

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE E SCIENTIFICO

*OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC
AND PROFESSIONAL JOURNAL*

APRILE 2010

Anno 16, Numero 1-2/2009



editoriale 5

ANMA: profilo d'identità. Un breve ripasso

contributi e articoli originali 10

Sorveglianza sanitaria in materia di alcol e tossicodipendenza:
gli obblighi in vigore

Riflessioni sull'articolo della dr.ssa Anna Guardavilla: il Medico
competente e la verifica dell'assenza delle condizioni di "dipendenza"

L'elettromiografia e l'ecografia come strumenti di monitoraggio
del rischio CDT

SPECIALE FORMAZIONE ECM 19

Formazione ed aggiornamento del Medico competente:
le proposte ANMA e le prospettive future

vita dell'associazione 30

Il Consiglio Direttivo ANMA

è successo a... 31

Trani

ufficio & salute 34

Criticità nell'utilizzo del computer portatile

da leggere in poltrona 38

Professionalità e ideale



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



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

ANMA è stata fondata a Milano, dove ha sede, il 15 settembre 1987 ed è una Associazione libera, apartitica, senza fini di lucro e a durata illimitata.

L'Associazione è nata da una "idea" maturata nei primi anni 80 da alcuni amici provenienti dalla Clinica del Lavoro di Milano che si proposero di incontrare colleghi medici del lavoro per scambiare idee ed esperienze con l'obiettivo di individuare un metodo di lavoro comune per affrontare in modo omogeneo gli aspetti più complessi dell'attività professionale: spinti dal prof. Vigliani decisero di fondare l'ANMA.

Riconosciuta nel 1987 dal Ministero della Sanità e dal Ministero del Lavoro come Associazione altamente rappresentativa della categoria, essa raccoglie, aggrega e rappresenta oltre un migliaio di soci, medici del lavoro che, alla luce di quanto disposto dal Decreto Legislativo 81/08, svolgono prevalentemente attività professionale di "medico competente".

L'associazione è presente in tutte le regioni italiane con un proprio segretario regionale e dal 1994 pubblica, con periodicità trimestrale, il "Medico Competente Journal", strumento di informazione, formazione e comunicazione tra gli associati e più in generale tra i cultori istituzionali e professionali della prevenzione. Il Giornale ha una tiratura di 2000 copie a numero; è inviato gratuitamente ai Soci ed a professionisti, enti pubblici e privati dedicati alla prevenzione e alla tutela della salute nei luoghi di lavoro e di vita.

Dal 1996 l'associazione si propone al mondo della Medicina del Lavoro anche con un proprio sito internet.

Nell'ottobre 1997, in occasione dei dieci anni dalla fondazione, pubblica il "Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente" e si riconosce nel Codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro - ICOH, pubblicato nel 2005. ANMA è federata FISM (Federazione Italiana Società Medico Scientifiche) e da molti anni fa parte della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) di cui è stata socio fondatore.

L'Associazione, certificata ISO 9001:2000, ha da sempre orientato la sua politica al miglioramento della qualità della attività

professionale del Medico Competente attraverso lo sviluppo di strumenti operativi e la promozione di iniziative ed eventi formativi. Dal 2002 è provider ECM accreditato dal Ministero della salute.

Dal 2002 al 2007 ANMA ha accreditato 34 eventi ECM per complessive 60 giornate formative, erogando 335 crediti formativi.

In tale contesto ha presentato nel 2007 il suo "Modello di Medico Competente", formulando numerose proposte riguardanti la sua attività professionale, orientate a qualificarne maggiormente la figura ed il ruolo e finalizzate alla sua piena integrazione nel sistema aziendale per la prevenzione.

L'Associazione ha sempre svolto una attività di sensibilizzazione presso le Istituzioni centrali, regionali e locali tesa a migliorare e rendere visibile la figura del Medico d'Azienda.

Ha sollecitato ripetutamente gli Ordini Provinciali dei Medici e la FNOMCeO ad affrontare lo spinoso problema dell'aggiornamento del tariffario nazionale sulle prestazioni tipiche del medico competente nel rispetto del decoro professionale.

È stata ripetutamente audita dalle Commissioni Parlamentari su tematiche attinenti la funzione del Medico competente e più recentemente sul tema delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche". Nel suo impegno al miglioramento della normativa sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro, ha svolto una parte attiva nel processo di approvazione del "T.U. per il riassetto normativo e la riforma della salute e della sicurezza sul lavoro", conclusosi con la pubblicazione del Decreto legislativo 81/2008.

Con soddisfazione ha visto riconosciuti nel Titolo I del Decreto Legislativo 81/08 i principi espressi nel 2007 nel "Modello di Medico Competente" sulla indipendenza professionale, sulla integrazione nel sistema aziendale per la prevenzione e sui requisiti per la sua qualificazione professionale.

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 1-2/2009



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

Numero 1-2/2009
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

DIRETTORE
Giuseppe Briatico-Vangosa

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

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, Taliercio 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 Gazzarro
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@progettosalutetn.it

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

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

RAPPRESENTANZE

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

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

Imperia
Segr. Ezio Grosso
Via Vittorio Emanuele, 106 - 18100 Imperia-Moltedo
Tel: 3389704325
e-mail: egrosso@tiscali.it

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./fax 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: giuseppegiubbarelli@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

BASTA UN SOFFIO

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

CONSAPEVOLEZZA

PREVENZIONE

SICUREZZA

LION Alcolbreve

LION 10-400

LION 300

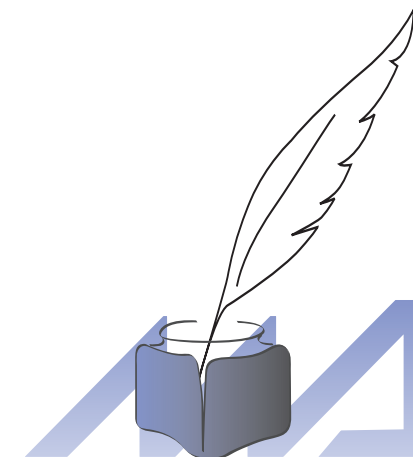
LION 100

NOVITA' DRUG TEST

NOVITA' MONITOR CO

SunBiomedical ORALINE® IV
SALIVA DRUG TEST - RAPIDO E NON INVASIVO
Alcol, Marijuana, Oppiacei, Cannabinoidi
Conforma Dir. 98/79 CE IVDD

Creative
LION 10-400
IDEALI PER CENTRI ANTIDROGHE



EDITORIALE

*Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa*

COSA NON È L'ANMA; CHI È L'ANMA; GLI SVILUPPI DI ANMA.

Penso utile proporre una sintetica riflessione, direi un ripasso, per puntualizzare chi siamo, cosa non siamo, quali sviluppi ci proponiamo. Un ripasso utile in un tempo in cui si colgono segni contraddittori, del resto in linea con il contesto generale in cui viviamo, quali insoddisfazione, delusione, senso di impotenza, disorientamento, burocratizzazione, ecc. ecc. ecc.

Segnali di decadimento o premesse di crescita?

La fisica insegna che ad ogni reazione ne corrisponde una uguale e contraria; le tecniche che regolano la comunicazione in un gruppo di persone definisce “attesa medianica” lo stato di standby che il gruppo avverte quando una situazione non si sblocca restando in attesa di qualcosa o qualcuno la risolva; per ultimo sappiamo sempre dalla fisica che “nulla si crea, nulla si distrugge, tutto si trasforma”. Tre aforismi per dire: nulla di nuovo sotto il cielo, comprese le spinte di nuove iniziative (sindacali, di associazionismo locale e via dicendo).

Diventa però obbligatoria, in queste circostanze, una sorta di outing, un’analisi per meglio inquadrare il fenomeno. In questo processo il primo requisito è ripensare la propria identità, riconoscersi negli obiettivi prefissati: verificare il proprio profilo di identità. Cosa non si è; chi si è; quali sviluppi concreti e raggiungibili ci si è proposti.

In sintesi oggi ANMA:

NON È	È
- o espressione di una parte o tendenza politica e partitica; - o un’organizzazione che agisce a fine di lucro, comprendendo nel termine ogni forma di interesse privato	■ una associazione apolitica, apartitica, senza fini di lucro, non solo per dichiarazione statutaria, ma per autentica vocazione testimoniata da ventitré anni di storia.
o espressione di una parte sociale, sia essa di pertinenza dei lavoratori o degli imprenditori pubblici e privati.	■ il Medico competente è figura professionale che agisce <i>super partes</i>, come recita l’articolo 1 del nostro Codice di Comportamento. Nel suo ruolo di consulente egli è al servizio della comunità che opera in impresa. È al servizio del cliente datore di lavoro e del fruitore lavoratore. È un tecnico che, inserito nel contesto aziendale, facilita gli obiettivi di prevenzione nell’azienda e coopera al raggiungimento degli obiettivi della comunità sociale.

o un sindacato	■ un'organizzazione con la missione di tutelare ruolo, figura professionale, dignità del Medico competente in <i>“conformità a quanto previsto dalle normative nazionali, comunitarie e della Raccomandazione ILO/BIT 171/1985”</i> (così come da Statuto). Anma dal 1987, pur essendo riconosciuta dal Ministero del Lavoro e della Salute altamente rappresentativa della categoria, non ha mai voluto acquisire una funzione sindacale, bensì quella di garante della qualificazione professionale in coerenza agli scopi dello Statuto: · rappresentare gli interessi degli associati presso le sedi istituzionali; · promuovere attività e iniziative di aggiornamento e la formazione permanente del Medico d'Azienda e del Medico Competente; · promuovere la diffusione della cultura in materia di prevenzione dei rischi da lavoro e di tutela della salute dei lavoratori; · favorire e lo scambio di informazioni tra i soci.
o una struttura verticistica, burocratizzata, al servizio o a copertura di interessi privati	■ un “azionariato diffuso”, di cui il consiglio direttivo, liberamente eletto dall'Assemblea dei soci, è coordinatore agendo da collettore ed elaboratore della politica associativa e promotore delle azioni ed attività atte a consolidare qualità e visibilità della nostra figura professionale. Il ruolo e le attività delle sezioni territoriali dell'Associazione sono da sempre ritenute strategiche. Esse agiscono, o dovrebbero agire, in solido con il consiglio direttivo.

Ben consci della delicatezza del nostro ruolo, abbiamo da sempre imperniato la nostra politica sulla “qualità del nostro mestiere”, riprendendo qui il titolo del nostro 13° Congresso nazionale di Padova del 2000. La qualità come strategia per affermare il nostro ruolo e mantenerne alta la visibilità attraverso evidenze tangibili (erogazione di prodotti/servizi di eccellenza misurabili e rintracciabili).

È strategico garantire al sistema della prevenzione una formazione professionale e il suo aggiornamento in linea con le reali esigenze, attraverso un processo dinamico di formazione continua che intrecci ed integri le tipicità del nostro essere professionale, sempre fortemente ancorato alle scienze mediche, con quelle socio-economiche, tecniche, tecnologiche, normative. Questa è la vera sfida che Anima ha da tempo raccolto e continua a sviluppare indipendentemente dagli obblighi normativi, che pure ovviamente rispetta. In questo contesto il programma ECM è inteso come strumento per qualificare la nostra attività e non il vincolo da soddisfare pena sanzioni (ad oggi non meglio specificate, fra l’altro). In altre parole un aggiornamento “voluto” e non “dovuto”.

Avendo privilegiato l’opzione del “voluto”, ci stiamo lavorando per renderla efficacemente operativa, interpretando ECM - come si diceva sopra - come opportunità per costruire in Anima un percorso formativo non estemporaneo, a spot, a geometria variabile, ma progettato ed attuato nel rispetto delle procedure definite dal Ministero della

salute cogliendo l'opportunità offerta di essere provider accreditato secondo le nuove norme. Stiamo dunque elaborando un piano formativo continuativo - un'aula formativa - conforme ai dettati ministeriali.

Ci auguriamo in tal modo di erogare un programma dinamico attraverso un'organizzazione il più possibile capillare - nella filosofia dell'economia di scala che permette di tenere sotto controllo i costi perché siano il più possibile contenuti -. Un programma ritagliato sulle esigenze del nostro "azionariato diffuso" che da una parte è il cuore pulsante del sistema di formazione e dall'altro il destinatario. L'articolo a firma del nostro vice-presidente pubblicato in questo stesso numero del MCJ dettaglia il nostro pensiero e il programma d'azione del piano formativo.

Ci attende un lavoro duro che stiamo affrontando con la passione di sempre, con la consueta discrezione, non urlato. Del resto la nostra produzione formativa è sotto gli occhi di tutti, è parte integrante del nostro profilo d'identità. Anche qui ricordarlo visivamente può essere utile per tirare una conclusione: fatti, non parole e arrivarci a Venezia per confrontarci anche su questo argomento. Mi scuserete se la promessa di fare sintesi è stata in parte disattesa. Concludo invitando chi ne volesse sapere di più sulla vita di oltre vent'anni di ANMA a documentarsi consultando il numero di questo periodico dedicato al Congresso nazionale di Viareggio del 2007.

ANMA - EVENTI ECM - RIEPILOGO AL 10 MARZO 2010
(COME DA VIDEATA DALLA BANCA DATI ECM)

Messaggi

Stampa messaggi

HELP

Questa sezione fornisce l'elenco degli eventi accreditati, ivi compresi quelli con contributo pagato. Per ciascun evento presente nella lista è evidenziato lo stato in cui si trova;

Sono stati trovati 36 eventi

Stato	Riferimento	Titolo	Professione	Luogo dell'Evento/ <u>CREDITI ASSEGNATI</u>	Data Inizio
	2103 - 220465	LA CADUTA DALL'ALTO: ASPETTI INFORTUNISTICI, IDONEITA' ALLA MANSIONE E PROSPETTIVE DI PREVENZIONE NEI LAVORI IN QUOTA	Medico chirurgo	GENOVA - AC HOTEL, CORSO EUROPA 1075 <u>SETTE</u>	16/12/2005
	2103 - 221180	CORSO TEORICO-PRATICO "LA NORMA ISO 9001:2000 E LA CARTA DEI SERVIZI APPLICATE ALLE ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE	Medico chirurgo	MILANO <u>QUINDICI</u>	16/01/2006
	2103 - 233136	LA QUALITA' NEL SETTORE SANITARIO. LA NORMA ISO 9001:2000 APPLICATA AL SETTORE	Tutte le professioni	MILANO/ <u>SETTE</u>	09/05/2006
	2103 - 233469	QUALITA' NEL SETTORE SANITARIO. QUALIFICAZIONE PER AUDITOR INTERNO	Tutte le professioni	MILANO/ <u>QUINDICI</u>	10/05/2006
	2103 - 245996	IL MEDICO COMPETENTE E LE RECENTI EVOLUZIONI NORMATIVE: VIBRAZIONI, RUMORE, LAVORO NOTTURNO E LAVORO ATIPICO. ASPETTI APPLICATIVI	Medico chirurgo	CENTRO CONGRESSI HOTEL LE CONCHIGLIE - RICCIONE <u>NOVE</u>	30/06/2006
	2103 - 246371	LA GESTIONE DELLA PRESENZA DEGLI ALLERGENI NEI PRODOTTI ALIMENTARI	Medico chirurgo	MILANO <u>OTTO</u>	05/07/2006
	2103 - 256444	LA NUOVA NORMA ISO 22000 PER LA SICUREZZA ALIMENTARE	Medico chirurgo	MILANO <u>SEI</u>	12/10/2006
	2103 - 259777	IL PIANETA CAVALLO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEL SETTORE IPPICO	Medico chirurgo	MILANO - IPPODROMI DI MILANO - VIA IPPODROMO 100 <u>SETTE</u>	28/10/2006
	2103 - 259778	IL PIANETA CAVALLO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEL SETTORE IPPICO	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	MILANO - IPPODROMI DI MILANO - VIA IPPODROMO 100/ <u>SETTE</u>	28/10/2006
	2103 - 255022	LE PATOLOGIE ORL DI INTERESSE OCCUPAZIONALE: NOVITA' EMERGENTI ED ORIENTAMENTI OPERATIVI DI PREVENZIONE	Medico chirurgo	UNA HOTEL POGGIO DEI MEDICI - VIA S. GAVINO 27 - 50038 SCARPERIA (FI) <u>CINQUE</u>	10/11/2006
	2103 - 263780	DISABILITA' E GIUDIZIO DI IDONEITA' AL LAVORO	Medico chirurgo	MELFI (PZ) - STABILIMENTO SATI / <u>SEI</u>	24/11/2006
	2103 - 282724	20° CONGRESSO NAZIONALE ANMA. IL PERCORSO DI ECCELLENZA E DI VALORIZZAZIONE DL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE. VERSO IL MEDICO COMPETENTE "PERFETTO"	Medico chirurgo	CENTRO CONGRESSI PRINCIPE DI PIEMONTE - VIAREGGIO V.LE MARCONI 130 <u>NOVE</u>	14/06/2007
		IL RUOLO DEL MEDICO		RAVENNA- SALA CONGRESSI -	

		SCREENING E DIGNOSTICI IN MEDICINA DEL LAVORO		<u>TRENTOTTO</u>	
	2103 - 220465	LA CADUTA DALL'ALTO: ASPETTI INFORTUNISTICI, IDONEITA' ALLA MANSIONE E PROSPETTIVE DI PREVENZIONE NEI LAVORI IN QUOTA	Medico chirurgo	GENOVA - AC HOTEL, CORSO EUROPA 1075 <u>SETTE</u>	16/12/2005
	2103 - 221180	CORSO TEORICO-PRATICO "LA NORMA ISO 9001:2000 E LA CARTA DEI SERVIZI APPLICATE ALLE ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE	Medico chirurgo	MILANO <u>QUINDICI</u>	16/01/2006
	2103 - 233136	LA QUALITA' NEL SETTORE SANITARIO. LA NORMA ISO 9001:2000 APPLICATA AL SETTORE	Tutte le professioni	MILANO/ <u>SETTE</u>	09/05/2006
	2103 - 233469	QUALITA' NEL SETTORE SANITARIO. QUALIFICAZIONE PER AUDITOR INTERNO	Tutte le professioni	MILANO/ <u>QUINDICI</u>	10/05/2006
	2103 - 245996	IL MEDICO COMPETENTE E LE RECENTI EVOLUZIONI NORMATIVE: VIBRAZIONI, RUMORE, LAVORO NOTTURNO E LAVORO ATIPICO. ASPETTI APPLICATIVI	Medico chirurgo	CENTRO CONGRESSI HOTEL LE CONCHIGLIE - RICCIONE <u>NOVE</u>	30/06/2006
	2103 - 246371	LA GESTIONE DELLA PRESENZA DEGLI ALLERGENI NEI PRODOTTI ALIMENTARI	Medico chirurgo	MILANO <u>OTTO</u>	05/07/2006
	2103 - 256444	LA NUOVA NORMA ISO 22000 PER LA SICUREZZA ALIMENTARE	Medico chirurgo	MILANO <u>SEI</u>	12/10/2006
	2103 - 259777	IL PIANETA CAVALLO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEL SETTORE IPPICO	Medico chirurgo	MILANO - IPPODROMI DI MILANO - VIA IPPODROMO 100 <u>SETTE</u>	28/10/2006
	2103 - 259778	IL PIANETA CAVALLO: IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEL SETTORE IPPICO	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	MILANO - IPPODROMI DI MILANO - VIA IPPODROMO 100/ <u>SETTE</u>	28/10/2006
	2103 - 255022	LE PATOLOGIE ORL DI INTERESSE OCCUPAZIONALE: NOVITA' EMERGENTI ED ORIENTAMENTI OPERATIVI DI PREVENZIONE	Medico chirurgo	UNA HOTEL POGGIO DEI MEDICI - VIA S. GAVINO 27 - 50038 SCARPERIA (FI) <u>CINQUE</u>	10/11/2006
	2103 - 263780	DISABILITÀ E GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL LAVORO	Medico chirurgo	MELFI (PZ) - STABILIMENTO SATÀ / <u>SEI</u>	24/11/2006
	2103 - 282724	20° CONGRESSO NAZIONALE ANMA. IL PERCORSO DI ECCELLENZA E DI VALORIZZAZIONE DL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE. VERSO IL MEDICO COMPETENTE "PERFETTO"	Medico chirurgo	CENTRO CONGRESSI PRINCIPE DI PIEMONTE - VIAREGGIO V.LE MARCONI 130 <u>NOVE</u>	14/06/2007

	2103 - 296021	IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE NELLA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO: ATTUALITA' E PROSPETTIVE	Medico chirurgo	RAVENNA- SALA CONGRESSI - VIALE EUROPA 1 <u>QUATTRO</u>	19/10/2007
	2103 - 299012	IL MEDICO COMPETENTE E LE DIPENDENZE NEI LUOGHI DI LAVORO:	Medico chirurgo	GENOVA -SALA CONGRESSI AC HOTEL - CORSO EUROPA 1083 <u>SEI</u>	30/11/2007
	2103 - 8001285	CORSO DI AGGIORNAMENTO: IL MEDICO COMPETENTE IN PISTA - COME TUTELARE LA SALUTE DEL MOBILE WORKER	Medico chirurgo	ASC -CASCINA DI VAIRANO 41 - 27018 VIDIGULFO (PV) <u>SETTE</u>	02/02/2008
	2103 - 8011618	IL MEDICO COMPETENTE E LA GESTIONE DELLE DIPENDENZE DA ALCOL E STUPEFACENTI NEI LUOGHI DI LAVORO: MODELLI OPERATIVI E PROTOCOLLI DI GESTIONE	Medico chirurgo	SALA CONGRESSI CASTELLO DELL'OSCANO - 06070 LOCALITÀ OSCANO - PERUGIA <u>QUATTRO</u>	11/04/2008
	2103 - 8018130	21° CONGRESSO NAZIONALE ANMA - IL MEDICO COMPETENTE TRA TRADIZIONE, INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	Medico chirurgo	PALA RS CONGRESSI CASTEL SAN PIETRO TERME (BO) - V.LE TERME, 1010/C <u>DIECI</u>	29/05/2008
	2103 - 8041444	LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 81/2008: UNA SFIDA RINNOVATA PER IL MEDICO COMPETENTE	Medico chirurgo	SALA DEI DOGI GRAND HOTEL - 16011 ARENZANO (GE) - LUNGOMARE STATI UNITI, 2 <u>SEI</u>	28/11/2008
	2103 - 9014474	CORSI ANMA: CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE	Medico chirurgo	NAPOLI - ORDINE DEI MEDICI - VIA TORRETTA 9 <u>CINQUANTA</u>	09/05/2009
	2103 - 9017526	CORSO DI AGGIORNAMENTO: LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI ESPOSTI AI RISCHI DELL'INDUSTRIA SIDERURGICA	Medico chirurgo	TARANTO - CENTRO DI FORMAZIONE ILVA TARANTO - VIA APPIA 648 - <u>DICIASSETTE</u>	28/05/2009
	2103 - 9020205	22° CONGRESSO NAZIONALE ANMA IL MEDICO COMPETENTE AD UN ANNO DI APPLICAZIONE DEL TESTO UNICO. BILANCIO DI UN ESERCIZIO	Medico chirurgo	CENTRO CONGRESSI HOTEL CASALE - COLLI DEL TRONTO (AP)- VIA CASALE SUPERIORE 146 <u>NOVE</u>	18/06/2009
	2103 - 9037433	RIFLESSI DEL REGOLAMENTO REACH SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CHIMICO	Medico chirurgo	MILANO - SALA CONVEGNI ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO <u>QUATTRO</u>	21/11/2009
	2103 - 10001518	CORSO TEORICO-PRATICO: IL MEDICO COMPETENTE E LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI IN AMBIENTE DI LAVORO	Medico chirurgo	SALA CONFERENZE OSPEDALE SAN NICOLA PELLEGRINO - TRANI, VIALE PADRE PIO <u>DODICI</u>	29/01/2010

SORVEGLIANZA SANITARIA IN MATERIA DI ALCOL E TOSSICODIPENDENZA: GLI OBBLIGHI IN VIGORE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Anna Guardavilla
Giuslavoratorista,
consulente ANMA e
Ambiente e Lavoro

PREMESSA: LA VIGENZA E L'AMPIEZZA DELL'OBBLIGO

Ai sensi dell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08, così come modificato e integrato dal D.Lgs. 106/09 (decreto correttivo del testo unico), *“nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) [visita preventiva anche in fase preassuntiva, periodica, al cambio mansione, alla ripresa lavorativa dopo 60 giorni di assenza per motivi di salute, n.d.r.] sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.”*

In un'ottica di “gerarchia delle fonti giuridiche”, l'articolo 41 è la norma primaria alla quale occorre fare riferimento in materia e che fonda ad oggi la vigenza dell'obbligo di finalizzare le visite elencate nella norma anche *“alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti” e pertanto di provvedere concretamente a tali accertamenti, “nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento”* (su questo punto, vedi oltre).

In nessun modo tale quadro può ritenersi modificato dal fatto che il legislatore del decreto correttivo abbia inteso prevedere “la rivisitazione entro l'anno [2009, n.d.r.] delle regole, contenute negli accordi Stato-Regioni, dell'accertamento delle tossicodipendenze e della alcol-dipendenza dei lavoratori, temi di ampia discussione” (Relazione di accompagnamento al D.Lgs. 106/09) attraverso l'inserimento, nell'art. 41, del comma 4-bis secondo il quale *“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”*.

Il termine del 31 dicembre 2009 contenuto in tale disposizione è un termine che giuridicamente possiamo definire “ordinatorio”, nel senso che ha semplicemente la funzione di organizzare e “ordinare” l'attività amministrativa dei soggetti a cui è rivolto (in questo caso la Conferenza Stato-Regioni) indirizzandola verso determinate procedure ed esiti e nella fattispecie verso l'emanazione di un Accordo (previa consultazione delle parti sociali).

Da ciò deriva che:

- Il fatto che tale Accordo non sia stato emanato entro il 31 dicembre 2009 non significa che non potrà essere emanato in futuro con piena validità dello stesso e quindi delle prescrizioni in esso contenute.
- Il fatto che il legislatore abbia previsto la rivisitazione delle attuali regole in materia di accertamenti di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti non significa che le attuali regole (v. Accordi/Provvedimenti Stato-Regioni del 2007 e del 2008 etc.) non siano più in vigore. Al contrario: esse continuano a rappresentare la base normativa per l'attua-

zione degli obblighi - penalmente sanzionati - contenuti nel quarto comma dell'art. 41 del testo unico.

Occorre in tal senso ricordare che una norma può ritenersi abrogata solo allorché si verifichi una delle condizioni previste per l'abrogazione dall'art. 15 delle Disposizioni preliminari al codice civile¹, che prevede che *“le leggi non sono abrogate che da leggi posteriori per dichiarazione espressa del legislatore, o per incompatibilità tra le nuove disposizioni e le precedenti [abrogazione tacita, n.d.r.] o perché la nuova legge regola l'intera materia già regolata dalla legge anteriore [abrogazione per completezza, n.d.r.]”*² e in nessun altro caso.

Nessuno dei casi di abrogazione elencati in questa norma ricorre nella normativa che stiamo prendendo in analisi, che è ancora pienamente in vigore in attesa che nuovi eventuali accordi Stato-Regioni sostitutivi dei precedenti entrino in vigore.

I “CASI E LE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ORDINAMENTO”

Tossicodipendenza

L'obbligo contenuto nell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 sussiste *“nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento”*. Pertanto in materia di accertamenti di **tossicodipendenza** le norme di riferimento che definiscono le modalità di attuazione di tale obbligo sono:

- > **L'Intesa³ della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007** (pubbl. in G.U. n. 266 del 15.11.2007).

Tale Intesa rappresenta un provvedimento attuativo del disposto contenuto nell'articolo 125 del Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309), ove si prevede che *“gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità*

NOTE

1. La cui rubrica titola “Abrogazione delle leggi”.
2. Eccezione fatta per le leggi temporanee, che vengono emanate per restare in vigore per un periodo limitato di tempo e che quindi riportano l'indicazione della data o comunque del termine allo scadere del quale perderanno efficacia, solitamente le leggi non contengono l'indicazione di una “scadenza” e perdono validità in virtù del meccanismo dell'abrogazione ad opera di un altro provvedimento.
3. Più in generale, l'Intesa Stato-Regioni è un atto regolato dall'art. 3 del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281. Essa è espressa in tutti i casi in cui la legislazione vigente preveda che sia sancita un'“intesa” con la Conferenza Stato-Regioni su una proposta di iniziativa dell'Amministrazione centrale.
4. Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la *sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi*, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001 n. 125.

ta e la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro della sanità, sono sottoposti, a cura di strutture pubbliche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e a spese del datore di lavoro, ad accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio, e, successivamente, ad accertamenti periodici.

2. Il decreto di cui al comma 1 determina anche la periodicità degli accertamenti e le relative modalità.

3. In caso di accertamento dello stato di tossicodipendenza nel corso del rapporto di lavoro il datore di lavoro è tenuto a far cessare il lavoratore dall'espletamento della mansione che comporta rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi.”

Dopo la modifica della Costituzione (art. 117) la competenza in materia è passata alle Regioni, per cui il Decreto Ministeriale previsto dal D.P.R. 309/90 è stato sostituito dalla “Intesa”, come previsto dall'art.8 comma 6 della legge 131/03 (legge di attuazione della legge costituzionale).

Con l'emanazione di tale Intesa si è assistito ad un inquadramento dell'area di operatività della sorveglianza sanitaria, e quindi dell'attività del medico competente, come afferente non solo all'ambito della “salute” ma anche a quello della “sicurezza”, secondo una tendenza già riscontrabile nel citato D.P.R. 309/90 nonché nell'Accordo Stato-Regioni del 16 marzo 2006 sul divieto di assunzione e somministrazione di sostanze alcoliche⁴ e presente altresì nell'attuale definizione di «sorveglianza sanitaria» quale “insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e *sicurezza* dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa” (art. 2 c. 1 lett. m) D.Lgs. 81/08).

Inoltre va rilevato che sono oggetto della tutela apprestata dall'Intesa *l'operatore stesso ed i terzi*, conformemente al principio della sicurezza in sé dell'ambiente di lavoro, che vede come destinatari della tutela tutti coloro che si trovano sul luogo di lavoro in quanto autorizzati o per motivi connessi allo svolgimento dell'attività lavorativa, ed in base al quale *“anche i terzi, quando si trovino esposti ai pericoli derivanti da un'attività lavorativa da altri svolta nell'ambiente di lavoro, devono ritenersi destinatari delle misure di prevenzione.”*⁵

- > **Accordo⁶ della Conferenza Stato-Regioni del 18 settembre 2008** (pubbl. in G.U. n. 236 dell'8 ottobre 2008).

Tale Provvedimento è stato emanato in attuazione dell'art. 8 comma 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2007, che demandava ad un emanando Accordo Stato-Regioni l'individuazione delle “procedure diagnostiche e medico legali, comprese le modalità di prelievo, conservazione e catena di custodia dei campioni” nonché delle “tecniche analitiche più specifiche con le quali effettuare la ripetizione delle analisi,

garantendo affidabilità e uniformità secondo metodiche di qualità condivise”.

In tale contesto, l’Accordo 18 settembre 2008 ha così provveduto a definire (nell’allegato A) le “Procedure per gli 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”.

> **Circolari e delibere Regionali**

A seguito del Provvedimento del 18 settembre 2008, si è assistito ad una ampia produzione a livello regionale di circolari e delibere, e in generale di *atti amministrativi* recanti indicazioni operative e linee di indirizzo in ordine all’applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tali documenti hanno formalmente assunto quanto previsto nell’Accordo 18 settembre 2008, ma talvolta hanno anche proceduto ad integrazioni di carattere tecnico-procedurale e in alcuni casi e per specifici aspetti se ne sono anche parzialmente discostati.

Alcol

In materia di accertamenti di **alcol dipendenza**, a seguito dell’entrata in vigore dell’attuale art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 si è assistito a varie difformità interpretative originate dal generico rinvio operato dal legislatore del testo unico ai *casi e alle condizioni previste dall’ordinamento*.

Sul piano della gerarchia delle fonti, la volontà del legislatore contenuta nella **norma primaria** (art. 41 c. 4) di prevedere la sorveglianza sanitaria in tale ambito deve essere tenuta attentamente in considerazione, soprattutto se tale disposizione viene letta unitamente alle norme che prevedono da un lato che il medico competente “*collabora [...] alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria*” e dall’altro che egli “*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” (art. 25 c. 1 lett. a) e b) D.Lgs. 81/08).

Dall’altra parte il parallelo con le norme sugli accertamenti di assenza di tossicodipendenza, che constano di specifici accordi Stato-Regioni atti a regolare nel dettaglio la materia, ha condotto molti a ritenere che *i casi e le condizioni previste dall’ordinamento* debbano consistere, anche nel caso dell’alcol dipendenza, in specifici accordi Stato-Regioni e a domandarsi fino a che punto si possa far riferimento in tal senso al Provvedimento 16 marzo 2006 che individua sì le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ma ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Sussistono dunque ad oggi ancora divergenze interpretative sul punto.

Ad ogni modo, prima ancora di dare conto di alcuni indirizzi regionali che hanno affrontato il discusso tema della sorveglianza sanitaria finalizzata alla “*verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza*”, occorre ricordare che **in ogni caso sono in vigore nel nostro ordinamento** a partire dal 2001:

> **L’art. 15 Legge 30 marzo 2001, n. 125**

Tale norma, in attuazione della quale è stato emanato il Provvedimento del 16 marzo 2006, prevede che “*i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal Medico Competente o dai medici del lavoro dei servizi di prevenzione delle ASL*”.

> **Il Provvedimento 16 marzo 2006 (pubbl. in G.U. n. 75 del 30 marzo 2006)**

Tale Provvedimento, già citato sopra, contiene l’*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125*.

Alcuni indirizzi regionali

Le divergenze interpretative esposte si riflettono anche negli orientamenti forniti dalle Regioni agli operatori. In via esemplificativa, si riportano di seguito due diversi indirizzi regionali.

Il Gruppo di Lavoro della **Regione Lombardia** che ha elaborato le *FAQ sugli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope negli ambienti di lavoro* (pubblicate nel settembre 2009), si è pronunciato anche sull’applicazione dell’Intesa in materia di divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e si è così espresso:

“Allo stato della normativa la sorveglianza sanitaria comprensiva degli accertamenti per l’identificazione dell’alcoldipendenza non è prevista in quanto l’art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 prevede tali accertamenti “Nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento ...”.

Pertanto, per quanto attiene il consumo di bevande alcoliche sul luogo di lavoro, i riferimenti normativi sono esclusivamente la legge 125/01 e l’Atto d’Intesa conseguente del 16 marzo 2006 che identifica le mansioni in cui si applica l’art. 15 della legge medesima. In entrambi i provvedimenti non viene fatto alcun riferimento all’obbligo di sorveglianza sanitaria prevista dalla normativa. Vengono tuttavia identificati i casi (l’Atto d’Intesa 2006 specifica l’elenco delle mansioni) e le modalità nell’art. 15 delle legge 125/01 in cui si prevede esclusivamente la possibilità per il Medico competente ed i medici dei Servizi di Vigilanza delle ASL (Servizio PSAL) di verificare, attraverso i controlli alcolimetrici, il rispetto del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche durante lo svolgimento dell’attività lavorativa. Pertanto non risulta al momento possibile verificare l’assenza di alcol dipendenza, ma è possibile invece verificare in acuto la sola assunzione o meno di sostanze alcoliche e superalcoliche durante il lavoro.

Va osservato peraltro che l’accertamento di uno stato di alcol-dipendenza, con particolare riguardo ai profili inerenti la capacità nel ruolo e l’esposizione a situazioni di rischio, necessita quantomeno di indagini di laboratorio mirate e valutazioni inerenti la sfera relazionale e comportamentale non certo esauribili secondo i tradizionali modelli di sorveglianza sanitaria in ambito occupazionale.”

Nel rispondere poi al quesito su come possa essere gestito il caso specifico di lavoratori con problemi alcol-correlati, la Regione Lombardia ha precisato che “la norma di riferimento prevede l’effettuazione di test alcolimetrici che consentono l’accertamento immediato di un’intossicazione alcolica acuta, che possono essere effettuati indifferentemente dal medico competente o dalla struttura di vigilanza. A fronte del riscontro di una positività dei test alcolimetrici, a seconda che si tratti di assunzione per autonoma volontà da parte del lavoratore o di somministrazione, pertanto con una potenziale correlazione con l’organizzazione aziendale nel caso siano messe a disposizione bevande alcoliche, si applicano le sanzioni amministrative previste dalla normativa (art.15 comma 4, sanzione da 516 a 2582 Euro). A seguito di una positività ai test alcolimetri inoltre, allo stato attuale della normativa, non risulta possibile da parte del medico competente aziendale l’avvio di una specifica procedura accertativa circa l’idoneità alle mansioni.

È tuttavia facoltà dell’impresa richiedere l’idoneità fisica del lavoratore secondo quanto prevede l’art. 5.”

La **Regione Veneto**, dal canto suo, nelle “Indicazioni operative sulle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di



alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza (D.Lgs 81/2008 - L. 125/2001)”, ha stabilito quanto segue (si riporta solo un estratto):

“Il Datore di Lavoro deve valutare, richiedendo in particolare la collaborazione del medico competente, il rischio legato all’assunzione di alcolici nella propria azienda in base all’elenco delle attività con divieto di assunzione di alcolici contenuto nell’Allegato 1 del Provvedimento attuativo 16 marzo 2006 dell’art 15 della Legge n. 125/2001.

Nelle mansioni non comprese nell’allegato 1, in cui si evidenzia comunque un pericolo alcol correlato di infortunio o per la sicurezza di terzi, la valutazione del rischio potrà mettere in evidenza il rischio da assunzione di alcolici e indicare - specifici interventi di prevenzione.

Nell’ambito delle politiche per la salute e la sicurezza, i datori di lavoro possono definire un regolamento aziendale condiviso con i rappresentanti dei lavoratori, che precisi i comportamenti corretti anche ai fini della verifica alcolimetrica.

Se l’attività lavorativa rientra tra quelle per le quali è indicato un rischio alcol correlato per infortuni o per la sicurezza di terzi, il datore di lavoro deve realizzare azioni di prevenzione specifiche rispetto al rischio. Tali azioni possono comprendere: informazione - formazione, promozione della salute, verifica, *sorveglianza sanitaria* [...]”.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Daniele Ditaranto
Segretario ANMA - Milano

RIFLESSIONI SULL'ARTICOLO DELLA DR.SSA ANNA GUARDAVILLA: IL MEDICO COMPETENTE E LA VERIFICA DELL'ASSENZA DELLE CONDIZIONI DI "DIPENDENZA"

Dall'articolo della Dr.ssa Anna Guardavilla emergono due indicazioni fondamentali:

- "in un'ottica di gerarchia delle fonti giuridiche, l'articolo 41 è la norma primaria alla quale occorre fare riferimento...", norma che, lo ribadiamo, prevede che tutta la sorveglianza sanitaria, esclusa quella richiesta dal lavoratore, sia anche finalizzata, "nei casi e alle condizioni previste dall'ordinamento", alla verifica dell'assenza "di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti"
- il fatto che tuttora non siano state attuate le disposizioni dell'art. 41, comma 4-bis "non significa che le attuali regole...non siano in vigore. Al contrario: esse continuano a rappresentare la base normativa per l'attuazione degli obblighi - penalmente sanzionati - contenuti nel quarto comma dell'art. 41 del testo unico".

Sono questi i punti fermi alla base di ogni ragionamento, ma anche le fonti delle nostre preoccupazioni specialmente a proposito delle criticità implicate nella verifica dell'assenza delle condizioni di alcol dipendenza.

Infatti per la verifica dell'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, nonostante le complicazioni introdotte dalle varie iniziative regionali, i due Provvedimenti della Conferenza Stato-Regioni hanno sostanzialmente delineato le procedure da seguire per l'attuazione degli accertamenti sanitari, per la gestione dei loro esiti ed il percorso che deve seguire il lavoratore successivamente all'accertamento di un suo stato di tossicodipendente da parte del Ser.T.

Invece per la verifica delle condizioni di alcol dipendenza non sono disponibili analoghi atti della Conferenza Stato-Regioni e, come risulta dall'articolo della Dr.ssa Guardavilla, nei vari "atti amministrativi" prodotti sull'argomento dalle Regioni registriamo notevoli differenze nella lettura dei "casi" e delle "condizioni previste dall'ordinamento" con la conseguente determinazione di orientamenti molto diversificati e talvolta dicotomici.

Infatti accanto alla lettura "formale" della Regione Lombardia, c'è quella più "articolata" della confinante Regione Veneto.

Per la prima le condizioni ed i casi previsti dall'ordinamento specifico sull'alcol sono puramente quelli individuati rispettivamente dalle disposizioni dall'art. 15 della Legge 125/01 e dal Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16 marzo 2006.

Queste disposizioni non hanno la finalità di verificare l'assenza di condizioni di alcol dipendenza nei lavoratori "a rischio", non prevedono la loro sorveglianza sanitaria e la conseguente espressione di un giudizio di idoneità e hanno invece fondamentalmente lo scopo di verificare, attraverso i controlli alcoli-metrici, il loro rispetto del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Invece la Regione Veneto, facendo sostanzialmente riferimento alla lettura combinata delle disposizioni degli artt. 25, comma 1, lettere a) e b) e 41, comma 4 del

testo unico, supera l'impasse derivante dall'art. 15 della Legge 125/03, aprendo alla sorveglianza sanitaria finalizzata anche alla verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza.

Naturalmente non compete a noi dire quale delle due letture sia più corretta da un punto di vista giuridico, ma certamente alcune considerazioni possiamo farle.

Innanzitutto dobbiamo convenire sul fatto che la sorveglianza sanitaria per la verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza non può certamente esaurirsi nell'effettuazione di accertamenti di laboratorio basati sull'uso di marcatori in grado di fornire informazioni sull'abuso cronico di alcol.

Infatti la diagnosi di alcol dipendenza richiede anche valutazioni cliniche specialistiche molto più approfondite che vanno al di là dei tradizionali modelli della medicina occupazionale.

Pertanto, considerate anche le implicazioni che una diagnosi di questo tipo può avere per il lavoratore, analogamente a quanto è avvenuto per la diagnosi di tossicodipendenza attraverso il Provvedimento del 18 settembre 2008, è assolutamente necessario che siano definite e condivise le procedure da seguire per l'effettuazione degli accertamenti sanitari di alcol dipendenza e per la gestione dei loro risultati e che sia delineato il percorso che deve seguire il lavoratore dopo la diagnosi di alcol dipendenza.

Speravamo nelle disposizioni dell'art. 41, comma 4-bis per avere queste indicazioni, ma al momento, in carenza della loro attuazione, resta del tutto immutato quel quadro pieno di contraddizioni ed incertezze in cui si è finora mosso il medico competente.

Le criticità non derivano soltanto dalla mancanza di coordinamento nella normativa, ma più in generale sono la conseguenza dei numerosi e contraddittori pronunciamen-

ti via via espressi dagli organi di vigilanza e, soprattutto, della confusione provocata proprio dall'ampia produzione a livello regionale di numerosi "atti amministrativi" (linee guida, orientamenti operativi...).

Ne è conseguita un'incertezza delle "regole del gioco" che non è soltanto generata dalle differenze riscontrabili in questi documenti regionali sui vari aspetti applicativi e organizzativi, ma è anche dovuta al fatto che l'attività ispettiva degli organi di vigilanza si ispira più a questi documenti regionali che agli atti della Conferenza Stato-Regioni nonostante che "la fondamentale rilevanza giuridica" sia "da ricondurre" ad essi.

A questo punto, alla luce di queste esperienze, è lecito chiedersi se sia stata una scelta felice quella di far rientrare la materia della salute e della sicurezza sul lavoro fra quelle di legislazione "concorrente" fra Stato e Regioni.

Questo presupporrebbe che la Conferenza Stato-Regioni fosse finalmente effettivamente in grado di assumersi il ruolo di "soggetto deputato a svolgere una attività di raccordo e di concertazione volta all'armonizzazione dell'azione statale e di quella regionale" e quindi di bloccare le varie spinte regionali alle "personalizzazioni" delle intese e degli accordi precedentemente condivisi nel Comitato Tecnico Interregionale della Conferenza dedicato alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Non possiamo infatti dimenticare che l'applicazione della normativa sulle dipendenze sta comportando per gli addetti ai lavori un grande impegno organizzativo e la necessità di ottimizzare i processi attraverso la loro semplificazione e armonizzazione anche in accordo con le disposizioni dell'art. 30 del testo unico sull'adozione ed efficace attuazione di un modello aziendale per l'organizzazione e la gestione della salute e della sicurezza.



L'ELETTROMIOGRAFIA E L'ECOGRAFIA COME STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEL RISCHIO CDT



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

G. Barral
ANMA Piemonte

Alla fine del 2006 in una importante azienda operante nel settore alimentare come salumificio si è deciso di iniziare ad eseguire un monitoraggio specifico di tutte le persone potenzialmente esposte al rischio di CTD (Cumulative Trauma Diseases) mediante ecografia articolare ed elettromiografia.

Nel triennio 2007-2009 sono stati valutati, in alcuni casi in modo periodico, i lavoratori esposti con ecografia articolare dei polsi, dei gomiti e delle spalle mirata all'individuazione di eventuali danni tendinei nelle suddette articolazioni e alla valutazione della eventuale compressione del nervo mediano al polso; con l'elettromiografia si è provveduto a misurare a livello del polso la velocità di conduzione motoria e sensitiva del nervo mediano e la velocità di conduzione sensitiva del nervo ulnare.

MATERIALI E METODI

Per i danni tendinei articolari è stata utilizzata la classificazione a punteggio elaborata da Violante et al. (2000) presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Bologna e ripreso dalle Linee Guida SIMLII:

1) Disomogeneità strutturale del fascio tendineo

Si valuta la contemporanea presenza di immagini anecogene o ipoecogene, di forma irregolare e di dimensioni variabili, isolate o parzialmente confluenti, e di strie iperecogene che interrompono la normale struttura lineare a fibre parallele del fascio stesso. Le immagini devono essere ricercate e confermate in entrambe le scansioni, longitudinale e trasversale.

- 2 ☐ Presente senza dubbio
- 1 ☐ Presente in modo appena apprezzabile
- 0 ☐ Assente

2) Ispessimento della guaina tendinea

È rilevato dalla presenza di una banda marginale iperecogena rispetto all'ecogenicità del tendine. La banda iperecogena può essere chiaramente distinta e deve avere uno spessore di almeno 1 mm. L'esame deve essere condotto in entrambe le scansioni, longitudinale e trasversale.

- 2 ☐ Presente senza dubbio
- 1 ☐ Presente in modo appena apprezzabile
- 0 ☐ Assente

3) Calcificazioni tendinee

Si valuta la presenza di una o più aree iperecogene di forma irregolare e dimensioni variabili con o senza cono d'ombra nella compagine del tendine.

- 3 ☐ Presenti in più tendini
- 2 ☐ Presenti in un tendine
- 0 ☐ Assenti

4) Falda di essudazione sierosa fra i foglietti sinoviali

Si valuta la presenza di una rima anecogena che circonda il profilo dei tendini in scansioni trasversali. Nella scansione longitudinale il tendine è delimitato su entrambi i lati da immagini lineari anecogene che devono possedere uno spessore minimo di 1 mm.

- 3 ☐ Presenti in più tendini
- 2 ☐ Presenti in un tendine
- 0 ☐ Assenti

La somma dei valori sopra elencati fornisce un punteggio che viene così valutato:

- 0-2 esame negativo
- 3 esame dubbio
- 4- ≥4 esame positivo

Per la valutazione dei risultati elettromiografici si è utilizzata la classificazione proposta dal Gruppo Italiano per lo studio della Sindrome del Tunnel Carpale che classifica (4) la patologia nel seguente modo:

- STC estrema: assenza di risposta motoria tenar;
- STC grave: assenza di risposta sensitiva nel tratto dito polso con DML (latenza distale motoria) aumentata;
- STC media: rallentamento della conduzione sensitiva nel tratto dito-polso con aumento della DML;
- STC lieve: rallentamento della conduzione sensitiva nel tratto dito-polso con DML nella norma;
- STC minima: reperti anormali solo nei test comparativi o segmentari;
- STC negativa: reperti normali a tutti i test.

All'esame elettromiografico si è provveduto ad associare l'esame obiettivo con la ricerca di positività per i segni di Tinel e Phalen e si è eseguita un'anamnesi mirata alla individuazione di fattori predisponenti extralavorativi e alla classificazione di eventuali sintomi soggettivi secondo la stadiazione clinica proposta da Giannini e collaboratori nel 2002:

- stadio 0: nessun sintomo suggestivo di STC;

- stadio 1: solo parestesie notturne;
- stadio 2: parestesie diurne;
- stadio 3: deficit sensoriale;
- stadio 4 ipotrofia e/o deficit motorio dei muscoli dell'eminanza tenar che sono innervati dal n. mediano;
- stadio 5: completa atrofia o plegia dei muscoli dell'eminanza tenar che sono innervati dal n. mediano

In contemporanea si è provveduto ad approfondire il rischio con la valutazione OCRA index nei casi in cui gli indicatori di rischio rendevano necessario l'approfondimento.

RISULTATI

Sono state complessivamente eseguite n°238 ecografie a 152 lavoratori; 157 ecografie sono risultate negative mentre 81 sono stati i casi con punteggio superiore a 0 di cui solo due con punteggio patologico (uguale o superiore a quattro); due sono state le compressioni del mediano rilevate all'eco del polso, mentre non sono state individuate compressioni in 231 casi (in 5 casi non c'è stata menzione nel referto di presenza o assenza di segni di compressione).

Le elettromiografie studiate sono state in totale 254 eseguite a 147 pazienti; 158 sono risultate normali e 96 sono risultate patologiche.

Dal punto di vista della sintomatologia in totale (casi con descrizione di sintomi tipici e di descrizione di sintomi atipici) sono state individuate 30 elettromiografie associate a casi sintomatici (3 casi erano associati a patologie della tiroide), viceversa i non sintomatici sono stati 201 (di cui 4 con patologie della tiroide); in 23 casi non è stata registrata la sintomatologia durante l'esame.

I casi sintomatici e positivi all'elettromiografia sono stati 24 (su un totale di 30 sintomatici: sei casi avevano una elettromiografia normale). Due sono stati i casi sintomatici positivi all'elettromiografia ed anche positivi all'ecografia.

CONCLUSIONI

Dai dati sembra emergere che il numero di soggetti con esame positivo per tunnel carpale è di gran lunga superiore a quelli sintomatici e ancor di più rispetto ai positivi all'ecografia.

Questa osservazione può in parte spiegare il motivo per cui in letteratura vi è spesso una notevole discrepanza

recentemente condotto all'attuale orientamento del nostro profilo professionale:

- elaborazione della definizione di Medico Competente da parte dell'ANMA nel 1990, ancora oggi estremamente attuale soprattutto nella parte che ne individua l'inserimento a pieno titolo nelle dinamiche aziendali;
- definizione giuridica della figura del MC introdotta dal recepimento della normativa europea (D.Lgs. 277/91), con peculiari titoli accademici e connotato da compiti non precipuamente sanitari, che già richiamano esigenze formative interdisciplinari;
- ampliamento del perimetro della "competenza" a medici non specialisti (art. 55/277), con provata esperienza pluriennale sul campo, ma con disomogenei criteri di riconoscimento in ambito nazionale dell'adeguatezza delle conoscenze, e necessità quindi - da più parti espressa - di una loro riqualificazione, mai attuata a tutt'oggi secondo standard condivisi;
- contestuale svolta normativa e di metodo, che ha portato dalla presunzione alla valutazione multidisciplinare del rischio, con richiesta di partecipazione attiva del MC (ancora a tutt'oggi carente) in un sistema basato sull'autocertificazione e sull'autocontrollo;
- una progressiva tendenza a delineare concetti più estensivi di salute, sicurezza e tutela negli ambienti di lavoro, che riguardano le persone ma anche le attrezzature, gli impianti, la gestione dei rifiuti, il rispetto dell'ambiente esterno, con adeguamenti organizzativi che mirano alla gestione integrata e sinergica dei processi;
- conseguente elaborazione e diffusione di standard nazionali ed internazionali per la gestione in qualità delle tematiche di salute e di sicurezza in azienda (BS 8800, OHSAS 18000: 1999; VCA/SCC: 1997; SGS per aziende a rischio di incidente rilevante di cui al D.Lgs. 334/99; UNI-INAIL: 2001; OHSAS 18001: 2007, OHSAS 18002: 2009), nonché per la certificazione in tema di responsabilità sociale dell'impresa (SA 8000), che vedono un significativo coinvolgimento del MC;
- affermazione di un profilo psico-attitudinale del MC necessariamente orientato su diverse aree di interesse professionale (gestionale/organizzativa, igienistica, tecnico-ergonomica, giuridico-legislativa, socioeconomica e relazionale, ecc.);
- più in generale l'esigenza sempre crescente di qualità nei servizi prestati nel mondo delle professioni in genere, ed in quello delle prestazioni sanitarie in particolare, con particolare attenzione al rispetto dei codici deontologici;
- comparsa del D.Lgs. 229/99 ("Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419") e del successivo D.M. 05/07/2000, che introducono l'obbligo della formazione continua e dell'aggiornamento professionale ECM;
- tutela del ruolo, della figura e della professionalità del MC da parte dell'ANMA che si articola anche con lo sviluppo di una politica associativa sulla qualità delle prestazioni (Padova, 2000), e sulla certificazione ISO 9001 dell'Associazione;
- promozione di attività ed iniziative associative ANMA di aggiornamento professionale come provider ECM: formazione ed aggiornamento come primo strumento per la qualità della professione (Bologna, 2001);
- termine del periodo sperimentale della formazione ECM al 31/12/2007 (Accordo Stato-Regioni del 01/08/2007: "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina") e previsione di un programma triennale di aggiornamento professionale 2008-2010 con 150 crediti formativi, secondo la seguente ripartizione: 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno);
- inserimento, tra i requisiti professionali di legge del MC, della partecipazione al programma di ECM con la precisazione della quota percentuale del 70% di crediti da acquisire in aggiornamenti della disciplina "medicina e sicurezza degli ambienti di lavoro" (art. 38, comma 3 D.Lgs. 81/08).

6. Trasformazioni del mondo del lavoro ed analisi del fabbisogno formativo

Riteniamo importanti, ed a volte determinanti, nel condizionare la domanda odierna di formazione ed aggiornamento professionale del medico, le profonde trasformazioni del mondo del lavoro, alle quali abbiamo assistito negli ultimi anni e che vanno a connotare l'attuale economia "post-industria-

le".

Concettualmente riteniamo infatti che il binomio "Medicina del Lavoro" non possa scindersi neanche nell'approfondimento delle conoscenze: le novità della disciplina medica non possono calarsi proficuamente nell'impresa se non si conoscono e si interpretano al meglio le mutazioni tecnologiche, gestionali, socioeconomiche del mondo del lavoro.

Anche qui in estrema sintesi si tenta di elencare gli aspetti più significativi:

- una progressiva scomparsa dei più tradizionali e grossolani rischi del settore manifatturiero, con progressiva attenuazione dei quadri clinici di patologia professionale;
- il ricorso a nuove tecnologie, nuove sostanze chimiche ed a processi industriali sempre più automatizzati;
- il progressivo spostamento della forza lavoro verso il settore terziario e dei servizi alla persona;
- la prevalenza dei lavori ripetitivi, ovvero di lavori con ritmi serrati, con scarso controllo sul prodotto, o ancora di attività con stretto contatto con la clientela;
- l'importanza crescente quindi della salute psichica e dell'affaticamento mentale nelle strategie di prevenzione volte a garantire un miglioramento delle condizioni di sicurezza;
- la globalizzazione e l'integrazione dei mercati, la polverizzazione della grande azienda (con accentuazione della storica frammentazione del tessuto produttivo italiano), lo sviluppo di una concorrenzialità e competitività esasperata tra le imprese, conseguente compressione del costo del lavoro, e tendenza a considerare come una diseconomia le iniziative di tutela e sicurezza;
- la progressiva osmosi delle problematiche di salute tra ambienti di lavoro ed ambiente di vita, e conseguente incremento dei costi sociali collegati alle work related diseases, a patogenesi multifattoriale - non esclusa quella psicosomatica - che richiamano l'esigenza di strategie di prevenzione che puntano anche sulla promozione complessiva della salute e degli stili di vita, nonché su una proficua *work/family & personale life balance*;
- i processi di decentramento produttivo con comparsa di figure anomale di lavoratori (a domicilio, telelavoratori, mobile workers, ecc.) che sfuggono a strumenti tradizionali di verifica degli standard di sicurezza;
- la dirompente flessibilità imposta nella nuova organizzazione del lavoro, che moltiplica l'impiego di risorse "atipiche" (temporanei, somministrati, part-time, immigrati, ecc.) con permanenze limitate in azienda, scarsa motivazione dettata dal mancato senso di appartenenza, e poca o nulla sensibilità sui temi della sicurezza;
- la recente emergenza dettata dall'orientamento giuridico di privilegiare la *sicurezza collettiva sulla strada, e quella dei terzi presenti negli ambienti di lavoro*, con la necessità di finalizzare la sorveglianza sanitaria delle mansioni ad alto rischio infortunistico alla verifica dell'assenza di alcool- o tossicodipendenza (art. 41, comma 4 D.Lgs. 81/08, L. 125/01; DPR 309/90; Provvedimento 16 marzo 2006; Conferenza Unificata Seduta del 30 ottobre 2007: Schema di intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza)

Quanto detto (ed altro) si confronta con adempimenti medico-legali rimasti relativamente ancorati a vecchie normative (T.U. sulle malattie professionali), ovvero ad indicazioni diagnostiche non sempre supportate da orientamenti condivisi (D.M. 14 gennaio 2008).

7. Metodo ed obiettivi

L'attività formativa dovrà ispirarsi ai principi fondamentali dell'ECM che individuano (e privilegiano) come priorità:

- l'acquisizione di conoscenze scientifiche aggiornate;
- lo sviluppo di abilità tecniche o manuali;
- le capacità di comunicazione e relazionali.

Partendo da questi presupposti si ritiene che quello che segue sia "un prodotto" che possa indirizzarsi ad un target universale: liberi professionisti, medici dipendenti, collaboratori di Società di Servizi, medici competenti del SSN.

Come punto di partenza si ritiene necessario, partendo da una sintesi dell'evoluzione storica del ruolo, attualizzare le conoscenze sui compiti e le responsabilità del sanitario in azienda, integrando le conoscenze di base, enfatizzando le innovazioni legislative e concettuali che caratterizzano oggi questa figura.

Peraltro l'ECM è uno strumento attraverso il quale qualsiasi operatore sanitario deve riqualificare la sua professione, e quindi si ritiene indispensabile richiamare i destinatari - ognuno con diverse connotazioni professionali e diversi gradi di conoscenza dei singoli temi - sul tema della qualità delle prestazioni e del miglioramento continuo.

Appare quindi necessario delineare percorsi formativi su livelli diversi (di base, di approfondimento e di eccellenza), nei quali gli stessi argomenti possono essere propedeuticamente trattati in modo progressivamente più analitico, ovvero nei quali si affrontano temi diversi, sulla base di un crescente livello di complessità.

Non dimenticando che il MC è inserito a pieno titolo in un'organizzazione funzionale, con la quale deve colloquiare e solo grazie alla quale può esprimere l'efficacia e l'efficienza delle proprie prestazioni, il nostro aggiornamento non può trascurare aree formative più tipiche di altre figure professionali. L'obiettivo di parlare un linguaggio comune in azienda si persegue anche abbandonando visioni troppo settoriali di una materia, che di per sé è multidisciplinare.

D'altronde è quanto da tempo è stato reso obbligatorio dal D.Lgs. 195/03 per la formazione di RSPP & ASPP, i cui programmi ministeriali richiamano molti temi di medicina del lavoro.

Pertanto rientra nei nostri obiettivi sviluppare ed implementare conoscenze ed interesse nei campi dell'organizzazione del lavoro, della comunicazione e delle relazioni industriali, dell'igiene industriale, della qualità, ecc. ecc.. oltre che ovviamente dell'ergonomia.

Riteniamo che il modello di medico competente che ANMA ha delineato, promosso, ed a più riprese migliorato (e che in larga parte ha trovato corrispondenza nell'attuale normativa del D.Lgs. 81/08), sia destinato a deteriorarsi ed a rendersi obsoleto nel tempo se non opportunamente sottoposto a "manutenzione" ed "aggiornamento". Coloro che si riconoscono in questo profilo professionale debbono quindi riconoscere nell'ANMA il riferimento più immediato e qualificato per sostenere il loro capitale di conoscenze, e l'ANMA a sua volta deve rispondere (secondo Statuto) a questo fabbisogno formativo in termini di qualità di offerta e facilità di accesso.

Già in passato le difficoltà tecnico-professionali derivanti da un disomogeneo livello di competenze nel territorio, sono state individuate come un nodo problematico nel processo di armonizzazione dei comportamenti. La formazione continua che risponda a criteri di eccellenza eleva evidentemente i livelli di qualità, rappresentando la risposta migliore per contribuire alla tutela della figura del MC che si propone come partner a tutto campo per l'azienda, ma anche come imprenditore di se stesso, che deve quindi saper giustificare anche economicamente il suo ruolo.

Una particolare attenzione riteniamo vada posta alla realtà delle PMI e dell'artigianato, storicamente l'anello debole della prevenzione in Italia, dove vanno ricercate soluzioni organizzative che non sviscerino l'impianto concettuale posto alla base di un modello di "eccellenza" del Medico Competente. Proprio in quest'ambito più critico - anzi - ci si gioca l'attendibilità di un profilo professionale, che, oltre agli obiettivi di efficacia ed efficienza, deve a nostro avviso svolgere un ruolo di promozione della cultura della sicurezza.

L' ECM TRA PRESENTE E SFIDE FUTURE

1. Il nuovo Regolamento ECM

L'attività educativa che serve a mantenere, sviluppare ed incrementare le competenze e le performance degli operatori sanitari (ECM) è stata introdotta in Italia con il D.Lvo 229/99 ed è stata concretamente implementata in tutto il Paese dal 2002, ed ulteriormente regolata dall'accordo Stato/Regioni del 1/08/2007.

Il 5 Novembre 2009 la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Provincie

Autonome di Trento e di Bolzano ha siglato un Accordo che sancisce un cambiamento epocale delle modalità di accreditamento degli eventi ECM.

Si è difatti approvato il documento recante "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti" (Rep. Atti n. 192 esr del 5/11/2009).

Esso aprirà una nuova stagione per l'ECM a livello nazionale, la cui regolamentazione andrà presumibilmente a regime a partire dal 2011, che sarà sicuramente un impegnativo banco di prova per tutti i Provider già riconosciuti come ANMA.

Difatti tra le novità più rilevanti c'è il riaccreditamento degli stessi Provider (organizzatori e produttori di formazione ECM) e la conseguente *assegnazione diretta* da parte loro dei crediti formativi. Inutile dire che questa discrezionalità sarà concessa solo a quegli Enti che dimostreranno adeguata organizzazione, rigore qualitativo nell'offerta formativa, trasparenza gestionale, indipendenza da interessi commerciali, al fine di garantire una formazione efficace, efficiente ed indipendente.

Viene difatti ribadito il concetto che la Formazione Continua è uno strumento strategico per migliorare la qualità complessiva del SSN ed in genere dell'assistenza sanitaria nel Paese.

Nella tabella 1 sono identificate le 10 tipologie di modalità di formazione/apprendimento previste dalle nuove regole.

Si precisa inoltre che le modalità di cui al punto 2 (Convegni, Congressi, Simposi, Conferenze), al punto 5 (Gruppi di miglioramento ecc.), al punto 6 (ricerca), ed al punto 10 (docenza, tutoring) non può eccedere complessivamente il 60% del monte crediti triennale ottenibile dal singolo operatore (90 su 150).

Sono inoltre stati stabiliti i criteri con i quali i Provider assegnano i crediti ai singoli eventi, privilegiando ovviamente gli eventi con numero limitato di partecipanti (oltre i 50 si perdono bonus di accreditamento), con particolare riguardo alla Formazione sul Campo (FSC) accompagnata da attività di tutoraggio personalizzato.

Rimandando per i dettagli tecnici alla lettura dell'abbondante documentazione prodotta dalla Commissione Nazionale in data 13/01/2010, ci limitiamo a sottolineare la preferenza data nell'assegnazione dei crediti alla *formazione residenziale interattiva (RES)* - 1,5 crediti/ora - nella quale i partecipanti svolgono un ruolo attivo, con un ampio livello di interazione con i docenti.

2. Liberi professionisti ed ECM

Un accenno va fatto alla categoria di operatori sanitari maggiormente rappresentata tra i soci ANMA, per i quali già il precedente Accordo Stato/Regioni del 1 agosto 2007 prevedeva che: "Anche i liberi professionisti sono impegnati ad assolvere l'obbligo della formazione continua, essendo eguali le loro responsabilità deontologiche e legali nei confronti dei pazienti e della qualità delle presta-

Tabella 1

1. FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)
2. CONVEGNI E CONGRESSI
3. FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA (RES)
4. TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)
5. GRUPPI DI MIGLIORAMENTO O DI STUDIO, COMMISSIONI, COMITATI (FSC)
6. ATTIVITÀ DI RICERCA (FSC)
7. AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE (FSC)
8. AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD)
9. AUTOAPPRENDIMENTO CON TUTORAGGIO (FAD)
10. DOCENZA E TUTORING + ALTRO

zioni sanitarie erogate”, ancorchè la programmazione della loro formazione debba essere svolta da “...*apposite Commissioni degli Ordini e dei Collegi professionali che siano diretta espressione delle specifiche professioni o profili professionali coinvolti*”.

Il presente Accordo del 05/11/2009 indica per i liberi professionisti un possibile percorso agevolato relativamente a:

- *Costi sopportati* per la formazione, per i quali è necessario individuare adeguati istituti di supporto;
- *Debito complessivo dei crediti* formativi, da intendersi in termini di qualità e modalità blended di acquisizione (NdR: il MC evidentemente sfugge a tale eventualità riconducendosi la sua formazione alle modalità sancite dall’atr. 38, c.3)
- *Obiettivi formativi*, i quali debbono discendere direttamente dalle esigenze formative riconosciute di interesse nazionale, con attivo coinvolgimento quindi degli Ordini, Collegi ed Associazioni Professionali territoriali.

3. L’ANMA come provider ECM

Un grande sforzo organizzativo attende l’ANMA nell’anno in corso per ri-accreditare la propria struttura secondo le nuove regole, allo scopo di rendersi soggetto attivo e qualificato a realizzare eventi formativi *a livello nazionale, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai propri partecipanti*.

È previsto che l’Ente centrale (Commissione Nazionale ECM) conceda un accreditamento provvisorio della durata max. di 24 mesi, il quale decade automaticamente se non si ottiene l’Accreditamento Standard, della durata di 4 anni, richiedibile dopo almeno un anno dall’aver ottenuto quello provvisorio. Sarà inoltre predisposto un Albo Nazionale dei Provider ECM, comprensivo di tutti i soggetti accreditati per la formazione a livello nazionale, regionale e provinciale

L’accreditamento è soggetto a *revoca*, temporanea o definitiva, in caso di violazioni degli adempimenti previsti e del mancato rispetto delle regole imposte dall’Ente accreditante. Al riguardo sembra opportuno ribadire - nell’interesse di tutti - la necessità di mantenere estremo rigore nell’effettiva partecipazione degli operatori, nella valutazione della qualità percepita in termini di organizzazione, tempi di svolgimento e congruità dei contenuti con i programmi, nonché nella valutazione dell’efficacia della formazione con i test di apprendimento, e, non ultimo, sull’indipendenza da interessi commerciali.

Gli obiettivi formativi dovranno rispondere ad esigenze legate:

- a) alla specifica professione e/o disciplina di appartenenza (per il MC Medicina del lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro), come obiettivi formativi *tecnico-professionali*;
- b) al miglioramento della qualità, efficienza ed efficacia, nonché dell’appropriatezza e della sicurezza dei comportamenti all’interno dei processi di produzione (*obiettivi di processo*);
- c) al miglioramento della qualità, efficienza ed efficacia, nonché dell’appropriatezza e della sicurezza degli interi sistemi sanitari (*obiettivi di sistema*), con evidenti necessità quindi di sviluppare competenze interprofessionali.

Riteniamo che la figura del MC si presti naturalmente a sviluppare quegli obiettivi di formazione di interesse nazionale che privilegiano la prevenzione primaria, la promozione della salute, la capacità di collaborazione ed integrazione interprofessionale, la cultura e la pratica della sistematica valutazione della qualità dei processi, degli esiti e della qualità percepita dei servizi resi, la consuetudine alle tecniche di audit per il mantenimento del circuito del miglioramento continuo, l’applicazione delle buone pratiche professionali ed in particolare dell’Evidence Based Practice.

L’ANMA ritiene in questa prima fase di consolidare il suo accreditamento come Società Scientifica che opera a livello nazionale nella formazione dello specifico settore della Medicina del Lavoro, all’interno dell’area di riferimento *Sicurezza degli ambienti e dei luoghi di lavoro e/o patologie correlate* (n. 27), riferendosi ad un target esclusivo di professionisti medici. Pur riservandosi inoltre di verificare l’opportunità di sviluppare la Formazione sul Campo (FSC) e quella a distanza (FAD), al momento si ritiene di continuare ad operare nel campo della Formazione Residenziale (RES) con Convegni, Corso e Seminari, privilegiando il rigore qualitativo e la facilità di accesso agli eventi.

Naturalmente si cercherà di continuare a fruire - secondo regole di correttezza, adeguata pianificazione, e trasparenza amministrativa - delle opportunità di sponsorizzazione che il nuovo Regolamento contempla, in virtù anche dell’esigenza acclarata di rivedere le precedenti restrizioni legate ai possibili conflitti di interesse, nella convinzione condivisa che l’intervento correttamente gestito degli sponsor sia un’opportunità di sviluppo per tutto il sistema.

4. Iniziative ANMA 2010

La proposta per il 2010 della Commissione Scientifica e del GdL ECM dell’ANMA è un percorso formativo che possa riproporre l’articolazione plurimodulare con alternanza di lezioni frontali ed esercitazioni, nell’arco di quattro giornate monotematiche di 8 ore, alla quale si aggiunge una mezza giornata di 4 ore prevalentemente a carattere esercitativo.

L’aggiornamento prevede quindi un totale di 36 ore complessive, con lo scopo di consentire il conseguimento una quota di crediti quanto più vicino al 70 % di quelli previsti per l’anno in questione.

Gli argomenti da approfondire nel corso in oggetto saranno trattati tenendo sempre presente una figura di MC moderno, globale, orientato ad aspetti valutativi, formativi, organizzativi, di gestione economica del ruolo, ed avendo sempre presente alcune variabili importanti - da considerare come *elementi in comune* in tutti i temi proposti - utili per l’efficace applicazione delle norme, quali:

- a) il mondo delle PMI
- b) i prevalenti modelli contrattuali del MC
- c) la presenza di categorie speciali di lavoratori (temporanei, stranieri, apprendisti, disabili, ecc.)
- d) l’orientamento al problem solving nelle situazioni più critiche legate all’idoneità lavorativa (casi-discussione, ecc.)
- e) l’enfasi da conferire - pur nel rispetto della normativa vigente - agli aspetti sostanziali e non formali dell’azione del MC, con spunti di *originalità e proposte* rivolte ad una Prevenzione basata sull’efficacia.

I contenuti della formazione 2010 rispondono come consuetudine alla necessità di sviluppare diverse aree di competenza, schematicamente individuabili in:

- a) capacità comunicative - -formative - relazionali
- b) capacità di valutazione dei rischi negli ambienti di lavoro
- c) capacità clinico-diagnostiche

Tenuto conto del Corso di aggiornamento di Trani già svolto in data 29 e 30 Gennaio 2010, sul tema della *valutazione e gestione dei rischi da fattori psicosociali*, degli argomenti già fissati per il prossimo Congresso Nazionale ANMA di Venezia, (la diagnostica per immagini, la prevenzione e la riabilitazione nelle cardiopatie, il settore lavorativo delle scuole per l’infanzia), dei sondaggi effettuati da vari segretari regionali sul fabbisogno formativo, nonché dei pareri emersi nel corso (ed a seguito) dell’ultimo Consiglio direttivo ANMA del 16/01/2010, si è ritenuto di concentrare l’attenzione sui seguenti temi:

MODULO n. 1

1) Vaccinazioni in ambiente di lavoro alla luce del D.Lgs. 81/08 e s.m.i

La recente enfasi data dal Legislatore alla promozione della salute (art. 25, comma 1 del D.Lgs. 81/08), che conferma quel ruolo con ambiti sempre più ampi di competenza promosso da anni dall’ANMA, indirizza con maggiore forza le politiche di prevenzione nelle imprese verso interventi di profilassi che rispondano alle necessità di corretta gestione della salute pubblica e di ridurre il peso sociale dei fenomeni pandemici.

La *vaccinazione/immunizzazione* è uno degli interventi sanitari con il migliore rapporto costo-benefici, soprattutto quando può interessare in maniera controllata popolazioni a maggior rischio di contrarre malattie infettive e di diffonderle a sua volta. In questa ottica gli ambienti di lavoro che operano nell’ambito dei Servizi essenziali alla collettività (Sanità, Trasporti Pubblici, Energia, ecc.) rappre-

sentano da sempre un ambito privilegiato di intervento.

La giornata si prefigge quindi di sviluppare le conoscenze ed i più attuali orientamenti circa:

- a) *I riferimenti normativi attuali per le vaccinazioni nei luoghi di lavoro*
- b) *I settori lavorativi più esposti*
- c) *La valutazione del rischio biologico*
- d) *Lavoratori stranieri e lavoratori all'estero*
- e) *La promozione della salute negli ambienti di lavoro: criteri generali di scelta e di esecuzione delle attività*
- f) *Gli interventi di profilassi vaccinnica nelle epidemie stagionali e nelle pandemie*
- g) *Esercitazione: "Redazione di una procedura per l'esecuzione di una campagna vaccinale in un'azienda addetta a servizi essenziali per la collettività"*

MODULO n. 2

2) Come formare i formatori per i soccorritori aziendali

Corso per Medici Competenti formatori BLS-D: dalle tecniche di comunicazione a quelle esercitative. Il Medico Competente "...collabora all'attività di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori ed alla organizzazione del servizio di primo soccorso" (art. 25, comma 1 D.Lgs. 81/08).

Pertanto il Corso di primo soccorso ex DM 388/2003 rappresenta uno strumento di lavoro imprescindibile per rendere efficace tale collaborazione e fare in modo che vengano trasferite ai lavoratori nozioni tecniche valide, ma anche orientate specificamente sui rischi e sulle organizzazioni delle singole realtà lavorative.

Il modulo è finalizzato a gettare le basi per approfondire le conoscenze tecniche sulle manovre di primo intervento rianimatorio, sul corretto utilizzo dei defibrillatori semiautomatici (DAE), ma soprattutto per condividere gli aspetti concettuali di metodo, il profilo giuridico di responsabilità, l'organizzazione ed il corretto dimensionamento del Primo Soccorso aziendale.

Inoltre il tema si presta evidentemente ad una opportunità di collaborazione con le strutture territoriali preposte all'Emergenza (ASSLL, 118, IRC, CRI, ecc.), che potranno - in successive giornate di formazione - consentire di acquisire le necessarie tecniche formative ai Medici Competenti interessati a diventare *Istruttori riconosciuti di BLS-D*.

In effetti, pur non rendendo obbligatoria la pratica dei defibrillatori negli ambienti di lavoro non sanitari, la normativa è comunque orientata ad una maggiore diffusione della cultura dell'emergenza nella collettività, ed in questo il MC può sicuramente proporsi con un ruolo tecnico ed organizzativo privilegiato.

MODULO n. 3

3) Il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori: dalla valutazione del rischio alla riabilitazione

Da anni ormai si assiste alla progressiva diffusione della problematica legata ai movimenti ripetitivi degli arti superiori in molti settori lavorativi, tanto che l'importanza sul piano economico ed assicurativo delle conseguenti Work related Musculo Skeletal Disorders (WMSDs), nonché l'attenzione sul tema degli Organi di Vigilanza, è da tempo particolarmente sentito nelle aziende.

Tuttavia si ritiene che non vi sia ancora sufficiente conoscenza del possibile contributo che il Medico Competente (MC) può dare alle diverse metodologie di Valutazione del Rischio, alle modalità di informazione e formazione degli addetti, alla progettazione ergonomica della postazione lavorativa, alla stessa organizzazione del lavoro, e soprattutto al recupero del lavoratore affetto da WMSDs.

Nella giornata si ritiene inoltre utile dare enfasi alla conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base di tale patologie, ai quadri clinici più significativi, alle corrette modalità di svolgimento di esami obiettivi mirati al riconoscimento dei sintomi precoci.

Imprescindibile quindi un confronto interdisciplinare con specialisti ortopedici e/o fisiatri che aiutino il MC nell'elaborazione di un corretto protocollo di indagini, e nel guidarlo nella giusta valutazione degli esami diagnostici neurofunzionali e di imaging.

L'obiettivo finale è quello di fare il punto sullo stato dell'arte delle conoscenze sul tema, ma anche di

orientare il MC nel delicato compito della formulazione dei giudizi di idoneità e nel recupero lavorativo dei soggetti con vari gradi di menomazione.

Anche in questo modulo si privilegerà l'aspetto esercitativo sui casi clinici: semeiotica, diagnosi differenziale e pratiche riabilitative tramite il confronto con lo specialista.

MODULO n. 4

4) Il sopralluogo negli ambienti di lavoro: il processo del controllo periodico

Alcune fasi di lavoro del MC, inserite negli obblighi di legge, ma anche e soprattutto tra gli indicatori di qualità del suo mestiere, meritano un approfondimento ed uno sforzo di inquadramento organico.

Tra questi si ritiene che il sopralluogo negli ambienti di lavoro rivesta un ruolo centrale: è concettualmente il momento iniziale di conoscenza dal quale prendono spunto le strategie di prevenzione del MC e del SPP, ma è anche il primo impatto che il MC affronta con il sistema impresa, al quale deve dare immediatamente il segnale di una valida collaborazione alle procedure di VdR.

Dunque "un biglietto da visita" del MC che merita tutti gli sforzi possibili per essere reso organicamente come una parte essenziale della Medicina d'Azienda, ed impostarlo come un processo continuo di controllo delle condizioni di lavoro, che vada possibilmente al di là dell'uso di checklist.

Le basi teoriche sono date dai riferimenti normativi, dalla letteratura e dalle norme tecniche, dall'esperienza di buone prassi maturate sul campo e da una fattiva collaborazione interdisciplinare con le figure tecniche.

Sul piano pratico è prevista l'esposizione di esempi specifici di interventi sui luoghi di lavoro per alcuni settori lavorativi.

In particolare lo schema di intervento per sviluppare gli interventi di audit interno viene rappresentato e descritto con la successione delle fasi di:

- a) Programmazione
- b) Esecuzione
- c) Azioni migliorative
- d) Commento e rendicontazione

In chiave sempre pratica appare inoltre utile abbinare al tema in questione anche quello legato alla partecipazione del Medico Competente alla riunione di sicurezza, sia per la logica necessità di rendicontazione delle attività di sopralluogo svolte, sia come logico corollario ai temi sulla comunicazione già trattati nelle precedenti edizioni del Corso.

Al presente modulo (della durata complessiva di 12 ore) viene abbinata una mezza giornata di lavoro da svolgere direttamente "sul campo" con un sopralluogo guidato in Azienda, con un ciclo lavorativo sufficientemente articolato, a seguito del quale i discenti elaboreranno in aula un report sul quale saranno evidenziate le eventuali criticità e suggerite le azioni correttive.

XXIII CONGRESSO ANMA



**DALLA TUTELA
ALLA PREVENZIONE
DELLA SALUTE.**

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

DATA DELL'EVENTO: giovedì 10, venerdì 11 e sabato 12 giugno 2010

LUOGO E SEDE DEL CONVEGNO:

VENEZIA - Auditorium Terminal passeggeri marittima, Fabbricato 248 - Venezia

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 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 e culturali. 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 proprio 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 una risorsa da non abbandonare.

In questo Congresso intendiamo contribuire alla promozione della salute attraverso l'esplorazione di alcuni temi:

- la sostenibilità del modello sociale italiano che deve anche valutare i vantaggi economici della prevenzione e gli svantaggi della sua mancata applicazione, non solo per le aziende ma per l'intera collettività;
- la corretta gestione del cardiopatico sul lavoro attraverso l'analisi dei comportamenti e degli stili di vita del lavoratore che ha una ricaduta riconosciuta non solo sul suo reinserimento, ma soprattutto sulla favorevole evoluzione del quadro clinico;
- 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 come la Scuola e nel nostro esempio quella per l'infanzia, con nuove metodologie di valutazione e gestione dei rischi;
- la collaborazione con le altre discipline mediche e con la medicina di base, come il caso della diagnostica radiologica di patologie invalidanti quali le malattie polmonari e quelle dell'arto superiore, per realizzare un network finalizzato al miglioramento della qualità di vita del lavoratore.

Si consolida la missione del medico competente che, come recita l'articolo 1 del nostro "Codice di Comportamento" pubblicato nel 1997, 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.

SEGRETERIA SCIENTIFICA: D. Bontadi, G. Briatico, U. Candura, D. Ditaranto, R. Montagnani, P. Patanè

PATROCINI: Ministero Welfare, Regione Veneto, Comune di Venezia, Università "Ca' Foscari" di Venezia, INAIL, ISPEL, SIMLII Triveneta, ANMeLP

PROGRAMMA

Giovedì 10 giugno 2010



1° Sessione: La diagnostica per immagini strumento per l'affronto delle patologie lavoro correlate

MODERATORI: G. GILIOLI, P. PATANÈ, I. DAGAZZINI

- | | |
|---------------|--|
| 14.30 -15.00 | L'ausilio dell'imaging per la diagnosi differenziale delle patologie lavoro correlate. (G. Mastrangelo) |
| 15.0 -15.30 | La diagnostica strumentale moderna nelle malattie pleuropolmonari di interesse occupazionale. (R. Ragazzi) |
| 15.30- 16.00 | Il contributo dell'imaging nelle patologie occupazionali edl rachide. (E. Cagliari) |
| 16.00- 16.30 | Tecniche di imaging a confronto nelle patologie occupazionali dell'arto superiore. (R. Stramare) |
| 16.30 - 17.00 | L'imaging nelle patologie della cuffia dei rotatori. (F. Angelini) |
| 17.00 - 18.30 | Presentazioni di casi clinici e domande all'esperto |

Venerdì 11 giugno 2010



2° Sessione: Il lavoro è la persona

MODERATORI: G. BRIATICO-VANGOSA; G. BARTOLUCCI; B. SAIA

- | | |
|---------------|---|
| 09.00 - 09:30 | Il lavoro è per la persona: una lettura attraverso l'arte. (G. Bordin) |
| 09.30 - 10.00 | Manca il lavoro, manca la salute. (P.A. Bertazzi) |
| 10.00 - 10.30 | I costi della mancata prevenzione (U. Candura) |
| 10.30 - 11.00 | Dalla tutela alla promozione della salute. Il Medico Competente un protagonista delle nuove attese di salute. (D. Ditaranto, T. Cassina) |
| 11.00 - 11.30 | Dopo il Decreto legislativo 81/08 e i suoi aggiornamenti: cosa ci si attende dal Medico Competente? (L. Fantini) |
| 11.30 - 12.00 | La sostenibilità del modello sociale italiano. La tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. (è stato invitato il Ministro M. Sacconi) |
| 12.00 - 13.00 | Discussione |



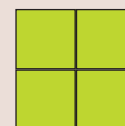
3° Sessione: Stili di vita e lavoro.

Il caso della prevenzione delle malattie cardiovascolari

MODERATORI: G. RISICA; U. CANDURA, L. MARCHIORI

- | | |
|---------------|--|
| 14.30 - 15.00 | La prevenzione nei luoghi di lavoro, dal rischio professionale alla promozione della salute. (U. Candura, D. Bontadi) |
| 15.00 - 15.30 | Le malattie cardiovascolari: i fattori di rischio e come modificarli. (G. Risica, A.P. Martino) |
| 15.30 - 16.00 | Cardiopatie e idoneità alla mansione specifica: il reinserimento al lavoro. (M. Ferrario, R. Borchini) |
| 16.00 - 16.30 | Profilo epidemiologico e prevenzione delle malattie cardiovascolari negli ambienti di lavoro. Il progetto della Regione Veneto. (L. Marchiori) |
| 16.30 - 18.00 | Interventi preordinati/Discussione |

SABATO 12 GIUGNO 2010



4° Sessione: Rischi lavorativi e tutela della salute nel personale delle scuole per l'infanzia

MODERATORI: G. BONIFACI; L. PREVEDELLO; D. BONTADI

- | | |
|---------------|--|
| 09.00 - 09.20 | Scuole per l'infanzia. Inquadramento normativo in tema di salute e sicurezza. (M. Saettone, G. Boschioli) |
| 09.20 - 09.40 | La sorveglianza sanitaria delle educatrici del Comune di Venezia. (P. Torri) |
| 09.40 - 10.10 | Aspetti ergonomici degli asili nido. (S. Cairoli) |
| 10.10 - 10.40 | Stress lavoro-correlato nel personale insegnante delle scuole d'infanzia. (D. Camerino) |
| 10.40 - 11.10 | Le patologie disfoniche da uso prolungato della voce. (O. Calcinoni) |
| 11.10 - 11.30 | Il "corretto utilizzo della voce": esperienza formativa condotta dal Comune di Venezia. (D. Codognotto, MC. Ferrari) |
| 11.30 - 11.50 | Rischio da "wet work" nei lavori di pulizia: esperienza del Comune di Trento. (A. De Santa) |
| 11.50 - 12.10 | Lo studio degli infortuni per fini di prevenzione. (R. Montagnani) |
| 12.10 - 12.30 | Somministrazione di farmaci salvavita nelle scuole per l'infanzia: una responsabilità indebita? (G. Ducolin) |
| 12.30 - 13.00 | Discussione |
| 13.00 -13.15 | Compilazione questionari di apprendimento e di valutazione evento. Chiusura del Congresso |



VITA DELL'ASSOCIAZIONE

*P. Santucci
ANMA Liguria.*

Il 16/01/2010 nella splendida sala riunioni della biblioteca dell'ippodromo di Milano San Siro si è riunito il primo Consiglio Direttivo ANMA organizzato del tesoriere Luigi Aversa.

Il Direttivo si è sviluppato lungo l'intera giornata toccando temi cruciali, quali l'approvazione del verbale della riunione dell'11 gennaio 2009 (Bologna), l'organizzazione del Congresso nazionale presso il Terminal passeggeri del porto di Venezia dal 10 al 12 giugno 2010, l'approvazione del bilancio di esercizio 2009 con un attivo rilevante e la stabile situazione generale degli iscritti.

Il Presidente, nel corso di un'ampia presentazione, ha illustrato le nuove procedure di accreditamento dei Provider ECM ed una ipotesi progettuale per il piano formativo di ANMA, che preveda anche il coinvolgimento di risorse esterne all'associazione. Il Presidente ha auspicato lo sviluppo di un modello organizzativo per erogare formazione, la più localizzata possibile, al fine di mettere a disposizione ai Soci un percorso formativo che soddisfi il numero di crediti da cumulare (almeno 35/anno) al costo più contenuto possibile.

Il pomeriggio è stato dedicato alla presentazione delle conclusioni dei Gruppi di Lavoro dedicati ai 'rapporti con gli sponsor ed allo scouting' (Marco Saetone), con l'individuazione di un professionista di supporto esterno all'Associazione, ai 'prodotti e servizi' per il sito ANMA (Paolo Santucci), con la promozione del 'biglietto da visita ANMA', al contratto ed al tariffario del medico competente (Gianni Gilioli), al progetto formativo ANMA 2010 (Umberto Candura) con una prima selezione degli argomenti, che caratterizzeranno il

prossimo Corso ECM.

A margine delle presentazioni dei Gruppi di Lavoro, è stato chiesto di assumere il ruolo di 'capo redattore' del Medico Competente Journal a Paolo Santucci, che ha accettato l'incarico, subordinandolo alla collaborazione di alcuni Consiglieri che costituiranno il nuovo Comitato di Redazione.

Il verbale integrale del Direttivo è a disposizione dei soci che ne fanno eventualmente richiesta.



È SUCCESSO A...

*Nunzio Scorpiniti,
Antonio Lorusso
ANMA Puglia*

Lo stress lavoro-correlato rappresenta per il Medico del lavoro una problematica non nuova, ma fino a qualche anno fa confinata all'attività di ricerca e con nessuna implicazione pratica nell'operato quotidiano dei medici impegnati nella sorveglianza sanitaria di lavoratori esposti a rischi tradizionali, oltre che a rischi psicoorganizzativi. Negli ultimi anni, tuttavia, sono intervenute alcune importanti acquisizioni che ne hanno fatto riemergere la centralità; in particolare:

- 1) Molte ricerche hanno confermato una correlazione tra stress lavorativo e alterazione dello stato di salute dei lavoratori esposti: in particolare il rapporto tra stress lavorativo e cardiovasculopatie, malattie osteoarticolari, disturbi psicologici, ma anche la correlazione con assenteismo e infortuni;
- 2) Una più stringente definizione di quadri morbosi nosologicamente definiti (anche in senso medico-legale) correlabili allo stress lavorativo (disturbo dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress, depressione, malattia psicosomatica, ecc.);
- 3) La maggiore attenzione (anche dei media) al fenomeno del mobbing e delle molestie sessuali sul posto di lavoro. Anche a livello contrattuale sono state inserite precise clausole tra le parti sociali (commissioni e regolamenti). A livello istituzionale sono stati avviati i centri per lo studio del disadattamento lavorativo, dello stress e del fenomeno mobbing coordinati dall'ISPEL con protocolli diagnostici definiti. In conseguenza dell'incremento dei contenziosi legali lo stesso INAIL ha provveduto con una specifica circolare e orientare i propri medici su tale materia (Circolare 71/2003 dell'INAIL);
- 4) La maggiore attenzione delle forze sociali e delle forze politiche alla problematica di cui sono espressione da un lato, l'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004 e l'Accordo Interconfederale del 9 giugno 2008 dall'altro, il D.Lgs. 81/2008 che all'art. 28 comma 1 ha previsto l'obbligo della valutazione dei rischi stress lavoro correlati. Negli ultimi mesi sono intervenute anche le Regioni (Toscana, Veneto e Lombardia) con specifiche e articolate linee di indirizzo. Allo stato, tuttavia, c'è un diffuso clima di attesa in previsione di quanto disposto dal D.Lgs. 106/2009 secondo cui la valutazione del rischio stress lavoro-correlato è effettuato secondo le indicazioni fornite dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro;
- 5) Lo stesso D.Lgs. 106/2009 ha previsto sanzioni, a carico del Medico Competente, per la mancata partecipazione alla valutazione del rischio e il rischio stress presenta elementi peculiari in relazione ai quali la collaborazione del Medico Competente deve necessariamente concretizzarsi.

Tale scenario ha creato aspettative da parte dei lavoratori, RLS, RSPP e Datori di Lavoro nei confronti del Medico Competente che spesso hanno assunto la forma di una delega totale del tipo "dottore, provveda lei..". Questa nuova domanda, anche con il necessario ridimensionamento, coerente con ruolo e

professionalità del MC, di fatto ci trova impreparati per varie ragioni (di cui si accennerà nel dettaglio in seguito) ma soprattutto per la difficoltà di utilizzare strumenti, che siano standardizzati e validati da studi di letteratura, in una attività contingente e particolare come quella del quotidiano lavoro del MC.

Nel territorio della BAT (Barletta-Andria-Trani) da alcuni anni un gruppo di medici del lavoro, quasi tutti associati all'ANMA, effettua un incontro con cadenza mensile, per discutere di problematiche scientifiche e organizzative circa la propria disciplina. A questi incontri sono invitati anche i colleghi dell'Organo di vigilanza e tecnici della sicurezza. Come tutti i gruppi volontaristici e informali c'è un collega dotato di particolare pazienza "animatore", un limitato nucleo sempre presente e un numero rilevante di colleghi che occasionalmente partecipano agli incontri. Al termine di ogni incontro viene stilato un documento che riassume i punti salienti della discussione, che viene distribuito a tutti i componenti. Questo assetto organizzativo, per quanto precario, ha dimostrato di rispondere, almeno in parte, al bisogno di confronto da parte dei medici competenti del territorio. Con l'approssimarsi della scadenza del 15/05/2009 (data ultima per la stesura del documento di valutazione del rischio stress lavoro correlato, secondo gli orientamenti vigenti a quell'epoca) il nostro gruppo di lavoro ha effettuato vari incontri sulla problematica, dando poi il via alla sperimentare di alcuni strumenti di indagine. In relazione al bisogno di confrontare i dati raccolti, verificare con "esperti" i propri metodi e risultati e fornire a tutti i colleghi strumenti operativi in tema di stress lavoro correlato, si è pensato di effettuare un vero e proprio corso ECM esteso a tutti i MC del territorio interessati. Circa la metodologia adottata si è optato per un corso "operativo" cioè finalizzato a fornire metodologie e strumenti utilizzabili dal giorno dopo nella propria attività quotidiana senza rinunciare però al necessario rigore scientifico e alla conoscenza delle linee di tendenza della attuale ricerca in tale direzione. Questa metodologia consente di costruire un terreno di confronto qualificato tra i medici competenti e l'università e in generale tra coloro che si occupano di ricerca e didattica e coloro che applicano i risultati delle ricerche. Circa i contenuti, si riporta di seguito un breve resoconto delle relazioni con le indicazioni operative.

1. Stress lavoro correlato e criticità per il Medico Competente (Dr. A. Scorpiniti)

Le principali problematiche sanitarie legate alla organizzazione del lavoro (stress, burnout e mobbing) non sempre arrivano alla osservazione del MC. Spesso il MC, con meccanismi più o meno inconsci, rimuove

tale problematiche. Tale meccanismo di difesa è da ascrivere all'ansia generata dalla mancanza di strumenti interpretativi e gestionali e dalla difficoltà di addentrarsi in dinamiche emotive e psicologiche. Anche la scarsa indipendenza professionale, rispetto al datore di lavoro, può rappresentare un ostacolo alla presa in carico del lavoratore con i suoi bisogni e la sua soggettività. La dimensione della soggettività rappresenta per il MC un elemento di valorizzazione professionale che restituisce a tale figura la sua identità di medico della persona nella sua interezza. Anche a livello metodologico, ad es. nei processi di valutazione del rischio, la valorizzazione degli elementi soggettivi e individuali, lungi dal costituire un ostacolo alla "obiettività" del rischio, può rappresentare lo specifico contributo del MC allo stesso processo di valutazione. Tale ipostazione è coerente con indicazioni della letteratura scientifica e delle varie linee guida (SIMLII, ANMA, Regioni) sulla metodologia suggerita per la valutazione del rischio stress e sul ruolo del MC in tale processo.

2. Strumenti di indagine per la valutazione dello stress percepito (Dr. Bontadi e Patanè)

2.1. JCQ di Karasek

In Italia sono state sperimentate varie versioni, a 15, a 35 e a 49 items. Il questionario esplora la dimensione della domanda, del controllo e degli aspetti relazionali. La condizione di Job strain è determinata da una alta domanda e un basso controllo. Un basso Social Support aumenta la condizione di stress a parità delle altre dimensioni. Il JCQ rappresenta uno strumento ampiamente studiato e validato, anche in correlazione con altre variabili di natura clinica clinici, in particolare la patologia cardiovascolare. Gli autori riferiscono di una ampia indagine condotta nella regione Veneto attraverso un progetto che ha riguardato 2174 lavoratori di 30 aziende della regione. Il Questionario è stato somministrato dal MC in corso di visita per sorveglianza sanitaria. Questa modalità (rispetto alla autosomministrazione) presenta vantaggi di maggiore cura nella comprensione delle domande, prevenzione delle risposte mancanti e individuazione di eventuali tentativi di simulazione. È stato utilizzato un software in Microsoft Access che consente il calcolo dei principali parametri tanto nel soggetto che nel gruppo di riferimento. Tale software (che include la versione integrale del JCQ a 49 items) è disponibile in rete presso il sito della Regione Veneto. Il JCQ evidenzia la presenza di fattori negativi, risulta datato essendo stato messo a punto negli anni '80 e richiede tempi di somministrazione medio-lunghi. Il modello teorico di riferimento appare semplicistico anche rispetto alle complessità imposte dalla attuale

organizzazione del lavoro globalizzato e il concetto di job control appare di difficile concettualizzazione. Tuttavia tale strumento è stato ampiamente sperimentato e validato, tradotto in molte lingue, presenta una relativa facilità d'uso, appare particolarmente indicato per le aziende manifatturiere e rappresenta una utile risorsa per lo studio della correlazione tra fattori psicosociali e disturbi cardiovascolari e osteoarticolari. Anche l'esperienza effettuata presso aziende della regione Puglia (Dr. Scorpiniti) ha dimostrato valori di stress percepito globalmente paragonabili a quelli della regione Veneto mentre le dimensioni valutate con il JCQ sono risultate ben correlare con i disturbi psichici, in particolare con la depressione, valutata con il test VRS di Biondi;

2.2. Questionario ERI di Siegrist

Il questionario esplora lo stress percepito inteso come squilibrio tra sforzo (Effort) e ricompensa (Reward). Lo strumento consente anche di rilevare l'overcommitment che rappresenta il grado di coinvolgimento emotivo e cognitivo nel lavoro. Sono stati presentati i risultati di indagini effettuate con la versione short a 16 items. Il questionario, coerentemente con i dati di letteratura, si è dimostrato uno strumento robusto, facilmente somministrabile, breve e particolarmente idoneo a rilevare condizione di stress lavorativo nei dirigenti e in generale nella popolazione impiegatizia. Rispetto a quest'ultima caratteristica rappresenta uno strumento complementare al JCQ. Ai partecipanti al corso è stato fornito anche un semplice foglio Excel per il calcolo delle dimensioni esplorate dal questionario ERI.

3. Strumenti di rilevazione dello stato di salute dei lavoratori esposti a stress lavoro-correlato

La registrazione di indicatori di stato di salute in tema di esposizione a stress lavorativo deve rappresentare un obiettivo prioritario per il MC in relazione alla necessaria attenzione alla salute dei lavoratori sorvegliati e alla possibilità di utilizzare i dati sanitari come indicatori delle condizioni della organizzazione. Rispetto a tale obiettivo gli strumenti utilizzati dal MC dovrebbero consentire di individuare i soggetti da valutare eventualmente in ambiente specialistico (psicologia clinica e psichiatria) e dovrebbero fornire dati di gruppo utilizzabili in indagine sulla correlazione tra stress e alterazione dello stato di salute. Sono stati presentati e discussi i seguenti strumenti:

3.1. Scala A/D di Goldberg (Dr. Lorusso)

Il questionario è composto da due scale di 9 domande con risposta binaria (no/sì), il cui punteggio è dato dalla somma delle risposte positive. Un paziente che

risponda positivamente a cinque delle nove domande della scala A, o a due della scala D, ha il 50% di possibilità di avere un disturbo d'ansia e, rispettivamente, di depressione clinicamente rilevante. Nella esperienza del relatore le scale A/D sono risultate correlate anche a stress lavorativo conseguente a rischio di aggressione fisica e verbale sul posto di lavoro;

3.2. VRS di Biondi (Dr. Scorpiniti)

Si tratta di un questionario di 15 items che consente di misurare i principali sintomi psicologici stress-correlati (ansia, depressione, somatizzazione, aggressività, scarso supporto sociale). Il questionario, con il relativo manuale, è disponibile in rete, è autosomministrabile e, nella esperienza del relatore, presenta dimensioni (in modo particolare la scala della depressione) ben correlate con lo stress percepito. In associazione con il JCQ sono state riscontrate significative correlazioni negative tra sintomi e decision latitude e correlazioni positive tra sintomi e job demand. Anche a livello individuale lo strumento ha consentito di individuare i lavoratori che necessitano di una ulteriore valutazione psicopatologica.

4. La sindrome del Burn out (Prof. Fischetti)

Può essere considerato una conseguenza di stress occupazionale caratterizzato da abbassamento della capacità di "fronteggiamento" (coping) che risulta inadeguato per il compito. Rappresenta, pertanto, un adattamento patologico a condizioni lavorative caratterizzata da elevati carichi di lavoro e scarsa possibilità di controllo nelle professioni di aiuto (sanitari, insegnanti, assistenti sociali, ecc.). Le dimensioni del burnout (Esaurimento emotivo, Depersonalizzazione e Derealizzazione per-



sonale) sono continue e non dicotomiche (presenti o assenti) e sono esplorabili attraverso il Maslach Burnout Inventory. Si tratta di un questionario di 22 items, autosomministrabile, che nella esperienza presentata è stato utilizzato in associazione con l'Occupational Stress Indicator di Cooper per valutare il burnout nei medici di medicina generale. Nello studio è stato evidenziato come lo stile organizzativo della professione (studio associato) diminuisce il rischio di BO e sono state evidenziate correlazioni significative tra tale modello organizzativo e fattori individuali protettivi (coping sociale e locus of control).

5. Stress lavoro-correlato e disturbi psichiatrici

(Prof. Nardini)

I disturbi psichiatrici correlati a stress lavorativo sono frequenti. Una ampia letteratura ha documentato come condizioni di stress lavorativo sono associate a malattie cardiovascolari, muscoloscheletriche e disturbi psichiatrici. Il meccanismo patogenetico viene generalmente definito "causalità circolare" nel quale fattori patogeni ambientali (lavorativi e sociali) e personali vengono rinforzati e selezionati in una spirale in grado di determinare veri e propri quadri morbosi nosologicamente definiti (Disturbo acuto da stress, disturbo post traumatico da stress, Disturbo dell'adattamento). Questa fase è preceduta da una condizione patologica rappresentata da disturbi della sfera fisiologica, emotiva, cognitiva e comportamentale la cui valutazione è di specifico interesse per il MC.

6. Il mobbing (Prof. Carabellerse)

In Puglia, oltre ai Centri ISPESL, anche la cattedra di crimonologia effettua valutazioni in materia di mobbing. Tali centri possono rappresentare punti di riferimento per i Medici Competenti. Sono stati illustrati i meccanismi, le manifestazioni cliniche e l'iter diagnostico del fenomeno. Delle patologie mobbing-correlate quella più frequentemente diagnosticata è il disturbo dell'adattamento. I test effettuati e soprattutto lo studio clinico del paziente sono finalizzati a chiarire la personalità e in generale il contesto clinico nel quale si sviluppa la patologia di mobbing. Il ritorno di informazione al MC può pertanto rappresentare un notevole contributo le eventuali decisioni medico-legali e lavorative da porre in atto.

7. La tutela previdenziale in materia di Mobbing e disturbi da stress lavoro correlati (Dr.ssa Attimonelli)

Le psicopatologie, in ambito INAIL, possono essere ricondotte a infortuni o malattie professionali (non tabellate e con onere della prova a carico dell'assicurato). È stato illustrato il percorso diagnostico, in ambito

assicurativo, finalizzato alla diagnosi di malattia e alla dimostrazione eziologica. Le malattie che possono essere riconosciute come professionali sono rappresentate dal Disturbo dell'adattamento e Disturbo post traumatico da stress. Nella diagnosi eziologica (Circolare 71/2003) occorre valutare adeguatamente il rischio e la sua compatibilità con il quadro clinico e il nesso causale secondo gli orientamenti della "causalità circolare". La Sentenza del Consiglio di Stato n. 1576/2009 ha ribadito che possono essere riconosciute come "non tabellate" solo quelle patologie causate dal rischio specifico delle lavorazioni indicate negli articoli 1 e 4 del decreto n. 1124 del 30 giugno 1965 e quindi non le patologie indotte da mobbing. In Puglia nel periodo 2001-2008 sono state definite, dall'INAIL, 83 pratiche per mobbing di cui solo 14 con esito positivo.

8. Il rapporto tra Medico Competente e Psicologo del Lavoro (Prof. Tanucci)

Nella relazione sono stati illustrati i principali ambiti di intervento della Psicologia del Lavoro nell'ambito in studio: ruolo della psicologia del lavoro nella valutazione dello stress lavoro-correlato, ruolo del sistema organizzativo nella attivazione dei fenomeni di stress, analisi dei fattori stressogeni presenti all'interno dei contesti organizzativi. L'attività di ricerca in Psicologia del Lavoro può riguardare tanto lo studio dei meccanismi con cui il lavoratore affronta le situazioni stressanti quanto la valutazione delle caratteristiche ambientali nel determinismo dello stress lavorativo. Quest'ultimo elemento assume particolare importanza anche rispetto alla individuazione di strategie preventive tese al miglioramento della organizzazione. L'organizzazione, infatti, è rappresentazione sociale e individuale, struttura la condotta degli individui, e costituisce il luogo di definizione della identità personale.

Conclusioni: I colleghi che hanno partecipato al corso (docenti e "allievi") hanno manifestato un elevato livello di soddisfazione sia per la rilevanza degli argomenti trattati che per l'approccio metodologico illustrato, caratterizzato da:

- Orientamento eminentemente operativo: alla fine del corso ognuno deve essere in grado di utilizzare da subito gli strumenti proposti;
- Rigore scientifico e metodologico (presentare strumenti validati, coerenti con gli orientamenti del mondo scientifico);
- Valorizzazione della esperienza locale e della attività quotidiana del MC.



UFFICIO & SALUTE

Paolo Santucci
ANMA Liguria

CRITICITÀ NELL'UTILIZZO DEL COMPUTER PORTATILE

Il computer portatile, conosciuto internazionalmente come 'notebook' o 'laptop', è un personal computer (pc) dotato di display, tastiera e alimentazione a batteria, tutto integrato nello stesso telaio e caratterizzato da dimensioni e peso ridotti in modo da permetterne un facile trasporto ed un uso in mobilità (2). In conseguenza alla diminuzione del prezzo verificatasi negli ultimi anni il portatile sta rapidamente sostituendo sempre più il tradizionale desktop in quanto in grado di offrire, con prestazioni analoghe, maggiore comodità anche se a scapito dell'espandibilità. Per esempio, l'alimentazione attraverso una batteria ricaricabile, ne permette l'utilizzo dove non è possibile usare altre fonti elettriche. Generalmente le periferiche integrate sono numerose, quali webcam, lettore memory card, masterizzatore, antenna Wi-Fi ecc. La maggior parte dei portatili utilizza come periferica di puntamento un touchpad, letteralmente 'tappetino tattile', ed uno schermo a cristalli liquidi (LCD, Liquid Cristal Devices), noto anche come TFT (Thin Film Transistor). Il principio della visualizzazione dell'immagine è costituito da una particolare sostanza il cui stato fisico è a metà strada tra un solido ed un fluido e possiamo ritenerla composta da tante piccole "bacchette o filamenti" orientabili. Si distinguono modelli retroilluminati e transriflettivi: nel primo caso un pannello luminoso retrostante lo schermo genera energia luminosa che modulata dai cristalli liquidi formerà l'immagine, mentre, nel secondo caso, la luce ambientale viene riflessa da uno specchio posto dietro allo schermo.

Lo schermo è solitamente rivestito di una pellicola di plastica che abbatte il riflesso e, se la fonte di luce proveniente da tergo non è particolarmente intensa né ravvicinata, può rendere accettabile anche la presenza di una finestra posta dietro all'operatore, determinando così una eccezione che conferma comunque la regola della corretta provenienza laterale della luce naturale.

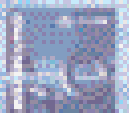
Tuttavia bisogna valutare con attenzione le caratteristiche tecniche del monitor a cristalli liquidi, poiché esigenze commerciali hanno portato negli ultimi anni alla diffusione sempre più massiccia di schermi 'lucidi', verosimilmente pensati per una utenza domestica, per intrattenimento o per videogiochi, che può costituire un problema per l'utilizzo professionale, soprattutto nell'ambito di postazioni di lavoro inadeguate.

Infatti la tecnologia innovativa, denominata "crystalbrite" o "x-black" da alcune delle principali case costruttrici, ha reso molti schermi di pc portatili particolarmente riflettenti con colori brillanti, producendo un 'effetto specchio' non ideale all'utilizzo professionale ed intensivo, soprattutto in condizioni critiche, quali elevata luminosità o provenienza posteriore di fonti di luce.

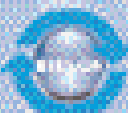
Perciò va ricordato quanto disposto dall'Allegato XXXIV (paragrafo 1 b) del D.Lgs.81/08 e s.m.i.: "Sullo schermo non devono essere presenti riflessi e river-

MEDISCOPIO

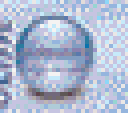
nike S.r.l.



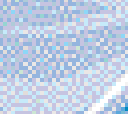
**GESTIONE COMPLETA
MEDICINA DEL LAVORO**



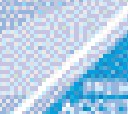
**GESTIONE CARTELLA
RISCHIO SANITARIO
COMPENSIVO DELLA
SALUTE DATI SOSTANZE CHIMICHE
D. Lgs. 155/07**



**GESTIONALE CENTRI
MEDICI POSIZIONALI**



**ALCUNE
RISCHI
CARTELLA
SANTARIA D. Lgs. 81
STATISTICHE
RELAZIONI**



**PRESENTAZIONE
ACCETTAZIONE
POLISPECIALISTICO
MEDICINA DEL LAVORO
LABORATORIO ANALISI**



sanità



ambiente



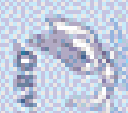
sanità



ambiente



**RELAZIONE PATENTI
INFORMAZIONI SPECIALI**



**GESTIONE
ATTIVITA' SANITARIA**



**GESTIONALE
PER AGENZIE**

**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

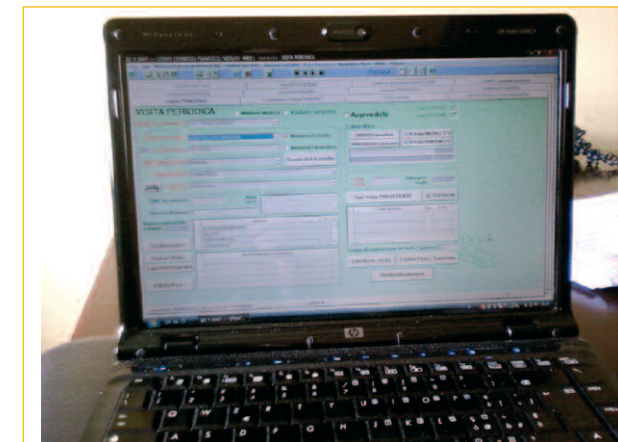


Figura 1



Figura 2

beri che possano causare disturbi all'utilizzatore durante lo svolgimento della propria attività".

Nella figura 1 si osserva un computer portatile con schermo "crystalbrite", correttamente posizionato (fonte di luce laterale), che permette una buona visione dell'immagine, mentre nella figura 2 l'operatore, ricevendo la luce da tergo, vede un forte riflesso nello stesso schermo, che rende illeggibile buona parte del documento (1).

Per una maggior adattabilità e fruibilità del computer portatile è pertanto raccomandabile la scelta di uno schermo a cristalli liquidi rivestito dalla tradizionale pellicola 'opaca'.

Lo stesso Allegato XXXIV ricorda che lo schermo deve essere posizionato di fronte all'operatore in maniera che lo spigolo superiore dello schermo sia posto un po' più in basso rispetto all'orizzontale che passa per gli occhi dell'operatore e ad una distanza degli occhi pari a circa 50-70 cm, per i posti di lavoro in cui va assunta preferenzialmente la posizione seduta.

Quest'ultimo aspetto favorisce la postura ideale dell'operatore, inducendo una lieve flessione anteriore del collo, meno di 30°, che determina un asse visivo 'verso il basso' utile ad evitare riflessi sullo schermo, che resta 'verticale', e a ridurre l'apertura oculare ('ocular surface area', OSA).

A proposito dei rischi per l'apparato muscolo-scheletrico, la principale criticità per il computer portatile consiste nell'uso intenso della tastiera integrata e del 'touchpad' non indicati per un utilizzo prolungato.

Il paragrafo 1 f dell'Allegato XXXIV ricorda che, proprio nel caso di impiego "prolungato", il computer portatile "necessita della fornitura di una tastiera e di un mouse o altro dispositivo di puntamento esterni nonché di un

idoneo supporto che consenta il corretto posizionamento dello schermo". In merito all'esatta quantificazione del termine "prolungato" non sono note interpretazioni ufficiali, tuttavia, se viene ritenuta a rischio per la salute del lavoratore una attività al videoterminale superiore a 20 ore settimanali, con l'obbligo della sorveglianza sanitaria, analogamente si potrebbe considerare, almeno come riferimento indicativo, lo stesso limite per la fornitura di tastiera e mouse esterni.

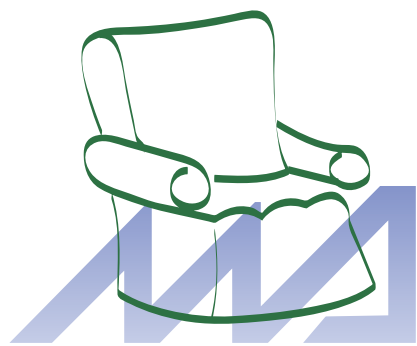
Infatti, sia l'adozione di un mouse 'ottico' al posto del 'touchpad', che di una tastiera ergonomica, favoriscono l'appoggio di entrambi gli avambracci, attenuando il sovraccarico degli arti superiori e dei muscoli trapezi, riducendo l'angolazione dei polsi e l'affaticamento dei tendini della mano, migliorando perciò il comfort complessivo. L'adozione di una 'dockingstation', box che accoglie il notebook, favorisce il collegamento con varie dispositivi ('devices') esterni, compreso un eventuale monitor 'da tavolo' (1).

Per l'operatore impegnato con il portatile in postazioni 'di fortuna' possono essere aggiunte altre raccomandazioni:

- non posizionare il computer direttamente sulle gambe ma tenerlo un po' più in alto usando anche un appoggio di fortuna (valigetta, libro spesso, ecc.);
- se lo schienale del sedile è scomodo, coprirlo con una coperta e mettere un asciugamano arrotolato nella zona lombare;
- evitare di piegare la schiena in avanti e cambiare spesso posizione facendo pause molto frequenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Santucci P., Il Videoterminale e il D.Lgs.81/2008, Monografia ANMA, 2009.
- 2) Wikipedia, L'enciclopedia libera, wikipedia.it.



DA LEGGERE
IN POLTRONA

Bernhard Scholz
(Presidente CdO - Milano 2009)

Nella vita non possiamo fare niente senza un obiettivo. Quando curo una persona ho un obiettivo, o una serie di obiettivi; noi non possiamo fare niente senza questo. Il problema è anzitutto se di questo siamo coscienti o meno; e in secondo luogo se questo obiettivo è adeguato.

La dinamica del lavoro è sempre una dinamica del voler raggiungere qualcosa, del voler ottenere qualcosa: il lavoro è sempre *orientato verso*, il problema è verso che cosa.

La professionalità, qualunque essa sia, è uno strumento e un metodo che aiuta in un modo sistematico a raggiungere questo scopo. C'è una persona malata, la curi: la professionalità significa usare in modo sistematico e utile gli strumenti a disposizione.

Adesso però comincia subito a entrare l'ideale, inevitabilmente. Perché dipende dall'esperienza che tu hai del tuo umano, il *come* tu utilizzi gli strumenti, il *come* tu ti rapporti alla persona. Dipende da che obiettivo vuoi raggiungere con questa persona.

Quindi ogni professionalità ha un ideale implicito, è impossibile lavorare senza avere, diciamo più neutralmente, uno scopo. Quindi non si deve imporre un ideale; invece bisogna che le persone scoprano questo ideale dal di dentro del lavoro. Ed è molto semplice, tu chiedi: perché fai questa cosa? Occorre prendere coscienza dello scopo che è implicitamente presente nelle cose che

facciamo. Io non posso imporre a nessuno di sentire l'ideale come ho in mente. Prendiamo l'esempio della persona malata: tu la curi, ma sei con la testa da un'altra parte, fai le cose in modo meccanico, robotico. Nel momento in cui uno ti chiede: perché fai questo lavoro, perché curi questa persona? In quel momento prendi coscienza. (...)

Questo vale per tutto. Perché fai il consulente? Perché fai il pilota? Si capisce così che un ideale è inevitabile. Perché ho messo su famiglia? Perché mi sono sposato? Di fronte a qualsiasi cosa, inevitabilmente, arrivi a un ideale ultimo. In alcuni casi direttamente, in altri indirettamente. Ma è inevitabile. L'ideale di per sé è una cosa assolutamente presente, non possiamo neanche togliercela.

La domanda è: quale è questo ideale? Ne siamo coscienti? E quindi, incide sul modo in cui lavoriamo?

La professionalità è impossibile senza umanità. La nostra professionalità esprime una umanità, la nostra professionalità esprime una stima su di me tale che io non posso fare lezione di management senza che sia presente una idea di uomo o di persona che parta da quello che io vivo come esperienza di umano.

Vouillard,



PROMOZIONE

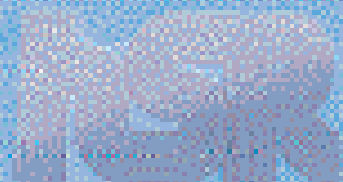
Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

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 _____



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 - Pneumologia - Fisiologia - Consulenza sul Campo
della Sicurezza e dell'Informatica - Infortuni Ambientali - Cura Medica

H SAN RAFFAELE RESNATI S.p.A.

Servizi di Medicina Occupazionale

Via Santa Chiara 10/A - Tel. 02/80747241 - P.O. 02/80747242

Per informazioni e Servizi Prepagati e Servizi - Tel. 02/80747243