

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL

DICEMBRE 2009

Anno 15, Numero 4/2008



editoriale 5

A proposito di tariffe e tariffari

contributi e articoli originali 9

Sorveglianza sanitaria - Modifiche introdotte dal dlgs 106/09
al Decreto Legislativo 9 aprile 2008 N. 81

Considerazioni sull'allegato 3A del Dlgs. 81/08
"contenuti minimi della cartella sanitaria e di rischio"

Proposte di modifica dell'Allegato 3B

Proposte sullo Schema d'Intesa sull'uso di sostanze stupefacenti
e psicotrope sul lavoro. Proposta presentata al Ministero
per le politiche antidroga il 14 ottobre 2009

esperienze e materiali di lavoro 16

Considerazioni e proposte sullo Schema d'Intesa sull'uso di sostanze
stupefacenti e psicotrope sul lavoro (intesa stato-regioni del 30/10/2007)

ECM: i numeri di ANMA come provider ECM.

Bilancio dell'esercizio 2009

successo a... 33

GENOVA. Piena soddisfazione dei partecipanti per la prima replica del
Corso di Aggiornamento

da leggere in poltrona 38



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

INSERTO:

Compiti e responsabilità del Medico Competente
e sorveglianza sanitaria (estratto)

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 4/2008



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

Numero 4/2008
Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurizio, 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

Eugenio Andreatta

DIRETTORE

Giuseppe Briatico-Vangosa

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

REALIZZAZIONE GRAFICA
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

A.N.M.A.

www.anma.it

Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa
Vice Presidente
Umberto Candura
Segretario
Daniele Ditaranto

Consiglieri
Briatico Giuseppe Vangosa, Aversa Luigi, Barral Gino, Bontadi Danilo,
Boschioli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo,
Giglioli Gianni; Guiducci Grazia, Origlia Francesco, Patanè Piero Antonio,
Saettone Marco, Santucci Paolo, Talierno Salvatore
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali
per il quadriennio 2008-2012)

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 100,00
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205
codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22)

SEZIONI TERRITORIALI

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

Campania
Segr. Francesco Gazzoletto
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. Mauro Marciano
c/o ExxonMobil
Viale Castello della Magliana, 25 - 00100 Roma
tel. 06 65693989
e-mail: mauro.marciano@exxonmobil.com

Liguria
Segr. Carlo Valchi
Via O. Cancelliere, 17/3 - 16125 Genova
tel: 010 6076808
e-mail: carlo.valchi@libero.it

Lombardia
Segr. Luigi Aversa
Via Gorizia, 35 - 20021 Baranzate (MI)
tel. 02 3566919
e-mail: luigi.aversa@tin.it

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti
Via C. Colombo, 8
60010 Ostra (AN)
Tel/fax: 071 7980159 - Cell: 338 9346243
Mail: giuseppeolivetti@libero.it

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

Puglia e Lucania
Segr. Luca Convertini
Via B. Cellini, 22
72014 Cisternino (BR)
Tel/Fax: 080 4448343 - cell. 338 9472363
Mail: lukaconvertini@virgilio.it

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

Umbria

Segr. Anselmo Farabi
Via dei Cappucinelli, 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

Modena
Segr. Gianni Gilioli
VIALE SEGNI, 3 - 41049 Sassuolo (MO)
Tel: 0536 807728
e-mail: g.gilioli@oksatcom.it

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

Reggio Emilia
Segr. Giuseppe Giubbarelli
Via Giordano, 40 - 41049 Sassuolo (MO)
Tel: 335 5761833
e-mail: giuseppeggiubbarelli@ospedalesassuolo.it

Sardegna
Segr. Carlo De Martino
Via Copenaghen, 5 - 07026 Olbia
Tel: 0789 601045
e-mail: carlo.demartino@yahoo.it

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

Toscana
Segr. Nord Toscana
Andrea Bigotti
Via Olmi, 17 - 55042 Forte dei Marmi (LU)
Tel: 335 316246 e-mail: bigottia@tiscali.it



H SAN RAFFAELE RESNATI
SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

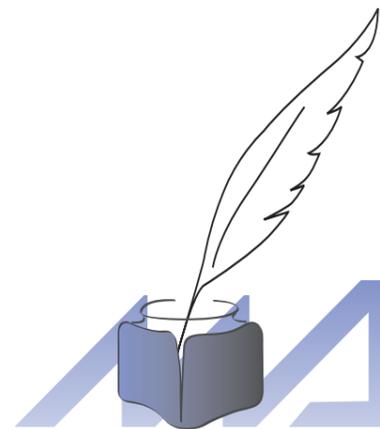


**Il San Raffaele
a supporto del
Medico d'Azienda**

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

H SAN RAFFAELE RESNATI S.P.A.
SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

VIA SANTA CROCE 10/A - TEL. 02/58187512 - FAX 02/8321645
PER INFORMAZIONI: SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO - TEL. 02/26432099



EDITORIALE

*Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa*

Il nervo scoperto delle tariffe relative all'attività del medico competente ha fatto spike, non strike! Da qui un coro incalzante di comunicati, testimonianze, scambi e-mail, dichiarazioni sui portali sui compensi proposti e, si presume, praticati a noi medici competenti. Dico si presume perché in effetti, nonostante ogni sforzo di noi di ANMA teso a documentare la reale condizione "retributiva" del medico competente libero professionista, non si è mai arrivati ad una conclusione certa. Ciononostante i numerosi ordini provinciali dei medici hanno accettato le proposte tariffarie sollecitate da ANMA (per ricordarne alcuni: l'ordine di Roma, Bologna, Modena, Reggio Emilia, Padova, Torino, Bari, Milano) nella logica da noi presentata a FNOMCEO e da questa avallata nel 1997, cioè all'indomani della pubblicazione del decreto legislativo 626/94.

Oggi il tema è amplificato per le offerte, o meglio gare, al ribasso bandite da enti della pubblica amministrazione in senso lato, fenomeno antico e tipico. Siamo perfettamente allineati nell'affermare che le proposte economiche avanzate per gestire la sorveglianza sanitaria sono a dir poco indecorose e lontane dal nomenclatore nazionale che, seppur antico, elenca tariffe minime di valore ben diverso. Per amor di verità ci sono però anche numerose amministrazioni pubbliche virtuose che offrono condizioni più che decorose. L'Italia è a macchia di leopardo in tutto, anche nelle nostre tariffe.

Chi ha esperienza datata nella pratica della Medicina del lavoro per le aziende, pubbliche o private che siano, ha sempre convissuto con questa anomalia tariffaria. Le motivazioni sono senza dubbio tante, alcune banali e di comprensione immediata, altre complesse. Ne cito una come esemplificativa: la differenza sostanziale tra il nostro ruolo e quello di colleghi di altre discipline mediche, in altre parole il mercato del medico del lavoro e quello degli altri specialisti. È sotto l'occhio di tutti come i nostri colleghi che professano altre discipline mediche (oculista, otorino, dermatologo, pneumologo, cardiologo, allergologo, ecc.) si siano ben guardati dal farsi colonizzare e applichino, nell'attività privata, tariffe ben al di sopra di quelle del nomenclatore nazionale. Tanto è vero che non è infrequente che il cliente-paziente chieda all'ordine provinciale dei medici di verificare la congruità di una parcella, non il rispetto del minimo tariffato. La fiducia riposta dal paziente-cliente nel proprio specialista, da lui scelto, così come l'aspettativa di salute prontamente misurata e soddisfatta, giustifica la richiesta economica.

Il nostro cliente, come ben sappiamo, è invece l'azienda oppure una struttura sanitaria convenzionata con l'azienda o peggio. La differenza di mercato è tutta qui e rende la nostra disciplina "povera".

Il mercato è lontano da noi perché, diciamolo, da una parte la nostra disciplina è letta più come obbligo che come beneficio e dall'altra non sviluppa appetiti di mercato. È ancora percepita come balzello.

ANMA, che come qualcuno recentemente ha voluto ricordare non ha una missione “sindacale” dichiarata anche se fin dal 1987 è stata identificata dall’allora Ministero del Lavoro e della Sanità come “altamente rappresentativa per la categoria”, pur conscia di questo dato di fatto, che è storico, ha cercato di rappresentare gli interessi dei propri associati fin dalla sua fondazione e di conseguenza si è interessata di tariffe e dintorni. Ovviamente nello stile dell’ANMA, con lo spirito di servizio che ha sempre animato la nostra Associazione e non per perseguire scopi di parte o personali.

Il nostro pensiero è sempre stato, rafforzandosi con la pubblicazione del decreto 626/94, che l’attività del medico competente deve essere quotata preferibilmente “a corpo” e non sulla base del numero di “visite mediche” da eseguire. Il medico competente è la figura professionale che deve garantire all’azienda il rispetto e l’attuazione dell’articolo 17 con annessi e connessi del DLgs 626 (oggi art. 25 del decreto 81/08 e sue ulteriori modifiche come da decreto 106/09). Abbiamo sempre ritenuto deleterio per la nostra figura professionale riconoscerci nella “visita medica”, concetto che da sempre ha generato e continua a generare la convinzione che il medico competente è in azienda per “visitare”, o meglio per sviluppare il “nefando visitificio”, e non per fare prevenzione.

La posizione da noi allora espressa, ribadita in più occasioni e ancora attuale, si basa dunque sulla quotazione oraria del corpo di prestazioni (o vacanza) che è stata avallata nel 1997 dalla FNOMCEO e quotata allora in Lire 100.000, oggi in un equivalente di 50 euro/ora (rivalutabili con l’incremento ISTAT). Nel lontano gennaio 1987 il GLAMA -Gruppo di Lavoro Medici Aziendali- pubblicò il volumetto “Organizzazione della prevenzione in azienda” dove, analizzando la nuova organizzazione e le funzioni necessarie per gestire la prevenzione in azienda, individuò i criteri per dimensionare le attività sanitarie in azienda. Si riprende di seguito uno stralcio di quanto pubblicato:

“Tenendo presente l’esperienza in atto in Italia nonché le scelte normative o pratiche di altri paesi europei, i servizi aziendali di prevenzione potrebbero essere così dimensionati:

- Medici: 1 ora di presenza lavorativa alla settimana ogni 60 dipendenti.
- Qualora ci si volesse riferire, ad esempio, non alla forza (numero di lavoratori occupati) ma alla previsione di visite periodiche, un parametro da utilizzarsi per il dimensionamento della presenza dei medici potrebbe essere quello di 1 ora all’anno per ogni visita periodica programmata.”

Questo criterio, adottato da numerosi colleghi, è stato ovviamente adeguato nel tempo alle nuove esigenze normative. Un’ultima revisione è stata presentata dal collega Terenzio Cassina in occasione di un evento promosso dalla SIMLII lombarda nel dicembre 2007 in vista della pubblicazione del DLgs 81/08.

Quanto sopra in coerenza agli impegni da noi sottoscritti con la Statuto ANMA e con il Codice di Comportamento, quest’ultimo pubblicato appunto nel 1997, che voglio ricordare per ben inquadrare il ragionamento ed il piano d’azione di ANMA:

dallo Statuto, Articolo 2 - SCOPI - L’Associazione ha i seguenti scopi:

- *tutelare il ruolo, la figura, la professionalità del Medico d’Azienda e del Medico Competente in conformità a quanto previsto da normative nazionali, comunitarie e dalla Raccomandazione 171/1985 dell’Ufficio Internazionale del lavoro;*
- *rappresentare gli interessi degli associati presso le sedi istituzionali;*
- *promuovere attività e iniziative di aggiornamento e la formazione permanente del Medico Competente;*
- *promuovere la diffusione della cultura in materia di prevenzione dei rischi da lavoro e di tutela della salute dei lavoratori;*

dal Codice di Comportamento ANMA - Art. 1 - Missione:

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

Il mercato fa la tariffa e non il contrario; la “qualità professionale” è fattore critico di successo per fare mercato; l’appiattimento tariffario probabilmente ci porta sempre più in basso, considerata la ancora scarsa visibilità della nostra figura professionale, il particolare rapporto con il “cliente”, il mercato che privilegia la quotazione della visita dimenticando, forse ad arte, le altre incombenze che sono sicuramente per noi più gravose in termini di tempo.

Credo si debba sfatare l’equivoco di fondo “ok alla tariffa di pochi euro per visita (ancora la visita!) che però moltiplicata per tante visite al giorno fa alla fine un bel gruzzoletto”, equivoco che continua ad alimentare l’offerta commerciale, ovviamente al ribasso nello spirito della concorrenza, alla ... caccia della qualità e delle

certificazioni ISO. E il medico competente rimane, per usare un vecchio detto, come l’asino in mezzo ai suoni. Non a caso nel nostro congresso nazionale di Padova del 2000 abbiamo discusso sulla qualità professionale quale condizione fondamentale e prioritaria per qualificare il nostro intervento in azienda e per qualificare il mercato. Nell’occasione abbiamo individuato i criteri e i parametri per farci misurare: sistema di gestione della qualità secondo ISO, carta dei servizi, audit quali cardini per sistematizzare la qualità del nostro mestiere e per uniformare il nostro linguaggio a quello delle imprese. Abbiamo sempre ritenuto, ma anche sperimentato, che questa è la via per uscire dall’empasse tariffario perché, per riprendere un concetto ribadito nel corso del nostro congresso nazionale di quest’anno dal dottor Deidda -Procuratore generale di Firenze -, è il professionista che conduce il “cliente” nella applicazione della norma e che quindi guida il mercato. In parole semplici il dottor Deidda dice: datevi da fare.

Come uscire allora dal ... guado? Il rimedio è complesso e complicato, se così non fosse l’avremmo già risolto da tempo. Dobbiamo però essere consci che il rimedio passa solo da noi, dalla nostra fedeltà a rispettare i canoni dell’etica professionale. Dovremmo imparare a essere “tariffariamente disobbedienti”, rifiutando offerte indecorose perché ben sappiamo che gli strumenti che la legge mette a disposizione per contrastare il

fenomeno del gioco al ribasso sono poveri e insicuri. Denunciamo i nostri Colleghi all’ordine provinciale dei medici o alle ASL? Il risultato? Ben sappiamo quanto sia sterile. Chiediamo l’intervento dell’ASL per verificare se quella struttura può erogare la “prestazione medico competente”? Tempo perso.

La ricetta: innalzare la nostra qualità professionale che è un must; farci misurare senza timore dal cliente attraverso, ad esempio, la carta dei servizi; impostare la nostra offerta di collaborazione direttamente con l’impresa o attraverso la struttura mediatrice con il criterio del riconoscimento orario della nostra prestazione; rifiutare richieste indecorose e renderle pubbliche. Ci risulta che questa formula funziona da tempo. Allarghiamola e diffondiamola a macchia d’olio, male non può fare. Ci piacerebbe che il coro che grida allo scandalo si ritrovasse in questa ricetta.

Noi dell’ANMA continueremo la nostra azione di sensibilizzazione al mondo istituzionale e a quello delle imprese nel pieno ed esclusivo interesse dei nostri associati, ovvero di noi stessi.

BASTA UN SOFFIO

Gamma completa di ETIOMETRI LION a cella elettrochimica. Affidabili e precisi.
Conformi Dir. Med. 93/42 CE Classe IIA.

LION Alcobl原因

CONSAPEVOLEZZA

PREVENZIONE

SICUREZZA

LION SD 400

LION 500

NOVITÀ DROGA TEST

NOVITÀ MONITOR CO

SunBiomedical ORALINE® IV
SALIVA DRUG TEST - RAPIDO E NON INVASIVO
(Cocaina, Metanfetamine, Oppiacei, Cannabinoidi)
Conforme Dir. 98/79 CE IVDD

Creative BioMedics Inc. INTERNATIONAL
IDEALE PER CENTRI ANTIFUMO



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Giuseppe Briatico-Vangosa
ANMA

SORVEGLIANZA SANITARIA - MODIFICHE INTRODOTTE DAL DLGS 106/09 AL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 N. 81.

Il Decreto legislativo 81/2008 è stato recentemente modificato dal Decreto legislativo 3 Agosto 2009 n°106, pubblicato sul n°142 del supplemento alla G.U del 5.8.2009.

Le modifiche introdotte partono dal 20 agosto u.s.

Di seguito sono riportate e commentate le modifiche intervenute per la gestione della sorveglianza sanitaria.

Articolo 18 - Obblighi del datore di lavoro e del dirigente.

Il dlgs in oggetto conferma l'obbligo al datore di lavoro (o dirigente) di vigilare "affinché i lavoratori per cui vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità (art.18, c. 1, lettera bb)". L'inosservanza è sanzionata, per il datore di lavoro e dirigente, con una sanzione amministrativa pecuniaria da 1.500 a 4.500 euro.

È stata modificata la lettera g) del comma 1 dell'art. 18 che recita: "inviare i lavoratori a visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico nel presente decreto". L'inadempienza è sanzionata con un'ammenda da 2000 a 4000 euro.

È stata introdotta la lettera g.bis) che recita: "nei casi di sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, comunicare (da parte del datore di lavoro e del dirigente) tempestivamente al medico competente la cessazione del rapporto di lavoro (ovviamente dei dipendenti sottoposti a sorveglianza sanitaria). L'inadempienza è sanzionata per datore di lavoro e dirigente con una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 1800 euro.

Articolo 25 - Obblighi del medico competente.

Sono state modificate le lettere c) ed e) del comma 1, ovvero:

lettera c): precisa che la cartella sanitaria e di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria è custodita nel luogo concordato al momento della nomina del medico competente. Nel nostro caso la documentazione sanitaria di ogni lavoratore è custodita presso

lettera e): riguarda la consegna della cartella sanitaria e di rischio da parte del medico al lavoratore alla cessazione del rapporto di lavoro. Contrariamente a quanto prima disposto si consegnerà al lavoratore **copia della cartella sanitaria e non l'originale**. Quest'ultimo sarà conservato, a cura del datore di lavoro, per almeno dieci anni, nel rispetto della normativa sulla **privacy**. L'inadempienza è sanzionata sia per il medico competente che per il datore di lavoro (sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 1800 euro).

ESCLUSIVISTA

morganitalia
strumenti scientifici

Tel. **051.454.200**

Via Gramsci 20 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) - Fax 051.460.247
www.morganitalia.com - info@morganitalia.com

Articolo 28 - Oggetto della valutazione dei rischi.

Stress lavoro correlato.

È stato introdotto il comma 1-bis. “La valutazione del rischio stress lavoro-correlato di cui al comma 1 è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui all’articolo 6, comma 8, lettera m-quater (Art. 6 - Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro-lettera m-quater “elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio stress lavoro-correlato), e il relativo obbligo decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a far data dal 1° agosto 2010.

Articolo 41 - Sorveglianza sanitaria.

È stato modificato quanto segue.

1) **Visite mediche. Oltre alle tipologie già comprese nel dlgs 81/08 (visita preventiva; visita periodica; visita su richiesta del lavoratore; visita per cambio mansione; visita alla cessazione di rapporto di lavoro per esposizioni a rischi particolari) sono state introdotte:**

a) **visita medica preventiva in fase preassuntiva** (comma 1, lettera e-bis). In altre parole il datore di lavoro può procedere a sottoporre un candidato prima dell’assunzione per una mansione che prevede la sorveglianza sanitaria obbligatoria ai sensi del dlgs 81/08. E’ così superato il vincolo dell’art. 5 della Legge 300 del 1970 (Statuto dei lavoratori). Sono invece vietate visite preassuntive per mansioni non a rischio, così come gli accertamenti per gravidanza e per gli altri casi vietati dalla normativa vigente. Il datore di lavoro può richiedere tali visite preventive in fase preassuntiva o al proprio medico competente o al dipartimento di prevenzione della ASL territoriale (comma 2-bis);

b) **visita medica precedente alla ripresa del lavoro**, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l’idoneità alla mansione (comma 1, lettera e-ter). Sono dunque visite riservate ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria.

2) **Giudizio di idoneità.** Il medico competente esprime il proprio giudizio **per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro** (comma 4-bis). **Tale giudizio è dovuto anche per le visite preventive preassuntive (comma 6-bis).** Avverso i giudizi del medico competente, **ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva (in questo caso anche per le visite**

eseguite presso la ASL), è ammesso il ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all’organo di vigilanza territorialmente competente (comma 9 modificato).

3) **Allegato 3 A - Cartella Sanitaria e di Rischio: non è più prevista la firma del datore di lavoro.** Rimane invece la trasmissione da parte del datore di lavoro al medico competente dei dati occupazionali del lavoratore (descrizione della mansione, fattori di rischio, tempo di esposizione), dati che devono comparire come allegato alla cartella sanitaria.

CONCLUSIONI

Come già sottolineato nella nota inviata il 01 ottobre 2008 avente per oggetto la gestione della sorveglianza sanitaria ai sensi del dlgs 81/08, il quadro descritto rafforza la necessità di una cornice procedurale che garantisca l’efficienza del sistema di gestione della sorveglianza sanitaria anche a tutela del quadro sanzionatorio che ne deriva. La procedura è elemento utile, fra l’altro, per attuare il modello di organizzazione e gestione del Dlgs 81/08 ai sensi dell’art. 30 dello stesso decreto.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*fiGruppo di lavoro ANMA
(coordinato da D. Ditaranto)*

CONSIDERAZIONI SULL’ALLEGATO 3A DEL DLGS. 81/08 “CONTENUTI MINIMI DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO”

Con riferimento alla previsione del comma 2-bis dell’art. 40 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. “entro il 31 dicembre 2009 con decreto ..., previa intesa in sede di Conferenza permanente per rapporti tra Stato, le regioni ... sono definiti, **secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati 3A e 3B...**”, l’ANMA presenta le proprie riflessioni sui “**contenuti minimi della cartella sanitaria e di rischio**” con lo spirito di rendere agile, efficiente ed efficace il documento sanitario in oggetto che, nella sua versione tuttora in essere, ha creato non poche perplessità.

Per introdurre le nostre proposte riferiamo sinteticamente il risultato di una indagine conoscitiva avviata in queste ultime settimane tra i nostri associati.

I RISULTATI DI UNA RECENTE INDAGINE TRA I SOCI

In sintonia con le disposizioni del comma 2-bis dell’art. 40 del D. Lgs. 81/08, l’ANMA ha condotto nelle ultime settimane un’indagine tra i suoi soci invitandoli ad esprimere considerazioni “tecniche” per la semplificazione dell’Allegato 3A.

Le risposte dei soci, numerose e spesso molto dettagliate, testimoniano importanti aspetti critici che rendono complessa, onerosa e anche fonte di contenzioso con gli organi di vigilanza e controllo delle ASL, come documentano alcune sanzioni recentemente comminate a medici competenti, l’applicazione del modello in essere.

Di seguito una rassegna degli aspetti “critici” che hanno reso finora complessa l’applicazione dell’Allegato 3A:

- l’impossibilità di prevedere e quindi di specificare in fase di istituzione della cartella sanitaria e di rischio (CSR) il n. delle pagine o degli allegati che la compongono, a meno che non si faccia ricorso ad un modello cartaceo prestampato, tipo il “documento sanitario personale per gli esposti a radiazioni ionizzanti ex art. 90 del D. Lgs. 230/95”;
- la difficoltà ad acquisire dal lavoratore il codice fiscale e i dati relativi al medico curante (nominativo ed ancor più indirizzo e recapito telefonico);
- la pleora di firme richieste e l’impossibilità della raccolta della firma del lavoratore sulla cartella predisposta in formato elettronico se non attraverso la stampa del documento sanitario;
- l’inutilità/la ridondanza dei campi relativi a:
 - “tempo di esposizione (giorni/anno)”: eventuali particolari modalità temporali dell’esposizione a determinati fattori di rischio, sono già specificabili nel campo “fattori di rischio (specificare quali)”;
 - “esposizioni precedenti: no - sì”: per questi dati esiste già il campo dedicato alla “anamnesi lavorativa”;
 - “infortuni - traumi (lavorativi ed extralavorativi)”: per questi dati esiste già il campo “anamnesi patologica remota e prossima” (sicuramente meglio di “anamnesi personale”) ed il loro richiamo per quanto concerne gli eventuali postumi nel campo “invalidità riconosciute”;

- “valutazioni conclusive (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)”: ex lege, quali altre valutazioni conclusive di quei dati e risultati in relazione ai rischi può fare il medico competente oltre a quelle che esprime attraverso i giudizi d’idoneità alla mansione specifica?
- “conservazione della cartella sanitaria e di rischio”: la normativa specifica le modalità di conservazione della CSR e dei suoi flussi alla cessazione dell’attività dell’azienda e alla risoluzione del rapporto di lavoro. Sono aspetti che riguardano la gestione della CSR e che non hanno alcuna coerenza con le finalità ed i contenuti della CSR;
- “cessazione dell’incarico del medico”: valgono le considerazioni fatte precedentemente;
- l’inutilità della specificazione:
 - dei contenuti e della periodicità del protocollo sanitario i cui referti sono infatti già presenti e ben evidenti nella CSR. Inoltre il protocollo sanitario con l’indicazione della periodicità delle visite è generalmente uno dei documenti allegati al documento di valutazione dei rischi (DVR);
 - per le stesse ragioni, degli accertamenti da effettuare prima della successiva visita medica nel giudizio di idoneità;
- la ridondanza dell’indicazione dei fattori di rischio nel giudizio d’idoneità già riportati nel campo “fattori di rischio (specificare quali)” dei “dati occupazionali”;
- le ridondanze nel modello di “giudizio di idoneità” riportato nell’attuale Allegato 3A (punto 9. della “visita medica preventiva” e punto 6. della “visita medica”);
- l’incompatibilità con gli attuali prevalenti modelli funzionali d’impresa e della relazione tra essa (nella stragrande maggioranza dei casi una PMI) ed il medico competente, dell’indicazione nel giudizio d’idoneità della data perentoria della successiva visita medica (“da sottoporre a nuova visita medica il...”). Facendo riferimento a quanto disposto dall’art. 41, comma 2, lettera b) a proposito della periodicità della visita medica, stabilita “di norma, in una volta all’anno”, l’orientamento tra i medici competenti è quello di reputare legittima l’effettuazione della visita periodica entro “l’anno solare”.
- A tale proposito alcuni soci hanno anche evidenziato l’esigenza di svincolare la periodicità della visita periodica della data della visita preventiva/preasuntiva. Evidentemente questa esigenza non è soltanto il riflesso della necessità di un’ottimizzazione gestionale, ma anche della fondatezza dal punto di vista clinico della consuetudine di visitare la popolazione esposta nello stesso momento e non in ordine sparso durante l’anno perdendo in tal modo la

visione d’insieme dell’andamento dell’interazione tra il gruppo omogeneo dei lavoratori e l’esposizione professionale in quell’ambiente di lavoro.

Quale “mood” emerge da queste considerazioni “tecniche”?:

- la CSR è “lo strumento di lavoro” che deve consentire al medico competente di raccogliere con un metodologia semplice ma anche sistematica i dati della sorveglianza sanitaria. Inoltre la CSR è un diario clinico dove ogni buon medico annota il percorso del “paziente lavoratore”;
- esiste la viva preoccupazione che indicazioni troppo perentorie (ad esempio la data della visita successiva) o la richiesta eccessiva di firme, possano costituire l’ennesima “trappola sanzionatoria” per il medico competente;
- durante l’attuazione della sorveglianza sanitaria il bilancio del tempo e dell’attenzione dedicati al lavoratore e alla CSR deve essere nettamente a favore del primo;
- invece numerosi segnali sembrano indicare che in diversi ambiti istituzionali prevalga l’idea che la “buona” CSR sia quella più “grossa” per cui il medico competente si dovrebbe sentire tanto più salvaguardato quanto più è elevato il numero di moduli che compila anche se questo comportamento potrebbe andare a discapito del tempo e dell’attenzione dedicata ad ascoltare ed esaminare il lavoratore.

LE PROPOSTE DELL’ANMA PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI MINIMI DELL’ALLEGATO 3A SECONDO CRITERI DI SEMPLICITÀ E CERTEZZA

Un’ultima considerazione sui diversi modelli di documento sanitario o di cartella sanitaria e di rischio attualmente in esercizio prima di passare a proposte operative.

Il Medico competente oggi deve utilizzare:

- a) per gli esposti di classe B a radiazioni ionizzanti il “documento sanitario personale ex art. 90 del D. Lgs. 230/1995;
- b) per gli esposti a cancerogeni e mutageni la “cartella sanitaria e di rischio ex D.M. 155/2007;
- c) per gli esposti ad altri rischio il modello dell’allegato 3 A, oggetto di questa riflessione,

Non è pensabile una semplificazione dei diversi modelli accorpando tutte le ipotesi di rischio in un unico documento sanitario personale modulare formato da:

- **una base fissa rappresentata da:**
 1. anagrafica del lavoratore (simile in tutti i documenti prima citati) (**vedi allegato n. 1**);
 2. profilo di mansione e di rischio, dove dettagliare tutti i rischi come individuati nel documento di valutazione dei rischi, e programma

di sorveglianza sanitaria (**vedi allegato n. 2**)

3. raccolta anamnestica di base (lavorativa progressa; familiare; personale -fisiologica, patologica prossima e remota come dalle basi fondamentali della semeiologia medica) (**vedi allegato n. 3**);
 4. esame clinico generale e di organo bersaglio (**vedi allegato n. 3**), che sostanzia la visita preventiva;
- **una parte di aggiornamento o di diario clinico** dove sono registrate le visite periodiche nelle loro diverse tipologie (anamnesi, clinica, risultato degli accertamenti, epicrisi) (**vedi allegato n. 4**);
 - **una parte dedicata alle “formalità”**: giudizio di idoneità nelle diverse formulazioni e sua trasmissione al datore di lavoro e consegna al lavoratore, ecc. ecc. (**vedi allegato n. 5**).

Questi “contenuti minimi”, che in effetti rispondono ai requisiti della buona pratica semeiologica che si insegna nelle facoltà mediche e si pratica in ogni specialità medica senza modelli preconfezionati, potranno essere ampliati dal medico competente introducendo, ad esempio, questionari ad hoc o schede per la raccolta anamnestica e per l’esame clinico differenziate per i diversi rischi.

Questo ultimo passo, non infrequente tra i medici competenti di estrazione specialistica in medicina del lavoro, pone l’esigenza che il documento sanitario personale non sia obbligatoriamente proposto come strumento informatizzato, proprio perché ogni medico deve avere facoltà di allargare a suo piacimento il documento sanitario senza ovviamente omettere i campi

fondamentali richiesti dalla legge ed in particolare quelli di carattere formale.

In caso contrario, ovvero introducendo l’obbligo di un documento sanitario in formato elettronico, si ritiene che il documento stesso debba essere abilitato dagli enti istituzionali preposti (ad esempio ISPSES, in analogia con i campi dell’allegato 3 B) e messo a disposizione del medico competente per via telematica. In tal caso, ovviamente, il modello è “unico e unificato” e non permette al medico competente aggiunte. Si potrebbe prospettare a questo punto una pratica del medico competente a doppio binario: la compilazione del modello telematico ufficiale ed in parallelo un documento sanitario “privato” dove raccogliere i dati effettivi ed utili a scopo epidemiologico e, più semplicemente, per dare corpo alla relazione sanitaria ex art. 25 del D. Lgs. 81/2008.

La soluzione telematica, così come ogni altra soluzione elettronica, dovrà risolvere:

1. il problema della validazione (firma) da parte del lavoratore e del medico competente del documento sanitario e del giudizio di idoneità alla mansione
2. il problema dell’archiviazione elettronica nel rispetto delle disposizioni impartite dal Garante della privacy.

Per il punto 1. non è infatti pensabile che un sistema elettronico preveda alla fine del processo la stampa dei documenti prima elencati, condizione a cui consegue un aggravio di tempo che il medico competente deve dedicare e di conseguenza di costi che si ribaltano fatalmente sul datore di lavoro.

ALLEGATO 1: DATI DEL LAVORATORE E DELL’AZIENDA

LAVORATORE

LUOGO E DATA DI NASCITA

AZIENDA

ATTIVITA’ DELL’AZIENDA

ANNO DI ASSUNZIONE

MANSIONE

SEDE LAVORATIVA

luogo, data,

il medico competente

ALLEGATO 2: PROFILO DI RISCHIO DELLA MANSIONE - SCHEDA PERSONALE DEL LAVORATORE

Esempio

Dati occupazionali: i dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro

Cognome Nome.....
 Reparto..... Mansione

Descrizione delle attività assegnate:

1. attività prevalente:

 2. attività accessorie:

RISCHI LAVORATIVI	GRADIENTE DI RISCHIO
MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI	
SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI	
VIBRAZIONI MANO BRACCIO	
VIBRAZIONI CORPO INTERO	
RUMORE	
CAMPI ELETTROMAGNETICI	
RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI	
INFRASUONI	
ULTRASUONI	
RADIAZIONI IONIZZANTI (classe di esposizione)	
MICROCLIMA SEVERO	
ATMOSFERE IPERBARICHE	
AGENTI CHIMICI (specificare)	
AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI (specificare)	
AGENTI BIOLOGICI (specificare)	
UTILIZZO DI VIDEOTERMINALE	
LAVORO A TURNI (specificare)	
LAVORO NOTTURNO (> 80 gg/anno)	
LAVORO IN QUOTA	
STRESS LAVORO-CORRELATO	
ATTIVITA' CON DIVIETO DI ASSUNZIONE DI ALCOL	
E/O DI STUPEFACENTI	
ALTRI RISCHI EMERSI DALLA VALUTAZIONE (specificare)	

DPI ASSEGNATI	SPECIFICA

Si attesta che i dati sopra riportati corrispondono a quanto riportato nel documento di valutazione dei rischi di cui all'Art. 28 D. Lgs. 81/2.

Il Datore di Lavoro

** * * * *

PROTOCOLLO SANITARIO

- Visita medica annuale biennale altro
- ECG annuale biennale altro
- Audiometria annuale biennale altro
- Esame otovestibolare annuale biennale altro
- PFR annuale biennale altro
- Visita oculistica annuale biennale altro
- Esami ematici/urinari annuale biennale altro
- Tipo esami _____
- Monitoraggio biologico annuale biennale altro
- Tipo esami _____
- Altro: _____

Il lavoratore per presa visione e consegna

Il medico competente

Data __/__/____

ALLEGATO 3: VISITA MEDICA PREVENTIVA/PREASSUNTIVA

Lavoratore

Anamnesi lavorativa

Anamnesi familiare

Anamnesi fisiologica

Anamnesi patologica remota

Anamnesi patologica prossima

Invalità riconosciute per infortuni o MP (INPS/INAIL/Ass. Private)

Altre attività contemporanee (da dipendente o autonome) con esposizione a:

Accertamenti sanitari integrativi rispetto al protocollo sanitario

data..... per presa visione
 il lavoratore

Esame obiettivo generale e particolare

ALLEGATO 4: VISITA MEDICA

Evidenziare la tipologia di visita medica: periodica / per cambio mansione / su richiesta del lavoratore/ alla ripresa del lavoro dopo assenza per motivi di salute/ alla cessazione del rapporto di lavoro

Lavoratore

Dati occupazionali

- Invariati
- Variati: vedi il nuovo modulo "profilo di rischio della mansione - scheda personale del lavoratore"

Raccordo anamnestico

- Anamnesi fisiologica
- Anamnesi patologica

Invalità riconosciute per infortuni o MP (INPS/INAIL/Ass. Private)

DPI utilizzati

Accertamenti sanitari integrativi del protocollo sanitario

data..... per presa visione
 il lavoratore

Esame obiettivo generale e particolare

ALLEGATO 5 (SU CARTA INTESATA DEL MEDICO COMPETENTE)

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA
(ai sensi dell'art. 41, commi 6, 6-bis, 7 e 9 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

AZIENDA..... SEDE.....

VISITA: preassuntiva / preventiva / periodica / per cambio mansione / a richiesta / alla ripresa del lavoro dopo assenza / alla cessazione del rapporto di lavoro (evidenziare la tipologia di visita)

Sig./a.....

Mansione.....

Eseguita la sorveglianza sanitaria, è stata accertata

- Idoneità
- Idoneità parziale: temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni (evidenziare la tipologia di idoneità)
.....
.....
.....
- Inidoneità temporanea sino.....
- Inidoneità permanente

Prossimo accertamento previsto.....

Copia del giudizio di idoneità viene consegnata al datore di lavoro:
 direttamente
 tramite.....

Copia del giudizio viene consegnata al lavoratore
Firma per ricevuta del lavoratore.....

Avverso il giudizio è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente entro trenta giorni dalla data di comunicazione

Data..... Firma del medico competente



**CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI**

*Gruppo di lavoro ANMA
(coordinato da M. Saettone)*

**PROPOSTE DI MODIFICA
DELL'ALLEGATO 3B**

Sappiamo quanto sia stata problematica l'applicazione della disposizione dell'art. 40 del TU. Ricordiamo solo alcune delle criticità incontrate:

- le frequenti difficoltà per ottenere i dati che dovevano essere generati dalle aziende;
- i dubbi sull'utilizzo per l'invio dei dati ai servizi di un modello dell'Allegato 3B pubblicizzato, ma mai ufficializzato dalla Coordinamento Tecnico Interregionale;
- le complicazioni dovute alle "personalizzazioni" del modello a livello regionale o addirittura di singola ASL;
- le difficoltà per avere dalle ASL indicazioni sugli indirizzi di posta elettronica cui inviare le informazioni che, in una situazione "normale", sarebbero stati comunicati dalle ASL;
- il preoccupante riscontro che questi indirizzi di posta elettronica erano generalmente non certificati;
- le difficoltà di alcune ASL a comunicarli anche nell'imminenza del 31 marzo;
- la comunicazione di alcune ASL ai MC del territorio della posticipazione del termine temporale entro cui inviare i dati.

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, non abbiamo avuto difficoltà nella compilazione dei campi richiesti dall'Allegato 3B essendo questi elementi fondamentali per esercitare responsabilmente il nostro ruolo.

Come abbiamo già avuto modo di evidenziare in varie occasioni, quello che invece assolutamente non ci piace dell'art. 40 è la sua ambiguità: la norma non precisa quale sia il suo obiettivo, mentre lo strumento di raccolta dei dati (l'allegato 3B e soprattutto lo "schema" da esso ispirato) sembra sostanzialmente finalizzato al controllo dell'attività del MC e ciò appare particolarmente inquietante anche alla luce delle dichiarazioni che compaiono nella "Relazione di accompagnamento" alla comunicazione dello "schema" dell'Allegato 3B predisposto dal Comitato Tecnico Interregionale.

Infatti in base ad esse il flusso informativo generato dall'art. 40 dovrebbe servire ai servizi pubblici competenti per realizzare le mappature dei rischi occupazionali del territorio e dei danni da lavoro.

Tuttavia l'attribuzione al flusso di questa evidente valenza di carattere epidemiologico e strategico finalizzata all'individuazione delle priorità e alla conseguente corretta allocazione delle risorse, non risulta esplicitata nella disposizione normativa.

A fronte di una possibile strumentalizzazione dei dati forniti dai MC da parte dei Servizi PSAL per una funzione di controllo e vigilanza, riteniamo che si creerebbe una specie di "mostro giuridico" incompatibile con uno Stato di diritto.

Infatti ci troveremmo nell'assurda situazione giuridica in cui il MC, indipendentemente da un'azione giudiziaria che lo coinvolga, è soggetto obbligato a fornire all'ente che su di lui vigila dati che riguardano la sua attività professionale e peraltro non tutti in suo possesso, che potrebbero anche essere utilizzati per attivare un controllo sul suo operato che, a sua volta, potrebbe anche sfociare in un'azione sanzionatoria nei suoi confronti.

Alla luce di queste considerazioni e valutata l'impossibilità di ottenere l'abrogazione dell'art. 40 abbiamo formulato al Comitato Tecnico della Conferenza Stato Regioni la richiesta di definire in modo esplicito la valenza di carattere epidemiologico dell'ALL 3B

di prevedere il suo invio direttamente all'ISPESL da parte del MC per via telematica e con modello unico originato da ISPESL stessa; abbiamo inoltre chiesto una ulteriore semplificazione non solo dei contenuti minimi, ma soprattutto delle modalità di invio per le aziende de localizzate sul territorio nazionale, insistendo per un unico invio. Infine abbiamo chiesto di precisare il significato di "tipologia di giudizi di idoneità".

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 2010/2011

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 2010/2011 al costo complessivo di Euro 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" Si No .

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 N. 81 TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2007, N. 123, IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO.

Integrato con:

- Legge 7 Luglio 2009 n° 88;
- Decreto legislativo 3 Agosto 2009 n° 106 "Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"

NB: Il testo modificato con il decreto è evidenziato con formattazione "grassetto rosso". Anche le sanzioni sono modificate (in celeste)

ARTICOLO 25 - OBBLIGHI DEL MEDICO COMPETENTE

1. Il medico competente:
 - a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, (arresto fino a tre mesi o ammenda da 400 a 1.600 euro) anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;
 - b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;
(arresto fino a due mesi o ammenda da 300 a 1.200 euro)
 - c) **istituisce, aggiorna e custodisce, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria. Tale cartella è conservata con salvaguardia del segreto professionale e, salvo il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria e la trascrizione dei relativi risultati, presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del medico competente;**
(Arresto fino a due mesi o ammenda da 300 a 1.200 euro)
 - d) consegna al datore di lavoro, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003 n.196, e con salvaguardia del segreto professionale;
(Arresto fino a un mese o ammenda da 200 a 800 euro)
 - e) consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio, e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima;
(Arresto fino a un mese o ammenda da 200 a 800 euro)
l'originale della cartella sanitaria e di rischio va conservata, nel rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, da parte del datore di lavoro, per almeno dieci anni, salvo il diverso termine previsto da altre disposizioni del presente decreto;
(Sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 1.800 euro per il datore di lavoro - dirigente)
 - f) << -- **soppressa** -- >>
 - g) fornisce informazioni ai lavoratori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e, nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo termine, sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta l'esposizione a tali agenti. Fornisce altresì, a richiesta, informazioni analoghe ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
(arresto fino a due mesi o ammenda da 300 a 1.200 euro)
 - h) informa ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 e, a richiesta dello stesso, gli rilascia copia della documentazione sanitaria;
(Sanzione amministrativa pecuniaria da 600 a 2.000 euro)
 - i) comunica per iscritto, in occasione delle riunioni di cui all'articolo 35, al datore di lavoro, al

responsabile del servizio di prevenzione protezione dai rischi, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornisce indicazioni sul significato di detti risultati ai fini della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori;

(Sanzione amministrativa pecuniaria da 600 a 2.000 euro)

- l) visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi; (Arresto fino a tre mesi o ammenda da 400 a 1.600 euro)
- m) partecipa alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori i cui risultati gli sono forniti con tempestività ai fini della valutazione del rischio e della sorveglianza sanitaria;
- n) comunica, mediante autocertificazione, il possesso dei titoli e requisiti di cui all'articolo 38 al **Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali** entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

SEZIONE V - SORVEGLIANZA SANITARIA

N° 5 articoli (da art. 38 a art. 42)

ARTICOLO 38 - TITOLI E REQUISITI DEL MEDICO COMPETENTE

1. Per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti:
 - a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
 - b) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
 - c) autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
 - d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

d-bis) con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.
2. I medici in possesso dei titoli di cui al comma 1, lettera d), sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il **Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali**. I soggetti di cui al precedente periodo i quali, alla data di entrata in vigore del presente decreto, svolgano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono abilitati a svolgere le medesime funzioni. A tal fine sono tenuti a produrre alla Regione attestazione del datore di lavoro comprovante l'espletamento di tale attività.
3. Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente è altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni e integrazioni, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del presente decreto legislativo. I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".
4. I medici in possesso dei titoli e dei requisiti di cui al presente articolo sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il **Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali**.

ARTICOLO 39 - SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE

1. L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).

2. Il medico competente svolge la propria opera in qualità di:
 - a) dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore;
 - b) libero professionista;
 - c) dipendente del datore di lavoro.

3. Il dipendente di una struttura pubblica, assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza, non può prestare, ad alcun titolo e in alcuna parte del territorio nazionale, attività di medico competente.

4. Il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone l'autonomia.

5. Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri.

6. Nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi d'impresе nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzi la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento.

ARTICOLO 40 - RAPPORTI DEL MEDICO COMPETENTE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in **ALLEGATO 3B**. (Sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro il medico competente)

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono le informazioni di cui al comma 1, aggregate dalle aziende sanitarie locali, all'ISPESL.

2-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli Allegati 3A e 3B e le modalità di trasmissione delle informazioni di cui al comma 1. Gli obblighi di redazione e trasmissione relativi alle informazioni di cui al comma 1 decorrono dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al primo periodo.

ARTICOLO 41 - SORVEGLIANZA SANITARIA

1. La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente:
 - a) nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6;
 - b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi;
2. La sorveglianza sanitaria comprende:
 - a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
 - b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente;
 - c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
 - d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;

- e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
- e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva;
- e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

2-bis. Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti di prevenzione non è incompatibile con le disposizioni dell'articolo 39, comma 3.

3. Le visite mediche di cui al comma 2 non possono essere effettuate:

(sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro il medico competente)

a) **Abrogata**

b) per accertare stati di gravidanza;

c) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

(sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 a 6.600 euro il datore di lavoro - dirigente)

4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), **e-bis) e e-ter)** sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

4-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza.

5. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'**ALLEGATO 3A** e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, secondo quanto previsto dall'articolo 53.

(sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro il medico competente)

6. Il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui al comma 2, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

a) idoneità;

b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;

c) inidoneità temporanea;

d) inidoneità permanente.

6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro.

(sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro il medico competente)

7. Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità.

8. Abrogato.

9. Avverso i giudizi del medico competente, **ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva**, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

ARTICOLO 42 - PROVVEDIMENTI IN CASO DI INIDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

1. Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n.68, in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza;

2. Abrogato



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Gruppo di lavoro ANMA
(G. Briatico-Vangosa,
D. Bontadi, P. Patanè)

0Facciamo seguito alla sollecitazione emersa dopo l'incontro del 14 ottobre, per inviare una serie di proposte rispetto alle problematiche emerse in quella riunione.

L'individuazione dei laboratori di riferimento, sia per i test di screening che di conferma rientra nelle specifiche richieste contenute nell'Accordo. Le decisioni regionali sono state differenti. In Liguria, per esempio, è ammesso che una struttura si possa auto accreditare, in altre regioni sono identificati solo laboratori pubblici. In alcune regioni il test di conferma è limitato a pochi laboratori di riferimento, in altre non sono state date indicazioni.

Proposta: per esami di screening sono abilitati tutti i laboratori autorizzati ed accreditati dalla Regione di appartenenza e che quindi hanno i requisiti tecnici e procedurali per riconoscimento della stessa Regione. Questi laboratori possono svolgere gli esami di screening anche fuori dall'ambito regionale.

Per gli esami di conferma la Regione indica i laboratori di riferimento, che si sottopongono ad un sistema di controllo da ente scientifico esterno (I.S.S. o laboratorio di riferimento per i controlli di qualità della Regione di appartenenza). Anche questi laboratori possono svolgere la loro attività fuori dei confini regionali. I laboratori privati che hanno i requisiti per svolgere analisi in gascassa e che si sottopongono ai controlli di cui sopra devono essere autorizzati.

Modulistica: Alcune Regioni (Liguria, Umbria, Emilia Romagna) hanno pubblicato una ricca modulistica per tutte le fasi della procedura accertativa (ma non è chiaro se tale modulistica è obbligatoria o rappresenti solo un riferimento), mentre altre Regioni lasciano libertà decisionale al medico competente.

Proposta: la modulistica, semplice e lineare, è predisposta in allegato alle linee di indirizzo ed è adottata sul territorio nazionale. (in corso preparazione di alcune bozze)

Gli accertamenti di primo livello e gli adempimenti del medico competente sono al centro dell'attenzione delle diverse delibere. Tutti i documenti ribadiscono la centralità della responsabilità del medico competente. La contestualità della visita medica e degli accertamenti di screening è stata interpretata con diversa sensibilità: alcune regioni non si esprimono in proposito; altre indicano che la visita medica venga effettuata prima degli accertamenti di screening; la Lombardia afferma esplicitamente la non contestualità, ovvero la visita medica

TABELLA 1 -

	Mansioni	Periodicità	Metodo	Il livello
Rischio alto	Mansioni con possibilità di rischio per terzi di grandi proporzioni: autisti, camionisti, controllori di volo, piloti aereo, quadri controllori traffico aereo, ferroviario ... , porto d'armi, aziende grandi rischi, mezzi provvisti di sirena etc. Mansioni con uso di macchine di movimentazione con patente/abilitazione speciali	Annuale per tutti. Ulteriori interventi di controllo oltre l'annuale possono essere fatti a random o su indicazione del DL per ragionevole sospetto.	Formazione informazione obbligatoria triennale. Inserimento di specifico documento nel DVR dell'azienda. Protocollo screening simile all'allegato, così come risulterà modificato dalle linee di indirizzo.	Come attuale procedura
Rischio medio	carrellisti con impegno sopra le 20 ore settimanali; carrellisti di trasporto di sostanze e merci classificate come pericolose o ad alta temperatura o di grandi dimensioni. Lavoratori della sanità	Annuale a random. Ai singoli lavoratori dopo incidenti. Ai singoli lavoratori su segnalazione del DL o da RLS per ragionevole sospetto.	Formazione e informazione all'assunzione. Protocollo screening simile all'allegato, così come risulterà modificato dalle linee di indirizzo.	Esonero dalle attività a rischio se positivo confermato. Si invia al II livello se non possibile l'esonero dalla attività a rischio.
Rischio basso	Carrellisti che non trasportano sostanze e merci classificate come pericolose o ad alta temperatura o di grandi dimensioni o con uso del carrello sotto le 20 ore settimanali.	Ai singoli lavoratori dopo incidenti. Ai singoli lavoratori su segnalazione del DL o da RLS per ragionevole sospetto. Il MC può svolgere accertamenti a random, con preavviso al DL.	Formazione e informazione all'assunzione e periodicamente. Protocollo screening simile all'allegato, così come risulterà modificato dalle linee di indirizzo.	Esonero dalle attività a rischio se positivo confermato. Si invia al II livello se non possibile l'esonero dalla attività a rischio.

può avvenire indifferentemente prima o dopo l'esecuzione del test; il Veneto si esprime con un 'preferibile precedenti i test di screening'.

Proposta: al medico competente appartiene il ruolo più importante in questa procedura: essere la cerniera fra il lavoratore, il DL e la norma, nonché il referente di altri soggetti che si inseriscono nella procedura stessa (laboratorio, SERT). Da questo punto di vista è bene che i margini di discrezionalità rimangano stretti per non incorrere in interpretazioni troppo soggettive e nei rigori delle responsabilità penali. Tuttavia bisogna tener conto che l'operatività del MC qualora fosse troppo vincolato ad un regolamento rigido ne risulterebbe penalizzato se non di ardua attuazione, in alcune realtà. In particolare la buona pratica della contestualità tra visita medica e test di screening deve essere fortemente auspicata ma non obbligata. Il MC potrà inoltre delegare, anche in on-site, tutta la fase di prelievo ed analitica ad un laboratorio accreditato, sotto la sua responsabilità tramite procedura con il laboratorio che il medico ha l'onere di scegliere. Non potrà invece delegare la parte medico legale di compilazione dei certificati e dei verbali. Inoltre si propone

dove possibile la randomizzazione dei controlli.

L'elenco delle attività a rischio

L'allegato A allo Schema d'Intesa elenca le attività e le mansioni a rischio. Tra queste alcune hanno creato non poche difficoltà interpretative ed in particolare la figura del carrellista, mansione diffusa in ogni realtà produttiva (il 50% del nostro campione), la cui analisi in dettaglio porta spesso alla conclusione che la possibilità di rischio per terzi e per il lavoratore stesso è davvero modesto. Ciò però non esime allo stato attuale di non attuare la norma, ampliando notevolmente la platea dei soggetti da tenere sotto controllo.

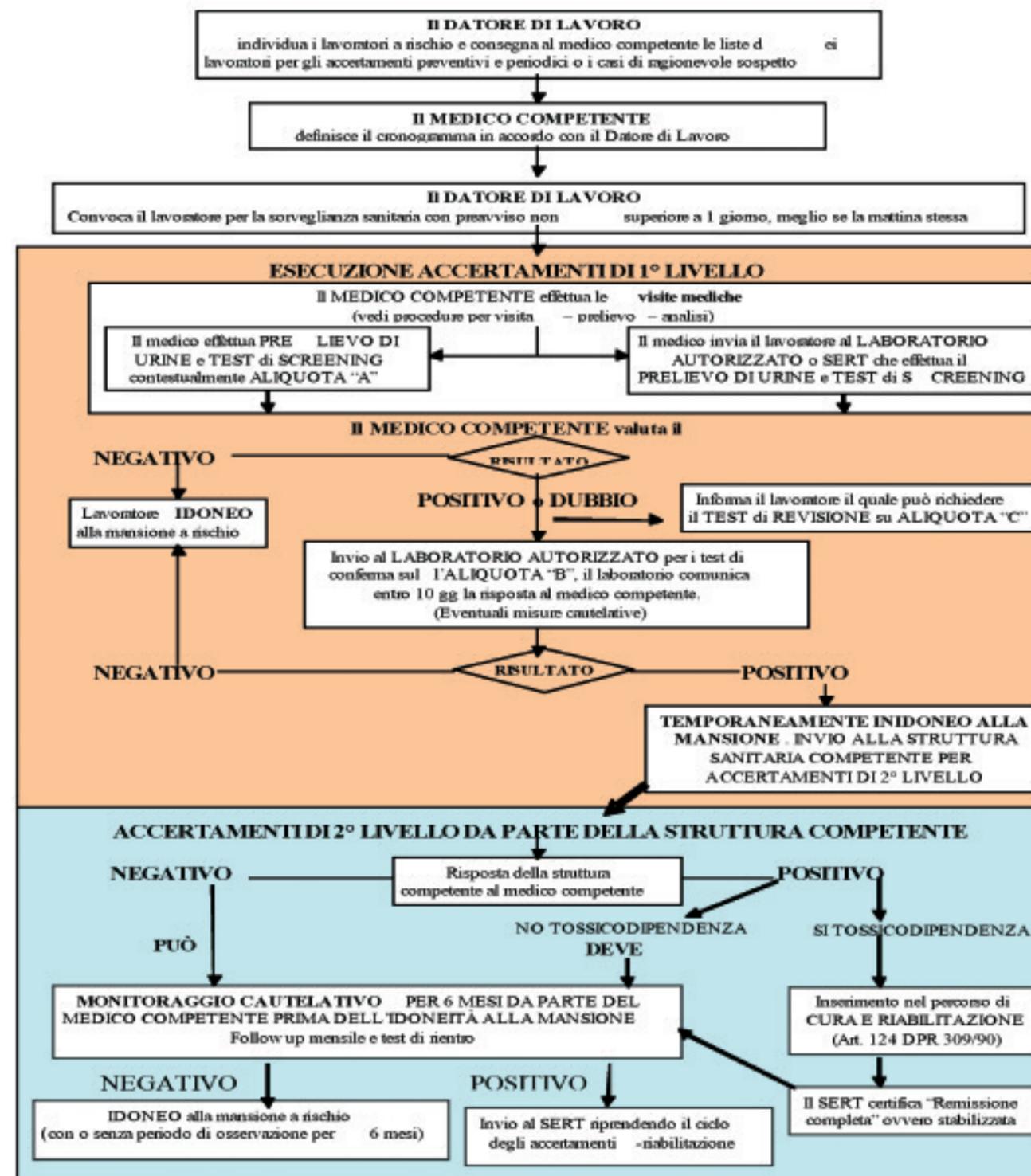
Proposta:

Innanzitutto si rende necessario uno studio dell'evento infortunistico in relazione alle mansioni/attività, in particolare per quanto riguarda il punto 2 lettera n dell'allegato.

Inoltre è necessario che vi sia uniformità fra le mansioni a rischio individuate per le droghe e l'alcol.

Dovrebbero essere previste alcune figure oggi escluse come gli autisti (anche con patente B) di mezzi provvisti di

FLOW-CHART SORVEGLIANZA SANITARIA PER USO DI DROGHE



sirena. Mentre dovrebbero essere ridimensionate alcune figure come i docenti, il cui inserimento ha uno scopo estraneo alla tutela di terzi ma è di tipo educativo.

Proponiamo di introdurre nelle linee di indirizzo il criterio normalmente in uso in medicina del lavoro di valutazione del rischio e su questa graduare sia l'ampiezza che la periodicità degli interventi.

Le mansioni individuate dovrebbero sottostare ad una valutazione (gradualità) del rischio che tenga conto del tempo d'uso e della pericolosità della attività secondo una scala del tipo riportato in tabella 1.

Effetto sorpresa da rafforzare

Proposta: si abolisce il cronogramma del medico competente che deve semplicemente effettuare i test di screening entro 3 mesi dalla comunicazione del DL per gli esposti ad alto rischio, entro 12 mesi (6 mesi) per gli altri esposti. Ai lavoratori il preavviso rimane di max 24 ore, meglio se il giorno stesso.

Piano sanitario aziendale:

Proposta: Deve essere obbligatorio per le aziende che hanno lavoratori esposti ad alto rischio condiviso tra DL, MC e RLS. Deve contenere le modalità con cui si effettua la formazione e informazione, il profilo di rischio degli esposti, le modalità di svolgimento dello screening, la gestione dei positivi sia al primo livello che al secondo livello e dei falsi positivi, precisando chiaramente i ruoli del DL e del MC.

Lavoratori positivi al test di screening:

Proposta: inidoneità temporanea fino al test di conferma se a rischio alto. Valutazione del MC e del DL per rischio medio basso. Prevedere meccanismi compensativi del danno materiale e morale per falsa positività.



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

Gruppo di lavoro ANMA
(G. Briatico-Vangosa,
D. Bontadi, P. Patanè, P. Torri)

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE SULLO SCHEMA D'INTESA SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE SUL LAVORO (INTESA STATO-REGIONI DEL 30/10/2007)

PREMESSA

A seguito dell'entrata in vigore dello Schema Intesa Stato/Regioni (Provvedimento n. 99/CU del 30/10/2007) e dell'Accordo Stato/Regioni (rep. atti n. 178 del 18 settembre 2008) la nostra Associazione ha proposto ai propri Associati ed ha istituito un osservatorio per monitorare l'applicazione dello Schema e di evidenziarne le eventuali criticità. Ha quindi invitato gli Associati ad inviare i dati afferenti l'attività eseguita assieme alle testimonianze sulle eventuali problematiche incontrate nella filiera di applicazione e gestione dello Schema. Allo scopo ha predisposto una griglia per la raccolta dati (v. allegato A). Un'iniziale analisi dei dati raccolti è stata presentata nel corso del XXIII Congresso Nazionale ANMA che ha avuto luogo a Colli del Tronto dal 18 al 20 giugno 2009. Le considerazioni sull'applicazione dello Schema presentate in sede congressuale sono state condivise dall'Assemblea degli associati ANMA.

Le fonti legislative da cui traggono origine gli accertamenti per assenza di assunzione di sostanze stupefacenti e di tossicodipendenza sono, come ben sappiamo, la Legge 309/1990 e nello specifico l'Art. 125 (Accertamenti di assenza di tossicodipendenza accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi) ed i sopra citati atti di Intesa Stato/Regioni (Provvedimento n. 99/CU del 30/10/2007) e di Accordo Stato/Regioni (rep. atti n. 178 del 18 settembre 2008), oltre il comma 4 e 4 bis dell'articolo 41 del decreto legislativo 81/2008 come modificato dal decreto legislativo 106/09.

L'Accordo citato demanda alle Regioni la definizione di alcune specifiche. In particolare:

1. l'individuazione di laboratori pubblici o altri autorizzati dalle Regioni e Province Autonome (punto "requisiti di qualità dei laboratori di analisi")
2. le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti dall'Accordo che devono far riferimento ai nomenclatori regionali e incrementati di altri costi aggiuntivi.
3. Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente (SERT), con esclusione degli esami di laboratorio.

A queste fonti, e per meglio tradurre le indicazioni, molte regioni hanno fatto riferimento per stendere linee operative o procedure per l'attuazione degli accertamenti previsti dallo Schema d'Intesa, spesso travalicando le specifiche richieste dall'Accordo.

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 2010/2011

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2010-2011 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 _____

TABELLA 1 - Sinottico dei risultati registrati ad oggi dall'Osservatorio ANMA

Gruppi di lavoro (enti, studi, singoli medici)	Lavoratori convocati	Mansione svolta	Attività comportante rischi per terzi (allegato 1)	Informazione/Formazione dei lavoratori	Modalità raccolta campione ed esecuzione test Contemporaneità
Veneto (5) Emilia Romagna (2) Campania (2) Lombardia (1) Piemonte (1) Marche (1)	7197	- Carrellisti 50% - Autisti e autotrasportatori 40% - Movimentaz. terra 5% - Altri 5%	Punto 2 lettera N Lettera A Lettera N Lettera B	Tutti hanno effettuato la informazione dei lavoratori prima di eseguire il controllo (era una delle condizioni per aderire all'osservatorio)	Nella maggior parte dei casi il medico era affiancato dal laboratorista La maggioranza ha effettuato il test contestualmente alla visita medica
Strumentazione utilizzata	Risultati ottenuti	Sostanza d'abuso	Provvedimenti e conseguenze	Note tecniche osservazioni (ricavate dall'anamnesi)	ALTRE NOTE
Quik screen drug Cozart Conelab Dasit	57 Positivi (0,8%) 15 Falsi positivi (21%)	Cannabis 48 (85%) Cocaina 6 (10%) Oppioidi 1 Ecstasy 1 Metadone 1	Tutti inviati al sert Nessun problema segnalato	Preavviso di 24 h o al mattino Diverse persone risultate negative al test hanno dichiarato di assumere occasionalmente cannabis	29 (0,4%) lavoratori si sono rifiutati di sottoporsi alla visita ed al test autodenunciandosi

A completamento di questa premessa si può dire che non tutte le regioni hanno deliberato in merito e tutto lascia prevedere che la rivisitazione della norma richiesta dal c.4-bis dell'art. 41 del D.Lvo 81 e s.m.i., non spingerà verso una prossima emanazione di linee guida. In controtendenza la Regione Emilia Romagna ha di recente pubblicato (luglio 2009) una revisione della delibera emanata appena 5 mesi prima (febbraio 2009) e la Regione Campania ha emanato la procedure di recente (settembre 2009).

Questa "personalizzazione regionale" ha creato al medico competente non poche difficoltà operative di seguito brevemente commentate.

Il medico competente non è mai stato interpellato nel corso del processo decisionale di tutti gli atti prima citati, con l'eccezione lodevole del Veneto che peraltro non ha ancora ufficializzato il suo documento. Presenti

invece in gran numero tossicologi e responsabili di SERT, medici legali forensi insieme a funzionari di Dipartimenti e professori di Medicina del Lavoro o operatori degli OO.VV., figure professionali altamente competenti e sicuramente importanti, ma distanti dalla realtà in cui si trova ad operare il medico competente.

L'individuazione dei laboratori di riferimento, sia per i test di screening che di conferma rientra nelle specifiche richieste contenute nell'Accordo. Le decisioni regionali sono state differenti. In Liguria, per esempio, è ammesso che una struttura si possa auto accreditare, in altre regioni sono identificati solo laboratori pubblici. In alcune regioni il test di conferma è limitato a pochi laboratori di riferimento, in altre non sono state date indicazioni.

Modulistica: Alcune Regioni (Liguria, Umbria, Emilia Romagna) hanno pubblicato una ricca modulistica per

tutte le fasi della procedura accertativa (ma non è chiaro se tale modulistica è obbligatoria o rappresenti solo un riferimento), mentre altre Regioni lasciano libertà decisionale al medico competente.

Gli accertamenti di primo livello e gli adempimenti del medico competente sono al centro dell'attenzione delle diverse delibere. Tutti i documenti ribadiscono la centralità della responsabilità del medico competente. La contestualità della visita medica e degli accertamenti di screening è stata interpretata con diversa sensibilità: alcune regioni non si esprimono in proposito; altre indicano che la visita medica venga effettuata prima degli accertamenti di screening; la Lombardia afferma esplicitamente la non contestualità, ovvero la visita medica può avvenire indifferentemente prima o dopo l'esecuzione del test; il Veneto si esprime con un 'preferibile precedenti i test di screening'.

Quanto fin qui presentato non ha solo riflessi sulla operatività del medico competente, ma trascina con sé ipotetiche ripercussioni di carattere medico-legale di complessa interpretazione dal punto di vista giuridico, considerato che le linee guida sono solo prassi amministrative (non sono "leggi" regionali), quindi l'ampiezza e il contenuto dell'obbligo è negli Accordi e a quelli bisogna fare riferimento. È un fatto di gerarchia delle fonti del diritto, strettamente tecnico-giuridico. In pratica, se una linea guida riduce l'obbligo posto dalla norma primaria o dall'accordo e l'operatore la segue, non è "coperto", garantito normativamente; se viceversa la LG aggiunge un obbligo non previsto (non una modalità operativa, ma un obbligo), non si è sanzionabili per averlo omesso, a meno che quell'obbligo non sia nella norma primaria o nell'Accordo."

L'OSSERVATORIO ANMA - PRIME CONSIDERAZIONI SUI DATI RACCOLTI.

La tabella 1 sintetizza i dati raccolti. Hanno aderito all'Osservatorio 12 gruppi di medici competenti operanti in Veneto, Emilia Romagna, Campania, Lombardia, Piemonte e Marche, che hanno sottoposto agli accertamenti di 1° livello 7197 lavoratori (carrellisti 50% - autisti e autotrasportatori 40% - altri 10%). 57 lavoratori, pari allo 0.8% del totale dei soggetti esaminati, sono risultati positivi al test di screening (immonoenzimatico e confermati al gasmassa), mentre 15 sono risultati positivi al test di screening ma non all'esame di conferma; questo gruppo rappresenta il

21% dei soggetti risultati positivi al test rapido. La sostanza d'abuso prevalente risulta essere la cannabis (85% delle positività), seguita da cocaina (6%), oppioidi, ecstasy e metadone (ognuna rispettivamente 3%).

Da sottolineare che dei 7197 convocati, 29 lavoratori (0,4%) si sono rifiutati di sottoporsi al test, ammettendo implicitamente o il più delle volte esplicitamente la recente assunzione di droghe.

Le modalità operative sono descritte e commentate in tabella e nel diagramma di flusso. Si sottolinea la circostanza che un certo numero di lavoratori, poi risultato negativo al test, ha dichiarato in fase anamnestica di assumere occasionalmente cannabis.

LEARN THE LESSON - QUESTA ESPERIENZA CI HA INSEGNATO:

Prima di tutto l'informazione ai lavoratori non solo distribuendo un foglio informativo ma promuovendo un incontro con i lavoratori. L'informazione deve riguardare il contenuto del decreto, le procedure per effettuare i test, la non prevedibilità degli accertamenti e le conseguenze dell'eventuale riscontro di un risultato positivo Non vigilanza, ma educazione. Ottenere quasi la "condivisione" delle finalità del decreto, aperti alle osservazioni e ai suggerimenti.

I vantaggi della contemporanea presenza del medico e del laboratorista

- Rispetto della "contestualità"
- Costi minori per le aziende
- Tempi velocizzati
- Evita al MC
 - l'incombenza della raccolta del campione e dell'analisi
 - i problemi legati alla conservazione e custodia del campione

Attenzioni da avere

- Indispensabile fare una corretta informazione dei lavoratori
- Predisporre la modulistica appropriata
- Preparare con il laboratorio un accordo e una procedura per la catena di custodia
- Fare un sopralluogo ed eventualmente delle simulazioni negli ambienti di lavoro individuati
- Avvisare i lavoratori, quando possibile, al mattino
- Preparare una procedura per la gestione dei "falsi positivi"

ALLEGATO A

Informazione/Formazione dei lavoratori	N°Lavoratori convocati/presentati	Mansione svolta	Attività comportante rischi per terzi (allegato 1)	Modalità raccolta campione ed esecuzione test Contemporaneità	Strumentazione utilizzata	Risultati ottenuti	Sostanza d'abuso	Provvedimenti e conseguenze	Note tecniche osservazioni (ricavate dall'anamnesi)
Prima dei test con incontri programmati ad hoc + opuscoli informativi				1. MC visita ed effettuata il test 2. MC affiancato dal laboratorio, contemporaneamente alla visita medica, o in momenti diversi 3. Altro (specificare)					Esempio Accertamenti effettuati di giovedì mattina senza preavviso 4 persone hanno dichiarato di assumere occasionalmente cannabis

PUNTI CRITICI PER IL MC

- La gestione del tempo fra il risultato del test di screening e il test di conferma
- La durata della temporanea non idoneità
- La fattibilità del cosiddetto “monitoraggio cautelativo” (quando il lavoratore risulta positivo al 1° livello e negativo al 2°)
- La positività anamnesticca e la negatività del test (il problema dei consumatori occasionali)
- Le soglie di rilevanza dei test rapidi che essendo prossime al doppio di quelle richieste è possibile che qualche “positivo” sia letto come “negativo” e sfugga al controllo. (i “falsi negativi”)
- I fattori di confondimento: interferenze con alcuni farmaci (vasodilatatori, farmaci decongestionanti, Fans, alimenti con presenza di tiramina...)
- La gestione dei lavoratori stranieri
- Il MC deve poter delegare lo screening ad una struttura che abbia i requisiti tecnici e di affidabilità (quindi accreditata) che risponde al MC. Il MC svolge gli atti medici e di certificazione.

La realtà sollecita il cambiamento

Il MC opera in un contesto dove le decisioni che prende possono avere un forte impatto sull'organizzazione aziendale, ma deve anche rispettare vincoli di segretezza.

Deve essere credibile ed autorevole e avere competenza tecnico-giuridica.

Deve possedere capacità relazionali, doti di comunicazione e mediazione.

L'elenco delle attività a rischio

L'allegato A allo Schema d'Intesa elenca le attività e le mansioni a rischio. Tra queste alcune hanno crea-

to non poche difficoltà interpretative ed in particolare la figura del carrellista, mansione diffusa in ogni realtà produttiva (il 50% del nostro campione), la cui analisi in dettaglio porta spesso alla conclusione che la possibilità di rischio per terzi e per il lavoratore stesso è davvero modesto o addirittura assente. Ciò però non esime allo stato attuale di non attuare la norma, ampliando notevolmente la platea dei soggetti da tenere sotto controllo. Sarebbe utile introdurre nella norma il criterio di valutazione del rischio e su questo graduare gli interventi.

Si esprime di seguito una proposta.

Categorie di rischio

Rischio alto: tutti quei lavoratori che possono provocare danni contro terzi di gravi proporzioni: autisti di camion, autobus, pullman, piloti, carrellisti di merci pericolose, gas tossici, chi usa armi etc.

Rischio medio: carrellisti prevalenti, carro pontisti prevalenti, autisti B di mezzi con sirena ...

Rischio lieve: carrellisti occasionali ...

Controlli e periodicità

Rischio alto: procedura come definita nell'Accordo.

Rischio medio: visita e accertamenti in fase preventiva con procedura simile a quella prevista oggi. Informazione e formazione. Successivi controlli applicando il criterio del divieto di assunzione di alcol (interventi a random o su segnalazione del DL, dopo infortunio)

Rischio lieve: informazione e formazione, successivi interventi a random o su segnalazione del datore di lavoro o dopo infortunio).



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

La redazione

ECM: I NUMERI DI ANMA COME PROVIDER ECM. BILANCIO DELL'ESERCIZIO 2009

Qualche pillola di statistica non guasta.

Nel corso del 2009 il nostro impegno ECM per l'aggiornamento professionale e la formazione continua nella nostra disciplina “Medicina del lavoro e sicurezza sui luoghi di lavoro” è proseguito, anche con l'obiettivo di favorire i nostri Associati al rispetto del comma 3 dell'articolo 38 del Dlgs. 81/08.

Il risultato di questa nostra attività è davvero soddisfacente:

17 edizioni ECM;

302 ore di formazione;

324 crediti ECM erogati a 578 partecipanti.

Tutto a costi davvero contenuti.

Il nostro risultato è ancora più soddisfacente quando confrontato con la statistica recentemente pubblicata dalla Commissione ECM sull'attività di aggiornamento accreditata per la professione “medico chirurgo”:

Non ci dilunghiamo: i dati si commentano da sé e colgono in pieno gli obiettivi che ANMA si era data per il 2009.

Il risultato, e soprattutto il confronto, è di forte stimolo per migliorarci sempre più e cogliere le opportunità che il nuovo sistema di accreditamento dei provider della Commissione nazionale ECM e di quelle regionali stanno definendo.

Il nostro impegno è localizzare sempre più le nostre iniziative per favorire l'aggregazione dei nostri Associati; per affrontare gli argomenti concreti della nostra professione e migliorare l'erogazione delle nostre prestazioni al territorio e, non ultimo, per contenere i costi della formazione. Su questo versante abbiamo già sondato la disponibilità di alcune Agenzie delle Imposte per la detassazione delle spese di partecipazione agli eventi forma-

TABELLA 1

PROFESSIONE MEDICO CHIRURGO	ECM NAZIONALE	ANMA
numero edizioni	9.501	17
durata media edizione	10 ore	17,8 ore
media credito per evento	8	19
costo medio credito/partecipante	15 euro	5,70 euro

tivi anche alla luce dell'articolo 38 del Dlgs. 81/08, ma il primo approccio non è stato promettente. Torneremo alla carica anche perché la Commissione ECM ha posto l'attenzione su questo particolare aspetto.

Stiamo lavorando per individuare l'organizzazione necessaria per realizzare questo nostro progetto che, ovviamente, è destinato a naufragare se non c'è la faticosa e impegnata collaborazione delle nostre Sezioni territoriali. A noi non interessano eventi faraonici; il nostro target è la corsistica, vero momento formativo coerente con gli obiettivi fissati dalla Commissione ECM, dove discutere e crescere tutti, anche assieme ai nostri colleghi delle ASL. Certo non dimentichiamo il nostro Congresso Nazionale come occasione di socializzazione e testimonianza del nostro essere "Medici Competenti".

Se il buon giorno si vede dal mattino l'anno 2010 si profila positivo, dato che si parte già a fine gennaio con l'evento organizzato dalla nostra sezione Apulo-Lucana che la Commissione ECM del Ministero della Salute ha accreditato con 12 crediti formativi.

Termino questa breve nota con un doveroso e grandissimo grazie a tutti quelli che hanno permesso di raggiungere il risultato operativo del 2009:

i nostri consiglieri; la nostra commissione scientifica guidata da Umberto Candura; le segreterie organizza-

tive che hanno curato i diversi eventi e la segreteria della Sede; i docenti, soprattutto quelli interni, cioè noi associati ANMA, che hanno dedicato tanto tempo gratuitamente con grande spirito di servizio. Un ringraziamento particolare va al nostro De Santa, segretario della sezione ANMA Trentino-Alto Adige, che ha dato nuova linfa alla Sezione inserendo brillantemente ANMA nei provider accreditati dalla Provincia Autonoma; organizzando nove eventi formativi andati letteralmente "a ruba"; incrementando in modo consistente gli iscritti alla Sezione Trentina dell'ANMA. Grazie Azelio, sei andato proprio forte: un esempio da seguire.



È SUCCESSO A...

P. Santucci
ANMA Liguria

PIENA SODDISFAZIONE DEI PARTECIPANTI PER LA PRIMA REPLICA DEL CORSO DI AGGIORNAMENTO

La prima replica del Corso di aggiornamento ANMA, inaugurato presso la sede dell'Ordine dei Medici di Genova il 12 settembre 2009, è stato curato dai 'Tutor', Marco Saettone, Carlo Valchi e Paolo Santucci, che ha coordinato la realizzazione dei moduli genovesi, ed ha visto la partecipazione di colleghi provenienti da Liguria, Piemonte, Emilia Romagna e Toscana.

Lo schema del Corso prevedeva la presentazione delle relazioni durante la mattinata, una successiva ampia discussione, l'effettuazione delle esercitazioni in gruppi di lavoro ed infine la compilazione e consegna dei questionari di uscita.

Nei giorni successivi al modulo sono state inviate tramite posta elettronica ai partecipanti, a cura di Carlo Valchi, le relazioni presentate ed altri contributi giudicati utili dai partecipanti. Per esempio, quale tributo all'attualità, sono stati inviati contributi del Ministero della Salute in merito alle misure raccomandate in azienda per la prevenzione e gestione di possibili pandemie influenzali.

Al termine del corso i partecipanti hanno acquisito una piccola 'enciclopedia pratica' del medico competente, utilissima per l'attività professionale quotidiana.

Il Corso ha costituito anche l'occasione per presentare la Monografia ANMA di P. Santucci, 'Il videoterminalista e il D.Lgs.81/2008. Orientamenti operativi per il medico competente', di cui ogni relatore ha ricevuto una copia omaggio, e di illustrare due corsi di aggiornamento ECM sullo stress lavoro-correlato e il D.Lgs.106/2009, promossi da PRIMA - AIFOS in collaborazione con ANMA Liguria ed offerti ai nostri soci con sconto del 20 %.

A margine del Corso ANMA Liguria ha illustrato ai colleghi locali una procedura semplificata, già condivisa da U.O. P.S.A.L. ASL 3 Genovese, per la consegna della cartella sanitaria al lavoratore (art.25.1,e D.Lgs.81/2008 e s.m.i.), in occasione della cessazione del rapporto di lavoro nell'ambito della micro e piccola azienda, che verrà inoltrata formalmente al locale Organo di Vigilanza.

DIARIO DEL CORSO

Il *primo modulo* INTRODUZIONE, dedicato alle novità legislative, ha visto l'impeccabile puntualizzazione di Franco Traversa (Ricercatore DIMEL Genova) sul Decreto 'correttivo' il D.Lgs. 106/09, la piacevole storia del medico competente ANMA, ripercorsa da Marco Saettone, e la presentazione del nuovo ruolo del medico competente ad un anno dalla pubblicazione del D.Lgs. 81/2008, da parte di Daniele Ditaranto, Segretario Nazionale ANMA,



Milano. L'esercitazione è consistita nella stesura di procedure relative all'organizzazione e realizzazione dei diversi tipi di visita medica richiesti al medico competente dalla recente normativa. La presentazione dei documenti da parte di ogni 'capo-gruppo' ha costituito un'ottima occasione per discutere ogni aspetto ritenuto interessante.

Nel *secondo modulo*, dedicato alla VALUTAZIONE DEI RISCHI, il Presidente ANMA Giuseppe Briatico Vangosa, Milano, ha presentato un avvincente video sul concetto di prevenzione degli infortuni e successivamente illustrato una relazione sul ruolo del medico competente nel processo di valutazione dei rischi. Livio D'Acuti, Health e Safety Manager RINA Genova, ha approfondito con una ampia ed esauriente relazione gli aspetti tecnici della valutazione dei rischi, partendo dagli elementi di base più scolastici fino alle tecniche più moderne ed alle misurazioni 'sul campo'. Il modulo si è concluso con l'esercitazione che ha visto 4 gruppi commentare autentici documenti di valutazione dei rischi (impresa di pulizia, azienda di igiene urbana, impresa di impiantistica ed ufficio) con esiti non confortanti: i DVR sono spesso superficiali, ridondanti e non finalizzati all'emersione dei rischi residui o tanto meno a suggerire misure preventive o protettive, rendendo problematica al medico competente la formulazione di un adeguato protocollo sanitario.

Il *terzo modulo* incentrato sul tema della COMUNICAZIONE e FORMAZIONE-INFORMAZIONE, è stato caratterizzato da una ampia relazione introduttiva da parte di Massimo Servadio, Esperto di comunicazione, oltre che Psicologo del lavoro e Tecnico della preven-

zione (Genova), che ha spaziato dalle tecniche di comunicazione fino alla redazione dei documenti specifici che la Normativa richiede al medico competente. Carlo Valchi ha infine presentato una positiva esperienza di formazione e formazione presso lo stabilimento ILVA di Genova.

L'esercitazione ha prodotto un'ampia discussione sui temi trattati: la stesura della 'relazione annuale', del verbale di sopralluogo, della struttura di un corso di formazione su un rischio specifico, di una procedura di informazione al lavoratore in visita preventiva.

Il *quarto modulo* dedicato alla QUALITÀ ha visto la brillante presenza del RINA di Genova, Jacopo Ferrando coadiuvato da Livio D'Acuti, per l'illustrazione delle certificazioni di qualità in azienda, seguita dalla presentazione del nostro Daniele Ditaranto sul ruolo del medico competente nel processo di certificazione. Infine Marco Saettone ha illustrato la Carta dei servizi del Medico Competente realizzata nel 2005 da Terenzio Cassina, ma quasi profetica alla luce delle novità introdotte dal D.Lgs. 81/2008.

Il *quinto modulo*, supportato dalla software house STI sas di Genova Chiavari, è stato caratterizzato dalla partecipazione del 'papà del Corso', Umberto Candura che ha approfondito gli ASPETTI SOCIO-ECONOMICI della nostra professione, spaziando dal tema 'investimento sulla sicurezza' all'annosa questione del tariffario del medico competente. Particolarmente significativa si è rivelata la partecipazione dell'Ing. Torrielli, Assindustria Genova, che ha ribadito il ruolo centrale del medico competente nel sistema sicurezza dell'azienda e conseguentemente il rilievo che assume da

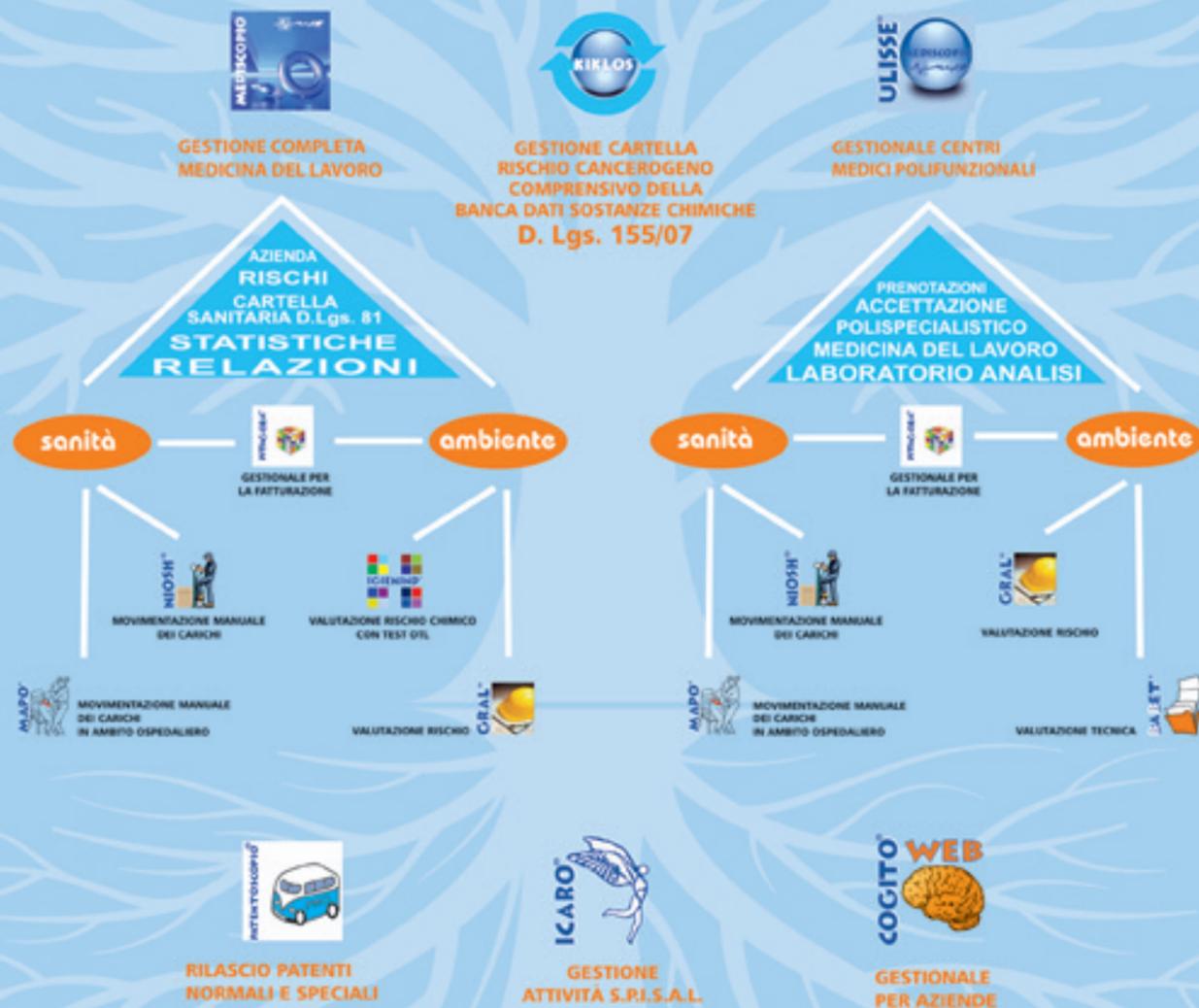


ogni punto di vista la sua consulenza professionale. Nel pomeriggio è stata condotta una riflessione su una proposta di tariffario ANMA alla quale sta lavorando un Gruppo di Lavoro della nostra Associazione.

Il *sesto modulo*, dedicato al tema ALCOL E DROGHE, si è svolto nell'aula magna della prestigiosa sede dell'Ordine. Dopo un ampio inquadramento iniziale sulla problematica alcol e tossico-correlata (Carlo Valchi e Piero Patané, Consigliere nazionale ANMA), il medico legale Armando Mannucci (Responsabile Medicina Legale ASL 4 Chiavarese, Genova) ha ricordato le responsabilità dei medici competenti di fronte ai nuovi compiti professionali, in particolar modo nel campo delle dipendenze. Il pomeriggio è stato caratterizzato dalla presentazione (Patané) di una ampia statistica sugli esami delle urine svolti direttamente dal medico competente e successivamente dall'esercitazione pratica (Cozart) nell'ambito dell'accertamento di esclusione consumo sostanze stupefacenti e psicotrope. Dopo la compilazione/consegna dei questionari sono stati consegnati gli attestati di partecipazione che comportano l'acquisizione dei 50 crediti ECM.

Al di là della chiara soddisfazione espressa dai partecipanti, riassumibile nello slogan "ANMA sa di che cosa ha bisogno il medico competente", la statistica dei questionari di gradimento esprime, meglio di ogni parola, rilevanza, qualità ed efficacia del Corso di aggiornamento ANMA:

- Il 15 % ritiene gli argomenti trattati RILEVANTI, l'85 % MOLTO RILEVANTI
- Il 18 % valuta la qualità dell'aggiornamento BUONA, l'82% ECCELLENTE
- Il 7 % valuta l'evento ABBASTANZA EFFICACE, il 36 % EFFICACE, il 57 % MOLTO EFFICACE.



dal 1987
l'esperienza
fa la
differenza

www.prenotaqui.org

portale gratuito
per le istituzioni
e il cittadino



www.mediscopio.com

TEL. +39 02 96704745 FAX +39 02 96701512 nike@mediscopio.com

XXIII CONGRESSO ANMA PRIMO ANNUNCIO



**PREVENZIONE E PROMOZIONE
DELLA SALUTE.**

**IL MEDICO COMPETENTE
UN PROTAGONISTA
DELLE NUOVE ATTESE DI SALUTE**

DATA DEL CONVEGNO: giovedì 9, venerdì 10 e sabato 11 giugno 2010

LUOGO E SEDE DEL CONVEGNO: VENEZIA - Porto di Venezia Terminal passeggeri

PRESENTAZIONE

Le nuove normative, che seguono le trasformazioni del mondo del lavoro, non lasciano dubbi sulla necessità di affrontare la nostra disciplina con nuovi strumenti di valutazione dei rischi lavorativi, aggiornando le conoscenze nella diagnostica, affinando gli aspetti legati alla riabilitazione del lavoratore/paziente, ma migliorando anche (ed in alcuni casi creando ex-novo) una capacità di dialogo con altre specialità e con la Medicina di Base.

Proporre l'asserzione "Il lavoro è per l'uomo" significa riaffermare il lato positivo del lavoro come motore dello sviluppo sociale in termini economici ed anche culturale. Solo un lavoro sano e sicuro però ci consente di parafrasare un vecchio detto, legato ad un altro modo di concepire il lavoro, ed affermare che "Lavorare fa bene alla salute".

Infatti se il lavoro è per l'uomo e l'uomo ha bisogno del lavoro per il suo sviluppo, economico ma anche culturale, il binomio lavoro/salute diventa inscindibile e diventa un obbligo sociale recuperare la capacità lavorativa persa, reinserendo nel tessuto produttivo il disabile o il cronico, oggi più che mai un risorsa da non abbandonare.

La sostenibilità del modello sociale italiano si misura quindi anche facendo leva sui vantaggi economici della prevenzione e rimarcando gli svantaggi derivanti dalla sua mancanza, non solo per le aziende ma per l'intera collettività.

I comportamenti e degli stili di vita del lavoratore hanno una ricaduta riconosciuta non solo sul reinserimento e sulla corretta gestione del cardiopatico sul lavoro, ma soprattutto sulla favorevole evoluzione del quadro clinico. In questo ambito è necessario enfatizzare il ruolo privilegiato del MC per la possibile collaborazione con le Strutture territoriali, non solo per la riabilitazione ma anche per progetti di ricerca sulla prevenzione dei rischi cardiovascolari e metabolici.

Dare spazio ad un comparto come le scuole per l'infanzia conferma la necessità della Medicina del Lavoro non solo di studiare le trasformazioni del mondo del lavoro con i suoi nuovi profili di rischio, ma di riscoprire comparti più tradizionali - ed imprescindibili per la collettività - come la Scuola, con nuove metodologie di valutazione e gestione dei rischi.

- PROGRAMMA**
- 1° Sessione: La diagnostica per immagini strumento per sviluppare una efficace prevenzione delle patologie lavoro correlate.
 - 2° Sessione: Il lavoro è per la persona.
 - 3° Sessione: Stili di vita e lavoro. Il caso della prevenzione delle malattie cardiovascolari.
 - 4° Sessione: Rischi lavorativi e tutela della salute nel personale delle scuole per l'infanzia.

NATALE

di Giuseppe Ungaretti

*Non ho voglia
di tuffarmi
in un gomitolo
di strade*

*No tanta
stanchezza
sulle spalle*

*Lasciatemi così
come una
cosa
posata
in un
angolo
e dimenticata*

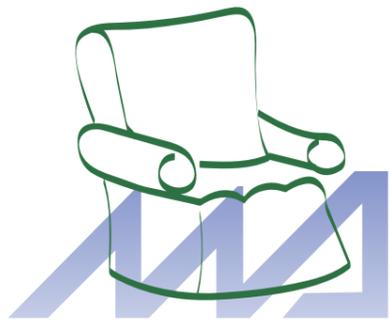
*Qui
non si sente
altro
che il caldo buono*

*Sto
con le quattro
capriole
di fumo
del focolare*

(Napoli, il 26 dicembre 1916)

Il Creatore dell'universo, Colui che guida tutto, è molto lontano da noi: così sembra inizialmente. Ma poi viene l'esperienza sorprendente: Colui al quale nessuno è pari, che "siede nell'alto", Questi guarda verso il basso. Si china in giù. Egli vede noi e vede me. Questo guardare in giù di Dio è più di uno sguardo dall'alto. Il guardare di Dio è un'agire (...) Egli "viene". E così si desta il cuore degli uomini.

*(Benedetto XVI, Omelia alla Santa Messa di mezzanotte -
25 dicembre 2008)*



**DA LEGGERE
IN POLTRONA**



G. Pisano, Madonna col bambino

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, Via P. Rossi 24
Tel. 02.66227255

● Milano, Via delle Primule 6
Tel. 02.4221134

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

● Milano, Largo Cairoli 2
Tel. 02.48317.1

● Milano, Via Teulì 2
Tel. 02.58317301

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

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

● Milano, Viale Monza 270
Tel. 02.2551925

● Milano, Corso Italia 8
Tel. 02.72021675

● Milano, Via Ripamonti 190/D
Tel. 02.57401225

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

● Milano, Viale Abruzzi 14
Tel. 02.29527357

