Medico Competente Journal

Giornale Professionale e Scientifico

Occupational Physician Scientific and Professional Journal

Giugno 2012
Anno 18, Numero 2/2012

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Federata FISM:
Federazione Italiana Società Medico Scientifiche

Associazione Certificata
UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

EDITORIALE 2
- Medice cura te ipsum

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI 6
- Gli ospedali e la sfida del benessere

ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO 10
- Il medico competente: ruolo e utilità nel collocamento al lavoro dell'invalido
- Soggetti con disabilità e lavoro, l'intervento dei medici competenti
- Inabilità temporanea, invalidita' e idoneita' al lavoro: un'analisi interdisciplinare sul tema
- Reach e clp: la nuova legislazione europea in materia di sostanze chimiche
- Il riconoscimento del lavoratore cardiopatico. Un obbligo oltreché deontologico anche normativo (I parte)

UFFICIO & SALUTE 52
- Adozione del poggiapiedi nella postazione dotata di videoterminale: su semplice richiesta o in casi selezionati?

ANMA RISPONDE 54

DA LEGGERE IN POLTRONA 56
- Conoscenza e approfondimento

15 GIUGNO 2012

NUOVO CORSO DI FORMAZIONE A DISTANZA

Dal 15 giugno al 15 dicembre 2012 *è disponibile un nuovo corso per il Medico Competente nel portale della formazione a distanza di ANMA*

Aggiornamento sulla diagnostica e sulla gestione delle dermatopatie allergiche professionali (12 crediti ECM)

Il corso affronta il percorso che dalla diagnosi porta alla gestione della allergopatia cutanea e si articola in tre parti: introduzione al problema con le classificazioni nosologiche, dimensione del problema, cenni di fisiopatologia della cute e soprattutto l'inquadramento della dermatite allergica professionale; segue il dettaglio degli aspetti diagnostici; infine la gestione pratica del paziente, della sua idoneità lavorativa e degli obblighi medico-legali in ipotesi di patologia professionale.

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anmafad.com

Medico Competente Journal

ANMA

NotiziarioA.N.M.A.
Numero 2/2012

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

Numero 2/2012
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

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 Rossettini,
Alberto Manfrinati per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova
email: info@cuslpadova.it

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anma.it

Presidente
Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente
Umberto Candura

Segretario
Daniele Ditaranto

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

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 Gazzerro

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
dimissionario 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

EDITORIALE

Giuseppe Briatico Vangosa

Presidente ANMA

Medice cura te ipsum

Premesse

Vi racconto due storielle avvenute recentemente che mi hanno fatto riflettere.

Il titolo di queste due storielle potrebbe essere "fidarsi è bene, ma essere precisi e prudenti è sempre meglio"; il sottotitolo "alla fine, nel bene e nel male, ci rimette sempre anche il medico competente".

Le due storielle hanno per oggetto le conseguenze del giudizio di non idoneità alla mansione specifica.

Un medico competente esprime un giudizio di non idoneità alla mansione, o meglio esclude il lavoratore da alcune operazioni presenti nella mansione, nello specifico la movimentazione manuale di carichi. A fronte di ciò il datore di lavoro fa ricorso all'ASL "avverso il giudizio di idoneità" formulato dal medico competente. L'ASL conferma il giudizio espresso dal medico competente.

La conclusione? Il nostro collega, pur essendo nel giusto, si dimette ritenendo che non ci siano più le condizioni per proseguire la collaborazione.

Nel secondo caso un altro medico competente – cambiamo regione, ma siamo comunque in contesti ben organizzati- giudica il lavoratore temporaneamente non idoneo, per 3 mesi, alla movimentazione di carichi, avendo lo stesso subito di recente un intervento per displasia dell'anca. Propone attività alternative, che fanno parte del complesso della mansione attribuitagli, compatibili con la condizione clinica. A fronte del giudizio l'azienda decide di collocare il dipendente in aspettativa non retribuita

Il lavoratore ricorre all'ASL contro il giudizio del medico competente.

Dopo oltre 45 giorni dalla richiesta il lavoratore, sempre in aspettativa non retribuita, è convocato dalla ASL che esprime un giudizio di idoneità alla mansione, seppur con qualche limitazione. Va sottolineato, per la cronaca, che l'ASL non acquisisce dal medico competente alcuna informazione sulla attività svolta dal lavoratore e sui reali contenuti della mansione assegnata.

A questo punto i lavoratore è reintegrato nel proprio posto di lavoro e l'azienda chiede al medico competente il risarcimento del danno patrimoniale subito, ovvero il pagamento del pro rata della retribuzione che aveva interrotto mettendo il lavoratore in aspettativa non retribuita causa il giudizio di non idoneità espresso.

La prima storiella è triste e merita, a mio parere, un velo pietoso. Bene ha fatto il collega –in effetti la collega- a restituire la nomina ad un datore di lavoro che non può di certo ritenersi illuminato. Nel nostro codice di comportamento abbiamo affermato che il medico competente è tale quando è "*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*". Ogni altro commento è superfluo.

La seconda storiella è senza dubbio più intrigante e sottile.

Il datore di lavoro richiede al medico competente il risarcimento dell'onere economico derivante dall'assenza dal lavoro del proprio dipendente messo in aspettativa non retribuita a causa del giudizio di non idoneità temporanea, poi smentito, almeno in parte, dall'ASL. Tutto sembra ruotare sul conflitto tra i due giudizi, a significare che il medico competente non è stato capace di fare una corretta previsione dello stato di salute del lavoratore in funzione dei rischi a cui è sottoposto. Al proposito si potrebbe aprire una ricca discussione sull'intervallo trascorso tra la visita del medico competente e quella dell'ASL (più o meno 45 giorni) o sull'evidenza che il nostro collega dell'ASL ha sentito una sola campana, quella del lavoratore. Ma questa polemica ci porta fuori dal seminato.

In effetti il problema sta tutto nell'azienda per due ordini di motivazioni:

1) Il datore di lavoro per mettere un dipendente in aspettativa non retribuita, anche nel caso di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica, deve garantire alcune condizioni quali, ad esempio, che a) non esistono altre mansioni a cui il dipendente possa essere adibito in tutte le attività e unità produttive di cui dispone l'impresa; b) il dipendente deve accettare la situazione per la sua impossibilità di disporre un'alternativa praticabile; c) in caso estremo adibire il lavoratore ad una mansione di livello inferiore.

   E' un semplice vademecum che però è bene conoscere.

2) La seconda motivazione è per noi ben più solida e merita di essere compresa, meditata e tenuta presente.

   La dr.ssa Anna Guardavilla, a cui mi sono rivolto, ci insegna quanto segue:

   "il fatto che l'Asl abbia dato un giudizio diverso, peraltro solo parzialmente diverso, non rende automaticamente il medico civilmente responsabile del danno patito dall'azienda. Infatti la sentenza cardine in materia di responsabilità civile del medico (sentenza che ne rappresenta moltissime altre, anche successive e più recenti) afferma chiaramente che "*Le obbligazioni inerenti l'esercizio della professione sanitaria sono di comportamento e non di risultato, nel senso che il professionista assumendo l'incarico si impegna a prestare la propria opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato sperato, ma non per conseguirlo. In conseguenza l'inadempimento del sanitario è costituito non già dall'esito sfortunato della*

terapia e dal mancato conseguimento della guarigione del paziente, ma dalla violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale"(Cass. n. 231, 25 gennaio 1969 e n. 3044, 13 ottobre 1972).

Qualcuno insomma dovrebbe dimostrare che il MC in questo caso non ha applicato la diligenza, la prudenza e la perizia richieste nell'esercizio della sua attività.

Perciò il MC dirà all'azienda che ha svolto il compito in scienza e coscienza, attuando il comportamento professionale doveroso e che non ritiene in alcun modo di dover rispondere delle conseguenze derivanti dallo svolgimento di un'attività che è un obbligo del datore di lavoro, la sorveglianza sanitaria, a cui il lavoratore si sottopone contrattualmente trattandosi di una tutela prevista dalla legge (l'art. 20 si integra automaticamente nelle clausole contrattuali), un'attività - quella della sorveglianza sanitaria - che presenta sempre un margine di opinabilità ed aleatorietà che fa parte del rischio d'impresa, e non del rischio professionale quando il professionista non si sia reso responsabile di grave negligenza, cosa che nel caso specifico non è avvenuta.

Quindi nulla da pagare a mio personale parere.

Immagino che questi non siano casi limite, anzi! Penso invece che siano frequenti e che potrebbero crescere numericamente in un periodo storico come il nostro dove il lavoro è problematico e la crisi economica attanaglia tante imprese. Teniamo ben presenti queste due storielle per non cadere nel tranello del compromesso quando esprimiamo un giudizio di idoneità. Personalmente ho sempre cercato di mediare quando le condizioni lo permettevano, di testimoniare con lealtà quell'affermazione del nostro codice di comportamento "essere inserito nel contesto aziendale". Ma attenzione, si è amici fin che dura. Quindi *medice cura te ipsum*, medichiamoci con un esame clinico (anche documentato quando necessario da esami strumentali prodotti in azienda o presentati dal lavoratore), con un giudizio circostanziato e coerente alle reali situazioni di rischio (che vuol dire anche appropriarsi di un DVR che ben esprima le condizioni di esposizione al rischio). Nulla di nuovo, ovvio, ma la buccia di banana è sempre in agguato e il cerotto di una assicurazione RC comprensiva del risarcimento preteso dal datore di lavoro di questa storiella ci può far dormire più sereni.

Poi, se vogliamo proprio la rivincita, possiamo anche pensare di chiedere al datore di lavoro delle due storielle un risarcimento per la perdita di immagine e di guadagno subita. Ma qui le cose penso siano più complicate.

di NSI Nier Soluzioni Informatiche

La soluzione collaborativa che permette ad azienda e medici la pianificazione e gestione congiunta delle attività in un ambiente intuitivo e semplice. Uno strumento completo per affrontare la gestione della sicurezza, della formazione e della sorveglianza sanitaria.

medwork suite
sicurezza sanità formazione

MEDWORK SUITE È:

LA SOLUZIONE SOFTWARE INTEGRATA E COMPLETA
che supporta la gestione della sorveglianza sanitaria, la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e la formazione per le aziende pubbliche e private.

CONFORME ALLE NORME E AGLI STANDARD IN TEMA DI SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO:
D.lgs. 81/08, c.d. Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e D.M. 88/99.

UN SOFTWARE 100% WEB-BASED.
Non richiede installazione sui client, usabile ovunque e compatibile con tutti i principali browser.
Conforme alle norme sulla privacy 196/2003 e ai provvedimenti del Garante.

COMPOSTO DA MODULI AUTONOMI
totalmente integrati e interoperabili.
Una soluzione completa e unica sul mercato italiano.

RIVOLTO a datori di lavoro, RSPP, cliniche e Aziende Sanitarie, medici competenti e a tutte le figure aziendali che collaborano al miglioramento continuo della sicurezza e salute in azienda.

professional

MEDWORK SUITE – PROFESSIONAL
LA SOLUZIONE PER IL MEDICO COMPETENTE:

Medwork Suite Professional è la soluzione ideale per i medici competenti e i professionisti che offrono il servizio di sorveglianza sanitaria. Ciò grazie alla gestione diretta dei protocolli sanitari e delle cartelle cliniche; al controllo dei costi; alla produzione automatica delle cartelle e di tutta la documentazione di lavoro necessaria.
Con **Medwork Suite Professional** il medico competente può offrire servizi aggiuntivi all'azienda cliente e avere uno strumento per condividere le informazioni. L'azienda cliente può consultare lo scadenziario ed effettuare la prenotazione delle visite dei lavoratori.
Medwork Suite Professional viene erogato come servizio a fronte del pagamento di un canone. **In questo modo l'acquirente non deve sostenere nessun altro costo, in particolare:**

- NESSUN COSTO DI LICENZA SOFTWARE NÉ DI MANTENIMENTO.
- NESSUN COSTO PER HARDWARE DEDICATO.
- NESSUN COSTO DI BACKUP E DI RECOVERY DEI DATI.
- NESSUN COSTO LEGATO ALLA SICUREZZA DEL NETWORK E ALLA SALVAGUARDIA DEI DATI.
- NESSUN COSTO DI PERSONALE IT PER IL SUPPORTO E MANTENIMENTO DEGLI APPARATI HARDWARE.
- NESSUN COSTO E RISCHIO DI INTERRUZIONE DEL SERVIZIO.

PROMOZIONI IN CORSO
e INFO

www.medwork.it
commerciale@nsi.it

nsi
nier soluzioni informatiche

Via Bonazzi, 2 - 40013 - Castel Maggiore (BO)
T +39 051 0391071 - F +39 051 5880379
commerciale@nsi.it - www.nsi.it

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Dina Guglielmi,

Docente Psicologia del Lavoro e delle organizzazioni, Università di Bologna

Marco Depolo,

Docente Psicologia del Lavoro e delle organizzazioni, Università di Bologna

Maria Cristina Florini,

Psicologa Azienda USL di Modena

Riccardo Ughetti,

Dottore in psicologia del lavoro e delle organizzazioni

Gli ospedali e la sfida del benessere

"…*Una strategia di sicurezza e salute occupazionale in azienda:*

- *Contribuisce a dimostrare che l'azienda è socialmente responsabile;*
- *Protegge e arricchisce l'immagine e il valore del marchio;*
- *Aiuta a ottimizzare la produttività dei lavoratori;*
- *Fa aumentare l'impegno dei dipendenti nei confronti dell'azienda;*
- *Crea una forza lavoro più competente e più sana;*
- *Riduce i costi aziendali e le interruzioni dell'attività;*
- *Consente alle aziende di soddisfare le aspettative dei clienti in materia di Sicurezza e Salute sul lavoro;*
- *Incoraggia la forza lavoro a rimanere in attività più a lungo…*"

("I Benefici Aziendali di un buon sistema di sicurezza e salute sul lavoro", Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, 2008)

Il processo di Ricerca

La ricerca, che verrà presentata di seguito, si riferisce alla valutazione del Benessere Organizzativo svolta presso un Ospedale accreditato Privato del Nord Italia commissionata dalla direzione dell'ospedale stesso.

L'intero progetto è stato centrato su un ascolto attento delle aspettative e dei bisogni della committenza/direzione prima e dei responsabili e dei lavoratori poi, al fine di diagnosticare il livello di benessere organizzativo presente nella struttura, per fondare un piano di miglioramento sulla base dei punti di forza e di debolezza individuati. In questo senso l'attività descritta soddisfa i criteri principali della ricerca-azione: dati conoscitivi sulla situazione di partenza, raccolti al fine di modificarla in maniera controllata e consapevole; coinvolgimento diretto delle persone della struttura sia per la raccolta e commento dei dati che per la definizione dei punti di forza e debolezza. Si è trattato di un'attività complessa svolta con modalità attiva ed interattiva, ponendo molta sensibilità alle dinamiche in atto e al momento storico in cui si trovava la struttura. Questo ha permesso la condivisione del progetto da parte della Direzione e, con un effetto a cascata, su tutti i lavoratori dell'Ospedale.

Metodologia

L'**Indagine** è stata suddivisa in due momenti interdipendenti: una prima parte di ***analisi qualitativa*** ed una seconda di ***analisi quantitativa*****.**

1° - La parte ***qualitativa*** è stata caratterizzata da incontri con la Direzione, necessari per definire il progetto ed avere alcune informazioni sulla struttura organizzativa dell' Ospedale privato, e da interviste semi-strutturate che hanno permesso di analizzare il punto di vista dei responsabili e di alcuni testimoni privilegiati.

Le **interviste** svolte sono state 6 ed hanno avuto i seguenti obiettivi:

a. la raccolta di informazioni utili all'adattamento del questionario-base alle esigenze specifiche della struttura;
b. la partecipazione attiva al processo di ricerca dei responsabili della line, individuando punti di forza e di debolezza e attivando un processo di coinvolgimento a cascata su tutto il personale
c. il supporto all'elaborazione e all'interpretazione dei dati emersi dall'analisi quantitativa, offrendo una cornice di lettura contestualizzata alla struttura stessa.

2°- La seconda parte dell'indagine è stata caratterizzata da un'analisi ***quantitativa***, costituita dalla compilazione di un questionario da tutto il personale dell'Ospedale. Questionario composto da 6 moduli scelti in base all'analisi dei bisogni espressi nella fase precedente: Aree della vita lavorativa, Processi di Gestione, Relazione con il lavoro, Coinvolgimento (Engagement), Salute Psico-fisica generale e Azioni Negative sul posto di lavoro.

Il gruppo dei rispondenti

Hanno risposto al questionario 160 lavoratori, la totalità delle persone impiegate nella struttura. I questionari sono stati presentati in riunioni iniziali informative a tutti i capi intermedi e alla direzione, quindi autosomministrati e raccolti in modo da garantire l'anonimato all'interno dei gruppi funzionali di appartenenza. Dei questionari raccolti solamente 12 sono stati considerati non validi, in quanto presentavano un tasso di dati mancanti troppo elevato per essere utilizzati nell'elaborazione.

Le caratteristiche più salienti del gruppo dei rispondenti sono:

- la predominanza femminile (75% di donne);
- un'età (rilevata mediante classi per maggiore protezione dell'anonimato) relativamente giovane: il 43% ha tra 30 e 40 anni e solo il 12,5% più di 50;
- l'89% sono dipendenti diretti della struttura, il restante 11% ha altri rapporti di lavoro (liberi professionisti, dipendenti di cooperative);.
- il 32% ha un'anzianità di servizio inferiore a 5 anni e il 40% non raggiunge i 10 anni.
- medici e professionisti sanitari formano il 66%, il restante è composto da amministrativi e tecnici non sanitari.

Al termine della rilevazione i dati elaborati sono stati presentati in 2 incontri di restituzione: 1 con la dirigenza e 1 con tutto il personale, che avevano lo scopo di informare e di raccogliere ulteriori informazioni utili alla diagnosi della situazione, seguendo l'approccio delle ricerche partecipate con restituzione e discussione dei dati con gli stessi rispondenti. Ciò ha permesso di redigere un report finale che, secondo gli accordi, è stato consegnato alla direzione.

Risultati

La ricerca ha individuato alcuni punti di attenzione suscettibili di miglioramento, in una situazione complessivamente positiva.

Sin dall'inizio della ricerca le interviste con varie figure avevano fatto emergere l'ipotesi che parte delle criticità presenti fossero dovute alla recente, importante e veloce evoluzione strutturale e dimensionale (quasi il raddoppio di posti-letto, differenziazione dell'offerta sanitaria e conseguente aumento di numero del personale), cui non era seguita un'evoluzione organizzativa altrettanto rapida che risultasse adeguata e corrispondente. La struttura non era certo in crisi, né di motivazione né di qualità della performance, tuttavia si avvertiva che lo sforzo era maggiore a parità di risultati e si notava la necessità di trovare una più soddisfacente formulazione dei processi di lavoro e di gestione delle persone, prima che le criticità si trasformassero in risultati negativi (o meno positivi che nel recente passato). Va detto che le interviste e i risultati dell'indagine con questionario hanno fornito indicazioni che sono in linea con questa interpretazione.

In particolare, in una situazione generale di soddisfacente livello complessivo, sono tuttavia emersi come punti di attenzione: (a) la necessità di maggiore delega da parte della direzione nei confronti dei responsabili di line; (b) una più

adeguata suddivisione dei carichi di lavoro e (c) una maggiore visibilità e condivisione degli obiettivi organizzativi.

I risultati dei questionari hanno poi permesso di ottenere una quantificazione della forza del legame esistente tra criticità – da un lato – ed esiti problematici per le persone – dall'altro. L'indagine non è stata longitudinale, dunque a rigore nessun nesso causale è dimostrabile sulla base di questi dati. L'analisi statistica ha tuttavia permesso di fare emergere le covariazioni più significative tra criticità ed esiti problematici.

Si può così osservare che due tra le maggiori criticità sono l'equilibrio tra lavoro e vita (personale, familiare, sociale) e i carichi di lavoro. La prima di queste dimensioni fa riferimento al fatto che i partecipanti alla ricerca percepiscono un'interferenza, dovuta agli orari e ai turni di lavoro, con la propria vita personale e familiare. Questo tipo di risultato può essere spiegato soprattutto dalla disponibilità oraria ampia e flessibile che è richiesta ai professionisti che operano nelle RSA (medico, infermiere, OSS e OSA, ecc.). Anche la dimensione del carico di lavoro appare collegata alla percezione di disequilibrio tra lavoro e vita privata, nei termini in cui il carico viene percepito come eccessivo (sovraccarico) e quindi difficilmente gestibile da parte del lavoratore con possibile percezione di stress lavorativo.

L'equilibrio tra il lavoro e il "resto" della vita è stato il fattore più fortemente collegato alla disaffezione lavorativa e all'esaurimento emotivo. Questo dato ha spinto i ricercatori a suggerire alla direzione di gestire questo fattore con particolare attenzione, per prevenire possibili situazioni di burnout. E' bene rammentare infatti che disaffezione lavorativa e esaurimento emotivo sono le due dimensioni centrali del burnout (Maslach e Leiter, 1997).

Accanto alle criticità, l'analisi organizzativa ha infine messo in rilievo i "punti di forza" dell'Ospedale Privato, ovvero tutti quegli aspetti che lo contraddistinguono positivamente:

- la qualità della vita lavorativa percepita dai dipendenti;
- Il benessere organizzativo;
- la qualità dei servizi/prestazioni riconosciuta dagli utenti/clienti;
- La qualità dell'offerta riconosciuta dalle altre strutture pubbliche e private.

Gli aspetti positivi che caratterizzano l'Ospedale privato fatto oggetto di analisi sono principalmente quelli legati alla sfera relazionale, quali ad esempio: a) la percezione della dirigenza (cioè la fiducia nelle loro capacità gestionali e professionali e il supporto che se ne riceve); b) i processi di leadership; c) la percezione dei colleghi come gruppo di lavoro coeso, in grado di raggiungere gli obiettivi assegnati che si accompagna alla sensazione di far parte di una rete costituita da legami affettivamente appaganti all'interno dell'organizzazione e di poter contare su relazioni di reciproco aiuto; d) il coinvolgimento lavorativo, ovvero la condizione positiva e affettivo-motivazionale di realizzazione, nonché il sentirsi parte di una organizzazione con un immagine positiva all'esterno che permette una fidelizzazione dei lavoratori nei confronti dell'azienda.

Tutti questi aspetti, in particolare quelli riguardanti il coinvolgimento lavorativo, sono risultati antagonisti dei fattori disaffezione lavorativa ed esaurimento emotivo. E' quindi possibile ipotizzare che abbiano affievolito gli effetti negativi di questi ultimi e aiutato a mantenere una condizione di soddisfacente benessere organizzativo generale.

In linea con le ricerche sul comportamento organizzativo degli ultimi dieci anni, anche la struttura in questione può agire su due leve. La prima è la riduzione dei fattori capaci di provocare stress e burnout. La seconda è lo sviluppo della capacità dei lavoratori a tutti di livelli di affrontare positivamente difficoltà e sfide quotidiane. Agire sull'insieme delle due leve garantisce migliori risultati di quanto non si possa ottenere con una sola di esse.

Bibliografia

Guglielmi, D., Simbula, S., & Depolo, M. (2009). Job Demands-Resources Model: uno strumento per la valutazione dei fattori di rischio nella scuola. Psicologia dell'educazione e della formazione, 11(3). - ISSN: 1128-6881

Maslach, C., Leiter, M. P. (2002). Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro, Centro Studi Erickson.

RICERCA DROGHE D'ABUSO

Lettore Multidrug

Lettura obiettiva, stampa ed archivio dei risultati

Ancora più affidabile

NUOVO

Multidrug screen

Oppiacei metaboliti	300 ng/ml
Cocaina metaboliti	300 ng/ml
Cannabinoidi (THC)	50 ng/ml
Amfetamina	500 ng/ml
Metamfetamina	500 ng/ml
MDMA	500 ng/ml
Metadone	300 ng/ml
Buprenorfina	5 ng/ml

B.S.N.
BIOLOGICAL SALES NETWORK

B.S.N. Biological Sales Network S.r.l.
Castelleone (Cr) - Via del Lavoro, 18/20
Tel. 0374 351005 - Fax 0374 57965
info@bsn-srl.it www.bsn-srl.it

Gilberto Boschiroli

Consigliere nazionale ANMA

Il Medico Competente: ruolo e utilità nel collocamento al lavoro dell'invalido

Relazione presentata al Convegno 'Danno patrimoniale INAIL, capacità di lavoro e attribuzione del coefficiente' presso Camera del Lavoro di Milano il 5 maggio 2011

La finalità di questo mio breve intervento è quella di illustrare e proporre alla discussione alcuni nodi problematici riscontrati sul campo nella gestione degli invalidi in azienda.
Cosa succede all'arrivo dell'invalido? Quali sono i problemi per la struttura organizzativa aziendale? Quali i compiti istituzionali del medico e quale ruolo, quale contributo attivo può dare?

In realtà rispondere a queste domande è tutt'altro che semplice; le situazioni lavorative sono molto disomogenee non solo perché tecnologicamente e nell'organizzazione tra loro molto diverse, ma anche e soprattutto perché molto diversi risultano i ruoli e i conseguenti comportamenti degli "attori protagonisti" territorialmente competenti: Ufficio del Lavoro, ASL, Aziende e, buon ultimo ma non per questo meno importante, come di fatto il medico interpreta e concretamente esercita il proprio ruolo in azienda. La disomogeneità dei comportamenti, più o meno virtuosi anche su aziende che si trovano a operare in territori molto vicini è talvolta davvero molto sconcertante, come purtroppo spesso succede anche per altri temi di tutela della salute sul lavoro,

Il tentativo, un po' presuntuoso, di questo mio intervento è quello di riportare una serie di problemi comuni emersi nelle varie discussioni sul tema affrontate in Associazione, presenti un po' dappertutto, evitando tuttavia l'ennesimo "cahier de doléances" del medico competente, a cui spesso ci tocca assistere nelle recenti occasioni di discussione. Vorrei al contrario proporre, in modo molto pragmatico e concreto, un modello e un metodo di approccio che ha la pretesa se non di risolvere almeno di affrontare questi problemi con chiarezza e trasparenza, fornendo alcuni strumenti di comunicazione e di gestione.

Il ruolo del medico competente

Il medico d'azienda è sempre stato un medico un po' particolare, che esercita la sua professione in un contesto specifico e piuttosto anomalo per un sanitario, attraverso strumenti disciplinari e metodologici molto peculiari.
La Medicina d'Azienda nasce in Italia formalmente negli anni 50, con il DPR 303/56, e con la precisa finalità di effettuare una stretta sorveglianza sanitaria per individuare i primi segni di eventuali malattie professionali, laddove per alcune lavorazioni era dato per scontato la presenza di un rischio professionale; il sistema era basato sul concetto di "presunzione del rischio".
Già nel 1986, ben prima della rivoluzione copernicana europea arrivata in Italia solo nel 1994 con il D.Lgs. n. 626, il maestro di medicina del lavoro Professor Vigliani scriveva:

> *"La medicina d'azienda è un'arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle scuole universitarie. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento, presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione con il consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che regolano il lavoro.*[1]

E' sotto gli occhi di tutti l'accelerazione che la Medicina del lavoro e la Medicina in azienda hanno avuto negli anni: da una medicina la cui missione era riconoscere, diagnosticare e curare le malattie da lavoro a una disciplina la cui missione è prevenire I danni alla salute lavoro correlati.
Il mondo del lavoro negli ultimi anni è molto cambiato nel nostro paese e proprio la velocità di questo cambiamento mette a dura prova le capacità di adattamento di chiunque con questo mondo si debba confrontare, noi medici compresi. Alcuni problemi di fondo del contesto in cui ci troviamo a operare pongono non poche difficoltà.
Non moltissimi anni fa, il modo prevalente di operare del medico d'azienda era quello della grande impresa, dove il medico passava la maggior parte del tempo lavorativo e dove gli interlocutori interni e esterni dell'azienda erano piuttosto ben conosciuti. In questo contesto era molto più facile conoscere i meccanismi organizzativi e le modalità di "funzionamento" dell'azienda, per ricercare e strutturare i propri spazi comunicativi; anzi, il più delle volte era l'azienda stessa che forniva gli strumenti e le procedure adatte al proprio contesto.
Ora il medico spesso opera in realtà aziendali molto diversificate, per numero, dimensioni, tipologia di lavoro e dei rischi presenti. E' del tutto evidente la difficoltà di poter offrire strumenti informativi che possano adattarsi a imprese con finalità, strutture organizzative, comportamenti operativi molto diversi.[2] Si è andata tuttavia negli anni configurando, grazie all'apporto di molti protagonisti sul campo, una sorta di "buona prassi operativa, un modello che ormai da tempo ANMA propone recentemente rielaborato anche alla luce (e anche a qualche ombra …) del famoso D.Lgs. 81/08.
La logica funzionale di questo modello del medico competente può essere ben sintetizzata nel diagramma che segue, presentato nel per la prima volta nel 1991 da un apposito gruppo di lavoro ANMA[3] e recentemente rielaborato[4]:
Il medico è sempre più chiamato ad una stretta collaborazione con il datore di lavoro e la sua organizzazione per il raggiungimento degli obiettivi che l'attuale normativa pone, al di là di una mera applicazione delle norme o una gestione formale dell'idoneità alla mansione specifica.
La richiesta di un'attenzione sempre maggiore alla qua-

lità della vita si riflette anche nelle situazioni lavorative. Nonostante la diminuzione a livelli sempre più bassi dei classici fattori di rischio, la valutazione della compatibilità tra ambiente di lavoro e caratteristiche psico-fisiche dei lavoratori si pone l'obiettivo di tutelare la salute di tutti i soggetti, compresi quelli particolarmente suscettibili.

In questa situazione il confine sempre più labile tra malattie a genesi lavorativa e altre malattie indirizza il Medico d'Azienda a considerare i problemi di salute della popolazione lavorativa che ne diminuiscono la possibilità di lavoro, indipendentemente dai rischi specifici a cui può essere esposta.

Del resto il D.Lgs. 81/08 all'articolo 18 comma 1 lettera c) impone al datore di lavoro e ai suoi collaboratori il dovere di *"nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza"*.
È chi altri se non il medico competente può fornire il corretto supporto per la gestione dei lavoratori e l'assegnazione di mansioni e compiti, salvaguardando la tutela della privacy degli stessi?
Per poter svolgere questo compito il medico deve conoscere le attività lavorative molto in dettaglio e con l'osservazione sul campo, non solo attraverso la collaborazione alla valutazione dei rischi a cui la normativa lo obbliga, ma anche con una diretta conoscenza di tutte le "richieste" che i compiti lavorativi pongono a chi li deve esercitare quotidianamente.
D'altra parte occorre anche una valutazione sempre più accurata delle caratteristiche dei lavoratori dal punto di vista sanitario, non solo al fine di cogliere i primi segni di una tecnopatia indotta da una particolare situazione lavorativa, ma soprattutto per valutarne le possibilità di lavoro rispetto alle specifiche mansioni a cui può 0 potrà essere adibita.

Ogni volta che il medico competente visita un lavoratore deve rispondere almeno a due quesiti:

- Può l'attività' lavorativa avere conseguenze negative per la salute di questo lavoratore?
- I problemi sanitari del lavoratore possono diminuire la sua possibilità di lavoro?

Se questo non avviene, il giudizio di idoneità alla mansione specifica che ne consegue rimane un mero atto formale che poco può contribuire ad una corretta gestione dei lavoratori.
In pratica il medico è (o dovrebbe essere …) chiamato a indicare ciò che uno può e non può fare nel mondo aziendale e, per converso, indicare chi può essere adibito ad una data mansione.

Alcuni dati sullo stato di salute della popolazione al lavoro

I medici competenti hanno a disposizione una mole immensa di dati relativi alla salute dei lavoratori visitati ogni hanno, ma queste informazioni sono poco o nulla utilizzabili specie al di fuori delle aziende.
Il problema è stato sollevato da tempo[5], ma ancora stiamo accanitamente discutendo su quali dati e come raccoglierli, senza che alcun sistema informativo organico e sistematico sia ancora stato minimamente abbozzato[6].
Eppure almeno alcuni dati generali sono indispensabili per un corretto inquadramento del problema.
Ritengo quindi utile presentare i dati relativi alla popolazione lavorativa da me esaminata negli ultimi anni.
Pur con tutti i limiti che possono avere i dati di tipo personale, costituiscono pur sempre una base informativa abbastanza rappresentativa delle situazioni più diffuse nelle nostre aziende.
La mia attività si esplica prevalentemente nelle province di Milano e Monza Brianza e la distribuzione per settore dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria rispecchia abbastanza la realtà delle imprese del territorio (tabella 1).

Tabella 1

Distribuzione lavoratori per settore merceologico

Settore	N°	%
Informatica	744	35,4
Metalmeccanica	729	34,7
Installazione e manutenzione di macchine e impianti	266	12,7
Industria Alimentare	98	4,7
Scuole	67	3,2
Amministrazioni Pubbliche	44	2,1
Servizi Amministrativi, Gestionali, Contabili	42	2,0
Pulizia generale	28	1,3
Commercio	27	1,3
Chimica manufatturiera	25	1,2
Trasporto su strada	16	0,8
Sanità e Servizi Sociali	14	0,7
Totale	**2100**	**100,0**
Servizi, Commercio, e Amministrazioni pubbliche	1020	48,6
Industriale (manufatturiero e impiantistica)	1080	51,4

Le attività di servizio con mansioni di tipo impiegatizio rappresentano ormai più del 50% dei lavoratori, anche se l'industria ancora si difende bene in alcuni settori come il metalmeccanico e l'impiantistica.
Anche la distribuzione dei lavoratori per agenti di rischio è abbastanza tipica: prevalgono gli agenti di rischio di tipo ergonomico (movimentazione manuale di carichi, azioni spinta e tiro, movimenti frequenti e ripetuti, posture) e l'uso di attrezzature dotate di Videoterminale. (tabella 2). Si noti come 8 lavoratori su 10 sono esposti a un rischio di tipo ergonomico, mentre rispetto a qualche anno fa sono in diminuzione gli esposti ai rischi fisici.
Anche altri rischi "classici" son ben rappresentati (Lavoro notturno, Agenti chimici, Vibrazioni).

Tabella 3

Dati generali

Sesso	N°	%
Maschi	1626	77,4
Femmine	474	22,6
Totale	2100	100,0
Età	42,55	
Anzianità	10,5	

I lavoratori non esposti a rischi rappresentano una quota minimale (3.1%), ma ciò è dovuto al fatto che laddove non vi sono rischi non vi è obbligo di sorveglianza sanitaria e non c'è quindi il medico competente.
Le pluriesposizioni sono piuttosto diffuse con una media di 3,5 rischi per lavoratore.
Il genere maschile prevale con il 77 % ca; piuttosto elevate risultano l'età e l'anzianità aziendale medie.

Tabella 4

Distribuzione per giudizio di idoneità

Giudizio di idoneità	N°	%
Idoneo	1806	86,0
Prescrizioni/Limitazioni	274	13,0
Non idonei	20	1,0
Totali	**2100**	**100,0**

L'esame dei giudizi di idoneità (tabella4) ci permette di entrare nel merito:
il 14% dei lavoratori presenta un problema di compatibilità con la propria mansione. Solo l'1% risulta del tutto non idoneo.
In realtà il problema della compatibilità del lavoratore con le attività aziendali è molto più vasto, in quanto il giudizio viene espresso solo nei confronti della mansione alla quale il lavoratore è adibito. Se si considerano le mansioni operaie, le % crescono notevolmente (tabella 5).

Tabella 5

solo OPERAI

Giudizio di idoneità	N°	%
Idoneo	887,2	78,7
Prescrizioni/Limitazioni	220	19,5
Non idonei	19,8	1,8
Totali	**1127**	**100,0**

Tabella 2

Distribuzione agenti di rischio

Agente di Rischio	N°	%	% su lavoratori
Ergonomici (MMC - ST - MRAS)	1771	24,0	84,3
Lavoro d'ufficio (VDT)	1315	17,8	62,6
Lavoro notturno	1046	14,2	49,8
Agenti Chimici	1019	13,8	48,5
Rumore	808	11,0	38,5
Vibrazioni Sistema Mano Braccio	648	8,8	30,9
Vibrazioni Corpo intero	191	2,6	9,1
Elettrocuzione	124	1,7	5,9
Microclima Caldo	120	1,6	5,7
Lavoro in quota	83	1,1	4,0
Radiazioni non ionizzanti	83	1,1	4,0
Lavoro all'aperto	47	0,6	2,2
Conduzione autoveicoli su strada	23	0,3	1,1
Agenti Biologici	15	0,2	0,7
Radiazioni ottiche artificiali	10	0,1	0,5
Nessuno	66	0,9	3,1
Totale	**7369**	100,0	
Totale lavoratori	**2100**		
MEDIA RISCHI/LAVORATORE	**3,5**		

Inoltre in genere il medico è molto cauto nell'esprimere tali giudizi, per le ovvie possibili ripercussioni organizzative e legali che il lavoratore può subire.
Qualche informazione ulteriore ci viene da un esame più dettagliato delle condizioni di salute dei lavoratori sottoposti alla sorveglianza sanitaria. Solo il 40% può essere considerato in buona salute, senza cioè presentare nessuna patologia. Il restante 60% presenta qualche problema sanitario, con una media di 1.9 patologie per lavoratore (tabella 7).

Tabella 7

Percentuale lavoratori "sani"

Stato di salute	N°	%
Buona salute	840	40,0
Almeno 1 Patologia	1260	60,0
Totale	2100	100,0
Numero di patologie	2402	
Media Patologioe/lavoratore	1,91	

L'Apparato Locomotore è nettamente quello più colpito (tabella 8), seguito a notevole distanza dalle Malattie Endocrine e Dismetaboliche, dall'Apparato Cardiocircolatorio e Respiratorio.

Tabella 8

Prevalenza patologie riscontrate raggruppate per Apparati

Apparati coinvolti	N°	%
Apparato Locomotore	691	32,9
Malattie Endocrine e Dismetaboliche	321	15,3
Apparato Cardiocircolatorio	297	14,1
Apparato Respiratorio	271	12,9
Malattie della Vista	183	8,7
Apparato Digerente	140	6,7
Dermopatie	115	5,5
Sistema Nervoso	67	3,2
Malattie dell'Udito	50	2,4
Malattie Ematologiche	45	2,1
Malattie Psichiche	41	2,0
Neoplasie	38	1,8
Apparato Escretore	32	1,5
Malattie Venose	22	1,0
Altri apparati e sistemi	21	1,0
Apparato riproduttivo	17	0,8
Sistema immunitario	4	0,2
Totale persone visitate	**2100**	**100**

In pratica più di 1 lavoratore su 3 presenta un problema all'Apparato Locomotore. Il dato assume particolare rilevanza se messo in relazione al fatto che i rischi ergonomici legati allo sforzo e al movimento sono i più diffusi.

Le malattie a più alta prevalenza sono quelle comunemente riscontrate nella popolazione generale (tabella 9): Ipertensione arteriosa, Obesità, Allergie respiratorie, Postumi di traumi e altre malattie dell'Apparato Locomotore.

Tabella 9

Prevalenza patologie riscontrate

Prime 10 Patologie	N°	%
Ipertensione arteriosa	196	9,3
Obesità	191	9,1
Rino-congiuntivite allergica	148	7,0
Esiti funzionali post-traumatici	112	5,3
Altre malattie Apparato Locomotore	87	4,1
Altre malattie visive	130	6,2
Lombalgia di natura non determinata	74	3,5
Protrusione Discale Lombare	59	2,8
Altre malattie cutanee	54	2,6
Asma bronchiale allergico	41	2,0
Totale	**1092**	52,0

Si noti che le prime 10 malattie rappresentano da sole più del 50% di tutte le patologie riscontrate.

Tutte le altre malattie presentano una dispersione molta alta di frequenza (tabella 10), essendo molto numerose ma a bassa prevalenza.

In questo contesto dove si ritrovano gli invalidi oggetto del seminario di oggi? In realtà rappresentano una percentuale molto piccola, complessivamente pari al 3% circa (tabella 6).

Tabella 6

Percentuale di Invalidi "riconosciuti"

Invalidità	N°	%
Civile	50	2,4
INAIL	15	0,7
Totali	**65**	**3,1**

Pur riconoscendo la possibilità di un certo margine di errore (anche se difficilmente un "avviato obbligatorio" può sfuggire al medico competente, anche se non in sorveglianza sanitaria), il confronto con il famigerato 15% ex lege non può che stupire e preoccupare.

Da questi dati emergono tuttavia alcuni problemi ineludibili:

- i problemi di salute personali dei lavoratori pesano molto di più che non l'emergere di malattie professionali o postumi di infortuni e il problema più rilevante per le imprese diviene la gestione delle cosiddette Ridotte Capacità Lavorative, qualsiasi sia la loro origine;
- se è pur vero che vi è una tendenza al miglioramento delle condizioni di lavoro in termini di agenti di rischio vi è un corrispettivo crescere di importanza delle condizione di "cattiva salute" della popolazione al lavoro non tanto ovviamente perché le condizione di salute in generale peggiorano, ma perché la popolazione lavorativa invecchia e per la sempre maggior attenzione ai problemi di salute e la domanda di benessere che la società tutta e le singole persone sempre più pongono, come, per fortuna, è tipico delle società più evolute;
- dobbiamo chiederci se gli strumenti normativi e disciplinari che sono in atto sono adatti e sufficienti ad affrontare questo tipo di problematica.

L'inserimento dell'invalido collocato obbligatorio al lavoro

Cosa succede quando arriva in azienda un invalido collocato obbligatoriamente al lavoro?

Tabella 10

Prevalenza patologie riscontrate

Altre Patologie	N°	%
Diabete mellito	38	1,8
Malattie della Tiroide	38	1,8
Malattie tendini e muscoli	37	1,8
Scoliosi	37	1,8
Anemia	36	1,7
Cefalea	36	1,7
Dislipidemia	36	1,7
Ernia Discale	35	1,7
Ipotensione arteriosa	32	1,5
Neoplasie maligne	31	1,5
Bronchite cronica semplice	29	1,4
Ipoacusia non da Rumore	28	1,3
Malattie periarticolari e degenerative della spalla	28	1,3
Lombosciatalgia di natura non determinata	27	1,3
Ernia discale lombare	25	1,2
Ernie addominali	24	1,1
Strabismo	23	1,1
Asma bronchiale primitivo	22	1,0
Intervento Ernia Discale Lombare	22	1,0
Malattie periarticolari e degenerative e del polso	22	1,0
Altre malattie	21	1,0
Altre malattie apparato digerente	21	1,0
Nevrosi	21	1,0
Artrosi della colonna in toto	20	1,0
Valvulopatia cardiaca	19	0,9
Aritmia	18	0,9
Altre malattie Sistema Nervoso	17	0,8
Ectasie venose arti inferiori	17	0,8
Epatopatia cronica	17	0,8
Gastrite cronica	17	0,8
Dermatite Allergica da Contatto	16	0,8
Ernia iatale e malattia del reflusso gastro-esofageo	16	0,8
Nefrolitiasi	16	0,8
Cardiopatia ischemica	15	0,7
Discopatia	15	0,7
Psoriasi	15	0,7
Altre malattie respiratorie	14	0,7
Cervicalgia di natura non determinata	14	0,7
Altre malattie Endocrine o dismetaboliche	13	0,6
Artropatia infiammatoria	13	0,6
Colon irritabile	13	0,6
Altre malattie cardiocircolatorie	12	0,6
Ipoacusia da Rumore	12	0,6
Micosi	12	0,6
Vizi di rifrazione non corretti adeguatamente	12	0,6
Malattie apparato riproduttivo maschile	11	0,5
Altre malattie urinarie	10	0,5
Artrosi colonna cervicale	10	0,5
Malattie periarticolari e degenerative del gomito	10	0,5
Vizi di rifrazione ben corretti	10	0,5
Altre Malattie dell'Udito	9	0,4
Depressione	9	0,4
Ulcera gastrica e duodenale	9	0,4
Altre malattie intestinali	8	0,4
Schizofrenia e altre psicosi	8	0,4
Colelitiasi	7	0,3
Colite ulcerosa	7	0,3
Flogosi cronica prime vie aeree	7	0,3
Neoplasie benigne	7	0,3
BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva	6	0,3
Malattie apparato riproduttivo femminile	6	0,3
Vitiligine	6	0,3
Altre malattie della colonna vertebrale	5	0,2
Cervicobrachialgia di natura non determinata	5	0,2
Deficit 6 Glucoso-fosfato-deidrogenasi	5	0,2
Eczema cronico di natura da determinare	5	0,2
Emicrania	5	0,2
Ernia discale cervicale	5	0,2
Altre malattie ematologiche	4	0,2
Artrosi arti superiori	4	0,2
Eczema costituzionale	4	0,2
Epilessia	4	0,2
Vasculopatie cerebrali	4	0,2
Altre malattie renali	3	0,1
Artrosi arti inferiori	3	0,1
Artrosi di altre sedi	3	0,1
BroncoPneumopatia Cronica Restrittiva	3	0,1
Emorroidi	3	0,1
Malattie allergiche non comprese nelle altre voci	3	0,1
Patologia trombociti	3	0,1
Protrusione Discale Cervicale	3	0,1
Arteriopatia periferica	2	0,1
Distorsione cervicale	2	0,1
Dorsalgia di natura non determinata	2	0,1
Insufficienza cardiaca	2	0,1
Intervento Ernia Discale Cervicale	2	0,1
Malattie dell'uretere	2	0,1
Neurodistonia	2	0,1
Neuropatie periferiche	2	0,1
Policitemia	2	0,1
Altre Malattie della vescica	1	0,0
Altre malattie venose	1	0,0
Aneurisma	1	0,0
Esiti tubercolari	1	0,0
Malattie autoimmuni non comprese nelle altre voci	1	0,0
Poliposi Intestinale	1	0,0
Totale altre patologie	1240	59,0
TOTALE PERSONE CONSIDERATE	**2100**	

Uno dei primi atti è la visita medica preventiva del medico competente, laddove è prevista la sorveglianza sanitaria obbligatoria e, in genere, si possono aprire due scenari molto diversi se non addirittura contrapposti.

Il problema cruciale è l'assegnazione della mansione e dei compiti lavorativi. Nel caso in cui l'avviamento obbligatorio sia stato effettuato "alla cieca", senza alcun contatto preliminare, si aprono una serie di problemi spesso irrisolvibili.

Paradossalmente il datore di lavoro dovrebbe avviare alla visita medica il lavoratore **DOPO** avergli assegnato la mansione specifica, in quanto il medico deve esprimere il giudizio di idoneità alla mansione a cui il lavoratore è adibito. Ma come può il datore di lavoro assegnare la mansione se non conosce la situazione di salute del lavoratore? Se si ottemperasse meramente alle norme, per assurdo il lavoratore che risultasse non idoneo dovrebbe ripetere la visita sino a trovare la mansione adatta in un circolo vizioso senza fine.

In realtà ci si organizza in modo opposto, cercando di individuare le mansione compatibili preliminarmente alla visita medica.

Ma anche in questi casi il medico si trova in palese difficoltà, in assoluta carenza di informazioni sino a quando non incontra il paziente.

La situazione è lievemente migliorata da quando nelle certificazioni di invalidità la commissione medica fornisce alcune indicazioni sulle attività che l'invalido può/non può fare,ma l'utilità di queste indicazioni è molto limitata dalla loro genericità, per cui spesso è molto difficile riferirle alle specifiche situazioni lavorative con cui l'invalido si trova a interloquire.

D'altra parte la situazione è ancora peggiore per i componenti della commissione medica che devono formulare le loro considerazioni praticamente alla cieca, nulla sapendo delle condizioni di lavoro e delle situazioni di rischio che l'invalido potrà incontrare.

In queste condizioni la buona riuscita dell'inserimento lavorativo, anche nelle situazioni più semplici è affidata al caso o tutt'al più alla buona volontà dei singoli operatori che, mettendosi in contatto tra loro, cercano di gestire i casi più difficili, con gran dispendio di energie e perdite di tempo.

Decisamente migliore si presenta la situazione quando l'avviamento al lavoro avviene tramite specifiche convenzione tra gli Uffici del Lavoro e l'azienda. In questi casi il flusso informativo è molto più efficace perché alcuni problemi possono essere preliminarmente affrontati in sede di convenzione, soprattutto per quanto riguarda la conoscenza delle situazioni lavorative, in modo che gli Uffici del lavoro possano fare una scelta preliminare sui candidati. Il medico d'azienda conosce la situazione sanitaria dell'interessato ben prima di incontrarlo e può quindi collaborare attivamente con il datore di lavoro e l'Ufficio del Lavoro per un inserimento efficace.

Fondamentali sono in questa fase le informazioni che possono essere fornite ai dirigenti, preposti, colleghi che dovranno accogliere il lavoratore, pur nel completo rispetto della privacy personale. Sapere con chiarezza ciò che uno può e non può fare e perché, conoscere i problemi di relazione, mobilità e autonomia che la persona può presentare, al di là delle effettive capacità lavorative, facilita la comprensione reciproca e il superamento dei problemi che si possono creare.

È ben noto a tutti gli operatori che una buona rete di relazioni è strumento di incredibile efficacia nel garantire buoni inserimenti di situazioni anche particolarmente difficili.

Le convenzioni, tuttavia, seppure sempre più diffuse sono ancora molto lontane dal coprire tutte le necessità, con una disomogeneità territoriale notevole.

Inoltre la convenzione funziona bene se in azienda sono presenti interlocu-

tori validi, datore di lavoro o, il più delle volte, i dirigenti e preposti da lui delegati alla gestione del personale, i capi e i colleghi di lavoro e, da ultimo ma non certo per ultimo, il medico competente.

La situazione ideale dovrebbe prevedere:

- Forte motivazione del management e della line
- Disponibilità "informata" dei lavoratori
- Servizio di prevenzione multidisciplinare, affiatato, fortemente integrato nell'azienda, competente, motivato
- Disponibilità di risorse umane e economiche
- Disponibilità di tempo e strutture

In particolare il medico d'azienda dovrebbe[7]:

- Esserci, come promotore di una corretta procedura di inserimento, come portatore di competenze specifiche per la definizione dei compiti lavorativi compatibili con la salute dell'invalido e le sue possibilità di lavoro.
- Non è una affermazione banale come potrebbe sembrare di primo acchito. In molte aziende il medico competente semplicemente non c'è, non essendo obbligatoria la sorveglianza sanitaria ex lege. Esistono inoltre ancora molte situazioni in cui il ruolo del medico è molto limitato, in una sorta di "mordi e fuggi" per eseguire le visite obbligatori e poi sparire dal contesto aziendale.
- Partecipazione attiva in TUTTO il processo di valutazione dei rischi, con approfondita conoscenza delle caratteristiche di tutte le situazioni lavorative, in particolare per quanto richiesto al lavoratore sul piano psico-fisico.
- Possibilità di utilizzare le conoscenze specifiche della situazione sanitaria dei lavoratori e dei risultati della sorveglianza sanitaria.

Chi opera da un po' di tempo sul campo sa bene come la realtà è troppo spesso molto lontana da questa situazione ideale, lontananza che è stata ancor più acuita dalla crisi economica.

Alcuni contesti particolari risultano ancor più in difficoltà:

- Piccole Imprese, per l'esiguità di risorse disponibili, la scarsa presenza anche temporale del medico, la carenza di cultura manageriale e, soprattutto, la scarsa disponibilità di diverse opportunità di lavoro. Persiste tra l'altro l'dea che nella piccola impresa i rischi siano più limitati e che quindi le procedure di valutazione e di conseguente conoscenza delle situazioni di lavoro debbano essere semplificate, se non ridotte alla semplice autocertificazione. Questo è assurdo: gli operatori sanno bene che i rischi maggiori si trovano spesso nelle realtà più semplici
- Per converso i grandi complessi industriali o di servizi possono presentare problemi opposti, per una organizzazione del lavoro molto complessa e con funzioni molto differenziate e difficoltà di buone relazioni umane.
- Sanità, la Scuola, la Pubblica Amministrazione in genere presenta problemi molto peculiari, così come tutte le realtà che possano comportare uno stretto contatto con il pubblico.
- La presenza sempre più diffusa di lavori atipici (lavoro a somministrazione, Contratti a termine, a Progetto, Appalti e cooperative di servizi, ecc.) con tutti i problemi relativi che ben conosciamo e che non possiamo certo approfondire in questa sede.

I rientri al lavoro dopo gravi infortuni presentano spesso gli stessi problemi, forse ancora più gravi, per una maggior difficoltà di una corretta reciproca informazione.

Troppo spesso l'infortunio viene chiuso in riferimento alle generiche possibilità di lavoro, senza tener presente le effettive condizioni specifiche della mansione del lavoratore.. Il problema viene semplicemente "scaricato" sul medico di azienda che si trova a esprimere spesso un giudizio di non idoneità, perché il lavoratore presenta dei postumi non compatibili con la sua mansione, e con non raramente l'estrema difficoltà a trovare una nuova collocazione compatibile. Il più delle volte, quando è possibile, tutto si riduce in una ennesima ricaduta di infortunio.

È evidente che i colleghi INAIL non hanno responsabilità personali: è il sistema che non funziona, proprio perché chi deve definire il rientro del lavoro ha pochissime possibilità di conoscere la situazione di lavoro stessa e si riferisce ad una capacità di lavoro del tutto generica che non sempre corrisponde alla realtà lavorativa del soggetto.

In conclusione i punti critici per un corretto avviamento e inserimento al lavoro dei portatori di Ridotte Capacità Lavorative, possono così essere riassunti:

- definizione di un sistema con procedure chiare e concordate che definisca compiti e interrelazioni tra tutti gli attori: azienda (datore di lavoro, suoi collaboratori, medico competente), Ufficio del Lavoro, INAIL,, Commissione medica ASL.
- definizione di un sistema informativo che consenta un corretto flusso di dati, il più possibile standardizzati, che possano fornire le informazioni necessarie a tutti gli interessati, in particolare per permettere:
  - agli Enti Pubblici di conoscere le situazioni lavorative delle aziende, specie in riferimento a quanto queste richiedono ai lavoratori addetti, in termini di compiti fisici e mentali;
  - alle aziende, e in particolare al medico competente, di conoscere preliminarmente le caratteristiche sanitarie e lo stato di salute dei lavoratori in avviamento, in modo da poter definire preliminarmente quali compiti possono essere effettuati in azienda.

Il metodo del "Profilo di Mansione" e "Profilo Sanitario"

Le informazioni necessarie alla corretta gestione dei lavoratori con Ridotte Capacità Lavorative sono spesso ampie e disponibili, anzi talvolta addirittura ridondanti, ma difficilmente utilizzabili.

Le difficoltà maggiori si incontrano nella descrizione delle caratteristiche delle attività lavorative.

Il problema sembrerebbe superato con l'introduzione del Documento di Valutazione dei Rischi che dovrebbe poter rendere facilmente accessibili queste informazioni; chi opera quotidianamente sul campo sa bene che la realtà non è affatto così![8]

Una delle difficoltà maggiori é quella di sintetizzare in alcuni strumenti semplici, pratici e funzionali la gran massa di informazioni dedotte dal Documento di Valutazione dei rischi, redatti spesso in modo molto disomogeneo e con criteri del tutto difformi.

L'esperienza in azienda comporta spesso il doversi confrontare con "massa cartacea" di documenti scritti con enormi perdite di tempo e nascondimento effettivo delle informazioni essenziali.

Un metodo applicabile consiste nel codificare per gradi semi-quantitativi o per descrizioni standard i dati di valutazione degli agenti di rischio, compilando dei Profili Ergonomici di Mansione, comprendente anche i dati quantitativi, espressi nelle classi individuate dalle legge per i rischi espressamente previsti dalla normativa, oppure determinati come percentuali rispetto a un valore limite noto (TLV ACGIH p.e.) o comunque prestabilito (livello di esposizione).

In pratica la definizione del Profilo di mansione avviene sulla base di una valutazione semiquantitativa, codificata con modalità standard previste dal profilo stesso

E' utile inoltre che il profilo riporti una descrizione della mansione, della sua struttura dei compiti e della struttura sociale. Ovviamente il profilo deve essere tenuto aggiornato nel tempo al cambiare delle condizioni di lavoro.

In questo modo il Profilo Ergonomico di Mansione riporterà quali sono le "richieste" della situazione di lavoro nei confronti dei lavoratori ad essa adibiti.

Il punto cruciale é la scelta dei parametri da codificare, predeterminata per gli agenti normati, se presenti, non difficile per gli agenti di cui si hanno dati quantitativi, meno scontata per tutti gli altri. Al limite ogni situazione di lavoro presenta tali peculiarità per ciascuna delle quali si dovrebbero codificare parametri specifici. Tuttavia i fattori che veramente possono incidere sullo stato di salute del lavoratore non sono moltissimi (per fortuna) e spesso sono presenti anche in realtà molto diverse. E' possibile quindi ipotizzare profili che codifichino i principali agenti di tutta la fabbrica, spesso validi per tutto il settore, fatti salve situazioni del tutto particolari.

In questo modo diviene molto agevole comunicare a tutti gli utilizzatori quali sono le caratteristiche essenziali delle diverse situazioni di lavoro.

I medici che visitano il lavoratore (INAIL, ASL e medico competente aziendale) devono a loro volta compilare un Profilo Sanitario che riporti gli stessi parametri considerati nel Profilo Ergonomico di Mansione espressi come possibilità lavorative del soggetto. In pratica è una ulteriore evoluzione di quanto già esprimono le commissioni mediche come potenzialità di lavoro dell'invalido.

In questo modo è possibile comunicare le possibilità di lavoro di un soggetto senza alcuna violazione sostanziale dei dati sensibili tutelati dal segreto professionale e dalla normativa a tutela della privacy individuale.

Il confronto tra Profilo Ergonomico di Mansione e Profilo Sanitario permette di affrontare correttamente il problema della compatibilità tra situazione di lavoro e stato di salute del lavoratore, in modo più esteso di quanto non consenta il mero giudizio formale di idoneità specifica alla mansione.

Poiché i due profili sono standard e perfettamente sovrapponibili, è possibile in ogni momento sapere quali mansioni sono compatibili con lo stato di salute di un lavoratore e quali lavoratori possono lavorare su una data mansione.

Sono possibili inoltre elaborazioni più complesse che possono evidenziare i possibili conflitti tra le caratteristiche di una data popolazione al lavoro e la situazione lavorativa. individuando le priorità di interventi migliorativi non solo in assoluto sulla base dei rischi evidenziati ma anche e soprattutto in relazione alle caratteristiche di salute dei lavoratori.

Per semplificare con esempi un po' didascalici è evidente che se in una mansione con un rischio anche molto modesto di movimentazione manuale dei carichi lavorano molte persone che hanno una limitazione importante al sollevamento e allo sforzo fisico dinamico, si rende necessario un intervento urgente.

Certo il metodo può sembrare impreciso e grossolano in confronto ad altre proposte molto più articolate e complesse, ma che hanno trovato insormontabili difficoltà applicative sul campo.
Il metodo permette di non confinare il problema al mero giudizio di idoneità e allo stretto rapporto medico/lavoratore, coinvolgendo le altre funzioni aziendali e, per gli avviati obbligatori e rientri da infortuni, anche gli operatori esterni.
Certo occorre uno sforzo importante e professionalmente qualificato nella definizione dei criteri di standardizzazione, ma questo è proprio il punto di maggior forza del metodo, che permette con semplicità di confrontare dati di realtà anche molto diverse.
Alcune esperienze applicative aziendali che durano ormai da alcuni anni hanno mostrato risultati molto soddisfacenti.[9,10]

Lascio immaginare la potenzialità di una banca dati che possegga i profili di mansione delle aziende del proprio territorio confrontabili direttamente con i profili sanitari degli invalidi da inviare al lavoro.
Le difficoltà e i problemi maggiori derivano da un approccio troppo ragionieristico e legato ai confronti numerici. Il metodo deve essere considerato una "bussola" di orientamento più che una ulteriore rigida formalità.
Un altro grave problema deriva dalle aspettative che specie i datori di lavoro e i lavoratori si pongono: il metodo è utile per definire con maggior chiarezza il problema e per dare alcuni contributi gestionali, ma non si può pretendere che sia la bacchetta magica per risolvere tutti i problemi.
In allegato si propone un esempio di Profilo di Mansione e Profilo Sanitaria predisposto per una azienda metalmeccanica.

Conclusioni

Una corretta gestione di tutte le problematiche relative alla gestione dei lavoratori con Ridotte Capacità Lavorative, di cui gli invalidi collocati obbligatoriamente e da infortuni o malattie professionali costituiscono un aspetto rilevante del problema, ma non esaustivo, richiede il superamento di alcune barriere tra il mondo aziendale e glia altri attori, pubblici o privati.
Gli operatori, in particolare i medici competenti, devono avere una formazione specifica e precise competenze e conoscenze.
È indispensabile un sistema informativo ben organizzato e funzionale che permetta ad ogni operatore di accedere a tutte le informazioni che gli necessitano, sia nei riguardi delle caratteristiche e dei rischi delle attività lavorative, sia nei riguardi delle caratteristiche e dei problemi di salute dei lavoratori interessati.
Sin propone il metodo dei Profili di Mansione e Profili Sanitari come strumento gestionale e di comunicazione tra le diverse parti interessate.

PROFILO DI MANSIONE

Società	Stabilimento/Unità operativa
Reparto/Linea	Mansione/postazione di lavoro

	Grado 1	2	3	4	
Organizzazione del lavoro					
Turni					
Posture					
Movimentazione manuale carichi					
Impegno articolare					
Impegno visivo					
Rumore					
Vibrazioni Man/braccio					
Vibrazioni Corpo intero					
Radiazioni non ionizzanti					
Microclima					
Agenti Chimici Aerodispersi					
Contatto Cutaneo					
Agenti Biologici					
11 Dispositivi Individuali di Protezione					

Osservazioni

Data	Firma compilatore

Norme per la compilazione dei profili

Caratteristiche	Grado 1	2	3	4
Organizzazione del lavoro	Autonomia organizzativa	Possibilità di variare la prestazione per periodi superiori al turno	Lavoro individuale o a squadra con produzione giornaliera prestabilita	Lavoro su linea ad avanzamento automatico
Turni	Un turno giornaliero	Due turni a rotazione	Tre turni a rotazione	Turni speciali
Posture	Libera	Prevalentemente seduta	Prevalentemente eretta	Incongrua
Sforzo Fisico Dinamico	Indice Niosh e Snook e Ciriello			
Impegno Articolare	Indice OCRA			
Impegno Visivo	Modesto	Normale	Medio	Elevato
Rumore	Inferiore a 80 dB(A)	81 - 85 dB(A)	86 - 90 dB(A)	Oltre 90 dB(A)
Vibrazioni	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Radiazioni non ionizzanti	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Microclima (C = Caldo, F = Freddo)	Benessere termico	Disagio termico stagionale	Stress Termico	Lavori all'aperto
Agenti Chimici aerodispersi	0 - 30 % TLV	31 - 60% TLV	61 - 100% TLV	>TLV
Contatto Cutaneo	Irrilevante, occasionale	Sistematico indiretto	Sistematico diretto < 50% turno di lavoro	Sistematico diretto > 50% turno di lavoro
Dispositivi Individuali di protezione	Scarpe	Guanti	Occhiali	Maschere

Bibliografia

1) Enrico C. Vigliani – Presentazione – Organizzazione della Prevenzione in azienda – Volume I – GRUPPO DI LAVORO MEDICI AZIENDALI – Milano - 1987 – edito da GTE Telecomunicazioni – Cassina de Pecchi (MI)
2) G. Boschiroli – "Il sistema informativo del medico competente" - 21°Congresso Nazionale ANMA Castel San Pietro Terme (BO) - 2008
3) Gruppo di lavoro Medici Aziendali – "La gestione della prevenzione in azienda: riflessioni critiche e proposte per l'impostazione del sistema informativo", 1991, edito in proprio
4) AUDIZIONE DELL'ANMA- Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti- PRESSO IL SENATO DELLA REPUBBLICA DA PARTE DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL FENOMENO DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE COSIDDETTE "MORTI BIANCHE" – RELATIVA ALLA TEMATICA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI - Roma, 6 novembre 2007
5) Grieco A., Occhipinti E., Tonelli S. - "Ambiente di Lavoro e Riforma Sanitaria: Il sistema informativo" – Franco Angeli, Milano, 1983.
6) Contributo ANMA alle modifiche dell'Allegato 3 A e 3 B – Nota a seguito della riunione convocata dal Ministero della Salute il giorno 8 luglio 2010.
7) Gilberto Boschiroli – ANMA Lombardia – "Stress Lavoro correlato: il ruolo del Medico competente, il ruolo dello PSAL" - Seminario 30 ottobre 2010- Clinica del lavoro Milano.
8) REPORT FINALE SULL'ATTIVITA' DI MONITORAGGIO SULL'APPLICAZIONE DEL DLgs 626/94 IN EMILIA-ROMAGNA – Consiglio Regionale Emilia Romagna – 2003. Si vedano anche analoghi rapporti di altre regioni.
9) U. Orsi – "Progetto di un sistema informativo per i servizi di prevenzione di una grande industria italiana" – Tesi di laurea – Politecnico di Milano – Facoltà di ingegneria – Relatori F.A. Schreiber – G. Boschiroli
10) G. Boschiroli – "Il progetto di automazione del sistema informativo dei servizi di prevenzione in una grande impresa: analisi critica e stato di attuazione" – Tesi di specialità in medicina del lavoro – Università degli studi di Milano – Relatore G. Chiappino

ESPERIENZE
E MATERIALI DI LAVORO

Giuseppe Leocata

Medico del Lavoro

Soggetti con disabilità e lavoro, l'intervento dei medici competenti

Relazione presentata il 24 febbraio 2012 a Genova al Corso ANMA di aggiornamento per il medico competente.

"*Un altro sabato egli entrò nella sinagoga … Ora c'era là un uomo, che aveva la mano destra inaridita. Gli scribi e i farisei lo osservavano per vedere se lo guariva di sabato, allo scopo di trovare un capo di accusa contro di lui. Ma Gesù era a conoscenza dei loro pensieri e disse all'uomo che aveva la mano inaridita: «Alzati e mettiti nel mezzo!». L'uomo, alzatosi, si mise nel punto indicato. Poi Gesù disse loro: «Domando a voi: E' lecito in giorno di sabato fare del bene o fare del male, salvare una vita o perderla?». E volgendo tutt'intorno lo sguardo su di loro, disse all'uomo: «Stendi la mano!». Egli lo fece e la mano guarì. Ma essi furono pieni di rabbia e discutevano fra di loro su quello che avrebbero potuto fare a Gesù*".

Luca, medico e apostolo (6, 6-11)

Premessa

Il contesto in cui ci si muove oggi è caratterizzato da una crisi economica molto più accentuata che nel recente passato e che investe tutti i settori lavorativi (produttivi e dei servizi), dalla chiusura e/o dal ridimensionamento di molte realtà lavorative con la conseguente espulsione dal mercato della cosiddetta forza lavoro 'normodotata' e ancora di più dei soggetti con disabilità. Risultano, così, molto penalizzate "le più deboli tra le persone con minori autonomie e potenzialità lavorative (soggetti con deficit mentali, ma anche di lavoratori con handicap sensoriali o persone che sono scarsamente scolarizzate). I disabili, inoltre, tendono a essere meno flessibili rispetto alla media degli altri lavoratori, avendo spesso problemi di trasporto, di orari che devono tenere conto di impegni terapeutici di vitale importanza, di affaticamento fisico e/o psichico" (Antonella Sardi in 'Ambiente & Sicurezza – Il Sole 24 Ore Pirola n.8/2005).

La logica sottesa all'intervento del medico del lavoro/competente, così come delle altre figure che entrano in gioco per l'avviamento/mantenimento lavorativo, dovrebbe partire dalla considerazione che il soggetto con disabilità non è oggetto di 'integrazione' all'interno di un sistema organizzato e precostituito, bensì un soggetto con il quale un sistema flessibile attua un rapporto di 'interazione'; l'approccio umano, sociale e lavorativo cambia in modo notevole a seconda della strada che si intraprende.

I Soggetti che fruiscono di benefici ex L.68/99, i deboli/svantaggiati e il canale con l'INAIL

I requisiti dei soggetti interessati dalla L.68/99 e alcuni aspetti lavorativi	
Età	*da 15 anni fino a età pensionabile, fatti salvi i requisiti di disabilità, (art.1 DPR 333/2000)*
% invalidità civile	*> 45 %* *< 46 % solo in caso di contestuale presentazione domanda di aggravamento*
Soggetti in situazioni particolari	*- lavorano e chiedono riconoscimento invalidità civile perchè impresa li computi in quota d'obbligo* *- lavorano a tempo pieno, ma prevedono perdita lavoro a breve (mobilità, licenziamento, ecc.)* *- lavorano a tempo parziale a 50% o meno di tempo pieno previsto da loro contratto di lavoro* *- lavoratori per i quali è richiesto accertamento ex art.8 L.68/99 (da lavoratore o dal datore di lavoro)*
Sordi	
Ciechi civili	
Lavoratori che vogliono fruire di Collocamento Mirato ex L.68/99	es. : - disoccupati che vogliono lavorare - richiedenti aggravamento invalidità civile / stato handicap e privi di precedenti "Relazioni Conclusive"
Reddito personale annuo lordo (cifre 2009, cambiano ogni anno)	*< 4.382,43 € (2009) x richiedenti assegno mensile (invalidità = o > 74%)* *< 14.886,28 € (2009) x richiedenti pensione di invalidità (valutabile al 100%)*

Accanto a questi soggetti che rientrano tra le categorie più note ai sensi della L.68/99 ai fini dell'inserimento lavorativo mirato, vanno considerate anche altre persone/lavoratori definiti 'svantaggiati/deboli'.[1]
Svantaggio e handicap sono concetti relativi alle condizioni di vita e di lavoro e, quindi, anche le persone in queste condizioni meritano particolare cura da parte del Medico Competente, al di là della presenza di una valutazione percentuale di invalidità civile da parte delle Commissioni di Prima Istanza delle ASL.
Ai sensi, pertanto, dell'art.1 commi a) e c) della L.68/99, dell'art.4 comma 1) della L.381/91 (modificata da norme successive con l'inserimento di altri soggetti non presi in considerazione nella presente relazione), dell'art.14 del D.Lgs.276/03, il Comitato Tecnico Disabili della Provincia di Milano ha individuato i requisiti relativi ai soggetti 'deboli' da inserire nel mondo del lavoro attraverso le cooperative sociali di tipo B[2].
Di ciò devono essere a conoscenza anche i Medici del Lavoro che, a diverso titolo, si trovano a dovere gestire le problematiche connesse a svantaggio/disabilità e lavoro.

[1] La definizione e l'individuazione dei soggetti individuati come tali è stata redatta in un documento licenziato nel 2005 dal Comitato Tecnico Provinciale presso il Servizio Occupazione Disabili della Provincia di Milano.

[2] *Persone svantaggiate considerate disabili 'deboli'* e che possono essere inseriti nelle cooperative sono : "invalidi fisici, psichici e sensoriali, ex degenti di istituti psichiatrici, soggetti in trattamento psichiatrico, tossicodipendenti, alcolisti, minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione previste (omissis)", in riferimento a: L.328/2000 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e L.381/1991 - "Disciplina delle cooperative sociali"
Cooperative sociali - La riforma del mercato del lavoro,ex L.30/03 attraverso il Dlgs 276/2003, prevede all'art 14 che le aziende possano esentarsi dall'obbligo di assunzione del disabile se questi viene assunto da una cooperativa sociale di tipo B e l'azienda garantisce una commessa di lavoro alla cooperativa tale per cui si possa continuare a mantenere il disabile in quella postazione lavorativa. Le cooperative sociali a cui fa riferimento l'art.12 c 1 L.68/99, così come definite all'art.1 c1 lettera b) della L.381/1991, hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini; esse sono di due tipi : "A" quelle che hanno l'obiettivo di gestire i servizi socio-sanitari ed educativi, "B" quelle che conducono i soggetti delle fasce svantaggiate, compresi i disabili, nello svolgimento di attività diverse (non socio-sanitarie ed educative) finalizzate al loro inserimento lavorativo.

Categorie di persone individuate come 'deboli'
1) persone in età lavorativa affette da menomazioni psichiche e portatori di handicap intellettivo con qualunque percentuale di riduzione delle capacità lavorative;
2) persone in età lavorativa affette da menomazioni fisiche e sensoriali che comportino una riduzione delle capacità lavorative pari o superiore al 74%, compresi i non vedenti, colpiti da cecità assoluta o con un residuo visivo non superiore a 1/20 a entrambi gli occhi anche con eventuale correzione e i sordomuti. *Nell'ambito di entrambe le categorie sono stati individuati altri 'criteri aggiuntivi' per considerare deboli le persone disabili. In particolare, per le persone affette da disabilità di tipo fisico, sensoriale e/o psichico sono considerate deboli quelle che presentano almeno una delle seguenti condizioni:* *a) età superiore a 50 anni, necessità di inserimento con il supporto di un Servizio di mediazione come da dichiarazione delle Commissioni per l'accertamento della Invalidità Civile nelle "relazioni conclusive" ex L.68/99 (a causa di difficoltà in particolar modo di tipo relazionale),* *b) soggetti con alle spalle almeno due tentativi di inserimento falliti oppure da sempre senza lavoro, c) con bassa scolarità e con il riconoscimento della legge 104/92.* *Tale situazione costituirà un criterio di precedenza all'avviamento lavorativo, rispetto a coloro privi di queste condizioni "aggiuntive", ma appartenenti alle categorie 1 e 2.*

Per i soggetti deboli si attiva il percorso attraverso le cooperative sociali di tipo B; essi, come tutte le persone con invalidità civile >45%, rimangono inseriti nelle liste del Servizio Occupazione Disabili della Provincia di residenza e seguono, in caso di eventuale opportunità, il regolare percorso per l'avviamento mirato al lavoro.
Oltre a questi soggetti, possono essere considerati di per sè altrettanto deboli/svantaggiati i numerosi immigrati che giungono in Italia da paesi con culture di vita e di lavoro diverse dalle nostre, livelli di istruzione spesso bassi e sistemi immunitari dotati di resistenza alle patologie diverse dalle nostre. Se essi, poi, diventano invalidi/disabili a causa di patologie o di infortuni e/o tecnopatie, il loro svantaggio subisce un effetto moltiplicativo e necessitano anche da parte del Medico del Lavoro di un maggiore supporto per il loro recupero lavorativo e sociale.

Interessante è il caso del collocamento, della tutela del posto di lavoro e della disciplina del licenziamento del lavoratore divenuto disabile a seguito e a causa di infortunio e/o malattia professionale. Il percorso è parallelo a quello dell'invalido civile e viene gestito direttamente dall'INAIL competente per territorio di residenza del soggetto e presenta, però, alcune criticità.

Il Datore di Lavoro deve prendere in considerazione la particolare inabilità della quale il lavoratore è portatore (Sentenza della Corte di Cassazione Civile Sez. Lavoro n.3738/1995) ed è tenuto all'adozione di:
a) particolari misure imposte dalla legge in relazione allo specifico tipo di attività esercitata ai fini della tutela delle condizioni di lavoro,
b) misure generiche dettate dalla comune prudenza,
c) tutte le altre misure che in concreto si rendono necessarie per la tutela della sicurezza del lavoro in base alla particolarità dell'attività lavorativa, all'esperienza e alla tecnica (misure per l'individuazione delle quali può farsi riferimento anche ad altre norme dettate da altri fini e peculiari ad attività diverse da quella dell'imprenditore).

Lavoratore diventa inabile per infortunio / malattia professionale	
1) derivante da violazione di norme di sicurezza da parte del datore di lavoro	
a) Non computabile in quota di riserva	*se datore di lavoro è stato condannato in sede giudiziale*
b) E' computabile in quota di riserva	*se datore di lavoro ha patteggiato la pena e concilia con risarcimento in sede civile*
2) a prescindere da responsabilità del datore di lavoro e con riduzione della capacità lavorativa inferiore a 60%	
- Non computabile in quota di riserva	
3) Inabilità conseguita nel corso del rapporto di lavoro x infortunio/ malattia professionale	
- Non licenziabilità del lavoratore x giusta causa e conservazione del posto di lavoro *C obbligo di adibirlo a mansioni equivalenti o anche inferiori in deroga a art.2103 CC*	

In caso di licenziamento, per agevolare il reinserimento lavorativo dei soggetti che hanno acquisito una inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale in costanza del rapporto di lavoro, l'art.3 comma 4 del DPR 333/2000 dispone che, in mancanza di mansioni equivalenti o inferiori a cui potere adibire questi lavoratori, essi hanno diritto a essere avviati (a cura degli Uffici Competenti ex art.6 comma 1 L.68/99 – i Comitati Tecnici Provinciali) presso altre aziende, in attività compatibili con le loro residue capacità lavorative, con diritto di precedenza e senza inserimento nella graduatoria dei soggetti con disabilità disoccupati ex art.8 L.68/99 e dopo averne accertata la loro idoneità alle mansioni alle quali potranno essere adibiti, attraverso le procedure che prevedono come atto conclusivo le 'Relazioni Conclusive' ex L.68/99 che includono anche un giudizio di 'idoneità semi-specifica alla mansione'; in questo caso l'accertamento viene svolto dall'INAIL competente per territorio di residenza del soggetto sentito il Comitato Tecnico Provinciale.

Vi è in questo percorso, una discrasia. "Mentre, infatti, gli invalidi civili si possono avvalere – per così dire – anche di un apprezzamento finalizzato all'inserimento lavorativo, in quanto si svolge nell'ambito dell'attività di una Commissione Integrata, di cui all'art.4 della L.104/92 sull'handicap (presso le ASL di residenza dei soggetti interessati), in presenza di un Operatore Sociale e di un esperto, secondo modalità accertative che non potranno prescindere dall'essere orientate a un inserimento effettivamente mirato, gli invalidi del lavoro e di servizio potranno utilizzare unicamente una certificazione prevista dalla normativa vigente, vale a dire l'indicazione del grado di riduzione della capacità lavorativa, secondo i criteri indicati nel T.U. o secondo le norme vigenti in termini di pensionistica di guerra … certificazioni attestanti quanto la persona ha perso, in riferimento a una convenzionale 'capacità lavorativa' uguale per tutti e non certo di un accertamento mirato all'inserimento lavorativo" (Mauro Martini, Carlo Scorretti – L'invalidità civile – EsseBiEmme Editore).
Inoltre, per gli invalidi civili le procedure correlate ai ricorsi ex art.10 della L.68/99 sono gestite dalle Commissioni Integrate e i Medici del Lavoro del Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL effettuano un colloquio/visita con il soggetto e un sopralluogo nell'impresa presso la quale egli opera e redigono insieme agli Operatori Sociali una relazione mirata alle reali possibilità di permanenza al lavoro della persona.
La procedura inerente gli invalidi del lavoro, invece, è gestita dagli Operatori Sociali dell'INAIL, i quali nel caso specifico non hanno la possibilità di effettuare sopralluoghi; le relazioni, pertanto, possono risultare carenti di una sezione importante, mettendo in difficoltà sia il soggetto sia l'impresa. Nel caso specifico, non sembrerebbe rituale la possibilità del trasferimento (diretto o tramite il Comitato Tecnico) della pratica alla ASL di riferimento per il suo completamento.
Nonostante le criticità nella gestione di questa problematica, si cita positivamente l'accordo tra Provincia di Milano e INAIL per realizzare un progetto finalizzato alla riabilitazione e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità (Deliberazione n.434/06 Rep.Gen. Giunta Provinciale seduta 28.06.06). INAIL e Provincia si sono impegnate ad agire in sinergia e a promuovere specifiche iniziative finalizzate a favorire lo sviluppo di progetti formativi di riqualificazione professionale degli invalidi. Si è costituito un gruppo di lavoro misto con il compito di individuare, per ogni singolo caso, obiettivi e interventi di sostegno più idonei. Le persone con disabilità segnalate vengono valutate separatamente, ma all'interno di percorso concordato, da referenti della Provincia e dell'INAIL, ognuno secondo le

proprie competenze e metodologie. Il gruppo, quindi, concorda con i soggetti affetti da disabilità il percorso formativo più idoneo rispetto alle abilità del singolo e alle richieste del mercato del lavoro. Il ricollocamento del soggetto viene effettuato nell'ambito delle imprese inserite nell'elenco della Provincia o in altre imprese comunque ricettive.

Il Medico del Lavoro/Competente e le problematiche correlate a Disabilità e Lavoro

L'inserimento mirato di un soggetto con disabilità in una specifica realtà aziendale presuppone senzaltro, in termini di 'atto medico', l'incontro di due azioni : la presa d'atto dell'espressione di un 'giudizio di idoneità semi-specifica' in occasione della Pre-Istruttoria ex L.68/99 da parte dei Medici del Lavoro e delle Commissioni Invalidi Civili delle ASL di competenza per territorio e la presa in carico da parte del Medico Competente dell'azienda del lavoratore con disabilità affidato alla sua tutela.

La Valutazione dei Rischi

Il momento iniziale per l'attività del Medico Competente che collabora all'inserimento e/o mantenimento del soggetto con disabilità nell'ambiente di lavoro è quello della Valutazione dei Rischi ex art.15 D.Lgs.81/08 e s.m. e i. – "Le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro sono: a) la valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza; (omissis)".

In proposito, il Medico Competente e le figure tecniche del Servizio di Prevenzione e Protezione devono interagire ai fini del mantenimento di livelli dignitosi della salute e della sicurezza dei lavoratori. Il concetto e la relativa prassi diventano ancora più cogenti quando si affronta la problematica della presenza di persone con disabilità da avviare e/o mantenere in attività presso l'azienda. Il Medico Competente deve essere chiamato in causa sin dall'inizio e deve operare in collaborazione e in stretto contatto con le figure dell'organigramma aziendale e della prevenzione in azienda (Datore di Lavoro Dirigenti e Preposti, RSPP ed RRLLS) al fine di individuare, predisporre e attuare le misure per la tutela della salute e della integrità psicofisica del lavoratore con disabilità.

L'attuazione dei principi dell'ergonomia attraverso un processo interattivo e condiviso può portare a:

a) maggiori opportunità lavorative e possibilità di scelta per le fasce più svantaggiate del sistema sociale;

b) maggiore percentuale di successi dei processi di inserimento / reinserimento lavorativo del soggetto con disabilità nel tessuto produttivo;

c) incremento della produttività e della competitività delle aziende in e fuori da territorio nazionale.

In occasione dell'inserimento lavorativo dei soggetti con disabilità va effettuata pure un'attenta valutazione dei rischi 'residui', compreso quello da stress lavoro-correlato, nell'ambiente di lavoro da parte del Medico Competente e un'analisi dell'igiene e sicurezza, dell'organizzazione del lavoro e del clima aziendale.

Il Medico Competente insieme all'RSPP valuta, quindi, il luogo/postazione di lavoro e l'esposizione a rischio del soggetto e, in caso positivo, effettua dei colloqui con il disabile e lo sottopone a visita medica, al temine della quale esprime un giudizio di compatibilità della persona con il lavoro/l'ambiente e propone al Datore di Lavoro l'adozione di misure tecniche (anche sanitarie), organizzative e procedurali finalizzate alla creazione/mantenimento di un ambiente di lavoro e di un clima che risponda a pieno a criteri di igiene e sicurezza del lavoro per tutti (per i lavoratori con disabilità e per i 'soggetti normali').

Le conoscenze che il medico deve possedere per affrontare la problematica della integrazione lavorativa dei soggetti con disabilità devono rientrare anche nel campo dell'igiene e della sicurezza del lavoro (luogo di lavoro e sua accessibilità, attrezzature di lavoro e gestione delle emergenze), criteri fondamentali ma non unici per il raggiungimento del benessere globale dell'essere umano che lavora. Il medico deve, così, assumere in merito alla problematica anche un 'ruolo gestionale' e non garantire soltanto l'approccio clinico.

Inoltre, e ancor di più nei casi in cui sono da inserire/mantenere in azienda soggetti portatori di handicap, sono da considerare i pericoli e i rischi correlati al sistema organizzativo aziendale e attribuibili sia alle relazioni orizzontali e verticali esistenti con riferimento alle mansioni in esame e a chi vi è coinvolto sia alla cultura aziendale. Fra la prima serie di pericoli individuati, importante è la presenza/assenza di buone, sane e poco complesse relazioni con il contesto sociale in cui il soggetto si trova e che è parte integrante del benessere/malessere della persona che lavora. I pericoli correlati alla cultura aziendale possono essere individuati nei valori e disvalori presenti, quali ad es.: la persona non viene apprezzata come valore e come soggetto da promuovere; c'è poca propensione all'assunzione di responsabilità personali nella scelta di comportamento e di iniziative; le differenze (nel caso specifico di condizione psicofisica - disabilità) vengono negate, temute/svalutate; sono scarsi il senso e la pratica della cooperazione; salute e sicurezza e informazione e formazione non sono in genere considerate; la salute viene percepita come merce di scambio o costo; norme e regole vengono considerate un'inutile gabbia burocratica che annulla o limita la libertà ed il lavoro delle persone e dell'impresa.

Il Medico Competente e le altre figure della prevenzione, al momento dell'inserimento lavorativo del soggetto con disabilità e in itinere, dovrebbero favorire le possibilità di sviluppo individuale offerte alla persona dalla situazione lavorativa per evitare la creazione di condizioni per il non/scarso utilizzo delle capacità personali fino a veri e propri stati di regressione, contribuendo ad aggravare i costi sociali di una disabilità non valorizzata. Il medico, poi, nei casi di particolare gravità è la figura più idonea ad accompagnare il soggetto al ritiro dal lavoro e a fruire di alcuni benefici sociali che gli possano garantire una sopravvivenza dignitosa.

Le 'Misure generali di tutela', l'adeguamento dei posti di lavoro e le agevolazioni per le imprese

Al termine e/o nel corso del processo di Valutazione dei Rischi, il Medico Competente ha l'opportunità di collaborare con le figure tecniche della prevenzione all'attuazione dei provvedimenti conseguenti (misure tecniche, organizzative e procedurali) atti a garantire livelli elevati di igiene e sicurezza sul lavoro anche e soprattutto per i soggetti con disabilità che operano in azienda. Fra questi vi sono anche la progettazione delle condizioni ergonomiche, correlate allo specifico posto di lavoro nel quale vengono inseriti i soggetti con disabilità, e il conseguente eventuale adattamento di alcune situazioni, al fine di rendere il luogo di lavoro (e pure l'organizzazione del lavoro) più consoni alla loro presenza/permanenza.

In merito a questa problematica, il D.M. 236/89 (ancora in vigore) stabilisce anche la possibilità di rendere accessibile nel tempo una struttura (edificio, spazio o posto di lavoro) effettuando lavori di modifica a costi limitati, per far sì che essa sia agevolmente e completamente fruibile anche da persone disabili; ciò è espresso dall'importante concetto di *adattabilità di uno spazio costruito*.

Successivamente l'Inail ha emanato il regolamento attuativo del D.Lgs.38/2000 (Delibera INAIL 30.11.00 n.695) finalizzato allo stanziamento di risorse per finanziare il reinserimento degli invalidi e l'*abbattimento delle barriere architettoniche*. L'aspetto culturalmente innovativo e da sottolineare del regolamento è quello riferito ai progetti inerenti le barriere architettoniche di cui al punto b): 'realizzare la piena fruibilità di attrezzature o componenti'; in termini di 'fruibilità' da parte dei portatori di handicap e di 'sicurezza' per gli utilizzatori, vanno presi in considerazione *attrezzature* e *componenti* e non soltanto quello che è stato definito precedentemente lo *spazio costruito*.

Le norme specifiche dell'ordinamento giuridico del nostro Paese costituiscono le fondamenta per costruire un 'discorso' sulla promozione della adattabilità dei contesti lavorativi per tutti i soggetti. Per ottenere dei risultati concreti (l'adeguamento dei posti di lavoro) bisogna, però, andare oltre il *vincolo* normativo e ragionare sulla *opportunità* dell'intervento nei contesti lavorativi e agire in maniera efficace.

In quest'ottica, uno degli elementi *facilitatori* potrebbe essere la progettazione (o riprogettazione, a seconda dei casi) dei luoghi (intesi come *posti* e *contesti*) di lavoro. Questa azione può essere definita di tipo 'inclusivo' nella misura in cui contribuisce a garantire livelli e qualità della vita lavorativa dignitosi per i portatori di handicap, creando, mantenendo ed eventualmente accrescendo i livelli di autonomia e di benessere lavorativo in relazione ai diversi contesti organizzati e alle condizioni operative e spazio-temporali di questi soggetti.

L'art.13 comma1 lettera c) della L.68/99, ai fini dell'assunzione e/o del mantenimento dal lavoro di soggetti disabili propone interessanti agevolazioni economiche per le imprese pubbliche e private disponibili a trasformare i posti di lavoro per renderli adeguati alle possibilità operative dei disabili [3].

Il comma 4 del citato articolo della L.68/99 prevede l'utilizzo di un 'Fondo per il diritto al lavoro dei disabili' da utilizzare per questi interventi.

I benefici per le imprese sono indubbi, anche in considerazione del fatto che la filosofia della L.68/99 spinge a un cambiamento culturale significativo sempre

[3] "Attraverso le convenzioni di cui all'art.11, gli Uffici Competenti possono concedere ai datori di lavoro privati, sulla base dei programmi presentati e nei limiti delle disponibilità del Fondo di cui al comma 4 del presente articolo : (omissis) c) il rimborso forfettario parziale delle spese necessarie alla trasformazione del posto di lavoro per renderlo adeguato alle possibilità operative dei disabili con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% o per l'apprestamento di tecnologie di telelavoro ovvero per la rimozione delle barriere architettoniche che limitano i qualsiasi modo l'integrazione lavorativa del disabile".

nell'ambito di uno stato sociale, orientandosi sempre di più all'*opportunità* dell'assunzione di soggetti disabili attraverso :

a) interventi a sostegno dell'inserimento (e mantenimento) lavorativo dei disabili anche con particolari difficoltà (servizi per incontro domanda/offerta di lavoro, orientamento alla formazione, tirocini di orientamento, sensibilizzazione),

b) azioni finalizzate all'integrazione lavorativa in cooperative sociali di tipo B,

c) inserimento lavorativo dei disabili attraverso le convenzioni di cui all'art.11 cc.1 e 4 della L.68/99

d) contributi e incentivi per l'adattamento dei contesti lavorativi.

Fra gli interventi operativi possibili volti a favorire la 'promozione dell'adattabilità dei contesti lavorativi attraverso adeguamenti dei posti di lavoro' bisogna pensare anche al coinvolgimento e alla sensibilizzazione dei Medici Competenti, i quali possono giocare un ruolo di utili collaboratori in ambito aziendale per affrontare queste problematiche, specie sull'abbattimento delle barriere architettoniche i caso di soggetti con particolari menomazioni fisiche da loro valutate dal punto di vista clinico e d Medicina del Lavoro, e anche per progettare e attuare interventi di tipo organizzativo finalizzati all'adattamento di specifici contesti lavorativi alla presenza di soggetti disabili nell'impresa.

Le esigenze delle parti in gioco e il ruolo del Medico Competente come facilitatore

Nella società di oggi non è certo accettabile né un'ottica assistenzialistica (un posto di lavoro a ogni costo per i soggetti con disabilità) né un'ottica di chiusura e di rifiuto dell'inserimento mirato di una persona con disabilità vissuto come un'imposizione iniqua da parte delle istituzioni alle imprese.

I soggetti con disabilità, in quanto membri a pieno titolo della comunità, hanno gli stessi diritti e doveri degli altri cittadini, non vanno emarginati neanche dal mondo del lavoro e non possono essere delle inutili zavorre per la società in cui si trovano a vivere.

L'intervento deve, pertanto, essere condiviso dalle parti aziendali e multidisciplinare e deve vedere la stretta collaborazione sul campo di tutte le figure della prevenzione (Medico Competente, RSPP ed RRLLS) e loro scelte devono essere condivise e supportate dal Datore di Lavoro, dai Dirigenti, dai Preposti e dai Servizi Risorse Umane, per essere veramente efficaci e di reale impatto sulla specifica realtà lavorativa.

Le norme da sole non modificano la realtà né incidono a lungo nel tempo su questa e, pertanto, bisogna ipotizzare una formazione al ruolo di 'facilitatori' dell'inserimento e/o del mantenimento al lavoro di soggetti disabili rivolta principalmente anche, ma non soltanto, ai Medici del Lavoro/Competenti.

Aspettative della persona diversamente abile rispetto alla collocazione lavorativa	*Azienda che inserisce il lavoratore*
Nelle singole iniziative di collocamento vanno rilevate le attese del soggetto grazie all'intervento di esperti (chiamati a collaborare dal Medico Competente); essi incontrano il soggetto interessato e disegnano "l'immagine sociale" che egli si è costruito rispetto alla situazione lavorativa che più si auspica per il proprio futuro. In tal modo è più semplice realizzare l'inserimento del soggetto con disabilità in un ambiente organizzativo appartenente a una specifica realtà (impresa, pubblica amministrazione, cooperativa, ecc.). È importante costruire sin dall'inizio una identità sociale e professionale del soggetto, per poter pianificare al meglio le iniziative di inserimento lavorativo e la loro attuazione concreta.	Rilevare i bisogni dell'azienda, in modo che essa svolga un ruolo attivo in processo di inserimento. Se si rilevano attentamente le esigenze dell'azienda, si evita che questa veda la persona con disabilità come un obbligo o un peso improduttivo ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali. Se il soggetto ha caratteristiche tali da incontrare esigenze dell'azienda, il suo inserimento e la sua gestione (come risorsa) avverranno in un'ottica di valorizzazione e sarà molto più facile il processo di inserimento e di convivenza all'interno della realtà in questione. Oltre a la mappatura delle competenze del futuro lavoratore, sarebbe auspicabile che si compia anche una mappatura di : esigenze, caratteristiche, motivazioni e obiettivi delle organizzazioni imprenditoriali locali. Le aziende sanno meglio di chiunque altro il tipo di lavoro che possono offrire e le conoscenze e le competenze/capacità necessarie per ricoprirlo in modo adeguato. Se esplicitano e mettono in comune con altri Operatori queste conoscenze e queste informazioni potranno favorire l'incontro di esigenze che coincidono e si vengono incontro.

A. Bergamaschi - Disabilità e Lavoro: il ruolo delle Istituzioni -VI Convegno Naz. Medicina Legale Previdenziale 2006 - S.Margherita di Pula (Ca) (modificata)

Il Medico Competente deve conoscere le normative sull'avviamento mirato dei soggetti con disabilità, deve essere in grado di interfacciarsi sia con le altre figure della prevenzione (RSPP e RRLLS) sia con il Datore di Lavoro, i Dirigenti, i Preposti e i Servizi Risorse Umane. Egli si rapporterà, anche e quando opportuno, con le istituzioni/strutture deputate all'inserimento lavorativo di questi soggetti (Servizio Occupazione Disabili, Servizi Inserimenti Lavorativi, Centri per l'Impiego, Agenzie per la Formazione e l'Orientamento al Lavoro).

Il medico, ovviamente, deve conoscere il soggetto con disabilità, comprenderlo e accompagnarlo nel suo percorso lavorativo, anche con il supporto di un tutor presente già dal momento dell'avviamento al lavoro.

La Sorveglianza Sanitaria

Il momento successivo alla individuazione dei pericoli, alla Valutazione dei Rischi e all'analisi del lavoro è la Sorveglianza Sanitaria. Questa è una funzione molto delicata nei confronti della disabilità e per espletarla, il Medico Competente deve essere capace di comprendere la specifica situazione di questa persona e di sapere ascoltare il linguaggio verbale e non verbale di questo soggetto svantaggiato sia di instaurare con lui un 'contatto fisico', la visita medica va, così, intesa anche come gesto di condivisione e solidarietà con la sua condizione. La possibilità di un siffatto approccio con questi esseri umani costituisce senzaltro un privilegio del Medico Competente rispetto alle altre figure della prevenzione in azienda.

Considerando che l'obiettivo prioritario della Sorveglianza Sanitaria è quello di determinare/favorire/protrarre nel tempo una condizione di equilibrio globale tra stato di salute psico-fisica del lavoratore e ambiente nel quale egli trascorre la giornata lavorativa, tale pratica nei confronti dei soggetti con disabilità non è né deve essere diversa da quella indirizzata agli altri lavoratori definiti 'normali' presenti in azienda, in quanto altrimenti si rischierebbe di ghettizzare ulteriormente questa categoria di soggetti, proprio attraverso un'attività che deve servire a una loro maggiore integrazione nell'ambiente di lavoro.

Senza negare le 'differenze', si possono ipotizzare e attuare dei controlli di Medicina del Lavoro mirati e che partono dalla conoscenza e dalla valutazione della specifica *menomazione* e della specifica *disabilità* per giungere a reperire le soluzioni più opportune, idonee e adeguate per superare/ridurre l'*handicap*, da parte del

"Il processo attraverso il quale si arriva al giudizio di idoneità, conseguente alla Sorveglianza Sanitaria, deve articolarsi in una serie di fasi atte sia ad analizzare e valutare le capacità psico-fisiche del soggetto disabile (in relazione alla specifica attività lavorativa che egli sceglie o gli viene offerta) sia a reperire forme e modalità di adattamento del lavoro alle capacità operative della persona stessa.

Si propone una possibile classificazione 'funzionale' delle persone con disabilità in relazione al lavoro:

1. soggetti in grado di svolgere una specifica attività lavorativa come qualunque altro lavoratore, pur tenendo conto delle limitazioni determinate dalla menomazione o dalla disabilità;

2. soggetti in grado di svolgere propria attività lavorativa come qualunque altro lavoratore, se vengono eliminate alcune barriere architettoniche e/o tecnologiche o se vengono dotate di adeguati ausili;

3. soggetti non in grado di raggiungere i livelli di operatività di altri lavoratori, nonostante gli adattamenti di cui al punto precedente, ma che comunque possono esercitare un'attività 'accettabile';

4. soggetti non avviabili ad attività comuni, in relazione alla grave disabilità, ma in grado di trovare idonea collocazione in attività protette, se opportunamente assistiti;

5. soggetti non avviabili ad alcuna attività lavorativa se non a fini terapeutici, in relazione al tipo e alla gravità della disabilità".

In quest'ultimo caso in particolare, bisogna tenere ben presente che problemi più complessi dovranno essere affrontati nel caso di soggetti con deficit intellettivi e/o con patologie psichiche; per questi, 'adattare l'ambiente di lavoro' è più difficoltoso, in quanto sarà da valutare l'ambiente fisico e quello 'relazionale', ben più complesso.

G. Costa – Clinica del Lavoro Milano (modificata)

singolo individuo con disabilità da adibire/già adibito a un'attività lavorativa.
Il Medico Competente non può svolgere né il ruolo di selezionatore che sceglie dei 'superuomini' né può essere una figura assistenzialistica che deve a ogni costo trovare/mantenere un posto di lavoro per il soggetto con disabilità.

In merito alla delicata e controversa questione delle visite mediche pre-assuntive rivolte alche ai lavoratori con disabilità (tutelati comunque anche dalla L.68/99 e dagli organismi a seguito di essa istituiti), si ritiene proponibile una linea di mediazione inequivocabilmente sottesa da una assoluta trasparenza della parti in gioco che preveda l'effettuazione di una visita medica che può essere definita di pre-idoneità o di idoneità semi-specifica alla mansione e poi di idoneità specifica alla mansione, al momento in cui attraverso diverse possibili procedure vengono chiamati presso un'azienda per l'assunzione.
Possono, pertanto, presentarsi due situazioni : a) qualora il soggetto giunge in azienda fuori dai canali istituzionali, evento raro ma possibile, la visita verrebbe effettuata dal Medico Competente dell'impresa che accoglie il soggetto con disabilità; b) nel caso più frequente di soggetti disabili inseriti attraverso la mediazione del Servizio Occupazione Disabili (SOD), dei Servizi Inserimenti Lavorativi (SIL) e delle Agenzie per la Formazione e l'Orientamento al Lavoro (AFOL) – gli ultimi due possono avviare soggetti anche disabili a stages in aziende, la visita verrebbe effettuata dal Medico Competente afferente a queste strutture e potrebbe avere il senso di una idoneità semi-specifica al lavoro nell'ambito della quale verrebbe tracciato un profilo sanitario e lavorativo della persona; sarebbero valutate, cioè, le 'potenziali capacità lavorative' del soggetto con disabilità e si indicherebbe una possibile rosa di mansioni alle quali egli potrebbe essere adibito. Presso queste strutture sarebbe opportuno prevedere la presenza di un Medico del Lavoro con funzioni di consulenza in merito alle problematiche di igiene e sicurezza del lavoro correlate al possibile avviamento lavorativo mirato in specifiche realtà dei soggetti che fruiscono del supporto di queste.
Al momento della chiamata da parte dell'azienda per l'assunzione, comunque, la persona con disabilità viene valutata dal punto di vista clinico in merito al suo stato di salute e alla compatibilità di questo con la mansione che l'impresa intende assegnargli; il Medico Competente dell'impresa ospitante effettua la visita medica di idoneità specifica alla mansione ed esprime un giudizio relativo a questa.
In ogni caso, il controllo sanitario deve essere volto non a selezionare, a discriminare e a escludere dal mercato del lavoro i soggetti 'svantaggiati' in grado di svolgere un'attività lavorativa ma, esclusivamente e nel rispetto dell'art.5 dello Statuto di Lavoratori, a evitare che essi si possano trovare a dovere intraprendere un'attività incompatibile o poco compatibile con il loro particolare stato di salute.
Successivamente, e senza pregiudizio per il lavoratore con disabilità, durante la 'pendenza del rapporto di lavoro' il Medico Competente dell'impresa che lo ha accolto prende in carico il soggetto mettendo in atto la Sorveglianza Sanitaria specifica, se necessaria, e affrontando comunque le problematiche sanitarie, di igiene e sicurezza del lavoro che di volta in volta il soggetto presenta. Egli dovrebbe operare valutando anche la possibilità di reperire per il lavoratore con disabilità pure dei ritagli di mansione nell'ambito di diverse mansioni, qualora possibile e senza creare grossi problemi né al disabile né all'azienda.

Percorrere questa strada potrebbe essere molto utile, ad es., nel caso di soggetti che hanno subito menomazioni anche rilevanti a causa e in conseguenza di infortunio sul lavoro e/o di malattia professionale e da inserire e/o reinserire in un'attività lavorativa confacente con il loro stato di salute. Qualora il soggetto possiede ancora delle capacità lavorative, queste vanno utilizzate al meglio e il Medico Competente deve collaborare in questo senso.
Il Datore di Lavoro non può rifiutare dell'art.5 dello Statuto dei Lavoratori (L300/70) per rifiutare l'assunzione di un invalido avviato obbligatoriamente al lavoro, ovvero per licenziarlo a causa dell'inidoneità sopravvenuta alle mansioni. Il ricorso all'art.5 è piuttosto ammesso al fine di individuare un'attività più compatibile con le condizioni di salute del disabile.
Ai sensi dell'art.10 commi 2 e 3 della L.68/99, inoltre, il Datore di Lavoro non può chiedere al disabile una prestazione non compatibile con le sue minorazioni e, nel caso di aggravamento delle condizioni di salute di questo o di significativa variazione del lavoro, il disabile può chiedere che venga accertata la compatibilità delle mansioni a lui affidate con il proprio stato di salute.
Nelle medesime ipotesi il Datore di Lavoro può chiedere che vengano accertate le condizioni di salute del disabile per verificare se, a causa delle le sue minorazioni, egli possa continuare ad essere utilizzato presso l'azienda. In questo caso specifico, e soltanto in questo, è possibile derogare a quanto all'art.2103 del Codice Civile, ricorrendo al demansionamento (assegnazione a mansioni inferiori) limitatamente alla salvaguardia dell'occupazione dei lavoratori non assunti obbligatoriamente, ma divenuti disabili nel corso del rapporto di lavoro (non a causa di infortuni o malattie professionali nella medesima azienda) e che hanno una percentuale di invalidità civile superiore al 59% e quindi computabili nella quota di riserva. "Va, comunque, considerata anche l'ipotesi di utilizzare anche percorsi alternativi, quali ad es. il processo di riqualificazione del lavoratore al fine di offrirgli altre opportunità di lavoro o il distacco dal lavoro presso cooperative sociali"(Livio Caravita in Ambiente & Sicurezza n.5/00).
Nel caso in cui l'inserimento risultasse difficoltoso o tecnicamente/concretamente inattuabile, può essere regolarmente attivata la procedura del ricorso ex art.10 della L.68/99, previi contatti con le istituzioni preposte, il Servizio Occupazione Disabili della Provincia di riferimento.
In merito alla possibilità di effettuazione delle visite preassuntive da parte dei Medici del Lavoro degli SPreSAL, si ritiene che il ruolo istituzionale ricoperto da queste figure possa essere senz'altro di maggiore garanzia per gli assumendi, e in particolar modo per i soggetti con disabilità. Non si intravede, però, una applicabilità di questa prassi in maniera omogenea sul territorio nazionale in relazione alle note carenze di organico dei detti Servizi e alle incombenze istituzionali (prevenzione e formazione) e di polizia giudiziaria che li oberano sempre più.
Molto interessante nei confronti dei lavoratori con disabilità è, infine, la previsione di una 'visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni, al fine di verificare l'idoneità alla mansione". Questo percorso potrebbe portare a una maggiore tutela della salute del lavoratore con disabilità, in genere 'poco flessibile' e più incline ad ammalarsi in relazione alle sue condizioni di salute più o meno precarie. La visita medica potrebbe essere utilizzata, nel caso specifico, non tanto e non solo per constatare le condizioni di salute del soggetto, quanto e più opportunamente per verificare nel tempo la compatibilità e la relazione tra il suo stato di salute e l'attività lavorativa da lui svolta e che questo rapporto sia il più possibile in equilibrio.

Bibliografia

- Giuseppe Leocata - "Disabilità: anche nel mondo del lavoro è uno svantaggio riducibile", Ambiente & Sicurezza / Quindicinale di documentazione giuridica professionale e tecnica, Il Sole 24 Ore Pirola, n.8, 12.04.2005, pagg.18-19;
- Giuseppe Leocata - "Il medico del lavoro e il suo ruolo nell'inserimento dei soggetti disabili" e Giuseppe Leocata, Mirella Sala, Luigi Scaffino - "Proposta di procedura operativa per operatori delle ASL ai fini della gestione delle Potenziali Capacità Lavorative delle persone disabili ex legge n.68/1999", Ambiente & Sicurezza / Quindicinale di documentazione giuridica professionale e tecnica, Il Sole 24 Ore Pirola, n.11, 31.05.2005, pagg.18-24 e pagg.24-36;
- Gregorio Mazzonis, Rossana Bolchini, Lucilla Castellazzi, Giulia Noris - "Dal miraggio al percorso: l'integrazione lavorativa delle persone disabili / I lavoratori, le aziende, i problemi e le «soluzioni» nella pratica quotidiana, Edizioni del Cerro, Tirrenia (Pisa), settembre 2005;
- Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione Centro Studi – LINEE GUIDA n.20 'Disabilità e lavoro' – A. Bergamaschi (coordinatore), S. Bagnara, R. Bolchini, L. Ciardiello, A. Cunego, V. Gallo, G. Leocata, L. Livigni, G. Magnavita, N. Magnavita, A. Magrini, N.V. Mennoia, C. Messori, B. Piccoli, B. Sed, G. Sclip, S. Stefanovichj – Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro, Series Editors : P.Apostoli, M. Imbriani, L. Soleo, G. Abbritti, L. Ambrosi, Tipografia PI-ME Editrice srl, Pavia 2006;
- Laura Colombo – "Siamo tutti diversamente occupabili / Strumenti e risorse per l'inserimento lavorativo di disabili", Franco Angeli/ Self-help, Milano 2007;
- Lorenzo Alessio, Pietro Apostoli – con al collaborazione di Elisa Albini e Simona Catalani – MANUALE DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE per Tecnici della Prevenzione - Giuseppe Leocata - cap. 24 "La persona con disabilità: inserimento, mantenimento e reinserimento al lavoro e accessibilità nei luoghi di lavoro" pagg. 367-377; Piccin Padova, luglio 2009.

ESPERIENZE
E MATERIALI DI LAVORO

Francesco Origlia

Consigliere Nazionale ANMA

Inabilità temporanea, invalidità e idoneità al lavoro: un'analisi interdisciplinare sul tema

Relazione presentata al Convegno INAIL di Bologna, 30 marzo 2011, 'L'inabilità temporanea e l'idoneità al lavoro: analisi interdisciplinare sul tema'.

Introduzione al Convegno

In ambito previdenziale Inail, il sistema assicurativo prevede l'erogazione di una indennità giornaliera per inabilità temporanea, dove per "inabilità temporanea assoluta" si intende quella che "impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro" (art.66 e 68 TU 1124/1965); non è invece previsto un periodo di inabilità temporanea "parziale" al rientro dal lavoro. Il medico Inail è quindi chiamato ad esprimere un giudizio valutativo sulla persona e sul lavoratore al termine della guarigione o stabilizzazione clinica (in alcuni casi con valutazione dei postumi), "restituendo" all'azienda un lavoratore certamente in grado di riprendere il lavoro, ma non necessariamente "idoneo" alla mansione specifica.

Il giudizio sul lavoro futuro e sulla possibilità di un suo svolgimento viene espresso in termini "astratti", prescindendo dalle peculiari ed effettive modalità di svolgimento dell'attività lavorativa e/o della realtà aziendale.

Spetta invece al medico competente la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione, che viene quindi a costituire uno dei compiti più complessi e qualificanti in ambito di medicina del lavoro. L'idoneità è la validità considerata con preciso riferimento ad una determinata attività; in essa troviamo una correlazione valutativa e logica tra grado di integrità psicofisica e lavoro da svolgere, senza che ne derivi danno alla salute, e tenendo presente che il giudizio di idoneità è finalizzato alla ottimizzazione dell'inserimento lavorativo della persona esaminata, e non alla sua esclusione.

Sempre più frequentemente, nella trattazione quotidiana degli esiti di infortuni sul lavoro o di malattie professionali (solo per citare un esempio, tendinopatie della spalla o neuropatie della mano o sensibilizzazione dermatitica), i medici si trovano ad affrontare condizioni patologiche nelle quali la menomazione residuata all'evento lavorativo, a volte anche di modesta entità -e quindi produttiva di un danno di grado inferiore al minimo indennizzato dall'Inail-, rende problematica l'adibizione alle mansioni precedentemente svolte.

Oltre ai gravi esiti, anche le patologie "minori" possono quindi rendere particolarmente problematico l'inserimento lavorativo nell'azienda di appartenenza o –addirittura- nell'ambito dell'intero mondo del lavoro, vieppiù in considerazione dei processi organizzativi, della peculiare attività esercitata dall'azienda o dell'attuale momento economico-congiunturale.

Premessa

Il D.lgs. 81/2008 all'art. 39 disciplina lo svolgimento dell'esercizio del medico competente deliberando che:

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

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

L'Art. 41. comma 2 (la Sorveglianza Sanitaria) alla lettera e-ter specifica:

visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

Il comma 4, menzionando sempre il comma 2 lettera e-ter il legislatore scrive:

Le visite mediche sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

A questo punto il M.C. al comma 6: sulla base della risultanza della visita medica di cui al comma 2 e-ter, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

a) idoneità;
b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
c) inidoneità temporanea;
d) inidoneità permanente.

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

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

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

Art. 42. Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica

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

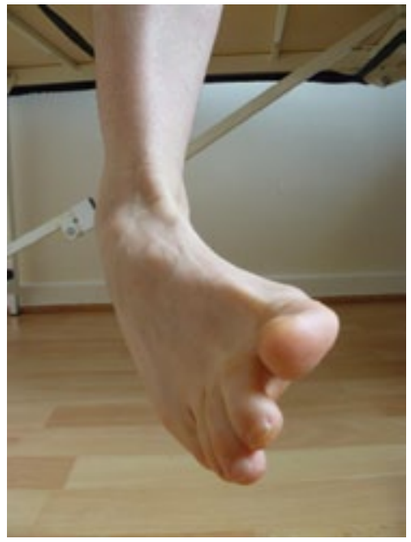
Il suddetto art. 42 del D.Lgs. 81/08 rafforza l'obbligo statuito dall'Art. 2103 del C.C.. sul divieto del demansionamento (**L'art. 2103 Mansioni del lavoratore**: Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione . Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta, e l'assegnazione alla stessa diviene definitivo, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione del lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi. Egli non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive. Ogni patto contrario è nullo) e vi sono, a tal riguardo, le **Sent. Corte di Cassazione n. 7370/9042 e n.**

9584/9043, che sono quelle che impediscono la dequalificazione o la mortificazione del lavoratore.

Con sentenza del **3 luglio 1997 n. 5961, la Cass** ha stabilito che una volta esperiti tutti i tentativi di ricollocazione **il licenziamento, oltre ad essere legittimo e giustificato, sarebbe addirittura doveroso** per il datore di lavoro, ai fini della salvaguardia del bene primario della salute .
In particolare sarebbe utile capire se possa mantenersi come riferimento la Cass**. 7755/98 sui corretti passaggi da effettuare in caso di sopravvenuta non idoneità alla mansione.**

Caso Clinico

Un dipendente di anni 45, autista di camion, patente C dal 2000 è sottoposto a sorveglianza sanitaria presso un'azienda di rottamazione materiale ferroso (auto, ecc.) che seguo da oltre 20 anni. Per quanto riguarda l'anamnesi fisiologica, patologica e lavorativa, nulla da segnalare fino al **15.11.10**, quando riferisce un infortunio sul lavoro come da certificato del pronto soccorso. L'evento, si è verificato mentre scendeva dal camion, il piede si" piegava" lateralmente con un dolore acuto. Al Pronto Soccorso gli è stato diagnosticato un trauma distorsivo in inversione della caviglia sinistra. All'esame obiettivo, presentava tumefazione e dolore in regione perimalleolare esterna, test cassetto anteriore negativo, riduzione nei movimenti dell'arto per dolore acuto, non deficit in atto. Gli veniva riconosciuta una prognosi di **14 gg** a seguito della consulenza radiologica (RX caviglia sn) con referto: **non segno di fratture** e prescrizione di riposo, controllo del circolo e mobilità. Arto in scarico. Deambulare con due bastoni senza caricare a sinistra. Terapia medica con eparina, una fiala da 0.4 ml sc al dì. Da rivedere nell'ambulatorio ortopedico.
Il dipendente, dopo **3 giorni**, presentava **ancora** edema e dolore acuto, chiamava telefonicamente e riferiva al suo medico di base il suo stato di malessere. Il MMG prescriveva una risonanza magnetica a caviglia- piede sn per sospetta frattura.
Dopo 15 gg,è stata eseguita l'indagine RM della caviglia sn nel compartimento laterale, in regione dell'obiettività clinica si evidenzia la presenza di versamento apprezzabile nel recesso articolare in corrispondenza del legamento PAA (peroneo-astralgico anteriore) che si presenta sfumato e mal definibile con reperto RM suggestivo per **rottura**. A carico del legamento PC (peroneo calcaneare) si osserva aspetto de- teso come per lesione da distrazione-stiramento. Non si rilevano significative lesioni a carico del legamento PAP (peroneo astragalico posteriore) a carico dei legamenti valutabili del comparto mediale ed a carico del legamento interosseo talo-calcaneare. Nel compartimento laterale in adiacenza alle lesione del legamento PAA si apprezza soffusione edematosa dei tessuti molli in corrispondenza della capsula articolare ed in vicinanza si osserva versamento in parte raccolto in corrispondenza della borsa mucosa malleolare superficiale sotto cutanea che appare distesa dal versamento con estensione longitudinale e trasversa per circa 3 cm e spessore di circa 1cm. Concomita tenosinovite dei peronei. A carico dell'articolazione tibio-tarsica si rileva versamento di discreta entità prevalentemente raccolto nel recesso articolare anteriore e sulla superficie supero-postero-laterale del domo gastralgico, si osserva lesione osteocondrale di circa 10-15 mm di ampiezza caratterizzata da lieve irregolarità marginale e da edema della spongiosa ossea sottocondrale. E' altresì apprezzabile soffusione edematosa della spongiosa ossea del processo anteriore del calcagno e dell'astragalo con profilo corticale conservato.



Il dipendente è visitato da uno specialista in ortopedia, traumatologia e chirurgia del piede,dopo **20 gg** dove consiglia:

- un'applicazione di un tutor Air-cast per tibio-tarsica,
- una fl i.m. di cortisone ogni 8h per 10gg, poi una fl ogni 12h per altri 10gg, ed ancora, una fl al dì per altri 10gg.
- Tac per studio della tibio- tarsica e del domo astragalico con ricostruzioni tridimensionali per valutazione lesione del domoastragalico.
- Intervento di ricostruzione dei legamenti della caviglia.

Il 13.12.2010 esegue una Tc articolazione caviglia sn. La refertazione avviene il **20.12.2010**

Lo specialista lo rivede i **17.01.2011** e consiglia l'intervento di ricostruzione del legamento e asportazione delle calcificazioni perimalleolare mediale.

In data **19.01.2011** rientra al lavoro, per chiusura pratica INAIL con la dicitura:"**L'INFERMITA' è cessata e l'infortunato può riprendere il lavoro. E' necessaria, ove ne ricorre l'obbligo normativo, l'effettuazione di una visita medica, da parte del M.C., prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l'idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs 106/09".**
In questi sessantaquattro giorni di assenza per infortunio i colleghi INAIL hanno prescritto i giorni di prognosi seguendo i tempi di esecuzione delle richieste degli specialisti concludendo che il dipendente può riprendere il lavoro con la mansione che il M.C. ritiene opportuno,in attesa dell'intervento chirurgico.
Viene da me sottoposto a visita medica come da art.41 comma 2 e-ter. Visualizzo tutta la documentazione in suo possesso ed il dipendente mi riferisce che lo specialista ortopedico-chirurgo del piede ha previsto l'intervento a data da destinarsi, non avendo un'urgenza assoluta, anche se il dipendente stesso si presenta da me con una scarpa "da tennis" slacciata per facilitare meglio i movimenti del piede.
Contattato il collega chirurgo, per chiedere se era possibile individuare una data per l'intervento, questi fissava la data del 28 marzo 2011. A questo punto, in accordo con il DL si creava letteralmente una nuova mansione: "Addetto smontaggio pezzi ed affiancamento al nuovo assunto autista di camion" (suo sostituto a tempo determinato). La mansione consiste nel controllare nel magazzino lo smontaggio dei pezzi che alcuni facchini trasportano dalla fase di prerottamazione (es. lampadine, specchi, ecc.) e nel viaggiare sul camion con il sostituto presso le aziende dove deve prelevare i container.

Ho perciò formulato **un'idoneità temporanea con limitazione a non rimanere in stazione eretta prolungata stabilendo la data al 29 aprile 2011 come momento per l'eventuale riammissione alla mansione specifica** (Autista), dato che lo spec. Ortopedico riferiva per esperienza personale che 30 giorni di prognosi fossero sufficienti per il recupero, l'integrità dell'arto e la ripresa del lavoro.

Considerazioni e conclusioni

Come rappresentante di ANMA e come medico competente (MC) vorrei sottolineare le problematiche di:

1) inserimento al lavoro di coloro che hanno avuto un infortunio;
2) comportamento e difficoltà del MC quando il lavoratore-infortunato è avviato al lavoro da INAIL, ma non può più svolgere la mansione specifica, temporaneamente o definitivamente.

Su questo tema è impossibile codificare delle linee operative valide sempre e comunque, ma è solo possibile fare un discorso di carattere generale richiamando i vari momenti della corretta gestione e l'ambito delle disposizioni normative in cui ci si muove.

L'orientamento dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda su questo tema è quello di valorizzare al massimo la discrezionalità del MC nel giudicare caso per caso. Ognuno di noi ha affrontato casi di reinserimento post infortunio, ma da qui a tracciare un "modus operandi" è davvero complicato.
Ogni caso deve essere risolto in relazione agli esiti invalidanti ed alla capacità lavorativa residua in funzione della mansione assegnata prima dell'infortunio.

Ogni azienda è diversa e cerca soluzioni diverse, tuttavia il ruolo del M.C. è chiaro e definito nella legge:

- Individuare la collocabilità della persona in funzione delle ridotte capacità lavorativa residue.
- Valutare la condizione di salute della persona;
- valutare la compatibilità con la mansione già svolta;
- valutare l'allontanamento;
- analizzare con le componenti aziendali altre possibilità di collocamento.

Il M.C. deve tutelare nella maniera più efficace le parti in causa. E' infatti evidente che in questi momenti si gioca una partita fondamentale per apprezzare il valore aggiunto di un MC che non si limita agli adempimenti formali, ma é in grado di interagire al meglio con le componenti aziendali, con gli altri specialisti e con gli Enti preposti alla tutela previdenziale del lavoratore.

Isabella Cogliolo

R.S.P.P. RINA spa

Livio D'Acuti

Chimico Esperta di REACH

Reach e CLP: la nuova legislazione europea in materia di sostanze chimiche

Regolamento REACH: i principi e le finalità che hanno portato alla stesura del testo di legge.

Nel giugno 1999 la Commissione Europea ricevette l'incarico dal Consiglio dei Ministri per l'Ambiente di riformare l'intero corpo normativo riguardante le sostanze chimiche, che sostanzialmente faceva riferimento a due direttive: la 67/548/CEE concernente le sostanze pericolose e la 1999/45/CE per i preparati pericolosi.
I lavori si concentrarono nella redazione del cosiddetto **Libro Bianco** - *"Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche"*- presentato nel febbraio 2001, il cui contenuto rivelò fin dall'inizio essere ben più di una semplice riforma normativa ma un vero cambiamento epocale.
Il passo successivo fu la presentazione nel 2003 del primo progetto del nuovo regolamento comunitario, conosciuto con l'acronimo REACH (***R**egistration, **E**valuation, **A**uthorization and Restriction of **Ch**emicals*), giunto all'approvazione nel dicembre 2006 dopo un lungo cammino di discussioni, confronti, mediazioni, compromessi fra le varie parti interessate: Stati Membri, organizzazioni ambientaliste, associazioni industriali, ecc.
Il coinvolgimento fin dalle prime fasi dei vari soggetti, spesso con interessi opposti, ha portato ad un compromesso che rappresenta un notevolissimo passo in avanti per una miglior conoscenza dei prodotti chimici in tutti i loro aspetti, cercando di non intaccare la competitività delle aziende, con particolare riguardo alle cosiddette PMI (*Piccole Medie Imprese*) che rappresentano circa un terzo dell'occupazione nella chimica europea ed il 41% della produzione dell'Industria Chimica Italiana (Fonte: stime Federchimica, 2008).

Il Regolamento REACH è fondato su una serie di principi che si possono così riassumere:

- *principio di precauzione*: se la valutazione scientifica di un rischio risulta incompleta non definitiva e, quindi non permette di escludere effetti potenzialmente pericolosi, si esclude la produzione e l'utilizzo di tali sostanze: la valutazione socio-economica sull'uso della suddetta sostanza potrà portare ad una fase di autorizzazione all'uso in condizioni rigorosamente controllate, in attesa di conclusioni scientifiche definitive.
- *duty of care:* le imprese si impegnano a garantire che ogni fase dell'attività svolta sia effettuata nel pieno rispetto dei principi di tutela definiti in REACH.
- *no data no market:* senza la comunicazione dei dati richiesti e la conseguente registrazione non è consentito effettuare la fabbricazione, l'importazione e l'immissione sul mercato europeo delle sostanze chimiche oggetto del regolamento.
- *diffusione e condivisione dei dati:* nel rispetto del principio di confidenzialità, la condivisione dei dati è essenziale sia nella fase di registrazione per evitare in particolare test su animali vertebrati, sia nella comunicazione lungo la catena di approvvigionamento.
- *accesso alle informazioni:* deve essere garantito a tutti i soggetti coinvolti con la pubblicazione in database consultabili on line delle informazioni rilevanti per la salute umana e per l'ambiente
- *inversione dell'onere della prova:* questo è uno dei principi più rivoluzionari del REACH che sposta dalle Autorità all'industria il compito di valutare la pericolosità di ogni sostanza, che va quindi ad assumersi maggiori responsabilità sulla gestione dei rischi nelle fasi di produzione e utilizzo delle sostanze.

Il REACH sostituisce circa 40 normative ed è stato elaborato per integrarsi e non entrare in conflitto con altre normative specifiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro, classi particolari di prodotti chimici, ecc.
L'attuazione pratica del regolamento ha richiesto la creazione di un'Agenzia al fine di rendere concretamente realizzabile quanto previsto da questo ambizioso e complesso progetto: l'ECHA (**E**uropean **Ch**emicals **A**gency) è localizzata ad Helsinky ed è entrata in funzione il 1 giugno 2007.
Suo compito primario è quello di gestire gli aspetti tecnico-scientifici e amministrativi connessi al REACH, al fine di assicurarne la coerenza applicativa a livello comunitario.
L'Agenzia si occupa delle procedure di registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche per garantirne l'armonizzazione in tutta l'Unione europea. Per svolgere questo compito l'Agenzia tiene conto di tutti i dati tecnico-scientifici e delle migliori informazioni socio-economiche disponibili.
Una delle prime funzioni dell'ECHA consiste nel fornire sufficienti informazioni e orientamenti alle imprese. Attraverso il sito web multilingue, l'ECHA funge da punto di accesso unico alle informazioni di carattere generale sulle sostanze chimiche, ai documenti di orientamento REACH e ad altri strumenti che possono aiutare le imprese a conformarsi alla nuova legislazione.

L'ambito di applicazione; ruoli e obblighi delle aziende coinvolte.

Il REACH prevede la registrazione di tutte le sostanze prodotte o importate nel territorio dell'Unione in quantità pari o superiore ad una tonnellata all'anno, per singolo produttore/importatore. Si è valutato che tale procedura interesserà migliaia di sostanze in uso nel settore chimico e nelle varie filiere manifatturiere, sostanze e prodotti chimici dovranno infatti essere soggetti ad un esame sulla loro pericolosità ed inseriti in un database comune a tutti gli Stati membri.
Alcune sostanze, già regolamentate da altre normative, sono escluse dall'applicazione:

- sostanze radioattive
- sostanze soggette a controllo doganale
- sostanze intermedie e non isolate
- sostanze trasportate
- rifiuti

Il Regolamento stabilisce disposizioni riguardanti la fabbricazione, l'immissione sul mercato e l'uso delle sostanze chimiche:

- in quanto tali
- come componenti di miscele
- contenute negli articoli/manufatti

Se ne deduce quindi che i soggetti coinvolti sono innumerevoli: non solo gli operatori del settore chimico, ma anche tutte le imprese che utilizzano anche solo in una fase di lavorazione una sostanza chimica (ad es. vernici, lubrificanti, colle, etc.), oppure assemblano un componente acquistato da un fornitore la cui lavorazione ha previsto l'utilizzo di sostanze chimiche.
In generale sono i produttori e gli importatori di so-

stanze chimiche, che devono farsi carico di raccogliere le informazioni sulle caratteristiche chimico-fisiche, tossicologiche, ecotossicologiche delle sostanze e provvedere alla loro registrazione. Ma anche le aziende utilizzatrici di sostanze nonché i produttori di articoli avranno compiti importanti: REACH prevede infatti una stretta collaborazione tra tutte le parti della filiera industriale e include disposizioni sulla cooperazione e lo scambio di informazioni tra imprese.

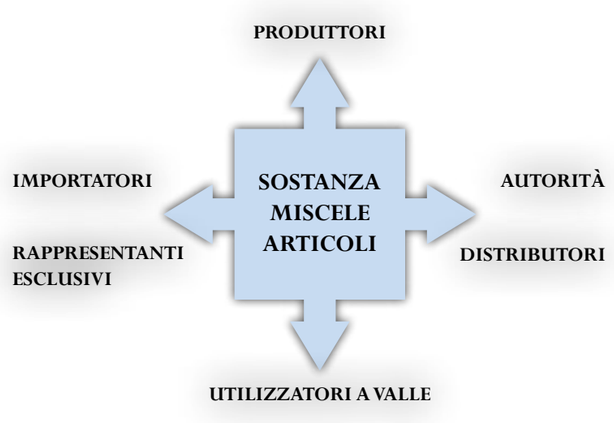


Fig. 1 *Principio di responsabilità condivisa: Nessuno può considerarsi soggetto passivo nei confronti del regolamento REACH.*

Il Dossier di registrazione e il CSA/ CSR: gli scenari di esposizione.

L'utilizzo sicuro dei prodotti chimici è uno dei fondamenti del REACH, come ben espresso in alcuni punti dei *consideranda:*

> *(17) Tutte le informazioni disponibili e pertinenti sulle sostanze in quanto tali, o in quanto componenti di preparati o articoli, dovrebbero essere raccolte per agevolare l'individuazione di proprietà pericolose, e raccomandazioni sulle misure di gestione dei rischi dovrebbero essere sistematicamente trasmesse attraverso le catene di approvvigionamento.….per evitare effetti nocivi sulla salute umana e sull'ambiente……*
>
> *(21) Le informazioni sulle sostanze acquisite grazie alla valutazione dovrebbero essere utilizzate in primo luogo dai fabbricanti e dagli importatori per gestire i rischi connessi alle loro sostanze……*
>
> *(22) …..Le persone fisiche o giuridiche che trattano sostanze chimiche dovrebbero adottare le necessarie misure di gestione dei rischi, basandosi sulla valutazione dei rischi che le sostanze presentano e trasmettere le pertinenti raccomandazioni lungo la catena di approvvigionamento.…*

Come possiamo vedere vengono coinvolti in questo processo sia i produttori e gli importatori che i cosiddetti *Downstream Users (utilizzatori a valle),* cioè coloro che utilizzano nell'esercizio delle loro attività professionali o industriali la sostanza sia in quanto tale che in quanto componente di un preparato.
Il produttore/importatore è colui che deve conoscere al meglio le proprietà della sostanza, mentre l'utilizzatore ha una migliore conoscenza sulle modalità e le condizioni nelle quali la sostanza viene utilizzata.
Il **Chemical Safety Assessment (CSA),** richiesto per tutte le sostanze soggette a registrazione ai sensi del REACH prodotte in quantità di dieci tonnellate o più all'anno per dichiarante, è lo studio che identifica e descrive le condizioni con le quali i processi di fabbricazione e uso di una sostanza possono essere considerati sicuri.
La prima parte, *hazard assessment*, richiede la raccolta, oltre che di tutte le informazioni sulle proprietà intrinseche della sostanza, anche delle condizioni in cui viene prodotta ed utilizzata e i relativi livelli di esposizione ed emissione nell'ambiente.
L'obbiettivo è quello di definirne la pericolosità, valutare i potenziali effetti sulla salute umana e sull'ambiente e determinare, ove possibile, i livelli di esposizione considerati sicuri.
Se al termine di questa analisi si può concludere che la sostanza non soddisfa i criteri per essere classificata pericolosa o PBT/vPvB[1], il CSA risulta concluso, altrimenti sono necessari due ulteriori passaggi: *Exposure assessment* e *Risk characterisation*, per i quali è prevista la preparazione degli *exposure scenario*[2].
Sulla base delle informazioni ricevute dai *downstream users* e sui dati di pericolosità della sostanza, il produttore/importatore determina le condizioni operative per un utilizzo sicuro (Misure di Gestione del Rischio), descrivendo ogni potenziale *scenario di esposizione*, lungo l'intero ciclo di vita del prodotto. Tali scenari verranno anche allegati alle Schede di Dati di Sicurezza, in modo che l'utilizzatore riceva le informazioni necessarie per utilizzare in maniera sicura la sostanza.

Fig.2 - REACH Exposure Scenario

La comunicazione fra le aziende.

Uno degli aspetti più importanti di REACH è la creazione di linee di comunicazione ed il loro mantenimento. Questo dialogo impone che aziende appartenenti a settori produttivi anche molto distanti si parlino nella "lingua" di REACH, collaborando per adeguarsi alle richieste del regolamento
Considerando il numero di sostanze che dovranno essere registrate, i vari usi per ciascuna sostanza e le centinaia di aziende coinvolte per ogni gradino della catena di approvvigionamento, si può immaginare come l'ottenimento e il passaggio delle informazioni richieda uno sforzo grandissimo per tutte le parti interessate.
Se ci si focalizza però, solo sugli aspetti essenzialmente operativi, sull'aumentato carico burocratico che pesa e peserà su tutte le aziende della filiera produttiva, si è impossibilitati a considerare il REACH in modo strategico, come un'opportunità di sviluppo, ma è indubbio che si potranno ottenere alcuni vantaggi:

- la ricerca e lo sviluppo saranno orientati verso nuovi prodotti, meno pericolosi
- ci saranno vantaggi a lungo termine per aziende che opteranno da subito per la sostituzione dei prodotti pericolosi
- l'approccio più sistematico alla prevenzione renderà più gestibili le problematiche dei prodotti chimici e quindi dei rischi per la salute dei lavoratori, dei consumatori e dell'ambiente
- l'analisi sui processi produttivi effettuata per il REACH potrà favorire la razionalizzazione, la riduzione di scarti e costi, la miglior gestione dei rifiuti con vantaggi economici per le aziende
- la necessità di collaborare fra i vari soggetti della filiera, porterà ad un miglioramento delle relazioni e un maggior integrazione fra clienti e fornitori.

Il regolamento CLP

Il regolamento CLP (***C****lassification,* ***L****abelling and* ***P****ackaging*) è il nuovo regolamento europeo relativo alla classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze chimiche e delle miscele (o *preparati*, secondo la definizione del REACH). Esso si basa sul sistema mondiale armonizzato delle Nazioni Unite, noto come GHS (***G****lobally* ***H****armonized* ***S****ystem*) ed andrà a sostituire gradualmente la direttiva sulle sostanze pericolose DSD (67/548/CEE) e la direttiva sui preparati pericolosi DPD (1999/45/CE).
Lo scopo ultimo di un sistema standardizzato è quello di armonizzare la classificazione e l'etichettatura delle sostanze chimiche fornendo basi comuni di identificazione dei pericoli, allo scopo anche di ridurre il ricorso a test su animali per valutare la tossicità delle sostanze ed infine per facilitare il commercio internazionale dei prodotti chimici.

Il Regolamento CLP (CE 1272/2008) si applica alle sostanze chimiche e alle miscele indipendentemente dalle quantità prodotte; restano tuttavia escluse dal regolamento le sostanze che ricadono sotto una o più direttive specifiche, come ad esempio le sostanze e le miscele radioattive, gli intermedi non isolati, i rifiuti, i farmaci, i cosmetici, etc.
E' compito del produttore/importatore stabilire quali sono i pericoli delle sostanze e delle miscele prima che siano immesse sul mercato e classificarle sulla base dei pericoli individuati. L'etichettatura deve consentire ai lavoratori ed ai consumatori di riconoscere i rischi prima di manipolarle.

Il regolamento prevede[3] la notifica all'ECHA (European Chemicals Agency) della classificazione delle sostanze, allo scopo di creare una banca dati centralizzata che contenga le informazioni di base su classificazione ed etichettatura di tutte le sostanze notificate e registrate.

[1] Persistente, Bioaccumulabile, Tossica / molto Persistente, molto Bioaccumulabile
[2] L'insieme delle informazioni sulle condizioni nelle quali la sostanza è fabbricata e usata in ambito REACH è denominato EXPOSURE SCENARIO. Per ogni exposure scenario, devono essere determinati i livelli di esposizione per gli esseri umani e per l'ambiente. Gli exposure scenario copriranno tutti gli usi identificati e l'intero ciclo di vita della sostanza.
[3] Articoli da 39 a 42

I precedenti sistemi di classificazione ed etichettatura (i.e. direttiva sostanze DSD 67/548 e direttiva preparati DPD 1999/45) prevedevano la classificazione di sostanze e preparati – le attuali miscele - in funzione di tre macro aree di rischio: in relazione alle proprietà chimico-fisiche, alle proprietà tossicologiche e agli effetti sull'ambiente. In funzione dei rischi identificati le sostanze ed i preparati venivano etichettati con i simboli di rischio che fino ad oggi ci sono stati familiari:

	Example of Hazard	Example of Statement
	Explosive	Risk of explosion by shock, friction, fire or other sources of ignition
	Oxidising	Contact with combustible material may cause fire
	Flammable	Highly flammable
	Toxic	Hamful in contact with skin
	Irritant	May cause sensitization by skin contact
	Corrosive	Causes burns
	Dangerous for the environment	Very toxic to aquatic organisms, may cause long-term adverse effetcts in the acquatic environment

Fig.3 – Vecchi pittogrammi

Sull'etichetta i simboli venivano accompagnati da frasi di rischio standardizzate, costituite dalla lettera R e da una serie di numeri che si accompagnavano ad una definizione tabellata del rischio della sostanza, e da consigli di prudenza per una utilizzazione corretta delle sostanze, anch'essi costituiti da una lettera, in questo caso una S, accompagnata da una frase opportuna.

Il Regolamento CLP mantiene sostanzialmente lo stesso approccio per quanto concerne la classificazione, elevando però il livello di dettaglio. I rischi dovuti alle caratteristiche chimico fisiche passano dalle precedenti 5 classi (esplosivo, ossidante, infiammabile, facilmente infiammabile, estremamente infiammabile) a 16 classi:

1. Esplosivi;
2. Gas infiammabili;
3. Aerosol infiammabili;
4. Gas comburenti;
5. Gas sotto pressione;
6. Liquidi infiammabili;
7. Solidi infiammabili;
8. Sostanze autoreattive;
9. Liquidi piroforici;
10. Solidi piroforici;
11. Sostanze autoriscaldanti;
12. Sostanze che a contatto con acqua emettono gas infiammabili;
13. Liquidi comburenti;
14. Solidi comburenti;
15. Perossidi organici;
16. Corrosivi per i metalli

In maniera analoga, i rischi derivanti dalle proprietà tossicologiche passano da 7 classi (altamente tossico, tossico, nocivo, corrosivo, irritante, etc.) a 10 classi, alcune delle quali suddivise ulteriormente in categorie di rischio:

1. Tossicità acuta (cat 1, 2, 3 4)
2. Corrosione/Irritaz cutanea (cat 1A, 1B, 1C, 2);
3. Gravi lesioni oculari/irritazione oculare (cat 1, 2);
4. Sensibilizzazione vie respiratorie o pelle;
5. Mutagenicità cellule germinali(cat 1A, 1B, 2);
6. Cancerogenicità (cat 1A, 1B, 2);
7. Tossicità per la riproduzione (cat 1A, 1B, 2) + categoria supplementare per effetti su allattamento;
8. Tossicità specifica organi bersaglio esposizione singola STOT-SE (cat 1, 2 + cat 3per narcosi e irritaz vie respiratorie);
9. Tossicità specifica organi bersaglio esposizione ripetuta STOT-RE (cat 1, 2);
10. Pericolo in caso di aspirazione

Risulta in tal modo evidente l'intento di elevare il livello di attenzione degli utilizzatori a valle, fornendo loro le informazioni più aggiornate ed esaustive a disposizione.

Il nuovo sistema CLP ha modificato anche i pittogrammi, la struttura delle frasi di rischio e dei consigli di prudenza. In particolare si passa dai classici simboli neri su sfondo arancione inseriti al centro di un quadrato, a simboli di identico colore nero, inseriti all'interno di un rombo con sfondo bianco e margine rosso:

CLP Regulation NO 1272/2008	Example of Statement	Example of precautionary statement
	Heating may cause an explosion	Keep away from heat/sparks/open flames/hot surfaces. - no smoking
	Heating may cause a fire	Keep only in original container
	May intensify fire; oxidizer	take any precaution to avoid mixing with combustibles
	Causes seriouses eye damage	Wear eye protection
	Toxic if swallowed	Do not eat, drink or smoke when using this product
	Toxic to the acquatic life with long lasting effects	Avoid release to the environment
	May cause allergy or asthma symptoms or breathing difficulties if inhaled	In case of inadequate ventilation wear respiratory protection
	May cause an allergic skin reaction	Contaminated work clothing should not be allowed out of the workplace
	Contains gas under pressure; may explode when heated	Protect from sunlight. Store in a well ventilated place

Fig. 4 – Nuovi pittogrammi

Alcuni di questi pittogrammi sono del tutto inediti:

Fig. 5 – Bombola per gas

Fig. 6 – Punto esclamativo

Fig. 7 – Pericolo per la salute

Anche per quanto concerne le frasi di rischio ed i consigli di prudenza le modifiche sono sostanziali. Le frasi R sono sostituite da frasi H accompagnate da un numero di 3 cifre, la prima delle quali identifica il tipo di pericolo:

TIPO DI PERICOLO	STRUTTURA	ESEMPIO
Pericoli fisici	H2 xx (2 numeri)	H 225 Liquido e vapori facilmente infiammabili
Pericoli per la salute	H3 xx (2 numeri)	H319 Provoca grave irritazione oculare
Pericoli per l'ambiente	H4 xx (2 numeri)	H 400 Molto tossico per gli organismi acquatici

Fig. 8 – Struttura frasi H

In modo analogo, i consigli di prudenza S sono sostituiti da frasi P accompagnate da un numero di 3 cifre, la prima delle quali identifica il tipo di precauzione:

PRECAUZIONI	STRUTTURA	ESEMPIO
Carattere generale	P1 xx (2 numeri)	P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini
Prevenzione	P2 xx (2 numeri)	P210 Tenere lontano da fonti di calore/ scintille/fiamme libere …
Reazione	P3 xx (2 numeri)	P312 In caso di malessere contattare un Centro antiveleni o un medico
Conservazione	P4 xx (2 numeri)	P405 Conservare sotto chiave
Smaltimento	P5 xx (2 numeri)	P501 Smaltire il prodotto in conformità con la regolamentazione locale

Fig. 9– Struttura frasi P

In aggiunta ai tradizionali componenti dell'etichetta di rischio, il Regolamento introduce una ulteriore dicitura di pericolo, scelta tra le seguenti:

- *Attenzione*;
- *Pericolo*.

pensata per segnalare con immediatezza all'utilizzatore il livello di attenzione da porre nella manipolazione (maggiore nel caso della dicitura "Pericolo").
L'etichetta finale quindi dovrà recare i simboli (pittogrammi) accompagnati dalla dicitura di pericolo (una sola, mai entrambe insieme), dalle frasi di rischio H e dai consigli di prudenza P, raggruppati per lingua nel caso di etichette multilingua.

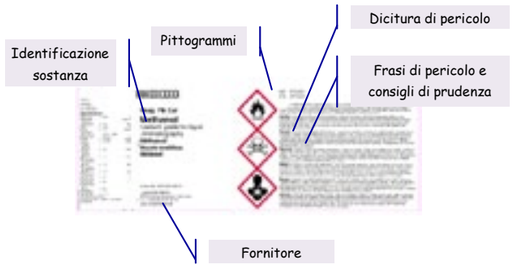


Fig. 10 – esempio di Etichetta

Il regolamento CLP (CE 1272/2008) è entrato in vigore il 20 gennaio 2008, e prevede che dal primo dicembre 2010 tutte le sostanze debbano essere classificate ed etichettate in conformità ai criteri del regolamento, mentre per le miscele tale scadenza è fissata per il 1 giugno 2015.

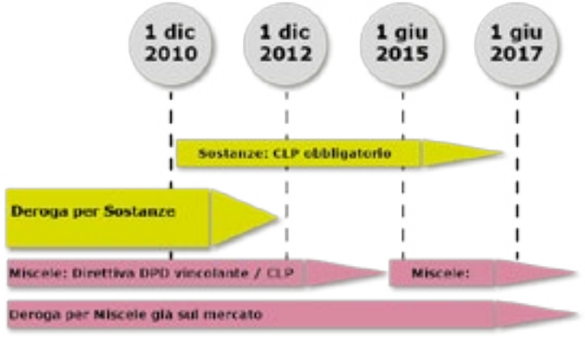


Fig. 11 – Entrata in vigore del CLP

In conclusione, l'applicazione del Regolamento CLP comporta una serie di novità il cui impatto si presume potrà creare qualche difficoltà, in una prima fase. Si pensi, ad esempio, al periodo transitorio che si concluderà a dicembre 2012, nel corso del quale potranno essere ancora presenti sul mercato sostanze con etichettatura rispondente alla normativa precedente, accanto a sostanze con la nuova etichettatura secondo CLP.
Si rende quindi necessaria una fase di aggiornamento della informazione e formazione del personale, le novità introdotte dovranno essere dapprima comprese dal personale e quindi metabolizzate. Come in ogni fase di cambiamento, non sarà facile passare da un sistema tutto sommato semplice e di immediata acquisizione (anche visiva), ad un sistema con un livello di dettaglio maggiore e con una maggiore complessità interpretativa.

Il funzionamento dei regolamenti REACH e CLP Relazione sintetica dell'ECHA

Il legislatore europeo si era posto l'obbiettivo di assicurare un elevato livello di tutela della salute e dell'ambiente, garantendo al tempo stesso un efficace funzionamento del mercato interno e rafforzando la posizione concorrenziale dell'industria chimica europea. La strada scelta per perseguire tale obbiettivo è stata quella di sostituire un insieme di direttive e regolamenti comunitari dimostratosi nel tempo poco efficaci, visto l'elevato numero di sostanze chimiche in commercio che non è mai stato oggetto di un'approfondita valutazione della pericolosità e dei rischi connessi al suo utilizzo.
Nelle fasi iniziali, i critici temevano che gli obiettivi REACH fossero troppo ambiziosi e ne sottolineavano la complessità, le pesanti responsabilità che ricadevano sulle aziende e le impegnative scadenze per l'industria e le autorità di regolazione.
Ma pur con qualche problema, il messaggio generale che l'ECHA vuole trasmettere nella sua relazione a 5 anni dell'entrata in vigore, è che i regolamenti REACH e CLP stanno avendo successo e che le parti responsabili stanno adempiendo correttamente ai loro compiti.

SOSTANZE		
	REGISTRATE	> 5000
	IN ALL.XIV (AUTORIZZAZIONE)	14
	NOTIFICHE CLP	> 3.000.000

Fig.12 Risultati febbraio 2012

L'esperienza pratica dell'Agenzia evidenzia alcune aree in cui l'intervento attivo delle aziende può migliorare il funzionamento del regolamento REACH:

- Il **trasferimento della responsabilità**, dall'autorità di regolazione all'industria, richiede un mutamento radicale di mentalità che, al momento, non ha ancora avuto luogo: industria e le associazioni industriali devono continuare a promuovere questa nuova mentalità
- Il REACH sostiene la possibilità di prevedere gli effetti delle sostanze sull'uomo e sull'ambiente senza eseguire nuovi test su animali vertebrati, ma l'utilizzo di **alternative alla sperimentazione sugli animali** deve essere giustificato nei propri fascicoli di registrazione: la qualità dei documenti giustificativi non è stata all'altezza dei requisiti legislativi.
- La **valutazione della sicurezza** è un elemento cruciale ai fini del successo del regolamento REACH per quanto riguarda il miglioramento della sicurezza d'uso delle sostanze chimiche: la qualità di alcune valutazioni della sicurezza chimica è motivo di preoccupazione.
- La comunicazione di informazioni sulle sostanze e sulla loro sicurezza d'uso lungo la catena di approvvigionamento fino agli utilizzatori a valle e ai consumatori è un altro aspetto che richiede maggiori attenzioni: la comunicazione deve avvenire in maniera facilmente comprensibile agli utilizzatori, è necessario un ulteriore sviluppo di strumenti e pratiche.

La Scheda Dati di Sicurezza

Le schede dati di sicurezza hanno rappresentato negli anni un utile ed indispensabile strumento di comunicazione nella catena d'approvvigionamento di sostanze e miscele all'interno della Comunità Europea e nel mondo, anche se hanno spesso mostrato scadenti livelli di qualità. Sostanzialmente esse consentono:

- al datore di lavoro di determinare se sul luogo di lavoro vengono manipolate sostanze chimiche pericolose e di valutare quindi il rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori;
- agli utilizzatori di adottare le misure necessarie in materia di tutela della salute, dell'ambiente e della sicurezza sul luogo di lavoro.

Esse sono diventate parte integrante del sistema di comunicazione previsto dal regolamento REACH CE 1907/2006 che estende l'obbligo di fornire la SDS oltre che per sostanze o preparati classificati in base ai criteri di cui alle Direttive 67/548/CEE e 1999/45/CE (sostituite dal Regolamento CLP, CE 1272/08) anche nei seguenti casi:

a) sostanze persistenti, bioaccumulabili e tossiche (PBT) e molto persistenti e molto bioaccumulabili (vPvB) in base ai criteri di cui all'allegato XIII;
b) sostanze incluse nella lista di quelle eventualmente candidate all'autorizzazione disposta dall'art. 59;
c) su richiesta dell'utilizzatore professionale, per preparati non classificati ma contenenti (in concentrazione individuale pari o superiore all'1% in peso per preparati solidi e liquidi o allo 0,2% in volume per preparati gassosi) sostanze pericolose, oppure dotate di valore limite d'esposizione professionale o ancora rientranti nei casi di cui sopra.

Con l'entrata in vigore del regolamento CE 1272/2008 relativo alla Classificazione, Etichettatura e Confezionamento di sostanze e preparati (CLP), è stato necessario un aggiornamento del regolamento REACH con la pubblicazione dal regolamento CE 453/2010: a partire dal 1 dicembre 2010 l'allegato II, cioè la 'Guida alla compilazione delle Schede di Sicurezza', verrà sostituito dall'allegato I del nuovo regolamento.

La scheda di sicurezza non è richiesta per sostanze non pericolose o comunque che non contengono sostanze pericolose in concentrazioni superiori ai limiti rilevanti, ma dal punto di vista commerciale è comunque utile allegare la SDS a tutte le sostanze immesse sul mercato.

Inoltre secondo l'articolo 32 del regolamento REACH, il fornitore di una sostanza che non ha obbligo di fornire la scheda di sicurezza deve comunque comunicare lungo la catena di approvvigionamento alcune informazioni come il numero di registrazione, eventuali autorizzazioni o restrizioni e tutto ciò che può essere necessario conoscere per consentire l'identificazione e l'applicazione di misure appropriate di gestione dei rischi. Di conseguenza la scheda di sicurezza risulta il migliore mezzo di comunicazione fra fornitore e *Downstream User* per tutte le sostanze soggette al regolamento REACH.

Fig. 13 – Nuova struttura della scheda dati di sicurezza secondo i regolamenti CE 1907/20006 e CE 453/2010

Identificazione della sostanza/preparato e della società/impresa
Identificazione dei pericoli
Composizione/Informazione sugli ingredienti
Misure ***di pronto soccorso***
Misure ***di lotta antincendio***
Misure ***in caso di rilascio accidentale***
Manipolazione e immagazzinamento
Controlli dell'esposizione/protezione individuale
Proprietà fisiche e chimiche
Stabilità e reattività
Informazioni tossicologiche
Informazioni ecologiche
Considerazioni sullo smaltimento
Informazioni sul trasposrto
Informazioni sulla regolamentazione
Altre informazioni

La Scheda di Sicurezza mantiene la struttura a 16 sezioni ma ogni sezione avrà delle sottosezioni per un totale di **63** : nessuna sottosezione può essere lasciata priva di testo.

Le schede di dati di sicurezza non sono documenti di lunghezza prestabilita: la lunghezza della scheda di dati di sicurezza dipende dai pericoli connessi con la sostanza o miscela e dalle informazioni disponibili .

I fornitori aggiornano la SDS tempestivamente nelle seguenti circostanze:

- non appena si rendono disponibili **nuove informazioni che incidono sulle misure di gestione dei rischi** o nuove informazioni sui pericoli;
- allorché è stata rilasciata o rifiutata un'autorizzazione;
- allorché è stata imposta una restrizione,

in pratica quando ci siano elementi che comportino anche una minima modifica nell'ambito della tutela dei lavoratori e dell'ambiente.

Negli aggiornamenti successivi alla registrazione figurerà il numero di registrazione.

In caso di sostanza (come tale o in miscela) pericolosa prodotta in quantitativi superiori a 10 tonn/anno, la scheda di sicurezza presenterà un allegato dove saranno riportati gli scenari di esposizione relativi agli usi identificati della sostanza durante tutto il ciclo di vita (*eSDS*, scheda dati di sicurezza estesa).

Fig.14 – Formato suggerito per lo scenario di esposizione

Tabella D.2.2.2: formato dello scenario d'esposizione per la scheda di dati di sicurezza estesa

1 Scenario d'esposizione (1)
Titolo dello scenario d'esposizione
2.1 Scenario contributivo (1) che controlla l'esposizione del lavoratore per...
2.2 Scenario contributivo (2) che controlla l'esposizione del lavoratore per...
2.3 Scenario contributivo (3) che controlla l'esposizione del lavoratore per...
2.n Scenario contributivo (n) che controlla l'esposizione del lavoratore per...
3. Stima dell'esposizione e riferimento alla sua fonte
Rapporti tra stima dell'esposizione e caratterizzazione del rischio (per tutte le vie d'esposizione per il consumatore e per qualsiasi comparto ambientale) risultanti dalle condizioni descritte in precedenza (voci 2.1 e 2.2) e della proprietà della sostanza; fare riferimento al metodo di valutazione dell'esposizione applicato (specificare le vie se pertinente).
In alternativ: includere un link a un sito web da cui recuperare le informazioni descritte in precedenza
4. Guida per l'utilizzatore a valle (DU) per valutare se opera entro i limiti stabiliti dall'ES
Guida su come gli utilizzatori a valle (DU) possono valutare se operano nelle condizioni stabilite nello scenario d'esposizione. Questo può essere basato su un insieme di determinati (e un algoritmo adeguato) che insieme garantiscono il controllo del rischio, ma che abbiano una certa flessibilità nei rispettivi valori per ciascun determinante. Questa sezione può anche includere un collegamento a uno strumento di calcolo adeguato. Laddove pertinente: essere ivi inclusi altri metodi con i quali gli utilizzatori a valle possono controllare se operano entro i limiti stabiliti dall'ES.

Cosa deve fare l'utilizzatore quando riceve una eSDS ?

- Attuare misure di gestione dei rischi adeguate a quanto riportato nella sez.8 della scheda di sicurezza
- Verificare la conformità con eventuale autorizzazione
- Verificare la conformità con eventuali restrizioni
- Verificare che il modo d'uso della sostanza o preparato sia compreso nelle condizioni descritte nello scenario di esposizione (ES) ricevuto dal fornitore
- Decidere la strategia da adottare se l'impiego considerato non è compreso nello scenario di esposizione ES

E' evidente che, oltre a soddisfare i requisiti del regolamento REACH, è obbligatorio continuare a soddisfare anche i requisiti della normativa in vigore in materia di tutela della salute dei lavoratori e dell'ambiente.

Le nuove Schede di Sicurezza forniranno quindi un maggior numero di informazioni utili ai fini della tutela della salute del lavoratore e dell'ambiente. Il rischio è quello di un'eccessiva complessità che comporterà sia problemi nella compilazione che nella comprensione da parte del ricevente.

Sul mercato si sta riscontrando ancora un livello basso di qualità delle SDS e una scarsa disponibilità di schede conformi alla nuova normativa e corredate di Scenari di Esposizione: si tratta di *sostanze non ancora registrate*, sostanze prodotte sotto 10 tonn o di inadempienza del fornitore?

Forse sarà necessario attendere ancora un po' di tempo affinché l'intero sistema 'chimica' recepisca ed attivi al meglio quanto previsto e auspicato dalla nuova legislazione.

Impatto di REACH e CLP sulla Legislazione a valle

Il Regolamento CLP, andando a sostituire in maniera significativa le direttive DSD 67/548/CEE e DPD 1999/45/CE, avrà ripercussioni su tutta una serie di disposizioni normative che si basano sulla classificazione di sostanze e miscele. Vediamo alcuni esempi:

D.Lgs. 152/2006 e smi Testo Unico dell'Ambiente:

i. Nell'ambito del Testo Unico in materia di Ambiente, la classificazione incide soprattutto sul Titolo IV relativo ai rifiuti;
ii. la classificazione dei rifiuti è basata sulle proprietà chimico-fisiche (H) e sulle caratteristiche di pericolosità derivate dalle frasi R;
iii. in virtù della fase transitoria di applicazione del CLP per sostanze e miscele, fino al 2015 non si prevedono problemi per la classificazione dei rifiuti;
iv. è prevista in sede Comunitaria una revisione della Decisione 2000/532/CE che dovrebbe consentire un raccordo fra le caratteristiche di pericolosità dei due sistemi, vecchio e nuovo.

D.Lgs. 334/99 e smi "Direttiva SEVESO"

i. La Direttiva Seveso si propone di prevenire il rischio di incidenti rilevanti, ovvero un incidente (incendio, esplosione) che avvenga nell'ambito di una attività industriale quando vengano impiegate sostanze pericolose ed i cui esiti possano dar luogo ad un pericolo grave ed immediato sia per l'uomo che per l'ambiente, all'interno o all'esterno dello stabilimento;
ii. per sostanze pericolose s'intendono i composti chimici che provocano effetti avversi sull'organismo umano quando sono inalati, ingeriti o assorbiti per via cutanea (sostanze tossiche), e che possono liberare grandi quantità di energia termica (sostanze infiammabili) o di energia dinamica (sostanze esplosive);
iii. le sostanze sono identificate in base alla classificazione di pericolosità e alle quantità detenute e impiegate;
iv. la classificazione delle sostanze (All. I - parti 1 e 2) consente di stabilire le soglie di applicazione della direttiva e gli obblighi conseguenti;
v. in ambito CE è stato istituito un "Technical Working Group" per l'allineamento dell'All. I della direttiva con il regolamento CLP;
vi. la nuova direttiva si pone l'obiettivo del mantenimento del livello di protezione e di attenzione, senza per questo aumentare gli oneri per l'industria.

D.Lgs. 81/2008 e smi Salute e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro:

i. Titolo IX - Capo I - "Protezione da Agenti Chimici;
ii. Titolo IX - Capo II - "Protezione da Agenti Cancerogeni e Mutageni.

Per quanto riguarda il D.Lgs. 81/08 smi, la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Lavoro - di cui all'art. 6 del decreto stesso - ha approvato in data 20/04/2011 un documento esplicativo, trasmesso con nota circolare in pari data dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Tale documento fornisce le prime indicazioni in merito alla ricaduta dei nuovi regolamenti REACH e CLP nell'ambito della vigente normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e al loro impatto sul processo di valutazione dei rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni.

La circolare conferma che lo strumento più completo per ricavare le informazioni di pericolosità di sostanze e miscele, nonché per la valutazione e la gestione del rischio chimico e cancerogeno, resta pur sempre la Scheda Dati di Sicurezza (SDS), "estesa" - quando previsto - con gli scenari di esposizione (eSDS). Un ulteriore ed immediato strumento per fornire le informazioni ai lavoratori è rappresentato dall'etichettatura di pericolo riportata sui contenitori e sugli impianti.

Per quanto concerne la valutazione di rischio da agenti chimici, cancerogeni e mutageni ai sensi dell'applica-

zione del titolo IX, capi I e II, si possono fare alcune considerazioni che riguardano l'attività delle due figure chiave coinvolte: il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed il Medico Competente.

RSPP:

- Se la classificazione di pericolo della sostanza/e non è mutata e se non vi sono state variazioni nelle condizioni operative, la valutazione di rischio da esposizione ad agenti chimici può ritenersi ancora valida;
- In caso di variazioni nella classificazione di una o più sostanze, è necessario procedere ad una nuova valutazione di rischio che confermi le risultanze della precedente e l'obbligo di sorveglianza sanitaria;
- non è escluso che possa emergere la necessità di interventi sulle modalità operative e gestionali;
- la sovrapposizione delle etichette dei due sistemi DSD/CLP potrebbe generare confusione tra gli operatori, almeno in una prima fase;
- deve essere organizzato l'aggiornamento del personale e della segnaletica di contenitori e tubazioni;
- sarà inoltre necessario confrontare l'impatto della nuova classificazione dei prodotti, rispetto alla legislazione in materia di incidenti rilevanti.

Medico Competente:

- Se l'azienda era già soggetta a sorveglianza sanitaria, la nuova valutazione di rischio probabilmente confermerà l'obbligo;
- la nuova valutazione potrebbe aggiungere ulteriori sostanze alla lista di quelle prese in considerazione per la sorveglianza sanitaria;
- secondo le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente, risulta più dettagliata la classificazione della pericolosità delle sostanze alle quali si applica la sorveglianza sanitaria, quando prevista;
- l'introduzione del CLP e delle nuove schede di sicurezza renderà necessario l'aggiornamento professionale anche per la figura del Medico Competente.

Bibliografia

Regolamento (CE) N. 1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GU dell'Unione Europea L396 del 30 dicembre 2006).

Regolamento (CE) N. 1272/2008 Parlamento Europeo e del Consiglio (GU dell'Unione Europea L353 del 31 dicembre 2008).

Regolamento (CE) N. 453/2010 della Commissione (GU dell'Unione Europea L133 del 31 maggio 2010)

Guidance on the compilation of safety data sheets (ECHA, Sept.2011)

Guida per gli utilizzatori a valle (ECHA, Genn.2008)

Relazione "Il funzionamento dei regolamenti REACH e CLP" (ECHA, Giu.2011);

"CLP e legislazione a valle" presentazione di R. Pirotta, società MAPEI (5° Conferenza sulla Sicurezza dei Prodotti – Milano, 24 giugno 2010)

Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 20/04/2011, "Prime indicazioni esplicative in merito alle implicazioni del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (Registration Evaluation Authorisation Restriction of Chemicals – REACH), del Regolamento (CE) n. 1272/2008 (Classification Labelling Packaging – CLP) e del Regolamento (UE) n. 453/2010 (recante modifiche dell'Allegato II del Regolamento CE 1907/2006 e concernente le disposizioni sulle schede di sicurezza), nell'ambito della normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Titolo IX del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., Capo I "Protezione da Agenti Chimici" e Capo II "Protezione da Agenti Cancerogeni e Mutageni").

Alcooltest Marketing Italy®
STRUMENTI PROFESSIONALI ACCERTAMENTO ABUSO DROGHE-ALCOOL

La qualità che conta

Specializzati nel settore medico diagnostico per il controllo dell'abuso di alcool e droghe da oltre 15 anni

TEST RAPIDI AD USO MEDICO/FORENSE

ToxCup abilitato a catena di custodia

GARANZIA AL 100% DEI RISULTATI
FACILITA' E RAPIDITA' D'USO
COSTANTE VERIFICA DEL CUT-OFF (LINEE GUIDA 81/2008)
UNICO DISPOSITIVO PER ANALISI E CUSTODIA (A+B) TOXCUP
7 TEST ANTIADULTERANTI DELL'URINA
LETTORE CON SOFTWARE ANTIMANOMISSIONE-STAMPA DATI
RISPOSTA MEDICO/LEGALE in 48h dal RITIRO DEL PRELIEVO
ISO 13485:2003 FDA CE

Lettore per conferma del risultato

Certificazione del risultato positivo

ETILOMETRI FUEL-CELL CON SOFWARE
STAMPANTE BLUE-TOOTH E INTEGRATA
SOFTWARE GESTIONALE GRATUITO
CALIBRAZIONE ANNUALE GRATUITA
CE (ABILITATO AD USO MEDICO)

AT8900 AT 8600 AT 8800

NESSUN LIMITE ALL'ACQUISTO
ASSISTENZA GRATUITA 12 h/dl
RAPPORTO COSTO/QUALITA' 40/60
CONSEGNA IMMEDIATA

Maggiori informazioni su
www.alcooltest.org
Tel. 339.82.82.019 Fax. 075.80.11.732
drogatest@alcooltest.org
Alcooltest Marketing Italy Srl Via J.F. Kennedy, 8 06083 Bastia Umbra PG

Dott. Alessandro Puccini

Medico Competente

Il riconoscimento del lavoratore cardiopatico. Un obbligo oltreché deontologico anche normativo (I parte)

L'articolo è stato presentato a Bologna il 29 marzo 2012 nell'ambito del Corso di aggiornamento ANMA "Il Riconoscimento, la sorveglianza, la gestione del lavoratore cardiopatico ed il suo reinserimento lavorativo".

A - I RIFERIMENTI NORMATIVI
DECRETO LGS 81/08 - TESTO UNICO

Art. 25.

Obblighi del medico competente

1. Il medico competente:

b) programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei *rischi specifici* e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati;

ART 41

Sorveglianza sanitaria

1. La sorveglianza sanitaria e' effettuata dal medico competente:

a) nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle direttive europee nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6;

b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi.

Il medico competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei *rischi specifici* e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati.

Alcuni colleghi hanno interpretato l'espressione "protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici" in questa maniera: il MC deve svolgere accertamenti solo in funzione di un rischio specifico. Dunque se non c'è un rischio specifico a carico di un certo organo non ci sarà necessità di valutazione e per converso il MC dovrà valutare solo gli organi ed apparati bersaglio dei rischi. Volendo fare un esempio se in una data mansione non c'è il rischio di essere esposti ad agenti cardiotossici non si deve (non si può) effettuare un elettrocardiogramma.

Questa posizione è concettualmente errata.

Nessuno, tantomeno il Legislatore, ha mai ritenuto che noi dobbiamo valutare solo gli effetti dei rischi specifici.

LE INDICAZIONI NORMATIVE SONO UNA PRESCRIZIONE MINIMA OBBLIGATORIA IN RELAZIONE A RISCHI SPECIFICI

Il Medico Competente grazie alle proprie conoscenze clinico/scientifiche e di tecnologia industriale è stato chiamato dal Legislatore ad essere lo specialista che mediante la sua conoscenza dell'ambiente lavorativo, l'anamnesi e l'EO (ndr: è prevista una visita medica generale e non solo degli organi bersaglio!) deve esprimere il Giudizio di Idoneità per il Lavoratore e per l'Azienda di cui è Consulente. In sostanza il Medico del Lavoro deve valutare se lo Stato di Salute del Lavoratore è compatibile con la Mansione prevista.

Si vedano a tal proposito i seguenti artt.del D.Lgs 81/08

ART 41

2. La sorveglianza sanitaria comprende:

a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore e' destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;

b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneita' alla mansione specifica.

4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente.

IL MEDICO COMPETENTE PUO' INSERIRE UN LAVORATORE IN UNA DETERMINATA MANSIONE LAVORATIVA A PATTO CHE CIO' NON POSSA *PREVEDIBILMENTE* DETERMINARE RISCHIO PER LA SUA SALUTE E PER LA SUA SICUREZZA

Ricordiamo l'illuminante orientamento giurisprudenziale dell'Art. 2087 del c.c.

"La responsabilità contrattuale prevenzionistica del datore di lavoro deriva dall'obbligo nell'esercizio dell'impresa di non recare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana nonché dall'obbligo di adottare tutte le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica e le condizioni di salute dei dipendenti, sono necessarie a tutelare la integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro"

B - SENTENZE DI TRIBUNALE, C.C., CASSAZIONE ET.A.R.
SENTENZA 1

In tema di infortuni sul lavoro, disciplinati dal D.P.R 30 giugno 1965, n.1124 la predisposizione morbosa non esclude il nesso causale tra sforzo ed evento infortunistico .... con la conseguenza che un ruolo di concausa va attribuito anche ad una minima accelerazione di una pregressa malattia salvo che questa sia sopravvenuta in modo del tutto indipendente dallo sforzo compiuto e

dallo stress subito nella esecuzione della prestazione lavorativa - la quale anzi può rilevare in senso contrario, in quanto può rendere più gravose e rischiose attività solitamente non pericolose e giustificare il nesso tra l'attività lavorativa e l'infortunio.

Si fa riferimento alla sentenza Cass. Civ. Sez. lavoro 24/07/2004 n. 13928 . la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che, attribuendo l'evento ad una pre-esistente condizione patologica, aveva escluso l'incidenza causale dell'attività lavorativa in occasione dell'insorgenza di un infarto del miocardio, seguita ad uno sforzo lavorativo consistito nella sabbiatura di manufatti mediante compressore del peso di 20 kg, da sostenere con le braccia per tutta la durata dell'opera-

zione-, in un dipendente già affetto da coronaropatia.

SENTENZA 2

Lo sforzo fisico al quale possono essere equiparati stress emotivi e ambientali, costituisce la causa violenta, ex art 2 del D.P.R 30 giugno 1965, n.1124 che determina con azione rapida e intensa la lesione. la predisposizione morbosa del lavoratore non esclude il nesso causale tra lo stress emotivo e ambientale e l'evento infortunistico .. dovendosi riconoscere un ruolo di concausa anche ad una minima accelerazione di una pregressa malattia.

Si fa riferimento alla sentenza Cass. Civ. sez. lavoro 23/12/2003 n. 19682. la sentenza impugnata, confermata dalla S.C., ha ritenuto sussistente l'occasione di lavoro in relazione al decesso del responsabile di uno stabilimento, già affetto da patologia cardiaca avvenuto a causa di un infarto determinato da stress emotivo, conseguente all'attivazione dell'allarme antincendio e da stress ambientale, riconducibile alla rigida temperatura esistente all'esterno

SENTENZA 3

Va riconosciuta la dipendenza da concausa di servizio dell'infermità "emiparesi sinistra da ictus cerebrale" laddove la patologia, pur dovuta a fattori endogeno-costituzionali, abbia trovato nella prestazione lavorativa un decisivo fattore di aggravamento del quadro clinico. Si fa riferimento alla sentenza della Corte dei Conti Campania Sez. Giurisdiz. 04/05/2006 n. 713. la fattispecie riguardava un dipendente comunale, gia' affetto da cardiopatia ischemica ipertensiva ricollegabile al servizio e poi deceduto per infarto del miocardio, che aveva lavorato per sette anni a contatto con un pubblico difficile in situazioni particolari.

SENTENZA 4

Deve essere ammessa la dipendenza dell'infermità "infarto del miocardio" dal servizio di autista svolto in modo continuativo per un prolungato lasso di tempo

Si fa riferimento alla sentenza C. C. Umbria Sez. Giurisdiz, 14/10/2002 n.476

SENTENZA 5

Lo stress psico-fisico lavorativo, derivante da una situazione di sotto-dimensionamento dell'organico della P.A., può rappresentare una concausa dell'insorgenza di un infarto del miocardio, e può condurre al riconoscimento della causa di servizio, al fine della corresponsione dell'equo indennizzo, oltre ad esporre l'amministrazione al risarcimento del danno biologico per violazione dell'articolo 2087 c.c.

Si fa riferimento alla sentenza del Tribunale di Foggia Sez. Lavoro 11/04/2008 N. 7781/07.

ECCO DUNQUE UNA PICCOLA SINTESI DI ALCUNE CONCAUSE RITENUTE DETERMINANTI:

- STRESS DA MANSIONE GRAVOSA;
- STRESS EMOTIVI;
- STRESS AMBIENTALI (RIGIDA TEMPERATURA);
- STRESS DOVUTO AL SOTTO DIMENSIONAMENTO;
- STRESS DOVUTO A CONTATTO CON "UN PUBBLICO DIFFICILE";
- STRESS PRESENTE NELLA MANSIONE DI AUTISTA.

Il fatto che il lavoratore soffra di una pre-esistente condizione patologica cardiovascolare non diminuisce la responsabilità dell'azienda (nè del medico) in quanto la suscettibilità individuale rileva in senso contrario rendendo più gravose e rischiose mansioni solitamente non pericolose.

MA ALLORA TUTTE LE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI HANNO UNA CONCAUSA PROFESSIONALE?

NO: si veda la seguente sentenza di illuminante interesse

SENTENZA 6

La responsabilità del datore di lavoro per la violazione del'obbligo posto dall'art. 2087 c.c. non ricorre per la sola insorgenza della malattia del lavoratore durante il rapporto di lavoro, richiedendosi che l'evento sia ricollegabile a un comportamento colposo dell'imprenditore che, per negligenza, abbia determinato uno stato di cose produttivo dell'infermità

Si fa riferimento alla sentenza Cass. Civ. Sez. Lavoro 26/05/2004 n. 10175 . la S.C. ha confermato la sentenza impugnata che, aveva ritenuto insussistente una responsabilità dell'azienda in relazione a due infarti del miocardio, rilevando che, una volta che il lavoratore era rientrato in servizio dopo il primo infarto e subito dopo che ne aveva fatto richiesta, l'azienda lo aveva esonerato dai turni di notte e aveva ridotto l'orario di svolgimento delle mansioni in ambiente esterno.

C – IL RISPETTO PER L'APPARATO CARDIO-VASCOLARE DEI NOSTRI COLLEGHI

A. IL COMPARTO DEI VIGILI DEL FUOCO AMERICANI

In seguito ad alcuni casi di decessi fra i vigili del fuoco ordinari e volontari negli stati uniti sono state istituite queste 4 regole per l'abilitazione al servizio. sono incentrate esclusivamente sull'apparato cardiovascolare.

1. *Assicurarsi che i Fire Fighters siano resi idonei al lavoro da un medico competente ("knowledgeable") riguardo alle richieste fisiche dell'attività lavorativa (si veda sotto in Tabella 1 gli esami previsti per l'idoneità)*
2. *Prevedere una visita di pre-assunzione e controlli annuali per assicurarsi della capacità fisica di svolgere la mansione prevista*
3. *Organizzare programmi di fitness per abbassare il rischio cardio-vascolare ed aumentare l'efficienza cardiaca*
4. *Sottoporre i Vigili del Fuoco a Stress Tests quando siano presenti almeno 2 o più fattori di rischio cardio-vascolare per malattia coronarica*

TABELLA 1- ESAMI DA SVOLGERSI PER L'IDONEITA' ALLA MANSIONE DI VIGILE DEL FUOCO IN US

1. *ANAMNESI COMPLETA*
2. *ESAME OBIETTIVO*
3. *ESAME DELLA VISTA*
4. ECG A RIPOSO
5. *ESAME DEL SANGUE COMPLETO (CON ASSETTO LIPIDICO E MARKERS EPATITE) + TBC SKIN TEST*
6. *ESAME COMPLETO URINE*
7. *SPIROMETRIA*
8. *ECG DA SFORZO SE IL LAVORATORE > 40 ANNI*
9. *RX TORACE*

B. IL COMPARTO DEI MEDICI SPORTIVI IN US –

Inutile dire che le visite per l'idoneità sono incentrate sul controllo degli indici cardio-vascolari ma la sensibilità ai problemi di tale apparato da parte del medico sportivo americano si nota dall'attenzione riservata al minimo segno di possibile compromissione cardio-vascolare: lo sportivo ha uno dei seguenti sintomi?

CARDIOPALMO ***VERTIGINI***

PRE-SINCOPE ***SINCOPE***

OPPURE COMPAIONO ALL'ECG A RIPOSO I SEGNI DI ARITMIE? ALLORA E' NECESSARIO PROCEDERE AD APPROFONDITI ACCERTAMENTI PRIMA DI CONCEDERE L'IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO:

ECG 12 DERIVAZIONI,
ECOCARDIOGRAMMA,
ECG SOTTO SFORZO,
ECG DINAMICO SEC HOLTER RIPETUTO.

gli atleti ai quali viene concessa l'idoneità sono rivalutati ogni 6 mesi

D– PREVALENZA DELLE PATOLOGIE CARDIO VASCOLARI E DELLA MORTE IMPROVVISA

A)Le malattie cardio vascolari sono una "man's disease"?

Nel 2007 in usa hanno causato 1 decesso/minuto nelle donne (n°421,918)

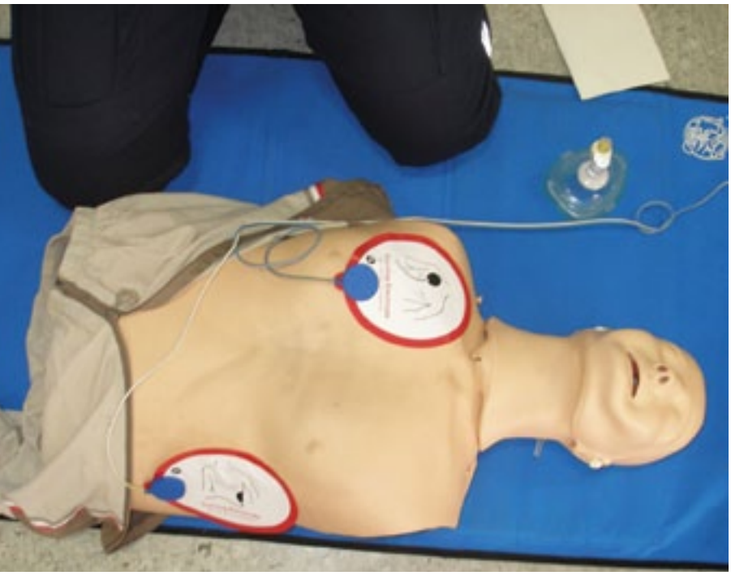
NELLE DONNE
- Decessi per cancro
- Decessi per malattia polmonare
- Alzheimer
- Traumi stradali

Sommati non raggiungono i decessi per malattie cardio vascolari

In tutto il mondo 17 milioni di morti all'anno per cause cardio-vascolari.
In US ogni anno 450.000 uomini 420.000 donne
Al II posto le neoplasie con circa 290.000 e 250.000
Al III i traumi stradali in totale 50.000
Negli uomini la mortalita' per malattie cardiovascolari cresce notevolmente dai 30 ai 50 anni

A 30-34 ANNI il 5 % muore per cardiopatia ischemica
A 35-39 ANNI il 9 % muore per cardiopatia ischemica
A 40-44 ANNI il 14 % muore per cardiopatia ischemica
A 45-49 ANNI il 20 % muore per cardiopatia ischemica
A 50-54 ANNI il 23 % muore per cardiopatia ischemica
A 55-59 ANNI il 30 % muore per cardiopatia ischemica

LE ULTIME 3 FASCE RAPPRESENTANO I NOSTRI LAVORATORI VERAMENTE A RISCHIO
Nell'UE la mortalità per malattie cardio-vascolari rappresenta il 43% di tutti i decessi
IN ITALIA OGNI ANNO SONO 240.000 I MORTI PER MALATTIE CARDIO-VASCOLARI E RAPPRESENTANO IL 43% DI TUTTI I DECESSI



B) DEFINIZIONE - con il termine "morte cardiaca improvvisa" attualmente si definisce la "MORTE NATURALE DOVUTA A CAUSE CARDIACHE, PRECEDUTA DA PERDITA IMPROVVISA DELLA CONOSCENZA ENTRO UN'ORA DALL'INIZIO DELLA SINTOMATOLOGIA"
La morte cardiaca improvvisa dovuta a malattia coronarica e' la causa di morte più importante nella popolazione adulta del mondo industrializzato.
L'incidenza di morte cardiaca è compresa tra lo 0.36 e 1.28‰ abitanti per anno (2).
La morte improvvisa colpisce in Italia più di 50.000 persone l'anno con un tasso d'incidenza che si aggira sui 3 casi ogni 2.000 abitanti. nella maggior parte dei casi la morte improvvisa è secondaria ad aritmie, quella maggiormente documentata è la fibrillazione ventricolare (75-80%), in presenza di malattie cardiache quali la cardiopatia ischemica o la cardiomiopatia ipertrofica.
IL 30% DI QUESTI DECESSI (QUASI 20.000 /ANNO) AVVIENE NEI LUOGHI DI LAVORO.
In una percentuale non trascurabile dei casi essa avviene in individui in cui non è possibile riscontrare anomalie cardiache con le tradizionali tecniche diagnostiche. Alcune di queste sono dovute a difetti genetici a carico dei canali ionici cardiaci scoperti dalla biologia molecolare in grado di scatenare aritmie ventricolari maligne, in assenza di altri segni di cardiopatia (ad es. Brugada Syndrome)

E – SVILUPPARE UN'ATTENZIONE ALLE PATOLOGIE CARDIO-VASCOLARI
ATTENZIONE AI SEGUENTI ELEMENTI
1. Anamnesi familiare - Storia familiare di cardiopatie importanti:
- Cardiomiopatia Ipertrofica o Dilatativa,
- casi di morte improvvisa
- decessi in eta' giovanile <50 anni
2. Anamnesi patologica remota – Presenza di cardiopatia congenita HCM (cardiomiopatia ipertrofica), Long QT Syndrome, Brugada Syndrome sono riscontrabili ad un semplice ecg 12 derivazioni e sono quelle - insieme alla malattia Aritmogena del Vdx - che frequentemente sono state riscontrate nei casi di morte improvvisa
3. Anamnesi patologica recente – Segni e sintomi riferibili all'apparato cardio-vascolare:
- riscontro di "soffio al cuore"
- episodi ascrivibili a disordini del ritmo cardiaco
- dolori al petto
- dispnea eccessiva rispetto allo sforzo
- episodi lipotimici e sincopali

(Fine I parte)

Il 13 per cento dei decessi che si registrano sui luoghi di lavoro è dovuto ad arresto cardiaco improvviso.

L'arresto cardiaco improvviso può colpire chiunque, in qualsiasi momento e luogo. Un intervento di soccorso con il defibrillatore semiautomatico nei minuti immediatamente successivi all'evento permette di salvare la vittima.

I defibrillatori semiautomatici Philips Heartstart sono strumenti affidabili e sicuri, progettati per essere messi in funzione con estrema rapidità e senza bisogno di specifiche competenze mediche, in modo da consentire a chiunque sia testimone di un arresto cardiaco di prestare soccorso alla vittima con prontezza ed efficacia.

Un numero sempre crescente di aziende sta installando i defibrillatori nelle proprie strutture per tutelare la sicurezza dei propri dipendenti e clienti. Questa dotazione, insieme a opportuni programmi di formazione rappresenta la miglior carta da giocare per scongiurare il rischio di decesso per arresto cardiaco negli ambienti di lavoro.

HEARTSTART HS1
SOCCORSO PIÙ RAPIDO, PIÙ SEMPLICE E PIÙ EFFICACE

Dealer
PHILIPS
in Emergency Care & Resuscitation

IREDEEM
just in time

IREDEEM SRL | Via Cesare Boldrini 20 | 40121 Bologna | tel. +39 051 093 58 79 fax +39 051 093 58 82 | **www.iredeem.it**

Adozione del poggiapiedi nella postazione dotata di videoterminale: su semplice richiesta o in casi selezionati?

Paolo Santucci,

Consigliere Nazionale ANMA

Legislazione

Ai sensi della Normativa vigente "Un poggiapiedi sarà messo a disposizione di coloro che lo desiderino per far assumere una postura adeguata agli arti inferiori. Il poggiapiedi non deve spostarsi involontariamente durante il suo uso." (Allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i. Requisiti minimi, paragrafo 1, lettera e).

Tuttavia nel 1988 (Commissione Comunità europea, 1 marzo 1988, Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea C 113/07 del 29 aprile 1988) ha adottato la Direttiva (Allegato Prescrizioni minime concernenti il lavoro su attrezzature dotate di unità videoterminali) che all'art.12.4 specifica "....L'altezza della sedia deve essere regolabile e tutte le sedie devono avere uno schienale regolabile in altezza e in inclinazione. Se del caso, si dovrà contemplare la possibilità di un poggiapiedi ".

La Direttiva CE 270/90 all'articolo 12 (Allegato Prescrizioni minime (Articoli 4 e 5)), dopo l'Osservazione preliminare (Gli obblighi previsti dal presente allegato si applicano al fine di realizzare gli obiettivi della presente direttiva e qualora gli elementi considerati esistano sul posto di lavoro e non contrastino con le esigenze o caratteristiche intrinseche della mansione) riferisce alla voce 1, lettera 'e' che "...Un poggiapiedi sarà messo a disposizione di coloro che lo desiderino".

Il Decreto 2 ottobre 2000, (G.U. n. 244 del 18 ottobre 2000), Linee guida d'uso dei videoterminali, non abolito essendo coerente con i contenuti e le finalità del D.Lgs.81/08 e s.m.i., afferma che (paragrafo 2. l): "(Il sedile deve): qualora fosse necessario, essere dotato di un poggiapiedi separato, per far assumere una postura adeguata agli arti inferiori dell'operatore".

Letteratura scientifica

Nella pubblicazione 'Il lavoro al videoterminale' (2010) l'INAIL afferma che "in alcuni casi può essere utile disporre di accessori ergonomici come i poggiapiedi..", mentre la SUVA consiglia 'se i piedi non poggiano completamente a terra' di 'usare un poggiapiedi ampio' (SUVA, 2010).

Per Bandini Buti il poggiapiedi va messo a disposizione per garantire l'appoggio dei piedi alle persone di piccola taglia; deve essere mobile, inclinabile, antisdrucciolo; meglio se regolabile in altezza (2001).

Il poggiapiedi

Il poggiapiedi ideale dovrebbe essere largo non meno di 45 cm e profondo come minimo 35 cm, con un'inclinazione che varia da 0 a 20° e regolabile in altezza entro un margine di 15 cm, tuttavia è necessario ricordare che un poggiapiedi di queste dimensioni riduce la libertà di movimento delle gambe.

Per la stabilità dell'operatore deve avere una superficie antiscivolo, sia nella parte superiore sia nella base di appoggio al suolo, oltre ad una altezza minima del bordo posteriore di 10 cm e del bordo anteriore di 3,5 cm (Requisiti UNI EN 10916).

Sono da evitare in ogni caso i poggiapiedi piccoli, sui quali lo spazio è limitato ai piedi, appoggiati su un tubo o una barra.

SUVApro, Il lavoro al videoterminale,

2003

Un elemento da prendere in considerazione, almeno in Italia, è costituito dalla frequente mancanza di regolazione in altezza del piano di lavoro che in soggetti di statura ridotta potrebbe accentuare la necessità di una pedana poggiapiedi.

Inoltre è noto come ogni documento specialistico sulla prevenzione della insufficienza venosa raccomandi l'utilizzo in ufficio di una pedana poggiapiedi al fine di mantenere gli arti inferiori sollevati, favorendo così il 'ritorno venoso'.

In definitiva il poggiapiedi sembra indicato per operatori di ridotta statura o affetti da significative problematiche circolatorie venose, ma potrebbe rivelarsi controproducente in alcuni casi, per esempio nei lavoratori di elevata statura che difficilmente riuscirebbero a conservare la postura corretta. L'impressione è che sarebbe preferibile acquisire una eventuale prescrizione specifica del medico competente (Santucci, 2009).

Considerazioni e conclusioni

La lettura della Direttiva Europea e del Decreto 2 ottobre 2000, unitamente al D.Lgs 81/08 e s.m.i., permette di interpretare in senso restrittivo l'apparente 'soggettività' della richiesta da parte del lavoratore di adottare un poggiapiedi, subordinandolo di fatto all'assunzione di "una postura adeguata agli arti inferiori".

Dalla revisione della letteratura l'adozione del poggiapiedi appare comunque indipendente rispetto al superamento delle 20 ore settimanali di uso del videoterminale e legata unicamente alla finalità di una corretta postura del lavoratore nella propria postazione.

La ridotta statura, tale da non permettere l'appoggio dell'intera pianta dei piedi, sembra la principale indicazione all'adozione del poggiapiedi, e di tale verifica può farsi carico anche il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione. Tuttavia possono essere rilevanti in questo contesto l'accertamento di patologie venose degli arti inferiori, oppure la dichiarazione dello stato di gravidanza da parte della lavoratrice.

Perciò, gli elementi offerti dalla letteratura scientifica e soprattutto la lettura combinata della Normativa vigente permettono di affermare che il mettere a disposizione un poggiapiedi per il lavoratore, impegnato in una postazione dotata di videoterminale, non sia un 'automatismo', bensì un provvedimento finalizzato all'assunzione di una postura adeguata agli arti inferiori.

Per il ruolo che gli attribuisce la Normativa, si ritiene che tale presupposto debba essere verificato dal medico competente, e tradotto secondo una modalità prescrittiva nell'ambito del giudizio di idoneità (art.41.6 D.Lgs.81/08 es.m.i), soprattutto se in relazione all'accertamento di uno stato patologico.

Negli altri casi il medico competente svolge un ruolo consulenziale nei confronti del Datore di Lavoro e del servizio di Prevenzione e Protezione, collaborando alla "predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori..." (art.25.1,a D.Lgs.81/08 e s.m.i.).

Biblio-sitografia

- Bandini Buti L., Ergonomia degli uffici, Il Sole 24ore, 2001
- INAIL, Il medico Competente e gli Addetti ai Videoterminali, 2010, www.inail.it .
- INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010, www.inail.it .
- Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.
- SUVA, Sicurezza sul lavoro e protezione della salute negli uffici, Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro CFSL, 2010, www.suva.ch/it .
- SUVA, Il lavoro al videoterminale, SUVA, 2003, www.suva.ch/it .

ANMA Risponde

A cura di Piero Patanè

Le risposte ai quesiti di interesse generale tratte da www.anma.it

Sorveglianza sanitaria per le suore

Spett ANMA,
vorrei sapere se la sorveglianza sanitaria andrebbe estesa anche alle suore che gestiscono una casa di cura (assistenza anziani). L'assistenza agli ospiti è garantita da inservienti, operatori sanitari, infermieri che lavorano part-time, non svolgono lavoro notturno e sono sottosposti a sorveglianza sanitaria. Di fatto, le "religiose", oltre a svolgere l'assistenza spirituale si occupano degli ospiti a seconda delle necessità quando non sono presenti le altre figure professionali. Grazie

Le suore rientreranno nel programma di sorveglianza sanitaria se hanno un rapporto di collaborazione con l'ente tale da rientrare nella definizione dell'art. 2 c. 1 del D.Lvo 81 sotto riportato (e potrebbero rientrare nel 'senza retribuzione'). Seconda condizione: che il DVR preveda un profilo di rischio che richieda la sorveglianza sanitaria. Buon lavoro.

a) «lavoratore»: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito e' equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento di cui all'articolo 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196, e di cui a specifiche disposizioni delle leggi regionali promosse al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione; il volontario, come definito dalla legge 1° agosto 1991, n. 266; i volontari del Corpo nazionale dei vigili del fuoco e della protezione civile; il volontario che effettua il servizio civile; il lavoratore di cui al decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468, e successive modificazioni.

Informazione x visita di idoneità dopo 60 gg. Malattia.

Dopo 60 giorni di malattia o bastano anche solo 60 giorni x essere obbligati a fare visita x idoneità?
Io ho fatto 61 giorni di malattia inerente operazione dito a scatto mano destra, facendo lavoro come posatore in cantiere di vetri al mio rientro non sono stato convocato x visita preventiva di idoneita e dopo neanche un mese nel scendere dal trabattello la mano operata mi ha abbandonato e sono caduto da 3 metri fratturandomi 2 vertebbre con residuo schiacciamento, io avevo chiesto a voce al mio datore se mi teneva in ditta x un po di tempo ma con risposta negativa, non avendo avuto visita x idoneita alla mansione svolta cosa può succedere? Grazie

La visita andava fatta in quanto si erano superati i 60 giorni di assenza per malattia.ed era cura del Datore di Lavoro non adibirla alla mansione senza il giudizio di idoneità. Due vertebre fratturate sicuramente hanno comportato un infortunio maggiore di 40 giorni (lesione colposa perseguibile di ufficio) e quindi sarà l'organo giudiziario a stabilire nessi causali, omissioni e colpe. Le auguriamo di rimettersi presto.

Alcool e professori

Come posso affrontare il problema della sorveglianza sanitaria ai professori di una scuola media superiore se il preside non ha budget? Per cautelarmi posso somministrare solo un questionario? Oppure devo istituire sempre una cartella sanitaria e di rischio e sottoporli ai test di laboratorio?
Grazie

Ci sembra di capire che stiamo parlando del rischio per terzi da assunzione di alcol. La normativa è piuttosto confusa, e in particolare per questo caso, si presta a molte critiche. Intanto distinguiamo tra controlli di assunzione di alcol e sorveglianza per alcol dipendenza. Nel primo caso il MC può non deve fare i controlli. Nel caso dell'eventuale problema dell'alcoldipendenza il medico esercita questa particolare attività nell'ambito del protocollo sanitario per la sorveglianza adottato per quella mansione. E gli insegnanti, tranne poche eccezioni legati a materie tecniche, non sono sottoposti a visita. Comunque è il DVR che evidenzia i rischi e da cui discende la sorveglianza sanitaria, la quale,budget o non budget, è obbligatoria.
Oltre ad auspicare che la norma cambi (sembra di sì), possiamo, in questo caso, suggerire di agire solo su segnalazione di problemi. Non vediamo l'utilità di far soffiare i docenti in fila, nè di fare uno screening per l'uso di alcol (gGT per tutti?), alla cieca. Per gli strumenti da usare in questo caso: dipende dalla situazione! Sicuramente il colloquio con il lavoratore è il primo step.

Scheda rischio prodotto

Mi è stato chiesto in una azienda dove sono MC di collaborare alla stesura della scheda di rischio di un prodotto da loro realizzato. Sono tenuto a collaborare come medico competente? Se no a chi spetta e con che modalità vengono preparate le schede di rischio di un prodotto? Grazie

No, non è tenuto a collaborare come MC. Potrebbe rientrare nella consulenza 'libera' che il DL chiede ad un medico di sua fiducia (da questo punto di vista la richiesta evidenzia una bella attestazione!). Le modalità richieste per la preparazione e compilazione di schede di sicurezza sono rigidamente fissate dalle norme e una azienda che immette sul mercato dei prodotti deve emanarli conformemente alle indicazioni. Penso che la sua azienda sia già al corrente e noi possiamo solo collaborare per quanto di nostra conoscenza.

Nel Prossimo Numero

"Speciale XXV Congresso Nazionale ANMA"

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Conoscenza e approfondimento

La stessa emozione, la stessa meraviglia e lo stesso mistero, nascono continuamente ogni volta che guardiamo ad un problema in modo sufficientemente profondo. A una maggiore conoscenza si accompagna un più insondabile e meraviglioso mistero, che spinge a penetrare ancora più in profondità. Mai preoccupati che la risposta possa deludere, con piacere e fiducia solleviamo ogni nuova pietra per trovare stranezze inimmaginabili che ci conducono verso domande e misteri ancora più meravigliosi – certamente una grande avventura!

("The value of science" Richard feynman - Premio Nobel 1965)

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Piano Formativo 2012

• Formazione a distanza (FAD)

DAL	AL	N° ore	Partecipanti	Crediti	Descrizione
1-feb-12	15-nov-12	5	1000	5	Fondamenti di biomeccanica della colonna vertebrale applicati alla visita medica in azienda
1-feb-12	15-nov-12	12	1000	12	Il medico competente e la formazione al primo soccorso in azienda
15-giu-12	15-dic-12	12	1000	12	Aggiornamento sulla diagnostica delle dermatopatie allergiche professionali

• I corsi di aggiornamento

SEZIONE/sede	DAL	AL	N° ore	Partecipanti	Crediti
Trentino Alto Adige/ Trento	20-apr-12	14-set-12	18	20	22,5

• I seminari

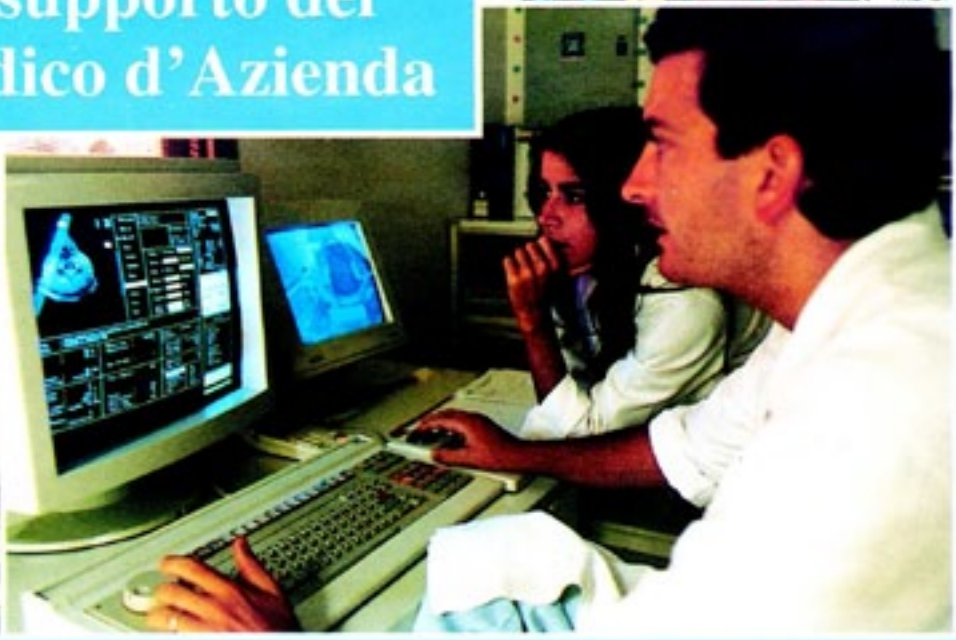
SEZIONE/sede	IL	N° ore	Partecipanti	Crediti	Descrizione
Piemonte/ Torino	02-lug-12	5	100	5	I rapporti tra MC, datore di lavoro, RSPP e RLS
Marche/ Ancona	28-set-12	5	100	5	Dall'office al mobile worker: nuove prospettive per il medico competente
Puglia/ Taranto	29-set-12	5	100	5	Rapporti e interazioni del medico competente con il Medico di famiglia e con le strutture sanitarie del territorio
Lombardia/ Milano	03-ott-12	8	15	10	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate
Lombardia/ Milano	06-ott-12	5	100	5	Educare alla salute l'autotrasportatore
Veneto/ Padova	12-ott-12	8	100	8	Accertamenti per uso di alcool e droghe sul lavoro. Novità introdotte dalle recenti normative
Emilia Romagna/ Bologna	12-ott-12	5	100	5	Ruolo e responsabilita' del MC nella prevenzione delle infezioni in ambiente di lavoro. Il caso della tubercolosi
Liguria/ Genova	19-ott-12	8	100	8	Il lavoro d'ufficio: problematiche emergenti e soluzioni
Umbria/ Perugia	20-ott-12	5	100	5	Micro e nano particelle: tecnologie, problematiche ambientali e tossicologiche
Marche/ Ancona	26-ott-11	5	100	5	Educare alla salute l'autotrasportatore
Piemonte/ Torino	05-nov-12	5	100	5	Il Medico Competente incontra l'esperto Giuslavorista
Puglia/ Taranto	17-nov-12	5	100	5	Aggiornamento sul rischio fisico: i campi elettromagnetici e NIR
Umbria/ Perugia	24-nov-12	5	100	5	Il lavoro d'ufficio oltre il VDT/PC: analisi, considerazioni e prospettive per la sorveglianza sanitaria
Lombardia/ Milano	30-nov-12	8	100	8	Educare alla salute nei luoghi di lavoro. Il caso del fumo di sigaretta

La programmazione completa e tutte le informazioni relative a ciascun evento saranno disponibili e aggiornate in tempo utile nei siti www.anma.it e www.anmafad.com.

H San Raffaele Resnati

Servizi di Medicina Occupazionale

Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda



Laboratorio di Base e Specialistico - Laboratorio di Igiene Industriale - Ecologia - Tossicologia - Poliambulatorio - Imaging - Consulenza nel Campo della Sicurezza e dell'Infortunistica - Indagini Ambientali - Unità Mobili

H San Raffaele Resnati S.p.A.

Servizi di Medicina Occupazionale

Via Santa Croce 10/A - Tel. 02/58187512 - Fax 02/8321645

Per informazioni: Servizio Promozione e Sviluppo - Tel. 02/26432099