

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 2/2011



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

Numero 2/2011
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@mlink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

RESPONSABILE
DEL COMITATO DI REDAZIONE
Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE
Giuseppe Briatico Vangosa
Gino Barral
Danilo Bontadi
Umberto Candura
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto
Piero Patanè
Marco Saettone

REALIZZAZIONE GRAFICA
Marco Rossetti,
Alberto Manfrinati per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale



TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

ANMA

www.anma.it

Presidente

Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente

Umberto Candura

Segretario

Daniele Ditaranto

Consiglieri

Briatico Vangosa Giuseppe, Aversa Luigi, Barral Gino, Bontadi Danilo,
Boschioli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo,
Gilioli Gianni, Guiducci Grazia, Origlia Francesco, Patanè Piero Antonio,
Saettone Marco, Santucci Paolo, Talierno Salvatore

(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2008-2012)

La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di € 100,00
Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna quota
e pertanto possono associarsi **gratuitamente**.

(l'iscrizione o il rinnovo, previa registrazione al portale www.anma.it,
possono essere effettuati tramite bollettino postale sul C/C n. **11199205** o
bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: **IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22**)

SEZIONI TERRITORIALI

Campania

Segr. Francesco Gazzarro

Emilia Romagna

Segr. Francesco Origlia

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Luca Convertini

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

RAPPRESENTANZE

Bologna

Segr. Grazia Guiducci

Frosinone

Segr. Antonio Palermo

Imperia

Segr. Ezio Grosso

Massa Carrara

Segr. Maurizio Bonci

Modena

Segr. Gianni Gilioli

Reggio Emilia

Segr. Giuseppe Giubbarelli

Sardegna

Segr. Carlo De Martino

Taranto

Segr. Massimo Sabbatucci

Toscana

Segr. Andrea Bigotti

IL MEDICO COMPETENTE NEL CONTESTO AZIENDALE: OLTRE LA SORVEGLIANZA SANITARIA



*Ditaranto D.
Segretario Nazionale ANMA*

*Boschioli G., Gilioli G.
Consigliere Nazionale ANMA*

Gruppo di Lavoro ANMA

Premessa

E' opinione diffusa che la figura del medico competente (MC) sia stata rafforzata dalle innovazioni del suo profilo introdotte dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i. (TU).

Sicuramente è evidente il rafforzamento del suo ruolo “storico”, strettamente professionale di “sanitario” aziendale.

Infatti il TU non solo ha ampliato le tipologie ed il campo d'applicazione della sorveglianza sanitaria (s.s.), ma ha anche disposto il coinvolgimento del MC nell'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute.

Tuttavia dalla lettura delle disposizioni del Titolo I° del TU emerge anche chiaramente la volontà del legislatore di rafforzare il suo ruolo collaborativo ponendolo al centro di una fitta rete di relazioni e di comunicazioni non solo interne all'impresa ma anche esterne.

E' evidente l'intento del legislatore non solo di facilitare l'integrazione del MC nel “sistema aziendale per la prevenzione” favorendone il coinvolgimento nel momento cruciale del riconoscimento e della gestione dei rischi, ma anche di configurarlo come una “risorsa” sia per il miglioramento complessivo della tutela della salute del lavoratore-cittadino, sia per l'ottimizzazione delle risorse impegnate per la prevenzione nei settori pubblico e privato attribuendo al suo ruolo un'impronta sempre più “sociale” e “globale”.

Pertanto riteniamo che queste innovazioni normative, sancendo il tramonto dell'idea di poter interpretare il nostro ruolo in modo “defilato”, costituiscano anche il riconoscimento della validità del modello “proattivo” di MC promosso e sviluppato negli anni a livello associativo.

Oggetto della presente relazione sono le implicazioni della complessa e delicata rete di relazioni interne ed esterne che questo modello comporta.

Le relazioni interne: aspetti etici e professionali della consulenza alle imprese del medico competente

Nel modello “proattivo” di MC dell’ANMA la qualità delle sue relazioni interne è cruciale per la qualità della sua consulenza all’impresa.

Ma quali aspetti etici e professionali condizionano la qualità delle sue relazioni con le altre funzioni dell’impresa?

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

Questa missione:

- individua nella relazione con l’impresa la vera specificità dell’attività del MC, implicando *un’apertura mentale* ed un *interesse professionale e culturale* verso il mondo del lavoro inteso come insieme complesso e dinamico di relazioni umane, sociali e di tecnologie, organizzate e coordinate per il raggiungimento degli obiettivi programmati;
- sottolinea la sintonia tra l’attività professionale del MC e le finalità generali dell’impresa che comprendono, anche dal punto di vista costituzionale (2), la realizzazione della compatibilità tra lo svolgimento dell’attività produttiva e la tutela della salute e della dignità dei lavoratori e quindi della sintesi tra gli aspetti etico-deontologici e giuridici della tutela e quelli economici di profitto.

Come per le altre attività professionali basate sull’elaborazione delle conoscenze, anche quella del mc prevede sostanzialmente le seguenti fasi:

- I. input: è il flusso delle informazioni che il MC riceve dall’azienda. A tale proposito il TU ha rafforzato le norme che vedono il MC sia come destinatario di questo flusso informativo (3), sia come protagonista nella loro acquisizione attraverso il potenziamento della collaborazione alla valutazione dei rischi (4) e l’ampliamento della sorveglianza sanitaria (5). Ovviamente nei confronti di tutte queste informazioni il MC deve osservare il dovere della *riservatezza*;

Per rispondere a questa domanda si ritiene opportuno iniziare richiamando il primo articolo del “Codice di comportamento del Medico d’Azienda e Competente” dell’ANMA (1) che, descrivendone la “missione”, recita:

- II. elaborazione: è la fase in cui il MC mette in campo le sue competenze tecniche e giuridiche per analizzare, coordinare e mettere in relazione tutte le informazioni acquisite nella fase precedente;

- III. output: sono i “prodotti” della fase precedente: protocolli sanitari, giudizi, relazioni, sopralluoghi, comunicazioni, pareri, consulenze, richieste ecc. con i quali il MC collabora all’individuazione dei pericoli, alla valutazione dei rischi ed all’attuazione delle misure di tutela.

E’ evidente che la qualità dell’output dipende anche dalla sua *competenza professionale tecnica e giuridica* che pertanto si configura come la base del successo del rapporto di consulenza all’impresa.

Ovviamente le conseguenze sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro della continua evoluzione del mondo del lavoro dal punto di vista tecnico, organizzativo e giuridico, impone al MC il costante miglioramento di queste competenze professionali.

Pertanto non a caso il TU, laddove ha specificato i titoli ed i requisiti necessari per lo svolgimento della funzione di MC, ha anche precisato i termini della sua partecipazione al programma di educazione continua in medicina (6).

Dalla competenza professionale tecnica e giuridica deriva l’*autorevolezza* necessaria al MC per l’acquisizione di quel “prestigio” personale che, a sua volta, è uno degli elementi imprescindibili per il successo di qualsiasi attività professionale.

Pertanto il MC nel suo rapporto con l’impresa deve essere consapevole che:

- la sua nomina non è volontaria ma è la conseguenza di specifiche norme di legge;
- il successo delle sue azioni non dipende soltanto dal prestigio personale o dalla mera applicazione delle norme;
- interagisce con un delicato e complesso intreccio di relazioni umane e sociali in cui si confrontano vari “punti di vista”;
- la valorizzazione della sua collaborazione per la prevenzione dipende proprio dal contributo derivante dalle sue specificità e quindi dalla sua attiva partecipazione all’organizzazione.

Pertanto competenza ed autorevolezza sono condizioni necessarie per dare incisività all’attività del MC, ma non sufficienti se non fossero anche accompagnate dalla sua disponibilità a “*mettersi in gioco*”.

Naturalmente questa disponibilità presuppone *capacità relazionali, doti di comunicazione e di mediazione ed attitudini al problem solving* spesso aggiuntive rispetto a quelle comunemente richieste per lo svolgimento della maggior parte delle altre professioni mediche.

Ovviamente nell’interazione con il complesso e delicato intreccio relazionale, sono possibili momenti di incomprensione e finanche di contrapposizione.

Infatti sono numerose le occasioni in cui il MC può adottare provvedimenti o formulare richieste da cui possono derivare conseguenze negative di natura economica o legale sia per il datore di lavoro (DDL) che per il lavoratore: giudizi di inidoneità alla mansione specifica, adempimenti medico legali, richieste di controllo dell’esposizione o di interventi di bonifica, ecc.

Pertanto si tratta di attività che possono essere oggetto di pressioni ed interferenze dalle quali il MC deve difendersi mantenendo la sua *autonomia decisionale* e quindi *quell’indipendenza intellettuale e professionale* fondamentale per acquisire la *credibilità* che, con l’autorevolezza derivante dalla competenza professionale, costituisce l’altro aspetto cruciale per la costruzione ed il mantenimento nel tempo di un *rapporto fiduciario con tutta l’impresa*.

La consapevolezza della difficile posizione del MC al centro di una rete di relazioni “politiche” (umane, sociali e professionali) e del conseguente delicato equilibrio del suo ruolo, ha trovato un importante riscontro nelle disposizioni del TU che pongono in capo al DDL l’obbligo di assicurare al MC le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti comprendendo tra esse anche la “garanzia” della sua autonomia pro-

fessionale ed attribuendo in tal modo il ruolo di “garante” dell’autonomia del MC proprio al DDL (7).

Questa disposizione, combinata con l’obbligazione ancora a carico del DDL di richiedere al MC l’osservanza degli obblighi previsti a suo carico dalla normativa (8) e con quella relativa al segreto professionale (9), dovrebbe finalmente, almeno dal punto di vista giuridico, rendere più trasparente la “discussa” relazione tra MC e datore di lavoro.

In particolare il MC deve avere con il DDL, principale destinatario degli obblighi derivanti dalla normativa specifica, un rapporto di diretta collaborazione basato sulla reciproca libera scelta e sulla reciproca fiducia e finalizzato a consigliarlo con *competenza e lealtà* su come adempiere correttamente alle sue responsabilità.

Un’altra relazione che vogliamo considerare in questa breve disamina è quella altrettanto delicata tra lavoratore e MC.

Non possiamo infatti dimenticare che il lavoratore è un soggetto obbligato ex lege a sottoporsi ad una s.s. attuata da un medico con il quale non ha nessun rapporto di scelta e di fiducia.

Pertanto il MC ha nei confronti del lavoratore un dovere di *lealtà* finalizzato a creare e salvaguardare nel tempo un *particolare rapporto fiduciario* basato sul “consenso” alla sua attività conseguente alla trasmissione *chiara e trasparente* delle informazioni:

- sui danni alla salute dovuti all’esposizione e sulle misure per prevenirli;
- sul significato della sorveglianza sanitaria e sullo scopo dell’accertamento dell’idoneità alla mansione specifica;
- sul significato degli accertamenti previsti dal piano sanitario e sui loro risultati.

Un aspetto particolarmente delicato del rapporto fiduciario tra lavoratore e MC è l’accertamento del giudizio di inidoneità.

E’ infatti ovvio che questo accertamento non ha implicazioni negative soltanto per il DDL, che si vede limitato nelle possibilità di impiego del lavoratore con riflessi negativi sull’organizzazione e sui costi del lavoro, ma incide anche sull’autostima, sulle aspettative economiche e professionali del lavoratore che può anche vedere messo in pericolo il suo rapporto di lavoro specialmente se opera in una PMI, di gran lunga preponderanti nella nostra realtà produttiva, ove spesso non esiste la possibilità di una ricollocazione in un’altra mansione (10).

Pertanto nella formulazione dei giudizi di idoneità parziale o di inidoneità il MC, consapevole delle responsabilità e delle implicazioni di questo atto, dovrebbe ispirarsi ai seguenti principi:

- rigore: il giudizio deve essere formulato su basi documentate ed oggettive;
- correlazione tra le situazioni patologiche o le condizioni di ipersuscettibilità ed il profilo di rischio della mansione;
- coerenza tra il tipo di giudizio di idoneità parziale ed i suoi contenuti;
- non genericità delle prescrizioni o delle limitazioni;
- informazione completa e trasparente del lavoratore sui motivi del giudizio e sulle sue finalità;
- coordinamento e collaborazione con il DDL, il SPP,

il RLS e le altre funzioni aziendali per supportarli nella gestione dell'inidoneità e promuovere ed orientare il ricollocamento del lavoratore in un'altra mansione.

Infine, considerando brevemente le relazioni con gli altri attori dell'organizzazione aziendale per la prevenzione, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), il Rappresentante del lavoratori per la sicurezza (RLS), i dirigenti ed i preposti, il MC deve promuovere con queste figure un rapporto di collaborazione aperto e franco basato sullo scambio delle rispettive competenze e conoscenze e finalizzato all'individuazione dei pericoli, alla valutazione dei rischi e all'individuazione ed attuazione delle misure di tutela (risk assessment e risk management).

La collaborazione tra Medico Competente (MC), Medico di Medicina Generale (MMG) e Specialisti

Il ruolo del MC deve essere rivolto anche alla collaborazione con altri Medici (Consulenti vari, Specialisti e non, sia del SSN che privati) che possono avere un rapporto con lo stato di salute del Lavoratore.

Tale rapporto può riguardare sia gli aspetti preventivi della salute del Lavoratore sia il monitoraggio di eventuali situazioni patologiche che, in ambito lavorativo, non devono subire aggravamenti nel soggetto “paziente”, quando il MC lo vede nella veste di “lavoratore”.

Questa necessità di un maggior dialogo e collaborazione da parte delle varie figure mediche che hanno a che fare con il “paziente-lavoratore” consegue a due motivi principali:

1) La riduzione netta, se non la scomparsa, delle principali malattie professionali “classiche”, che nel passato attiravano l'attenzione del MC, come le gravi pneumoconiosi, il saturnismo, le gravi forme respiratorie, le ipoacusie gravi ...

2) L'incremento, in particolare negli ultimi tempi, di malattie a genesi multifattoriale in cui gli aspetti professionali si intersecano con problematiche individuali come le patologie osteo-muscolo-tendinee da sovraccarico funzionale, le malattie respiratorie croniche (BPCO ...), le patologie degenerative, le patologie allergiche, le neoplasie, mobbing, stress occupazionale ...

Si sono praticamente ridotte le classiche “malattie professionali” che si sviluppano a causa di fattori specifici, presenti in modo rilevante od esclusivo nell'ambiente di lavoro ed in cui è chiara la relazione causa-effetto tra rischio lavorativo e la malattia, mentre sono decisamente aumentati i casi di “patologie correlate al lavoro” in cui l'origine è multifattoriale e può essere ricondotta all'azione di più cause, individuali e ambientali, professionali ed extraprofessionali.

Queste “patologie correlate al lavoro” sono presenti anche nella popolazione generale, ma presentano una incidenza ed una prevalenza più elevate in certi gruppi di lavoratori che svolgono una determinata mansione, in cui il lavoro costituisce un fattore di rischio aggravante che dobbiamo ben definire e quantificare.

Il MC ed il lavoratore-paziente

Sussistono spesso opportunità di comunicazione, tra il MC ed il MMG o alcuni Medici Specialisti, per segnalare eventuali situazioni di rischio presenti in ambito lavorativo che potrebbero avere influenze sulle condizioni di salute di base di un “paziente”.

Comunicare le tipologie di rischio presenti nella mansione svolta da un “lavoratore” può essere di valido aiuto al MMG od ai Colleghi Specialisti per meglio in-

dividuare od diagnosticare eventuali patologie, in particolare alcune forme dermatologiche (DAC, eczemi, ...), patologie respiratorie, disturbi osteo-articolari o tendinei ...

Il MC può interagire con il MMG e gli altri Medici comunicando loro le tipologie e l'entità dei rischi nelle attività svolte in azienda, i precedenti infortuni o malattie professionali.

Frequentemente, il MC riscontra occasionalmente anche alterazioni o segni iniziali di patologia nel corso della visita medica o dagli accertamenti strumentali e di laboratorio eseguiti al “Lavoratore”, per cui emerge la necessità di contattare il MMG, che si prenderà cura del “paziente”.

Al lavoratore dimissionario per raggiunti limiti di età, nel consegnargli la copia della cartella sanitaria e di rischio, è opportuno comunicargli e consigliargli di trasmetterne il contenuto al proprio MMG, in particolare, se nella storia lavorativa si sono verificate esposizioni a cancerogeni o ad altre sostanze che potrebbero avere effetti a lungo termine.

Il MMG ed il paziente-lavoratore

Le occasioni di comunicazione tra il MC ed il MMG, e gli eventuali specialisti, devono essere anche bidirezionali, per cui potrebbe anche essere il MMG a trovarsi nelle condizioni di trasmettere notizie relative allo stato di salute del suo “paziente” al MC del “lavoratore”. Rientrano in questa possibilità tutte le situazioni di rischio o di vera e propria patologia che potrebbero comportare idoneità parziali, con limitazioni e/o prescrizioni, o che potrebbero creare ripercussioni negative al lavoratore, interferendo e sommandosi ai rischi professionali.

Al MC queste notizie sarebbero di ausilio per meglio tutelare la salute del lavoratore e per evitare problemi ulteriori alla prevenzione in azienda.

Alcuni esempi potrebbero essere rappresentati da:

- dismetabolismi glucidici e lipidici non ben compensati;
- ipertensione arteriosa non controllata dalle terapie, con tutte le complicanze del caso;
- eventi acuti cardio-circolatori, broncopolmonari;
- Incidenti o traumi extra-lavorativi;
- le riacutizzazioni di patologie croniche;
- la comparsa di patologie invalidanti.

Il MMG, a volte, è anche coinvolto dal “paziente” nella compilazione di certificazioni mediche che possono avere riflessi sulle attività professionali del “lavoratore”, come per esempio:

- redazione del primo certificato di malattia/sospetta malattia professionale;
- certificati di continuazione di infortunio o malattia professionale;
- reinserimento lavorativo dopo assenza per malattie od infortuni di breve durata non superiori a 60 giorni;
- certificazioni di limitazione delle attività (non sforzi fisici ... non sollevare pesi ...);
- certificazioni per esonero dall'uso di DPI (non uso di calzature antiinfortunistiche ... non uso di mascherine contro le polveri ...).

In questi casi, il MMG potrebbe non avere le conoscenze complete degli specifici rischi presenti nella mansione svolta dal “lavoratore” o non essere aggiornato sulle evoluzioni normative riguardanti il lavoro, per cui interfacciarsi con il MC potrebbe essere di vantaggio per il Medico e per il “paziente”.

Altri ambiti in cui è auspicabile una collaborazione tra il MC, il MMG ed i vari Specialisti di settore sono rappresentati dal controllo dei fattori di rischio generali e la promozione degli stili di vita corretti.

Già i problemi rappresentati dall'uso ed abuso di sostanze psicotrope, l'abuso alcolico ed il consumo di tabacco hanno coinvolto il mondo del lavoro e di conseguenza il MC, dopo esser stati a lungo di pertinenza di altri Medici.

In futuro verranno certamente posti alla attenzione del MC anche altre problematiche come i comportamenti alimentari, l'obesità, la corretta attività motoria e posturale che possono rappresentare un valido metodo di prevenzione generale per la salute del soggetto “paziente” che potrà avere riflessi positivi anche sul soggetto “lavoratore”.

Le relazioni esterne: un dialogo tra sordi o tra protagonisti?

L'impresa, per l'importanza del ruolo che svolge, per le persone che coinvolge e anche per il potere economico che esercita, vive pienamente nel tessuto sociale e territoriale nel quale opera, con un continuo scambio di informazioni, dati, prodotti, soldi, interessi, idee, iniziative ...

Non è certo questo l'ambito per esplorare con completezza e competenza la complessità delle relazioni tra impresa, istituzioni e società, ma è evidente che il medico d'azienda, se davvero riesce a svolgere il ruolo che abbiamo sopra descritto, deve anche fare i conti con questa fitta e complessa rete di relazioni "oltre il muro di cinta".

Qui si vuole solo cogliere alcuni nodi problematici degli ambiti che più direttamente riguardano la medicina occupazionale, a dir il vero a noi tutti ben noti, e che ancor oggi dopo tanti anni che se ne parla non hanno trovato una soluzione. Vista la complessità e la vastità dell'argomento ci si limiterà ad alcuni cenni sui problemi che coinvolgono il medico competente nella sua quotidianità, con il consueto taglio pragmatico e concreto che contraddistingue il nostro stile. Per questo in questa breve trattazione mi limiterò a tre ambiti specifici: Servizi ASL, i Centri Servizi e l'Università. Molti altri ambiti e molte altre cose ci sarebbero da dire sulle relazioni della medicina occupazionale, ma a questo dedicheremo un altro specifico convegno ...

Una prima constatazione preliminare riguarda un sostanziale "squilibrio" che in genere sussiste tra l'impresa e il contesto locale in cui opera: mentre l'impresa, e con questo termine ci si intende precisamente rivolgere alle persone che l'impresa la fanno funzionare, conosce in genere molto bene il proprio contesto, e non tanto per virtù ma quanto per necessità di soprav-

vivenza, non è affatto vero l'inverso: chi non lavora in azienda non la conosce, la vede in modo distorto, non ne conosce obiettivi, problemi, meccanismi di funzionamento.

In una recente esperienza⁽¹⁰⁾ ho potuto direttamente constatare come anche chi istituzionalmente deve interloquire in modo pressoché sistematico con le imprese, non ne conosce affatto mission, struttura, modalità operative, persone interessate, problemi che si devono affrontare, anche su temi molto specifici.

Il "muro di cinta" sembra talvolta una barriera invalicabile, se non addirittura la trincea difensiva da porre sotto assedio, mentre gli arroccati si preparano all'ultima difesa contro l'invasore.

E' del tutto evidente che in questo modo è impossibile un atteggiamento professionalmente corretto e il dialogo tra sordi diviene spesso un aspro conflitto, anche se non sempre dichiarato.

Eppure, proprio il medico d'azienda che spesso viene coinvolto "obtorto collo", per la propria formazione professionale, l'esperienza sul campo e il ruolo che ricopre, ha spesso l'opportunità di costruire i ponti e i varchi necessari al dialogo e alla collaborazione, sempre che sappia corrispondere a quelle caratteristiche che abbiamo descritto nella prima parte di questa relazione.

Come abbiamo imparato ad uscire dalle infermerie per incontrare l'azienda, dobbiamo trovare il coraggio e i modi per cacciare il naso fuori le mura ed essere più presenti come medici d'azienda nel contesto in cui l'azienda lavora.

Certo le difficoltà e i problemi non mancano, specie in alcuni contesti specifici.

I rapporti con i servizi ASL e gli Organi di Vigilanza

I Servizi della ASL fin dalla loro istituzione con la legge 833/78 hanno rivendicato un ruolo rilevante, istitutivo e di alto livello di promozione, regolazione e indirizzo del sistema di prevenzione dei rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: "... determinante è un'azione appunto di sistema, che proceda per priorità e piani di Prevenzione, con concrete forme di coordinamento ed integrazione." (11).

A tutti noi piacerebbe indubbiamente avere una "casa della salute" territorialmente vicina e disponibile, dove poter trovare supporto, orientamento, possibilità di confronto con altre professionalità, strumenti di indirizzo sullo specifico del territorio. Una situazione di questo tipo organica e sistematica in tutto il territorio nazionale rimane un sogno. Vi sono, tuttavia, numerosi segnali e esperienze che sembrano far ben sperare in

qualche possibilità di positivi sviluppi. Le relazioni tra la nostra associazione e i Servizi in alcune realtà sono molto interessanti.

Anche in queste situazioni, tuttavia, quando ci si trova ad operare in azienda o per l'azienda, si scopre che la porta d'entrata della casa, se mi si perdona la metafora, è molto simile a quella della caserma dei carabinieri. I Servizi non possono ma soprattutto non vogliono rinunciare a mantenere il ruolo di Ufficiali di Polizia Giudiziaria, il cui principale compito è la vigilanza sulla osservanza delle norme e quindi la repressione dei reati, l'individuazione dei colpevoli e la somministrazione delle sanzioni, nonché la segnalazione alla magistratura per l'avvio del procedimento penale, considerato ineludibile strumento di prevenzione (12).

Non è un ruolo comodo, anche se necessario, ma ancora più scomodo è il ruolo dell'imputato o addirittura del reo, che ha diritto di potersi difendere con tutti i mezzi leciti, senza in alcun modo subire coercizioni alla denuncia (delazione?) dei propri clienti o collaboratori o addirittura all'autodenuncia (confessione coatta?).

Mi sembra innegabile, anche se duro da ammettere, che fino a quando non vi sarà una chiara e netta distinzione di ruoli tra chi promuove e coordina e chi vigila, i rapporti e i comportamenti saranno altrettanto poco chiari.

La soluzione più ovvia sembrerebbe quella di un nuovo indirizzo normativo, ma è altrettanto evidente che questa non sembra affatto tatticamente praticabile in tempi prossimi. Nelle more di questa situazione sono proprio i comportamenti etici individuali condivisi che permettono relazioni limpide e efficaci.

Tra questi mi sembrano particolarmente rilevanti:

- il reciproco riconoscimento. Per i medici in particolare i profili professionali possono essere considerati come diversi aspetti della stessa professione (13). Le cose più semplici non sono affatto le più scontate: troppe volte il coordinamento viene concepito come qualcuno che ordina e i sudditi che obbediscono. Certo anche i medici competenti non possono più illudersi di vivere tranquilli rinserrati nei propri castelli;
- la chiarezza nella definizione dei ruoli e dei contenuti degli interventi, specie quando sono coinvolte altre figure, in primis i datori di lavoro, i loro collaboratori e i lavoratori;
- l'uniformità dei comportamenti sui diversi territo-

ri; è scandaloso che a distanza di pochi chilometri vi siano indirizzi e comportamenti completamente diversi;

- un sistema informativo reciproco che garantisca un corretto flusso di dati e informazioni reciprocamente utili, e non finalizzato alle indagini penali.

Inutile dire che alcuni comportamenti di vigilanza, molto più volti a colpire inadempienze formali che non sostanziali, costringono i medici competenti alla difensiva, spesso riducendo il proprio lavoro alla predisposizione di documenti, carte, firme e controfirme e proclami vari al solo fine di evitare guai giudiziari che minacciosamente sembrano aspettarci ad ogni passo!

Ritengo che la capacità di assumersi responsabilità personali nel giudicare la sostanza dei comportamenti e non solo la forma giuridica della relativa documentazione sia un comportamento etico che deve interrogare e coinvolgere tutti. I medici competenti sanno bene come la pedissequa ottemperanza alla forma delle norme di fatto impedisce il regolare svolgimento quotidiano del nostro lavoro, e proprio per questo ci assumiamo in prima persona la responsabilità di non attuare comportamenti formalmente ineccepibili a scapito degli interessi di salute dei lavoratori e di conseguenza delle aziende. Analoghi atteggiamenti dovrebbero avere sempre gli Organi di Vigilanza nel discernere i reati veri e propri dai comportamenti spesso incolpevoli o inevitabili.

I centri servizi

L'argomento è spinoso e meriterebbe una sessione del congresso a sé. Qui ci si limiterà a sollevare alcuni problemi ben noti ma che ancora non vedono comportamenti coerenti con i principi etici appena esposti.

Il problema è ancora tutto nella confusione di ruoli, compiti e funzioni.

La domanda cruciale è: "L'azienda, di chi è cliente?"

Le possibili risposte sono:

- a) del Centro Servizi;
- b) del medico competente;
- c) del Centro e del medico.

La prima è quella preferita dai Centri, per ovvi motivi economici. La fedeltà nel tempo del cliente è il bene più prezioso da conservare e nessuno certo vuole in-

vestire denaro, tempo e risorse per faticosamente conquistare un cliente e subito dopo cederlo gratis a un proprio collaboratore o peggio a un concorrente!

D'altra parte il rapporto con il medico competente è spesso molto individuale e fiduciario, come abbiamo ampiamente illustrato sopra, e diviene esso stesso uno dei principali mezzi di fidelizzazione. Da qui nascono tutte le clausole più o meno vessatorie dei contratti di collaborazione che vietano ai medici di continuare un rapporto professionale con il cliente se non tramite il centro.

Ma proprio questa impostazione talvolta diviene molto pericolosa e può indurre a comportamenti poco trasparenti, talvolta ai limiti della liceità se non della legalità:

- si tende a spersonalizzare la figura del medico, che diviene un mero esecutore di atti formali;
- le libere scelte individuali vengono appiattite e compresse su quelle del centro che non raramente rispondono a logiche commerciali. Chi, come e con quale libertà predispose il piano sanitario è un punto cruciale;
- i compiti del medico competente che non sono la mera esecuzione delle visite o la presenza alla riunione annuale, proprio perché difficilmente inquadrabili dal punto di vista commerciale, rischiano di essere disattesi, pur essendo spesso i più qualificanti, come la collaborazione nella valutazione dei rischi;
- l'ottimizzazione dei tempi e dei modi di intervento secondo logistiche aziendali, non sempre risponde alla necessità di una presenza in qualche modo ricorrente se non costante in azienda;
- il referente per la gestione dei problemi spesso è il Centro (o meglio i suoi dirigenti e coordinatori) e il medico non è quel diretto collaboratore del datore di lavoro che abbiamo descritto.

La seconda soluzione è quella ovviamente preferita dai medici, ma certamente non la più diffusa. Alcuni vorrebbero una norma che vieti in modo categorico ai Centri di interporsi nel rapporto tra datore di lavoro e medico competente, che per sua natura e secondo le indicazioni inequivocabili del D.Lgs. 81/08 non può che essere diretto. Sarebbe quindi necessario ricondurre a un unico rapporto diretto le relazioni commerciali, contrattuali e funzionali.

Personalmente penso che limitare per legge la libertà dei rapporti commerciali e professionali anche per i medici competenti sia più un limite che una possibilità. Bisogna riconoscere che molti Centri si comportano correttamente e svolgono un ruolo rilevante per i medici, per il procacciamento dei clienti, l'organizzazione del lavoro, il supporto tecnico e amministrativo. Spesso è il Centro a fornire al medico, specie se neofita, strumenti e metodi di lavoro e può costituire un punto di riferimento tecnico o professionale, un'importante occasione di confronto e di guida. Non essendo i Centri opere caritative, in qualche modo questo lavoro va riconosciuto, apprezzato e sostenuto.

Non possiamo nasconderci che talvolta sono proprio i medici che hanno comportamenti ai limiti della liceità deontologica, con rapporti poco chiari con laboratori più o meno di fiducia e fenomeni non molto lontani dal paraggio vero e proprio.

Un problema a sé, tutto particolare, si presenta quando il medico competente è il centro, nel senso che svolge la propria attività in una società di cui è socio o che è comunque riconducibile a un familiare o a un suo fiduciario e ancor più le cose si complicano quando vi svolge più professioni.

Mi sembra evidente che in questi casi se non si ha un rigore deontologico personale chiaro, forte, leale e trasparente per tutti, clienti, lavoratori e concorrenti, i pasticci che possono derivare dalle troppe sovrapposizioni di ruoli, compiti e interessi sono inevitabili.

Può apparire scontato che la soluzione preferibile è la terza, come del resto già avviene per molti altri professionisti che si avvalgono della collaborazione di poliambulatori più o meno organizzati, ma che mantengono il rapporto diretto con il paziente/cliente, riconoscendo al Centro una percentuale anche cospicua dei propri guadagni a compenso delle prestazioni e servizi forniti, magari con clausole non vessatorie che possano garantire il non accaparramento illecito della altrui clientela. Nella nostra situazione, tuttavia, non è così semplice, per il semplice fatto che il cliente pagante non è il paziente/lavoratore, ma il datore di lavoro, o meglio la società che rappresenta.

Sono convinto che le soluzioni volendo si trovano, il problema sta tutto nel gerundio di questa affermazione e nei rapporti di potere economico sul mercato che sottintende!

In questa situazione ritengo indispensabile, come più volte ho proposto, la formazione di un tavolo comune che stili un chiaro codice etico di comportamento specifico per i rapporti Cliente/Centro/Medico, cercan-

do di regolamentare con il consenso degli interessati ciò che la norma impositiva non riuscirebbe a fare. Il problema rimane che per sedersi al tavolo bisogna trovare interlocutori disponibili e rappresentativi, davvero convinti che possa esserci un interesse comune e non impauriti che il nemico possa invadere e saccheggiare i propri feudi, dal raccolto già così scarso ...

I rapporti con il mondo Accademico

L'Università e in particolare le Scuole di Specialità sono il piano alto, l'attico di quella casa della salute che ho già descritto, dove il medico competente possa trovare le competenze professionali più qualificate, per la diagnostica e la gestione dei casi più difficili, dove trovare strumenti e mezzi di indagine sofisticati, dove trovare l'aggiornamento scientifico e tecnico più avanzato per la propria disciplina. Un salotto buono, dove dal confronto con la ricerca e la sperimentazione, l'insegnamento di alto livello di diverse professionalità possa trovare alimento continuo alla propria conoscenza disciplinare.

E' pur vero che il portone di entrata è sempre quello del piano terra, essendo spesso i colleghi a cui ci si rivolge Ufficiali Pubblici o Incaricati di Pubblico Servizio tenuti al rapporto all'autorità giudiziaria che talvolta, soprattutto in passato, non pochi problemi ha posto ai medici competenti. A questo problema, tuttavia, si può ovviare con l'estendere a tutti il comportamento eticamente corretto, a dir il vero sempre più diffuso, che riconduce al medico competente tutte le informazioni, cliniche o di altro tipo, per la definizione del singolo caso, lasciando a chi conosce a fondo l'esposizione ai rischi specifici e la realtà lavorativa la responsabilità di una eventuale denuncia di malattia professionale.

Un punto cruciale appare invece quello che si accennava in premessa: sembrerà sconcertante ma ancora troppo spesso le Scuole di Specialità in medicina del lavoro poco conoscono le realtà delle imprese, non tanto dal punto di vista tecnologico o organizzativo, ma piuttosto da quello pratico e funzionale, dei problemi quotidiani con i quali il medico competente si gioca tutti i giorni. Un caso emblematico mi è sembrato l'atteggiamento con cui si è talvolta affrontato il problema della valutazione dei rischi derivanti dallo stress lavoro-correlato(14).

L'incontro con posizioni accademiche scientificamente approfondite e complesse e la semplicità di chi si trova

a zappare il proprio arido campicello quotidiano non è sempre stato facile, proprio per una grave difficoltà a trovare un comune terreno di intesa, a parlare un linguaggio che sappia farsi carico dei problemi reali di ciascuno.

Credo che un comportamento eticamente corretto sia quello dell'umiltà che da una parte riconosce come i propri convincimenti scientifici possano e debbano essere ragionevolmente applicati nelle realtà esistenti e dall'altra non pretendere che la pratica applicabilità sia comunque scelta a scapito di ogni attendibilità scientifica.

Credo che in fondo per questo problema basterebbe che il mondo universitario trovi il modo di tornare a frequentare molto di più l'impresa, per studio, ricerca e conoscenza, senza invadenza, in punta di piedi e senza pretesa di particolari predomini, indirizzi o direttività. Uno strumento formidabile potrebbero essere gli stages di specializzandi da affidare in modo congiunto e coordinato a medici d'azienda di provata esperienza e capacità professionale.

D'altra parte i MC dovrebbero riprendere a frequentare l'Università e le Scuole di specialità, per mantenere alto il proprio profilo di conoscenze e per mantenere viva la propria disponibilità alla ricerca, alla sperimentazione, al confronto, al lavoro di equipe.

Ancora una volta le affermazioni più semplici e scontate, come quelle sopra esposte, trovano non poche difficoltà applicative.

Il problema principale è ancora quello del confondimento di ruoli, compiti, responsabilità e, ovviamente, dei benefici economici che ne derivano.

Laddove l'Università pretende, in virtù delle proprie conoscenze scientifiche e del potere istituzionale che può derivarne, di sostituirsi ai Centri Servizi per fornire più o meno esplicitamente i medici competenti che attorno vi gravitano, è evidente che si ripresentano tutti i problemi etici che già abbiamo evidenziato, con l'aggravante che spesso i rapporti di forza sono ancor più spostati verso chi di fatto detiene il potere.

Ancora una volta l'etica può prevalere solo in un chiaro e trasparente rapporto di parità, su tutti i piani, di dignità professionale innanzi tutto, di chiarezza nei rapporti con i clienti e nei compensi che ne derivano, ma anche riconoscendo a pieno titolo il ruolo di alta competenza scientifica, capacità di discernimento e affidabilità metodologica che il mondo accademico, secondo la propria specifica missione, sa mettere in campo.

Le sfide che ancora aspettano i medici d'azienda sono molte e molto impegnative. Potremo affrontarle solo

con il coraggio di chi si gioca in prima persona, con i propri valori, atteggiamenti e comportamenti eticamente condivisi, senza aspettare che altri, con norme

o disposizioni fortemente prescrittive ci dicano chi, cosa, come, quando, dove e perché.

Bibliografia – Sitografia

(1) ANMA: Codice di comportamento del Medico d'Azienda Competente” - Caserta, 10 ottobre 1997

(2) Costituzione Italiana — art. 41: “L’iniziativa economica è libera. Non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli perché l’attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali”, 1948

(3) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: artt. 18, comma 1, lettera g-bis) e comma 2

(4) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: art. 25, comma 1, lettera a), ai sensi dell’art. 58 comma 1, lettera c) sanzionato con riferimento alla valutazione dei rischi

(5) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: art. 41

(6) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: art. 38, comma 3

(7) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: art. 39, comma 4

(8) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.: art. 18, comma 1, lettera g)

(9) Codice Penale: art. 622

(10) ANMA - G. Boschioli - Il medico competente: ruolo e utilità nel collocamento al lavoro dell’invalide — Relazione presentata al seminario “Danno patrimoniale INAIL, capacità di lavoro e attribuzione del coefficiente”, Milano, 5/5/2011, in Quaderni di Medicina Legale del lavoro, supplemento al notiziario INCA n. 3/2011, Ediesse s.r.l. Roma

(11) Si veda, last but not the least: D. Taddeo, Presidente per il Direttivo Nazionale SNOP: “Lettera aperta agli organi di comunicazione, alle Istituzioni, alle Organizzazioni sindacali, agli Operatori della prevenzione - Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro: il ruolo di tutti, il ruolo dei Servizi Pubblici di Prevenzione” — 17/12/2007 — in <http://www.sirsrer.it/modules.php?name=News&file=article&sid=436>

(12) F. Filla “Tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro: attività di vigilanza e profili sanzionatori” - Seminario di lavoro delle Consigliere di Parità “La programmazione delle attività della Rete delle Consigliere di Parità e dei partners istituzionali in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro” — Roma — 02/02/2010 - Atti in <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/E6A00E36-C657-4AFC-BF33-5AB3CBCE3BA7/0/InterventoFILLAdellasaluteesicurezzauiuoghidiilavoro.pdf>

(13) G. Boschioli “Il profilo professionale del medico del lavoro - Congresso CIIP/ISPES “Le Figure professionali della Prevenzione” - Napoli - Castel dell’Ovo. 1999. Atti in Ambiente e Sicurezza — Milano 2009

(14) ASL Milano — ANMA Lombardia Seminario “Stress lavoro correlato: il ruolo dello PSAL, il ruolo del medico competente” — Clinica del lavoro Milano — novembre 2010

TABELLE, CONFLITTI, INCONGRUENZE DI LEGGE: LE CRITICITÀ DEL SISTEMA



Guardavilla Anna, Giurista,
Comitato Scientifico ANMA

Premessa

L'“Elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del DPR 1124/1965 è stato oggetto di vari aggiornamenti; rileva in particolare, ai fini che qui interessano, l'aggiornamento effettuato col D.M. 11 dicembre 2009 con la conseguente sostituzione del precedente (D.M. 14 gennaio 2008).

In base all'articolo 139 del D.P.R. citato qualsiasi medico, che ne riconosca l'esistenza, ha l'obbligo di denuncia di malattia professionale alla DPL, all'ASL e all'INAIL. In questo caso la denuncia trova la sua motivazione dal punto di vista statistico-epidemiologico consentendo l'applicazione di interventi di prevenzione primaria.

Le modifiche in questione hanno riguardato in particolare alcune voci di malattia e alcuni codici identificativi, aggiornate allo scopo di stare al passo con l'evoluzione sia del livello tecnologico sia scientifico.

Gli aggiornamenti contenuti nella tabella contenuta nel D.M. 11 dicembre 2009 rispetto al 2008 ha riguardato soprattutto i metalli e alcuni agenti chimici per lo più presenti nella lista I comprendente le malattie la cui origine è di elevata probabilità.

L'organizzazione data originariamente nel 2004 dal legislatore rimane comunque attuale in quanto viene mantenuta la suddivisione nelle tre liste:

I lista: origine di elevata probabilità

II lista: origine di media probabilità

III lista: origine solo possibile

Resta anche invariata rispetto al 2004 la suddivisione in Agenti, Malattie e Codici identificativi.

Le tabelle di cui agli articoli 3 e 211 D.P.R. 1124 (rischio assicurato INAIL)

La tabella prevista dall'art. 1 R.D. 928/1929 era limitata ma portava grandi vantaggi per il lavoratore, tra cui la presunzione dell'origine professionale delle patologie rientranti nella tabella contratte sia durante il lavoro, sia dopo la sua cessazione, nei limiti temporali fissati dalla tabella, con esonero di qualsiasi onere probatorio a carico del lavoratore circa l'eziologia della malattia.

In termini giuridici, si tratta di una *presunzione relativa* che ammette prova contraria, consentendo quindi all'INAIL di fornire la prova dell'origine non professionale della malattia (secondo l'orientamento della Cassazione in materia) e di poter pertanto dedurre e provare un nesso causale diverso da quello tabellato. Si tenga presente che le presunzioni legali relative costituiscono una prova critica o indiretta in quanto deducono, secondo massime di esperienza, che un fatto ignoto sia conseguenza del fatto noto del quale è stata raggiunta la prova, e ammettono la prova contraria all'induzione logica.

Il vantaggio del sistema tabellare, nella copiosa giurisprudenza costituzionale che si è occupata del tema, è sempre stato visto in termini di esonero dall'onere della prova (nei termini quindi dell'art. 2728 primo comma c.c., secondo cui le presunzioni legali dispensano da qualunque prova coloro a favore dei quali sono state stabilite).

Dunque tale presunzione è una presunzione relativa con le seguenti precisazioni:

- la presunzione è assoluta per quanto riguarda la lesività dell'agente patogeno e della lavorazione tabellata (secondo la Cassazione non si può dedurre l'insussistenza del nesso di causalità dalla modesta entità della malattia accertata [così Cass., 12 ottobre 1987 n. 7551] sicché non è ammessa la prova sull'efficacia lesiva dell'agente tabellato, se non nei limiti stabiliti dalla stessa tabella); è relativa per quanto riguarda il nesso causale;
- la prova contraria relativa ad una presunzione legale relativa non può essere fornita con prova presuntiva;
- la causa extraprofessionale deve risultare esclusiva (altrimenti si ricade nel principio dell'equivalenza causale).

Il sistema della lista è ancora vigente per i suoi aspetti presuntivi positivi per il lavoratore (al di là del succes-

sivo passaggio al sistema misto, comportante la possibilità addizionale di provare l'eziologia delle malattie professionali non tabellate).

La tabella costituiva un quadro sinottico con una triplice indicazione per ciascuna malattia:

1. alla prima colonna erano indicate le malattie;
2. alla seconda colonna le lavorazioni;
3. alla terza colonna il periodo massimo di indennizzabilità alla cessazione dal lavoro, indicazione che si rende necessaria proprio per la nozione di malattia professionale, caratterizzata da causa lenta, per cui l'agente patogeno, acquisito a causa e nell'esercizio di una attività lavorativa, può esplicare i suoi effetti nocivi anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa tabellata, ma previa individuazione - analogamente a quanto può dirsi per la presunzione di paternità ai sensi del codice civile - di un periodo massimo dopo l'attività lavorativa al di là del quale si ha certezza della non professionalità della causa (stante che ogni agente patogeno ha un periodo di latenza definito o massimo).

Non è invece previsto un periodo minimo di occupazione e di esposizione al rischio professionale (limite che è previsto in alcune legislazioni straniere).

L'art. 10 D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38 ha disposto l'istituzione di una *commissione medica per la revisione periodica delle tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura*, prevista rispettivamente dagli articoli 3 e 211 T.U., allegati n. 4 e 5, nonché della diversa tabella delle malattie per le quali i medici hanno l'obbligo di denuncia ai sensi dell'art. 139 T.U.

Tale Commissione ha completato la revisione della tabella ex art. 139 T.U. (risalente al D.M. 18 aprile 1973), i cui risultati sono stati trasfusi nei D.M. 27 aprile 2004 e D.M. 14 gennaio 2008, con significative innovazioni per quanto riguarda l'accertamento dell'origine professionale della malattia, ritenuta possibile ora solo in termini di probabilità qualificata e non necessariamente di certezza (vedi oltre).

Il D.M. 9 aprile 2008 ha approvato la nuova tabella delle malattie professionali dell'industria e dell'agricoltura (rispettivamente ex articoli 3 e 211 T.U.).

Le due tabelle mantengono degli elementi di continuità con le precedenti, quali la struttura tradizionale tripar-

tita in malattie, lavorazioni, periodo massimo di indennizzabilità, nonché la clausola di chiusura che assicura la presunzione di origine professionale per le malattie comunque causate da agenti patogeni tabellati. Presentano però anche grandi elementi di novità (es. ingresso di nuove patologie etc.).

Ci sono due regimi: quello delle malattie nosologicamente definite, per le quali la presunzione legale di origine professionale scatta in modo immediato; quello delle altre malattie, per le quali la colonna 1 della tabella non indica la malattia o la sua manifestazione, bensì l'agente patogeno indicato nella prima colonna. Così, in caso di agente patogeno tabellato suscettibile di causare una specifica malattia su un individuato organo bersaglio, e non altre della stessa famiglia, la presunzione legale di origine professionale riguarda solo le patologie delle quali la scienza medica abbia accertato in generale il nesso causale con l'agente patogeno tabellato.

Con la sentenza del 18 febbraio 1988 n. 179 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale:

- dell'art. 3, comma 1, e dell'art. 211 D.P.R. 1124, nella parte in cui non prevedono che l'assicurazione è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle concernenti le malattie professionali

rispettivamente nell'industria (art. 3) e nell'agricoltura (art. 211) e da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali l'interessato abbia provato l'eziologia professionale;

- dell'art. 134 T.U., nella parte in cui richiede che l'inabilità o la morte si verifichino nei limiti temporali indicati per ciascuna malattia nella tabella.

Dunque la Corte ha integrato il sistema tabellare con la possibilità per l'assicurato di provare l'origine professionale delle malattie non tabellate o anche di quelle (tabellate o non tabellate) manifestatesi dopo i limiti temporali della tabella allegato 4.

Ha così introdotto il c.d. sistema misto, nell'inerzia del legislatore, e secondo le raccomandazioni ad esso dirette dalla Cee nel 1962.

Qualora l'attività lavorativa tabellata sia svolta non in modo continuativo, ma in maniera episodica e occasionale, viene meno la presunzione legale di derivazione della malattia dall'esposizione al rischio e l'onere della prova della riconducibilità della malattia all'attività professionale svolta grava sul lavoratore (Cass. 10 marzo 2004 n. 4927).

L'elenco delle malattie per le quali sussiste l'obbligo di denuncia ex art. 139 T.U.

L'art. 139 D.P.R. 1124 prevede, a carico del medico che ne riscontri l'esistenza, l'obbligo di denunciare all'ispettorato del lavoro competente (ora Direzione Regionale del Lavoro) ogni malattia professionale compresa fra quelle indicate in un apposito elenco da approvarsi con D.M. (il primo emanato il 18 aprile 1973). La finalità di tale obbligo è di carattere statistico-epidemiologico e prevenzionale.

Destinatari dell'obbligo sono tutti i medici che nell'esercizio della loro attività professionale, diagnostica e terapeutica, sia come liberi professionisti, sia come dipendenti di enti pubblici e privati, o convenzionati con essi, vengono a conoscenza di una patologia inclusa in tale elenco.

Con riferimento alle più generali norme del codice penale e avendo particolare riguardo alla figura del medico competente, si tenga conto che, ai sensi dell'art. 365 del codice penale (*Omissione di referto*), "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio [50 comma 2

c.p.p.], omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa fino a 516 euro [art. 384; 334 c.p.p.]."

Riguardo alla "esistenza", l'obbligo di denuncia scatta in ogni caso di sospetto della tecnopatia indicata nell'elenco, in virtù del principio possibilistico, e non probabilistico, che è alla base dell'elenco e dell'obbligo di denuncia.

Quanto ai lavoratori interessati, sempre per la finalità prevenzionale dell'art. 139, non è necessario che il paziente visitato rientri tra i soggetti assicurati; non rileva neanche il periodo di esposizione al rischio, né il grado della forma morbosa soggetta a denuncia.

In caso di contravvenzione all'obbligo di denuncia, l'art. 139 c. 3 prevede la pena dell'arresto fino a tre mesi o dell'ammenda da € 258 a € 1.032; quando poi il contravventore è il medico d'azienda, le sanzioni sono aumentate.

Anche al fine di far emergere l'origine professionale delle malattie professionali non tabellate, l'art. 10

D.Lgs. 38/2000 prevede la c.d. “*prelista*”, e cioè che una commissione scientifica effettui la revisione periodica delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del D.P.R. 1124, nonché dell’elenco delle malattie professionali per le quali i medici hanno l’obbligo di denuncia, inserendo in tale elenco anche malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 D.P.R. 1124.

Gli aggiornamenti dell’elenco sono effettuati con cadenza annuale con D.M. su proposta delle Commissioni.

Dopo oltre 30 anni dal D.M. del 1973, le tabelle sono state revisionate e i risultati sono stati trasfusi nel D.M. 27 aprile 2004 e nel D.M. 14 gennaio 2008.

La Commissione ha posto alla base dei lavori il principio secondo cui, in base alle attuali conoscenze, l’assoluta certezza di origine non può essere attribuita ad alcuna malattia professionale.

Pertanto essa ha compilato tre liste:

- lista n. 1: malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, che costituiranno la base per la revisione delle tabelle ex artt. 3 e 211 T.U.
- lista n. 2: malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo.
- lista n. 3: malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche evidenze scientifiche.

Il nuovo elenco si distingue dal precedente sotto tre aspetti: a) per l’idea alla base delle tre liste; b) per l’aumento delle patologie e degli agenti di rischio c) per la struttura innovativa.

La collocazione della patologia in una delle tre liste dipende dalla multifattorialità e dalla evidenza epidemiologica della malattia esaminata, in base a criteri di causalità.

I rapporti tra le tabelle di cui agli articoli 3 e 211 e l’elenco di cui all’articolo 139 D.P.R. 1124

Le finalità delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 e l’elenco di cui all’articolo 139 D.P.R. 1124 sono diverse: le prime (e solo queste) pongono la presunzione relativa di origine professionale, mentre l’elenco ha una funzione prevenzionale.

Da una parte, con il D.M. 27 aprile 2004 e il D.M. 14 gennaio 2008 si è accentuata la divaricazione di contenuto tra tabelle di malattie professionali e obbligo di denuncia. Oggi l’obbligo di denuncia è molto più ampio perché comprende anche le malattie delle liste n. 2 e 3, di limitata probabilità o mera possibilità di origine lavorativa, la cui denuncia è tuttavia opportuna per registrare e monitorare le segnalazioni di varia pro-

venienza, ai fini della formazione di una banca dati utile per gli approfondimenti scientifici ed epidemiologici. Dall’altra parte, ciò che getta un ponte tra le diverse tabelle è l’art. 10 del D.Lgs. 38/2000, sotto due profili: a) unica è la Commissione che revisiona le tabelle ex artt. 3 e 211 e l’elenco ex art. 139; b) ex art. 10 c. 4, le liste delle tabelle per le quali è obbligatoria la denuncia vanno tenute sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali ex artt. 3 e 211.

[Pratica Giuridica, Giurisprudenza e Dottrina, Infortuni sul lavoro e malattie professionali, a cura di Aldo De Matteis, 2011].

COSTI DELLE DENUNCE, BENEFICI DEI LAVORATORI: INDIVIDUALI, AZIENDALI E SOCIALI



*Candura U.
Vice Presidente ANMA*

Premessa

Le argomentazioni di ordine sociale ed economico inerenti il ruolo e l'attività del MC hanno fatto parte degli nostri aggiornamenti professionali in misura crescente negli ultimi anni. Si ricorda quanto proposto dai Corsi ECM organizzati dall'ANMA sin dal 2009, così come il personale contribuì all'ultimo Congresso Nazionale di Venezia nel Giugno 2010 sui “Costi della mancata prevenzione”. Riteniamo che ciò risponda alla graduale crescita della consapevolezza di un ruolo non solo improntato oggi alla natura etica della professione medica, ma arricchito dal riconoscimento delle ricadute sociali e dei vantaggi economici delle buone prassi nella prevenzione.

Il nostro auspicio peraltro è che questo aspetto venga maggiormente percepito da tutti i soggetti coinvolti : lavoratori, datori di lavoro, parti sociali, istituzioni e potere legislativo, al fine di considerare sempre nell'ottica di un investimento i costi sostenuti per la sicurezza, e cercare di moralizzare – spingendo sulla qualità dei servizi offerti - un mercato delle consulenze attualmente mortificato da strategie di ribassi tariffari poco consoni alla delicatezza ed all'importanza del ruolo.

Un auspicio del genere non può non accompagnarsi ad un impegno sempre crescente sul versante della qualità della professione, anche nella scelta di quelle pratiche che rispondano a criteri di efficacia, basate sull'evidenza e disancorate dal rispetto formale delle norme, ma che dimostrino in prospettiva un sicuro ritorno , anche economico, per le aziende e la società.

Il caso delle Malattie Professionali

L'argomento di questa Sessione si presta in modo emblematico alle considerazioni di cui sopra, sia perché le malattie professionali, con il loro andamento epidemiologico caratterizzato da una latenza più o meno lunga, evidenziano i vantaggi della prevenzione nel medio-lungo periodo, sia per i costi sociali ed individuali legati alle menomazioni per lo più permanenti dei soggetti colpiti. La “Scuola” insegna inoltre che l'efficacia della prevenzione delle tecnopatie si avvale di una collaborazione a tutto tondo del Medico Competente che trova il suo “Valore Aggiunto” in un intervento incisivo nel processo preliminare di Valutazione dei Rischi. In realtà siamo abituati a focalizzare il dibattito sui costi della mancata prevenzione parlando soprattutto degli *infortuni sul lavoro*, anche in virtù di casi, anche recenti, di spettacolare cronaca giudiziaria e di sovraesposizione mediatica. Tali eventi, nella loro tragica immediatezza, smuovono emotivamente l'opinione pubblica e gli organi di informazione, vengono da anni ad essere indicati come un indice statistico e macroeconomico di efficienza produttiva e di maturità del sistema Paese, ed hanno incentivato tra l'altro anche una specifica legislazione premiale da parte di INAIL (mod. OT24 per la

riduzione del premio, finanziamenti per la formazione, ecc.).

Anche nella stima annuale del danno economico della *non sicurezza*, l'attenzione si focalizza sul costo degli infortuni sul lavoro, anche per una loro metodologia di calcolo che appare decisamente più agevole rispetto all'impatto sociale delle malattie professionali, il cui onere si trascina negli anni a venire. (In corso di sperimentazione per le PMI dalla Confapi emiliana è il software sviluppato dalla Consulenza Tecnica per l'Accertamento dei Rischi e Prevenzione *CONTARP* e dalla Consulenza Tecnica Attuariale *CSA*, con la quale INAIL vuole fornire un ulteriore servizio alle Aziende che vogliano stimare i costi della non sicurezza).

D'altronde sono evidenti le differenze nell'approccio preventivo e nella gestione economica ed assicurativa delle tecnopatie (salute) rispetto agli infortuni sul lavoro (sicurezza).

Al solo scopo didattico ed esemplificativo abbiamo poi storicamente differenziato (a beneficio anche della formazione rivolta ai lavoratori) i rischi per la sicurezza e quelli per la salute, collegando i primi alle fattispecie degli infortuni sul lavoro, ed i secondi alla comparsa delle malattie professionali, con le caratteristiche illustrate nello schema:

RISCHI PER LA SICUREZZA	RISCHI PER LA SALUTE
<i>Infortunio</i>	<i>Malattia Professionale</i>
<i>Operativo (comportamenti)</i>	<i>Espositivo (ambiente di lavoro)</i>
<i>Fisico</i>	<i>Fisico, Chimico, Biologico. Organizzativo</i>
<i>Acuto</i>	<i>Cronico</i>
<i>Reversibile (?)</i>	<i>Irreversibile</i>
<i>Prevedibilità Bassa</i>	<i>Prevedibilità Alta</i>
<i>Protezione Difficile</i>	<i>Prevenzione Facile (?)</i>

Andamento epidemiologico

Dai report INAIL degli ultimi anni si evidenzia un'altra chiara dicotomia tra gli infortuni e le malattie professionali:

- un'evidente contrazione dei casi di infortunio, sia in numero assoluto, sia come casi mortali (fino a circa - 30% negli ultimi 10 anni) : la stima previsionale per il 2010 parla di un totale circa 775.000 infortuni, di cui 980 mortali (rispettivamente -1,9% e

-6,9% rispetto al 2009). Lo stesso Istituto Assicuratore richiama però l'attenzione sulla perdurante crisi economica ed occupazionale che incide su tali statistiche, con un calo complessivo del 3% della quantità di lavoro svolto nel 2009 ed una riduzione dell'1,6% degli occupati (dati ISTAT).

- in controtendenza invece le malattie professionali, delle quali denunce si è registrato un'impennata nel corso dell'ultimo triennio (dal 2007 in poi) fino ad arrivare ad un record di 34.646 di denunce complessive nel 2009 (+ 15,7% rispetto al 2008 e + 30% circa dal 2004).

INFORTUNI SUL LAVORO DENUNCIATI PER RAMO DI ATTIVITÀ ECONOMICA - ANNI EVENTO 2006-2010

RAMO/SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA	2006	2007	2008	2009	2010(*)	Var. % 2010/2009
Agricoltura	63.082	57.205	53.354	52.665	50.100	-4,9
Industria	413.368	400.099	366.159	296.381	278.400	-6,1
di cui: Costruzioni	104.375	101.898	93.546	81.487	75.500	-7,3
Servizi	451.690	455.098	455.631	441.066	446.750	1,3
TOTALE	928.140	912.402	875.144	790.112	775.250	-1,9

(*) Stima previsionale.

MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE – TUTTE LE GESTIONI ANNI MANIFESTAZIONE 2004 – 2009 (Fonte INAIL)

Gestione	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Agricoltura	1.076	1.318	1.445	1.643	1.817	
Industria e Servizi	25.235	25.111	25.022	26.743	27.539	
Dipendenti Conto Stato	285	323	320	392	348	
Totale	26.596	26.752	26.787	28.778	29.704	34.646
Var. % su 2004	-	0,6	+ 0,7	+ 8,2	+ 11,7	+ 30%

Sembra quasi scontato spiegare il fenomeno non tanto come espressione di una inaspettata involuzione delle condizioni di salubrità degli ambienti di lavoro, quanto con una serie di motivazioni che possono essere così sintetizzate:

- una crescita della consapevolezza sul tema da parte dei soggetti coinvolti, nonché la percezione dell'importanza dell'emersione del fenomeno, anche ai fini della prevenzione;
- l'entrata a regime dell'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali (il D.M. 09.04.2008 ha innovato la materia dopo 14 anni dal DPR 336/94 ed è entrato in vigore a decorrere dal 22/07/2008), con un incremento significativo delle malattie che beneficiano della “presunzione legale di origine” (che passano per l'Industria da 58 ad 85 voci) per le quali quindi non è richiesta al lavoratore l'onere della prova del nesso causale con l'attività lavorativa;
- i tempi di latenza generalmente lunghi delle manifestazioni cliniche, che da un lato ritardano fisiologicamente la denuncia, dall'altro (vedi i tumori insorti dopo decenni dall'esposizione) rendono più complesso l'individuazione e l'accertamento della correlazione con il lavoro svolto;
- anche alcune innovazioni tecnologiche, tra le quali la possibilità di una denuncia on-line istituita dall'INAIL.

Le connotazioni dell'attuale mercato del lavoro devono

inoltre far intuire alcune aree di criticità che possono favorire l'emergere di patologie correlate:

- l'invecchiamento medio della popolazione lavorativa;
- l'incremento della disabilità sul lavoro;
- la prevalenza dei rapporti “atipici” di occupazione (corrispondenti a circa il 43% delle assunzioni nel 2010, con un tasso di stabilizzazione solo del 16%, dal primo trimestre 2009 al primo trimestre 2010; Rapporto ISTAT);
- le maggiori sollecitazioni della sfera psichica;
- i flussi migratori dai paesi in via di sviluppo (più di tre milioni i lavoratori stranieri assicurati all'INAIL, + 34% rispetto al 2005);
- la frammentazione del tessuto produttivo con prevalenza della microimpresa (le PMI sono il 94,8% e la dimensione media per impresa è di 3,9 addetti, dati ISTAT 2010).

Quale messaggio trarre comunque dalle statistiche di questi anni in merito agli sforzi di prevenzione (ed agli investimenti) da porre in atto, nell'ottica anche di un vantaggio economico per la collettività?

La tabella seguente – tratta, come le altre inserite nel presente contributo, dalle statistiche ufficiali pubblicate su <http://www.inail.it> – illustra il tipo di malattie denunciate nell'ultimo quinquennio 2005/2009:

MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE PER TIPO DI MALATTIA - TUTTE LE GESTIONI ANNI MANIFESTAZIONE 2005-2009

TIPO MALATTIA	2005	2006	2007	2008	2009	Var. % 2009/2005
TOTALE MALATTIE PROFESSIONALI	26.787	26.826	28.856	29.939	34.646	29,3
di cui:						
Malattie osteo articolari e muscolo tendinee	8.767	10.050	11.394	12.971	17.620	101,0
Ipcacusia da rumore	7.000	6.409	6.380	5.959	5.813	17,0
Malattie respiratorie	2.689	2.510	2.610	2.450	2.353	-12,5
Malattie cutanee	1.161	973	892	767	726	-37,5

Relativamente alle tipologie in causa si conferma il trend in crescita di tutte quelle affezioni che fino a qualche tempo fa potevamo considerare “non tabellate” o solo “lavoro-correlate”, oggi pari a circa l'86% di tutte le denunce, a partire da quelle dell'apparato muscolo-scheletrico (in ordine decrescente di incidenza: tendinopatie, discopatie, artrosi, STC) e provocate

da sovraccarico biomeccanico e movimenti ripetitivi, praticamente raddoppiatesi nel periodo 2005/2009.

In ordine al settore lavorativo la crescita è stata di tipo esponenziale nella Gestione Agricoltura, dove, pur essendosi ridotte le voci tabellate da 27 a 24 (a seguito del divieto di utilizzo di alcune sostanze chimiche), si registra addirittura un incremento complessivo del

“L'ETICA ALLA PROVA: IL CASO DE

348% delle denunce nell'ultimo quinquennio!

La nuova elencazione delle tabelle - per tipo di malattia e non per agente patogeno - ha poi contribuito al boom di denunce, consentendo la possibilità di denunce “plurime” (corrispondenti al 20% del totale) presentate dallo stesso lavoratore per più patologie come un unico evento.

Francamente in calo le affezioni che hanno caratterizzato l'epoca della “Clinica del Lavoro”, come le ipoacusie (-17%), le malattie respiratorie (-12,5%), le malattie cutanee (-37,5%). Da segnalare però la persistenza di una generazione di lavoratori che sconta ancora pregresse esposizioni alla silice (circa 300 casi di silicosi nel 2008) ed all'asbesto (circa 600 casi l'anno di asbestosi, la quale, con la sua latenza fino ai 40 anni, fa stimare un picco di denunce intorno al 2025).

Particolare cenno va fatto anche alle affezioni della sfera psichica, a dimostrazione della progressiva emersione di scenari lavorativi nei quali prevale la precarietà dei rapporti, insicurezza, scarso senso di appartenenza, deterioramento dei rapporti interpersonali e dell'“arte” della gestione e dello sviluppo delle risorse umane. Le

patologie denunciate sono circa 500 l'anno nell'ultimo quinquennio - individuate specificamente come “mobbing” - e sono tipiche delle attività dei Servizi e tra i Dipendenti dello Stato. Infine i tumori professionali rappresentano - come è intuibile - le affezioni per le quali è più difficile il riscontro del nesso causale e quindi probabilmente l'area di maggiore sottonotifica (v. oltre) per quanto attiene le denunce. Negli ultimi anni comunque le segnalazioni complessive hanno raggiunto circa 2.000 casi/anno, per lo più legati a neoplasie da asbesto (800 l'anno), tumori dell'apparato respiratorio (quasi 400 casi/anno) e della vescica (300 casi nel 2008).

Mi sembra inoltre interessante far notare che - a fronte della ridondanza di voci previste dal D.M. 14 gennaio 2008 con le tre liste di malattie di sospetta origine professionale per le quali è obbligatoria la denuncia, e delle stesse 109 voci previste dal successivo D.M. 09 aprile 2008 - l'INAIL sottolinea il fatto che un'analisi rappresentativa delle patologie professionali fa restringere il campo *a non più di 20 tipi*, che rappresentano il 90% di tutte le denunce.

INDUSTRIA E SERVIZI

Tipo di malattia	2004	2005	2006	2007	2008
Malattie tabellate	5.309	4.579	4.326	4.170	3.593
di cui:					
60 Ipoacusia o sordità	1.962	1.332	1.277	1.155	884
66 Neoplasia da asbesto	751	833	803	870	809
91 Asbestosi	554	619	564	614	555
90 Silicosi	360	313	326	269	286
42-Malattie cutanee	577	454	332	304	239
52- Malattie osteoarticolari	203	181	210	222	137
40-Asma bronchiale	188	150	109	109	92
43-Pneumoconiosi da silicati	87	76	90	102	80
Malattie non tabellate	19.327	19.979	20.051	21.039	21.002
di cui:					
Ipoacusia	5.239	5.373	4.837	4.808	4.533
Tendiniti	1.050	2.074	2.023	3.430	3.003
Affezioni dei dischi intervertebrali	1.550	2.096	2.585	2.070	3.371
Artrosi	1.144	1.395	1.452	1.725	1.717
Malattie dell'apparato respiratorio	1.576	1.005	1.623	1.679	1.579
Sindrome del tunnel carpale	1.212	1.303	1.537	1.317	1.326
Altre neuropatie periferiche	558	743	839	908	934
Tumori	735	963	903	960	892
Disturbi psichici lavoro-correlati	185	511	186	505	429
Dermatite da contatto	338	422	409	329	292
Indeterminate	599	553	645	1.526	2.944
Totale Industria e Servizi	25.235	25.111	25.022	26.743	27.539

Malattie professionali attese e denunciate

Da tempo viene ribadito che il fenomeno delle malattie professionali riconosce una “storica” sottonotifica, e su questo tema abbiamo svolto le nostre riflessioni come ANMA già all’indomani dell’entrata in vigore del D.M. 27/04/2004 (“Nuovo elenco delle MP da sottoporre a denuncia”) in occasione del congresso Nazionale ANMA di Courmayeur (giugno 2005) al quale si rimanda.

Ricordo solo le premesse esposte dal Gruppo di Lavoro ANMA, che, in quell’occasione, affermava: “... *Condividiamo quindi l’importanza di un maggior rilievo epidemiologico, e quindi sociale ed economico, da conferire alla patologia professionale... La ricaduta pratica per il medico competente (M.C.) si riflette nell’enfasi da attribuire alle procedure di prevenzione, a partire dal processo di Valutazione del Rischio (VdR), per tutte le condizioni di potenziale rischio correlato al lavoro - ed elencate nelle tre liste del decreto - sulle quali grava comunque (anche per una correlazione solo probabile) l’ipotesi di una denuncia*”.

Si rimanda inoltre alle altre comunicazioni della odierna giornata congressuale per le considerazioni legate alle criticità dell’attuale sistema legislativo, ma mi sembra oltremodo utile ricordare quanto concludevamo già nel 2005 : “Viene naturale pertanto chiedersi se non sia più funzionale seguire più correttamente le indicazioni

europee, ed introdurre l’istituto di una “segnalazione” (e non di una denuncia/referto che richiama articoli penalmente sanzionati, in special modo per il M.C.), per le malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità o solo possibile.”

Tuttora attuale è quindi il dibattito sulla sottostima dell’incidenza dei danni alla salute di origine lavorativa, pur registrandosi – come si è detto – una significativa emersione del fenomeno negli ultimi anni. Tuttavia il sistema riconosce una sua efficacia laddove – pur condividendo il concetto che non spetta al sanitario denunciante l’accertamento previdenziale del nesso causale – non si inneschi un automatismo correlato all’obbligo di cui all’art. 139/1124, soprattutto da soggetti esterni con scarsa o nulla conoscenza degli ambienti di lavoro. Il rischio di “ingolfamento” di richieste di indennizzo diventa reale quando osserviamo che nell’anno 2008, a fronte delle quasi 30.000 malattie denunciate, INAIL ne riconosce effettivamente 10.000 (circa il 35%) e ne indennizza circa 6.500 (con un tasso di indennizzo di quasi il 65%), ovvero poco più del 20%, che potrebbe arrivare al 30% se tutte le altre 5.000 in corso di definizione giungano ad una positiva definizione.

Le patologie a prognosi infausta rappresentano come detto la maggiore criticità in termini di numero di denunce e conseguentemente di riconoscimenti. Le stime di letteratura secondo le quali le forme professionali rappresentano il 4% delle neoplasie non trovano corrispondenza nel numero dei casi denunciati all’Inail.

Tavola n. 39 - **MALATTIE PROFESSIONALI** manifestatesi nel periodo 2004-2008 per gestione e stato di definizione*

Stato di definizione	2004	2005	2006	2007	2008
Riconosciute					
Agricoltura	366	494	576	633	714
Industria e Servizi	8.517	8.474	8.448	9.014	8.554
Dipendenti Conto Stato	66	65	54	64	50
Totale	8.949	9.033	9.078	9.711	9.326
Indennizzate					
Agricoltura	262	347	422	496	575
Industria e Servizi	4.999	5.165	5.396	5.817	5.611
Dipendenti Conto Stato	66	65	54	64	58
Totale	5.327	5.577	5.872	6.377	6.244
In corso di definizione					
Agricoltura	1	3	15	59	245
Industria e Servizi	160	243	404	1.200	4.992
Dipendenti Conto Stato	1	2	11	29	83
Totale	162	248	430	1.288	5.320

* Situazione alla data di rilevazione del 30 aprile 2009.

Costi individuali, sociali ed aziendali

I costi in termine di salute individuale delle tecnopatie sono intuibili già dall'osservazione che - mentre negli infortuni sul lavoro l'inabilità è definita come temporanea nel 95% dei casi - nelle malattie professionali, dove il danno si è strutturato nel tempo, le menomazioni sono riconosciute *permanenti nell'80% dei casi*.

Anche l'incidenza dei casi mortali - al di là della legittima emotività suscitata dalle statistiche annuali degli infortuni - è sicuramente molto più elevata tra i soggetti tecnopatici, in particolar modo per le gravi forme di malattie tumorali (soprattutto da asbesto) che rappresentano il 90% delle malattie professionali a prognosi infausta. E' inoltre evidente che una stima realistica dei casi mortali deve tener conto dell'analisi di lungo periodo, legata alle difficoltà di definizione, ma soprattutto alla lunga latenza di comparsa di tali affezioni, per cui i 280 decessi relativi all'anno 2008 - attraverso tecniche di previsione statistica - sono destinati inevitabilmente ad aumentare fino a circa 1000, per completare la generazione di denunce relativa all'anno.

Anche l'Agenzia Europea OSHA (*Annual Report 2009 European Agency for Safety and Health at Work*) richiama la necessità di non trascurare i danni di lungo periodo provocati dai rischi chimici emergenti, ed afferma: *"It is estimated that about 74 000 work-related deaths may be linked to hazardous substances at work each year in the EU - about 10 times more than workplace accidents."*

Un altro aspetto non certo secondario è rappresentato dalla difficoltà di reinserimento del lavoratore con tecnopatia che ha ridotto più o meno significativamente la propria abilità lavorativa. Il tema è ripreso anche nella recente Relazione della Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro (23 novembre 2010), della quale si cita il passaggio:

"L'emarginazione che il lavoratore malato può subire nell'impresa è un fatto reale, soprattutto in quelle di piccole dimensioni dove spesso sono ridotte le possibilità di una idonea ricollocazione ovvero di un adattamento delle condizioni di lavoro alle nuove esigenze del lavoratore che ha subito una menomazione. Fatto che a volte costituisce un freno da parte dello stesso lavoratore a far emergere i propri disturbi e ad avviare l'iter di denuncia sia all'ASL che all'istituto assicuratore".

Altra ricaduta sul piano sociale è rappresentata da una evidente disparità nell'aspettativa di vita (fino a 5 anni secondo alcuni studi), alla quale le malattie profes-

sionali contribuiscono, dando origine a quello che gli studiosi definiscono una *"inaccettabile redistribuzione di risorse a scapito delle persone che arrivano alla pensione da carriere di lavoro subordinato con basso reddito e bassa posizione sociale, e che vengono riversate sui gruppi sociali più avvantaggiati"*.

"Aspettative di vita, lavori usuranti e equità del sistema previdenziale" - R. Leombruni, M. Richiardi, G. Costa - Torino, marzo 2008)

I dati macroeconomici diffusi dall'INAIL (Aprile 2010) hanno stimato un costo della collettività per far fronte agli infortuni ed alle malattie professionali pari a circa 48 miliardi di euro nel 2007, con una evidente prevalenza di costi attribuiti al fenomeno infortunistico (40,4 mld €) rispetto a quelli prodotti dalle MP (7,6 mld €). La ripartizione dei costi complessivi della *"non sicurezza"* è abitualmente ricondotta per il 60% a carico dell'impresa e per il 40% a carico dello Stato.

In modo schematico possiamo raffigurare i costi per la Salute (Malattie Professionali) quasi totalmente scaricati sulla collettività (vitalizi, rendite, liquidazioni in capitale), mentre quelli per la Sicurezza (infortuni sul lavoro) per lo più assorbiti dalle imprese.

Storicamente tali oneri vengono suddivisi - secondo la metodologia indicata dall'ILO - tra quelli assicurativi, quelli legati agli investimenti per la prevenzione, ed i costi effettivamente scatenati dagli eventi lesivi (sulle persone come riduzione capacità lavorativa, sulle aziende come danni ai macchinari, perdite produttive, costi di sostituzione, ecc.)

Aspetto interessante è che nel calcolo attuale vengono considerati gli eventi che hanno colpito non solo gli assicurati, ma anche, per stima, quelli che hanno riguardato i lavoratori non soggetti ad assicurazione (ad es. molte aree del pubblico impiego), *il lavoro sommerso* e le nuove categorie tutelate dall'INAIL (ad es. i *"collaboratori a progetto"*).

Per quanto attiene il lavoro nero la stima ISTAT per il 2009 parla di 2.966.000 lavoratori irregolari (di cui 377 mila stranieri *"clandestini"*), che contribuiscono con circa 165 mila infortuni *"invisibili"* (di cui 20 mila occorsi ai lavoratori immigrati) alle statistiche nazionali. E' intuibile che sarà ancora più arduo quantificare, se non per difetto, l'incidenza di malattie professionali in questa popolazione.

Sono anche stati stimati i costi complessivi dei danni alla salute fino al 2012, prevedendo di ridurre il lavoro sommerso dall'attuale 15% ad una quota del 12% e di realizzare l'obiettivo europeo di contrarre il numero

DELLE MALATTIE PROFESSIONALI”

di infortuni del 25% nel quinquennio 2007/2012 : nel 2012 gli oneri raggiungeranno 51,9 miliardi di euro, ci-

fra pari al 3,06% del PIL.

STIMA DEL COSTO DEI DANNI DA LAVORO (VALORI IN MILIONI DI EURO) ANNI 2002, 2007 E 2012									
TIPO DI COSTO	2002 (*)			2007			2012 (*)		
	Costo	incidenza %	incidenza % sul PIL	Costo	incidenza %	incidenza % sul PIL	Costo	incidenza %	incidenza % sul PIL
Assicurativo	10.377	24,2	0,78	10.846	22,6	0,71	10.752	20,9	0,64
Prevenzionale	12.065	26,8	0,86	15.881	33,1	1,03	20.359	39,5	1,21
Conseguente non assicurativo	22.073	49,0	1,58	21.261	44,3	1,38	20.388	39,6	1,21
Complessivo	45.015	100,0	3,22	47.988	100,0	3,13	51.499	100,0	3,06

(*) Valori a 2007.

I quasi 52 miliardi di euro stimati per l'anno 2012 sono una valutazione di larga massima che comprende ogni onere collegato alla presenza del rischio professionale in quanto tale, e quindi anche quei costi sommersi o indiretti (conseguenti o non assicurativi) che sfuggono in gran parte alla contabilità ordinaria.

Vi sono pareri discordi su quanto possono incidere questi costi : si va dalle stime CONTARP INAIL che parlano di 4/5 volte l'ammontare dei costi diretti ad alcune valutazioni OSHA che indicano il rapporto costi indiretti/costi diretti pari addirittura ad 11:1.

I costi indiretti e quelli “nascosti” sono in effetti tutti quelli che affronta il singolo lavoratore, l'azienda o la società e non sono coperti assicurativamente : oneri residui per la vittima, tempi di soccorso, perdite produttive e di qualità del prodotto, straordinari, penali per ritardi di consegna, spese di consulenze mediche, tecniche e legali, perdita di interessi per capitali non investiti, perdita di immagine ecc.

Ovviamente altri costi non manifesti sono quelli legati ai danni derivanti dal lavoro sommerso, che si riversano quasi totalmente sui singoli e la collettività.

Altre perdite economiche le aziende le affrontano nel caso del riconoscimento di una responsabilità amministrativa dell'Ente ai sensi dell'art. 25 – septies del D.Lgs. 231/01, introdotto dall'art. 9 della Legge De-

lega 123/07 e modificato nella forma attuale dall'art. 300 del D.Lgs. 81/08 (*Omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro*).

Si ritiene infatti chiarificatrice l'attuale dicitura che non limita alla violazione delle “norme antinfortunistiche” la fattispecie di reato, e rende chiara l'inclusione delle malattie professionali nel campo di applicazione della norma. Come è noto le sanzioni – oltre che interdittive – possono giungere ad un massimo edittale pari 1000 quote (art. 300 D.Lgs. 81/08) per le aziende a maggior rischio (ogni quota varia da un valore minimo di 258 euro a un massimo di 1.549 euro).

Un esempio recente ed innovativo è il caso della Sentenza Thyssen-Krupp, dove è stata contestualmente applicata una sanzione di 1 milione di euro (ex art. 25), la confisca (ex art. 19) del prezzo del profitto del reato (800 mila € risparmiati per il mancato allestimento dell'impianto antincendio automatico), nonché le sanzioni interdittive di cui all'art. 9 del D.Lgs. 231/01.

Si ricorda che il sistema di indennizzo vigente prevede per le tecnopatie un grado minimo di inabilità pari al 6%, da liquidare in capitale, e che, per effetto dell'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 si è elevato il grado minimo indennizzabile in rendita dall'11% al 16%; le menoma-

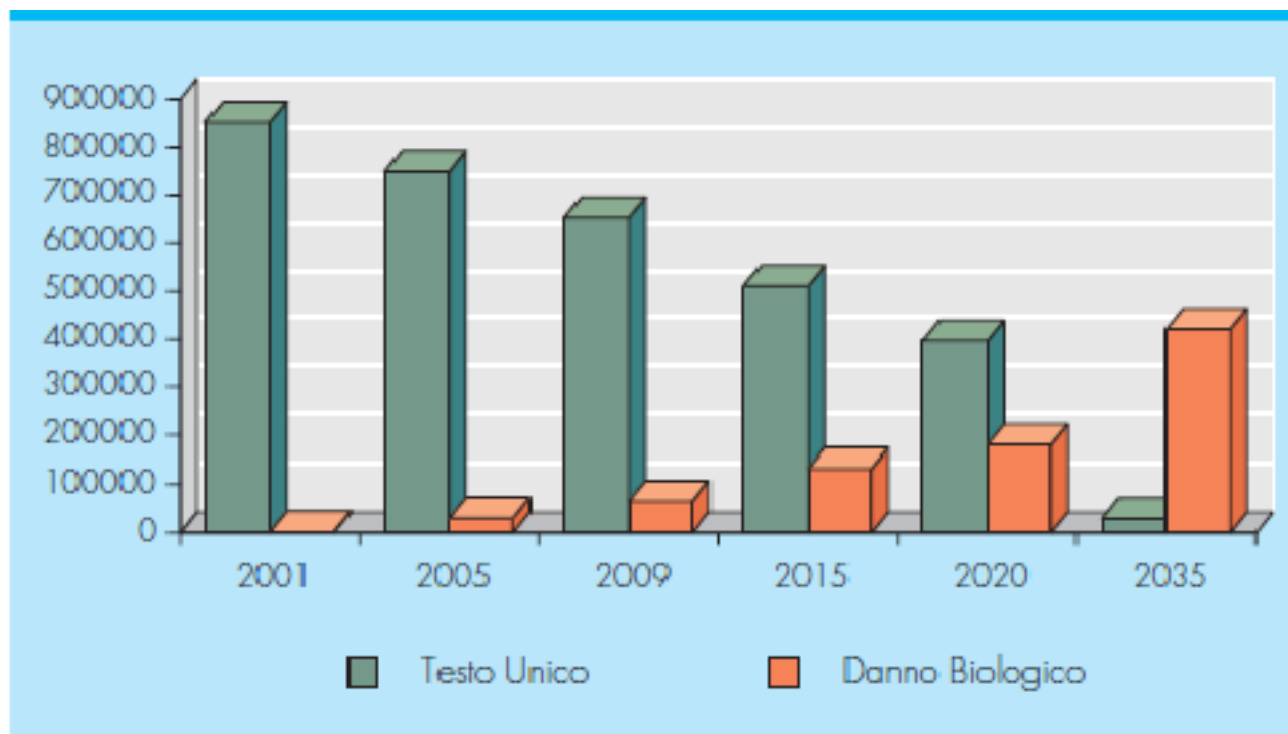
zioni con grado di invalidità inferiore al 16% sorte in regime di T.U. sono soggette alla liquidazione in capitale (ex art. 75 del T.U.) trascorsi 15 anni dalla decorrenza, ed avranno quindi un esaurimento entro la fine del 2015.

Per effetto del decreto ministeriale 1 aprile 2008 (pubblicato nel Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 21 maggio 2008) le rendite liquidate in capitale agli infortunati/ tecnopatici sono state incrementate mediamente del 33%. Si tratta di circa 15.000 provvedimenti l'anno, che l'INAIL eroga a lavoratori il cui grado di invalidità finale risulta compreso fra l'11 e il 15%.

E' interessante notare quindi che tale sistema tenderà nel tempo a limitare gli oneri assicurativi legati ai vitalizi solo per le malattie (o postumi di infortuni) più gravi, con una contrazione delle rendite che da circa 1 milione nel 2001 sono scese a 760 mila nel 2009 e si stima arriveranno ad un plafond di 450 mila nel 2035. La stima è basata sul presupposto di una costanza legislativa e di una durata media di vita della rendita di 35 anni. Analogamente si prevede che le rendite da danno biologico – attualmente pari al 9% - arriveranno al 93% delle rendite complessive nel 2035.

E' anche opportuno ricordare, però, che l'INAIL prevede l'erogazione – oltre che della rendita diretta – anche di altre prestazioni economiche quali :

- a) *l'assegno personale continuativo* ai portatori di ulteriori infermità;
- b) *l'integrazione della rendita*, qualora il lavoratore ricada nello stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro;
- c) *la rendita di passaggio* per gli affetti da silicosi/asbestosi ale rendita, di durata non superiore ai 12 mesi, corrisposta al tecnopatico con grado di inabilità compreso tra l'1% e l'60%, che abbandoni a scopo preventivo la lavorazione a rischio;
- d) *rendita ai superstiti* per morte dell'infortunato o tecnopatico;
- e) *l'assegno funerario*;
- f) *l'assegno di incollocabilità*, agli assicurati titolari di rendita per infortunio o malattia professionale, con grado di inabilità permanente superiore al 20%, con età inferiore ai 55 anni, riconosciuti incollocabili al lavoro dall'Ufficio Provinciale del Lavoro e della Massima Occupazione;
- g) *erogazione integrativa* di fine anno;
- h) *prestazioni protesiche, idrofangotermaali e soggiorni climatici*.



TAV. 1: RENDITE IN VIGORE PER INVALIDITÀ PERMANENTE GRADI 16% - 100% - GESTIONI INDUSTRIA ED AGRICOLTURA

Spunti di prevenzione sociale ed economica

La correlazione tra l'esistenza stessa di un rischio lavorativo ed un costo sociale per gestirlo è l'assunto di partenza per qualsivoglia ragionamento che voglia creare una sintesi virtuosa tra l'etica e l'economia.

“Healthy workplaces. Good for you, good for business” è lo slogan molto semplice ma efficace che su questo abbrivio ha creato l'Agenzia Europea OSHA nel Report Annuale 2009. (<http://osha.europa.eu> | Annual Report 2009).

Il costo medio di un infortunio secondo le stime Eurispes (2008) è di 50.000 €, da cui discende che un eventuale riduzione del 5% dell'incidenza infortunistica consentirebbe un risparmio di 2,2 miliardi di euro. Poiché – come abbiamo detto – l'aspetto economico dell'infortunio (sicurezza) è quello più sentito dall'impresa, lo sforzo prevalente e più incisivo è diretto ad abbattere o ridurre tale fenomeno, piuttosto che alla prevenzione della tecnopatia. Non è un caso che nelle aziende che sviluppano un modello di gestione integrato, ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 81/08, siamo abituati a leggere nelle politiche aziendali di SSL uno slogan prevalente che è: *“obiettivo zero infortuni”*

Per raggiungere tali obiettivi nell'impresa le aree indagine e di intervento sono soprattutto:

- a) Macchinari ed attrezzature
- b) Operazioni e procedure corrette
- c) *Comportamenti (Behavior Based Safety)*

Questi ultimi sono quelli che hanno certamente acquisito la maggiore evidenza di nesso causale con l'evento infortunistico (almeno nell'80% dei casi) e per analogia con la malattia professionale, nella quale è ovviamente più arduo – ma certamente non meno importante – dimostrare nel tempo i benefici di comportamenti virtuosi.

Quanto detto richiama ancora una volta l'importanza dell'integrazione della figura del MC nelle dinamiche aziendali per poter agire con una sicura efficacia preventiva nella valutazione dei rischi per la Salute (tecnopatia), in primis, e per diffondere con continuità quell'informazione/formazione sui comportamenti che agisca in positivo sul “fattore umano” per la prevenzione del danno.

Difatti riteniamo che gli *“investimenti per la salute”* da sviluppare in azienda partano proprio dalla valorizzazione delle buone prassi preventive che il MC deve porre in

essere in modo proattivo e collaborativo con il DL ed il SPP, oltremodo strategiche oggi che registriamo le prime (controverse) sentenze di condanna per medici competenti che non collaborano fattivamente alla VDR (Tribunale di Pisa, Sez. penale, n. 399/2011).

Nella strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro, per il quinquennio 2007 – 2012, è stato posto l'obiettivo di ridurre del 25% l'incidenza degli infortuni e delle malattie professionali, e si confermava l'importanza degli incentivi economici ai fini della sensibilizzazione e della conformità alla normativa.

Soprattutto le PMI (in Italia corrispondenti al 61% degli occupati, 13 milioni di lavoratori) possono essere le destinatarie privilegiate di incentivi economici diretti e indiretti per la prevenzione. Queste misure d'incentivazione potrebbero comprendere un'eventuale riduzione dei contributi sociali o dei premi assicurativi in funzione degli investimenti relativi al miglioramento dell'ambiente di lavoro e/o della riduzione degli infortuni, aiuti economici per la messa a punto di sistemi di gestione della salute e della sicurezza, l'introduzione nelle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di criteri relativi alla salute e alla sicurezza. [*Strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro*, Commissione europea, Bruxelles, 21.2.2007, COM(2007) 62 def].

Con il suo sistema monopolistico assicurativo, l'Italia si presta bene al sistema degli incentivi orientati alla prevenzione, perché il ritorno in termini di riduzione del tasso di domande di risarcimento non andrà a vantaggio di una eventuale concorrenza, come può accadere in altri Paesi europei. D'altra parte sono recenti le esperienze di ingolfamento telematico del sito INAIL a seguito del boom delle richieste di finanziamenti per la sicurezza da parte delle imprese. Dal Rapporto OSHA citato risulta che le imprese che hanno fruito dei finanziamenti INAIL hanno in effetti ottenuto una riduzione del 13-25% degli infortuni.

Orienta in questa direzione l'ampia letteratura internazionale che si è prodotta in merito ai sicuri vantaggi economici e di mercato delle imprese che hanno investito in programmi ed iniziative di promozione della salute, nonché nella creazione di Sistemi di Gestione SSL ispirati agli standard OHSAS 18001:2007, ovvero UNI-INAIL 2001. Una recente ricerca condotta dall'INAIL ha evidenziato che l'andamento infortunistico nelle aziende che adottano un SGSL presenta una riduzione del 15,4% nell'indice di frequenza (If) e del 22%

nell'indice di gravità (Ig) rispetto alle aziende che non adottano tale sistema.

Parimenti fonte di successo per molte aziende è stata l'adesione alla Corporate Social Responsibility (CSR), in alcuni casi giungendo anche all'impegnativa certificazione SA 8000, operando comunque facendo confluire gli obiettivi di Salute e Sicurezza (SSL) con quelli strategici ed ambientali a lungo termine ed Integrando la SSL nei principali settori ed attività (risorse umane, marketing ecc).

A proposito della responsabilità sociale, richiamata dal legislatore tra gli impegni dell'impresa e del MC stabiliti dall'art. 25 del D.Lgs. 81/08, appare interessante – in una visione etica dell'attuale mercato del lavoro – alcune considerazioni tratte da un documento ICRS (Italian Center for Social Responsibility) del 2008. In questo documento si riconosce che la CSR (Corporate Social Responsibility) è stata concepita prevalentemente nell'ottica della grande azienda, mentre l'approccio sistemico ed integrato dei processi sembra non faccia parte del DNA della maggior parte delle imprese di piccole e piccolissime dimensioni.

E' altrettanto vero però – ed è osservazione comune per noi MC - che in tali realtà lavorative un certo grado di responsabilità sociale è naturalmente presente nelle pratiche di tutti i giorni, seppur in modo per lo più "inconsapevole", messe in atto da un orientamento ideale dell'imprenditore, svincolato da considerazioni immediate di tipo economico-finanziario.

La conclusione è che le PMI e le microimprese hanno molte volte una concezione di impresa fortemente correlata alla responsabilità sociale, per cui : *"... e' proprio per questo motivo che si tende a definire la CSR nelle piccole e medie imprese come sommersa (Sunken CSR), intendendo con questo che anche se le PMI sono attivamente e volontariamente coinvolte nelle aree della CSR spesso il processo verso politiche di responsabilità sociale è:*

- scarsamente sistematico;
- non integrato nei processi strategici in modo formale;
- con limitata visibilità all'esterno;
- con scarsa comunicazione.

Elementi questi che ancora una volta sottolineano la notevole differenza che può creare l'aspetto dimensionale nella definizione di politiche aziendali in questo caso legate alla responsabilità sociale".

Già in altri contributi abbiamo peraltro accennato alle difficoltà tuttora esistenti – soprattutto per le PMI – per accedere alla legislazione premiale ed agli sconti

INAIL (nel 2007 21.319 imprese beneficiarie a fronte di circa tre milioni e mezzo di posizioni assicurative territoriali). L'auspicio è che tali incentivi appaiano sempre più appetibili anche per aziende di piccole dimensioni, e che si creino le opportune sinergie tra le figure aziendali che si occupano di prevenzione e gli esperti delle risorse umane che operano nel campo del rapporto assicurativo pubblico.

Conclusioni

La motivazione economica rappresenta indubbiamente una spinta ulteriore per sviluppare una coscienza ed una cultura della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Le considerazioni legate alle risorse limitate dello Stato sociale, soprattutto nel ripetersi ciclico di congiunture economiche sfavorevoli, impone inoltre adeguate scelte negli investimenti in sicurezza, puntando prioritariamente nella prevenzione degli eventi negativi con maggiore impatto sui costi individuali, aziendali e sociali.

La permanenza di rischi lavorativi costringe la collettività a riservare risorse per la loro monetizzazione: recente l'esempio del D.Lgs. 67 del 21 aprile 2011 sui benefici pensionistici per le attività usuranti che prevede un fondo di 383 milioni di euro annui a regime.

Come affermato in altre occasioni, vi sono chiare evidenze che la sicurezza "paga", seppur nel medio-lungo periodo (Hopkins, 1999), e pertanto non sempre il pedissequo rispetto delle leggi, che assolve ad obblighi del momento, viene percepito come un vantaggio per l'economia aziendale. E' altrettanto vero però che l'attuale normativa diventa in alcuni punti onerosa ed eccessivamente burocratica, senza che questo dimostri una reale efficacia per gli obiettivi generali di tutela, soprattutto per le PMI.

Sul tema della salute però l'approccio economico non può prevalere su quello etico e deontologico, anche perché è altrettanto dimostrato nella pratica che l'investimento in sicurezza mostra un chiaro beneficio fino ad un certo livello, oltre il quale non vi è un ritorno economico certo (Ashby & Diacon, 1996).

Il messaggio più corretto quindi è che la sicurezza certamente "paga" soprattutto in termini di "non-tangible benefits" (valore del marchio, soddisfazione dei clienti, reputazione sociale dell'impresa, clima aziendale, motivazione dei lavoratori, ecc.) , i quali possono trasformarsi sicuramente in un ritorno anche economico (premi assicurativi, qualità prodotti, mercato, vendite, profitti).

Puntare inoltre sulla promozione complessiva della salute negli ambienti di lavoro (WHP) consente di superare norme e pratiche inefficaci, che comportano un costo per l'azienda senza un reale beneficio per i lavoratori, ponendosi obiettivi di miglioramento continuo basati sull'evidenza scientifica e l'esperienza sul campo (Evidence Based Occupational Health).

Le Malattie Professionali rappresentano un problema ad alto impatto economico e sociale, la cui gestione suggerisce un rispetto “intelligente” delle norme a supporto, condividendo quelle modifiche che possano rendere il sistema più efficace per una loro completa emersione, ma soprattutto per una loro massima prevenzione.

Bibliografia – Sitografia

<http://www.inail.it>

Un modello di calcolo per la stima dei costi aziendali della “non sicurezza” M.I. Barra, P. Fioretti, A. Terracina - INAIL CONTARP*, Direzione Generale INAIL
Ambiente & Sicurezza n. 21/2009

I costi della mancata prevenzione - U. Candura,
Atti XXIII Congresso Nazionale ANMA Venezia, 10 – 12 giugno 2010

Orientamenti operativi ANMA e proposte di modifica dell'allegato del D.M. 27/aprile 2004 - Gruppo di lavoro ANMA U. Candura, G. Barral, G. Boschioli, D. Ditaranto, M. Saettone, V. Tonini
Atti XVIII Congresso nazionale ANMA, Courmayeur, giugno 2005

Annual Report 2009
European Agency for Safety and Health at Work
http://osha.europa.eu/en/publications/annual_report/ar_summary_2009/view

Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni del lavoro con particolare riguardo alle cosiddette “morti bianche” –
Seconda relazione sull'attività svolta approvata in data 23 novembre 2010 – Rel. Sen. Oreste Tofani
Senato della Repubblica XVI Legislatura – Atti Parlamentari - Doc. XXII-bis ; n.3.

Strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro, Commissione europea, Bruxelles, 21.2.2007, COM(2007) 62 def

Rapporto Italia 2010. Istituto di Studi Economici e Sociali
<http://www.eurispes.it/index>

“La salute e sicurezza sul lavoro nelle piccole e medie imprese italiane, un approccio socialmente responsabile”
ICRS – Italian Center for Social Responsibility; ottobre 2008

Aspettative di vita, lavori usuranti e equità del sistema previdenziale.
Prime evidenze dal Work Histories Italian Panel
R. Leombruni, M. Richiardi, G. Costa
Marzo 2008 - www.laboratoriorevelli.it

MALATTIE PROFESSIONALI IL QUADRO EUROPEO: UN NECESSARIO CONFRONTO



*Convertini L.
Segretario regionale ANMA
Puglia e Lucania*

*Sabbatucci M.
Segretario Rappresentanza ANMA
di Taranto*

La sicurezza, l'igiene e la salute sul lavoro rappresentano aspetti prioritari di un'efficace politica sociale dell'Unione europea. Negli ultimi decenni a seguito dell'adozione e applicazione di normative comunitarie in materia di salute e sicurezza sul lavoro sono migliorate le condizioni di lavoro all'interno della UE e si sono fatti notevoli progressi per la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali. L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA) è il centro di raccolta di dati e statistiche su malattie professionali e incidenti sul lavoro. Accanto all'OSHA l'Eurofound (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) si occupa di favorire la diffusione di informazioni e consigli per la promozione della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto a piccole e medie imprese.

Il concetto di malattia professionale è caratterizzato dalla sua relazione rispetto a un sistema nazionale di riconoscimento e risarcimento. In genere questo riconoscimento richiede una prova chiara che il lavoro sia la causa della malattia o abbia contribuito in modo significativo al suo sviluppo. I sistemi di riconoscimento e risarcimento possono variare da un paese a un altro, la raccolta di dati sulle malattie professionali nell'UE è divenuta una sfida. Dagli anni 90' la Commissione europea ha avviato il progetto EODS (European Occupational Diseases Statistics) per armonizzare i criteri e le metodologie da applicare per la registrazione dei dati sulle malattie professionali in modo da rendere confrontabili le statistiche prodotte dai vari Stati membri e poter misurare l'efficacia delle misure preventive adottate.

Ancora oggi l'insufficiente livello qualitativo di tali statistiche basate su dati di malattie professionali riconosciute a seconda delle varie legislazioni, ne limita la comparabilità. Sono circa 70 le malattie professionali riconosciute in tutti i sistemi nazionali fra quelle proposte a livello europeo. L'incompletezza dei dati è probabilmente determinata dal fatto che le statistiche europee sono raccolte in forza di Raccomandazioni Comunitarie e non di Direttive per cui i Paesi destinatari sono invitati, ma non obbligati, a denunciare i casi di malattie professionali presenti nell'elenco europeo e a raccogliere per ogni caso informazioni sull'agente o fattore causale e la diagnosi medica.

La Commissione europea ha istituito un duplice elenco di malattie professionali che dovrebbero essere riconosciute da tutti gli Stati membri. Un Allegato I in cui sono presenti malattie direttamente connesse con la professione esercitata di cui la Commissione pur cercando di fissare i criteri di riconoscimento lascia agli Stati libertà di stabilirne i parametri medico legali a seconda delle legislazioni o prassi nazionali vigenti. Si è reso necessario rendere il più omogeneo possibile il diritto dei lavoratori all'indennizzo per le malattie professionali presenti dell'Allegato I composto da 54 malattie provocate da agenti chimici (cromo o suoi composti, mercurio o suoi composti, manganese o suoi composti, solventi organici, ecc.) da malattie della

pelle e cancro causate da 11 sostanze non compresi sotto altre voci (bitume, oli e grassi minerali, ecc), da 21 malattie provocate dall'inalazione di sostanze ed agenti non compresi sotto altre voci (da silicosi, i mesoteliomi, da polveri di legno, ecc), da 7 malattie infettive e parassitarie (tetano, epatite virale, ecc.), da 18 malattie provocate da agenti fisici (cataratta da radiazioni termiche, ipoacusia o sordità da rumore, malattie osteoarticolari a mani e polsi da vibrazioni meccaniche, ecc.). Un secondo elenco l'Allegato II descrive affezioni di sospetta origine professionale: da 38 malattie provocate da agenti chimici (rame, zinco, ossido di silicio, ecc), da malattie della pelle causate da altre allergie non riconosciute nell'allegato I, da 6 malattie provocate da inalazione di sostanze non comprese sotto altre voci (cancro della laringe da inalazione di amianto), da malattie infettive e parassitarie non descritte nell'allegato I, infine, da altre malattie provocate da agenti fisici (discopatie colonna dorsolombare da vibrazioni verticali o noduli alle corde vocali da sforzi prolungati della voce).

La Commissione europea nel raccomandare il recepimento dell'elenco delle malattie professionali dell'Allegato I nelle disposizioni legislative, regolamentari degli Stati membri, invita a garantire il diritto all'indennizzo anche per tutte le malattie professionali non contemplate nell'allegato I ma di cui se ne possa determinare l'origine e la natura professionale specie se previste nell'Allegato II. Promuove la prevenzione e la riduzione delle malattie professionali, coinvolgendo tutti i soggetti interessati e facendo ricorso a scambio di informazioni, esperienze e buone prassi attraverso l'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro (OSHA). Rende necessario la garanzia di denuncia, per il riconoscimenti, di almeno i casi di malattia professionale dell'elenco europeo per i quali è indispensabile l'istituzione di un sistema di raccolta informazioni o dati tali da produrre statistiche intellegibili. Promuovere la ricerca per le malattie ad eziologia professionale dubbia e quelle da disturbi psico-sociali facendo in modo di diffonderne i documenti che ne aiutino la diagnosi. Promuove la sensibilizzazione dei medici riguardo alle patologie coinvolgendo i sistemi sanitari nazionali di prevenzione.

In Italia il D.M. 27 aprile 2004 e il D.M. 14 gennaio 2008 ha aggiornato l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia prevista dall'art.139 del DPR n.1124/1965 articolandolo in tre liste: I) malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; II) malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabili-

tà; III) malattie la cui origine lavorativa è possibile.

Per comprendere la variabilità nelle modalità di segnalazione e riconoscimento per le malattie professionali bisogna considerare che tra gli Stati membri dell'Unione europea vigono procedure diverse non solo nei sistemi di sicurezza sociale ma anche in materia risarcimento delle malattie professionali. Gli enti assicuratori sono diversi a seconda del settore economico di attività come avviene nella maggior parte degli Stati: in Austria, in Irlanda, in Lussemburgo (industria e agricoltura), nel Regno Unito, in Belgio dove sono previsti anche quelli di area politica (assicurazione-mutua cristiana, socialista e liberale), in Danimarca dove le compagnie assicurative devono essere riconosciute dallo Stato, in Finlandia dove per i dipendenti pubblici ci pensa l'Erario, in Francia dove accanto alla Cassa nazionale di assicurazione con organismi regionali e casse primarie di assicurazione si dà facoltà di integrarle con sistemi privatistici individuali e in Svezia. La miriade di Casse malattie, ben 260, per ogni settore previste in Germania sono obbligatorie per i lavoratori subordinati e gli apprendisti ma non per i lavoratori autonomi (salvo alcuni particolari settori lavorativi). Nei Paesi Bassi non esistono regimi speciali di assicurazioni per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e in Portogallo dove il regime di previdenza sociale fornisce copertura per le malattie professionali ma è necessario sottoscrivere un'assicurazione per gli infortuni. In Grecia, infine, esiste un'unica cassa di assicurazione per i lavoratori dipendenti (IKAETAM).

Modalità di riconoscimento della malattia professionale.

I fattori che intervengono a determinare il numero delle domande e dei riconoscimenti sono la conoscenza del sistema di riconoscimento da parte dei medici e dei lavoratori e i vantaggi che la domanda di malattia professionale assume per la vittima. Si può aggiungere, ma in misura inferiore, l'influenza che può avere il sistema più o meno aperto della procedura di riconoscimento. Generalmente è previsto un sistema più o meno rigido di riconoscimento delle malattie che tiene conto di elenchi nazionali oppure il lavoratore deve dimostrarne l'origine professionale. Il ricorso a elenchi nazionali come in Belgio, in Spagna, a Cipro, in Danimarca (aggiornato ogni due anni), in Finlandia (1988 specifica normativa in materia). In Francia le malattie professionali inserite in tabelle possono essere riconosciute anche dai comitati regionali di valutazione e danno diritto

alle medesime prestazioni dell'infortunio sul lavoro. In Grecia per le malattie professionali, i lavoratori assicurati e i pensionati beneficiano di un'indennità di malattia professionale se colpiti da patologia cronica che si manifesta dopo un periodo di tempo previsto nel regolamento relativo alle malattie dell'IKA-ETAM. In Portogallo la malattia oltre ad essere presente nell'elenco deve manifestarsi entro un termine stabilito. In Irlanda l'elenco prevede 56 malattie professionali, in Lussemburgo 55, nel Regno Unito 76, in Germania 73 (aggiornato al 2009), in Austria 52 dove la malattia professionale è equiparata all'infortunio. I Paesi approdati di recente nella comunità europea si sono dotati di liste compatibili con quella europea; la Repubblica Ceca nel 2004 e la Polonia nel 2002. In Svezia poi non è previsto alcun elenco.

Esistono particolari trattamenti a seguito dello sviluppo di malattie professionali. In Austria se risulta essere stata causata da grave e negligente inosservanza delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, oltre alla pensione viene corrisposto, una tantum, un risarcimento di invalidità calcolato sulla gravità dell'invalidità fisica o mentale sopraggiunta; in Spagna oltre alle prestazioni sanitarie, al lavoratore che deve sospendere l'attività viene corrisposta un'indennità per incapacità al lavoro per 6 mesi, prorogabile di altri 6 se necessaria per lo studio e la diagnosi della malattia. In caso di inabilità permanente è previsto un trattamento pensionistico che se determinato da inosservanze e/o inadempienze di legge viene aumentato del 30-50%. Le prestazioni vengono erogate anche in assenza di obblighi assicurativi attivati da parte del datore di lavoro. Riguardo alle modalità di denuncia delle malattie professionali in sei paesi può attivare la procedura, un solo attore (o il datore di lavoro, o la vittima, o il medico che pone la diagnosi della malattia, o la cassa di assicurazione malattia). In Germania ed in Austria tutte le diverse figure indicate in precedenza. In Belgio i medici del lavoro sono tenuti a segnalare ai medici ispettori del lavoro e a quelli del Fondo per le malattie professionali i casi di malattia dell'elenco nazionale o europeo; le domande d'indennità vanno presentate dal malato alla cassa mutua Fondo per le malattie professionali. In Danimarca i medici e i dentisti hanno l'obbligo di segnalare il più rapidamente possibile qualsiasi presunta malattia professionale e il datore di lavoro la notifica alla propria compagnia di assicurazione o all'Ufficio nazionale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. In caso di mancata notifica, il malato o i superstiti, ha tempo un anno per rivolgersi direttamente alla

compagnia di assicurazione o all'Ufficio Nazionale che stabilisce se il caso denunciato costituisce infortunio o malattia professionale e se ha diritto a risarcimento e in che misura. Sono riconosciuti danni ai figli causati dal lavoro della madre in periodo di gravidanza o da un'esposizione nociva dei genitori prima del concepimento. In Francia all'insorgere della malattia professionale il lavoratore informa con una dichiarazione accompagnata da certificato medico la cassa di appartenenza entro 15 giorni dal momento della comparsa dell'incapacità al lavoro e dopo una visita medica, la cassa informa il lavoratore delle proprie decisioni. In Grecia sono i servizi medici dell'ufficio locale IKA-ETAM che accertano l'origine professionale della malattia. Nei Paesi Bassi il lavoratore che ha diritto all'indennità di malattia deve notificare (o far notificare) al più presto (entro il secondo giorno di malattia) il proprio stato di malattia. Il lavoratore che richiede l'indennità di malattia riconosciuta dall'ente assicuratore attraverso una visita medica, deve attenersi alle disposizioni dell'Istituto assicuratore e il diritto cessa il primo giorno del mese in cui il lavoratore raggiunge i 65 anni di età. Il controllo è annuale. In Portogallo se il lavoratore contrae una malattia professionale, deve rivolgersi al Centro nazionale di protezione contro i rischi professionali dopo che il medico curante ne ha stabilito l'associazione con l'attività lavorativa indispensabile per acquisire il diritto alle prestazioni previdenziali corrisposte per tutto il periodo in cui il lavoratore risente degli effetti della malattia. In Svezia dove non sono previsti elenchi, chi contrae una malattia professionale è tenuto a darne comunicazione al datore di lavoro, il quale poi inoltra la denuncia all'Istituto di assicurazione mentre i lavoratori autonomi devono procedere personalmente alla denuncia all'Istituto di assicurazione.

Le malattie professionali in Europa: statistiche 1990-2006 e attualità giuridica

Nel 1991 si è costituito un gruppo di studio per coordinare e sviluppare un piano di azione nel campo degli infortuni e le malattie professionali.

Il primo rapporto sulle malattie professionali in Europa è stato pubblicato da Eurogip nel 2000 e aggiornato nel 2002.

Si sono effettuati rapporti tematici sul riconoscimento dei tumori professionali, sulle malattie da amianto, sulle lombalgie ed asme allergiche, sulle patologie psichiche legate al lavoro ed sulla sottodichiarazione delle malattie professionali. Nel dicembre 2008 è

stato presentato dal Forum Europeo il primo ampio studio comparato sulle malattie professionali in Europa e condotto da Eurogip che vede coinvolti ben 13 Paesi europei (Germania, Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Finlandia, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Svezia e Svizzera) e con il quale si fa il punto sulle malattie denunciate e riconosciute come professionali con due diverse modalità di approccio alla problematica: la prima comparativa che permette di misurare, per un anno scelto, il 2006, l'incidenza delle malattie professionali nei paesi interessati dallo studio in rapporto alla popolazione assicurata e la seconda di tipo evolutiva permettendo di valutare le tendenze in ogni paese nel periodo compreso fra il 1990 ed il 2006. Lo studio approfondisce l'evoluzione delle domande di riconoscimento legate alle riforme e alle modifiche dei regolamentari intervenute tra il 2002 e il 2006 nei diversi Paesi.

Per le domande di riconoscimento comparando i dati del 2006 con quelli del 2000 si rileva che la Danimarca, la Francia e la Svezia rimangono i paesi con il più alto numero di denunce di malattie professionali che ammontano rispettivamente a 626, 401 e 349 ogni 100.000 assicurati.

Al contrario le domande sono meno numerose in Lussemburgo ed Portogallo rispettivamente 66 e 80 denunce ogni 100.000 assicurati.

Lo studio rileva che esiste una notevole influenza del contenuto delle malattie professionali previste nelle liste nazionali sul numero dei casi riconosciuti; le liste ed i criteri differiscono sensibilmente nei diversi paesi sempre a causa della regolamentazione comunitaria non stringente in questo campo. La lista europea delle malattie professionali ha, come detto in precedenza, solo un carattere indicativo. Se una malattia non figura nella lista può essere ammessa al riconoscimento ai sensi del «sistema complementare» (sistema misto), spetta in questo caso alla vittima dimostrare il rapporto fra la patologia e l'esposizione professionale. I casi di malattie professionali riconosciute secondo questa ultima procedura sono pochi e a secondo dei paesi dall'1 al 10% di tutti i riconoscimenti. Esistono differenze significative fra paesi come la Francia e la Svezia, dove le malattie professionali sono più riconosciute (rispettivamente 282 e 257 casi ogni 100.000 assicurati nel 2006) e quelli come il Lussemburgo, l'Italia, la Germania e l'Austria, dove ne vengono riconosciute in numero minore. Lo studio dimostra che i paesi che hanno il maggior numero di riconoscimenti di malattie professionali come la Francia, la Spagna sono anche quelli che

riconoscono di più le patologie muscolo-scheletriche. Un altro importante fattore da tenere in considerazione è il carattere più o meno forte della presunzione legale dell'origine professionale conferita dalla lista. In Francia, per esempio, le liste delle malattie professionali indicano le malattie, ma anche il periodo massimo di indennizzabilità e prevedono anche, in maniera indicativa, la declinazione delle principali lavorazioni che possono provocare queste malattie. Se le condizioni di riconoscimento previste in queste liste sono ottemperate, il riconoscimento del carattere professionale della patologia è automatico. In altri paesi, le liste delle malattie professionali sono spesso meno precise e l'organismo assicurativo competente esamina caso per caso, per definire la possibile origine professionale della patologia; infine, occorre segnalare una caratteristica particolare dei sistemi vigenti in Germania e Lussemburgo.

Paese	Domande di riconoscimento x ogni 100.000 assicurati	
	Anno 2000	Anno 2006
<i>Danimarca</i>	545	626
<i>Francia</i>	237	401
<i>Svezia</i>	309	349
<i>Germania</i>	211	162
<i>Austria</i>	203	96
<i>Belgio</i>	277	223
<i>Spagna</i>	-	-
<i>Finlandia</i>	238	253
<i>Italia</i>	160	132
<i>Lussemburgo</i>	82	66
<i>Portogallo</i>	55	80
<i>Svizzera</i>	-	125

Per alcune delle malattie più frequentemente denunciate (come le dermatosi, le lombalgie o le malattie ostruttive delle vie respiratorie), la normativa prevede per il riconoscimento formale della malattia come professionale e per indennizzarla che la gravità della malattia sia tale che l'assicurato sia costretto ad abbandonare ogni attività professionale pericolosa. Queste situazioni non sono formalmente riconosciute come malattie professionali e dunque non appaiono nelle statistiche. Riguardo all'evoluzione nelle domande di riconoscimento e dei casi riconosciuti delle malattie professionali nei ultimi cinque anni disponibili (dal 2002 al 2006) si suddividono i Paesi in tre gruppi in ragione di

tendenze nettamente contrastanti. In Germania, Belgio, Finlandia e Svizzera si rileva la tendenza alla diminuzione delle patologie legate ai rischi tradizionali del mondo del lavoro (attività industriali che si riducono e scompaiono come per la chiusura delle miniere di carbone o la riduzione dei lavoratori addetta alla siderurgia ...) questi lasciano il posto ad attività di tipo più intellettuale che determinano malattie più di tipo terziario (lombalgie, malattie psichiche ecc ...) che non sono ad oggi riconosciute in numero tale da eguagliare quelle provocate da antichi mestieri particolarmente pericolosi. Questi paesi prospettano anche il fatto che gli sforzi prodigati nel campo della prevenzione hanno dato i loro frutti, sia che si tratti di regolamentazioni più stringenti o di pratiche più efficaci (migliore sorveglianza sanitaria nelle imprese, ecc ...).

Quattro paesi Austria, Danimarca, Italia e Svezia registrano una certa stabilità nel numero di domande di riconoscimento e di casi riconosciuti e le ultime novità regolamentari modificheranno, senza dubbio, la tendenza specie in Danimarca ed in Italia.

Infine in Spagna, Francia, Lussemburgo e Portogallo si rileva una tendenza all'aumento in crescita regolare con una accentuazione soprattutto nei primi due paesi e ciò per l'impatto del contenuto delle tabelle delle malattie professionali e delle modalità di riconoscimento oltre che la singolare presa in carico delle patologie muscolo-scheletriche. Infatti, queste patologie costituiscono da alcuni anni la categoria di malattie professionali più riconosciuta con dati assai rilevanti proprio in Spagna e in Francia. Inoltre, la maggior presa di coscienza registrata negli ultimi quindici anni sia da parte dei lavoratori che dei medici in merito al possibile legame fra l'attività professionale e la patologia.

Le malattie professionali più frequentemente riconosciute nel 2006 sono spesso le stesse da un paese all'altro, anche se collocate in graduatoria diversamente. Le patologie muscolo-scheletriche, rappresentano l'85% dei casi di malattia professionale riconosciuti in Spagna, e l'80% in Francia e non compaiono fra le malattie professionali più frequenti nelle statistiche della Germania e dell'Austria. Il termine generico di «CTD» indica un insieme di patologie infiammatorie e degenerative dell'apparato locomotore, che interessano i muscoli, i tendini ed i nervi degli arti e della colonna vertebrale. Lo studio ha concentrato l'attenzione su sei patologie muscolo-scheletriche presenti nella lista europea: sindrome del tunnel carpale, borsite, epicondilita, tenosinoviti, meniscopatia, lombalgie, analizzando, qualora fossero disponibili dati, le modalità di riconoscimento,

le statistiche ed il costo. La sordità e l'ipoacusia figurano fra le cinque patologie più frequenti in tutti i paesi oggetto dello studio. Le sordità si collocano al primo posto fra le malattie in Austria (46% del totale delle malattie riconosciute dei casi di malattie professionali riconosciuti nel 2006) ed in Germania (con il 37%) mentre esse rappresentano meno del 5% del totale in Spagna, in Francia e in Svezia. Le malattie cutanee le ritroviamo nei dati di tutti i paesi oggetto dello studio con la sola esclusione della Germania e della Svezia. Occorre ricordare che nel caso della Germania il dato si può spiegare con il fatto che la malattia deve essere talmente grave da imporre al tecnopatico di abbandonare l'attività lavorativa perché essa venga in statistica come malattia professionale riconosciuta. Infine, le malattie causate dall'amianto sono indicate fra le prime cinque patologie più frequenti solo da tre paesi: Germania, Belgio e Francia. Ma queste malattie, in alcuni dei paesi esaminati, possono essere inserite con un codice statistico più generico quale è quello di «malattie delle vie respiratorie». L'osservazione dell'evoluzione delle domande di riconoscimento e dei casi riconosciuti nei cinque ultimi anni disponibili (dal 2002 al 2006) permette di suddividere i paesi interessati dallo studio in tre gruppi in ragione di tendenze nettamente contrastanti.

In Germania, Belgio, Finlandia e Svizzera, si rileva una tendenza alla diminuzione delle domande di riconoscimento. La spiegazione che viene data a questo fenomeno è quella secondo cui i rischi tradizionali legati al mondo del lavoro siano sempre meno numerosi e questa riduzione non è compensata dai nuovi rischi da lavoro che non sono ad oggi riconosciuti in numero tale da eguagliare quelle provocate da questi antichi mestieri particolarmente pericolosi.

Questi paesi prospettano anche il fatto che gli sforzi prodigati nel campo della prevenzione hanno dato i loro frutti, sia che si tratti di regolamentazioni più stringenti o di pratiche più efficaci (migliore sorveglianza sanitaria nelle imprese ...).

Quattro fra i paesi compresi nello studio registrano una certa stabilità nel numero di domande di riconoscimento e nel numero di casi riconosciuti, si tratta di Austria, Danimarca, Italia e Svezia.

Infine in Spagna, Francia, Lussemburgo e Portogallo si rileva una tendenza all'aumento, tendenza che è in aumento regolare con una accentuazione in tutto il periodo oggetto dello studio -1990-2005 – nei primi due paesi.

Questa tendenza all'aumento si spiega con l'evidente

impatto del contenuto delle tabelle delle malattie professionali e delle modalità di riconoscimento, ed in particolare della “generosa” presa in carico in questi paesi delle patologie muscolo-scheletriche.

Queste patologie costituiscono da alcuni anni la categoria di malattie professionali più riconosciuta con dati

assai rilevanti in Spagna e Francia.

L’aumento si spiega anche con la sempre maggiore presa di coscienza registrata negli ultimi quindici anni sia da parte dei lavoratori che dei medici in merito al possibile legame fra l’attività professionale e la patologia.

Le 5 malattie più frequenti nel 2006

Paese	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
Germania	Sordità 4.971	Asbestosi / placche pleuriche 1.973	Mesoteliomi 903	Silicosi 870	Cancro polmone / laringe da amianto 817
Austria	Sordità 594	Malattie della pelle 220	Asme bron. Allerg. 109	Mal. Respirat. prodotti chimici 81	Malattie infettive 66
Belgio (2005)	Malattie osteoarticolari 338	Paralisi nervi da compressione 293	Sordità 258	Malattie pelle 256	Malattie da amianto 170
Danimarca (2005)	Malattie pelle 768	CTD 593	Sordità 314	Malattie respir. 241	Cancro professionali 135
Spagna	CTD 18.605	Malat. pelle 1.405	Sordità 578	Mal. Infet. 202	Asme 172
Francia	CTD 38.000	Malattie amianto 6.615	Lombalgie 2.785	Sordità 1.056	Lesioni eczematiformi 443
Italia	CTD 2.647	Sordità 2.183	Malat. Respirat. 873	Cancro 767	Malattie della pelle 465
Lussemburgo	Malattie infettive	Asbestosi	Tunnel carpale	Affezioni peri-articolari	Malattie della pelle
Portogallo	CTD	Sordità	Malattie respiratorie	Malattie della pelle	Altre
Svezia	CTD 3.126	Sordità 440	Pat. psicosociali 307	Malattie digestive 221	Malattie respiratorie 156
Svizzera	Sordità 855	Malattie infettive 760	Malattie pelle 752	Affezioni apparato locomotore 583	Malattie respiratorie 340

Bibliografia

- (1) Commission Recommendation (EEC) No. 326/90 of 22 May 1990 concerning adoption of one European list of occupational diseases. Off J L 160, 26/06/1990, 39–48.
- (2) Krzysztof Krajewski-Siuda: “Different lists of occupational diseases in European Union Member states: is it a problem for the law harmonization?”; International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 2004; 17(4): 487 — 490.
- (3) EUROGIP: “I risultati del nuovo studio condotto da Eurogip sulle malattie professionali in Europa” Quaderni di Medicina Legale del Lavoro Novità legislative in tema di malattie professionali tabellate e di sorveglianza sanitaria. Supplemento al Notiziario Inca N. 6-7/2008 31-38.
- (4) Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA): “Outlook 1 — Rischi nuovi ed emergenti in materia di sicurezza e salute sul lavoro” Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee; 2009 16-17.
- (5) Daniele Di Nuzzo: “L’organizzazione dei processi di lavoro e la frammentazione delle tutele per la salute e la sicurezza” IRES (Istituto Ricerche Economiche e Sociali) Osservatorio Salute e Sicurezza- Rapporto di Ricerca N.01/2010.
- (6) INAIL — Consiglio di indirizzo e vigilanza Delibera n. 7 dell’ 11 febbraio 2002 “Malattie professionali in Europa — Studio del Forum Europeo dell’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”.
- (7) Commissione della Comunità Europea: “Raccomandazione 19 settembre 2003 sull’elenco europeo delle malattie professionali”: Gazzetta ufficiale dell’Unione europea 25.9.2003 L. 238/28.

PARTECIPAZIONE E COINVOLGIMENTO DEL MEDICO COMPETENTE ALLA GESTIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS-LAVORO CORRELATO



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Iavicoli N. et Al,
Dipartimento di Medicina
Sperimentale della Seconda
Università degli Studi di Napoli
Sezione di Medicina del Lavoro*

Premesse

“S enza stress si muore” affermava nel secolo scorso lo scienziato austriaco Hans Selye, ritenuto unanimemente il padre delle teorie sullo stress sia buono(eustress), sia cattivo(distress) e della Sindrome Generale di Adattamento, cioè di una “risposta non specifica dell’organismo a uno stimolo negativo”. Che cosa dovremmo dire noi, cent’anni dopo, forse ribaltare il concetto e dire che di stress si muore? Il problema stress lavoro-correlato nasce allorché si svolge una qualsiasi attività lavorativa in quanto lo stress è insito nella vita di relazione del lavoratore; non meraviglia, quindi, che il Legislatore ha voluto normare il campo lavorativo con questa interessante novità, anche se bisogna ammettere che già da molto tempo tali problematiche avevano investito i lavoratori delle grandi, medie e piccole aziende. Si stima che sono colpiti da stress lavorativo 40 milioni di lavoratori europei di cui il 10% in Italia, con un calo di produttività nelle Aziende quantificabile in 77 miliardi di euro con un

50-60% di ore lavorative perse e 44 miliardi di spese mediche: è il secondo problema sanitario in Europa.

La valutazione dello stress lavoro correlato, comunque, non è una acquisizione recente, se è vero che, in passato, molto si è discusso su una sindrome da stress da lavoro organizzato, che la dice lunga sulla possibilità di subire, in corso di attività lavorativa, situazioni anomale di pressione (non solo tipo mobbing) sulla “performance” lavorativa. Si deve soprattutto valutare l’organizzazione del lavoro: quando è corretta e valida migliora la qualità della prestazione, se è errata complica la vita di relazione del lavoratore; essa si basa anche sui cosiddetti eventi sentinella e cioè una giusta analisi dei tempi e metodi di lavoro, dei ritmi imposti così come delle pause, del microclima e del benessere termico, del verificarsi di infortuni e/o malattie professionali, dalla monotonia e ripetitività del lavoro, dei carichi di lavoro eccessivi, della presenza di turni avvicendati (in particolare il notturno ed il fine settimana), da responsabilità centralizzate ed, infine, il rischio di licenziamento in un periodo di crisi come quello attuale.



Materiale e metodi

Le manifestazioni epifenomeniche che caratterizzano lo stress costituiscono una risposta fisiologica adattativa, che l'organismo attua in risposta a stimoli esterni di varia natura. Tale processo fisiologico normalmente utile alla conservazione della persona, può altresì determinare una condizione di disagio se non di franca patologia nel momento in cui le risposte dell'organismo (finanche la stessa percezione soggettiva dello stimolo) siano abnormi rispetto alla reale problematicità dell'evento stressante, oppure esistano nell'ambiente esterno stimoli stressanti importanti, in certa misura oggettivamente tali.

Numerosi sono stati i questionari messi a punto per verificare lo stato di salute dell'Azienda e dei lavoratori, al fine di predisporre una idonea organizzazione lavorativa: la scelta dipende dal numero di dipendenti, tanto che in realtà medio-alte ci si è affidati a Specialisti Psicologi, mentre nelle piccole aziende si sono somministrati, in via preliminare, questionari alle quattro figure protagoniste della Prevenzione in Azienda (Datore di lavoro, Medico competente, R.S.P.P., R.L.S.), per definire se il problema era attuale o si poteva diluire nel tempo (almeno semestralmente), dato che il Legislatore nelle disposizioni transitorie e finali aveva posto la data del 31 agosto 2010, poi differita al 31 dicembre 2010, quale decorrenza

dell'obbligo previsto dall'articolo 28, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 81/2008, e che tale data doveva essere intesa come data di avvio delle attività di valutazione ai sensi delle indicazioni metodologiche. La programmazione temporale delle attività di valutazione e l'indicazione del termine finale di espletamento delle stesse sono state riportate nel documento di valutazione dei rischi, con una metodologia che si articola in due fasi: una necessaria (la valutazione preliminare); l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate a seguito della stessa, dal Datore di lavoro, si rivelino inefficaci.

L'indicazione se il rischio è basso, medio o alto definisce i criteri di ogni altra eventuale azione e in questa fase il parere del medico competente, che deriva dai risultati della Sorveglianza Sanitaria e dai Sopralluoghi effettuati, è fondamentale per la prosecuzione dell'indagine soprattutto per la periodicità, che sarà biennale per rischio basso, annuale per rischio medio introducendo azioni di miglioramento, mentre per rischio alto sarà necessaria il coinvolgimento dei singoli lavoratori per una effettiva valutazione della percezione dello stress.

La nostra valutazione del rischio stress-lavoro correlato è stata praticata in numerose aziende della Regione Campania, coinvolgendo

circa un migliaio di lavoratori di varie tipologie : alberghi, ristoranti e mense, sale giochi, montaggi infissi, produzione marmi, società di servizi con un numero di dipendenti fino a cinquanta, per poi giungere ad Aziende con più di cinquecento lavoratori ove l'approccio è stato necessariamente diverso.

In tutte le Aziende medie e piccole, la verifica è stata aggiornata con cadenza a sei mesi, dato che le risposte positive ad un questionario di 10 domande non aveva in nessun caso superato il limite di quattro, considerato sensibile ai fini della valutazione per predisporre un questionario per singolo lavoratore.

Nella grande Azienda la metodo-

logia con la quale è stato realizzato l'intervento, perfettamente congruente con l'approccio dettato dalla Direttiva europea 89/391, ha previsto il coinvolgimento diretto dei lavoratori, tramite la somministrazione guidata di un questionario finalizzato a indagare cause ed effetti dello stress lavoro correlato, ma non si sono evidenziate criticità importanti, per cui si può concludere che l'ambiente è ancora sereno o almeno non è influenzato da conflitti interni rimarchevoli e che le inevitabili diversità sui luoghi di lavoro hanno ancora degli ammortizzatori che consentono equilibri magari instabili, ma necessariamente vissuti come situazione comunque da accettare.

**DATA LA SPECIFICITÀ DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE, LA NUMEROSITÀ
DEI DIPENDENTI, LA CULTURA ORGANIZZATIVA, ECC.
LA VALUTAZIONE È STATA REALIZZATA TRAMITE UN APPROCCIO
APPROFONDITO A PIÙ STEP:**

- Incontro preliminare con la Direzione Aziendale e i soggetti del Sistema di Prevenzione e Protezione a scopo conoscitivo e per definire il piano generale di Progettazione Lavori.
- Adattamento del questionario di valutazione sulla base delle mansioni presenti in azienda al fine di indagare i fattori generali e quelli specifici settoriali e di definire gruppi di mansioni (raggruppabili per similarità di tipologia di attività lavorativa) pur garantendo l'anonimato ai rispondenti.
- Incontro di presentazione e validazione del questionario e della procedura di somministrazione da parte del Medico Competente e degli RLS.
- Organizzazione delle giornate di somministrazione cercando di garantire la massima qualità nel processo di valutazione del ri-

schio senza interrompere il ciclo di produttività aziendale.

- Somministrazione e compilazione dei questionari da parte di tutti i lavoratori in due giornate, tramite turni d'aula realizzati in più aule in parallelo. La somministrazione è stata guidata, condotta da parte di consulenti esterni all'azienda.
- Inserimento ed elaborazione dati da parte della società di consulenza.
- Stesura del Documento di Valutazione Rischio.
- Presentazione dei risultati emersi da parte e briefing sulle possibili azioni di miglioramento in collaborazione con la Direzione Aziendale e delle figure del Sistema di Prevenzione e Protezione, primo fra tutti il medico competente.

I fattori lavorativi presi in considerazione (aspetti lavoro correlati), secondo le disposizioni della normativa vigente in materia, le linee guida sulla valutazione del rischio stress lavoro correlato, l'esperienza di alcuni studi svolti su realtà simili e le tipologie di attività svolte, sono stati (ordine casuale):

1. L'orario di lavoro;
2. La sede (ubicazione) del luogo di lavoro;
3. L'impatto dei rischi di natura fisica: rumore, illuminazione, microclima, movimentazione manuale dei carichi, ecc;
4. Il tipo e la quantità di responsabilità che Le vengono affidati;
5. Le possibilità di sviluppo di carriera;
6. Il livello di stabilità e sicurezza del posto di lavoro;
7. La possibilità di identificarsi con l'immagine e gli obiettivi della sua azienda;
8. Lo stile di supervisione che viene adottato dai suoi superiori;
9. Le modalità con cui vengono attuati cambiamenti e innovazioni in azienda;
10. La possibilità di sviluppo personale che il suo lavoro le consente;
11. Il modo di risolvere i conflitti del suo ambiente di lavoro;
12. La chiarezza del mio ruolo da parte degli altri;
13. L'essere coinvolto nelle decisioni aziendali;
14. Le opportunità che il suo lavoro le offre di utilizzare competenze e abilità che Lei sente di possedere;
15. La flessibilità e la libertà di svolgimento del proprio lavoro;
16. Il clima relazionale che caratterizza la sua azienda;
17. L'ambiente di lavoro (ufficio, luoghi comuni, ecc.);
18. Il tipo di struttura organizzativa aziendale;
19. La quantità di lavoro che le viene assegnata;
20. Gli strumenti tecnologici che l'Azienda le mette a disposizione per svolgere il suo lavoro;
21. La quantità di informazioni che lei riceve utili allo svolgimento del suo lavoro;
22. Il rapporto con il suo responsabile/capo;
23. Il rapporto con i suoi colleghi di lavoro;
24. La possibilità di ascolto che l'azienda le offre;
25. Il numero di trasferte e trasferimenti (come da sua richiesta);
26. Il rapporto con la clientela (interno e/o esterno);
27. La possibilità che il suo lavoro le offre di conciliare la propria vita lavorativa con quella privata;
28. La comunicazione e il modo in cui vengono trasmesse le informazioni in Azienda;
29. La valutazione che lei riceve per aver svolto il suo lavoro;
30. Il lavoro (compiti e mansioni) che lei effettivamente svolge (la qualità del lavoro).

Lo stress non è di per se uno stato patologico, bensì una situazione contestuale di tensione, continua nel tempo e con periodiche fasi di recrudescenza, che può comunque ridurre l'efficienza della performance sul lavoro e determinare un disagio o danno alla salute; situazioni stressanti simili producono risposte individuali differenti e non tutte le manifestazioni di stress sul lavoro possono essere considerate come stress lavoro-correlato, dal momento che anche lo stress originatosi fuori dall'ambito lavorativo può condurre ad una ridotta efficienza sul lavoro.

Considerazioni e Discussione

Ma lo stress è un **pericolo** o un rischio? Dalle due definizioni che il pericolo è “una proprietà o qualità intrinseca di una determinata entità, avente il potenziale di causare danno (agente di rischio)” e che il **rischio** è la “probabilità che si raggiunga il livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego e/o esposizione, nonché dimensioni possibili del danno stesso (fattore di rischio)”, ne deriva che un pericolo stress lavoro-correlato ed un relativo possibile rischio possono riguardare ogni luogo di lavoro ed ogni lavoratore, a prescindere dalla dimensione dell'Azienda, dall'attività, dal tipo di contratto o di rapporto di lavoro.

La valutazione degli stimoli stressanti deve dunque focalizzarsi sugli elementi che descrivono l'organizzazione del lavoro, cui necessariamente dovranno fare da corollario altri elementi quali l'esposizione a rischi per la salute e gli eventi infortunistici. Discorso a parte va, invece, fatto per i contenziosi giudiziari correlati al mobbing, alle molestie e alla violenza sul posto

di lavoro, i quali seppure non rientrano nella valutazione dello stress lavoro-correlato, sono in ogni caso degli utili indicatori della qualità dei rapporti fra datore di lavoro e dipendenti e fra gli stessi lavoratori. Chiaramente è necessario sempre valutare quale esito abbiano avuto detti procedimenti, considerando che nel caso del mobbing la maggior parte delle istanze si risolve in un nulla di fatto. Riteniamo, quindi, che il solo avvio di un procedimento per tali ragioni sia un indicatore del lacerarsi dei rapporti sociali nell'azienda con ripercussioni effimere ai fini della valutazione dello stress. Qualora l'organo giudiziario acclarasse che in una data azienda si sono consumati reati di mobbing, molestie o quant'altro si produrrebbe una condizione di disagio destinata anche a durare nel tempo, che deve essere presa in considerazione nella valutazione del rischio stress, soprattutto per programmare e disporre tutti gli interventi possibili per proteggere i lavoratori da detto rischio; in questa fase, e ribadiamo, soltanto in questa, avrebbero un ruolo reale la figura dello specialista Psicologo, cui non riteniamo fattibi-

le demandare il procedimento di valutazione del rischio stress, ma riteniamo naturale e consono alla sua professionalità affidare a tale figura le operazioni di intervento. Riteniamo, infine, che si debba passare dalla **collaborazione** da parte del medico competente alla valutazione del rischio (intesa come strumento finalizzato alla programmazione di misure di prevenzione e più in generale all'organizzazione del sistema di prevenzione aziendale consistente in un esame sistematico di tutti gli aspetti delle attività lavorative per individuare le possibili cause di lesioni o danni, al fine di attuare i provvedimenti necessari per migliorare la salvaguardia della salute e sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro), alla **partecipazione** o meglio ancora al **coinvolgimento** del medico competente stesso, così come ribadito dalle indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1 bis, D.Lgs. n. 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni).

Bibliografia

- (1) *Indicazioni della Commissione consultiva per la valutazione dello stress lavoro-correlato (articoli 6 comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1 bis, D. Lgs n. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni)*
- (2) *Esposito A., Salomone M., Lettieri M., Boggia B., Napolano F., Carbone U. - Ruolo delle predisposizioni individuali e dei fattori lavorativi nelle sindromi stress correlate G- Ital. Med. Lav. Erg. 2008; 30:3, Suppl. 2, pag 410-411.*
- (3) *Selye H.: Stress without distress, 1974.*
- (4) *Soave C., Ballottin A., Giuliani C., Romeo L., Lonardi B., Trabucco G., Siani R., Biondani C., Zanferrari A., Perbellini L. - Modello d'intervento per la valutazione e la prevenzione del rischio stress lavoro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona. - Ital. J. Occup. Environ. Hyg., 2010 Vol. I (3-4), pag. 125-131.*



Quando il risultato conta

Test delle urine point of care

Cozart® DDSU

Vantaggi

Cozart DDSU è un sistema integrato creato per fornire risultati di screening accurati in situazioni in cui sia necessario eseguire test e ottenere risultati immediati al di fuori del laboratorio. Il sistema è facile da usare: visualizza messaggi a schermo che assistono l'operatore durante le fasi dell'analisi, riducendo al minimo manualità da parte dell'operatore. Lo strumento provvede alla lettura del campione, pertanto non è richiesta l'interpretazione da parte dell'operatore che esegue il test.

Tests per

Anfetamine	Metanfetamine
Buprenorfina	Metadone
Cocaina/crack	Oppiacei (eroina)
MDMA	THC

Referenze

Cozart DDSU è stato il primo prodotto sul mercato sviluppato per rispondere alle recenti modifiche normative apportate in ambito legislativo in Italia. La normativa richiede che l'analisi delle urine effettuate sui lavoratori siano basate su tecniche di immunochimica, fornendo contestualmente risultati stampati rapidi e accurati. Per questo motivo Concateno possiede un gran numero di clienti in Italia che utilizzano questo sistema.



Codice prodotto per gli ordini

Sistema	Codice
Sistema DDSU di Cozart (include dispositivo DDS, stampante e borsa da trasporto rigida)	DDS202S-UR9

Cartucce del test	Codice
Pannello sette droghe: AMP/MAMP/MDMA/COC/OPI/THC/MTD	DDSUR902
Pannello otto droghe: AMP/MAMP/MDMA/COC/OPI/THC/MTD/BUP	DDSUR903



E' SUCCESSO A...

*Paolo Santucci
Consigliere Nazionale ANMA*

CASTELLANETA MARINA (TA) XXIV CONGRESSO NAZIONALE ANMA

UNA NAZIONE, UNA LEGISLAZIONE

Una Nazione, una Legislazione' è uno slogan, ma costituisce, nella ricorrenza del 150° anniversario dell'Unità d'Italia, la sintesi estrema di una profonda riflessione, che ha caratterizzato fortemente i lavori del XXIV Congresso Nazionale svoltosi a Castellaneta Marina (TA) ed inaugurato il 2 giugno 2011, Festa della Repubblica.

Bontadi, incentrate su problematiche di salute e sicurezza fra i lavoratori turnisti. L'ampia discussione ha permesso di approfondire anche la Normativa dedicata e di scoprire che il limite di Legge delle '80 notti all'anno', spartiacque per la sorveglianza sanitaria nella maggior parte dei casi, è assolutamente arbitrario, non godendo di alcun supporto da parte della letteratura scientifica.

Ma procediamo con ordine. La mattina del giovedì è stata dedicata all'Assemblea dei Soci che finalmente ha goduto di una collocazione adeguata, permettendo ai partecipanti di toccare con mano i successi che l'Associazione ha conseguito nell'ultimo anno: la nomina di ANMA a Provider ECM, l'avvio della FAD (Formazione A Distanza) targata ANMA, l'ottimo gradimento verso i 10 corsi regionali, il raddoppio dei soci in regola con la quota d'iscrizione rispetto all'anno scorso, il 'solito' bilancio in attivo che permette di guardare con serenità ai crescenti impegni.

Nel pomeriggio il Seminario di apertura dedicato al 'Lavoratore nella società delle 24 ore' ha visto la brillante ed esauriente relazione del Prof. Giovanni Costa che ha prodotto la base della sessione sviluppata dalle interessanti esperienze sul campo di Greco, Sabbatucci,

L'etica nella professione del medico competente ha costituito il tema della seconda giornata. Dall'approccio antropologico del Prof. Pizza, fino ai codici etici del Prof. Franco ed alle relazioni dei gruppi di lavoro ANMA coordinati da Terenzio Cassina e Daniele Ditaranto, abbiamo riflettuto su tante sfaccettature della nostra professione, molto affascinante ma anche difficile e complessa.

Tra i numerosi spunti si segnalano la necessità di una interazione con i Medici di Famiglia (l'esperienza di Gianni Gilioli nei corsi triennali di formazione del Medico di Medicina Generale) e di una svolta nei delicati rapporti fra Medico Competente da una parte e Servizi di Prevenzione ASL, 'Centri Servizi' e Mondo accademico dall'altra, magistralmente descritti da Gilberto Boschioli in una delle relazioni più applaudite.



Gilberto Boschioli

La mattinata è proseguita con l'intervento del Rappresentante del Comitato Tecnico Interregionale Dott. Bellino, che, prendendo atto con piacere della condivisa accettazione dello strumento 'allegato 3B', ha mostrato ampia disponibilità a discutere i contenuti e le modalità. Durante la discussione i Relatori ANMA hanno ribadito l'efficacia dell'allegato '3 B', purché sia utilizzato a scopi autenticamente epidemiologici (e magari anche 'depenalizzato'), al fine di impedire il ripetersi di alcuni spiacevoli episodi (per esempio, verifiche ispettive verso i medici competenti successive alla presentazione dei dati), che hanno caratterizzato la prima fase di applicazione sperimentale.

La sessione è stata completata dall'intervento del Dott. De Biasi, Relazioni Esterne dell'ILVA, che, per la soddisfazione della platea, ha dipinto la figura del Medico competente moderno, come quella di un Manager della salute e della sicurezza dei lavoratori pienamente integrato nel sistema aziendale.

XXIV Congresso Nazionale ANMA

ETICA NELLA PROFESSIONE DEL MEDICO COMPETENTE Responsabilità, consapevolezza, valori

02-04 Giugno 2011 Castellana Grotte (TA)

Il pomeriggio è stato dedicato al 'sistema di gestione delle malattie professionali'. E' emerso un quadro sconcertante caratterizzato da un vero e proprio labirinto (ben illustrato da Porro e Patané, Saettone e Farabi) nel quale è molto difficile districarsi (nonostante le preziose precisazioni della Giuslavorista Anna Guardavilla), comporta costi elevatissimi (Can-

dura) e coinvolge un numero impressionante di addetti ai lavori, all'interno di un modello 'unico' in Europa (Convertini e Sabbatucci), producendo, a fronte di uno sforzo abnorme, risultati molto modesti (Boschioli: solo il 25 % delle pratiche avviate porta ad un vantaggio economico per l'assicurato).

Perciò si tratta di un sistema da riformare? Probabilmente sì.

La relazione conclusiva presentata da Gilberto Boschioli ha tentato di lanciare qualche idea (riforma tabelle MP, unico Ente interlocutore, unico modulo segnalazione, ecc.) per inaugurare una riflessione, certamente lunga, complessa e non priva di difficoltà. Nel corso della discussione, che ha registrato anche pareri discordi sull'analisi del 'sistema' e sui rimedi, i Relatori del Gruppo di Lavoro ANMA hanno ribadito che si intende semplicemente contribuire al miglioramento di un sistema che, così com'è, non funziona. Gli obiettivi sono perciò alleggerirlo e semplificarlo, al fine di favorire una mirata e precoce emersione di quelle malattie professionali (o lavoro-correlate) la prevenzione può realmente incrementare i livelli di salute dei lavoratori.

Sabato mattina il Seminario dedicato alla 'Gestione sul lavoro del paziente affetti da disagi psichici' non ha certo segnato il passo, in coda al Congresso, rivelandosi invece uno dei momenti più seguiti ed interessanti della tre-giorni pugliese.

Grazie agli esperti Relatori lombardi, in buona parte provenienti dall'Ospedale San Raffaele Resnati, abbiamo ricevuto un inappuntabile inquadramento delle pato-

logie psichiatriche nell'ottica del Medico competente (R. Donghi e C Colombo), seguito da una serie di esperienze sul campo (Verga e Zandonà, La Tocca e Toffoletto) che spingono tutti noi, medici competenti, a fare di più, cominciando da una maggiore capacità di ascolto del lavoratore psichiatrico e puntando ad una sinergia con i Consulenti specialisti nella personalizzazione dei casi che si presentano alla nostra attenzione.

Al termine del Seminario i Relatori ANMA hanno proposto a tutti i partecipanti, ma più in generale a tutti i Soci, di raccontare le proprie esperienze in questo campo, inviando una e-mail, per raccogliere una casistica che, dalla consolidata sinergia fra Medici competenti e Specialisti, possa condurci alla produzione di orientamenti operativi condivisi.

In conclusione, che cosa portiamo a casa? Non poco. Solo per riportare alcuni esempi in 'pillole': indicazioni operative per i lavoratori turnisti (per esempio, successione dei turni 'in ritardo di fase'), per il lavoratore depresso (controindicazione al turno di notte) per il paziente-conduttore psichiatrico (il principale pericolo è costituito dalle benzodiazepine...) e così via per molte altre problematiche trattate nei Seminari di approfondimento.

Ma per gli assenti non tutto è perduto. Grazie alla disponibilità ed alla collaborazione di Relatori ed Organizzatori, tutte le presentazioni saranno pubblicate sul nostro sito: www.anma.it.

Perciò grazie ancora a Tutti coloro che hanno contribuito alla magnifica riuscita del XXIV Congresso Nazionale ANMA!

TELELAVORO E SINDROME DI EHLERS-DANLOS: UNA IDONEITÀ DIFFICILE

Dieci anni fa l'esperienza con un videoterminalista affetto da 'Sindrome di Leber' mi ha convinto che i limiti posti dalle Linee Guida dell'epoca potevano, anzi dovevano, essere superati, permettendo a quello sfortunato lavoratore di mantenere 'miracolosamente' la propria mansione con l'ausilio della tecnologia e il contributo efficace e appassionato delle diverse Figure della prevenzione aziendale.

Oggi una esperienza analoga con un telelavoratore affetto da 'Sindrome di Ehlers-Danlos' insegna che anche qualche barriera normativa deve essere talvolta abbattuta, se permette di migliorare le condizioni di salute e il livello di qualità della vita del lavoratore, attraverso la sua piena integrazione lavorativa.

Da queste esperienze credo possa nascere la consapevolezza che, quando si tratta di 'idoneità difficili', sia necessario uscire da schemi precostituiti, accettando il rischio di 'mettersi in gioco', se l'obiettivo diventa quello di garantire maggiore salute e integrazione lavorativa al disabile affetto da una grave 'Malattia Rara'.

Il Medico Competente durante la sua attività quotidiana è sempre più spesso "sfidato" da nuove situazioni e richieste diversificate, che gli provengono da più parti e richiedono risposte appropriate.

In questo scenario il Medico Competente non si è rifugiato in un formalismo di carta, ma ha assunto un ruolo attivo decidendo di mettersi sempre più in gioco.

Perciò l'idea di poter interpretare il ruolo di Medico Competente in modo "defilato" è diventata ormai improponibile ed i benefici di una maggiore visibilità sono tanto più tangibili, quanto più si intende perseguire il modello proattivo di integrazione nel "sistema azienda" che l'ANMA ha sviluppato negli anni (Bontadi et Al., 2011).

Il caso trattato in questo articolo può costituire un momento di riflessione sull'etica del medico competente, ormai consapevole di come sia cresciuto il suo ruolo in termini di responsabilità, valori ed impegno.

La **Sindrome di Ehlers-Danlos** (EDS) comprende un gruppo eterogeneo di malattie ereditarie, caratterizzate da un difetto della sintesi del collagene, il principale costituente del tessuto connettivo.

La denominazione è dovuta a Edward Ehlers, dermatologo danese, e Henry Alexander Danlos, fisico francese esperto in chimica e malattie dei tessuti, che per primi stilavano un elenco delle caratteristiche tipiche e delinearono accuratamente il fenotipo di questo gruppo di disordini (Wikipedia).

La causa della Sindrome risiede nella presenza di mutazioni geniche, che determinano una sintesi anomala di collagene (costituente del tessuto connettivo) e di conseguenza modificano alcune caratteristiche strutturali e funzionali, in particolare elasticità e resistenza, del tessuto connettivo.

Il gruppo di malattie comprende diverse varianti con sintomi e manifestazioni cliniche spesso comuni, ma di diversa gravità (Bresin E., 2007).

I principali sintomi della malattia interessano gli apparati muscolo-scheletrico, cutaneo e vascolare, e comprendono: iperlassità di tendini e ligamenti articolari con marcata instabilità delle articolazioni e tendenza alla dislocazione spontanea (lussazione); pelle sottile, vellutata, iperestensibile; eccessiva fragilità dei vasi sanguigni cutanei con facilità alle ecchimosi ed alle ferite anche per traumi di minima entità; formazione di cicatrici anomale come esito delle lesioni. In alcune varianti possono essere coinvolti anche gli apparati oculare, polmonare, vascolare e gastrointestinale.

La Sindrome di Ehlers-Danlos è stata inizialmente inquadrata in 11 tipi differenti; nel 1998 un gruppo di clinici e di genetisti ne ha rivisto la classificazione semplificandola: attualmente si riconoscono sei diverse varianti di malattia, ciascuna distinta dalle altre in base alle manifestazioni cliniche, ai difetti biochimici della sintesi del collagene ed alla modalità di trasmissione ereditaria. La nuova classificazione comprende:

Forma classica (tipo I e II della vecchia classificazione): presenta le tipiche manifestazioni cutanee (iperestensibilità della cute e fragilità tessutale) ed articolari (iperlassità articolare), di grado variabile; l'eccessiva mobilità articolare spesso è causa di dolore articolare e ipotonia muscolare.

Forma ipermobile (ex tipo III): è la forma più frequente; la manifestazione principale è rappresentata dall'ipermobilità articolare associata ad ipotonia muscolare, difficoltà motoria, dolore articolare marcato; la fragilità cutanea è meno significativa in questa variante. Gli organi interni in genere non sono colpiti.

Meno frequenti sono la Forma vascolare, considerata la forma più grave, la Forma cifoscoliotica, la Forma con artrocalasia e la Forma con dermatosparassi (Bresin E., 2007).

Il sospetto di Sindrome di Ehlers-Danlos si pone sulla base dei sintomi, dei segni clinici caratteristici, della storia familiare; per la conferma diagnostica è possibile avvalersi di test enzimatici, solo per le varianti nelle quali è conosciuto il difetto biochimico della sintesi del collagene, o di test genetici; può essere talvolta richiesta una biopsia tissutale.

La Sindrome di Ehlers-Danlos presenta inoltre una grande variabilità clinica tra gli individui affetti, e una volta posta la diagnosi è necessaria un'attenta e periodica valutazione delle condizioni generali del paziente, e dell'eventuale compromissione dei diversi sistemi (scheletrico, cardiovascolare, gastro-intestinale) per le seguenti possibili manifestazioni e complicanze: osteoartriti, lussazioni articolari, osteoporosi; prolasso mi-

tralico, dilatazione dell'aorta; reflusso gastro-esofageo, dispepsia, colon irritabile.

La Sindrome di Ehlers-Danlos ha, nella maggior parte dei casi, una trasmissione ereditaria di tipo autosomico dominante: un individuo affetto ha, ad ogni gravidanza, una probabilità del 50% di trasmettere il difetto genetico al figlio/a.

Il trattamento della Sindrome di Ehlers-Danlos è sintomatico e di supporto. E' previsto l'uso di farmaci antidolorifici ed antinfiammatori in caso di dolore articolare importante; sono abitualmente prescritti cicli di fisioterapia volti a migliorare il tono muscolare. Si raccomanda inoltre al paziente di prevenire traumatismi ripetuti alle articolazioni, evitando situazioni, anche di tipo lavorativo e sportivo, che potrebbero comportare un eccessivo sforzo articolare; è consigliato l'uso di materassi anatomici e anche l'utilizzo di ausili di protezione (ad esempio ginocchiere) per le strutture articolari.

La somministrazione di vitamina C (1-4 grammi al giorno) riduce la fragilità capillare, con minor tendenza al sanguinamento. Un'adeguata assunzione di vitamina D e calcio può essere utile per prevenire o curare l'osteoporosi.

Il trattamento chirurgico si rende talvolta necessario per la riduzione e il riposizionamento di articolazioni lussate, spesso displasiche, o per la loro stabilizzazione; nei pazienti affetti da Sindrome di Ehlers Danlos è sempre raccomandata dagli specialisti una attenta valutazione delle possibili complicanze da fragilità dei vasi sanguigni (emorragie) e da mancata o anomala cicatrizzazione di ferite chirurgiche e suture interne ed esterne.

Il **telelavoro**, dal greco "telós" = lontano, costituisce una innovativa modalità di svolgere alcuni lavori operando a distanza attraverso un collegamento telematico. Il comune denominatore è dato dalla prestazione lavorativa svolta in un luogo differente e a distanza da quello comunemente indicato come luogo di lavoro e dall'utilizzo prevalente di reti telematiche per lo scambio di informazioni con il datore di lavoro e/o con altri colleghi (Campodall'Orto et Al., 2000).

Il telelavoro risponde all'esigenza di maggiore flessibilità organizzativa e presenta numerose potenzialità sul piano sociale, economico ed occupazionale, creando nuove figure professionali.

Tra queste attività spicca il telelavoro 'a domicilio' (home working) svolto presso la propria abitazione le cui caratteristiche sono legate alla struttura presso la

quale lavora l'operatore (Soleo et Al., 2003).

Ricoprono perciò un ruolo importante la formazione-informazione dei lavoratori e la fornitura da parte dell'azienda di strumenti di lavoro adeguati e rispondenti alla normativa, soprattutto in tema di ergonomia. Rispetto al posto di lavoro tradizionale in azienda, il lavoro svolto lontano dalla sede centrale può comportare l'isolamento del telelavoratore e rischia di non permettergli l'accesso alla medesima qualità di apparecchiature ed attrezzature o alle stesse condizioni di igiene e sicurezza del lavoro.

Perciò, ai sensi dell'art. 3.10 D.Lgs.81/08 e s.m.i., "A tutti i lavoratori subordinati che effettuano una prestazione continuativa di lavoro a distanza, mediante collegamento informatico e telematico

... si applicano le disposizioni di cui al titolo VII, indipendentemente dall'ambito in cui si svolge la prestazione stessa".

Schematicamente gli obblighi del datore di Lavoro (art.174), all'interno del titolo VII (Attrezzature munite di videotermini), prevedono di:

- analizzare i posti di lavoro, con particolare riguardo a) ai rischi per la vista e per gli occhi; b) ai problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale; c) alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale;
- adottare le misure appropriate per ovviare ai rischi riscontrati, tenendo conto della somma ovvero della combinazione della incidenza dei rischi riscontrati;
- organizzare e predisporre i posti di lavoro in conformità ai requisiti minimi di cui all'allegato XXXIV.

All'interno dell'allegato XXXIV, requisiti minimi, il paragrafo 1 f) è riferito ai computer portatili:

"L'impiego prolungato dei computer portatili 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".

L'art.3.10 del D.Lgs.81/08 e s.m.i., ricorda che "I lavoratori a distanza sono informati dal datore di lavoro circa le politiche aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, in particolare in ordine alle esigenze relative ai videotermini ed applicano correttamente le direttive aziendali di sicurezza".

Il medico competente, che ha l'obbligo di effettuazione del sopralluogo annuale negli ambienti di lavoro

(art.25.1, l D.Lgs.81/08 e s.m.i.), non viene citato nell'ambito delle verifiche previste nella sede di lavoro del telelavoratore (art.3. 10):

"Al fine di verificare la corretta attuazione della normativa in materia di tutela della salute e sicurezza da parte del lavoratore a distanza, il datore di lavoro, le rappresentanze dei lavoratori e le autorità competenti hanno accesso al luogo in cui viene svolto il lavoro nei limiti della normativa nazionale e dei contratti collettivi, dovendo tale accesso essere subordinato al preavviso e al consenso del lavoratore qualora la prestazione sia svolta presso il suo domicilio. Il lavoratore a distanza può chiedere ispezioni".

Infine l'art.3.10 si conclude ricordando che "Il datore di lavoro garantisce l'adozione di misure dirette a prevenire l'isolamento del lavoratore a distanza rispetto agli altri lavoratori interni all'azienda, permettendogli di incontrarsi con i colleghi e di accedere alle informazioni dell'azienda, nel rispetto di regolamenti o accordi aziendali".

Telelavoro "a domicilio" e disabilità

Il telelavoro può offrire una opportunità alle categorie che sono svantaggiate rispetto al funzionamento tradizionale dei mercati del lavoro. Le persone disabili rappresentano una quota significativa della popolazione e una parte rilevante di essa è in età lavorativa. Infatti un cittadino europeo su dieci è disabile: circa il 12% della popolazione europea soffre di una forma di disabilità, e il 6-8% dei disabili ha un'età inferiore ai 60 anni.

Molti ambienti di lavoro sono inadeguati ad accogliere al loro interno persone con disabilità, essendo caratterizzati da ostacoli o impedimenti. Inoltre, i ritmi di lavoro imposti negli uffici possono non conciliarsi adeguatamente con le esigenze e i bisogni di una persona disabile, che a causa del proprio handicap non sempre è in grado di seguire la routine di una normale giornata lavorativa. Il telelavoro può essere particolarmente adatto a coloro che, afflitti da disabilità, si trovano in estrema difficoltà non tanto nello svolgere il lavoro, quanto nel recarsi in ufficio (Di Nicola P., 2000).

Il telelavoro mediante l'uso di strumentazioni informatiche e telematiche può offrire alle persone disabili ampie possibilità di svolgere un'attività lavorativa secondo il loro particolare ambiente e le loro competenze, e può contribuire ad arricchire profondamente la loro qualità della vita.

Esistono numerosi vantaggi per i disabili che decidono

di diventare telelavoratori. Si tratta di benefici legati da una lato essenzialmente allo svolgimento dell'attività

lavorativa in quanto tale e dall'altro alla possibilità di rivalutare l'immagine sociale di queste persone.

SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA	POSSIBILITA' DI RIVALUTARE L'IMMAGINE SOCIALE
<i>La facilità di accesso nel mercato del lavoro, nonché alla conoscenza e alla formazione.</i>	<i>L'attenzione dei datori di lavoro / clienti focalizzata sul lavoro e non sulla disabilità.</i>
<i>La familiarità con l'ambiente domestico e la possibilità di controllare il proprio spazio in modo più efficace che sul posto di lavoro.</i>	<i>Pari opportunità con le persone normodotate.</i>
<i>L'organizzazione flessibile dell'orario e dell'attività.</i>	<i>La possibilità di rompere l'isolamento sociale.</i>
<i>L'utilizzo di apparecchiature adeguate.</i>	<i>La possibilità di ritrovare un'identità sociale.</i>
<i>Maggiore mobilità professionale.</i>	

Tabella. Vantaggi per i disabili che diventano telelavoratori (Di Nicola P., 2000).

Sebbene il minore livello di interazione con i colleghi e la perdita di momenti di socialità tipici degli ambienti lavorativi sia spesso citato come uno dei principali svantaggi del telelavoro, al contrario, le moderne tecnologie che supportano l'uso del telelavoro permettono di creare legami sociali, seppur in parte virtuali, con il gruppo lavorativo di riferimento ma anche con la più ampia comunità sociale (Di Nicola P., 2000).

Caso clinico

L.B. maschio, 29 anni, invalido civile nella misura del 67 % per Sindrome di Ehlers-danlos, 'Forma ipermobile', si è presentato all'attenzione del medico competente per la visita preventiva, in qualità di telelavoratore 'videoterminalista' con mansione di 'programmatore informatico' presso azienda di software specializzata nella gestione documentale e nelle applicazioni in ambito bancario e assicurativo.

Il lavoratore, indirizzato presso questa Società dopo gli accertamenti svolti dalla Commissione ex Legge 69/88, è stato trovato affetto da lassità legamentosa diffusa, con esiti di intervento di stabilizzazione alle gi-

nocchia, oltre a cedevolezza ed algie continue con necessità di continuo supporto fisioterapico.

Dal punto di vista oculovisivo il videoterminalista è affetto da astigmatismo ipermetropico composto adeguatamente corretto e non sussiste 'astenopia significativa' (Santucci P., 2009).

Il lavoratore ha allestito in ambito domestico una postazione di lavoro dotata di videoterminale, tuttavia la problematica alle ginocchia richiede il frequente movimento articolare per mantenere un tono muscolare, tale da evitare cedevolezza delle ginocchia, gonalgie continue e contemporaneamente il ricorso continuo a farmaci analgesici ed anti-infiammatori.

Gli specialisti curanti hanno esplicitamente sconsigliato

un'attività lavorativa sedentaria e in particolare di evitare il più possibile la postura assisa.

Per tale situazione clinica il lavoratore presenta la necessità di svolgere esercizio fisico costantemente nell'arco della giornata in ambito domestico: nello specifico utilizza spesso un 'tapis roulant' dotato di una consolle sulla quale è stato appoggiato un computer portatile.

Per la complessità della problematica, testimoniata da una invalidità civile pari al 67 %, ma ritenuta compatibile con le mansioni di 'programmatore' da parte della competente Commissione, il medico competente, sentito anche il parere della SC PSAL territoriale, ha formulato un giudizio di idoneità prescrivendo 'la possibilità di stazione eretta e movimento' con periodicità biennale (art.176 comma 3 D.Lgs.81/08 e s.m.i.).

Non è stato possibile 'inserire' l'attività fisica nelle pause previste dalla Normativa (15 minuti ogni due ore), poiché troppo limitate nel tempo rispetto alle specifiche esigenze e soprattutto alle indicazioni specialistiche che richiedono frequente movimento.

Perciò è stata prevista nel giudizio di idoneità 'la possibilità di stazione eretta e movimento', lasciando evidentemente ampia autonomia al telelavoratore, sfruttando anche la disposizione dell'art.175 comma 4, secondo il quale "Le modalità e la durata delle interruzioni possono essere stabilite temporaneamente a livello individuale ove il medico competente ne evidenzi la necessità".

E' evidente che un lavoratore titolare di una significativa disabilità non possa essere ritenuto 'letteralmente idoneo' e soprattutto in grado di seguire pienamente le impostazioni indicate o l'uso di dispositivi previsti dall'art.174 comma 3 e dall'Allegato XXXIV al D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Perciò il disabile dovrà necessariamente beneficiare di prescrizioni mirate e personalizzate che rendano l'attività attesa compatibile con la propria specifica menomazione fisica.

Considerazioni e conclusioni

A distanza di otto mesi dalla formulazione del giudizio di idoneità il quadro clinico correlato alla Sindrome di Ehlers-Danlos risulta addirittura migliorato.

L'attività lavorativa si è svolta costantemente a casa, salvo alcune giornate trascorse in ufficio prevalentemente in stazione eretta, con un buon rendimento lavorativo in termini di risultati e rendimento, confermato da feedback positivi forniti dall'azienda.

Da un punto di vista fisiopatologico il tono muscolare è stato incrementato dalla quotidiana attività fisica con conseguente stabilizzazione delle articolazioni, che ha evitato l'infiammazione delle stesse e delle ginocchia in particolare, dove è presente una 'Sindrome femoro rotulea' causata principalmente dalla lassità legamentosa. Da un punto di vista soggettivo il dolore è diminuito sensibilmente, così come l'assunzione di farmaci, salvo rare situazioni contingenti. Il notevole miglioramento clinico ha consentito al lavoratore di intraprendere alcune attività sportive, fino a pochi mesi prima improponibili, quali windsurf, sci e corsa a piedi.

Per tentare un paragone, nel recente passato una esperienza lavorativa con prevalente attività sedentaria nell'ambito della postazione in ufficio dotata di videoterminale, aveva portato lo stesso lavoratore ad un netto peggioramento della sintomatologia, nonostante la pratica di attività fisica e di fisioterapia al di fuori dell'ambito professionale.

Questa esperienza dimostra come un inserimento lavorativo forse troppo 'permissivo' e senz'altro 'originale', ma supportato dall'intervento dei diversi Sanitari impegnati nel caso clinico, abbia portato, al di là della gratificazione professionale del lavoratore, ad un netto miglioramento del quadro clinico e perciò ad un reale incremento del livello di qualità della vita professionale ed extraprofessionale.

Tuttavia il case report produce, tra i tanti interrogativi, una domanda sopra a tutte: l'etica del medico competente può spingere alla 'rottura degli schemi', a 'forzare' la Normativa vigente, al fine di garantire un delicato inserimento lavorativo, attraverso inevitabili rischi per la responsabilità del Medico Competente, ma con evidenti vantaggi per il lavoratore disabile, l'azienda e l'intera società?

Un fatto comunque è certo. Una temibile Malattia Rara, come la Sindrome di Ehlers-Danlos, può essere 'sconfitta' dalla piena integrazione lavorativa, se si attiva un 'intelligente' recepimento della Normativa applicata al lavoratore videoterminale, ed in particolare al telelavoratore, attraverso la fruttuosa collaborazione delle diverse competenze impegnate nel caso.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione il Dott. Attilio Businelli, Direttore SC PSAL ASL 3 Genovese e l'Ing. Lorenzo Banderali creatore ed amministratore del sito ' www.ehlersdanlos.it '.

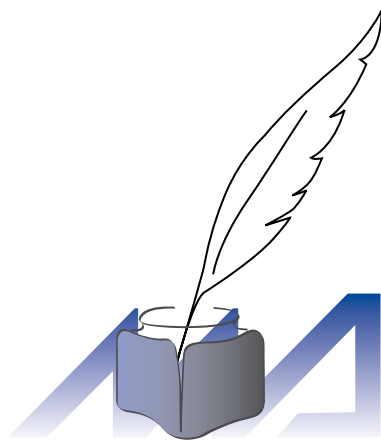
Bibliografia/Sitografia

- Bontadi D., Boschirolì G., Candura U., Gilioli G., Patané P.A., Presentazione XXIV Congresso nazionale ANMA, 'Etica nella professione del medico competente. Responsabilità, consapevolezza, valori', Castellaneta Marina (TA), 2-4 giugno 2011.
- Bresin E., Centro di Coordinamento Rete Regionale Malattie Rare - Regione Lombardia, 2007.
- Campodall'Orto S., Gori M.: Conoscere il telelavoro. Caratteristiche, esperienze, guida all'utilizzo. Milano, Franco Angeli Editore, 2000.
- Di Nicola P., Telelavoro, una possibilità in più. in Career Book 2000, Somedia, Milano, 2000.
- Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.
- Soleo L., Iacovone T., Di Pierri C., Lasorsa G., Linee Guida SIMLII, "Lavori atipici e lavoro a turni", Fondazione S.
- Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
- Wikipedia, L'enciclopedia libera, it.wikipedia.org/wiki
- www.ehlersdanlos.it , il sito italiano dedicato alla sindrome di Ehlers Danlos.



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

Collegati a www.anma.it : notizie, aggiornamenti, eventi e vantaggi per i Soci. Un modo pratico e immediato per tenersi sempre in contatto con la nostra Associazione.



LETTERE ALLA REDAZIONE

RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO, NON SENZA UN SENTIMENTO DI AMAREZZA, LA LETTERA DI UNA COLLEGA

Anche questa settimana un centro servizi o un medico si sono lanciati alla conquista di una mia azienda, ottenendola per 5 euro in meno a visita; nel 2010 ho eseguito 150 visite, per cui il mio prezzo/riscatto è di 750 euro...credevo di valere di più! L'ufficio acquisti ha definito se stesso un macellaio nel dover praticare questa operazione, specie se contro un'ottima professionista, apprezzata da tutti, ma 5 euro sono un fatto che fa la differenza... Si è dichiarato molto dispiaciuto, ma la concorrenza loro è spietata ed il ddl (trattasi di cooperativa) deve guardare al centesimo...
Dopo 8 anni di lavoro (azienda complessa, lavoro notturno, lavoratori stagionali ecc..) andando una volta al mese per svolgere tutta la nostra attività di consulente sanitario, non me la sono sentita di cedere al ricatto di passare a ben 28 euro/visita aspirando a suo dire, a 26 euro non appena avessi lasciato il disturbo ed i miei 250 soggetti a sorveglianza sanitaria. Perdonate lo sfogo, ma nell'ultimo anno mi pare che la macelleria prevalga sull'etica e sul valore.
Non ho rimpianti ma invoco lezioni di etica ai nostri ddl.



Dal 15 giugno è "on line" il programma di formazione a distanza di ANMA, provider FAD accreditato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina specificatamente dedicato all'aggiornamento professionale per il Medico Competente, che prevede particolari agevolazioni per i Soci e si protrarrà fino a dicembre 2011.

www.anmafad.com