di tutela”. In tutta la normativa specifica i dati provenienti dalla sorveglianza sanitaria, compresi gli stati di “ipersuscettibilità” (le situazioni che rendono i lavoratori più “sensibili”



- li” all’azione degli agenti di rischio) e le “anomalie” delle condizioni di salute, sono tutti aspetti da considerare nel processo di valutazione dei rischi presenti in azienda con particolare riguardo alla valutazione dell’esposizione che si realizza nella mansione specifica. Inoltre i risultati della sorveglianza sanitaria, assieme all’osservazione dell’andamento del fenomeno infortunistico, è il migliore indicatore di performance per verificare la qualità delle misure di tutela preventive e protettive adottate per la gestione dei rischi professionali;
- f) la constatazione che l’efficacia e l’efficienza dell’attività del Medico competente sono anche vincolate all’azione e ai comportamenti degli altri soggetti coinvolti nelle attività di prevenzione (datore di lavoro, servizio aziendale di prevenzione e protezione, organi di vigilanza);
- g) la constatazione che il Medico competente è un “dipendente” del datore di lavoro per quanto attiene le conoscenze e le condizioni necessarie per svolgere correttamente i suoi compiti;
- h) la conseguente esigenza di favorire l’integrazione del Medico competente nell’organizzazione aziendale;
- i) il superamento delle “costrittività organizzative” con cui talora si cimenta il Medico competente durante la sua attività:
  - da un lato le critiche sulla sua visibilità, che farebbero presupporre una domanda e un’aspettativa di consulenza altamente qualificata, e dall’altro lato i prevalenti modelli di relazione con le



aziende che circoscrivono la presenza in azienda alla mera esecuzione della sorveglianza sanitaria;

- le frequenti richieste di firmare documenti di valutazione dei rischi elaborati senza che ci sia stato alcun coinvolgimento professionale;

- l) la convinzione che il Medico competente debba agire in un sistema integrato per la prevenzione, nella logica delle “Linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (S.G.S.L.)” proposte da UNI, INAIL e ISPESL;
- m) la convinzione, dettata anche dall’esperienza professionale, che un servizio di qualità del Medico competente può contribuire a migliorare la qualità e la quantità del lavoro:
  - migliorare l’ambiente e le condizioni di lavoro;
  - diminuire gli infortuni e le malattie professionali e lavoro-correlate;
  - diminuire l’assenteismo;
  - diminuire i costi assicurativi;
  - diminuire i contenziosi;
  - migliorare le relazioni con gli organi ispettivi e di vigilanza;
  - ottimizzare l’utilizzazione delle risorse umane;
  - migliorare le performances;
  - migliorare l’immagine aziendale interna ed esterna (impatto positivo sulla Responsabilità Sociale d’Impresa);
  - migliorare il clima sociale (impatto positivo sulle relazioni industriali);
- n) la conseguente consapevolezza che il costo aziendale per la salute e la sicurezza può diventare per l’azienda un investimento in quanto finalizzato alla

tutela della sua principale risorsa, quella umana;

- o) in sintonia con tale impostazione, vi sono anche le numerose e positive esperienze maturate da molti Medici competenti in diverse realtà aziendali di coinvolgimento nella progettazione e nell’attuazione di piani e programmi per la “promozione della salute”, finalizzati a favorire comportamenti virtuosi non solo durante l’attività lavorativa, e per la “promozione del benessere (wellbeing)” finalizzati anche al miglioramento del clima delle relazioni umane.

### IL MODELLO ANMA DI MEDICO COMPETENTE

Il modello di Medico competente non è solo basato sulle esperienze associative descritte in precedenza, ma è anche il risultato delle molteplici esperienze professionali dei nostri soci, tutti professionisti che operano direttamente sul campo prevalentemente a tempo pieno anche con ruoli di direzione sanitaria e di coordinamento sanitario in importanti imprese nazionali e multinazionali.

Gli aspetti fondamentali del modello sono:

1. Il Medico competente deve avere un rapporto diretto con il datore di lavoro, soggetto garante della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in base alla normativa vigente;
2. Il rispetto della piena indipendenza professionale del Medico competente durante lo svolgimento delle sue funzioni, deve essere chiaramente sancito nella normativa;
3. Il Medico competente deve far parte dei team aziendali (o interaziendali) che operano per la realizzazione della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
4. Questi team devono comprendere competenze (interne o esterne):
  - a. ingegneristiche, tecnico-impianistiche, di safety,
  - b. in medicina e igiene del lavoro, di health
  - c. in organizzazione del lavoro e in ergonomia;
5. Il Medico competente deve pertanto essere un esperto in medicina del lavoro, ma deve anche essere formato a:
  - a. conoscere il contesto in cui opera e quindi la struttura e l’organizzazione di un’azienda;
  - b. lavorare in squadra;
  - c. apprendere le tecniche di comunicazione e di formazione;
6. Questo presuppone l’adeguamento dei corsi di specializzazione universitari che formano lo specialista

“Medico competente”, attraverso moduli formativi complementari finalizzati a migliorare la conoscenza delle dinamiche aziendali. La previsione di stage nel corso degli anni di specializzazione potrebbe essere un valido ausilio formativo;

7. La garanzia per lo svolgimento a livelli qualitativamente accettabili di un’attività così complessa per le sue implicazioni tecniche, relazionali, etiche e sociali, presuppone la definizione e la condivisione di standard riguardanti sia il tempo complessivamente dedicato allo svolgimento dell’attività di Medico competente, sia la quota dell’aggiornamento effettuato nell’ambito della ECM incentrata sui temi e sugli argomenti riguardanti la Medicina e l’Igiene del Lavoro. In base alla nostra esperienza riteniamo che per garantire livelli di professionalità dignitosi, è necessario che almeno la metà dell’attività professionale complessiva annuale sia dedicata allo svolgimento della funzione di Medico competente e che almeno la metà dell’aggiornamento professionale annuale nell’ambito della ECM sia focalizzato sui temi della medicina occupazionale;
8. La verifica dei titoli previsti dalla normativa vigente per l’effettuazione dell’attività di Medico competente e le certificazioni del tempo dedicato annualmente allo svolgimento dell’attività di Medico competente e della quota dell’aggiornamento professionale annuale nell’ambito della ECM incentrata sulla medicina occupazionale, possono costituire un primo nucleo di requisiti professionali per la costituzione di un “Elenco dei Medici competenti”. Tale elenco dovrebbe essere istituito a livello ministeriale in quanto molti Medici competenti svolgono la propria attività professionale anche al di fuori della Regione di residenza;
9. L’attuale impostazione della normativa sul ruolo del Medico competente nella valutazione dei rischi (art. 4, comma 6 del D. Lgs. 626/94 “Il datore di lavoro effettua la valutazione di cui al comma 1, ed elabora il documento di cui al comma 2, in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e con il medico competente **nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria...**”) deve essere assolutamente modificata per rendere obbligatoria la sua presenza durante tutto il processo di valutazione dei rischi ed in particolare per la valutazione dell’esposizione dei lavoratori ai rischi presenti nella mansione. I motivi che inducono a ritenere necessaria questa collaborazione tra SPP e Medico competente già dalle fasi di progetto del processo di valutazione del rischio (già dalla fase di

**risk evaluation** e non solo da quella di **risk assessment**) sono molteplici:

- a. la coerenza con la disposizione di valutare “tutti” i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori (art. 4, comma 1 del D. Lgs. 626/94);
- b. la necessità di una specifica competenza per la valutazione dell’impatto sulla salute del lavoratore dovuto dall’esposizione ai rischi professionali;
- c. il sempre più frequente richiamo nella normativa di tenere conto delle condizioni di “ipersuscettibilità” e delle “informazioni raccolte dalla sorveglianza sanitaria”;
- d. la ricorrente obbligazione della segnalazione da parte del Medico competente al datore di lavoro delle “anomalie” rilevate durante la sorveglianza sanitaria, affinché questi riesamini la valutazione dei rischi tenendo conto del parere del Medico competente nell’attuazione delle misure per eliminare o ridurre il rischio;
- e. la frequente dimenticanza nella valutazione dei rischi dei gruppi di lavoratori più “sensibili”: gestanti, minori, lavoratori con contratti di lavoro “atipici”, lavoratori diversamente abili e lavoratori extracomunitari;
- f. l’aumento dell’attenzione verso le situazioni di rischio legate all’organizzazione del lavoro, comprese le problematiche connesse allo stress occupazionale e alle varie tipologie di mobbing;
- g. la progressiva estensione dell’interesse della salute e della sicurezza sul lavoro anche alla “tutela dei terzi” (si veda la normativa su alcol e lavoro);
- h. la consapevolezza che la valutazione dei rischi ed in particolare la valutazione dell’esposizione al rischio sono i presupposti per realizzare una sorveglianza sanitaria degli esposti efficace ed appropriata (mirata al rischio);
10. Questo coinvolgimento pieno e responsabile del Medico competente nel processo di valutazione dei rischi è la premessa per la sua integrazione nell’organizzazione aziendale consentendogli di contribuire direttamente alla definizione del profilo di rischio di ogni mansione e di conoscere, attraverso la rete di relazioni con cui interagisce durante il processo valutativo, anche i “mood” aziendali percepiscono i “valori”;
11. In tal modo viene acquisito quel bagaglio di conoscenze “tecniche” ed “umane” per poter esercitare un ruolo efficace, efficiente ed appropriato non solo dal punto di vista tecnico, ma anche umano e sociale, attraverso:
  - a. il coinvolgimento nella definizione della politica

- aziendale (*policy*) per la tutela della salute dei lavoratori (valori, impegni, obiettivi e responsabilità),
- b. la partecipazione alla definizione degli strumenti idonei per concretizzarla (procedure, istruzioni operative, individuazione di indicatori di misura anche della sua attività),
  - c. l'offerta di prestazioni professionali rispondenti alla normativa e conformi a requisiti di qualità;
12. Pertanto la partecipazione del Medico competente al processo aziendale di valutazione del rischio e le sue conclusioni, sono la cerniera che permette al Medico competente di attuare tutti i suoi compiti non solo nel rispetto della normativa e dei codici etici, ma anche con obiettivi qualitativi;
  13. La collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, è del resto già oggi basata nell'attuale normativa sulla "specifica conoscenza dell'organizzazione dell'azienda e delle situazioni di rischio" (art. 17, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 626/94);
  14. La sorveglianza sanitaria è una "funzione dei rischi specifici" normati o valutati e documentati (art. 3, comma 1, lettera l) del D. Lgs. 626/94). I protocolli sanitari che integrano gli accertamenti di sorveglianza sanitaria devono essere "mirati al rischio" (art. 16, comma 3 del D. Lgs. 626/94). I giudizi di idoneità con cui esitano gli accertamenti preventivi e periodici devono essere riferiti "alla mansione specifica" (artt 16 e 17 del D. Lgs. 626/94). Pertanto, ai fini della coerenza della sorveglianza sanitaria ai precetti della norma e della conformità dei suoi contenuti ai requisiti qualitativi, emerge ancora in modo inequivocabile l'importanza di una specifica conoscenza da parte del Medico competente dell'organizzazione aziendale e delle situazioni di rischio acquisibile soltanto attraverso una sua partecipazione piena e diretta alla valutazione del rischio;
  15. Naturalmente lo stesso discorso vale anche per gli altri ruoli collaborativi del Medico competente: la collaborazione alla predisposizione del servizio di primo soccorso (art. 17, comma 1, lettera l) del D. Lgs. 626/94) e quella all'informazione e formazione dei lavoratori (art. 17, comma 1, lettera m) del D. Lgs. 626/94). Tuttavia nella maggior parte dei casi il Medico competente non viene coinvolto o lo è solo marginalmente nel processo di formazione dei lavoratori. E' infatti rara nelle aziende la consapevolezza sul ruolo autorevole che il Medico competente potrebbe assumere nello sviluppo di vari argomenti

- previsti dalle norme sulla formazione dei lavoratori finalizzate alla gestione dei rischi professionali;
16. Il Medico competente è al centro di una fitta rete di relazioni sia aziendali che extra aziendali. Per il successo delle prime è fondamentale la sua disponibilità a "mettersi in gioco" mettendo in campo:
    - a. Capacità relazionali e gestionali, doti di comunicazione e mediazione (innate ma anche coltivabili)
    - b. Apertura mentale e interesse professionale e culturale verso il mondo del lavoro
    - c. Attitudine al problem solving
    - d. Trasparenza: dichiarare cosa si fa e come lo si intende fare.

Ampio e complesso è anche l'insieme delle relazioni con Enti ed Istituzioni extra aziendali.

A tale proposito al termine di questa relazione sarà presentato un esempio molto interessante di collaborazione tra CONTARP-INAIL e Medici competenti dell'ANMA.

Tuttavia in tale ambito cruciale è la relazione tra Medico competente e Organo di Vigilanza: l'interpretazione frequentemente non univoca su tutto il territorio nazionale della normativa vigente, spesso generica e a volte incoerente, favorisce il nascere di incomprensioni e spesso di contenziosi.

Un recente questionario conoscitivo sulle aspettative del Medico competente distribuito ai soci dell'ANMA, ha evidenziato l'importanza data al rapporto con l'Organo di Vigilanza con una netta preferenza verso "il miglioramento delle occasioni di interscambio, aggiornamento e verifica attraverso la creazione con i colleghi delle ASL di Gruppi di Lavoro" e con l'auspicio per la creazione di un clima di "collaborazione e non solo di controllo".

Fa pertanto piacere rilevare come recenti iniziative di colleghi degli Organi di Vigilanza vadano nella stessa direzione (*D. Taddeo, A.M. Di Giammarco "Medici del lavoro nei servizi pubblici di prevenzione e medici del lavoro competenti: ruoli e forme di collaborazione - 69° Congresso SIMLII*).

Peraltra ANMA ha già sviluppato attraverso le sue Segreterie regionali numerose iniziative finalizzate alla promozione di un rapporto di collaborazione tra Medici competenti e Medici degli Organi di Vigilanza:

- a. le Sezioni regionali del Lazio e dell'Emilia Romagna hanno pianificato con le ASL locali una comune offerta formativa nell'ambito della ECM;
- b. La Sezione Triveneto dell'ANMA, insieme ad altre sigle scientifiche, ha recentemente coinvolto gli SPISAL locali per redigere le "Indicazioni operative sul Provvedimento del 16 marzo 2006 attua-



- tivo della Legge n. 125/2001 (art 15)". Con questa iniziativa, presentata al termine dell'indagine nazionale su "alcol e lavoro" (Firenze 1 - 2 febbraio 2007), è stato fornito ai Medici competenti uno strumento operativo autorevole, condiviso e, per ora, unico nel panorama nazionale;
- c. Nel marzo scorso, a cura della segreteria regionale umbra dell'ANMA, è stato approvato dalla Giunta Regionale uno schema di protocollo d'intesa fra Regione Umbria, ANMA e SIMLII, al fine di approfondire le tematiche più rilevanti ed emergenti e di condividere strumenti di valutazione e gestione per i Medici degli Organi di Vigilanza e per i Medici competenti.

Un'altra area che deve essere esplorata riguarda la relazione tra il Medico competente ed il Medico curante di medicina generale, oggi lasciata alla reciproca buona volontà e disponibilità. Nel tempo abbiamo cercato di allacciare in modo istituzionale rapporti con i Colleghi di medicina generale e con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale al fine di creare quei flussi informativi atti a rendere ancora più efficiente una tutela a tutto campo della salute dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel pieno rispetto e a tutto vantaggio del lavoratore, del sistema aziendale e del Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti l'intento è quello di realizzare sia l'ottimizzazione dell'uso delle risorse impegnate nei due versanti (pubblico e privato), sia il miglioramento della tutela della salute del lavoratore-cittadino ogni volta si verifica, e ciò avviene sempre più spesso, una sovrapposizione tra fattori di rischio lavorativi ed extra lavorativi, considerando in tale quadro anche l'interferenza degli stili di vita.

Tuttavia le nostre istanze presentate anche attraverso iniziative seminariali (Latina, 2003) non hanno ottenuto significative risposte. Ci impegniamo a riportare il tema all'attenzione della comunità scientifica e sociale nella convinzione che il nostro apporto alla promozione della salute di ogni cittadino è decisivo.

In conclusione riteniamo che il Medico competente rappresenti una "risorsa" per l'azienda da utilizzare al meglio, attraverso la sua piena integrazione nel sistema aziendale per la prevenzione dei rischi e per la tutela della salute e della sicurezza al lavoro ed il suo coinvolgimento nelle diverse fasi di pianificazione, quelle conoscitive (quale la valutazione dei rischi), quelle di attuazione (quali la individuazione delle misure preventive e protettive) della strategia che l'azienda mette in atto per gestire i rischi professionali e la salute e la sicurezza dei lavoratori nella logica del miglioramento continuo. Riteniamo ancora che il Medico competente possa anche essere una "risorsa" per il Sistema sanitario nella catena di azioni atte a sviluppare la prevenzione e la promozione della salute.

Allo scopo è auspicabile una regolamentazione delle attività di tutela della salute sul lavoro che va oltre i contenuti definiti dagli articoli 16 e 17 del decreto 626, ma che si integri attraverso la istituzione del "servizio di salute sul lavoro", in analogia al "servizio di prevenzione e protezione" come previsto e disegnato al Capo II del D.lgs. 626/94 e ripreso nei disegni di legge presentati sul Testo Unico in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, che esprimerebbe con efficacia l'autentica attenzione rivolta dal legislatore alla tutela della salute dei cittadini lavoratori e porrebbe, a livello di organizzazione aziendale, sul medesimo piano di dignità le attività di prevenzione e protezione della salute e quelle per la sicurezza, superando l'equivoco generato dal decreto 626.

Il riferimento a modelli organizzativi consolidati in paesi dell'Unione Europea, quali quelli in essere in Francia o in Olanda, è di guida alle nostre riflessioni quale valida traccia per confrontare soluzioni fattibili ed adattabili al nostro sistema di governo della salute sul lavoro.

# IL MEDICO COMPETENTE E LA VALUTAZIONE DEI RISCHI ORGANIZZATIVI



## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Quintino Bardoscia  
Ersindo Nuzzo

### ABSTRACT

*Gli Autori, un medico del lavoro ed uno psicologo delle Organizzazioni, si propongono di presentare, ai medici competenti dell'ANMA, un metodo di lavoro finalizzato alla Valutazione dei Rischi Organizzativi in Azienda. I presupposti teorici, le motivazioni, i riferimenti concettuali, gli strumenti e la metodologia illustrati possono consentire al medico competente di rilevare il livello di stress occupazionale o il benessere organizzativo nelle imprese. Come avviene da tempo nella valutazione del Rischio Biologico e della Movimentazione Manuale dei Pazienti nelle strutture di Ricovero e Cura, il medico competente deve essere considerato una figura professionale insostituibile nella valutazione del Rischio Organizzativo e nelle problematiche connesse ai fattori psico-sociali in Azienda.*

I cambiamenti intervenuti nel mondo del lavoro hanno in pochi anni modificato profondamente la struttura organizzativa delle imprese. Le ricerche e gli studi sullo stress connesso all'attività lavorativa indicano che il disagio ed il malessere sul lavoro sono in continuo aumento per incidenza, per prevalenza ed intensità: non raramente disagio e malessere si trasformano, dopo ripetuti e lunghi periodi di disaffezione e assenze dal lavoro, in veri e propri "casi clinici" d'alterata interazione sociale nei luoghi di lavoro. In altri termini, esperienza e letteratura, ci suggeriscono che buona parte delle malattie psichiche e psicosomatiche di carattere occupazionale, traggono origine dal perdurare di uno squilibrio emozionale dell'individuo in situazione di lavoro. Non deve considerarsi casuale che il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (D.M. 27 aprile 2004, G.U. n. 134 del 10 giugno 2004), inserisca il Disturbo dell'Adattamento Cronico e il Disturbo post-traumatico cronico da Stress nella "lista delle malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità", per le quali è obbligatoria la denuncia.

La legislazione nazionale e, soprattutto, quell'europea, sempre più prescrivono pratiche tese alla prevenzione più che alla cura in una prospettiva di salute quale quella definita dall'OMS: uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; quindi non più solo assenza di malattia. È fin troppo evidente la dimensione socio-relazionale del Benessere Soggettivo e l'introduzione di un concetto eco-sistemico di salute. La definizione qui riportata sanciva, già nel 1948, il definitivo superamento della separazione tra mente - corpo - ambiente fisico e sociale. Su questo specifico tema della relazione tra individuo al lavoro, del suo stato di benessere (non più di salute tradizionale), delle modalità di funzionamento dell'Organizzazione, quali devono essere gli obiettivi, le metodologie, gli strumenti che consentano al medico competente di raggiungere elevati livelli di efficacia?

È di tutta evidenza che la preparazione scientifica acquisita, ma anche l'esper-

ienza maturata sul campo e in "fabbrica" non sono sufficienti ad affrontare il disagio e il malessere dell'individuo e degli individui in situazione di lavoro. Sarebbero necessarie conoscenze e competenze specialistiche di Psicologia del lavoro, Psicologia Clinica, di Direzione e Sviluppo delle Organizzazioni.

Il medico competente tuttavia è spesso testimone partecipe della relazione tra benessere e malessere lavorativo dell'individuo: l'ambulatorio del medico d'azienda è sempre più spesso il "luogo" in cui il lavoratore esprime il disagio, ma non è ancora l'osservatorio epidemiologico del "malessere/benessere collettivo" nell'impresa. Eppure, la conoscenza e la valutazione del livello di "benessere/stress occupazionale" di un'unità produttiva, consentirebbero di identificare aree o situazioni di possibile criticità organizzativa e di progettare, e mettere in atto quindi, misure ed iniziative di prevenzione primaria a livello collettivo e individuale. Conoscenza e valutazione che spesso sono necessarie per un miglioramento dell'efficacia dell'impresa e quindi della sua capacità di essere competitiva (empowerment organizzativo), ma anche per un più elevato benessere lavorativo dei collaboratori, che rappresenta oggi uno dei principali fattori di successo delle strutture organizzate.

### UN METODO DI LAVORO PER IL MEDICO COMPETENTE

Sono illustrati di seguito:

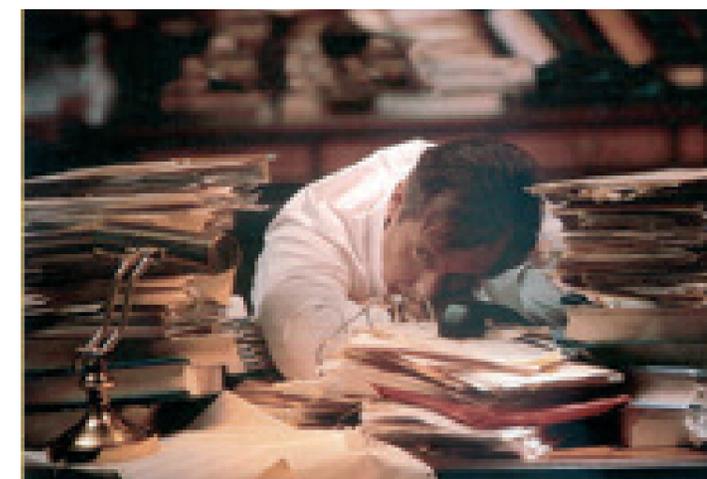
1. la relazione tra individuo e organizzazione aziendale e i suoi presupposti teorici;
2. la Valutazione dei Rischi da svolgere con la Funzione Aziendale Personale e Organizzazione;
3. il metodo di lavoro: A) fase propositiva, B) fase progettuale e C) strumenti

#### 1) LA RELAZIONE TRA INDIVIDUO E ORGANIZZAZIONE

La relazione tra individuo e organizzazione aziendale si basa sui seguenti presupposti:

- l'azienda è il luogo d'incontro tra richiesta e offerta di lavoro; il rapporto è regolato da un contratto;
- la richiesta aziendale è finalizzata all'ottimizzazione delle Risorse Umane ed è regolata dalla funzione del Personale;
- l'offerta individuale è finalizzata alla qualità della prestazione lavorativa, ma è regolata e modulata dal benessere psicofisico: di norma, vi è un rapporto di proporzionalità diretta tra benessere della persona e qualità della performance lavorativa.

Richiesta e offerta, in Azienda, s'incontrano e si scon-



trano su professionalità, abilità, competenza, conoscenza, disponibilità ed esperienze dell'individuo. Tali variabili, durante l'attività lavorativa e la permanenza in Azienda del lavoratore, sono subordinate al sistema aziendale d'incentivazione che sollecita e sostiene il processo di **motivazione individuale**.

A sua volta il lavoratore, attraverso comportamenti, atteggiamenti, scelte e decisioni, mette in gioco sul luogo di lavoro il proprio patrimonio **emozionale**: la persistenza delle sollecitazioni "emozionali", l'intensità e la frequenza degli stimoli, la contraddittorietà dei sentimenti, la complessità delle relazioni umane, ecc., alimentano e sostengono multiformi e temporanee forme di malessere individuale che, in tempi relativamente lunghi, si possono trasformare in persistenti sintomi psicosomatici o in vere e proprie "malattie da inibizione del comportamento" (Laborit, 1981).

Nelle situazioni di lavoro innovato o fortemente competitivo assumono particolare rilievo le problematiche connesse alle relazioni interpersonali e all'interazione uomo-computer. Questi casi sono certamente espressione di un forte disagio della persona, ma per complessità e durata rappresentano un grosso problema organizzativo e gestionale. Il disadattamento lavorativo diventa quindi un problema sociale, coinvolge il gruppo lavorativo e per questo motivo è preferibile utilizzare l'espressione "alterata interazione sociale nei luoghi di lavoro". Di seguito sono elencati alcuni esempi di alterata interazione sociale:

stress da lavoro, mobbing, burn-out, molestie sessuali, disagio psichico, alcoolismo, abuso di sostanze psicoattive, reinserimento lavorativo dopo lunghi periodi di gravi malattie o eventi infortunistici.

Tali casi, tra loro molto diversi, sono accomunati dalle seguenti caratteristiche:

- è osservabile uno squilibrio, uno sbilanciamento o

relazione presentata al  
convegno ANMA di Riccione  
il 1/7/2006

incongruenza tra richiesta aziendale (di professionalità, di comportamento, di valori, di abilità fisica) e offerta individuale del lavoratore dipendente;

- la situazione di lavoro viene "vissuta" dall'interessato come avversa;
- il tempo di latenza o di esposizione è piuttosto lungo, fino a molti anni;
- il disagio o malessere manifestato dal lavoratore è particolarmente intenso e, pur nell'ampia variabilità delle situazioni, si esprime sempre con un'alterazione della propria sfera emotivo-affettiva.

È opportuno precisare, che ogni disagio o malessere non è soltanto un "problema" dell'individuo, ma deve essere considerato una "alterazione del rapporto tra individuo e organizzazione aziendale".

## 2) LA VALUTAZIONE DEI RISCHI ORGANIZZATIVI

Per tutti i fattori e gli agenti di rischio nei luoghi di lavoro, il processo della Valutazione dei Rischi si basa sull'applicazione della formula  $R$  (rischio) =  $D$  (danno) x  $P$  (probabilità). La stessa formula andrebbe applicata ai rischi organizzativi. Tuttavia, l'Azienda non soltanto non può disporre di metodi e di strumenti obiettivi atti a rilevare il livello di stress o di benessere presso la propria popolazione lavorativa, ma non ha neanche motivazione o interesse a valutare i rischi organizzativi. Qualsiasi processo valutativo della propria organizzazione potrebbe potenzialmente divenire distruttivo e mettere in crisi il sistema di motivazione e d'incentivazione delle risorse umane vigente in Azienda.

Del resto, il medico competente, pur inserito e attivo nel Servizio di Prevenzione e Protezione o nei Sistemi di Gestione Sicurezza Salute ed Ambiente, non ha abitualmente accesso alle informazioni "organizzative e gestionali" del lavoratore e viene coinvolto per la formulazione del giudizio d'idoneità, quando il "problema" è già evidente, ed è diventato un "caso di alterata interazione sociale nel luogo di lavoro" con la sua gravità ed il suo notevolissimo impatto organizzativo.

Di conseguenza si ritiene che il medico competente:

- è l'unica figura professionale che può svolgere, tecnicamente in modo corretto e imparziale, la Valutazione dei Rischi Organizzativi in Azienda in quanto dispone di formazione, cultura e informazioni di carattere clinico e biologico;
- non può prescindere, nel processo valutativo, dalla collaborazione con la funzione del Personale;
- deve disporre di una metodologia e di strumenti di lavoro che definiscano in modo "scientifico", il grado di correlazione tra rischio (attività lavorativa) e danno (malessere-malattia) in una determina-

te popolazione lavorativa;

- deve porsi l'obiettivo, coerentemente con le finalità proprie della professione, di assicurare ai lavoratori il più elevato e il più diffuso livello possibile di benessere e salute.

## 3) IL METODO DI LAVORO

### A) Fase propositiva

Il medico competente propone alla Direzione Aziendale lo svolgimento di un'indagine socio-sanitaria finalizzata alla Valutazione dei Rischi Organizzativi da inserire come aggiornamento nel Documento di Valutazione dei Rischi. È sufficiente ricordare l'obbligo per il Datore di Lavoro di valutare **tutti** i rischi per la salute e segnalare al DdL che gli Organi territoriali di Vigilanza richiedono il Documento la Valutazione dei rischi nei casi di denuncia di malattia professionale per "mobbing" o "burn-out".

Tuttavia, oltre all'assolvimento dei vincoli legislativi, la proposta del medico competente dovrebbe contenere anche l'illustrazione dei vantaggi del processo valutativo. Infatti, la valutazione quali-quantitativa e la conoscenza del livello di "stress occupazionale", potrebbero consentire alla Direzione Aziendale, di identificare aree o situazioni di possibile criticità organizzativa, suscettibili di miglioramento.

### B) Fase progettuale

L'indagine socio-sanitaria viene progettata collegialmente dalla funzione Risorse Umane, dal medico competente coadiuvato da uno psicologo del lavoro e delle Organizzazioni e dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. Necessaria inoltre, la definizione degli scopi e degli obiettivi dell'indagine; tra questi, a titolo di esempio:

- aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi, attraverso la Valutazione dei Rischi Organizzativi
- miglioramento organizzativo (empowerment) e della performance aziendale
- aumento della motivazione del personale
- agevolazione del lavoro in team
- contrazione dell'assenteismo
- informazione e formazione dei lavoratori sui fattori di rischio psico-sociale
- elevare il benessere psico-fisico dei dipendenti

Nella fase progettuale è opportuno programmare una serie di riunioni con un ristretto numero di lavoratori (fino ad un massimo di 25), possibilmente suddivisi per area o reparto secondo l'organigramma aziendale e

della durata di 30 - 40 minuti, per la somministrazione del questionario per la rilevazione dello stress percepito a livello individuale.

### C) Gli strumenti

#### C-1) Il questionario Nuzzo-Bardoscia

È uno strumento agile di rilevazione del Benessere percepito dalla popolazione interessata. Per ogni domanda è sufficiente indicare un valore da 1 a 4 (1=scarsa, 4=elevata). La compilazione richiede poco più di mezz'ora per una popolazione di scolarità medio alta. È composto di 8 facciate di formato A4 e viene presentato ai lavoratori dal medico competente durante le riunioni programmate.

Il questionario rileva con sufficiente precisione gli aspetti più significativi e nel contempo permette un considerevole risparmio di tempo e costi rispetto ad altre metodologie. Sollecita inoltre attraverso le domande e rileva tramite le risposte, le emozioni, i sentimenti, gli atteggiamenti, le opinioni, le percezioni del soggetto.

L'individuo viene quindi chiamato a compiere un processo introspettivo rispetto agli stimoli proposti e quindi a rispondere scegliendo tra le alternative proposte.

La struttura del questionario è suddivisa in sei differenti parti:

- la **prima parte** è composta da 36 domande in cui vengono presentate alcune caratteristiche di una situazione di lavoro. Per ogni caratteristica o variabile è richiesto di indicare in quale misura, nella realtà, essa è presente;
- la **seconda parte** rileva gli aspetti individuali (14 items);
- nella **terza parte** (9 items) è richiesta una autovalutazione del proprio stile di vita con riferimento ad aspetti che possono essere rilevanti nel determinare lo stato di salute o di benessere (alimentazione, fumo, consumo di farmaci, ecc);
- nella **quarta parte** (13 items) è richiesta una valutazione della situazione organizzativa aziendale: è necessario che il lavoratore esprima, attraverso le risposte, il proprio giudizio sulle richieste aziendali e sul carico di lavoro, sulle possibilità di far fronte a tali richieste, sulle possibilità di carriera che intravede, sulla piacevolezza o disagio nella relazione con gli altri (colleghi, collaboratori, capi), sulla rilevanza dei vincoli procedurali, comportamentali e valoriali nel proprio luogo di lavoro;
- nella **quinta parte** "self report" viene richiesto di specificare gli "incroci" statistici, cioè gli elementi rilevanti per caratterizzare le sub popolazioni dei rispondenti: ad esempio età, genere, aree professionali ecc.

In ogni questionario è inserito un modulo, che il Medico competente compilerà successivamente e che riguarda la specificità clinica del rispondente, rintracciabile nell'archivio sanitario e nella cartella clinica. Spetta infatti al medico, nel segreto professionale e nel rispetto della privacy, interpretare i sintomi clinici e psicosomatici, classificare le patologie d'organo o di apparato e selezionare gli eventi patologici in base alle modalità di insorgenza.

La successiva elaborazione statistica consentirà di correlare le risposte formulate dal lavoratore nel questionario, con il quadro clinico individuale interpretato dal medico. Sarà così possibile stabilire il nesso "causale" fra stress occupazionale e sintomatologia psicosomatica.

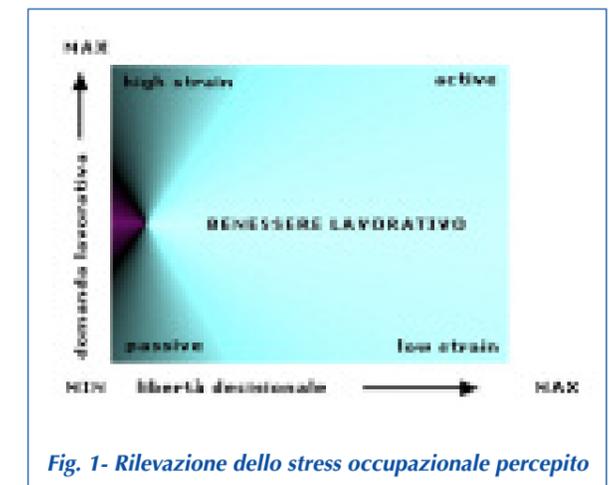
Si avrà pertanto il modo di acquisire:

- i livelli di "stress occupazionale" in ogni specifica area funzionale e organizzativa dell'impresa;
- la percezione del benessere nel luogo di lavoro (o felicità lavorativa);
- "l'autoefficacia percepita" da parte dei lavoratori;
- il livello di congruenza organizzativa tra compiti lavorativi assegnati dall'impresa e compiti svolti dai lavoratori (compliance organizzativa);
- la frequenza e l'incidenza della patologia d'organo o d'apparato della popolazione lavorativa suddivisa in unità organizzative;
- l'esistenza di casi di alterata interazione sociale (burn-out, mobbing, disagio psichico, molestie sessuali, alcolismo, uso ed abuso di sostanze, ecc.).

#### C-2) La griglia interpretativa

I dati acquisiti, elaborati con programmi statistici avanzati, vengono riportati su una apposita griglia interpretativa che consentirà la lettura e l'interpretazione del benessere organizzativo nella popolazione lavorativa oggetto dell'indagine.

Nella figura 1 modificata da Karasek, viene rappresentata una griglia interpretativa dello "stress occupazio-



nale percepito”.

In essa vengono rappresentate le classiche quattro condizioni di lavoro:

- **high strain**, elevata domanda con bassa libertà di decisione;
- **passive**, bassa domanda con bassa decisione; tale condizione è tipica di mansioni che non incentivano le capacità individuali e si verificano marcati livelli d'insoddisfazione personale; la situazione limite è rappresentata dal mobbing;
- **active**, elevata domanda con elevata possibilità di decisione; si tratta in questo caso di situazioni di lavoro particolarmente motivanti e dinamiche, con elevato grado d'apprendimento, decisioni rapide, alta responsabilità individuale;
- **low strain**, bassa domanda con elevato livello di decisionalità; situazione questa ottimale, l'individuo può gestire in autonomia il suo tempo lavorativo, ma di rarissimo riscontro e di difficile percezione da parte del lavoratore.

Le risposte del questionario e i dati clinici individuali possono essere sintetizzati e localizzati sulla griglia interpretativa. Questa si presta quindi facilmente alla raccolta e alla rappresentazione dei dati anonimi collettivi, che potranno essere rappresentati per aree organizzative, per mansione o per compiti lavorativi omogenei.

In un contesto di sorveglianza sanitaria periodica, la rappresentazione grafica del benessere lavorativo di un'unità organizzativa potrebbe essere ricostruita periodicamente e confrontata con le precedenti e consentire così un monitoraggio o follow-up del livello di "benessere" dell'organizzazione aziendale.

#### LA RELAZIONE CONCLUSIVA

La relazione conclusiva, da allegare alla Relazione sanitaria ed al Documento di Valutazione dei Rischi, potrà così contenere, in forma chiara e sintetica, i seguenti elementi:

- descrizione e analisi dei fattori psico-sociali che caratterizzano la situazione di lavoro oggetto dell'indagine;
- valutazione del livello di stress occupazionale dell'unità organizzativa (valutazione del rischio organizzativo) o dell'intera impresa.

A valle della rilevazione è poi possibile predisporre, in accordo con la committenza, un preciso piano d'intervento in funzione dei fabbisogni emersi.

- proposte e indicazioni di prevenzione primaria per migliorare, ove possibile, l'efficacia dell'impresa e il benessere dei dipendenti;
- proposte e indicazioni di prevenzione secondaria e sanitaria nei casi, eventualmente riscontrati, di alterata interazione sociale nell'ambiente di lavoro.

#### BIBLIOGRAFIA

BARDOSCIA Q., DI GREGORIO L., ZANCHI B., MALDINI F.: La formulazione del giudizio di idoneità lavorativa specifica nei casi di alterata interazione sociale nei luoghi di lavoro. Atti Congresso Nazionale ANMA. Bologna: 47-57 (2001).

BARDOSCIA Q., DI GREGORIO L.: Il mobbing come espressione del conflitto tra individuo e organizzazione: una interpretazione trans-personale. Atti VII Congresso Nazionale di Ergonomia SIE, 275-279, Firenze 2001. GILIOI R. ET AL., Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (Mobbing), Med. Lav. 2001: vol 92, n.1: 61-69.

KARASEK R.A., Job demands, job decision latitude and mental strain. Adm. Sci. Q., 24: 285, 1997.

## IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO NELLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE E DEGLI INFORTUNI NEL SETTORE MARITTIMO



### CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Roberto Montagnani

Dirigente medico Dipartimento  
Prevenzione Spisal  
ULSS 12

I marittimi sono una categoria per la quale si è sempre ritenuta importante un'attenzione sanitaria speciale, sia in considerazione dei rischi specifici di questa attività di lavoro, sia per il fatto che l'ambiente nave finisce per diventare per molti di loro anche ambiente di vita per tempi prolungati, determinandosi così un'estensione temporale anche notevole delle esposizioni lavorative.

Il decreto legislativo 271/1999 ha sancito l'obbligo, sanzionato penalmente, che un medico del lavoro, il cosiddetto medico competente, sia designato dall'Armatore in ogni caso, senza possibilità di deroga (art. 6 del decreto). Per ogni nave quindi, così come è individuato un responsabile del servizio di prevenzione e protezione, allo stesso modo deve essere nominato un medico del lavoro di riferimento.

La Nostra attività di vigilanza, svolta in coordinamento con l'Autorità Marittima e la Sanità Marittima, ci ha consentito di verificare che nella gran parte dei casi quest'obbligo normativo è ottemperato. Ritengo quindi utile soprattutto considerare in questa relazione quali possano essere i contributi più significativi che l'attività professionale medico del lavoro "armatoriale" può portare all'azione di prevenzione.

#### QUADRO GENERALE DELLE MALATTIE DA LAVORO E DEGLI INFORTUNI NEL SETTORE MARITTIMO

Il quadro delle manifestazioni patologiche riconducibili ai rischi professionali del settore marittimo è piuttosto vasto. Viene fatta qui di seguito una breve presentazione di questo argomento e si rimanda alle indicazioni bibliografiche riportate per approfondimenti.

- **Stress Lavorativo/Fatica** - I marittimi debbono spesso affrontare situazioni di notevole stress lavorativo; devono frequentemente lavorare con esposizione ad agenti fisici nocivi (vibrazioni, rumore, condizioni microclimatiche) e condizioni organizzative precarie. Anche i fattori di rischio "comportamentali", come l'abitudine al fumo, l'alcol, la mancanza di attività fisica nel tempo libero sono diffusi in questo ambito lavorativo. Vi è poi da considerare la difficoltà nel mantenere l'osservanza dei regolamenti e delle procedure di sicurezza di bordo, gli orari di lavoro inusuali, un ciclo lavoro/riposo irregolare, gli spazi di lavoro e di vita ristretti, la mancanza di privacy, l'isolamento da famiglie e amici, un'alimentazione non sempre adeguata<sup>1</sup>.
- **Amianto** - In un'indagine di rilievo "storico" nel campo della medicina del lavoro, Selikoff e coll. hanno illustrato i risultati di uno studio di revisione di 3324 radiografie del torace (1985-87) di marittimi Statunitensi. Un terzo presentava anomalie parenchimali o pleuriche, o entrambe (classificazione ILO); le alterazioni pleuriche erano predominanti. Le anomalie riscontrate aumentavano con la durata dell'esposizione a bordo delle navi. La prevalenza di alterazioni asbestosiche era maggiore tra i marittimi

## PROMOZIONE

### Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 86913115  
Modulo di adesione abbonamento a "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia"  
per l'anno 2008/2009

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 2007/2008 al costo complessivo di Euro 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" Sì  No .

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

che avevano lavorato in sala macchine rispetto ai lavoratori di altri reparti<sup>2</sup>. In tempi più recenti, Gennaro e coll. hanno rilevato fra i soggetti affetti da Mesotelioma pleurico nel quinquennio 1994-1998 nella regione Liguria che l'ambito marittimo rappresentava la prima esposizione ad amianto nel 6% dei casi osservati<sup>3</sup>.

- **Rumore** - La nuova normativa italiana sul rumore, il Dlgs. n 195/2006 che costituisce parte integrante del decreto 626/94 e s.m.i., richiede che la valutazione e la misurazione del rumore, anche in ambito marittimo, siano programmate ed effettuate con cadenza almeno quadriennale da personale tecnicamente qualificato. In ogni caso l'armatore è tenuto a far aggiornare la valutazione di questo rischio quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne mostrino la necessità. L'ipoacusia da rumore è in effetti una patologia di frequente riscontro tra i lavoratori marittimi quasi in ogni paese<sup>4</sup>.
- **Malattie infettive** - Le cattive abitudini alimentari e l'assunzione di cibi igienicamente inidonei sono responsabili di infezioni gastrointestinali e di infezioni da virus dell'epatite A (HAV). La Malaria continua ad essere un problema sanitario di rilievo per i marittimi. Questa infezione è solitamente contratta nei porti di scalo di paesi tropicali; si è osservato tuttavia che in questa malattia parassitaria è stata contratta a bordo. L'esposizione al batterio della Tuberculosis può verificarsi a terra, in paesi dove la tubercolosi è endemica, oppure la malattia può essere contratta da membri dell'equipaggio infetti. Le statistiche ricavate da numerosi studi dimostrano un significativo rischio dei lavoratori marittimi di contrarre l'infezione HIV e l'epatite B<sup>5</sup>.
- **L'alcol** - L'eccessivo consumo di alcolici è un fattore di rischio specifico del lavoro marittimo<sup>6,7</sup>. Mentre nell'azione di prevenzione destinata ai lavoratori in generale è importante realizzare l'obiettivo di un moderato consumo giornaliero di alcolici, per i marittimi l'obiettivo a cui tendere è senz'altro la totale astensione dal consumo di alcol durante lo svolgimento dell'

attività lavorativa. Naturalmente per ottenere un obiettivo di questo tipo, è necessario il coinvolgimento molto forte e molto attivo delle associazioni di categoria degli armatori, delle organizzazioni sindacali, dei medici del lavoro e dei servizi di prevenzione e protezione.

- **L'invecchiamento della popolazione lavorativa** - Negli studi sull'invecchiamento vi è consenso nel ritenere che le persone sopra i 45 anni di età siano "persone che invecchiano" e che quelle sopra i 55 siano persone "anziane". Questi limiti di età sono basati su studi che hanno documentato un progressivo decremento delle funzioni psicofisiologiche che riguardano gli aspetti fisici, come ad esempio il massimo consumo di ossigeno, l'accomodazione visiva, le funzioni cognitive, la precisione delle reazioni psicomotorie, alcuni atteggiamenti comportamentali, e la maggiore incidenza di disabilità e malattie che influenzano la capacità di lavoro. Se il problema dell'invecchiamento non è affrontato bene e non vengono poste in essere misure adeguate per adattare all'ambiente di lavoro, la popolazione lavorativa che invecchia, molte persone finiranno per sentirsi marginalizzate e il loro malessere si tradurrà in aumentate assenze, richieste di trasferimenti, "corsa al pensionamento" ecc.<sup>8</sup>.
- **Rischio di infortuni** - I marittimi sono una delle categorie lavorative maggiormente a rischio di infortuni. Da uno studio di Hansen, risulta che l'incidenza di infortuni nei marittimi delle navi Danesi era 11,5 volte più alta che tra i lavoratori maschi Danesi nel loro insieme<sup>9</sup>. Anche indagini effettuate nel ns. paese confermano la rilevanza del fenomeno infortunistico in questo settore<sup>10</sup>.

### L'AZIONE DI PREVENZIONE DEL MEDICO "ARMATORIALE"

Facendo riferimento alle indicazioni operative che si possono ricavare dall'analisi del decreto 271, mi sembrano soprattutto importanti due aspetti:

TAB. 1 Protocollo sanitario per i lavoratori marittimi<sup>11,12</sup>

Rischi	Riferimento normativo	Accertamenti	Periodicità
Amianto	D.Lgs 626/94	Rx torace spirometria	Biennale
Rumore	D.Lgs 271/99, art. 6, comma 1, punto c)	Audiometria	Annuale/biennale
Stress termici		ECC	Biennale/triennale
Vibrazioni Trasmesse a tutto il corpo	D.Lgs 271/99, Allegato I	Opportunità di integrare il protocollo con l'esecuzione di esami ematochimici annuali finalizzati, in particolare, al controllo del rischio cardiovascolare (emocromo completo, glicemia, funzionalità epatica e renale, assetto lipidico). Utilizzo di questionari mirati (WAI, Karasek, Audit)	
Fattori di fatica		D.Lgs 532/99	
Lavoro notturno	D.Lgs 66/2003		
Movimentazione manuale di pesi	D.Lgs 626/94	Esame clinico funzionale del rachide	Annuale

Tab. 2 - I compiti del medico competente della società armatoriale<sup>13,14</sup>

Effettuazione degli accertamenti sanitari periodici  
Collaborazione con l'armatore ed il servizio prevenzione protezione per la valutazione dei rischi e la predisposizione delle misure di tutela

Dare informazione al lavoratore sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari  
Informare i lavoratori esposti ad agenti con effetti a lungo termine (amianto, benzene) sulla necessità di proseguire la sorveglianza sanitaria anche dopo la cessazione dell'esposizione

Predisporre annualmente una relazione anonima collettiva sugli esiti delle accertamenti sanitari  
Collaborazione con l'armatore ed il servizio di prevenzione protezione per eliminare/ridurre gli infortuni lavorativi (cfr. "fattori umani" degli infortuni)

1. la messa a punto e l'attuazione di un valido protocollo sanitario che consenta di "seguire" bene le condizioni di salute di questi lavoratori. I controlli sanitari tradizionali, effettuati dai medici della Sanità Marittima anche prima della promulgazione del Decreto 271 e tuttora effettuati, mirano ad una valutazione generale delle condizioni di salute, non possono considerare, per il modo in cui sono strutturati, tutti gli specifici rischi cui ogni marittimo è esposto sulla sua nave.
2. L'effettuazione di un valido programma di sorveglianza sanitaria può consentire al medico del lavoro "armatoriale" di contribuire efficacemente alla valutazione dei rischi lavorativi dell'ambiente nave. Lo stress, i lavoratori, di orari di lavoro prolunga sono fattori di rischio in crescita in molti comparti lavorativi. Contrariamente all'articolazione tradizionale della pratica della medicina del lavoro che va dalla valutazione del rischio il programma di sorveglianza sanitaria, quest'ultima per lo stress, la fatica l'invecchiamento, l'ergonomia ecc. può essere una fonte formativa fondamentale per una corretta valutazione dei rischi e la conseguente predisposizione di un efficace programma di prevenzione/protezione<sup>14,15</sup>.

Prendiamo in considerazione esemplificativamente il fattore di rischio fatica. Il decreto 271 è il la prima e per ora unica norma di prevenzione che considera questo fattore di rischio. Nell'ambito delle accertamenti sanitari è possibile affrontare il problema con un questionario mirato all'analisi di questo aspetto, alla verifica della sua diffusione all'interno del gruppo di lavoro considerato. Acquisiti i risultati delle interviste sanitarie sarà poi possibile integrarli con un'ulteriore analisi prendendo in considerazione:

- **Le Caratteristiche dei membri dell'equipaggio**, in riferimento all'impiego di equipaggi formati da

lavoratori provenienti anche da nazioni diverse con possibili problematiche di isolamento sociale, culturale e religioso, conflitti interpersonali ecc.

- **La Composizione dell'equipaggio**, vale a dire numero di persone sufficienti a garantire un'equa ripartizione del carico di lavoro.
- **La sussistenza nell'organizzazione del lavoro di stimoli adeguati**, per prevenire il lavoro monotono la predisposizione di pause compensatori una buona organizzazione del tempo libero ecc.
- **La verifica dei tempi di lavoro e di riposo, dei turni di lavoro notturno su base mensile**, anche alla luce delle indicazioni normative del decreto Decreto Legislativo 27 maggio 2005, n. 108 "Attuazione della direttiva 1999/63/CE relativa all'accordo sull'organizzazione dell'orario di lavoro della gente di mare".

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Drukteinis Albert M. M.D., J.D. Psychological Evaluation of Maritime Stress Claims 2005-2006 New England Psychodiagnostics <http://www.psychlaw.com/LibraryFiles/MaritimeStressClaims1.html>
2. Selikoff IJ, Lillis R, Levin G. Asbestotic radiological abnormalities among United States merchant marine seamen. British Journal of Industrial Medicine, 1990; 47: 292-297.
3. Gennaro V, Montanaro F, Lazzarotto A, Bianchelli M, Cesia M.V, Canessa P.A. Registro Mesoteliomi della Liguria. Incidenza ed eziologia professionale in un'area ad alto rischio. Epidemiologia e Prevenzione, 2000, 5: 213-218.
4. Maritime and Coastguard Agency; United Kingdom Code of Practice for Noise Levels in Ships-Revised 1990 [www.mcga.gov.uk/c4mca/m.1415.pdf](http://www.mcga.gov.uk/c4mca/m.1415.pdf)
5. Wickramatillake HD. Infectious diseases among seafarers. C.I.R.M. Research 1998; 2: 25-35.
6. ILO International Labour Organization Fighting Drug and Alcohol Abuse in the Workplace New Study Cites Problems and Solution, 1998 [http://www.ilo.org/global/About\\_the\\_ILO/Media\\_and\\_public\\_information/Press\\_releases/lang--en/WCMS\\_007992](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_007992)
7. ILO International Labour Organization Drug and Alcohol Prevention Programmes in the Maritime Industry A Manual for planners, 1996 [www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/drugalco/drugalco.pdf](http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/drugalco/drugalco.pdf)
8. Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E, Ilmarinen J. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. Occup Med (Lond). 2001 Aug; 51(5): 318-24. Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers - Proceedings of the 2nd International Symposium on Work Ability held in Verona, Italy 18 -20 Ottobre 2004, G. COSTA, W.J.A. GOEDHARD AND J. ILMARINEN editors.
9. Hansen H.L. Surveillance of Deaths on Board Danish Merchant Ships, 1986-93: Implications for Prevention. J Occup Environ Med 1996; 53: 269-275.
10. Fulvio S, Giuntoli P, Martini A, Marcellini B, Riservato R, Tomei F, Tomao E, Infortuni a bordo. Analisi di otto anni di assistenza radiomedica. Atti del 62° Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Genova, 1999, pp. 297-304.
11. Berra G, Rulfi A. I lavoratori marittimi. Proposta di protocollo di Sorveglianza Sanitaria. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2003; 25:3 Suppl, 287-481 ([www.gimle.fsm.it](http://www.gimle.fsm.it))
12. De Rosa C\* - Giulio Di Mizio G\*\* - Pietrantonio Ricci P A Infortuni E Malattie Professionali nei Lavoratori Marittimi: Ruolo della Sorveglianza Sanitaria. Difesa Sociale - Vol. LXXXIV, N. 2 (2005), Pp. 129-136.
13. L. Soleo, G. Abbritti, A. Ossicini, M. Barbaro, P. Bernardini Medico del lavoro e prevenzione infortuni G Ital Med Lav Erg 2002; 24:3, 288-292.
14. E. Ramistella, G. Di Leone, A.M. Loi, N. Marziani G.Ital. Med. Lav. Erg. 2006; 283, 286-290 Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio.



**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'augmentata 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.



IN FARMACIA

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

Infine, la sorveglianza sanitaria è finalizzata all'espressione di un giudizio di idoneità lavorativa e tale giudizio deve quindi essere sempre personalizzato ed adattato non solo alla persona ma anche alla specifica situazione lavorativa. Il giudizio di idoneità al lavoro con esposizione al freddo, deve tener conto dell'età (inf. 45 anni) del sesso (maggiore vulnerabilità del sesso femminile) e del carico di lavoro. Tra le cause di non idoneità permanente si annoverano: fenomeno o malattia di Raynaud, l'acrocianosi (livedo reticularis, eritrocianosi, geloni, acrocianosi a macchie), le vasculopatie periferiche.

Controindicazioni temporanee, soprattutto per esposizioni a freddo, si possono verificare in casi di patologie delle vie aeree, gastrointestinali o infettive.

#### DISCUSSIONE

I doveri del medico competente prevedono una serie di compiti propedeutici e di sostegno a tale attività che rivestono altrettanta importanza.

**Effettuazione di sopralluoghi periodici al fine di:**

- Collaborare alla corretta valutazione dei rischi valutando quelli che aggravano quelli microclimatici.
- Relazionarsi con gli operatori esposti e con le figure addette alla prevenzione.

- Osservare l'abilità e la scioltezza dello svolgimento dei compiti o le difficoltà di concentrazione degli operatori.
- Percepire soggettivamente le condizioni microclimatiche esistenti.
- Verificare la disponibilità di liquidi e di ambienti riscaldati.

#### CONCLUSIONI

Il ruolo informativo e formativo del medico competente è volto a precisare al lavoratore misure comportamentali e di igiene (corretta alimentazione, rispetto delle pause, corretto abbigliamento personale...).

Di fondamentale importanza risultano le corrette indicazioni sui primi sintomi di disagio o di stress termoisometrico.

#### BIBLIOGRAFIA

Norma tecnica UNI EN ISO 12894:2002, agli Atti del 41° congresso SIMLII (Genova - 1978), e a ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety.



**VALSOFT di Covolo dott. Enrico**

p.zza Bartolomeo Sella 24, 13863 Coggiola (BI)

tel. di fax 015 78864 - cell. 347 245 4335  
e-mail: info@valsoft.it - www.valsoft.it

VALSOFT, giovane e dinamica azienda informatica con consolidata esperienza nello sviluppo di software dedicati in particolare alla **medicina del lavoro, sportiva, legale e ai settori biotecnologico e farmaceutico**, presenta il proprio prodotto **HYPPOCRATES**, soluzione informatica per la gestione delle attività del medico competente, con possibilità di personalizzazioni in funzione delle varie esigenze professionali.

Definito da un **"modulo base"**, elaborato per chi ha necessità di tenere traccia dei soli esami strumentali, vaccinazioni, idoneità e periodicità visite. Costituito da un ambiente per il caricamento iniziale dei dati (strutture aziendali, elenco esami strumentali e conclusioni, i cui dati sono pre-caricati e personalizzabili, elenco rischi e medici competenti), anagrafica pazienti, scheda visita (multi-mansione), piano sanitario aziendale, stampe per raccordo, giudizio di idoneità (anche per apprendista ed esposti a radiazioni ionizzanti), permette la presentazione automatica delle relazioni sanitarie, dei dati biostatistici, la gestione dello scadenziario, la stampa della cartella clinica e del piano sanitario, oltre a numerose statistiche.

Per chi ha necessità di inserire ed analizzare un numero maggiore di dati, usufruendo così di ulteriori servizi, è possibile acquisire, anche in tempi successivi, una serie di **moduli aggiuntivi**, definiti dagli esiti degli esami strumentali, dall'anamnesi e valutazione clinica, dai dati di dettaglio del lavoratore, dai listini prezzi, definizione preventivi e fatturazione ( con valutazione dei corrispettivi per fornitori/consulenti e stampe costi/ricavi ), dal caricamento automatico (tramite Excel) dei dati anagrafici di nuovi lavoratori, gestione dei dati all'interno di una rete di computer.

VALSOFT applicherà uno sconto del 15% a tutti i Clienti per la fornitura della versione 'completa' di HYPPOCRATES; ai soci ANMA verrà assegnato comunque uno sconto del 10%, anche solo per l'acquisto di una versione 'parziale'.

# VICUTIX

TRATTAMENTI DERMOPROTETTIVI  
PER **MANI E PIEDI**  
ESPOSTI A FATTORI ESTERNI  
SENSIBILIZZANTI



**Effetto barriera**  
Vicutex crea un film invisibile  
sulla superficie cutanea  
per un'efficace protezione  
in tutte le situazioni.



800-666.784

**S**  
**Sirton**  
MediCare

Rizza 101 Sestri Levante, 2 - 22079 Villa Guardia - CO (NO) - Italy - sirtonmedicare@sirton.it - www.sirtonmedicare.com



## ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*\*Gianni Gilioli,  
\*\*Giacomo Carpenito*

*\*spec. Reumatologia e  
Farmacologia applicata,  
ANMA Modena*

*\*\*spec. Reumatologia  
Policlinico di Modena*

## LE PROBLEMATICHE OSTEO-ARTICOLARI NEL MONDO DEL LAVORO: GESTIONE IN EQUIPE DELLA DIAGNOSI, TRATTAMENTO E REINSERIMENTO DEL LAVORATORE

Nel corso di una visita di Medicina del Lavoro, frequentemente si riscontrano sintomi che interessano l'apparato muscolo-scheletrico ed articolare.

Quando il Lavoratore riferisce tali sintomi al Medico Competente (MC), questi deve procedere con una indagine più approfondita, comprendente una anamnesi specifica ed un esame obiettivo mirato che valuti nel dettaglio gli apparati osteo-articolare e muscolare nonché il sistema nervoso periferico.

Da questa prima indagine mirata è già possibile stabilire se il problema sia di lieve entità (lieve trauma, lieve flogosi transitoria, postumi in via di risoluzione o lievi esiti...) e quindi se questo sia gestibile direttamente dal Medico Competente, con l'eventuale interessamento del Medico di Medicina Generale (MMG) del Lavoratore, oppure se sia necessario approfondire l'indagine nel caso di problematiche più complesse.

In quest'ultimo caso il Medico Competente deve procedere in modi diversi a seconda che:

a) sussista un nesso causale certo con la mansione svolta e siano presenti rischi ambientali documentati (NIOSH, OCRA ecc..) per cui si deve procedere con segnalazione INAIL ed AUSL.

b) non sussistano nessi causali certi con l'attività svolta e non siano presenti rischi professionali ambientali.

Si tratta di problematiche che ricadono nella sfera delle patologie personali da gestire in collaborazione con il Medico di Medicina Generale del Lavoratore, cui far riferimento per impostare al meglio gli eventuali provvedimenti diagnostici e terapeutici.

Il Lavoratore non dovrebbe sentirsi abbandonato dal Medico Competente anche di fronte ad un suo problema personale, che non ha nessi con il lavoro, per rafforzare il rapporto di fiducia che deve esistere fra le parti.

Nei casi più semplici si possono già indicare le linee terapeutiche da seguire.

c) nel caso di patologie con un possibile ma non certo nesso causale professionale e con potenziali rischi ambientali per l'apparato osteo-articolare, è opportuno fare chiarezza.

Nella Ns. esperienza professionale abbiamo trovato utile procedere con una valutazione allargata di questi casi con un'equipe di Medici (reumatologo, fisiatra, posturologo, neurologo, ortopedico) per cercare di chiarire al meglio ed al più presto il problema, essendo certi, e l'esperienza di questi anni lo ha confermato, che dare una soluzione di qualità ed in tempi ristretti interessa alla Direzione Aziendale e, soprattutto, al Lavoratore.

In una prima fase interviene il reumatologo, nel nostro caso con esperienza per le problematiche del lavoro, che sottopone nuovamente il Lavoratore ad anamnesi e ad esame obiettivo mirati, valutando anche gli eventuali accertamenti già eseguiti (laboratorio, es. radiografici, RMN, EMG ...).

Durante la stessa visita, il medico può praticare un'indagine ecografica 3D e/o

dinamica per valutare le componenti muscolari, periartrici e, soprattutto, tendinee.

In alcuni casi si procede già con trattamento manipolativo ed infiltrativo e si attiva l'eventuale fisioterapia, mentre in altri casi si consigliano successive indagini e/o si coinvolgono altri Medici specialisti.

Il ruolo del Medico Competente in questa fase è rappresentato da una partecipazione attiva al lavoro d'equipe trasmettendo, innanzitutto, una brevissima relazione sui punti principali del caso: i precedenti, la dinamica, le concause, le specifiche condizioni operative ed i dati ambientali di rischio, le sue impressioni, possibili quesiti ...

In alcuni casi il Medico Competente è presente alle visite od agli accertamenti svolti in equipe, mentre la cartella sanitaria del Lavoratore, contenente tutti i dati sanitari e le condizioni di rischio professionali, viene resa disponibile ai vari Medici dell'equipe stessa.

Al termine di questa fase è già possibile dare indicazioni al Medico Competente in rapporto alla natura professionale o meno del disturbo lamentato dal Lavoratore per cui si procede di conseguenza con provvedimento medico-legale (INAIL ed AUSL) oppure si invia il Lavoratore al proprio Medico di Medicina Generale per impostare altri eventuali accertamenti e/o terapie.

Il lavoro in equipe trova applicazione anche nel caso del reinserimento in Azienda di un Lavoratore che ha presentato e poi superato un problema osteo-articolare, per cui questi viene sottoposto a visita di controllo e vengono valutate le condizioni cliniche del momento.

Nel caso si fosse trattato di un infortunio od una malattia professionale si deve far attenzione a che non si ripetano le condizioni che hanno portato ad un danno osteo-articolare.

Le stesse attenzioni vanno poste anche dopo una malattia od un'infermità, a genesi extraprofessionale, che abbiano avuto ripercussioni sull'apparato muscolo-scheletrico.

In tutti i casi ed a tutti i livelli di coinvolgimento dell'apparato osteo-articolare il Medico Competente valuta nel dettaglio le attività svolte dal Lavoratore nella sua mansione in Azienda (documento di valutazione dei rischi, rilievi ambientali, sopralluogo, ...), per poter intervenire ad ottimizzare in senso ergonomico le condizioni ambientali e procedurali del lavoro svolto dal singolo.

Il Medico Competente deve però intervenire per cercare di "risolvere" non solo il problema di salute del singolo Lavoratore ma deve valutare le condizioni di tutti gli altri Lavoratori che, condividendo in tutto od in parte gli stessi rischi, potrebbero sviluppare in futuro

un problema osteo-articolare.

Possono essere necessari spostamenti di mansione o cambiamenti volti ad ottimizzare le attività da un punto di vista ergonomico e/od organizzativo per cui, oltre alla equipe medica, si deve far riferimento alla Direzione aziendale, RSPP ed anche RLS per poter intervenire positivamente nella ripresa della attività del Lavoratore, valutando la sua professionalità ed il fatto che non può essere dequalificato, considerando le esigenze aziendali, la organizzazione complessiva del lavoro e che non possono essere creati "posti di lavoro ad hoc".

La possibilità di rapportarsi con Direzioni, RSPP e RLS preparati e dinamici in Aziende che utilizzano la prevenzione come strumento di miglioramento del lavoro e che non la subiscono passivamente, agevola notevolmente il lavoro del Medico e può essere di valido aiuto ai Lavoratori ed alle Aziende stesse.

Questo lavoro in equipe ci ha permesso di centrare alcuni obiettivi positivi rappresentati dalla tempestività di intervento, dalla qualità della prestazione e da risvolti "medico-legali".

Occorre centrare l'attenzione sull'importanza di evitare perdite di tempo:

- un intervento tempestivo, in particolare in ambito osteo-articolare, può evitare ripercussioni negative sui risultati terapeutici, mentre lunghi tempi d'attesa di una visita specialistica od un'indagine o la fisioterapia fornita dal SSN possono solamente aggravare il quadro clinico.
- i lunghi tempi di attesa, che si traducono in assenteismo, non sono ben accetti dalle Direzioni aziendali.
- il Lavoratore si sente maggiormente tutelato ed assistito se il Medico è in grado di evitargli inutili peregrinazioni tra un ufficio e l'altro (INAIL, AUSL, o sindacati) o tra un ambulatorio e l'altro ove i tempi d'attesa di una prestazione sanitaria sono a volte di mesi.

È indispensabile fornire un servizio di qualità quando sussiste un reale problema di salute:

- i Lavoratori possono anche essere sensibili a risvolti assicurativi INAIL ma sono certamente più interessati al recupero della loro salute e del loro stato di benessere.
- la collaborazione tra vari Medici (Medico Competente, Medico di Medicina Generale, Medici Specialisti) porta ad un risultato qualitativamente migliore, evitando inoltre di richiudersi in compartimenti stagni di professionalità e di competenze.

Occorre inoltre considerare l'aspetto "medico-legale":

- coinvolgendo altri Medici preparati ed esperti per le problematiche del lavoro, ma professionisti "esterni" non interessati direttamente nella gestione della medicina del lavoro di una determinata Azienda, il lavoro in equipe risulta dare anche una maggiore obiettività ed una maggiore tutela medico-legale al Medico Competente di fronte ad eventuali contestazioni in ambito sindacale e/o assicurativo.

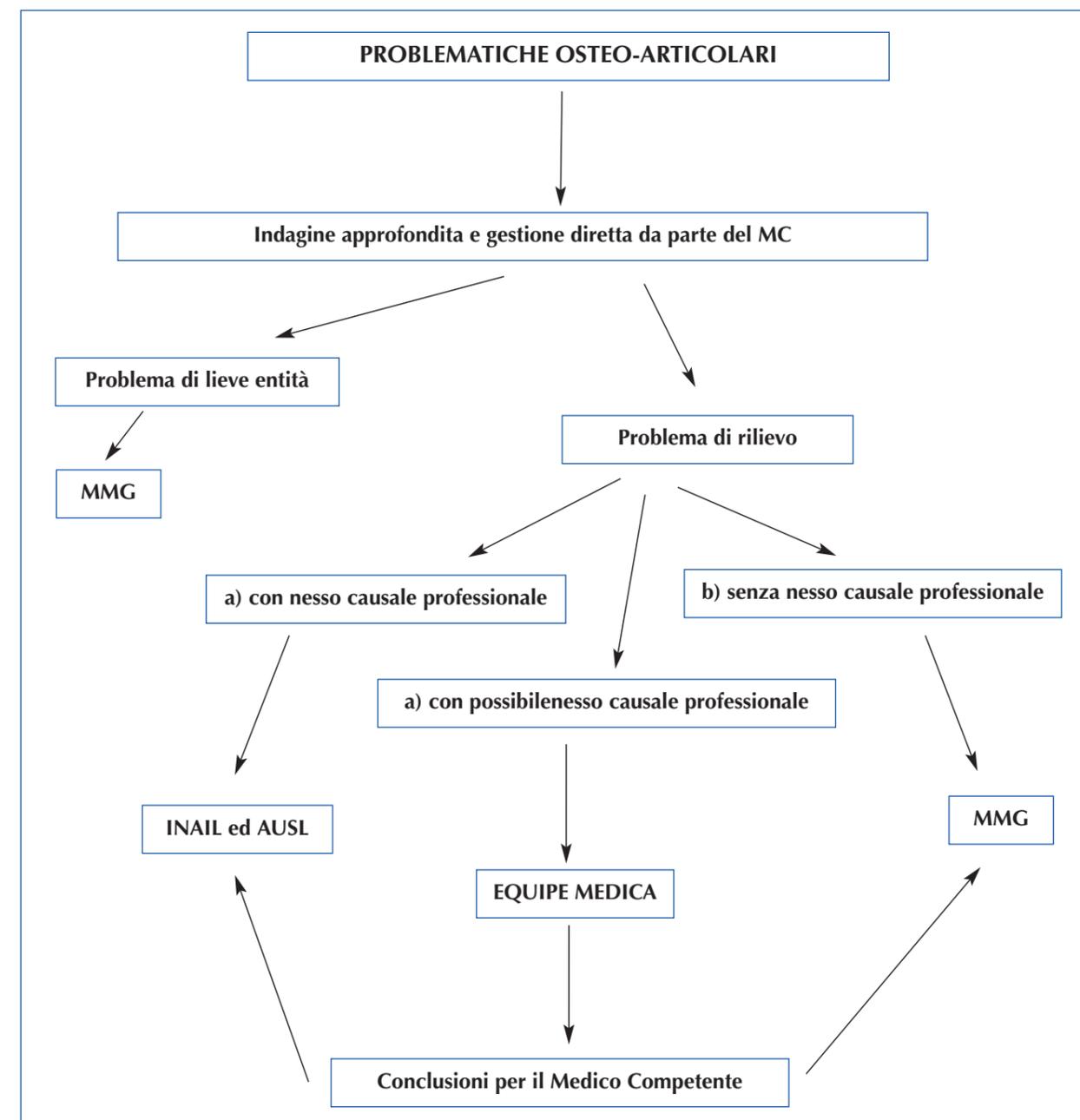
In conclusione nella nostra esperienza, possiamo confermare l'importanza di intervenire in modo efficace e rapido nella soluzione dei problemi osteo-articolari.

La collaborazione stretta fra le varie figure sanitarie (Medici, professionisti e terapisti), gli attori della pre-

venzione in Azienda (Direzione, RSPP, RLS) e, soprattutto, la giusta organizzazione risultano indispensabili nella soluzione di tutte le problematiche sanitarie nel mondo del lavoro ma, in particolare, per quelle osteo-articolari.

\*Gianni Gilioli: spec. Reumatologia e Farmacologia applicata, segreteria provinciale ANMA di Modena.

\*\*Giacomo Carpenito: spec. Reumatologia, responsabile ecografia osteo-articolare del servizio di reumatologia del Policlinico di Modena, accademia italiana medicina manuale AIMM.



# 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
- Forte - Forte in visione intermedia
- Visione dei colori - Visione dei contrasti
- Abbagliamento - tempo di recupero
- Affaticamento visivo
- Visione cinetica



**Manuale**

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

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



## LA COMUNICAZIONE TRA MEDICO COMPETENTE E MEDICO DI FAMIGLIA. LA SORVEGLIANZA SANITARIA



### ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Tommaso Remondelli\*  
Francesco Gazzero\*\*

\*Vice Presidente A.N.M.A.  
\*\*Consigliere Nazionale e Segretario Regionale Campano A.N.M.A.

Tra gli argomenti in discussione alla "Settimana Europea per la Tutela della Salute e la Sicurezza sul Lavoro 2007", tenutasi a Napoli nell'Aula Magna del Policlinico Universitario Federico II° dal 13 al 25 ottobre scorso, è stato riproposto il tema inerente il Medico di Famiglia e la Medicina del Lavoro, affidando agli scriventi qualche considerazione in merito in una breve relazione presentata ai partecipanti.

È questo un vecchio problema già posto sul tappeto alcuni anni or sono e periodicamente rivivificato ogni qual volta si verificano difficoltà legate alla carenza di informazioni sull'argomento.

Mai come in questa fase storica si è sentita la indispensabilità di uno scambio continuo di informazioni tra il mondo del lavoro (Medico Competente) e quello della vita comune di tutti i giorni (Medico di Medicina Generale), soprattutto in considerazione che i due mondi, quello del lavoro e quello di vita, non sono più così drasticamente divisi come un tempo ma si intersecano e si confondono quasi in mille modi, e con essi, anche le patologie dei cittadini lavoratori.

Come in ogni disamina che si rispetti, al fine di conoscere meglio le categorie interessate, proponiamo qualche definizione.

Il Medico Competente, Specialista in Medicina del Lavoro o in Branche Specialistiche affini, è "il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'Impresa, collabora alla attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori".

Il Medico di Medicina Generale o Medico di Famiglia, non ha una specifica definizione, a parte quella scherzosa, ma non troppo, che ne ha dato Peppino Del Barone, grande esperto di Medicina Generale e di FIMMG e cioè che, a differenza del Medico Specialista che sa tutto di un poco, il Medico di Medicina Generale sa un poco di tutto.

In effetti il Medico di Medicina Generale può essere definito il Medico del "primo impatto", chiamato a valutare, diagnosticare e curare qualsivoglia patologia (non complicata) di qualsivoglia organo ed apparato e, aspetto da non dimenticare, è il Medico di fiducia del paziente e quindi anche del cittadino lavoratore.

Oggi la sovrapposizione delle problematiche della salute negli ambienti di vita e di lavoro rende obbligatorio per il Medico Competente di uscire dal ristretto ambito dell'Opificio per una più ragionata classificazione ed individuazione delle patologie emergenti nei lavoratori.

Attualmente si assiste alla scomparsa o alla drastica diminuzione di molte "classiche" malattie professionali tabellate (es. silicosi, saturnismo, asbestosi, otopatie da rumore, etc) anche se per l'asbesto oggi si stanno evidenziando i danni stocastici e per le otopatie molta parte della riduzione è dovuta ai più

elevati limiti di esposizione sanciti dai D.Leg 277 è 626. Viceversa persistono e spesso si incrementano altre patologie quali ad esempio le dermatiti da contatto, la cancerogenesi chimica, etc.

Vanno anche considerate le così dette patologie “da lavoro”, non propriamente professionali quali ad esempio quelle da interessamento dell'apparato muscolo-scheletrico, la sindrome del tunnel carpale, etc., nonché quelle da disadattamento su base neuropsicologica, dallo stress occupazionale al mobbing conclamato passando per le fasi di Disturbo dell'Adattamento, Disturbo acuto da Stress e Disturbo post traumatico da Stress.

In effetti già oggi il Medico di Medicina Generale ha degli adempimenti obbligatori nei confronti dell'assistito lavoratore quali le certificazioni per infortunio sul lavoro, soprattutto per i certificati di prolungamento invalidità e la possibilità della compilazione del 1° certificato medico di Malattia Professionale se è il primo medico a venire a conoscenza della malattia.

Si rafforza pertanto la necessità di creare dei flussi informativi per consentire alle parti in causa di svolgere al meglio le proprie funzioni.

Volendo solo fare qualche esempio, ma le necessità di scambio sarebbero in realtà diuturne, il Medico di Medicina Generale dovrebbe segnalare al Medico Competente le lunghe degenze e le patologie particolarmente invalidanti per consentire visite di Idoneità alla Mansione Specifica al rientro del lavoratore in Azienda, così come sarebbe utile la segnalazione di patologie che potrebbero aggravarsi in seguito ad esposizioni ad ambienti lavorativi particolari o per mansioni specifiche del lavoratore.

Parimenti il Medico Competente dovrebbe fornire al Medico di Medicina Generale una serie di informazioni che potrebbero andare, dalla esposizione del lavoratore a rischi professionali da cui potrebbero derivare eventuali impegni d'organo, a indicazioni di eventuale presenza di questa o quella patologia in qualche lavoratore facente parte dello stesso gruppo omogeneo del paziente lavoratore, intendendo per gruppo omogeneo il gruppo di lavoratori esposti agli stessi rischi professionali indipendentemente dalla qualifica e/o dalla mansione specifica.

A questi scambi di informazione però si frappongono una serie di difficoltà quali ad esempio, le problematiche inerenti la stessa modalità di attivazione dei flussi informativi necessari, il coinvolgimento del lavoratore pur nel rispetto della privacy, le procedure di gestione delle “risorse umane” in Azienda, ed ancora, la necessità di attivazione di un processo formativo del Medico

di Medicina Generale per potersi correttamente interfacciare con le problematiche di Medicina del Lavoro, la possibilità e le eventuali modalità di accesso del Medico Competente alle informazioni sanitarie degli assistiti, e così via.

In realtà si fa strada il legittimo sospetto che molte difficoltà scaturiscano soprattutto dalla difficoltà di stabilire un dialogo tra Medico Competente e Strutture Sanitarie Territoriali, piuttosto che dalla presunta incomunicabilità tra Medico Competente e Medico di Medicina Generale.

Forse, con tanta buona volontà, una mano alla soluzione del problema potrebbe venire dagli Organi di Vigilanza delle AA.SS.LL. con una sorta di attività di intermediazione tutta da definire.

Esistono comunque, e sono particolarmente sentite, una serie di criticità per le quali bisogna trovare soluzioni in tempi brevi.

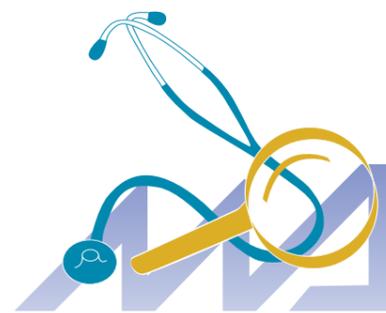
Tra le tante è opportuno segnalare le patologie ingravescenti che, se trascurate a lungo o peggio ignorate, possono diventare assolutamente irreversibili ( ipoacusie, deficit visivi, dismetabolismi, artropatie, etc.).

Segnalazioni sollecite richiedono anche le NON idoneità parziali o totali acquisite a seguito di patologie anche comuni, per consentirne una efficace gestione.

Anche il riconoscimento e la diagnostica precisa delle disabilità richiede segnalazioni tempestive e interventi rapidi perché in carenza si crea la pratica impossibilità di trasferire il disabile dall'area produttiva all'area assistenziale e/o previdenziale con il deprecabile rischio, in assenza di possibilità di idonea collocazione lavorativa in Azienda, del licenziamento del lavoratore per “giusta causa”.

Tutto ciò non può consentire a nessuno di ignorare il problema ma deve, nello spirito della migliore collaborazione, costituire incentivo alla ricerca di soluzioni valide e condivise.

Gli scriventi pertanto, coerentemente, sono disponibili a collaborare ad ogni iniziativa, da qualunque parte essa venga, che possa portare ad avviare a soluzione questo annoso problema.



## ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Azelio De Santa  
Sezione trentina

# NE.P.SI E N.I.S: LA SILICE CRISTALLINA IN EUROPA ED IN ITALIA

## 1. LA SILICE CRISTALLINA IN EUROPA: NE.P.SI.

### Inquadramento storico

1. Nel 1997, l'IARC (*International Agency for Research on Cancer*, Agenzia di emanazione dell'OMS) ha classificato la Silice Cristallina come sostanza cancerogena per l'uomo (Gruppo 1), nonostante la discussione tra gli esperti avesse evidenziato forti dubbi al riguardo. La nota conclusiva della IARC riporta:

*“Nel fare le considerazioni di cui sopra, il Gruppo di Lavoro ha notato che la cancerogenicità per gli uomini non si presentava in tutte le situazioni industriali studiate. La cancerogenicità può dipendere da caratteristiche intrinseche della silice cristallina o da fattori esterni che influenzano la sua attività biologica o la distribuzione dei suoi polimorfi. La silice cristallina inalata nella forma di quarzo o cristobalite da fonti lavorative è cancerogena per gli uomini (Gruppo 1).”*

2. Nel 1998, il Consiglio Europeo ha richiesto alla Commissione di indicare se l'esposizione alla Silice Cristallina respirabile dovesse essere collocata nell'ambito della *Direttiva agenti cancerogeni o mutageni* (2004/37/EC, già 90/394/EEC) o nella *Direttiva agenti chimici* (98/24/EC).

3. Conseguentemente, la Commissione ha incaricato il Comitato Scientifico per la definizione dei Limiti all'Esposizione Professionale (SCOEL) di formulare un parere tecnico e di raccomandare un limite di esposizione per la Silice Cristallina respirabile.

4. Nelle sue raccomandazioni (SUM Doc 94-Final), pubblicate nel 2002, lo SCOEL conclude:

*[...] Il principale effetto sugli uomini dell'inalazione della polvere di silice cristallina è la silicosi. Abbiamo informazioni sufficienti per concludere che il rischio relativo di cancro al polmone è più alto nelle persone affette da silicosi (e, apparentemente, non nei lavoratori non affetti da silicosi esposti alla polvere di silice cristallina nelle cave e nell'industria ceramica). Quindi, prevenire lo sviluppo della silicosi ridurrebbe anche il rischio di cancro. Fino a quando non sarà individuata una chiara soglia per lo sviluppo della silicosi, ogni riduzione dell'esposizione ridurrà il rischio di silicosi. [...] Ciò suggerisce che un OEL dovrebbe restare al di sotto di 0.05 mg/m<sup>3</sup>.”*

5. Sulla base delle conclusioni SCOEL, nel 2004, la Commissione Europea ha attivato una consultazione delle parti sociali sul possibile allargamento alla

Silice Cristallina della *Direttiva sugli agenti cancerogeni o mutageni* (2004/37/EC).

6. Su proposta di EUROSIL (*Associazione Europea dei Produttori di Silice*) e IMA-Europe (*Associazione Minerali Industriali*), le associazioni delle industrie interessate dall'esposizione alle polveri di silice (tra cui produttori di vetro, ceramiche, vernici, cemento, pietre naturali, fonderie, ecc) ha studiato la possibilità di presentare una credibile alternativa ad uno scenario normativo che avrebbe avuto un forte impatto sull'industria, specialmente per quanto riguarda la conseguente sostituzione obbligatoria per un grande numero di materie prime che contengono più dello 0,1% di SC, oltre che la necessità di richiedere l'etichettatura come sostanza cancerogena di prodotti contenenti Silice Cristallina. L'alternativa è stata identificata nel ricorso ad un Accordo di Dialogo Sociale

**Cos'è un Accordo di Dialogo Sociale?**

Si tratta di un istituto previsto dagli articoli 138 e 139 del Trattato dell'Unione Europea che prevedono la possibilità, su mandato della Commissione UE, che le parti sociali cerchino un Accordo per la formulazione e l'applicazione bilaterale di Buone Pratiche, con l'obiettivo di prevenire e contenere i rischi lavorativi. L'obiettivo dell'Accordo è di garantire un livello di protezione della salute dei lavoratori uguale o maggiore da quello che potrebbe scaturire da una Direttiva, alla quale La Commissione rinuncia temporaneamente, a condizione che l'Accordo venga raggiunto e venga applicato dalle Parti Sociali interessate. Attualmente, quindi, la Silice Cristallina non è etichettata come sostanza pericolosa nell'UE anche se, su indicazione di Eurosil, molte aziende hanno provveduto ad un'etichettatura volontaria.

**Cos'è Ne.P.Si?**

La negoziazione dell'Accordo di Dialogo Sociale sulla Silice Cristallina Respirabile (NePSi Negotiation Platform on Silica) ha avuto inizio il 1° settembre 2005 e si è conclusa nel marzo 2006 con la sottoscrizione delle Parti alla presenza del Commissario all'Occupazione e Affari Sociali. L'accordo originale, in lingua inglese, è stato poi tradotto nelle varie lingue dell'UE (www.NePSi.eu). L'accordo è in vigore dall'ottobre 2006 ma prevede un'applicazione cadenzata nel tempo, che verrà monitorata da un "Consiglio" che relazionerà periodicamente alla Commissione UE. L'accordo europeo sulla silice cristallina:

- Non ha valore di legge ma è un contratto (privato) tra aziende e lavoratori che impegna nell'UE i firmatari e coloro che essi rappresentano (su mandato), del quale la Commissione UE si fa controllore e garante
- Le parti sociali firmatarie sono responsabili dell'esecuzione
- È possibile recepire l'accordo (senza modifiche) a livello nazionale per esempio includendolo in contratti collettivi.

NePSi è il quarto Accordo di Dialogo Sociale europeo dopo tele lavoro (2002), Patente Europea (01/2004) ed accordo sullo stress e lavoro (10/2004) ma è il primo accordo multisettoriale.

In seguito alla formalizzazione dell'Accordo NePSi, la Silice Cristallina non è più nella lista delle sostanze proposte per l'inclusione nella Direttiva cancerogeni e mutageni.

**Chi ha sottoscritto l'accordo NEPSI?**

I rappresentanti di 14 settori produttivi e 2 organizzazioni sindacali (europee):

- Aggregati (UEPG)
- Cemento (Cembureau)
- Ceramica (Cerame-Unie)
- Fonderia (CAEF)
- Vetro (APFE, ESGA, FEVE, GEPVP)
- Minerali industriali (IMA-Europe)
- Lana Minerale (EURIMA)
- Pietre Naturali (EROROC)
- Miniere (Euromines)
- malte (EMO)
- Beton Prefabbricato (BIBM)
- Industria dell'ingegneria e tecnologia (CEEMET)
- Federazione dei lavoratori minerari, chimici e dell'ingegneria (EMCEF)
- Federazione europea dei lavoratori di metalli (EMF)

**Chi deve applicare concretamente l'accordo NEPSI?**

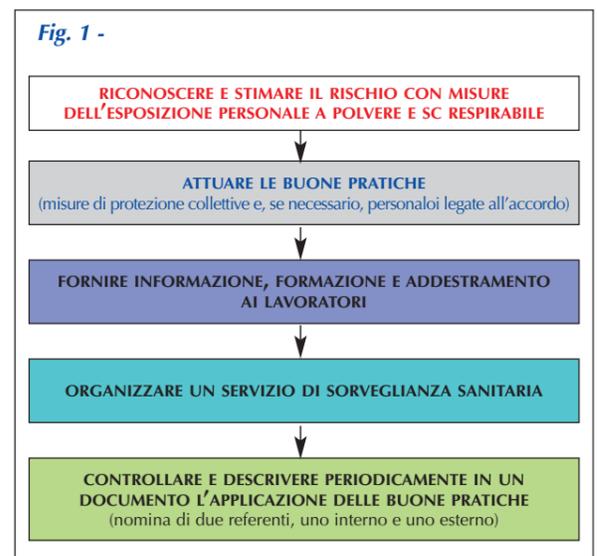
Formalmente, per ora l'applicazione è vincolante solo per le aziende che aderiscono ad Associazioni nazionali che aderiscono, a loro volta, alle Associazioni Europee che hanno firmato l'Accordo.

È tuttavia molto probabile che l'Accordo venga inserito nei CCNL in occasione dei prossimi rinnovi.

È allo studio inoltre un provvedimento legislativo italiano che impone alle aziende di aderire ad un'Associazione nazionale che le rappresenti e che verosimilmente verrà chiamata ad aderire all'Accordo in seguito all'adesione ad un'Associazione Europea firmataria dell'Accordo NePSi.

**Quali sono gli obiettivi dell'Accordo NePSi?**

- **Proteggere la salute** dei lavoratori



- **Minimizzare** l'esposizione della silice cristallina respirabile (SCR) applicando buone pratiche di lavoro (allegate all'accordo)
- **Accrescere** le conoscenze al riguardo dei potenziali effetti sulla salute della RCS ed in merito alle buone regole

Viene inoltre tracciato il processo con cui raggiungere questi obiettivi, che è descritto dalla figura 1.

**Cosa sono le Buone Pratiche?**

Nelle figure sottostanti se ne riporta un esempio (di circa 90).

**Cosa prevede l'accordo NePSi per la sorveglianza sanitaria?**

NePSi dedica l'allegato 8 alla sorveglianza sanitaria. "L'implementazione del protocollo di sorveglianza sanitaria dipenderà dai risultati della valutazione del rischio (che dipenderà a sua volta dalle misure di esposizione). Tutte le procedure di sorveglianza sanitaria dovranno essere condotte a livello professionale dal personale medico competente e in conformità con i requisiti legislativi nazionali correnti.

Gli obiettivi della sorveglianza sanitaria specifica in riferimento alla silice cristallina respirabile sono:

- Individuare gli effetti avversi sulla salute in tempo;
  - Stabilire una linea di base da cui valutare cambiamenti che possono svilupparsi;
  - Evitare che vengano causati ulteriori danni."
- "Il programma di sorveglianza sanitaria dovrebbe comprendere gli aspetti seguenti:
- "Un documento sanitario personale verrà realizzato per ogni dipendente all'assunzione e verrà conservato per 40 anni dopo la fine dell'esposizione.



## Gamma Prodotti

I nostri prodotti vengono realizzati in stabilimenti di proprietà localizzati in Europa.

### Occhiali

Super G  
x-trend  
Athletic  
Gravity zero  
Cybric  
i-vo  
x-one  
x-act  
Ceramic  
Skytech  
Astrospec  
Occhiali correttivi ceramic, meteor  
Occhiali a mascherina ultravision  
Occhiali a mascherina ultrasonic  
Occhiali a mascherina HI-C  
Gamma prezzi: da 2 eur a 20 eur

### Protezione auricolare

x-fit  
x-cap

### Scarpe

Linea Atheltic II  
Linea X-range  
Linea Performance  
Linea Module 500  
Linea Module 1000  
Linea Module 200  
Linea Module 3000  
Linea Origin  
Linea Office  
Linea Rallye  
Linea Trekking  
Linea Lady  
Linea Motorsport  
Linea Utility

### Elmetti

Superboss  
Thermoboss  
Airwing

### Inseri auricolari

x-fit  
com4-fit  
whisper  
x-cap

### Guanti

Supportati in Nitrile  
Supportati in PVC  
Non supportati Nitrile  
Non supportati PVC  
Filati in nitrile e poliuretano  
Resistenti al taglio

### Abbigliamento

Gravity zero  
Athletic  
Texpergo  
Texpert  
Textreme  
Motorsport  
X-range

Nell'industria della sicurezza uvex (la nostra società Uvex Securizzo S.r.l. è la filiale italiana) è considerata una dei maggiori specialisti nel campo dei materiali sintetici grazie ai suoi moderni e tecnologicamente sofisticati impianti di produzione, ai suoi innovativi trattamenti e soprattutto al lavoro interno di ricerca e sviluppo. Presso la sede di Fürth in Germania è sorto negli ultimi anni un centro altamente tecnologico ed innovativo che ha contribuito ad incrementare lo sviluppo di nuovi prodotti e tecnologie.

Progettiamo occhiali di sicurezza con lenti in policarbonato che, oltre ad essere molto più leggere di quelle in vetro, presentano una migliore protezione contro i rischi di origine meccanica e sono disponibili in un'ampia gamma di colori per soddisfare particolari impieghi e campi d'applicazione. Nella creazione della sua ultima generazione di calzature di sicurezza, uvex è riuscita ad associare con successo molte delle tecnologie e dei materiali utilizzati nel mondo dello sport alle richieste della sicurezza sul lavoro e ha sviluppato il sistema XENOVA, un puntale in policarbonato bidensità con resistenza 200 joules che soddisfa ampiamente tutti i requisiti richiesti dalla normativa europea ed una lamina antiforo in materiale sintetico resistente alla perforazione ed estremamente leggera e flessibile. Di recente stiamo sviluppando nuove tecnologie che permettono di considerare i d.p.i come un compagno nell'attività lavorativa di tutti i giorni e non come una costrizione imposta dal datore di lavoro un'esempio sono le tecnologie climatec (studio della climatizzazione del prodotto dai guanti alle scarpe all'abbigliamento per garantire la massima traspirabilità ed il massimo confort), gravity zero ("alleggerimento" del prodotto esteso a tutta la gamma: occhiali, scarpe, guanti, abbigliamento) e athletic (linea sportiva in abbinamento con la tecnologia climatec).

Ricordiamo inoltre che, oltre ad occhiali e calzature di sicurezza, uvex produce anche elmetti, visiere, cuffie antirumore ed inserti auricolari, guanti ed una vasta linea di abbigliamento professionale, che va dalle linee classiche in cotone all'impiego dei più recenti materiali high-tech associati ad un accattivante design sportivo.

Ricordiamo inoltre che oltre ad occhiali e calzature di sicurezza, Uvex produce anche elmetti, visiere, cuffie antirumori ed inserti auricolari, guanti ed una vasta linea di abbigliamento professionale, che va dalle linee classiche in cotone all'impiego dei più recenti materiali high-tech associati ad un accattivante design sportivo.

Uvex Securizzo è organizzata con uffici commerciali e magazzino a disposizione dei nostri clienti.

**uvex**  
PROTEZIONE PERTEC

Uvex Securizzo S.r.l.

Corso Grosseto 437 - 10151 Torino - Tel + 39 0114536511 - Fax + 39 0117399522  
E-mail: info@uvex-safety.it - Sito web: www.uvex-safety.it

Tab. 1 - Protocollo provvisorio di sorveglianza sanitaria proposto da NIS per ESPOSTI

Assunzione	Periodicità	Cessazione
- Visita - PFR - Tine test - Rx Torace ILO/BIT	- <b>Visita</b> - <b>RX Torace ILO/BIT ogni 5 anni per i primi 20 anni di bassa esposizione; ogni 2 anni dopo 20 anni di esposizione o per esposizioni superiori al 50% del VL</b> - <b>Tine test</b> secondo necessità	- Visita - PFR - Tine test - Rx Torace ILO/BIT

Tab. 2 - Protocollo provvisorio di sorveglianza sanitaria proposto da NIS per EX-ESPOSTI

Asintomatici senza alterazioni radiologiche	Visita, PFR secondo programma ad hoc; Rx Torace ILO/BIT ogni 5 anni
Sintomatici o con alterazioni radiologiche	Visita, PFR, Rx Torace ILO/BIT annuali
Tutti	Per approfondimenti radiologici LDTC

- *Esame clinico del torace (non prevista periodicità).*
- *Spirometria secondo le specifiche dell' European Respiratory Society (1993) e l'American Thoracic Society (1995).*
- *Esame radiografico del torace con una proiezione (PA) e preferibilmente con tecnica e classificazione dei referti previste da ILO/BIT; la periodicità è fissata dal Medico*
- *Il lavoratore deve essere informato dei risultati del proprio controllo medico"*

## 2. LA SILICE CRISTALLINA IN ITALIA: IL NETWORK ITALIANO SILICE (NIS)

Dal 2002, in Italia sta lavorando un gruppo di 65 esperti (ASL, ISPESL, ISS, INAIL, Università) per la formulazione di Linee guida allo scopo di colmare il vuoto legislativo sulla SC. Da circa un anno nei lavori (non ancora conclusi) sono state coinvolte le parti sociali.

Dopo la pubblicazione dell'accordo NePSi, il NIS lo ha accettato come documento base e si è occupato prevalentemente di chiarire i dettagli di alcuni argomenti non ben definiti da NePSi:

- Misura del rischio (strumentazione, analisi, procedure di campionamento, calibrazione interlaboratoriale, ecc.)
- Sorveglianza sanitaria
- Buone Pratiche per alcune attività produttive (materiali lapidei, gallerie, fonderie, ecc.)

Recentemente il NIS ha proposto un protocollo provvisorio di sorveglianza sanitaria (vedi tabella 1 e 2)

È intenzione del NIS di promuovere la realizzazione di corsi di formazione specifici per Radiologi sulla falsariga dei corsi "B Reader" proposti dal NIOSH.

A proposito della radiografia digitalizzata, il NIOSH già da tempo sta valutando l'equivalenza della radiografia tradizionale con quella digitale nei confronti della classificazione delle pneumoconiosi.

Tuttavia, poiché non sono disponibili raccomandazioni dell'autorità applicabili alle immagini digitali, raccomanda ai B-Readers di continuare a usare la classificazione ILO con immagini tradizionali e standards tradizionali. In effetti da alcuni studi relativi alle pneumoconiosi sembrerebbe che le immagini digitali fossero di migliore qualità rispetto alle radiografie tradizionali, mentre potrebbero esistere differenze nella lettura della profusione delle piccole opacità in relazione alle differenti tecniche di digitalizzazione.

Molte ASL approcciano l'esposizione a SLC come esposizione ad un cancerogeno richiedendo, fra l'altro, il registro degli esposti. Si tratta di un approccio discutibile al quale il MC può legittimamente resistere. È necessario comunque acquisire dati di esposizione secondo le specifiche tecniche proposte dal NIS.



Paolo Santucci  
Segretario  
ANMA Liguria

## L'OCULAR SURFACE AREA (OSA)

Astenopia è il termine di derivazione greca (a, alfa privativo - stenosis, forza, potenza, energia - opis, vista) che può essere sinonimo di "fatica visiva" e che costituisce a tutt'oggi il principale disturbo lamentato dal lavoratore videoterminale, ai sensi di D.Lgs. 626/94 e s.m.i. . Rispetto agli studi degli anni '90 la prevalenza dell'astenopia significativa si è progressivamente ridotta, grazie al recepimento della normativa dedicata, fino a percentuali del 25-30%.

Le principali cause di astenopia occupazionale sono riconducibili all'età, alla predisposizione del soggetto (per esempio occhio secco, disturbo della motilità oculare estrinseca, personalità), all'uso incongruo del VDT (continuativo con poche pause), alla postazione non ergonomica, alla qualità dell'aria, a patologie oculari croniche, in particolare corneali, all'uso cronico delle lenti a contatto e a difetti visivi non adeguatamente corretti (miopia, ipermetropia, astigmatismo o presbiopia non diagnosticati o sotto/sovra-corretti).

Piccoli riassume le cause dei disturbi oculovisivi in tre grandi categorie: le 'richieste della mansione', le condizioni ambientali e le caratteristiche individuali oculovisive.

Nell'affrontare la problematica dell'astenopia occupazionale spesso viene trascurata l'importanza dell'O.S.A. (Ocular surface Area), il parametro studiato da Sotoyama nel 1996 che si può tradurre nella 'apertura della superficie oculare', corrispondente alla porzione di congiuntiva e di cornea potenzialmente esposte a luce, aria, smog ed altri agenti inquinanti.

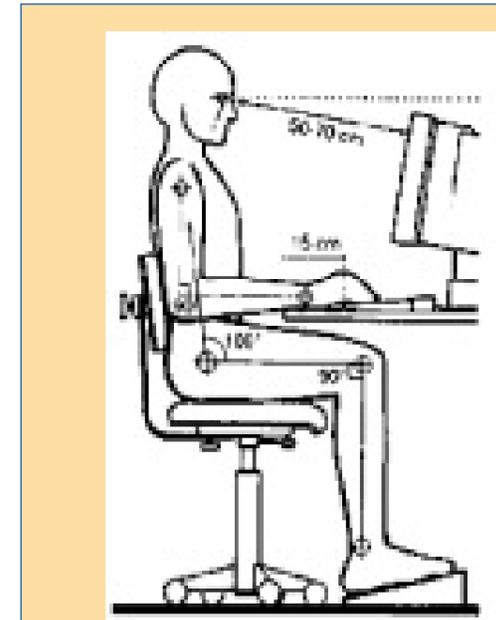
Il layout della postazione di lavoro dotata di videoterminale deve perciò favorire la riduzione di questo parametro, personalizzando la distanza e l'altezza dello schermo rispetto all'operatore, evitando così lo sguardo verso l'alto che incrementa la superficie oculare e può accentuare l'affaticamento visivo.

Alla luce di questo aspetto deve essere ribadita l'importanza della corretta postura, nell'ambito della postazione di lavoro 'ergonomica', illustrata dal Decreto 2 ottobre 2000, che prevede l'altezza del margine superiore del monitor leggermente al di sotto del livello degli occhi.

Più in generale la postura ideale davanti al videoterminale deve concretizzarsi nella 'posizione primaria' rappresentata dalla figura seguente.



In questa impostazione deve essere sottolineata la lieve flessione anteriore del collo, meno di 30°, che determina un asse visivo leggermente 'verso il basso' utile ad evitare riflessi sullo schermo e a ridurre il



### LA POSTURA CORRETTA

*Posizione primaria (di fronte al video) a distanza di circa 50-70 cm. con il margine superiore del monitor leggermente più basso rispetto all'altezza degli occhi, colonna lombare sostenuta dallo schienale regolato a 90°-120°, avambracci appoggiati al piano di lavoro (circa 15 cm liberi tra il bordo del piano di lavoro e quello della tastiera) con angolazione del gomito, coxofemorali, ginocchia e caviglie a circa 90°-100° ed utilizzo della pedana poggiapiedi se necessario.*

sovraccarico della muscolatura del collo.

La corretta postura può essere favorita dal posizionamento del monitor direttamente sul piano di lavoro, spostando il 'case' a terra in verticale ('tower'), oppure in un alloggiamento diverso sopra o sotto il piano di lavoro.

### FONTI BIBLIOGRAFICHE

- Gobba F.M., Brogna A, Sarti R, Luberto F, Cavalleri A., Visual fatigue in video display terminal operators: objective measure and relation to environmental conditions., Int Arch Occup Environ Health. 1988;60(2): 81-7.
- Ong CN, Phoon WO., Influence of age on VDU work, Ann. Acad. Med. Singapore. 1987 Jan; 16(1): 42-5.
- Piccoli B., Gratton I, Pierini F, Catenacci G., Raimondi E., Farulla A., Asthenopia and objective ophthalmological findings in a population of 2058 VDT operators in Lombardy, G Ital Med Lav. 1989 Nov; 11(6): 267-71.
- Rubino G.F, Maina G., Piolatto G. et al: Longitudinal survey of ocular disorders and general complaints in VDU operators. In: Human-Computer Interaction: applications and case studies. Smith MJ, Salvendy G (ed): Amsterdam: Elsevier, 768-773 (1993).
- Sanchez-Roman F.R., Perez-Lucio C., Juarez-Ruiz C., Velez-Zamora N.M., Jimenez-Villarruel M., Risk factors for asthenopia among computer terminal operators, Salud Publica Mex. May-Jun; 38(3): 189-96, 1996.
- Santucci P, Massafiero E., La riduzione dell'indice di discomfort oculovisivo, 'astenopia significativa', primo passo verso l'obiettivo benessere del videoterminale, Medico Competente Journal, n°2/2005.

- Sotoyama M, Jonai H, Saito S, Villanueva MB, Analysis of ocular surface area for comfortable VDT workstation layout, Ergonomics.; 39(6): 877-84, 1996.
- Taino G., Ferrari M., Imestad I.J., Fabris F, Imbriani M., Asthenopia e lavoro al videoterminale: studio di una popolazione di 191 lavoratori esposti al rischio mediante somministrazione di questionario anamnestico mirato e valutazione oftalmologica, G Ital Med Lav Erg 2006; 28:4, 487-497 © PI-ME, Pavia 2006.
- Wolkoff P, Noigaard J.K., Troiano P, Piccoli B., Eye complaints in the office environments: precorneal tear film integrity influenced by eye blinking efficiency, Occup Environ Med 2005; 62:4-12.



**AUDIZIONE DELL'ANMA PRESSO IL SENATO DELLA  
REPUBBLICA DA PARTE DELLA COMMISSIONE  
PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL FENOMENO DEGLI  
INFORTUNI SUL LAVORO CON PARTICOLARE  
RIGUARDO ALLE COSIDDETTE "MORTI BIANCHE" -  
RELATIVA ALLA TEMATICA DELLE MALATTIE  
PROFESSIONALI  
ROMA, 6 NOVEMBRE 2007**

Presidente ANMA  
Giuseppe Briatico-Vangosa

**MEMORIA PREDISPOSTA DAL DIRETTIVO ANMA**

*Il presente documento rappresenta una iniziale e sommaria risposta ai quesiti posti dalla Commissione Parlamentare sulla tematica delle malattie professionali.*

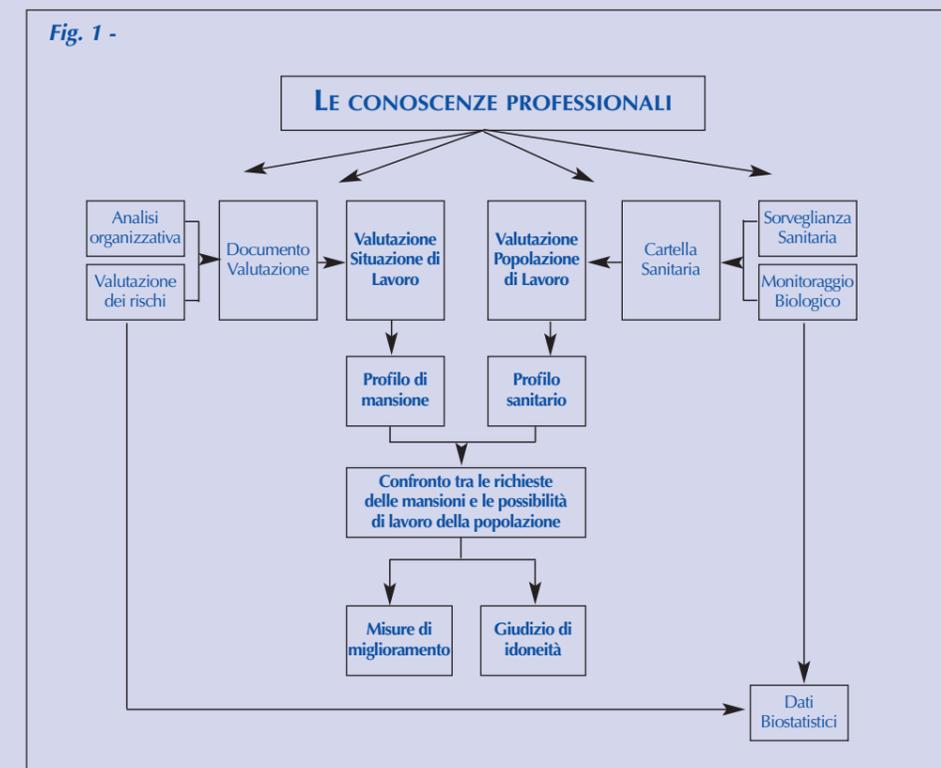
*I tempi ristretti di convocazione (abbiamo ricevuto notizia dell'audizione il 31 ottobre u.s.) non ci permettono di articolare una risposta esauriente su una materia particolarmente complessa, delicata e strategica.*

*Al fine di presentare alla Commissione un contributo concreto e vissuto abbiamo già avviato un censimento fra i nostri numerosi soci sui quesiti posti le cui risposte, una volta raccolte, ci impegniamo ad elaborare in tempi stretti e inviare con sollecitudine alla Vostra attenzione.*

Una prima ed iniziale considerazione che vorremmo qui presentare sulla tematica delle malattie professionali, che può apparire per molti versi scontata, riguarda la loro prevenzione più che le considerazioni sul loro numero, sulla filiera della loro denuncia e sulle cosiddette malattie professionali perdute, su cui comunque entreremo nel merito seppur sommariamente.

È nostra convinzione che la prevenzione delle malattie professionali e di quelle correlate al lavoro è oggi un obiettivo raggiungibile grazie all'attuale complesso normativo sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro. Esso infatti ha in sé tutti gli strumenti necessari per cogliere l'obiettivo prevenzione sia essa intesa in senso letterale, sia come riconoscimento di iniziali segni clinici e/o sintomi patognomici di malattie o disturbi correlabili con le fonti di rischio presenti nell'ambiente di lavoro. Deve però essere attuato con professionalità e diligenza nel rispetto dei criteri che la legge dispone.

Lo strumento essenziale per la prevenzione delle malattie professionali sta nel processo di valutazione dei rischi insiti nell'ambiente di lavoro ed in particolare nei compiti (task) assegnati ed eseguiti dal singolo lavoratore. L'affermazione è ovvia, ma l'applicazione di questo fondamentale strumento non lo è altrettanto. Si è infatti affermata nel tempo una prassi di valutazione del rischio più orientata alla verifica delle condizioni tecniche, tecnologiche e impiantistiche, che alla valutazione dei rischi per la salute e alla gestione del suo risultato (Health Risk Assessment e Health Risk Management nel concetto anglosassone, quali procedure per definire e gestire il rischio per la salute e



la sicurezza).

Noi Medici Competenti abbiamo sempre affermato che il risultato del processo di valutazione dei rischi per la salute è la cerniera per qualificare la "sorveglianza sanitaria" dei lavoratori in funzione della mansione specifica loro assegnata e quindi rendere questa preziosa attività mirata ai rischi ed alla loro entità. Ma non basta. Per prevenire le malattie da lavoro è fondamentale acquisire una profonda conoscenza delle caratteristiche fisiche e di salute del lavoratore da assegnare o già assegnato ad una specifica mansione. Il processo logico che il Medico Competente compie si conclude con la sintesi degli elementi relativi alla dimensione del rischio e di quelli di carattere sanitario del lavoratore e che si esprime con il cosiddetto "giudizio di idoneità alla mansione specifica".

Questa logica funzionale è schematizzata in figura 1.

La prevenzione delle malattie professionali, come del resto degli infortuni, passa dunque dal "confronto tra le richieste della mansione e le possibilità di lavoro della popolazione lavorativa". La valutazione di **tutti i rischi**

**per la salute** è dunque strategica per prevenire o almeno ridurre al minimo il fenomeno oggetto di questa riflessione sia per le malattie professionali note o emergenti, sia per quelle non ancora sufficientemente definite.

Da questa riflessione la conclusione che il Medico Competente dovrebbe avere un particolare spazio nel processo di analisi e valutazione dei rischi, di tutti i rischi, condizione che richiede un adeguamento della normativa attuale.

Analogamente la sorveglianza sanitaria dovrebbe essere estesa a tutti i rischi proprio per cogliere i loro effetti emergenti e per mettere in atto i rimedi necessari.

Infatti lo scenario della tutela della salute dei lavoratori, e quindi della medicina occupazionale, sta cambiando ed evolvendosi rapidamente.

Invecchiamento della popolazione al lavoro, *salute mentale*, nuovi o rinnovati rischi, nuove caratteristiche della organizzazione del lavoro e nuove e diverse specializzazioni nel lavoro, **sono i problemi con cui dovremo confrontarci nei prossimi anni per contribuire ad una organizzazione del lavoro più sana.**

Stiamo infatti traghettando dal "lavoro moderno" del

20° secolo a quello “post-moderno” del 21° secolo.

Un primo rimedio, fondamentale e decisivo, passa dunque dal ruolo assegnato al medico competente nel processo della valutazione dei rischi.

Un secondo aspetto riguarda la capacità del medico di riconoscere la malattia professionale e quella lavoro correlata.

Questo aspetto ci vede più sereni rispetto al precedente. Dobbiamo infatti supporre che un Medico Competente specialista in Medicina del Lavoro abbia tutti i requisiti formativi per riconoscere e diagnosticare una malattia da lavoro. È evidente la necessità di aggiornamento continuo, condizione in qualche modo già attuata dal piano formativo richiesto dal percorso ECM e che può essere reso ancor più vincolante.

Cosa diversa per altre specialità mediche comprese nella definizione dell'articolo 2 del Dlgs 626/94 e successive modifiche ed integrazioni, che poggiano su un piano formativo non qualificante in tal senso e per i medici in genere, anche se la Medicina del Lavoro è materia di insegnamento nel normale piano di studio di laurea.

Un terzo ed ultimo aspetto che vogliamo qui citare, lasciando ai punti successivi una analisi più dettagliata seppur sommaria come prima detto, riguarda le fonti informative e i link utilizzati dal Medico Competente.

I dati INAIL sono senza dubbio la fonte informativa privilegiata per ovvi motivi, anche se un forte contributo alla conoscenza è proposto dalla banche date di altre Enti istituzionali, quali l'ISPESL per citarne uno, e organismi di categoria (associazioni dei datori di lavoro, sindacati dei lavoratori, patronati, ecc.) ed ovviamente la letteratura medica specialistica.

Tutte queste fonti non sono però prontamente fruibili e aggiornate.

Riteniamo che il “Registro nazionale delle malattie professionali (Nmp)” gestito dall'INAIL rappresenti una grande opportunità da cui è però escluso il Medico Competente. Leggiamo infatti che gli “attori” del sistema di alimentazione sono e saranno i medici di base, i medici ospedalieri e le istituzioni locali, dando per scontato che costoro possiedono le capacità formative per riconoscere una tecnopatia o per mettere in relazio-

ne una sintomatologia con i rischi realmente presenti nella attività di lavoro. Paventiamo la possibilità di una sottostima o peggio di una sovrastima di patologie lavorative con tutte le conseguenze già note. Il Medico Competente che agisce in azienda potrebbe essere un alimentatore qualificato del sistema, sia per le malattie professionali attualmente riconosciute dall'attuale sistema assicurativo e soggette alle procedure di notifica, sia per quelle “emergenti”.

#### ALCUNE CONSIDERAZIONE PIÙ ANALITICHE

##### Sulle “fonti informative”

I dati forniti periodicamente dall'INAIL a livello nazionale e localmente dalle ASL, evidenziano che l'ipoacusia percettiva bilaterale, pur confermandosi la prima causa di riconoscimento di malattia professionale, presenta un'incidenza che è andata progressivamente diminuendo negli ultimi anni che hanno invece visto progressivamente crescere il fenomeno delle malattie “non tabellate” nonostante per tali patologie l'onere della prova dell'origine professionale sia tuttora a carico del lavoratore (Corte Costituzionale, Sentenza n. 179 del 18 febbraio 1988).

Queste malattie “non tabellate”, che interessano fondamentalmente l'apparato muscolo scheletrico e il sistema neurologico periferico a livello della colonna vertebrale e delle articolazioni dell'arto superiore, rappresentano la parte di gran lunga preponderante del fenomeno tecnopatico, costituendo complessivamente ormai l'83% dei casi denunciati (dati INAIL 2006).

D'altra parte questo trend non ci sorprende in quanto negli altri Paesi UE con un sistema produttivo paragonabile al nostro, le patologie muscolo scheletriche e le neuropatie “da intrappolamento” (come la sindrome del tunnel carpale) costituiscono ormai da anni la prima causa di riconoscimento di malattia professionale (dati Commissione UE).

Pertanto ci attendiamo che con il completamento della prima fase del lavoro della Commissione Scientifica di cui al comma 1 dell'art. 10 del D. Lgs. n. 38/2000, l'andamento tecnopatico italiano diventi analogo a quello europeo.

Infatti dopo l'aggiornamento dell'elenco delle “malattie per le quali è obbligatoria la denuncia” di cui all'art. 139 del DPR n. 1124/1965 attraverso il DM 27 aprile 2004, la Commissione Scientifica ha già presentato la proposta di modifica delle Tabelle delle malattie di cui agli articoli 3 e 211 del medesimo DPR (l'attuale riferimento è il DPR n. 336/1994).

Poiché il nuovo elenco di cui al DM 27 aprile 2004 contempla numerosi casi di patologie muscolo scheletriche e di neuropatie nella prima e nella seconda lista (malattie la cui origine lavorativa è di elevata o di limitata probabilità), è molto probabile che le nuove Tabelle delle malattie professionali “indennizzabili” comprenderanno anche queste patologie.

Conseguentemente, non sussistendo più l'onere della prova dell'origine professionale a carico del lavoratore, è ragionevole ritenere che tali patologie diventeranno ben presto anche in Italia la prima causa di riconoscimento di malattia professionale.

##### Sulle “malattie professionali perdute”

Nel precedente paragrafo abbiamo già parlato dei cambiamenti che presumibilmente avverranno per le patologie muscolo scheletriche e le neuropatie periferiche con l'evoluzione della normativa. Partendo ancora dal confronto con gli altri Paesi UE, da tempo si discute anche sulla sottostima nel nostro Paese del fenomeno dei tumori “professionali”.

Peraltro va precisato che la “latenza” nell'insorgenza della patologia neoplastica, fa sì che il problema spesso insorga quando il lavoratore ha cessato l'attività lavorativa e non sia quindi più sottoposto al monitoraggio periodico previsto dalla sorveglianza sanitaria.

Auspichiamo pertanto che il Testo Unico possa finalmente dare un senso alle varie disposizioni di legge che, per vari fattori di rischio professionale, prevedono per il lavoratore la necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche “dopo la cessazione dell'attività lavorativa”.

Riteniamo che il fenomeno delle “malattie professionali perdute” riguardi soprattutto i settori come quello dell'edilizia, dell'agricoltura, del turismo/alberghiero e, in parte, dell'artigianato, ove notoriamente è più ricorrente il cosiddetto “sommerso” dal punto di vista dell'applicazione della normativa specifica.



Tuttavia il fenomeno può interessare in realtà ogni settore produttivo ogni qualvolta la qualità del processo aziendale di Valutazione dei Rischi sia scarsa con conseguenti carenze sia nella valutazione di “tutti” i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori (art. 4, comma 1 del D. Lgs. 626/94 come modificato dalla legge Comunitaria 2001), sia nell'individuazione e nell'applicazione delle misure di tutela.

##### Sul fenomeno della sottonotifica

Si ricordano i frequenti richiami su questo aspetto nella Relazione Tecnica della Commissione Scientifica ex art. 10, comma 1 del D. Lgs. n. 38/2000 di accompagnamento alla proposta di aggiornamento dell'elenco delle patologie per le quali è obbligatoria la denuncia.

All'aggiornamento dell'elenco sul modello europeo (Raccomandazione 2003/670/CE) con la suddivisione in tre liste (malattie la cui origine professionale è di “elevata probabilità”, di “limitata probabilità” o soltanto “possibile”), non ha corrisposto un aggiornamento dell'obbligazione medico legale per cui i medici sono obbligati alla “denuncia” e, laddove se ne configurano le condizioni, al “referto”, anche per le patologie comprese nella seconda e terza lista per le quali la stessa norma non afferma con certezza la sussistenza di un'origine professionale e che dovrebbero invece costituire, come specificato nella Relazione Tecnica, l'oggetto di un monitoraggio epidemiologico e, in sintonia con la Raccomandazione europea, di una “dichiarazione”.

Come altri hanno già rilevato, indubbiamente per il medico competente l'avvio obbligatorio dell'azione penale nei confronti dell'azienda può costituire un

“freno” anche perché non va dimenticato che l’azione penale può anche finire con il coinvolgere lo stesso medico competente.

Peraltro in tale ambito non vanno neanche dimenticate le “remore” derivanti dalla struttura produttiva della stragrande maggioranza delle nostre realtà, piccole imprese e microimprese, ove il “denunciato” ha spesso difficoltà ad essere ricollocato in un nuovo posto di lavoro e, conseguentemente, non è infrequente che sia lui stesso a chiedere al medico competente di non inoltrare la denuncia.

In tale contesto altri aspetti molto importanti che limitano l’azione del medico sono la confusione sui terminali dei flussi della documentazione (ASL, INAIL, Ispettorato del Lavoro, Magistratura), le eccessive richieste di documentazione (denuncia, referto, primo certificato medico) e il disorientamento conseguente alle differenze di comportamento esistenti nelle varie Regioni spesso con variazioni anche locali.

#### Sulle conseguenze della denuncia

Ai fini della definizione del nesso causale, l’INAIL richiede le informazioni al datore di lavoro.

Ovviamente molte di queste informazioni riguardano gli aspetti sanitari.

Pertanto il medico competente fornisce le informazioni all’INAIL per il tramite del datore di lavoro (nel rispetto dei principi della privacy).

Si ritiene tale impostazione corretta in quanto il soggetto che stipula l’assicurazione con l’INAIL è il datore di lavoro ed è pertanto lui il riferimento prioritario dell’INAIL.

Come ANMA non ci risultano ritorsioni da parte di datori di lavoro nei confronti di colleghi a seguito di denunce o referti.

Va tuttavia considerato il fatto che le tipologie contrattuali in genere stipulate tra i medici competenti e le aziende prevedono dei rinnovi annuali (taciti o meno) con possibilità di recesso in qualsiasi momento con preavviso o meno.

Pertanto non possiamo escludere che dei colleghi a seguito della denuncia di una malattia professionale, non abbiano visto rinnovato il loro contratto a fine anno, naturalmente con un’altra motivazione.

Molte delle decisioni che il medico competente prende

nella sua attività possono avere conseguenze di natura economica per il datore di lavoro (ma come abbiamo visto anche per il lavoratore).

Fra queste vi sono indubbiamente anche le richieste di bonifica di una postazione di lavoro.

Tuttavia per esperienza sappiamo che al di là delle considerazioni di natura economica, il successo di tali richieste dipende sostanzialmente dal grado di integrazione che il medico competente ha con l’organizzazione aziendale e quindi dalla sua “credibilità” e “autorevolezza”.

Purtroppo il raggiungimento di un buon livello di integrazione è spesso in contrasto con gli attuali più diffusi modelli di rapporto tra medico competente ed azienda, a loro volta conseguenti alla prevalente interpretazione della normativa vigente riguardante questa figura, a seguito della quale la sua presenza in azienda finisce spesso con l’essere sostanzialmente scandita dall’effettuazione della mera sorveglianza sanitaria.

#### Quali interventi per il “miglioramento”?

Come ANMA abbiamo presentato a Viareggio nel giugno scorso in occasione del nostro Congresso Nazionale ad Istituzioni e Partiti sociali il nostro “modello” di medico competente frutto di un’esperienza associativa ventennale e delle molteplici esperienze professionali di professionisti che operano direttamente sul campo.

Lo scopo del modello è il miglioramento dell’efficienza e dell’efficacia del ruolo del medico competente nel sistema aziendale per la prevenzione.

Riteniamo che molti aspetti di questo modello siano anche orientati al miglioramento della gestione della problematica delle malattie professionali non solo dal punto di vista preventivo, ma anche da quello informativo ed assicurativo.

Innanzitutto va chiaramente sancita nella legislazione l’indipendenza tecnica e professionale del medico competente prevedendo anche sanzioni per le limitazioni e i condizionamenti di tale indipendenza.

Riteniamo infatti che per un’attività così complessa per le sue implicazioni tecniche, relazionali, etiche e sociali, questo principio di indipendenza non possa rimanere nei codici etici, ma debba invece essere un principio “istituzionale” che devono rispettare anche gli altri

“attori” con cui il medico competente interagisce.

Fondamentale è poi il coinvolgimento del medico competente nel processo aziendale della Valutazione dei Rischi fin dalle sue fasi iniziali di impostazione e non soltanto “nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria” come improvvidamente afferma l’attuale norma (art. 4, comma 6 del D. Lgs. 626/94).

Questa partecipazione è fondamentale per numerosi aspetti e implicazioni che riguardano anche le malattie professionali quali la valutazione di “tutti” i rischi per la salute dei lavoratori e la necessità di una specifica competenza per la valutazione dell’effettivo impatto dell’esposizione sulla salute dei lavoratori anche in rapporto alle condizioni di ipersuscettibilità o di maggiore sensibilità (gestanti, minori, “atipici”, lavoratori diversamente abili, e lavoratori migranti).

Ciò consentirebbe l’emersione di malattie professionali finora perdute “perdute” ed il miglioramento della conoscenza del rischio professionale e dell’esposizione

del lavoratore con conseguenze positive anche per l’impegnativa fase di determinazione del nesso causale tra malattia ed esposizione.

Peraltro proprio con riferimento a quest’ultimo aspetto medico legale, riteniamo che un’altra esigenza fondamentale sia il miglioramento della qualità della Valutazione dei Rischi e della sua documentazione.

Infatti in genere non solo il medico competente non è o è tardivamente coinvolto nella Valutazione dei Rischi ma spesso si deve cimentare con documenti “preconfezionati” basati su modelli standardizzati.

Questi documenti non tengono affatto conto delle specificità delle diverse aziende e risultano in genere fortemente carenti dal punto di vista tecnico con un’impostazione in cui la valutazione del rischio è fondamentalmente basata su criteri soggettivi e, anche quando il profilo di rischio e la normativa lo consentirebbero e richiederebbero, su poche misurazioni oggettive dei fattori di rischio.

## PROMOZIONE

### La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL’ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 86913115  
Modulo di adesione abbonamento a “La Medicina del Lavoro” per l’anno 2007/2008

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in quanto socio ANMA, aderisco all’offerta ANMA di sottoscrivere l’abbonamento a “La Medicina del Lavoro” per l’anno 2008-2009 al costo complessivo di Euro 65.  
Già abbonato a “La Medicina del Lavoro” Si  No .  
Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:  
Dr. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## AMA CHI DICE: TU NON MORIRAI



Gabriel Metsu, *Il bambino malato*, 1660-1665. Olio su tela, 32,2 x 27,2 cm. Rijks Museum, Amsterdam



### DA LEGGERE IN POLTRONA

L'immagine ed il testo sono tratti  
dalla mostra itinerante  
"Curare e guarire, occhio  
artistico e occhio clinico.  
Le malattie e la cura nell'arte  
pittorica occidentale"

promossa dall'Associazione  
"Medicina & Persona"

In epoche in cui la durata media della vita è di 40 anni e la mortalità deriva prevalentemente da malattie infettive, l'infanzia è lo specchio della vulnerabilità senza colpa, destinata a soccombere per malattie oggi ritenute banali, sia per il loro carattere epidemico che soprattutto per l'assenza di cure efficaci. Ogni affezione febbrile portava allora un presagio di morte. E la figura di un bimbo malato in braccio alla madre era drammaticamente ricorrente nell'esperienza di ogni realtà familiare, ricca o povera che fosse.

Inizia nel XVII secolo, con il quadro famoso di G. Metsu, una produzione dal titolo esplicito *Il bambino malato*, riproposta da molti autori, attraverso opere di particolare valore. Non si tratta di pittura di genere, questi quadri riflettono tratti introspettivi che dicono della realtà dell'assistenza al dolore innocente, e anche dell'evoluzione del contesto culturale non solo artistico, ma antropologico e medico in cui lo stesso bisogno si ripropone. Si evidenziano domande ed atteggiamenti di risposta differenti, eppure intimamente unitari nella loro radice, che è la possibilità di compagnia, mossa da un amore al destino dell'altro, come solo una madre può sperimentare con il proprio figlio.

La scena è definita dalla figura della madre, che sostiene con dolcezza ed energia il corpo del proprio figlio indebolito dalla malattia, in cui gli occhi senza energia sembrano persi nel vuoto; la gonna rossa emerge, come un tappeto regale per la figura pallida e giallastra, immersa in un ambiente bluastro.

La madre guarda il figlio malato con serenità e tiene il suo braccio destro rassicurandolo e dandoci la sensazione che tutto andrà per il meglio. Con il suo amore dice che la malattia non può cancellare il buono della vita, come George Santayana (1863-1952) ha detto "Ama chi dice: «tu non puoi morire»".

Gabriel Metsu, *Il bambino malato*, 1660-1665. Olio su tela, 32,2 x 27,2 cm. Rijks Museum, Amsterdam

## LA PAZIENTE SPERANZA

Il cardine del prendersi cura dell'altro sta nella possibilità di un rapporto, prima ancora che nell'esito dell'azione. A questo sembra alludere l'opera di Luigi Nono, in un quadro che per la struttura tematica richiama da vicino la bambina malata di Munch, ma differisce profondamente nella percezione del momento. L'è un quadro dominato da una disperazione angosciosa, qui l'immagine di una composta serenità. Il verismo di Nono, che ci immerge in un avvenimento preciso, afferma positivamente la possibilità di un punto di incontro, che si compie nella concretezza di un rapporto. L'elemento centrale è il volto della bambina, incorniciato dal candore del cuscino. Una bambola, al lato del quadro, non sembra interessarla. Nonostante il titolo ci rassicuri su una prossima guarigione, la bimba è di certo ancora malata. La madre è accanto, stanca ma serena. Madre e figlia, nella loro individualità, sono profondamente insieme. Il libro che la mamma mostra alla figlia è il centro formale del dipinto, e l'elemento di unione descrittiva delle due figure.



Luigi Nono (1850-1918), *Convalescenza*, 1889. Olio su tela, 93 X 62,5 cm. Coll. privata

# I Nostri Servizi per l'Azienda

- **Medicina del Lavoro**
  - Consulenza per l'applicazione D.Lgs. 626/94
  - Servizio di Sorveglianza Sanitaria
  - Medicina del lavoro in azienda con le speciali unità mobili
  - Igiene industriale e ambientale
  - Corsi di formazione e informazione
  - Corsi di Primo Soccorso e Gestione Emergenze
  - 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

● Milano, Via Teulifè 2  
Tel. 02.58317301

● Milano, Corso Italia 8  
Tel. 02.72021675

● Milano, Via delle Primule 6  
Tel. 02.4221134

● Milano, C.so XXII Marzo 57  
Tel. 02.70001664

● Milano, Via Ripamonti 190/D  
Tel. 02.57401225

● Corsico (MI), Via Vigevanese 4  
Tel. 02.4406148

● Rho (MI), Via Magenta 41  
Tel. 02.93182396

● Cernusco s/N (MI), Via Torino 8  
Tel. 02.48317.1

