Medico Competente Journal

Giornale Professionale e Scientifico

Occupational Physician Scientific and Professional Journal

EDITORIALE 2
- Sulla griglia di partenza pronti allo start up

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI 4
- Conclusioni GDL ANMA su indagine CERCAS Bocconi

UFFICIO & SALUTE 14
- Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista

ATTUALITÀ 26
- Ricordi del XXV Congresso Nazionale
- Rinnovo delle cariche sociali ANMA
- L'affettuoso ringraziamento del Collega Gambuzzi al nostro Presidente
- È successo a... Arenzano (GE)
- Screening Ergoftalmologico e medico competente

VITA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 35
- Vebale del Consiglio Direttivo ANMA
- Nuovo statuto ANMA
- Comitato Etico
- Mansionario Segretario Regionale
- Disciplinare per l'utilizzio del marchio ANMA

ANMA RISPONDE 46

DA LEGGERE IN POLTRONA 48
- Che cos'è l'uomo perché te ne ricordi

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

spedizione in abbonamento postale

ANMA ANNUNCIA
LA CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2013

Dal prossimo mese di gennaio prenderà il via la nuova campagna associativa:

anche nel 2013 ANMA offrirà ai propri Soci molteplici vantaggi, servizi, eventi e un ampio piano formativo.

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anma.it

Medico Competente Journal

ANMA

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 3/2012

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

Numero 3/2012
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
Martino Segato per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

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
Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio

(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 20012-2016)

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 bonifico bancario
presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: **IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22**)
o bollettino postale sul C/C n. **11199205**

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
Segr. Antonio Lo Izzo

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

SULLA GRIGLIA DI PARTENZA PRONTI ALLO START UP

EDITORIALE

Giuseppe Briatico Vangosa

Presidente ANMA

Archiviata la ricorrenza dei 25 anni di vita associativa, ampiamente celebrata a Milano nel corso del Congresso Nazionale, ci prepariamo alle sfide del prossimo quadriennio.
Il 7 luglio, nella prima riunione del rinnovato Direttivo, sono state fissate le direttrici su cui agire, successivamente perfezionate in obiettivi nella seconda riunione del Consiglio direttivo del 15 settembre u.s.

Siamo ora in attesa della conclusione delle operazioni di rinnovo delle segreterie territoriali per far scattare il semaforo verde o, come si dice in gergo tecnico, "sbottigliare l'impianto". Per dire il vero il semaforo verde non si è mai spento, tutto avviene in corsa, in continuità dato che … la vita continua.
Desidero portare all'attenzione di tutti, prima di accennare a quanto bolle in pentola, un altro momento celebrativo a mio avviso tanto gratificante e entusiasmante quanto il venticinquesimo di vita dell'ANMA: il risultato della nostra attività formativa. Ricorrono infatti in questi giorni 10 anni di impegno formativo iniziato nel novembre 2002, precisamente il 29 novembre, come provider 2103 con un evento dedicato al rischio biologico. Dal 29 novembre 2002 la nostra offerta formativa è stata continua, costante e copiosa. Lo dico con soddisfazione e, perché no, con orgoglio. Ringrazio qui tutti coloro che hanno reso possibile questo percorso dedicandosi e continuando a dedicarsi con genuino spirito di servizio. Dal 2 dicembre 2010 ANMA è provider nazionale accreditato secondo le nuove procedure con l'identificativo 670.

Non sto qui a dettagliare dati e statistiche, già ampiamente descritte in diverse occasioni. Permettetemi solo di affermare che il nostro risultato formativo è assolutamente in linea con gli indicatori presentati dalla Commissione ECM in più occasioni e ribaditi nel corso della recente 4a Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina svoltasi a Cernobbio il 15 e 16 ottobre u.s. Un sommario benchmarking dimostra che ci collochiamo nel top della classifica dei formatori ecm per numero di eventi (nel 2012, 41 eventi residenziali –RES- e 3 eventi di formazione a distanza –FAD); per numero complessivo di crediti erogati; per numero di crediti erogati al singolo professionista; per il costo medio degli eventi e per il costo del singolo credito.
Il nostro Piano Formativo per il 2013, ormai inserito in banca dati ECM, sarà a breve pubblicato e diffuso in modo da permettere ad ognuno di noi di orientarsi sulla proposta formativa.
Se la nostra attività formativa è strategica, non meno strategiche sono le altre attività istituzionali che l'Associazione deve curare nel rispetto e in coerenza con gli impegni dichiarati nel nostro Statuto.
La pro attività più che la reattività è lo stile comportamentale deciso dal Direttivo che lavorerà, come si diceva, per obiettivi. I segretari territoriali saranno concretamente chiamati, anzi lo sono già stati, a lavorare in feed back dinamico, sviluppando a livello locale e generale obiettivi condivisi, alcuni dei quali sono stati già soddisfatti come potete leggere in questo numero nelle pagine dedicate al report dell'attività del Direttivo.
Siamo quindi in corsa, pronti a tendere la mano ai segretari regionali di rinnovata e di recente nomina, per correre e concorrere tutti assieme alla crescita e al miglioramento continuo della nostra professionale.

CONCLUSIONI GDL ANMA SU INDAGINE CERGAS BOCCONI

Questa ricerca è stata resa possibile grazie al determinante contributo prestato dal Prof. Mario DelVecchio e dal Dr. Guglielmo Pacileo nelle fasi di progetto e di elaborazione. (CERGAS - Università Bocconi, Milano).

GDL ANMA,

Umberto Candura

Marco Saettone

Piero Patané

Rino Donghi

Premessa e scopo

ANMA ha ritenuto di procedere ad una verifica dello stato dell'arte della professione del Medico Competente (MC) mediante gli strumenti propri dell'economia e del management aziendale. Partendo difatti dall'idea di azienda che risponde a bisogni di salute e di benessere in campo lavorativo, abbiamo richiesto agli esperti del CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione della Assistenza Sanitaria e Sociale) di svolgere una prima analisi sugli assetti organizzativi e comportamentali della nostra professione, al fine di orientare gli stessi per uno sviluppo futuro più aderente alle richieste del mercato.

Gli scopi di tutela della professione previsti dall'art.2 dello Statuto ANMA possono rappresentare efficacemente le motivazioni che hanno indotto l'Associazione a commissionare questa ricerca .

Il rafforzamento dell'identità e del senso di appartenenza ad una comunità scientifica e professionale gioca difatti un ruolo fondamentale per rappresentare gli interessi – anche economici – di chi ne fa parte presso le sedi istituzionali.

ANMA ritiene confluenti gli obiettivi che si perseguono da anni di dare spessore scientifico, competenze tecnico-organizzative e relazionali, conoscenze giuridiche e gestionali alla figura del Medico Competente (MC), con quelli di una contestuale salvaguardia del decoro economico e del prestigio sociale della sua professione.

E' d'obbligo altresì premettere che alcune considerazioni svolte di seguito, partendo dall'analisi dell'attuale mercato, si rivolgono più ad uno scenario futuro che al presente della professione del MC . Lo scopo è di non trascurare oggi quegli aspetti deboli che possono prefigurare un domani condizioni di periferizzazione ed esautoramento del ruolo (da professione a funzione).

Per non commettere inoltre un banale errore di valutazione in questo percorso, ci siamo domandati quale sia in realtà la qualità media del prodotto offerto quotidianamente dai MC : presumibilmente inferiore a quella che traspare dalle vetrine congressuali o dalle occasioni di aggiornamento professionale.

Infine c'è da dire che i dati a disposizione sono certamente molto parziali, e non totalmente rappresentativi di tutto il territorio nazionale (il meridione è rappresen-

tato per il 10%), ma vi è una forte convizione che le conclusioni tratte dagli esperti siano molto vicine a rappresentare fedelmente lo stato dell'arte ed il probabile futuro della nostra professione.

Inoltre un primo dato che emerge dallo studio è un'età media avanzata del campione, con un'anzianità lavorativa media vicina ai 20 anni: manca il riscontro di quella componente di giovani professionisti alla quale sarà maggiormente richiesto di "tarare" il ruolo alle richieste del mercato, e sulla quale sarà necessario allargare nel prossimo futuro il nostro campo di indagine.

Materiale e metodi

ANMA ha iniziato una collaborazione con CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione della Assistenza Sanitaria e Sociale), che dal 1978 svolge ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo. Le ricerche svolte dal Centro generano conoscenze per l'aggiornamento continuo dei programmi di formazione manageriale della Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit della SDA Bocconi (Scuola di Direzione Aziendale) .

A questo prestigioso Ente è stata affidata un'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte della professione del Medico Competente. In particolare si è ritenuto funzionale ai nostri obiettivi di crescita professionale conoscere con maggiore dettaglio le modalità con il quale il MC fornisce al mercato i suoi servizi, acquisisce la sua formazione e l'aggiornamento professionale, si rapporta con i suoi interlocutori nel Sistema Impresa e nel sociale.

E' stato utilizzato lo strumento del questionario, anonimo ed inviato via mail o distribuito durante le attività di aggiornamento ECM, contenente una serie di quesiti distinti in 5 sezioni:

1) Dati anagrafici
2) Formazione professionale
3) Attività lavorativa attuale
4) Dimensione organizzativa e professionale
5) Stato e possibili evoluzioni della professione

Sono stare inoltre condotte alcune interviste con gli interlocutori istituzionali (capi e gestori del personale, imprenditori, rappresentati sindacali) allo scopo di rendere tangibile la percezione del ruolo del MC – con i suoi punti di forza e quelli di debolezza - nelle dinamiche che regolano la salute sui luoghi di lavoro .

Lo studio è stato condotto su 287 questionari che hanno risposto a requisiti minimi di chiarezza e completezza, ed i dati sono stati divulgati in occasione del XXV Congresso Nazionale ANMA tenutosi a Milano (14 – 16 giugno 2012).

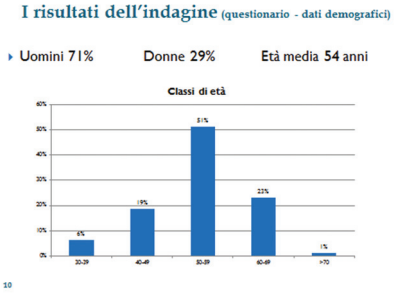
L'obiettivo che ci poniamo è quello di aiutare l'Associazione a capire ciò che accomuna la propria comunità professionale, sia nei comportamenti che nell'approccio al "mercato", cercando di allineare le attuali conoscenze in modo da orientare i possibili orizzonti per il futuro.

Risultati

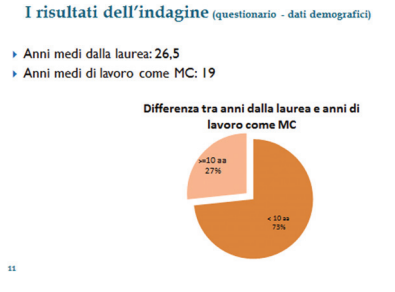
Dai dati preliminari raccolti emergono due fondamentali criticità che possono evolvere in elementi di preoccupazione per il futuro della professione:

1) la possibile esautorazione del ruolo – pur divenuto strategico sul piano normativo e giuridico – che rischia di divenire una semplice "funzione" in un sistema complessivo della Salute e Sicurezza del Lavoro fondato sulla valutazione del rischio;

2) la relativa lentezza con la quale la figura del MC si adegua ad un mercato dei servizi alle imprese che vede provider più attrezzati e dinamici – quali Società di Servizi – che offrono pacchetti integrati nei quali il MC rischia di non avere la giusta collocazione e peso.



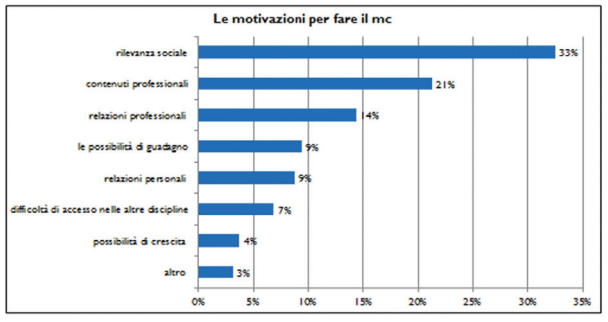
Il campione esaminato rappresenta una generazione già esperta (con età media di 54 anni, per il 75% over 50 e con circa 20 anni di attività come MC), per la gran parte (84%) specialista in Medicina del Lavoro.



Più della metà degli intervistati dichiara una motivazione iniziale basata sulla rilevanza sociale e sui contenuti professionali del ruolo, mentre meno del 10% è stato

mosso dall'idea della potenzialità di guadagno.

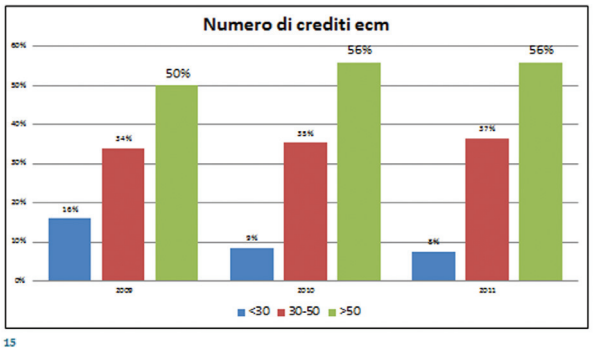
I risultati dell'indagine (questionario – formazione profess.)



13

Altrettanta numerosa è la percentuale di colleghi che cura il mantenimento delle proprie conoscenze attraverso un metodico aggiornamento professionale, nel 75% dei casi curato dalla stessa ANMA come provider ECM, e che richiede un investimento anche oltre i 1.000 €/annui nel 30% dei casi.

I risultati dell'indagine (questionario – formazione profess.)



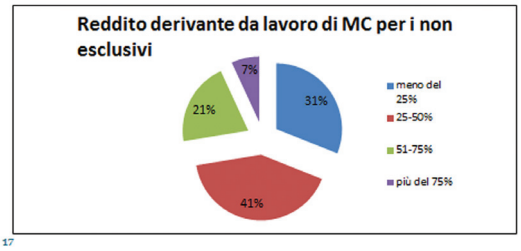
15

La scelta per una formazione residenziale, che va oltre il 90% degli intervistati, rispetto alla formula di formazione a distanza (FAD) è emblematica : la dinamica applicativa delle nostre conoscenze richiede evidentemente un confronto continuo con i colleghi, e l'obiettivo di buone prassi da condividere si traduce in un forte coinvolgimento ed una vivace partecipazione dei soci negli incontri di aggiornamento .

Aspetti critici possono derivare dalla dimensione del portafoglio clienti : in caso di "bassi volumi" il mantenimento delle quote di mercato ed il contrasto con la concorrenza di provider più attrezzati diviene difatti più problematico . In tal senso un segno di relativa debolezza è l'elevata percentuale (42%) di medici che dichiara di esercitare anche in un altro settore (nel 31% dei non esclusivi trattasi di medici di Medicina Generale), e l'altrettanta alta quota (44%) di colleghi che dichiara di seguire meno di 1.000 lavoratori/anno. Naturalmente per alcuni questa concentrazione nei volumi di attività può essere vissuto come un modo per mantenere alto il livello qualitativo delle prestazioni (e di partecipazione) e quindi di fidelizzazione del cliente.

I risultati dell'indagine (questionario – attività lavorativa)

- Il 58% dei rispondenti dichiara di lavorare solo come MC
- Tra i non esclusivi i più rappresentati sono di gran lunga i MMG



17

I risultati dell'indagine (questionario – attività lavorativa)

- Oltre l'85% riferisce di operare come libero professionista, dichiarando che in media l'80% del proprio tempo è impiegato in questo modo.
- Il 27% dichiara di lavorare come collaboratore di società di servizi privata, stimando in media il 46% del proprio tempo impiegato in questa modalità.
- Decisamente meno rappresentate le altre possibili modalità:
  - Libero professionista in forma associata
  - Collaboratore di società di servizi pubblica
  - Dipendente di società di servizi privata
  - Dipendente di società di servizi pubblica
  - Dipendente del DDL

D'altra parte le maggiori dimensioni dell'attività ha tra l'altro il vantaggio di rendere più visibili, in un mercato nel quale l'acquisizione di nuove aziende avviene nel 73% attraverso le relazioni professionali.

La dimensione numerica dell'azienda cliente è spesso una caratteristica legata all'area geografica di appartenenza : non è un caso forse che la stessa percentuale di colleghi (36%) dichiarino una significativa percorrenza chilometrica (> 20.000 km/anno) ed una distribuzione della propria attività in più di 50 aziende (il 12% lavora in più di 100 aziende e percorre più di 40.000 km/anno) .

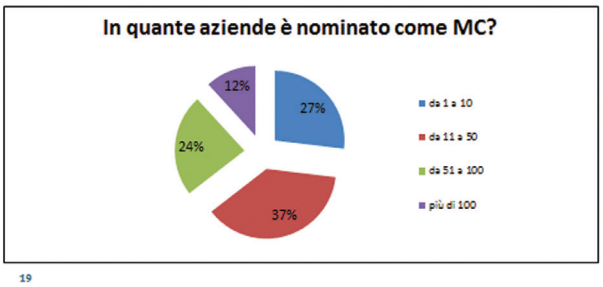
La frammentazione dell'attività in numerose realtà di piccole dimensioni moltiplica gli sforzi di partecipazione e di adeguamento del medico, prospetta maggiori rischi sotto il profilo giuridico, riduce la possibilità di creare economie di scala, ma forse "protegge" maggiormente in un mercato già di per sé polverizzato, dove la perdita della grossa azienda – magari votata al risparmio – rappresenterebbe un forte contraccolpo economico per il singolo professionista.

D'altra parte le richieste emergenti di interventi in azienda legati a nuovi obblighi (vedi le visite a richiesta o al rientro da lunghe assenze) ed il peso crescente degli adempimenti burocratici legati alle visite mediche (per il 36% degli intervistati essi occupano più della metà del tempo di visita), rendono più ardua l'organizzazione dell'attività al crescere del numero di piccole aziende clienti.

Come si chiarirà meglio oltre, è proprio la modalità di esercizio della professione (libero professionista ovvero associato o collaboratore di società di servizi) un punto cruciale sul quale si concentra l'analisi critica degli esperti del CERGAS. Rappresenta ancora la stragrande maggioranza (85%) il gruppo di MC che dichiara di svolgere l'attività da libero professionista in modo prevalente, mentre per altri 27% la forma di associazione è data da una collaborazione più o meno discontinua con Strutture di Servizi gestite da altri. Decisamente residuale è la quota di medici dipendenti o di liberi professionisti associati. Questo passaggio appare topico perche si ritiene necessaria una svolta epocale del modo di lavorare del MC, sempre più indotto dal mercato a non rinunciare ai vantaggi potenziali dell'associazionismo.

I risultati dell'indagine (questionario – attività lavorativa)

- In media il 74% del reddito dei MC che hanno risposto al questionario deriva da rapporti con aziende private



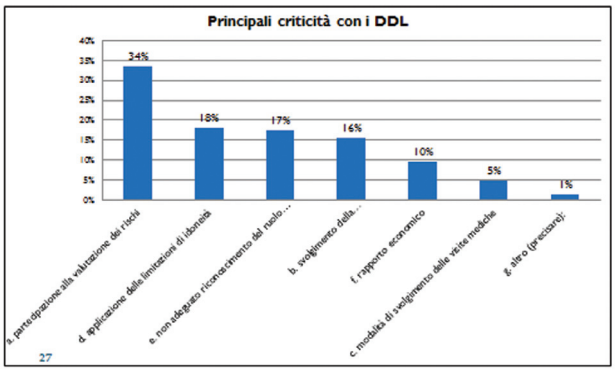
19

I risultati dell'indagine (questionario – attività lavorativa)

- I MC intervistati dichiarano di impiegare in media:
  - Il 55% del proprio tempo in aziende del settore secondario
  - Il 41% nel terziario
  - Il 4% nel settore primario
- Per quanto riguarda le dimensioni, dichiarano di impiegare in media:
  - Il 28% del proprio tempo in grandi aziende (>250 dipendenti)
  - Il 28% in microimprese (<10 dip)
  - Il 26% in piccole imprese (<50 dip)
  - Il 18% in aziende di medie dimensioni (<250 dip)

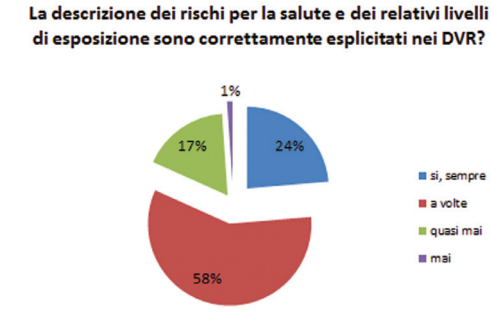
In merito agli aspetti applicativi della professione spicca la criticità della collaborazione alla valutazione del rischio (nel 34% dei casi), ed il corretto svolgimento della formazione (16%) , che va evidentemente interpretato come una ancora carente percezione del ruolo complessivo del MC, figura rimasta relegata all'effettuazione della sorveglianza sanitaria (il cui svolgimento non mostra soverchie difficoltà nel 95% degli intervistati). Ciò contribuisce a creare una sensazione di un inadeguato riconoscimento del ruolo (17% dei casi) ed in alcuni casi (un 10% forse un po' sottostimato) un prioritario problema di inadeguatezza nel riconoscimento economico.
Questo risultato si sovrappone solo in parte con quanto emerso dalle interviste ai key informant.

I risultati dell'indagine (questionario – organizz. – profess.)



La Sezione finale del questionario ha raccolto dati relativi alla percezione dello stato attuale e delle possibili evoluzioni del ruolo professionale, con quesiti incentrati sulle criticità legate allo sfavorevole momento congiunturale , sulle fonti dei futuri cambiamenti organizzativi e gestionali, e sulle piste di sviluppo più promettenti. Va premeso che in questa Sezione emergono diversità di opinione che spesso si equivalgono in termini percentuali, avendosi solo in alcuni casi orientamenti che accomunano più dei 2/3 dei colleghi.

I risultati dell'indagine (questionario – organizz. – profess.)



Possiamo sinteticamente affermare che è preminente la convinzione che il ruolo del MC abbia una crescente considerazione per l'attenzione che oggi si rivolge al tema della salute sul lavoro, ma la conseguente innovazione dei contenuti professionali può indurre una significativa crisi di identità (d'accordo il 52% degli intervistati), aggravata dalla sfavorevole contingenza economica che può accentuare elementi di crisi con i Datori di Lavoro clienti.

Gli scenari futuri relativi a possibili cambiamenti organizzativi comunque rimangono saldamente ancorati alle innovazioni legislative - è la convinzione del 77%

degli intervistati - a supporto di una professione che si reputa comunque condizionata , ma anche "tutelata", nel prossimo decennio dagli obblighi di legge. Ciò viene confermato dal fatto che circa il 70% dei colleghi vede il rafforzamento della legislazione a favore della tutela della salute dei lavoratori come una prospettiva di sviluppo della professione, e circa il 50 % ritiene che il potenziamento dei controlli degli Organi di Vigilanza possa favorirla! (non si abbandona l'idea che i nostri migliori datori di lavoro sono gli OdV…).

I risultati dell'indagine (questionario - evoluzioni)
Come vedi il ruolo del MC oggi?

	a. in crescita per l'attenzione ai temi della salute sui luoghi di lavoro	b. un ruolo con importanti elementi di innovazione professionale	c. un ruolo con importanti elementi di innovazione tecnologica	d. un ruolo con elementi di crisi legati alla identità professionale	e. un ruolo con elementi di crisi legati all'evoluzione dei processi produttivi	f. un ruolo con elementi di crisi legati al quadro economico	g. un ruolo con elementi di crisi rispetto al ricambio demografico dei medici	h. un ruolo con elementi di crisi rispetto al rapporto con i clienti
Molto d'accordo	20%	18%	14%	24%	15%	37%	7%	18%
d'accordo	38%	48%	29%	32%	25%	34%	26%	35%
In parte	38%	29%	45%	30%	33%	25%	39%	34%
In disaccordo	4%	5%	12%	14%	27%	4%	28%	13%

A quanto pare, però, la preminenza del quadro normativo non viene considerato un elemento di assoluta protezione (e questo possiamo considerarlo anche un elemento favorevole per gli aspetti che analizzeremo in seguito) : ben il 49% dei MC non ritiene infatti impossibile che la crisi economica non possa modificare i processi che regolano attualmente la tutela della salute nei luoghi di lavoro. Inoltre il quadro economico sfavorevole viene sicuramente ritenuto in grado di incidere, come detto, sul livello dei rapporti con i DDL, e quindi in definitiva influire negativamente sul complesso delle attività di consulenza (67%).

Non disgiunto da quanto appena detto è che per molti (55%) inciderà sul mercato il ruolo crescente delle Società di Servizi, ed in questo ambito le prospettive di sviluppo passano secondo la maggioranza degli intervistati dal rafforzamento e la diversificazione dei servizi legati alla promozione della salute (74%), dall'associazionismo tra colleghi ai fini di un'offerta di servizi integrati (63%), dalle innovazioni tecnologiche a supporto degli obblighi documentali e della sorveglianza sanitaria (69%).

I risultati dell'indagine (questionario - evoluzioni)
Le fonti dei cambiamenti organizzativi saranno:

	a. modificazioni della legislazione	b. innovazioni tecnologiche dei cicli produttivi	c. modificazione dei comportamenti dei datori di lavoro	d. modificazione dei comportamenti degli organi di controllo	e. modificazione dei comportamenti /aspettative dei lavoratori e loro rappresentanti	f. crescente ruolo delle società di servizi
Molto d'accordo	29%	24%	22%	13%	18%	17%
D'accordo	48%	42%	40%	47%	40%	38%
In parte	21%	30%	33%	34%	38%	30%
In disaccordo	2%	4%	5%	6%	4%	15%

I risultati dell'indagine (questionario - evoluzioni)
La crisi economica:

	a. modificherà i processi che regolano la tutela della salute nei luoghi di lavoro?	b. lo stato economico delle aziende influenzerà il tuo lavoro?	c. la crisi sta cambiando i comportamenti dei DDL?
Molto d'accordo	23%	35%	31%
D'accordo	28%	32%	35%
In parte	37%	28%	24%
In disaccordo	12%	5%	10%

Ci sembra infine incoraggiante, ed in linea con le recenti iniziative di aggiornamento professionale svolte da ANMA, che si veda con molto favore la maggiore collaborazione con le altre discipline mediche ed il rafforzamento dei rapporti con gli Istituti Accademici e di Ricerca. Si avverte che le potenzialità di sviluppo da esplorare evidentemente siano anche quelle di un rafforzamento del patrimonio culturale e delle evidenze scientifiche della disciplina, in modo da rendere la professione stessa rilevante per il mondo esterno.

Considerazioni

L'analisi preliminare degli esperti del CERGAS ci restituisce con maggiore chiarezza , e con un'adeguata terminologia economica, molte impressioni e percezioni del nostro vissuto quotidiano, individuando con sorprendente precisione punti di forza e di debolezza della professione.

Lo studio parte dal presupposto che l'attuale situazione del mercato delle consulenze impone una profonda riflessione sulle modalità con le quali difendere e possibilmente migliorare la posizione del MC, la quale non può più basarsi (semmai fosse stato giusto farlo) sulla esclusività imposta dalla Legge (captive demand). Oltretutto la storia insegna che basta un emendamento legislativo (art.1-bis) per produrre profondi cambiamenti nel rapporto domanda/offerta di servizi .

Il timore (ed a volte la percezione personale) è che si siano portate avanti straordinarie conquiste sul piano

della difesa normativa della professione e del rafforzamento strategico del ruolo, mancando però al momento una figura professionale mediamente attrezzata per percepirne l'importanza e le potenzialità di crescita.
Tutti gli sforzi associativi legati allo sviluppo di qualità del ruolo, ed alla sua integrazione con un sistema economico che non si fermi al perimetro aziendale, reclamano un codifica sostanziale, un "sapere condiviso" che sia uno strumento di identificazione , ma anche "nella convinzione che ciò rappresenti, innanzitutto, un vantaggio per i destinatari dei servizi e la società in genere".
Si condivide l'idea che lo sforzo non può che essere organicamente condotto su più fronti, ma al riguardo si ritiene essenziale avere a disposizione uno strumento fondamentale di crescita quale la Formazione Continua ECM, e l'eccezionale opportunità di esserne Provider. Uno strumento che dovrà quindi sapientemente far tesoro delle conclusioni della presente ricerca per indirizzare al meglio l'aggiornamento professionale. Per usare le parole degli esperti : "orientare la professione verso un modello di esercizio prevalente, in grado di rappresentare meglio la natura e l'importanza del ruolo svolto" consentirà di innalzare gli standard di appartenenza.
Se tuttora la prevalente percezione del servizio offerto al DDL viene connotata da scarsa partecipazione alla valutazione dei rischi , dal poco tempo dedicato ai sopralluoghi , dalla durata a volte imbarazzante delle visite mediche , vorrà forse dire che non sempre l'attenta analisi dell'evoluzione normativa e delle trasformazioni del mondo del lavoro – pur oggetto di svariati documenti associativi – si è trasferita sul campo in uno sforzo collettivo di ampliamento e consolidamento delle prestazioni. E' forse evidente che il rafforzamento del sapere e delle basi disciplinari non viene sufficientemente avvertito come uno strumento competitivo in un mercato bloccato (captive), ma potrà esserlo laddove sia in gioco addirittura la sopravvivenza del ruolo.
In altre parole sembrerebbe che la "preminenza del quadro normativo sulle dinamiche del sapere" faccia ipotizzare un malinteso monopolio sul mercato della sorveglianza sanitaria, che porta ad una massificazione degli interventi, con scarsa attenzione alla loro qualità e diversificazione. Al riguardo è interessante la lettura che gli esperti fanno dell'evoluzione normativa, che ha spostato l'attenzione (anche del mercato) dagli aspetti propriamente sanitari alla valutazione del rischio, aprendo la strada ad una maggiore competitività di soggetti come Società che offrono servizi integrati a maggiore valore aggiunto. Il MC cessa quindi di essere una figura centrale nella trattativa e rischia il ruolo di "gadget".
Questo è un altro motivo per affermare che la norma non può essere da sola motivo di successo ed i vantaggi legati ad un monopolio vanno saggiamente consolidati, accrescendo il bagaglio di esperienza specifica, sviluppando economie di scala , differenziando i propri servizi, allo scopo di contrastare i c.d. nuovi entranti . In un mercato virtuoso così maturato è interessante l'affermazione che : "…la concorrenza tra Medici Competenti potrebbe essere una risorsa per tutti"

Il modello ANMA

Anche il recente contributo del GdL ANMA al Congresso di Milano sottolineava la faticosa strada intrapresa dal MC per un cambiamento sostanziale (inteso come ampliamento e differenziazione) non solo del suo sapere, ma anche del suo modo di apprendere e di esercitare la professione.
Difatti da anni si propugna un modello di attività che sia relegata al minimo all'interno di un ambulatorio o un'infermeria di fabbrica, allo scopo di incidere maggiormente sulle procedure di analisi organizzativa e valutazione dei rischi; più recentemente si richiede di intervenire nella prevenzione e nel controllo dei comportamenti a rischio ai fini della sicurezza anche di terzi (sviluppando tra l'altro tecniche di counselling e comunicazione); contestualmente è sempre più marcato il coinvolgimento – attraverso pareri tecnici – in alcune scelte strategiche aziendali legate alla gestione delle risorse umane (disabili, neoassunti, non idonei, CIG, ecc.), alla tecnologia produttiva (macchinari ,sostanze, ecc.), alla definizione di procedure. Del tutto emergente (ma non certo nuovissimo) il ruolo di "addetto alle relazioni esterne", funzionale ai contatti istituzionali con Organi di Vigilanza ovvero Enti di Certificazione, od ancora con Istituti di Ricerca per attività di promozione della salute.
Se prima era d'obbligo uscire dall'infermeria, oggi l'imperativo potrebbe essere quello di uscire dalla fabbrica! Non è solo uno slogan : si vuol dire che l'evolu-

zione storica del ruolo e della normativa , la trasformazione tumultuosa delle organizzazioni lavorative, la crescente domanda di benessere e di integrazione negli ambienti di lavoro, l'osmosi sempre crescente di problematiche tra lavoro e società, non consente più di svolgere con efficacia la propria attività rimanendo entro i confini tradizionali della fabbrica.

Molti di noi hanno condiviso l'idea – all'indomani dell'approvazione del Testo Unico – che fosse un'imperativo anche etico riconsiderare le stime di impegno (orario ed economico) per le Aziende, alla luce di una maggiore centralità del ruolo del MC, e dei nuovi profili di responsabilità che si prospettavano. A regime sarebbe interessante capire in quanti casi sia stato possibile attuare questi buoni propositi e quanto sia stato premiante sul piano del decoro complessivo del rapporto. Difatti se da tempo postuliamo l'integrazione del MC nel contesto del sistema economico e sociale come strumento irrinunciabile per rendere efficace il ruolo di tutela, lo studio CERGAS dimostrerebbe che essa è anche una chiave di successo per il mercato, attraverso l'aumento del valore percepito del prodotto e la fidelizzazione del cliente.

A questa promozione associativa del ruolo fa oggi da contraltare la giurisprudenza recente che sembra appunto richiedere uno status professionale che incida trasversalmente nelle vicende aziendali e risponda pienamente alle aspettative "sociali" del ruolo.

Le strategie di sviluppo

Uno dei cinque elementi – tra loro interconnessi - su cui si fonda una professione è dato dalla base delle conoscenze, essendo gli altri la ricerca, il mercato, il quadro normativo e le Istituzioni. La Medicina del Lavoro nella sua accezione accademica sembra aver progressivamente impoverito il suo patrimonio culturale e la sua spinta nella ricerca.

Per quanto detto siamo invece convinti che – a fronte di un progressivo impoverimento dei contenuti del sapere tradizionale – una (nuova) disciplina (o forse un rinnovamento del patrimonio di conoscenze tradizionali) ci offre oggi paradossalmente molte più opportunità per "sopravvivere" sul mercato con una diversa e più accresciuta identità, a patto di non creare resistenze legate a vecchie rendite di posizione ed accettare il cambiamento (adeguarsi al maggior dinamismo degli altri attori). In questa nuova impostazione il cappello normativo potrebbe essere paradossalmente un freno e non un vantaggio.

Riteniamo cioè che anche la nostra famiglia professionale possa mettere in campo strategie di sviluppo basate sulla connessione tra espansione del campo potenziale di intervento e crescita della specialità. Quest'ultima deve quindi – a rigore – differenziarsi dalla Medicina del Lavoro che ha perso progressivamente campo potenziale di applicazione ed identificarsi in un'altra fattispecie (Medicina Aziendale?, Occupazionale?, delle Comunità?), che possa seguire maggiormente il progresso scientifico e la domanda di salute, e rendersi più indipendente dalla preminenza del quadro normativo. (Ci si rende conto che questo smarcamento non può essere accettato sul piano della matrice culturale, che deve essere anzi ribadita e rivalutata attualizzandola).

In questo senso andrebbe raccolto l'invito alla "attivazione di gruppi di ricerca, anche multidisciplinari, sui temi maggiormente rilevanti con il fine di produrre evidenze scientifiche". In questa ottica appare funzionale puntare ad una collaborazione con il mondo accademico od altri Enti di ricerca, senza escludere la possibilità di andare avanti da soli, magari creando gruppi di lavoro multidisciplinari finalizzati alla identificazione dei temi rilevanti per la disciplina e per il contesto in cui opera, definendo gli strumenti adeguati (borse di studio a favore di ricercatori impegnati su temi di interesse, finanziamento di progetti in linea con quanto definito dai gruppi di lavoro, ecc.) .

E' noto inoltre che si sta vivendo un acuto contrasto tra una professione tuttora "protetta" (e progressivamente riempita di contenuti) da norme precise, ed una contingenza economica tutt'altro che florida , che impone severe restrizioni ai budget aziendali pubblici e privati e privilegia spesso scelte puramente economiche nelle politiche di Salute e Sicurezza delle imprese. Altrettanto vero che è d'obbligo ragionare in prospettiva – ipotizzando scenari di professione che saranno sempre condizionati da alternanze di contingenze economiche - e che quindi debbano rendersi in qualche maniera da esse indipendenti. Inoltre da tempo gli stessi economisti sostengono il vantaggio competitivo della prevenzione sui luoghi di lavoro, ed anche recentemente l'ILO (Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. OIL, Ginevra 2010) ri-

badisce che : "…la sicurezza fa bene alla produttività delle imprese e alla qualità dell'occupazione". Pertanto, nonostante la recessione economica mondiale, molti stakeholder si stanno attivando per assicurare il mantenimento degli standard di Salute e Sicurezza sul Lavoro , e da qualche tempo vi sono incoraggianti esperienze di sanità integrativa nelle imprese (welfare aziendale).
Da tempo ANMA è impegnata a diffondere argomentazioni e lavori sul ruolo socioeconomico del MC, ma riteniamo ancora insufficiente la convinzione dei colleghi su questo punto e marginali i tentativi di valutare gli interventi con metodologie di costo-efficacia. A riprova di ciò depone anche il tono alquanto rassegnato delle risposte formulate ai quesiti relativi alle conseguenze dell'attuale crisi economica: ben più del 50% dei colleghi ritiene che l'attuale contingenza influenzerà negativamente il proprio lavoro ed i comportamenti dei DDL. Eppure il reale convincimento di perseguire gli obiettivi economici della singola impresa e del sistema-paese attraverso (anche) una strategia globale di salute e sicurezza occupazionale dovrebbe annullare la cultura della diseconomia e del rispetto formale della norma.
In ogni caso riteniamo che proprio nei momenti più critici bisogna raddoppiare gli sforzi per far percepire il valore aggiunto del servizio offerto e la necessità di ragionare oltre la cogenza della norma.
Da quanto finora detto sembra prospettarsi un modello ANMA di MC per il quale va addirittura "stretta" la declaratoria di compiti prevista dalla Legge, e nel quale vi è coscienza che l'efficacia del ruolo si avvale di stumenti dati da un'esperienza non codificata, che possa esprimersi ben al di là dei confini dell'impresa.
E' un concetto che sembra ribadito dagli orientamenti degli intervistati circa le prospettive future di sviluppo della professione, tra le quali sono viste con favore iniziative di collaborazione con le Istituzioni per la ricerca (Università, INAIL, ecc.) nei due terzi degli intervistati , e di confronto più serrato con altre discipline mediche nell'80% dei casi, oltre ad auspicare una maggiore incidenza futura di servizi integrati di promozione della salute, pur confidando (il 70% circa) in un rafforzamento della legislazione a sostegno della salute dei lavoratori.
Un accenno merita l'apparente paradosso legato alla collaborazione del MC alla Valutazione dei Rischi: se da più parti (DDL, Magistratura, Documenti Commissione Parlamentare sulle morti bianche, ecc.) si denuncia la latitanza del MC su questo tema, da parte di una buona parte dei MC intervistati (34%) si lamenta che la maggiore criticità (difficoltà operativa) incontrata è proprio partecipare alla Valutazione del Rischio. Bisognerà mettersi d'accordo una buona volta sulle reali responsabilità, e magari capire che non sempre al MC è data autonomia neanche per i periodici sopralluoghi negli ambienti di lavoro.

Quali modalità nell esercizio della professione

Oltre all'impoverimento delle basi disciplinari, un limite segnalato allo sviluppo del ruolo del MC sembra essere il modello prevalente del Libero Professionista , consulente free lance, (l'85% del campione) non supportato da una struttura associativa ed amministrativa, che oltretutto nel 40% dei casi non svolge a tempo pieno la professione di MC, rimanendo penalizzato dalla dimensione del portafoglio clienti sia come forza di penetrazione nel mercato, sia forse da un limitato sforzo di rafforzare le basi disciplinari della professione.
Poiché trattasi in un terzo circa dei casi di MMG che fanno anche i MC, e poiché tanti partecipanti ai nostri corsi sono anche MMG, pensiamo sia maturo il tempo di confronti più organici tra le due figure, tra le quali l'attuale orientamento legislativo auspica peraltro un dialogo sempre più costruttivo (v. Seminario Taranto, settembre 2012). Naturalmente l'auspicata collaborazione non deve confondere i rispettivi ruoli ed ambiti di competenza, ma è finalizzata all'efficacia di un network territoriale per la tutela della salute, nel quale sia chiarito il corretto flusso delle informazioni tra gli attori.
Il dibattito sulle modalità organizzative con le quali si esercita la professione si confronta con radicate consuetudini e diversità legate ai contesti territoriali e socioeconomici (grossi centri urbani o provincia), tipologia dei fruitori dei servizi offerti ed altro. Ma dalle conclusioni degli esperti non sembrano trapelare dubbi: il futuro è fatto da associazioni, variamente modulate, di MC che mettono insieme il loro sapere, il loro portafoglio clienti, la loro mobilità territoriale per rispondere meglio e più efficacemente alle esigenze dei DDL, rappresentando anche una valida alternativa alle attuali Società di Servizi.

Difatti : "maggiori volumi di attività rappresentano una difesa verso i nuovi entranti nel mercato aumentando la capacità di resistenza o almeno quella di negoziazione". Naturalmente si lascia intendere che vanno studiate le varie tipologie di inquadramento giuridico, che consentano di trarre il giusto vantaggio fiscale dell'associazione tra colleghi .

Sono diversi i vantaggi che gli esperti attribuiscono ad una professione svolta in associazione tra colleghi; l'associazionismo a vario titolo:

1) aumenta la circolazione della conoscenza;

2) favorisce una maggiore indipendenza nella relazione economica con il datore di lavoro e di conseguenza una maggiore autonomia decisionale;

3) favorisce la condivisione delle responsabilità nei casi più difficili, con conseguenze non solo sulla qualità del servizio ma anche sulla tutela del medico competente;

4) consente una riduzione dei costi attraverso economie di scala ossia di riduzione dei costi di produzione legata alla centralizzazione di tutta una serie di funzioni di supporto altrimenti a carico dei singoli medici;

5) consente una maggiore aderenza alle diverse esigenze dei clienti che spesso lamentano la "latitanza" del medico competente dopo le visite periodiche;

6) consente di venire incontro alla crescente domanda da parte dei datori di lavoro di avere pacchetti di servizi integrati e un unico interlocutore;

7) consentirebbe infine anche di costituire un'alternativa alle società di servizi per i neo medici competenti con vantaggi sia per i giovani medici che per la comunità in termini di maggiore coesione.

Ad li dà di qualche virtuoso esempio di collaborazione strutturata tra colleghi, l'esperienza abituale del MC è invece quella di collaboratore di Società di Servizi – gestite da altre figure economiche - che intercettano pienamente le richieste del mercato, offrendo una molteplicità di servizi, anche legati alla sicurezza tecnica, con i costi (anche troppo) contenuti di chi riesce a sviluppare quelle economie di scala non permessi al singolo professionista .

Non si può quindi negare – anche per una ricca aneddotica riferita dai colleghi – che il futuro del singolo professionista appare segnato, al di là di quella residua capacità di fidelizzazione che si riesce a mantenere, grazie soprattutto al valore dell'esperienza. Significativo al riguardo che il 51% degli intervistati dichiara di far eseguire gli accertamenti integrativi a Società di Servizi, che sembra un modo per adeguarsi ad un orientamento del mercato e per creare reciproci vantaggi organizzativi.

Per quanto detto quindi appare fuori luogo ed anacronistico contrastare una realtà sempre più significativa del mercato, e che il 55% degli intervistati ritiene che avrà un ruolo sempre crescente nel futuro, ed anzi sembra necessario precisare:

1) è possibile lavorare bene e contribuire ad una buona immagine del MC anche all'interno di Società di Servizi (dichiara di farlo il 27% degli intervistati), fin tanto che gli aspetti "di quantità", indispensabili per il buon andamento del business, vengano coniugati con equilibrio con i "contenuti" della professione e le richieste emergenti del mercato.

2) vanno apprezzati i vantaggi che tali Soggetti creano, come la maggiore penetrazione del mercato, l'economia di scala, una maggiore circolazione delle conoscenze, ma anche il coinvolgimento di contesti economici tradizionalmente più marginali. Anche le PMI e le microimprese possono giovarsi cioè di servizi con standard mediamente di buon livello attraverso Società di consulenza ben strutturate.

3) se è vero che l'esperienza recente depone per una crescente richiesta di consulenza "globale" , deve essere necessariamente un punto a favore del marketing della Società proponente prospettare un MC in grado di interpretare a 360° il ruolo.

4) in una logica di "global service" il MC dovrebbe mettere a frutto la sua naturale tendenza al lavoro in team ed alla multidisciplinarietà.

Rimane naturalmente una ferita aperta la politica tariffaria generalmente adottata dalle Strutture di cui sopra, che sembra non conoscere in molti casi argini deontologici, limiti di decenza e confini geografici. Anche su questo versante si risente la preminenza del ruolo tradizionalmente clinico del MC rispetto alla figura di consulente "globale", e la contrattazione rimane malinconicamente ancorata al numero delle visite mediche e degli accertamenti integrativi . Ciò sembra peraltro in contrasto con l'idea di una "diversificazione" dei prodotti che rappresenta generalmente una molla competitiva del mercato (matrice di Ansoff).

Non si vuole qui ingenuamente tentare una difesa di strumenti resi obsoleti dalle attuali regole di mercato (vedi tariffari minimi), ma sarebbe corretto almeno conoscere e condividere – almeno nella Pubblica Amministrazione - costi minimi di esecuzione di alcune prestazioni (per non parlare del costo orario del personale specializzato) per rendersi conto che in molti casi è materialmente impossibile soddisfare alcuni capitolati di appalto alle tariffe richieste.

Per contrastare questa guerra al ribasso non basta invocare neanche strumenti di accordo tra i competitor, in un mercato nel quale la domanda rimane comunque alta e potrebbe teoricamente consentire di mantenere quanto meno decoroso il livello economico delle contrattazioni.

Conclusioni

Secondo l'esperienza acquisita in altre famiglie professionali in campo medico, le strategie di sviluppo devono basarsi su:

1) un'espansione del campo di intervento
2) un rafforzamento delle basi del sapere

Si intende quindi essenziale ampliare l'area di potenziale applicazione della
nostra "competenza" tecnica (anche nel mondo esterno alla "fabbrica"), e lavorare per una crescita delle basi scientifiche e tecnologiche della disciplina, soprattutto sviluppando prove di efficacia degli interventi, ai fini di una validazione degli stessi sul piano etico ed economico.

Aggiungiamo inoltre come sia necessario sviluppare una coscienza del valore socioeconomico del servizio offerto dal MC, a partire dall'interno della stessa famiglia professionale, per essere poi più convincenti con i nostri interlocutori istituzionali.

In confronto alle risibili parcelle riconosciute per singoli atti medici evidentemente ritenuti "di routine" (in alcuni capitolati spesso pubblici, ovvero in alcuni "listini" di Società di Servizi), appare impossibile qualsiasi traduzione economica di interventi di riconosciuta valenza in chiave di equilibri aziendali (visite al rientro, partnership territoriali, gestione disabilità, procedure per certificazioni aziendali, ecc.).

Per quanto attiene le modalità di esercizio della professione, proprio perché in chiave mercato fruire della norma come "driver del successo" non può funzionare alla lunga, è necessario pensare a formule di associazionismo che rendano più moderno e competitivo l'approccio con gli acquirenti.

Ciò dovrà tra l'altro contribuire a rafforzare la catena del valore percepito del servizio: una buona gestione della contrattualistica è un primo passo per dare la giusta enfasi alle prestazioni spesso misconosciute ma a maggior valore aggiunto!

In effetti il margine unitario legato alle prestazioni legate alla visita del MC – correlato generalmente ai grandi numeri - è già fortemente penalizzato rispetto alle altre specialità, e non vi è ragione per cui non vadano adeguatamente quantificate le altre prestazioni a partire dalla collaborazione alla valutazione del rischio.

"Far capire la differenza" di un servizio di valore non è certamente semplice, e probabilmente non è un obiettivo che si raggiunge con la sola buona volontà dei MC, ma questi ultimi devono capire che la tutela garantita dalla norma o dalla relativa carenza dell'offerta di specialisti può trasformarli come detto in una "funzione" accessoria di un pacchetto gestito da altri soggetti .

Un altro aspetto – magari più pragmatico – riguarda l'attuale profilo sanzionatorio anche per inadempienze formali, che pone spesso il MC nella scomoda posizione di essere il soggetto più a rischio e meno pagato!

Sviluppare i potenziali punti di forza in questo momento storico significa quindi :

1) rafforzare una debolezza "culturale" del ruolo e contrastare la conseguente massificazione sviluppatasi all'ombra della norma;
2)gli obiettivi e le opportunità di confronto con le figure tecniche, le altre specialità ed associazioni mediche;
3) orientare le attività di formazione ed aggiornamento verso una codifica più attuale della disciplina;
4) promuovere una coscienza economica e sociale del ruolo;
5) incoraggiare formule associative ed una sana imprenditorialità tra i MC.

Tutto ciò deve contribuire senza dubbio a quell'innalzamento degli standard di appartenenza che possa consentire una maggiore visibilità e coesione della categoria tra gli interlocutori del mercato e nella collettività.

L'attuale leadership associativa non può evidentemente defilarsi da questo delicato ed impegnativo compito che condizionerà in buona sostanza il futuro ed il destino della professione.

Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista

Relazione presentata al Seminario 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano (GE) 19 ottobre 2012.

Paolo Santucci

Consigliere nazionale ANMA

Accertamenti sanitari di primo livello: ruolo del medico competente

Con la pubblicazione del D.Lgs.81/08 e s.m.i. il medico competente ha trovato alcune definizioni che per la prima volta precisano le caratteristiche della propria attività professionale. Egli è nominato "per effettuare la sorveglianza sanitaria", che viene definita come (art.2) "insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa".
Viene perciò ribadita la specificità dell'attività di medico competente che, unico sanitario nel suo genere, effettua la sorveglianza sanitaria con stretto riferimento ad ambiente, rischi e modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, ai fini della formulazione del giudizio di idoneità.
Inoltre l'art.39.5 ricorda che "il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri".
Entrando nello specifico di questo studio, l'obiettivo dello screening (dall'inglese to screen = scremare) ergoftalmologico non consiste nella diagnosi o nella cura della patologia oftalmologica di competenza dello 'specialista', bensì nella 'scrematura' o selezione dei casi, come avviene in altri campi della medicina del lavoro, che presentano alterazioni ancora reversibili, predittive di possibili stati patologici conclamati, connessi in tutto o in parte con il lavoro.
L'attività di ogni altro medico, coinvolto dal datore di lavoro nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, assume per Legge un ruolo complementare e subordinato a quello svolto dal medico competente.
Il recente dettato normativo rinforza perciò il ruolo del medico competente e soprattutto la sua titolarità nell'attività di primo livello che, attraverso la selezione dei casi e l'eventuale apporto diagnostico dello specialista, rimane finalizzata al rilascio od al rinnovo dell'idoneità alla mansione specifica.

Da questa premessa scaturiscono gli obiettivi dell'indagine:
1) L'analisi dell'efficacia di un modello di screening ergo-oftalmologico per il medico competente in grado di gestire il primo livello della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti al rischio "uso di attrezzature munite di videoterminali".
2) L'analisi della collaborazione fra medico competente e specialista oftalmologo, coinvolto ai sensi dell'art.39.5, nei casi in cui il primo livello

di sorveglianza sanitaria ne evidenzi la necessità.
Va ricordato che per 'efficacia' si intende il rapporto tra risultati ed obiettivi; si è efficaci quando si raggiungono gli obbiettivi e quando si fanno le cose giuste. In ambito sanitario l'efficacia viene definita come la capacità di fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza. Efficienza indica invece la capacità di fare le cose bene (ma non necessariamente quelle giuste) e si traduce nella capacità di realizzare un intervento con il massimo beneficio nel minimo utilizzo di risorse economiche, organizzative, e professionali (Cassina et Al., 2005).
Di seguito vengono ricordate alcune definizioni in ambito oftalmologico tratte dalle Linee Guida SIMLII (Romano et Al., 2003).

Definizioni

Ametropia:
Si intende la presenza di un difetto di rifrazione. In questa condizione il fuoco principale del sistema diottrico oculare cade su un piano anteriore o posteriore rispetto a quello retinico.

Ambliopia:
Condizione di più o meno marcata riduzione della funzione visiva non correggibile con lenti oftalmiche a tempiale o a contatto, attribuibile ad alterazioni della motilità oculare (ambliopia strabica) o a difettivi rifrattivi elevati (ambliopia anisometropica). Di solito l'ambliopia è dovuta ad un alterazione monolaterale.

Anisometropia:
Condizione in cui gli occhi hanno una rifrazione diversa per tipo d'ametropia (ad es.: un occhio è emmetrope e l'altro miope) oppure per grado di ametropia (ad es.: un occhio è più miope dell'altro). La condizione in cui un occhio è miope e l'altro ipermetrope è detta antimetropia.

Astigmatismo:
Ametropia caratterizzata dall'ineguale potere rifrattivo dei meridiani corneali, per cui invece di un singolo fuoco, si formano due fuochi principali corrispondenti al meridiano con più potere rifrattivo ed al meridiano con meno potere rifrattivo. Secondo la posizione dei due fuochi rispetto alla retina si distinguono diversi tipi di astigmatismo:
- miopico semplice: un fuoco cade esattamente sulla retina, mentre l'altro cade anteriormente al piano retinico;
- miopico composto: entrambi i fuochi cadono anteriormente al piano retinico, per la presenza di concomitante miopia;
- ipermetropico semplice: un fuoco cade esattamente sulla retina, mentre l'altro cade posteriormente al piano retinico;
- ipermetropico composto: entrambi i fuochi cadono posteriormente al piano retinico, per la presenza di concomitante ipermetropia;
- misto: un fuoco cade anteriormente ed un fuoco cade posteriormente al piano retinico.

L'astigmatismo si corregge con lenti cilindriche (cil) che, secondo i casi possono essere positive o negative.

Convergenza:
La convergenza è un movimento riflesso di adduzione (rotazione verso l'interno), simultaneo e sincrono dei globi oculari, controllato da un centro nervoso situato nella corteccia occipitale. Esso si attiva durante la visione ravvicinata ed ha lo scopo di far convergere i due assi visivi sull'oggetto osservato, in modo che l'immagine venga a cadere esattamente sulle fovee (aree deputate alla "visione distinta" ove massimo è il potere di separazione retinico).

Eteroforie:
Terminologia utilizzata per indicare uno "strabismo latente". Questa condizione si verifica quando l'apparato motorio oculare permette il mantenimento di normali ed equilibrati rapporti di posizione dei globi oculari solo mediante l'intervento dei riflessi fusionali correttivi, in assenza o scompenso dei quali si realizzerebbe una condizione di eterotropia (strabismo).
A volte una eteroforia può temporaneamente scompensarsi in eterotropia (strabismo intermittente) a causa di condizioni di maggior affaticamento dell'apparato visivo o di stress generale Le deviazioni verso l'interno vengono definite "esoforie" quelle verso l'esterno "exoforie" quelle verticali "iperforie" o "ipoforie". Possono essere misurate con metodi non dissocianti (es. cover-test monoculare) o dissocianti (es. cover-test alternante, ortoanalizzatori, ala di Maddox); in questo caso appaiono più frequenti ed ampie rispetto alla loro fisiologica presenza e reale stato di compenso funzionale.

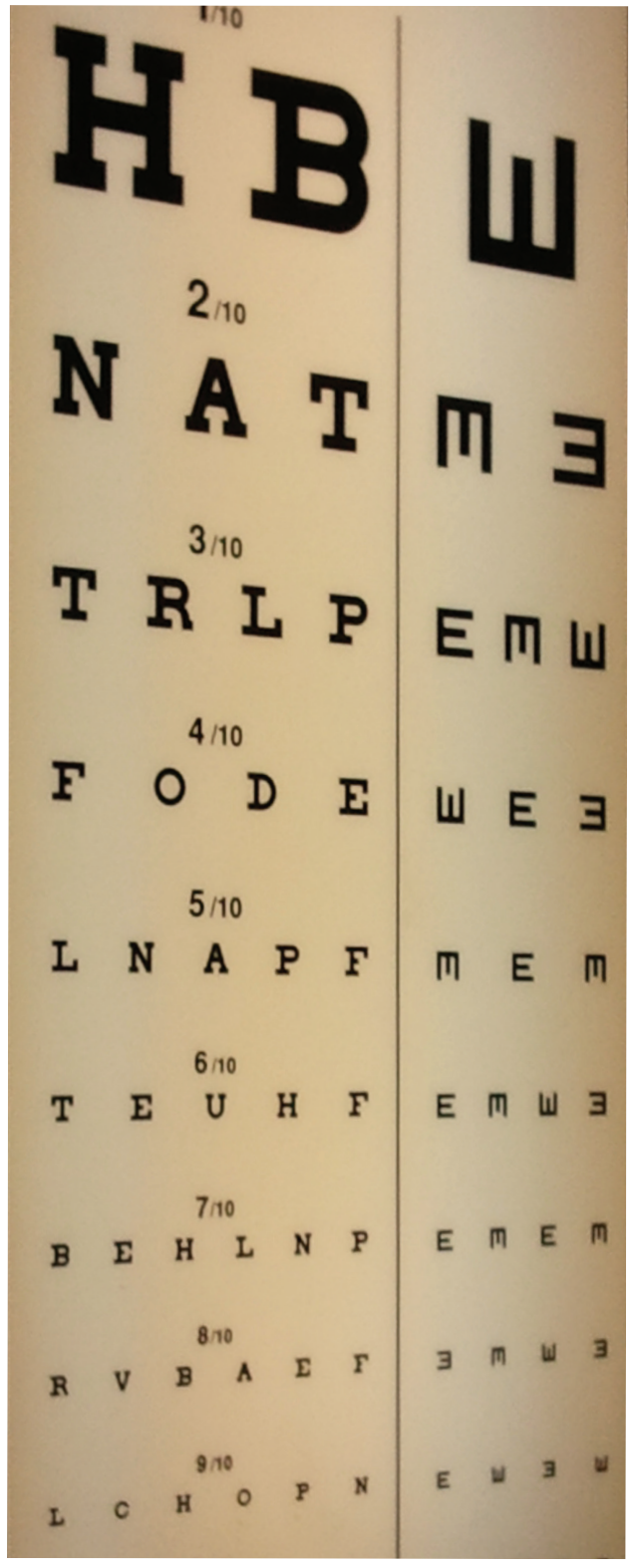
Ipermetropia:
Ametropia in cui i raggi luminosi provenienti dall'infinito (occhio in riposo accomodativo), convergono su un fuoco situato posteriormente al piano retinico. L'ipermetropia viene corretta con lenti sferiche (sf) positive (+); cioè con lenti che determinano un aumento della convergenza dei raggi luminosi in modo da farli cadere sulla retina. L'ipermetropia è spesso un difetto latente e misconosciuto soprattutto prima dei 30-35 anni, in quanto l'apparato visivo giovane può spesso compensare tale difetto attraverso l'impegno della accomoda-

zione naturale. Per tali motivi può essere spesso causa di astenopia occupazionale in soggetti che raggiungono un'ottima acuità visiva naturale. Molto spesso l'ipermetropia accentua e anticipa l'insorgenza di difficoltà nella visione da vicino legate all'età. Pur essendo un difetto congenito (= occhio rimasto lievemente piccolo) tende spesso a diventare manifesta dopo i 30-35 anni ed è la principale causa della necessità di utilizzo di lenti dopo i 45 anni circa, sia per lontano che per vicino, in soggetti che avevano sempre goduto di buon visus.

Miopia:
Ametropia in cui i raggi luminosi provenienti dall'infinito (occhio in riposo accomodativo) convergono su un fuoco situato anteriormente al piano retinico. La miopia viene corretta con lenti sferiche (sf) negative (-); cioè con lenti che determinano una riduzione della convergenza dei raggi luminosi in modo da farli cadere sulla retina. La miopia compromette grandemente la visione naturale da lontano (oltre i 5 metri), mentre entro certi limiti (fino a 2-4 diottrie secondo le necessità visive) compensa il fisiologico calo della visione per vicino legata alla età dopo i 40-45 anni (v. presbiopia).

Motilità oculare:
L'esame della motilità oculare ha lo scopo di valutare eventuali anomalie della posizione degli occhi nelle nove posizioni di sguardo. Una perfetta coordinazione dei sei muscoli oculomotori estrinseci permette il mantenimento di una visione binoculare singola (VBS) in tutte le posizioni di sguardo.

Presbiopia:
Con l'età si allontana progressivamente il punto prossimo (cioè il punto più vicino) al quale l'occhio riesce autonomamente a mettere a fuoco. Questo processo diventa "critico" per la visione, allorché il punto prossimo supera le abituali distanze di lavoro/lettura per vicino del soggetto. Generalmente ciò accade intorno ai 45 anni, con variazioni individuali, e quando il punto prossimo oltrepassa i 50-60 cm. La presbiopia necessita di essere corretta con lenti specifiche di tipo sferico il cui potere cambia in funzione dell'età e delle necessità visive del soggetto. Le lenti per la correzione della presbiopia, se da un lato aiutano la visione da vicino, dall'altro hanno lo svantaggio, spesso sgradevole di penalizzare la visione da lontano. Per evitare o ridurre ciò, esistono lenti definite "progressive" o "multifocali" che sono caratterizzate dall'avere un potere "variabile" a partire dalla parte superiore (deputata alla visione per lontano) a quella centrale (deputata alla visione intermedia) fino a quella inferiore (deputata alla visione più da vicino). Recentemente sono state introdotte sul mercato lenti multifocali particolari (a ridotta multifocalità) definite "office" in quanto destinate prevalentemente all'uso in ufficio. L'utilizzo di lenti multifocali tradizionali od "office" non può rappresentare una soluzione predeterminata per aiutare la visione lavorativa dei soggetti presbiti ma è fortemente correlata alla soggettività dell'utilizzatore nonché, spesso, al suo difetto refrattivo di base.



Efficacia dello screening ergoftalmologico: premessa

Il medico competente sottopone a sorveglianza sanitaria il lavoratore "che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminali, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di cui all'art.175 D.Lgs.81/08 e s.m.i. alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41..", dove per 'interruzioni di cui all'art.175' si intende una pausa ovvero un cambiamento di attivita' che, in assenza di una relativa disposizione contrattuale, corrisponde a quindici minuti ogni centoventi minuti di applicazione continuativa al videoterminale.
Ai sensi di art.176.1 D.Lgs.81/08 e s.m.i. i lavoratori sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria, di cui all'articolo 41, con particolare riferimento:
a) ai rischi per la vista e per gli occhi;
b) ai rischi per l'apparato muscolo-scheletrico.

In merito ai 'rischi per la vista e per gli occhi' la sorveglianza sanitaria é finalizzata a:
- evidenziare alterazioni di cui il soggetto è già portatore, ovvero rilevare il loro insorgere;
- correggere nella forma più opportuna queste alterazioni o i disturbi accusati.

L'obiettivo finale consiste nella verifica di assenza di fenomeni di discomfort e il persistere dell'idoneità al lavoro del soggetto, basandosi sulle caratteristiche cliniche del lavoratore e sulle caratteristiche dei compiti lavorativi assegnati, contribuendo eventualmente ad una più precisa valutazione di tali caratteristiche (LG SIMLII, 2003).
La visita medica, screening ergoftalmologico, deve perciò comprendere una serie di test che valutano in particolare:
- la refrazione (messa a fuoco);
- la motilità oculare (capacità dei due occhi di lavorare assieme),

poiché si tratta delle funzioni dell'occhio maggiormente coinvolte nell'impegno visivo ravvicinato.
Le Linee Guida delle Regioni (Conferenza dei Presidenti delle Regioni, 1999) raccomandano di effettuare una visita medica che includa, al fine di un adeguato inquadramento delle condizioni visive del soggetto (G.I.L.V., 1993):

- anamnesi ergoftalmologica comprendente, oltre alla anamnesi oftalmologica (patologica prossima e remota), anche una precisa valutazione dei rapporti tra esposizione e caratteristiche della sintomatologia visiva ed oculare riferita (astenopia occupazionale), al fine di rilevare elementi di incompatibilità verso il lavoro che dovrà essere svolto o che è normalmente effettuato;
- esame della refrazione ed eventuale correzione;
- esame di annessi e segmento anteriore e posteriore;
- valutazione delle forie, della stereopsi e del punto prossimo di convergenza;
- valutazione del senso cromatico.

La visita medica raggiunge così lo scopo di evidenziare l'esistenza di variazioni sintomatologiche, funzionali o cliniche, a carico dell'apparato visivo e di quello muscolo-scheletrico connesse in tutto o in parte con l'uso occupazionale di VDT, predittive sia dell'insorgenza di nuove patologie che di aggravamenti delle patologie già in atto (Conferenza dei Presidenti delle Regioni, 1999).
In merito alla formulazione del giudizio di idoneità, diventa prioritario il riconoscimento di alcune alterazioni o disfunzioni, quali deficit del visus permanenti nonostante la correzione, elevati difetti di refrazione, presbiopia, disturbi ortottici e anomalie della motilità, strabismo, patologie oculari acute e croniche, uso di lenti a contatto (LAC) e presenza di astenopia significativa (Romano et Al., 1997, Romano et Al., 1999).
Lo screening ergoftalmologico utilizzato in questa indagine si articola in una parte anamnestica generale e mirata e in una sezione clinico-strumentale, condotta da medico formato e addestrato.
L'impostazione dello screening riconduce alla stessa definizione di ergoftalmologia, lo studio delle interazioni fra apparato oculovisivo dei lavoratori ed attività lavorativa svolta, con riferimento alla postazione occupata dal singolo operatore, alla tipologia di lavoro e più in generale alle 'richieste della mansione'.

Modello di screening ergoftalmologico

Lo screening deve dimostrare una buona capacità di selezione dei casi da approfondire con lo specialista, per eventuali diagnosi precoci, prescrizioni di correzioni ottiche o training ortottico, e da gestire con la formulazione di un giudizio di idoneità condizionata secondo l'orientamento di autorevoli Linee Guida.
Il test di funzione visiva utilizzato è stato redatto su una scheda (Santucci, 2003) allegata "alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c ", secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo, secondo quanto previsto dall'art. 41.5 D.Lgs 81/2008 e s.m.i..
Lo screening utilizzato comprende una valutazione clinico-strumentale estrapolata dai migliori modelli

offerti dalla letteratura scientifica (Colombini et Al, 1997, Romano et Al, 2003, Conferenza dei Presidenti delle Regioni, 1999), che perciò va nella direzione imposta dall'art.25.1,b del D.Lgs. 81/2008, "tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici piu' avanzati".
La scheda si articola in diversi paragrafi:

- Dati personali e strumentali
- Dati anamnestici mirati
- Questionario sintomatologico mirato
- Test di funzione visiva con 'set manuale'
- Valutazione clinico funzionale arti superiori e rachide
- Conclusioni
- Giudizio di idoneità.

Il test di funzione visiva, eseguito con strumentazione manuale, riprende il modello di Colombini et Al. (1997), che prevede originariamente l'apporto di uno specialista ortottista ed è già validato con specifiche caratteristiche di elevata affidabilità e relativa rapidità di esecuzione.
Gli strumenti, utilizzati in questa indagine da medico competente formato su principi di fisiopatologia oculovisiva e addestrato sul campo, comprendono ottotipo per lontano e per vicino, Tavole di Hishihara, mira luminosa, Lang stereo test, paletta occlusore, Stecca prismatica di Berens, Frontifocometro. Sporadicamente sono stati utilizzati oftalmometro, lenti correttive e lampada a fessura.
Per approfondire la conoscenza dello screening si rimanda alle pubblicazioni di Colombini et Al. (1997), alle Linee Guida SIMLII (Romano et Al., 2003) ed alla Monografia ANMA (Santucci, 2009) anche per l'integrazione con altri fattori di rischio come il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e del rachide.
Per quanto riguarda l'invio allo specialista oftalmologo (art. 39.5 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) è stato seguito il criterio proposto da LG SIMLII (Romano et Al, 2003) caratterizzato dalla presenza di:

- sintomi astenopici significativi (ved. paragrafo seguente),
- sintomi oculari e/o visivi al di fuori di quelli tipici di astenopia
- visione binoculare con correzione in uso < o = 7/10 per lontano e/o 2° DW o equivalente per vicino
- presenza di anomalie obiettive all'ispezione della superficie oculare e degli annessi
- patologie oculari riferite anamnesticamente o di cui si sospetti la presenza.

Per la formulazione del giudizio di idoneità (art. 41 e art. 176 D.Lgs.81/08 e s.m.i.) sono state considerate le seguenti condizioni, che caratterizzano i criteri di idoneità visiva, tratte da Linee Guida SIMLII (Romano et Al, 2003):

- Deficit del visus permanenti nonostante correzione
- difetti refrattivi elevati
- presbiopia oltre 2 D
- significativi difetti ortottici
- patologie oculari croniche con significative implicazioni evolutive riguardanti la funzionalità visiva o l'astenopia
- utilizzo abituale di lenti corneali
- affezioni oculari acute
- rilievo di 'astenopia significativa'.

Al fine di recepire gli orientamenti delle Linee Guida, i parametri compresi nei due elenchi sono stati posti al centro dello screening ergoftalmologico, condotto dal medico competente, e rilevati per il confronto all'interno delle visite oculistiche.

Astenopia significativa

Astenopia è il termine di derivazione greca (a, alfa privativo – stenos, forza, potenza, energia – opis, vista) che può essere sinonimo di 'fatica visiva' e ad oggi non ha trovato una definizione universalmente accettata. Probabilmente la più antica risale al 1949 (Duke Elder) che definisce l'astenopia come quella sensazione che si avverte quando si prende coscienza del lavoro dell'apparato oculare, per rendere chiara una visione attraverso aggiustamenti talora inefficaci dell'accomodazione.
Più recentemente le Linee Guida SIMLII (2003) hanno definito l'astenopia "una sindrome causata da fattori e compiti lavorativi che, in associazione con le caratteristiche oftalmiche del soggetto, favoriscono l'insorgenza o la reiterazione di un insieme di sintomi oculari e/o visivi che, nei casi più gravi, possono anche accompagnarsi a disturbi generali", mentre Piccoli (2003, 2006) ritiene l'astenopia occupazionale "un insieme di disturbi funzionali che si originano quando l'apparato visivo cerca di conseguire, ricorrendo ad artifici stressanti, risultati funzionali eccedenti le proprie possibilità fisiologiche".
Per una efficace esecuzione e gestione dello screening ergoftalmologico è imprescindibile la valutazione della 'astenopia significativa'. La soglia di questo parametro è determinata attraverso il questionario sintomatologico mirato con il riscontro di "almeno due sintomi oculovisivi, con frequenza di insorgenza almeno tre volte la settimana, per almeno 1 ora, con presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi", partendo dalla definizione di Apostoli et Al. (1998).
Tuttavia, rispetto alla definizione originaria, sono state introdotte due modifiche:

- E' stata rimossa "la presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi', poiché l'astenopia

è universalmente riconosciuta di natura "soggettiva", é caratterizzata da un difficile riscontro obiettivo, tenuto anche conto dei tempi non brevi fra i successivi controlli sanitari, si fa carico di un valore più prevenzionistico che medico-legale.

- sono stati aggiunti tra i disturbi, gli aspetti 'generali', o 'extravisivi', correlabili all'esposizione al VDT, considerato che, seppure meno frequenti e spesso trascurati, rientrano nelle più accreditate definizioni di astenopia occupazionale (Scansetti, 1994, Romano et Al., 2003): cefalea, debolezza, digestione lenta/nausea, vertigine, rossore/irritazione viso-mani.

L'importanza della soglia di astenopia significativa è legata soprattutto alla gestione della periodicità di visita e dei criteri di formulazione del giudizio di idoneità, proposti dalle Linee Guida SIMLII (Romano et Al., 2003) ed al monitoraggio di un mirato benessere oculo-visivo degli operatori in funzione dell'attività al videoterminale. Perciò il calcolo della prevalenza dell'affaticamento oculovisivo può costituire un dato prezioso anche nell'ambito della presentazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art.25.1,i, nel corso della riunione annuale (art.35 D.Lgs.81/2008) (Santucci, 2009).

Materiali e metodi

L'indagine ha coinvolto n° 100 lavoratori, 29 maschi e 71 femmine, di età compresa fra 23 e 61 anni, media 37,78 + 8,989 (D.S.), esposti al videoterminale per oltre 20 ore alla settimana.
Da quando è partita l'indagine sono stati selezionati i primi 100 test di funzione visiva, che richiedevano l'effettuazione di una visita oculistica di approfondimento ai sensi di art.39.5 D.Lgs.81/08 e s.m.i. attraverso specialisti oftalmologi scelti dal datore di lavoro, con riferimento ai criteri di selezione formulati da Linee Guida SIMLII (Romano et Al., 2003).
Nel dettaglio si trattava di n°1 oculista 'di riferimento' che ha visitato n°70 operatori e di n°15 oculisti che hanno visitato complessivamente n°30 operatori, seguendo quasi sempre lo schema standard dalla tradizionale visita oftalmologica, auspicato anche da Linee Guida SIMLII (2003).
L'accuratezza del confronto tra screening del medico competente e visita oculistica ha risentito delle rigidità del dettato normativo, che vincola la regolarità dell'approfondimento all'invio, da parte del Datore di lavoro, presso specialista da lui prescelto ed a sua cura con le prevedibili difficoltà che vengono illustrate di seguito.
In ogni caso l'approfondimento diagnostico ai sensi di Legge costituisce l'unico termine di paragone formalmente possibile per valutare l'efficacia dello screening di primo livello, dove l'interesse principale è rivolto alle conclusioni, più che ai dati parziali, nel confronto con gli esiti delle visite oculistiche delle due categorie di specialisti, 'oculista di riferimento' e 'gruppo di oculisti'.
Tuttavia si rivela utile anche l'analisi di alcuni risultati dei test che compongono lo screening, poiché uno degli obiettivi dello studio consiste nella valutazione delle potenzialità del metodo, che avrà bisogno, nella seconda parte del'indagine, del confronto fra test di funzione visiva 'normali', o comunque con correzioni/disfunzioni ben compensate, e visite oculistiche eseguite nell'ambito di programmi volontari di promozione della salute, ai sensi di art.25.1 comma a D.Lgs.81/08 e s.m.i..
I materiali dello studio comprendono la strumentazione prevista dal già citato modello di screening ergoftalmologico con impiego della scheda medica sopra descritta, comprendente la valutazione dell'astenopia significativa, con integrazione occasionale di altri strumenti per conferma di ipermetropia, presbiopia o astigmatismo.
Dal punto di vista statistico sono stati utilizzati, per analizzare le conclusioni dello screening i coefficienti di correlazione attraverso il calcolo della 'r di Pearson' e come test di significatività la 't di Student'.

Sono state infine calcolate le sensibilità e specificità dei principali test compresi nello screening ergo-oftalmologico, che costituiscono misure inversamente proporzionali, rispettivamente, al numero di falsi negativi e falsi positivi nel riscontro fornito dalle visite oculistiche.

Conclusioni di screening e visite oculistiche

Il medico competente ha inquadrato, attraverso il dato anamnestico, documentale e clinico strumentale, ogni caso che ha poi dimostrato la necessità dell'approfondimento specialistico (LG SIMLII, 2003) con lo scopo di verificare le conclusioni dello screening e in particolare di individuare la necessità di nuove correzioni e cicli di training ortottico di terapie specifiche ed approfondimenti diagnostici.
L'obiettivo finale era perciò quello di verificare l'efficacia dello screening anche in funzione della formulazione del più corretto giudizio di idoneità, con riferimento alle Linee Guida, e nella ricerca del migliore confort oculovisivo per l'operatore.
Nei n°100 casi esaminati gli accertamenti di screening sono sfociati solitamente in uno-due quesiti rivolti all'oculista, al fine di confermare le alterazioni riscontrate e i conseguenti provvedimenti nell'ambito dell'approfondimento oftalmologico.
I quesiti formulati sono stati unici in n° 66 casi, doppi in n° 33 casi e quesito triplo in n°1 caso. Complessivamente al termine dello screening si è osservata almeno una risposta affermativa al quesito rivolto all'oculista, che confermava perciò sia l'alterazione che il conseguente provvedimento in n°83 casi su 100 (83 %).
Sono stati correlati singolarmente i provvedimenti del medico competente e dell'oculista con il calcolo del coefficiente di correlazione, tramite 'r di Pearson', dove il risultato può essere compreso fra 'r = – 1 ', nessuna correlazione e 'r = + 1 ', totale correlazione. Inoltre è stata calcolata la significatività tramite 't di Student' .
Per la richiesta da parte del medico competente di:
- 'nuova' correzione o aumento di correzione per lontano (miopia o astigmatismo miopico), è stato calcolato r pari a + 0,625 significativo per p < 0,01
- 'nuova' correzione o aumento di correzione per vicino (ipermetropia o astigmatismo ipermetropico) o correzione per presbiopia (lenti multifocali), r = + 0,804 significativo per p < 0,01
- 'diversa' correzione per lontano (astigmatismo miopico semplice o composto, necessità di sottocorrezione, ecc.), r = + 0, 746 significativo per p < 0,01
- 'diversa' correzione per vicino (astigmatismo ipermetropico semplice o composto, necessità di sottocorrezione, ecc.), r = + 0,746 significativo per p < 0,01
- training ortottico, r = + 0,538 significativo per p < 0,01
- conferma di ambliopia o comunque di deficit non migliorabile: r = + 0,710 significativo per p < 0,01.

Diventa interessante proporre la correlazione con due sottogruppi di controllo, il campione visitato da Oculista di riferimento (OR) e da altri Oculisti (Gruppo Oculisti).
Tutti i risultati sono riassunti nella tabella a fondo pagina, che comprende il coefficiente di correlazione (r di Pearson) e la sua significatività (t di Student).
La correlazione fra le conclusioni dello screening e dell'oculista è elevata con buona significatività, soprattutto nell'accertamento della correzione per vicino, nella quale coincide il rigore della misura dell'oculista con quella del medico competente, che ricerca un'ottima correzione per vicino per garantire un buon confort nella tipica visione del videoterminalista alla breve e media distanza.
A riprova di ciò vi è una minore correlazione, nell'accertamento della 'correzione per lontano', dove la misurazione ha una finalità diversa e il medico competente si può 'accontentare' di una correzione 'sufficiente' per l'attività al videoterminale, richiedendo le Linee Guida più di 7/10.
Risulta buona anche la correlazione nell'accertamento di una 'diversa' correzione per lontano o per vicino, dove i test dello screening permettevano di ipotizzare

Correlazione	Screening vs oculisti	Screening vs OR	Screening vs GO
Correzione o aumento correzione per lontano	r + 0,625 significativo per p < 0,01	r + 0,723 significativo per p < 0,01	r + 0,196 non significativo
Correzione o aumento correzione per vicino	r + 0,804 significativo per p < 0,01	r + 0,805 significativo per p < 0,01	r + 0,802 significativo per p < 0,01
Diversa correzione per lontano	r + 0, 746 significativo per p < 0,01	r + 0,793 significativo per p < 0,01	r + 0,614 significativo per p < 0,01
Diversa correzione per vicino	r + 0,746 significativo per p < 0,01	r + 0,714 significativo per p < 0,01	r + 0,811 significativo per p < 0,01
training ortottico	r + 0,538 significativo per p < 0,01	r + 0,589 significativo per p < 0,01	r + 0,449 significativo per p < 0,01
conferma di ambliopia	r + 0,710 significativo per p < 0,01.	r + 0,841 significativo per p < 0,01	r + 0,356 significativo per p < 0,05

per esempio l'esistenza di un astigmatismo da correggere oppure di una sovra-correzione e di una correzione non migliorabile con lenti.
La minore correlazione (ma sempre più che sufficiente) è emersa invece per la prescrizione di 'training ortottico' dove è nota la bassa propensione da parte degli specialisti verso questo provvedimento, a meno che si tratti di pazienti giovani e con deficit marcati. Tuttavia non sembrano così rari al medico competente i casi in cui videoterminalisti non più giovanissimi, con astenopia significativa associata ad importante deficit ortottico, possano beneficiare concretamente di questo trattamento.
Le correlazioni nei confronti dei due sottogruppi, oculista di riferimento e gruppo di oculisti, evidenzia la maggiore coincidenza di conclusioni con l'oculista di riferimento (OR), rispetto al gruppo di oculisti (GO), probabilmente perché si amplifica fra i consulenti più 'occasionali', che a volte non conoscono pienamente significato e finalità dello screening, la diversa interpretazione del concetto di correzione 'per lontano', arrivando al punto di produrre una correlazione piuttosto bassa e comunque 'non significativa'.
Nella correlazione con il gruppo di oculisti rimane invece buono il dato sulla correzione per vicino, sia nella richiesta di 'nuova' correzione o di aumento della correzione, sia nella ipotesi di una 'diversa' correzione (astigmatismo, per esempio).
Infine il coefficiente di correlazione è inferiore, ma resta comunque sufficiente per il training ortottico e la conferma di ambliopia.
In conclusione è emersa complessivamente una buona corrispondenza fra le conclusioni dello screening ergoftalmologico manuale del medico competente e il controllo nella visita oculistica, considerata anche la complessità dei casi selezionati e la non contemporaneità dei confronti, soprattutto nel paragone con i dati dello specialista oftalmologo 'di riferimento'.
Ma per un commento più incisivo sui risultati e sui singoli provvedimenti adottati si rende utile approfondire i casi discordanti.

Inquadramento e commento dei casi discordanti

Sono n°17 i casi in cui l'oculista non ha prescritto nuove lenti o esercizi ortottici o altri provvedimenti, che sembravano conseguenti alle conclusioni del medico competente.
Schematicamente sono stati riscontrati:
n° 2 casi di falsi positivi per astereopsia con eteroforia associata sovrastimata
n° 1 caso di falso positivo per eteroforia (exoforia) valutata sovrastimata, ma a distanza di molto tempo dallo screening.
n° 1 falso positivo per astigmatismo non sufficientemente corretto a causa di test eseguito in affaticamento visivo da uso LAC.
n° 2 falsi negativi per ambliopia misconosciuta in elevato astigmatismo ipermetropico, che non permetteva adeguata correzione, e per exoforia e deficit convergenza misconosciuti in astereopsia confermata.
n° 1 caso comprendente sia un falso negativo (riscontro di ipermetropia al controllo non riconosciuta allo screening) che un falso positivo (astereopsia inesistente con adeguata correzione).
n° 10 casi con alterazioni funzionali confermate ma con provvedimenti dell'oculista difformi rispetto all'impostazione dello screening del medico competente (n°6 gruppo oculisti, n°4 oculista di riferimento), da cui la risposta negativa al quesito/i :

- no correzione e prescrizione di farmaci (1 caso)
- sconsigliato training ortottico (3 casi) nonostante difetti ortottici + astenopia
- conferma correzione e lenti nonostante casi di sovra/sotto-correzione in frequente astenopia (6 casi).

Perciò i casi dello screening che non hanno trovato alcuna conferma nel parere oculistico sono limitati a n° 7 casi.
Dai dati emerge la nota sovrastima delle eteroforie, tipico del 'cover test alternante', accompagnata da false astereopsie, ed il rischio di ridotta attendibilità per test eseguiti in particolare affaticamento visivo dell'operatore (attenzione all'uso di LAC) e/o a distanza di tempo dal successivo approfondimento oculistico.
I casi confermati nelle conclusioni dall'oculista, ma 'gestiti' diversamente rispetto alle aspettative del medico competente, ben 10, si spiegano con due considerazioni già anticipate nel corso dell'analisi statistica:

- scarsa convinzione dello specialista verso il training ortottico, anche quando sono confermati i disturbi ortottici (verosimilmente giudicati 'poco' significativi)
- ridotta attenzione verso i casi di lieve e confermata sovra-sottocorrezione in rapporto all'attività specifica pur in presenza di astenopia accertata (correzione giudicata accettabile da oculista).

Approfondendo la suddivisione fra oculista di riferimento e 'gruppo oculisti', dei n°17 casi con risposte negative, n°10 sono compresi nel gruppo di oculisti coinvolti in un approfondimento 'contingente', pari al 33,33 % rispetto a n°30 soggetti da loro visitati, mentre n°7 rientrano nei casi visitati dall'oculista di riferimento, con una percentuale del 10,00 % rispetto alla gestione di n°70 casi.
Limitando la statistica a n°7 casi di sostanziale difformi-

tà fra test di screening e visita di approfondimento, n° 4 sono stati gestiti dal gruppo oculisti, n°3 da oculista di riferimento.
Perciò i singoli dati confermano che con lo specialista fiduciario della maggior parte delle aziende, avvantaggiato dalla conoscenza delle finalità dello screening e delle caratteristiche dell'attività di videoterminalista, è emersa più frequentemente, rispetto ai colleghi oculisti, una concordanza di conclusioni nei confronti dello screening del medico competente, pari al 90 %.
Tale percentuale diventa pari al 95,72 % se comprendiamo i casi con provvedimenti finali distinti, ma a fronte di una inquadramento del caso coincidente (n°67 casi su n°70 esaminati da Oculista di Riferimento).
Le visite più 'occasionali' effettuate dal 'gruppo di oculisti' hanno confermato il limite di una minore conoscenza dello screening condotto dal medico competente: in alcuni casi sono state inserite 'idoneità all'uso del VDT..", in altri proposte pause e periodicità non conformi a normativa o letteratura.
Nel 'gruppo di oculisti' si è osservata comunque una minore accuratezza clinico-strumentale: n°7 casi di visita incompleta su n°30 effettuate, pari al 23,33 %.
I risultati suggeriscono la necessità di una più stretta collaborazione fra medico competente e oftalmologo coinvolto dal datore di lavoro, affinchè siano chiare le finalità dello screening e dell'approfondimento di Legge e reciprocamente note impostazioni, esigenze e potenzialità dei due professionisti.
L'obiettivo non può essere limitato ad una corretta collaborazione fra specialisti ma deve concretizzarsi in uno sforzo condiviso mirato al raggiungimento del massimo confort oculovisivo per il videoterminalista.

Analisi dei singoli parametri di screening

Se il confronto fra le conclusioni del test di screening e della visita oculistica ha fornito indicazioni operative, più utile ad approfondire il significato e le peculiarità dei singoli test si è rivelata l'analisi dei diversi parametri che compongono il test di funzione visiva, confrontati con i dati analoghi dello specialista oftalmologo, pur con i limiti dettati dall'utilizzo di strumenti, parametri e soprattutto criteri di riferimento differenti.
Fra i parametri misurati si sono rivelati più frequentemente alterati nello screening i deficit del visus non (sufficientemente) corretti, sia per lontano che per vicino, e i difetti ortottici (eteroforie e deficit di convergenza) oltre al riscontro di astenopia significativa* che ha concorso anche autonomamente all'evidenza di alcune disfunzioni oculo-visive.

Deficit del visus non corretto:
Lo screening ergoftalmologico ha evidenziato n°1 caso (astigmatismo miopico composto) di visus non adeguatamente corretto non confermato, mentre i casi di visus corretto non confermati dalla visita oculistica sono stati n°18 (n°10 per deficit per vicino, n°1 per vicino e per lontano, n°7 per lontano), pari al 18 %. I n°18 casi 'falsamente corretti' (falsi negativi) sono giustificabili nello specifico dalla tendenza dell'oculista a correggere comunque il visus fino ai 10/10, mentre per le Linee Guida in medicina del lavoro è raccomandabile una acuità visiva maggiore di 7/10 per occhio con eventuale correzione. Perciò più che una difformità di risultato del test, legata a differenti strumenti e momenti di esecuzione del test, sembra la conferma di un approccio con finalità differenti.
Per avere una conferma, almeno 'indicativa', della bassa sensibilità del metodo con tali difformità di impostazione, il calcolo, con tutti i limiti di questa casistica, ha evidenziato una sensibilità nell'accertamento della correzione del visus pari al 69,49 % e ad una specificità del 97,56 % .

Difetti ortottici:
Lo screening ergoftalmologico ha evidenziato n° 38 casi di difetti ortottici (eteroforie e/o deficit di convergenza p.v.), di cui n°31 confermati dall'oculista (81,58 %), n°5 non confermati pari al 13,16% e n°2, pari al 5,26 %, non valutati dagli specialisti del 'gruppo oculisti'.
Si segnalano inoltre n° 2 casi di normale motilità oculare che hanno evidenziato una alterazione nella visita oculistica (e per i quali è stato prescritto il training) e n° 5 casi di normalità che non hanno goduto del confronto con lo specialista di riferimento ('gruppo oculisti') per mancata valutazione del parametro.

**L'astenopia significativa corrisponde al raggiungimento, per frequenza e numero di disturbi, di una soglia prestabilita, utile per paragonare dati omogenei, monitorare il confort oculo-visivo e soprattutto orientare il medico competente nella formulazione del giudizio di idoneità (ved. per esempio L.G. SIMLII, Romano et Al., 2003) come per esempio l'aumento del numero delle pause o la riduzione della periodicità di visita medica. Non tutti gli Autori prevedono però la stessa soglia di significatività. In questa pubblicazione l'astenopia è stata ritenuta significativa quando erano presenti semplicemente "almeno due disturbi tre volte alla settimana per un ora" (Santucci, 2009).*

Dei n°31 casi confermati di difetti ortottici significativi, soltanto in n° 10 casi (32.26 %) è stato raccomandato dall'oculista un ciclo di training ortottico.
In questo campione risulta un calcolo della sensibilità sull'individuazione dei difetti ortottici pari al 93,93 % e della specificità pari all'88,71%.
I dati dimostrano una elevata sensibilità nell'individuazione dei casi, anche dei più lievi e perciò non meritevoli di un trattamento riabilitativo a giudizio dello specialista. Perciò si conferma la ridotta propensione degli oftalmologi alla prescrizione del training ortottico, la cosiddetta 'ginnastica oculare'.

Astenopia significativa:

Lo screening ergoftalmologico ha evidenziato n°30 casi complessivi, che rientravano nella condizione di astenopia significativa, di cui n°12 presentavano questo 'rilievo anamnestico' come unica condizione che ha determinato l'approfondimento.
I n°12 casi di astenopia significativa sono sfociati dopo l'accertamento oculistico nelle prescrizioni di lenti per ipermetropia (3 casi), astigmatismo ipemetropico (1), ipermetropia + presbiopia (3), astigmatismo miopico (3), oltre a prescrizione di collirio lubrificanti (1), mentre 1 caso, inquadrato dall'oculista come emmetropia, è stato gestito dal medico competente attraverso il rinforzo dell'informazione e la verifica dell'ergonomia della postazione.
Perciò sembra decisivo il calcolo dell'astenopia significativa, in pratica un dato anamnestico 'filtrato' dal medico competente, nell'intercettare casi di disfunzione oculovisiva che richiedono un approfondimento (11 casi su 12) e, fra questi, l'individuazione di deficit di correzione per vicino (7 casi su 11).
E' evidente che il mancato utilizzo di questo parametro può determinare un significativo aumento di casi di deficit funzionali, soprattutto per vicino, non adeguatamente corretti, che sfuggono agli esami strumentali dello screening ergo-oftalmologico.
Infine é stata tentata una correlazione, ma non è emerso alcun rapporto statisticamente significativo fra il riscontro di 'astenopia significativa' ed una specifica alterazione funzionale, mentre non è stato possibile un confronto con i casi di 'astenopia significativa' individuati dall'oculista poiché quest'ultimo non ha 'l'abitudine' a calcolare il parametro specifico.

Altri parametri:

I n° 6 casi di difetti rifrattivi elevati, in base a L.G., sono stati rilevati nello screening grazie a documentazione e/o misurazione lenti tramite frontifocometro, confermati nel controllo oculistico, mentre le patologie croniche sono state rilevate prevalentemente su base anamnestico-documentale in n°2 casi (congiuntivite e cheratocono) con identico riscontro nella documentazione oculistica acquisita dopo l'approfondimento.
Tra le patologie croniche rientrano anche i difetti refrattivi elevati (già citati) e il riscontro di ambliopia ed eteroforie medio-elevate (ved. paragrafi dedicati).
L'utilizzo costante di lenti a contatto ha trovato l'identico riscontro in n°4 casi, mentre le affezioni acute sono state evidenziate in n°3 casi nello screening, a fronte di n°4 casi nel controllo oculistico, verosimilmente per la valutazione effettuata in momenti diversi di congiuntiviti acute infettive o allergiche.
Per questi parametri non si è proceduto ad un calcolo statistico, sia per la difficoltà a confrontare i dati, sia per l'utilizzo di una metodologia articolata, comprendente una sostanziosa integrazione anamnestico-documentale decisiva per l'inquadramento del caso, come peraltro auspicato da Linee Guida SIMLII (2003) nei

criteri di invio a specialista oftalmologo.
E' stato infine analizzato un ultimo parametro, la stereopsia, visione binoculare o 'senso stereoscopico' che, seppure assente fra i parametri che condizionano il giudizio di idoneità, viene testata di routine in ogni screening ergoftalmologico. Peraltro, oltre ad una certa utilità pratica, il test presenta la dicotomia della positività o negatività del test, facilitando così il confronto fra i dati dello screening e dell'approfondimento oculistico.
Non sempre la stereopsia è stata evidenziata esplicitamente nell'approfondimento oculistico, tuttavia, si segnala che dei n° 20 casi di astereopsia segnalati dallo screening,

- n°5 casi non sono stati confermati, quando associati a difetti ortottici (exo/esoforia) non confermati dall'oculista in verosimile sovrastima delle eteroforie
- n°1 non è stato confermato per il mancato controllo oculistico sul parametro specifico (gruppo oculisti).
- n°7 sono stati confermati dall'associazione di ambliopia con eventuale anisometropia
- n°2 sono stati confermati in associazione a difetti ortottici,
- n°5 confermati da insufficiente/mancante correzione o intolleranza, soprattutto in casi di presbiopia e di astigmatismi, sono stati risolti con la prescrizione.

La positività del test dell'astereopsia si associa più frequentemente ad ambliopia oppure a difetti di rifrazione non adeguatamente corretti e in minore misura a difetti ortottici anche per l'evidenza di falsi positivi.
In questa casistica non si segnala alcun caso di astereopsia evidenziata dalla visita oculistica e non riconosciuta dallo screening, ma va ricordato che in n°3 casi non è stato misurato questo parametro dall'oculista coinvolto nell'approfondimento.
Perciò i dati nell'insieme sembrano confermare l'utilità del test specifico, soprattutto se finalizzato ad ipotizzare difetti di rifrazione non adeguatamente corretti e/o ambliopia.
Pur con i noti limiti della casistica si specificano i dati ricavati in merito alla sensibilità del test, 100%, ed alla specificità, 94,19 %.

Conclusioni

Questo studio descrive la prima fase di un percorso finalizzato a verificare l'efficacia dello screening ergoftalmologico, condotto dal medico competente formato e addestrato all'uso di attrezzatura manuale, attraverso la correlazione con approfondimento oftalmologico previsto di Legge (art.39.5 D.Lgs.81/08 e s.m.i.), seguendo i criteri proposti da Linee Guida SIMLII (2003).
La prima parte dell'indagine dimostra una buona correlazione fra le conclusioni dello screening ergoftalmologico e dell'approfondimento oculistico, soprattutto se rapportata agli accertamenti condotti dall'oftalmologo 'di riferimento', che incoraggia a proseguire lo studio.

L'indagine sembra confermare, in questa prima fase, l'efficacia della metodologia utilizzata dal medico competente per l'accertamento di primo livello, mirato ai rischi e finalizzato alla formulazione del giudizio di idoneità ai sensi di art.176, ma è già in grado di evidenziare la necessità di una più stretta collaborazione con lo specialista di branca nella fase di approfondimento diagnostico ai sensi di art.39.5 D.Lgs.81/08 e s.m.i..
La seconda parte dello studio, necessaria per valutare l'efficacia dello screening ergoftalmologico, sarà caratterizzata dal confronto fra test di funzione visiva 'normali', o comunque alterati e ben compensati, e visite oculistiche eseguite nell'ambito di programmi volontari di promozione della salute, ai sensi di art.25.1 comma a D.Lgs.81/08 e s.m.i..
Se i promettenti dati della prima parte dell'indagine saranno confermati, si avvicinerà anche l'obiettivo di una razionalizzazione delle risorse con dimostrazione di 'efficienza', che consenta di incontrare contemporaneamente la domanda di salute del lavoratore videoterminalista, sancita dalla Legge, ed il contenimento dei costi, sempre più richiesto dalla sfavorevole congiuntura economica.

Si ringrazia per la collaborazione il Prof. Fulvio Venturino, docente alla Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Cagliari, che ha curato l'elaborazione statistica.

Bibliografia

1) Apostoli P., Bergamaschi A., Muzi G., Piccoli B., Romano C.: Funzione visiva ed idoneità al lavoro. Atti 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Chianciano, Folia Med, 69 (1): 13-34 (1998).
2) Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco A., Draicchio F., Mattioli S., Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (UEWMSD's), PIME, Pavia 2003 .
3) Cassina T., Saettone M., Santucci P., Criteri di efficienza e di efficacia, XVIII Congresso nazionale ANMA, Courmayeur (AO), 2005.
4) Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergoftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.
5) Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, Linee guida per l'applicazione del D.L. 626/94, seconda edizione, Regione Emilia Romagna, AUSL Ravenna, 1999.
6) Duke Elder S., Eyestrain and visual hygiene, In: Kimpton's textbook of ophthalmology, IV, 4466 (1949).
7) Gruppo Italiano per lo studio dei rapporti tra lavoro e visione: Il rapporto tra lavoro e visione sotto il profilo medico preventivo: primi orientamenti per un corretto approccio ergoftalmologico secondo il Gruppo Italiano per lo studio dei rapporti tra Lavoro e Visione (GILV). Parte seconda. metodo. Med. lav. 1993; 84,4:325-331.
8) Piccoli B., A critical appraisal of current knowledge and future directions of ergophthalmology: consensus document of the ICOH Committee on `Work and Vision', Ergonomics, 2003.
9) Piccoli B., Funzioni visive e attività lavorative. Impegno visivo ed ambiente di lavoro: valutazione e quantificazione, Seminari di Medicina del Lavoro 2006, Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Genova, Genova 7 giugno 2006.
10) Romano C., Di Bari A., Discalzi G., Meliga F., Pira E.: Lavoro a VDT e funzione visiva: analisi degli aspetti della sindrome da affaticamento oculare e proposta di alcuni criteri per la definizione dell'idoneità lavorativa. Atti del 60° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Palermo, Acta Medica Mediterranea: 201-208 (1997).
11) Romano C., Di Bari A.: Idoneità al lavoro ed apparato visivo, Rivista di Oftalmologia, Monografia Lavoro e Visione, n°1, 1999.
12) Romano C., Piccoli B., Bergamaschi A., Di Bari A., Gullino A., Iacovone T., Muzi G., Troiano P., Apostoli P.: Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali. S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
13) Santucci P., Elaborazione di una "scheda medica" mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista (D.L. 626/94 e successive modifiche), "Workshop. Il lavoro d'ufficio: dalla valutazione dei rischi alla sorveglianza sanitaria", AC Hotel, Genova 12 dicembre 2003.
14) Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.
15) Scansetti G., Possibili effetti sulla salute del lavoro al videoterminale. Professione Sanità pubblica e Medicina Pratica , Edizioni Medico Scientifiche, 3: 18-21, Torino, 1994.

Ricordi del XXV Congresso Nazionale ANMA

ATTUALITÀ

Paolo Santucci,

Consigliere Nazionale ANMA

Che cosa ci lascia il nostro XXV Congresso Nazionale tenutosi a Milano nel giugno scorso?
Molta sostanza, come sempre, e tante immagini, emozioni e, oramai, ricordi. Primo fra tutti la storia dell'ANMA ripercorsa in apertura del congresso dal Presidente Giuseppe Briatico-Vangosa.

Entrati subito nel vivo dell'evento, ho visto sopra a tutto la presentazione del Prof. Del Vecchio, CERGAS Università Bocconi, Milano: Lo stato dell'arte 'del medico competente': attualità e prospettive.
Una messa a fuoco, dedicata all'universo del medico competente, nitida, articolata, a tratti cruda, come solo i numeri (sapientemente trattati) sanno fare. Insomma una analisi esauriente che da oggi ogni medico competente non potrà più ignorare e che ha ispirato il documento prodotto dal Gruppo di Lavoro ANMA (Candura, Saettone, Patané, Donghi) riportato integralmente in questo numero.

Il Collega Mario Cacciavillani, Neurologo Responsabile dell'Unità di Elettromiografia clinica presso CEMES Padova, ha invece dimostrato che si possono esprimere concetti di fisiopatologia e clinica del sistema nervoso, suscitando sorrisi e a volte risate vere e proprie con applausi a scena aperta come in una commedia di Goldoni. E il riferimento non è casuale ovviamente. Veramente una esperienza unica, innovativa, che non avevo mai provato in 25 anni di frequentazione di Congressi.

Perciò complimenti soprattutto a chi ha coinvolto il Docente della Bocconi e il Neurologo che opera in provincia, due figure apparentemente distanti, ma capaci ugualmente di catturare l'attenzione di centinaia di medici competenti e di fornire un autentico valore aggiunto al nostro patrimonio di conoscenze.

Il Prof. Richeldi, Direttore Scuola Specializzazione Malattie Apparato respiratorio Università Modena e Reggio Emilia, ha illustrato impeccabilmente vecchi e nuovi orizzonti nella diagnosi e nella strategia di controllo dell'infezione tubercolare latente e attiva. Uno stato dell'arte ricco e complesso, ma scorrevole e piacevole, che ha fatto letteralmente volare il tempo nella sala ancora gremita del sabato mattina.

Non fanno più notizia invece i 'soliti' contributi dei Gruppi di Lavoro ANMA (Ditaranto e Candura, Bontadi e Patané, Boschiroli e Saettone) che hanno approfondito il ruolo, l'operatività del medico competente e la promozione della salute in azienda, con la collaborazione dei Relatori ospiti, trasmettendo indicazioni pratiche con il tipico taglio 'a misura di medico competente'.

Tutto perfetto, allora? No. Noi siamo sempre pronti all'autocritica, perché si può fare sempre meglio. Per esempio, in passato l'assemblea dei soci era soffocata dal fitto programma congressuale, poi, dopo una riflessione critica, si è ritagliata uno spazio adeguato che costituisce adesso l'abituale antipasto congressuale del giovedì mattina.
Questa volta, allora, pensando alla struttura 'stagionata' che ha ospitato il congresso del 25°, possiamo dire onestamente che si é esagerato in.. sobrietà!
Ma "non tutte le ciambelle vengono col buco", potrebbe chiosare il nostro Presidente. E vi assicuro che la ciambella era veramente gustosa.

E non solo ripensando ai contenuti scientifico-professionali ma anche agli altri avvenimenti che hanno caratterizzato il Congresso.
Tra questi non posso non ricordare l'appello, dignitoso e commovente al tempo stesso, del Collega Sergio Gambuzzi di Mirandola (MO), che ha visto distrutte o gravemente danneggiate la stragrande maggioranza delle aziende clienti, ed è intervenuto non per se, ma per raccogliere fondi a favore delle famiglie del suo paese, che hanno perso tutto nelle ripetute scosse di terremoto del maggio scorso.
La nostra Associazione non si è fatta pregare, aprendo in occasione del congresso una sottoscrizione culminata con il versamento di 10.610 € a favore del Comune di Mirandola (ved. articolo successivo).

Nella giornata di venerdì 15 giugno si sono svolte le operazioni di voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo (ved. articolo successivo) con una ampia e sentita partecipazione di soci, grazie all'instancabile ed ineccepibile operato del Comitato elettorale composto dai Colleghi Gianfranco Farina, Armando Fiorillo, Giuseppe Foti e Fernanda Fossati.
Poi, l'evento della serata suscita una domanda dalla risposta scontata: chi non si è emozionato ascoltando il concerto al pianoforte del maestro Stefano Cimminiello? Impossibile.

Più tardi la cena sociale si è svolta in una atmosfera speciale, serena e cordiale, che ha coinvolto diversi famigliari e accompagnatori, culminando con il taglio della torta del 25° compleanno di ANMA da parte del Presidente.

Il giorno successivo un collega, evidentemente non abituato ai nostri congressi, mi ha sussurato: "Che bella serata ieri. Sai, mi sono sentito proprio in famiglia".

Beh, ho pensato, è normale, quando ti trovi nella casa dei medici competenti.

Rinnovo delle cariche sociali ANMA

Paolo Santucci,

Consigliere Nazionale ANMA

In occasione del XXV Congresso Nazionale dell'ANMA sono state ultimate le operazioni di voto per il rinnovo delle cariche sociali.
La commissione elettorale ha comunicato i risultati delle elezioni.

Per il Consiglio Direttivo

BRIATICO VANGOSA GIUSEPPE
DITARANTO DANIELE
ORIGLIA FRANCESCO
CANDURA UMBERTO
PATANE' PIETRO ANTONIO
SANTUCCI PAOLO
SABBATUCCI MASSIMO
BONTADI DANILO
VALSIGLIO MAURO
DONGHI RINO
SAETTONE MARCO
OLIVETTI GIUSEPPE
FARABI ANSELMO
TALIERCIO SALVATORE
AVERSA LUIGI

Per il Collegio dei Probiviri:

BULGHERONI CARLO GIUSEPPE
BARDOSCIA QUINTINO
MANNESCHI VALDIMARO

Per il Collegio dei Revisori dei Conti:

CAPODICASA EUGENIO
PETTINATO GIUSEPPE
SANCHIOLI PAOLO

Gli eletti si sono riuniti per la prima volta il 7 luglio per eleggere l'esecutivo dell'Associazione. All'unanimità sono stati riconfermati:

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

Presidente del Collegio dei Probiviri:
dott. Carlo Bulgheroni.

Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti:
dott. Giuseppe Pettinato.

Al nuovo Consiglio Direttivo e ai Collegi dei Probiviri e dei Revisori dei Conti auguriamo un buon lavoro.

L'affettuoso ringraziamento del Collega Gambuzzi al nostro Presidente

Carissimo Giuseppe,
ringrazio te e tutto il direttivo per il bellissimo gesto nei confronti della mia città, anticipando quello ufficiale del sindaco Maino Benatti e del presidente dell'assemblea consiliare avv. Andrea Venturini; questi amici, a cui avevo anticipato le vostre intenzioni, hanno manifestato il sincero desiderio di incontrare te o qualche amico del direttivo proprio qui a Mirandola. In quell'occasione potreste essere ospiti miei con un po' di gnocchi fritti, salume e lambrusco,

Con stima e riconoscenza

Sergio Gambuzzi, Mirandola (MO)

E' successo... ad Arenzano (GE)

Il seminario sul 'lavoro in ufficio' ad Arenzano

Buona partecipazione, nonostante la sovrapposizione con il Congresso nazionale SIMLII, grande disponibilità dei relatori, ricchezza di contenuti e discussioni vivaci.
Questo è stato in estrema sintesi il Seminario di Arenzano (GE) del 19 ottobre 2012 nello splendido Grand Hotel della Riviera ligure di Ponente. Una tappa fondamentale, a rischio di apparire immodesti, per fare il punto insieme sul 'lavoro in ufficio'.
Nella mattinata il dott. Livio D'Acuti, chimico, RSPP RINA spa, e Marco Saettone Consigliere ANMA, Savona, ci hanno offerto una esauriente carrellata sul rischio chimico in ufficio con l'apprezzata puntualizzazione sulla gestione di stampanti e fotocopiatrici, tema di costante attualità, sia operativa che mediatica.
Successivamente il Prof. Bruno Piccoli, autentica autorità internazionale in materia, ci ha regalato una brillante relazione sul rischio biologico e sull'illuminotecnica in ufficio, fra battute, citazioni e contenuti importanti, ma nel contempo concreti, che hanno letteralmente rapito l'attenzione dei presenti. E'impossibile riferire qui, anche solo brevemente, il suo intervento coinvolgente, anche per le puntuali integrazioni in corso di discussione, ma un concetto è rimasto impresso a tutti. Molte lavorazioni tradizionali, e con loro i relativi rischi, si stanno esaurendo, mentre l'uso del videoterminali è in costante aumento e riguarda oggi oltre 16 milioni di addetti solo in Italia. Pertanto il lavoro al videoterminale diventerà sempre più frequentemente tema centrale e quotidiano per medici competenti attuali e futuri.
Dopo una prima sostanziosa discussione il Dott. Diego Rughi, ConTARP Roma, ha inquadrato la problematica della postura e delle sedute in ufficio, con particolare riguardo alle cosiddette 'sedute alternative', attraverso una presentazione che diventa un punto di riferimento, e soprattutto una fonte di consultazione, per noi tutti.
Ha completato la sessione della mattina Emilio Pavione, RSPP 'di terra' di

ATTUALITÀ

M. Saettone,

C.Valchi,

P. Santucci

ANMA Liguria

Costa Crociere spa, che ha portato con Paolo Santucci una esperienza di valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore in videoterminalisti, tramite Check list OCRA, che ha pochissimi precedenti, arricchita da una analoga e originale valutazione in utilizzatori di 'smartphone'. Le conclusioni? Dati favorevoli, soprattutto per l'uso del 'telefonino intelligente', ma conseguenti a un lungo percorso caratterizzato formazione e informazione, sopralluoghi, analisi delle postazioni e sorveglianza sanitaria, decisivi nel produrre il buon risultato finale.

La solita ampia discussione ci ha accompagnato fino all'ora di pranzo, momento di condivisione non solo enogastronomica, comunque molto apprezzata nel raffinato ristorante del Grand Hotel di Arenzano.

La Dr.ssa Linares ,Dirigente SMR INAIL Genova, ha illustrato nel pomeriggio i (pochi) dati disponibili sulle malattie provenienti dagli uffici, ma sufficienti a comprendere come vi sia una quota sommersa, seppure non quantificabile. E' perciò compito di ogni medico far emergere questi casi, ma soprattutto dei medici competenti adoperarsi per la loro prevenzione, ad oggi ancora sottovalutata.

Certamente il mobbing è tra le situazioni più critiche che si possono affrontare in ufficio e, a questo proposito, Daniele Ditaranto, Segretario nazionale ANMA, ha illustrato un contributo assolutamente originale ed utile: la policy aziendale anti-mobbing di una grande azienda del settore energetico. Un documento talmente chiaro e dettagliato che è apparso quasi 'pronto' per essere utilizzato in ogni altra realtà aziendale.

Dopo la consueta ampia discussione Paolo Santucci, Consigliere ANMA Genova, ha presentato il suo studio di efficacia sullo screening ergoftalmologico condotto con strumentazione manuale che ha evidenziato in questa prima fase una buona correlazione nelle conclusioni rispetto alle visite oculistiche di riferimento, effettuate seguendo i criteri delle Linee Guida SIMLII.

A chiusura del pomeriggio le Dr.sse A.Miccio e T. Taroppio Dirigenti SMR INAIL, rispettivamente di Roma e Milano, hanno trattato casi pratici di ricollocamento al lavoro, discutendo così i criteri nella formulazione del giudizio di idoneità.

Gli ultimi due temi hanno accesso una vivace discussione che ha visto protagonista il Prof. Piccoli, autore dell'ultimissima versione delle Linee Guida SIMLII sul videoterminalista. Oltre ad una puntualizzazione sui criteri di idoneità, Piccoli ha raccomandato l'integrazione dello studio di efficacia con ulteriori approfondimenti per ritenere i risultati convincenti, esprimendo comunque perplessità sulla 'autonomia' del medico competente nello screening di primo livello, a causa della complessità tecnica che richiede una adeguata qualificazione professionale.

Paolo Santucci nella replica ha ribadito che l'indagine è ovviamente migliorabile, ma presenta alcuni limiti intrinseci all'operatività del medico competente, stabilita per Legge, aggiungendo che accertamenti svolti da specialisti delle rispettive branche della medicina si riveleranno sempre più accurati di quelli svolti dai medici competenti. Tuttavia ciò non può impedire alla nostra categoria, titolare di un ruolo sanitario a carattere interdisciplinare, di effettuare efficacemente esami audiometrici con otoscopie, spirometrie od elettrocardiogrammi.

In conclusione, sperando di non peccare di presunzione, abbiamo assistito ad un evento esauriente sul tema del 'lavoro in ufficio', che ha fornito indicazioni operative e materiale di approfondimento, attraverso le presentazioni inviate a tutti i partecipanti da Carlo Valchi, rieletto proprio in occasione dell'evento, Segretario di ANMA Liguria. Congratulazioni!

Perciò grazie a tutti i partecipanti, più di 60 provenienti da varie regioni del nord Italia, ai relatori, brillanti e competenti, che hanno subito aderito con entusiasmo al nostro invito e a noi di.. ANMA Liguria!

Paolo Santucci

SCREENING ERGOFTALMOLOGICO E MEDICO COMPETENTE

Il punto di vista di Paolo Santucci e la replica del Prof. Piccoli

Caro Bruno,
il nostro recente scambio di opinioni ad Arenzano, vivace ma sempre cordiale e accomunato dalla profonda passione che ci lega per il 'lavoro in ufficio', ha suscitato interesse e qualche richiesta di precisazioni da parte di diversi colleghi. Perciò approfitto dello spazio sul Journal per riassumere le tue autorevoli osservazioni ed il mio punto di vista da medico competente 'in trincea'.
Nel corso della discussione sulla mia presentazione, dedicata all'efficacia dello screening ergoftalmologico (ved. rubrica 'Ufficio & Salute'), hai raccomandato un approfondimento in 'doppio cieco' con oculisti di riferimento ed una accurata valutazione dell'esposizione quantitativa al rischio videoterminale, esprimendo riserve sulla capacità tecnica del medico competente di gestire autonomamente il primo livello. Inoltre citavi, a titolo di esempio, il possibile caso di 'retinopatia' che può sfuggire allo screening del medico competente.
Quest'ultima eventualità è assolutamente verosimile, ma a mio parere non significativa, perché non comporta alcuna controindicazione all'uso del videoterminale, richiedendo semmai una idoneità con prescrizione, spesso suggerita dalla coesistente 'astenopia significativa'.
Poi condivido 'in assoluto' tutte le precedenti osservazioni, finalizzate all'accertamento di una oggettiva evidenza scientifica. Tuttavia devo fare presente che al medico competente non è permesso valutare la durata di esposizione al videoterminale, né inviare i lavoratori presso specialisti non prescelti dal datore di lavoro, poiché azioni non previste, e perciò vietate, ai sensi di D.Lgs.81/08 e s.m.i..
Come ho affermato durante la presentazione, la mia indagine evidenzia una ridotta numerosità, costituisce solo la prima parte dello studio, ma soprattutto presenta tutti i limiti nei quali il Testo Unico confina l'operatività del medico competente, unitamente alla Legge 300/70.
In altre parole ho cercato di 'tirare fuori' il massimo dei dati (anche se in assoluto può essere insufficiente), che un medico competente può ricavare nell'ambito della propria attività ambulatoriale, muovendosi nel rigoroso rispetto della Normativa vigente.
In ogni caso, poiché la Legge affida al medico competente la gestione del primo livello (art.176 del D.Lgs.81/08 e s.m.i.), ritengo, soprattutto quando avrò completato la raccolta dei dati, di poter fornire ai colleghi qualche elemento in più di riflessione, spero anche un orientamento, sull'efficacia dello screening che alcuni di noi utilizzano quotidianamente.
Ma oltre noi non possiamo andare, sia per i limiti normativi già citati, sia perché… non è il nostro 'mestiere'!
Perciò sarebbe molto interessante, e soprattutto utile, se da questo punto in poi fosse il mondo accademico, preferibilmente con la collaborazione di ANMA, ad acquisire dati incontrovertibili secondo i principi dell'Evidence-

Based Medicine, puntando a statistiche più ampie in contesti operativi meno rigidi.
La sensazione è che ci potrebbero essere le condizioni per una concreta sinergia attraverso un approccio condiviso. Mi viene in mente, a titolo di esempio, il tuo apprezzato taglio pratico-operativo nell'illustrazione direttamente sul campo della complessa materia illuminotecnica.
A mio parere la collaborazione dovrebbe essere finalizzata a definire strumenti e metodi efficaci e sostenibili, con particolare riferimento al medico competente che opera sul territorio, spesso in solitudine, con pochi mezzi e molte attese nei suoi confronti.
L'obiettivo non deve però essere orientato alla formulazione della diagnosi, bensì alla capacità di inquadrare i casi, valutare il compenso delle alterazioni/disfunzioni e selezionare correttamente i caso da inviare all'approfondimento specialistico, sia per approdare ad una corretta formulazione del giudizio di idoneità, sia per il più ambizioso obiettivo del massimo confort oculovisivo del lavoratore.

In conclusione, non possiamo risolvere le criticità, 'sostituendo' con lo specialista di branca il medico competente, che, almeno per Legge, è insostituibile, ma dobbiamo supportarlo nella delicata interpretazione di un ruolo, reso sempre più difficile dalle complesse richieste della nostra affascinante 'inter-disciplina', la Medicina del Lavoro.

Con stima.

Paolo Santucci

La replica del Prof. Bruno Piccoli

Caro Paolo,
innanzitutto ringrazio molto l'ANMA e te personalmente, per avermi invitato al vostro Seminario, nel quale ho potuto esprimere le mie posizioni in modo articolato e schietto, ricevendo una cortese e gradita attenzione da tutti i partecipanti.
Circa la tua presentazione sull'efficacia "dello screening ergoftalmologico", la mia proposta di un approfondimento in "doppio cieco" era rivolta alla valutazione dell'attendibilità dei dati presentati, rispetto a quanto si sarebbe ottenuto, se la stessa popolazione fosse stata parallelamente esaminata secondo quello che, io personalmente (ma anche lo Scientific Committe on Work and Vision dell'ICOH, "The Conceptual Framework") considera il Modello di Riferimento. Nella stessa direzione muovono, peraltro, le Linee Guida SIMLII dedicate al lavoro con VDT/PC, sia nella versione del 2003, sia in quella da pochi giorni completata, che sarà resa disponibile, verosimilmente entro l'anno. Naturalmente, è del tutto legittimo che un MC voglia affrontare gli accertamenti oftalmici dell'operatore videoterminalista effettuando in prima persona i diversi tests ed eventualmente interpreti anche reperti derivanti da precedenti controlli oculistici, già in possesso dal soggetto in esame. Mi limito ad osservare, tuttavia, che è questa una evenienza assai rara (durante il Seminario alla mia domanda "chi di voi fa gli accertamenti oftalmici personalmente", non ha alzato la mano nessuno).
Ritengo quindi, possibile e legittimo l'approccio che tu proponi, ma non estesamente praticabile oggi, anche

se esso è un obiettivo importante verso cui la Medicina del Lavoro sicuramente deve tendere. Spero che in futuro esso sarà perseguibile. Io sono stato, sono e rimarrò a disposizione per conseguirlo, ma dopo trent'anni di impegno ed un centinaio di corsi di formazione fatti, mi sono reso conto che la questione non è di facile risoluzione. Come diceva il mio Maestro, prof. A. Grieco, non ci sono risposte semplici a questiti complessi!
In merito alla "retinopatia" (se ricordo bene il riferimento preciso era una Corioretinopatia Sierosa Centrale, ma di retinopatie ve ne sono numerose altre…), non è vero che queste patologie non diano alcuna controindicazione all'uso del videoterminale. Se il soggetto dispone di una acutezza visiva residua inferiore a quella necessaria per riconoscere simboli e immagini riportati sullo schermo e sulla tastiera, la controindicazione c'è, eccome! Se poi l'operatore in questione effettua attività ove il commettere errori può avere conseguenze molto gravi per l'impresa o per terze persone, la questione diviene ancora più cogente. Certamente, la presenza di una retinopatia può non dare origine a sintomatologia astenopica, ma da nessuna parte ho mai sentito affermare che l'idoneità di un videoterminalista coincida solo con un'assenza di astenopia! Inoltre, accanto alle retinopatie, classico esempio di grave patologia oftalmica cronico-degenerativa, non possono essere dimenticate le patologie infettive, della rifrazione e della motilità oculare, molto diffuse e frequentemente causa di inidoneità transitoria, totale o parziale. Come vedi, un inquadramento esaustivo sotto il profilo oftalmico, clinico e funzionale, è cosa non semplice e, allo stato, non conseguibile prescindendo totalmente dal contributo dello specialista oculista.
Per quanto attiene alla "valutazione dell'esposizione", da mie esperienze, essa è spesso, troppo spesso!, solo un "rituale amministrativo" che può, anche notevolmente, sovra o sottostimare la realtà che si propone di analizzare. Se è vero che al MC "non è permesso valutare la durata di esposizione al videoterminale", è altrettanto vero che non vige l'obbligo per il MC di essere completamente acritico di fronte a qualsiasi criterio ed esito di valutazione di questo parametro. Credo poi che, sia il DL che l'RSPP, spesso gradirebbero essere supportati in questo ambito. Da lungo tempo sono stati proposti criteri, metodi, strumenti ed indicatori utili a meglio chiarire questi aspetti, largamente riportati in letteratura, ma poco noti ed ancor meno utilizzati. Una proposta scientificamente supportata ed autorevole, quale quella riportata, in tema, nelle Linee Guida SIMLII, può non essere condivisa, ma non ignorata.
Condivido invece, per intero la tua proposta di una collaborazione tra il "mondo accademico" (al cui interno esistono, su questo tema, opinioni assai diverse e a volte divergenti) e l'ANMA. Personalmente sono da sempre disponibile a un confronto costruttivo e propositivo. Come potrai testimoniare, invitato per la prima volta a un vs. incontro, ho immediatamente accettato, fornendo tutta la mia collaborazione. Va però ricordato che le risorse finanziarie a disposizione di questa area di studio e ricerca sono esigue e non facilmente reperibili. Forse insieme….
Dal resto, un eccellente esempio di collaborazione tra ANMA e "mondo accademico" è rappresentato dalla recentissima ed assai interessante indagine effettuata, con il contributo di CERGAS-BOCCONI, sulla professione del MC, che ho letto ed apprezzato visitando il vs. sito internet, (http://www.anma.it) ed è riportato integralmente in questo numero del Journal.
Da ultimo, se è vero, come è vero, che "non possiamo risolvere le criticità, sostituendo con lo specialista di branca il Medico Competente", è altrettanto vero che non possiamo fare nemmeno l'opposto. Cioè eliminare totalmente i contributi specialistici, proponendo così soluzioni che…. non risolvono! Una equilibrata "integrazione" tra il ruolo del MC e quello dello specialista medico (oculista, fisiatra, otorino, etc.) è oggi indispensabile e, credo, utile anche nel favorire una reciproca osmosi di dati e competenze tra aree disciplinari che pur diverse, devono tuttavia agire in modo integrato ai fini della tutela della salute dei lavoratori.

Cordialmente.

BRUNO PICCOLI
bruno.piccoli@rm.unicatt.it
Università Cattolica del Sacro Cuore
ROMA

Nuova Rubrica: Vita del Consiglio Direttivo

Con questo numero si inaugura la rubrica 'Vita del Consiglio Direttivo' che intende informare tutti i soci sull'attività dell'organo 'motore' della nostra Associazione.
Sono in cantiere numerose ed ambiziose iniziative, quali la divulgazione delle nostre posizioni sugli 'Allegati 3A e 3B', la realizzazione di 'network' con altre società e associazioni scientifiche, l'individuazione di docenti/formatori fidelizzati, la creazione di una biblioteca ANMA, la promozione di azioni di marketing verso i soci, la collaborazione con Istituti di Medicina del lavoro per raccolta di casistiche.
Altre attività sono state completate e vengono illustrate negli articoli dedicati.

Verbale consiglio direttivo ANMA del 15 settembre 2012

VITA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

A seguito della convocazione del Segretario inviata via mail in data 03/09/2012, si riunisce in data odierna alle ore 10:30 presso la Sede di Via S.Maurilio 4 di Milano il Consiglio Direttivo ANMA per discutere del seguente ordine del giorno:

1) Approvazione del verbale del Consiglio Direttivo del 7 luglio u.s.
2) Definizione e attribuzione dei compiti operativi
3) Indicazioni per il piano formativo 2013
4) Varie ed eventuali

Presenti i consiglieri: Aversa, Bontadi, Briatico Vangosa, Candura, Ditaranto, Farabi, Donghi, Olivetti, Origlia, Patanè, Saettone, Santucci, Sabbatucci, Taliercio, Valsiglio.
Il Consiglio è stato allargato ai Segretari regionali per dare maggiore collegialità alla vita associativa. Sono presenti Brossa (Piemonte) e Sanchioli (Lazio). Assenti giustificati Valchi (Liguria) e De Santa (Trentino).

Approvazione del verbale del Consiglio Direttivo del 7 luglio u.s.

Viene approvato all'unanimità il verbale precedente del 07/07/2012.

Il presidente Briatico, prima di passare ai successivi punti dell'ODG, chiede di affrontare l'argomento delle variazioni dello Statuto che assume ormai priorità assoluta. Il Consiglio ne approva la discussione.
Si passa quindi alle illustrazione del problema che è di natura fiscale, leggendo la comunicazione inviata dal Dr. Fabrizio Pascale, consulente fiscale e tributario dell'Associazione. La lettera è messa agli atti.
In buona sostanza è necessario modificare in tempi brevi, entro la fine del 2012, lo Statuto dell'Associazione per godere di una fiscalità ridotta e agevolata che dipende direttamente dall'entità del volume commerciale prodotto. La condizione è non superare nell'anno l'importo di 250.000,00 euro, al lordo delle spese, importo già superato per l'esercizio 2012 e che porterà un aggravio di imposte di qualche migliaio di euro. L'aggravio di imposte per gli esercizi successivi, a partire dal 2013, è stimabile attorno ai 25.000,00 per anno, qualora non si dovesse procedere alla modifica dello Statuto.
Le modifiche statutarie necessarie per lo scopo prima dichiarato riguardano:

a) La previsione di eleggibilità di TUTTI i "soci", indipendente dalla loro qualificazione. Allo scopo è necessario modificare tutto l'articolato dell'art. e dello Statuto, ridefinendo le varie voci (soci ordinari, onorari, benemeriti, sostenitori);
b) L'esplicitazione delle modalità per devolvere il patrimonio associativo in caso di scioglimento dell'Associazione (art. dello Statuto) a terzi, negando espressamente ogni suddivisione del patrimonio tra i soci.
Il Consiglio direttivo delibera all'unanimità la revisione dello Statuto ed incarica il consigliere Aversa di procedere alla elaborazione del testo seguendo le indicazioni espresse dal Dr. Pascale. Con l'occasione si decide, sempre all'unanimità, di aggiornare lo Statuto.
Il Dr. Aversa si impegna a far circolare, tramite posta elettronica, entro il 15 ottobre p.v la bozza dello Statuto revisionato ai Consiglieri, che suggeriranno immediatamente le loro osservazioni. A conclusione di questo percorso il Segretario invierà lo Statuto revisionato ai Consiglieri per l'approvazione attraverso voto espresso con posta elettronica entro la fine del mese di ottobre, in modo da convocare l'Assemblea straordinaria il 30 novembre 2012 a Milano, in concomitanza con l'evento seminariale programmato per tale data. All'Assemblea sarà presente un notaio.

Definizione ed attribuzione dei compiti operativi

Il Presidente Briatico Vangosa apre la riunione ricordando che il Direttivo dovrebbe essere assimilabile ad un Consiglio di Amministrazione, ossia essere operativo lavorando su progetti.
A tal fine, dopo aver individuato e valutato la loro fattibilità, i progetti saranno attribuiti ai Consiglieri o a Soci identificati volta per volta, che agiranno come "project leader" con la responsabilità di sviluppare il progetto stesso attraverso un meccanismo di condivisione con tutti gli altri Consiglieri.
L'attività istituzionale svolta dal nuovo Direttivo deve inoltre essere trasparente, e questo significa che tutte azioni effettuate devono essere tracciabili.

Si passa a raccogliere le proposte.

Una prima proposta, a cui aderiscono tutti i consiglieri, ravvisa la opportunità di pubblicare come lavoro scientifico i dati raccolti dal questionario Cergas. È costituito un GDL con il compito di elaborare un documento da approvare. Umberto Candura agisce come focal point, con la collaborazione di Rino Donghi, Piero Patanè e Marco Saettone. Il GDL si impegna a presentare al Direttivo, via posta elettronica, una bozza entro il 10 ottobre pv. II vice presidente Candura, dopo aver raccolto le osservazioni, presenterà il lavoro da approvare con le modalità prima indicate a proposito della revisione dello Statuto.

Il Presidente ha riferito l'urgenza di costituire un Comitato Etico a cui affidare il compito di vagliare e dare parere sulle richieste di sponsorizzazione da parte di terzi. Si impegna a presentare una bozza entro i primi di ottobre. I Consiglieri approvano all'unanimità. Le modalità di approvazione della procedura segue quella prima indicata.

Il Segretario e il Presidente prospettano l'esigenza di dettagliare le responsabilità e i compiti dei segretari territoriali. Il Direttivo dà mandato al Segretario di predisporre una bozza da discutere e poi eventualmente approvare con le modalità prima indicate.

Indicazioni per il piano formativo 2013

Il Presidente ricorda che entro il 31 ottobre p.v. è obbligatorio inserire in Banca Dati ECM nazionale il piano formativo dell'anno 2013.
Il Presidente ringrazia i segretari regionali che hanno già provveduto a presentare la proposta formativa e sollecita coloro che non hanno ancora provveduto.
Come tradizione si prospetta l'organizzazione di un corso di aggiornamento RES, replicabile, in ogni sezione regionale e 3-4 seminari multiregionali.
Le proposte formative partecipate dalle diverse sezioni territoriali saranno analizzate dal Comitato ECM ANMA entro la prima metà di novembre, in modo da passare a breve alla pubblicazione dell'offerta formativa ANMA per l'anno 2013.
Per quanto riguarda la modalità FAD, attualmente sono presenti in rete tre corsi FAD che è possibile replicare anche per il 2013, dopo aver analizzata le statistiche di accesso, considerato che il costo economico della piattaforma è alto, così come i fee per il Ministero della Salute, ma comunque sostenibile e per ora in attivo.

26° Congresso Nazionale ANMA

Il Direttivo, dopo aver analizzato alcune opportunità, ha individuato due possibili sedi: Sardegna e Campania.

Un successivo ballottaggio dà preferenza alla Sardegna. Viene incaricato il consiglieri Bontadi di verificare la fattibilità di una soluzione. Danilo Bontadi si impegna di dare una circostanziata informativa ai Consiglieri entro una settimana.

Varie ed eventuali

Posizione ANMA sull'art. 40 del D.Lgs. 81/08
Tutti i Consiglieri, e anche i segretari regionali presenti, sono concordi all'unanimità che è necessario che l'Associazione prenda una posizione ben definita nei confronti degli allegati 3A e, soprattutto, per l'allegato 3B. Per Briatico Vangosa a tal fine sarebbe opportuno organizzare un incontro a livello nazionale, già nel gennaio prossimo, possibilmente a Roma, dove invitare non solo i soci ANMA, ma anche autorità politiche, altre associazioni scientifiche, media, opinion leaders, ecc., dove poter discutere e argomentare le motivazioni che spingono la nostra Associazione a non essere favorevole all'istituzione di tali allegati. Se si optasse come sede per Roma, è necessaria la piena collaborazione organizzativa da parte dei soci territoriali ANMA, ad esempio per trovare la location più appropriata, le persone e autorità da invitare, ecc. Per diversi Consiglieri sarebbe inopportuno inserire in tale incontro punti ECM, per non snaturarne la reale finalità.

Rapporti con altre Società scientifiche
E' opportuno instaurare e rafforzare, più che in passato, il rapporto con altre Società ed Associazioni Scientifiche, non esclusivamente del nostro campo, per attivare una collaborazione sia sul piano formativo (individuando docenti e formatori distribuiti sul territorio nazionale), sia sul piano di formulazione di linee guida, sia sul piano della ricerca.
In questa fase si invitano i Consiglieri e i Segretari regionali a individuare società scientifiche, organizzazioni e docenti con cui iniziare una modalità collaborativa con l'intento finale di costruire una rete.

Organizzazione del materiale informativo e formativo ANMA
Negli anni ANMA ha prodotto molto materiale che sarebbe necessario censire e organizzare. Briatico Vangosa e Ditaranto hanno proposto di incaricare qualcuno, anche esterno dell'Associazione e sotto compenso economico, per svolgere tale attività, integrata magari da una ricerca bibliografica sulle tante novità che interessano la nostra disciplina. Il materiale sarebbe poi da inserire nell'area riservata del nostro sito, per metterlo a disposizione dei soci. I Consiglieri e Segretari regionali sono invitati a comunicare proposte.

Decreto liberalizzazioni
Per Briatico Vangosa e Aversa è necessario contattare un esperto per produrre del materiale che possa aiutare tutti i soci, e non solo quelli che ne hanno fatta specifica richiesta, a districarsi con quanto riportato nel nuovo Decreto Liberalizzazioni, soprattutto dal punto di vista contrattuale e tecnico. Viene dato mandato al Luigi Aversa di individuare questa figura.

Fondo spese per le sezioni regionali
Farabi sollecita la formalizzazione di un fondo spese annuale per coloro che organizzazione corsi ed incontri per l'Associazione, che sostituisca l'attuale rimborso delle spese tramite presentazione degli scontrini alla Segreteria.
Sempre riguardo corsi ed incontri, vari Consiglieri hanno proposte di produrre gadget (ad esempio penne, matite, cartelline, ecc.) riportanti il logo dell'ANMA, da distribuire ai partecipanti, anche con finalità di promozione e aumento di visibilità dell'Associazione.

Polizza RC professionale
Come da richiesta di molti soci, Briatico Vangosa ha intrapreso rapporti con Assimedica per analizzare una proposta di polizza RC Professionale che copra al meglio tutte le particolarità della nostra attività.

Arredamento della Sede
Come da delibera del CD di luglio u.s., il rinnovo dell'arredamento è previsto entro l'anno.

Contributo ANMA per il terremoto
Dopo aver raccolto il parere dei Soci delle zone colpite dal terremoto si decide di devolvere il contributo ANMA di 10.000 euro e quanto raccolto il sede di Congresso (610,00 euro) al Comune di Mirandola.
La segreteria provvederà al versamento il più presto possibile.

Alle ore 17:00 il Presidente scioglie la seduta del Consiglio Direttivo.

MANSIONARIO SEGRETARIO REGIONALE

Ai sensi degli artt. 1 dello Statuto e del Regolamento, il Consiglio Direttivo può deliberare il riconoscimento di Sezioni Regionali costituite su richiesta di almeno 30 soci e rette dal Segretario Regionale eletto.
Le Sezioni Regionali sono parte integrante dell'Associazione e conseguentemente i Segretari Regionali, espressione delle Sezioni, devono sempre agire in nome, per conto e nell'interesse della stessa.
Nell'ambito del funzionigramma dell'Associazione, i Segretari Regionali sono coordinati ed afferiscono alla Segreteria Nazionale.
Su invito del Consiglio Direttivo i Segretari Regionali possono partecipare senza diritto di voto ai consigli direttivi, presentando contributi finalizzati a portare a conoscenza del Consiglio le criticità, le istanze e le aspettative dei soci.
I Segretari Regionali collaborano con il Consiglio Direttivo per la realizzazione degli scopi stabiliti all'art. 2 dello Statuto.
In particolare il Consiglio Direttivo decide le politiche e le strategie dell'Associazione nei vari ambiti di interesse (relazioni con istituzioni, associazioni e parti sociali, marketing, comunicazione, formazione ecc.), mentre i Segretari Regionali operano per realizzarle a livello locale:

➢ rappresentando l'Associazione presso le sedi istituzionali locali in base alle direttive ricevute dal Consiglio Direttivo;

➢ collaborando alla promozione ed all'attuazione della proposta formativa dell'Associazione attraverso:
- la comunicazione, entro il mese di maggio di ogni anno, al Comitato Scientifico ECM dell'Associazione delle proposte formative raccolte dai soci territoriali in modo da consentire allo stesso di elaborare entro i tempi stabiliti il piano formativo annuale;
- l'impostazione della proposta formativa locale (argomenti e obiettivi) in accordo con le indicazioni del Comitato Scientifico ECM;
- l'organizzazione e la gestione degli eventi formativi regionali (corsi e seminari) in conformità alle specifiche procedure associative;

➢ favorendo il proselitismo: facilitare l'incontro e lo scambio fra i soci con il coinvolgimento dei colleghi non ancora iscritti all'Associazione.

Il segretario regionale non avendo personalità giuridica non può impegnare l'Associazione nei confronti di terzi (in termini patrimoniali, legali, di immagine e morali), se non su precisa delega.
Milano, 01 ottobre 2012

VITA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

DISCIPLINARE PER L'UTILIZZO DEL MARCHIO "ANMA"

Il marchio è di proprietà di ANMA, ha sede legale e amministrativa presso l'indirizzo fiscale dell'Associazione stessa ed è stato registrato presso la CCIAA di Milano in data 3/11/2011.

La denominazione e il marchio ANMA identificano compiutamente l'Associazione e rappresentano l'elemento distintivo e di riconoscimento delle attività istituzionali, rappresentandone i valori e il significato scientifico ed etico. La forma e le caratteristiche del marchio sono tutelate ai sensi della normativa vigente.

L'uso e la diffusione della denominazione e del marchio sono finalizzate a :

1. promuovere l'immagine di ANMA quale associazione scientifica e professionale a livello nazionale e regionale
2. valorizzare gli eventi istituzionali di ANMA
3. qualificare la comunicazione di ANMA
4. contraddistinguere la certificazione dei crediti acquisiti dai professionisti attraverso la frequenza di corsi di formazione organizzati da ANMA
5. promuovere e favorire i valori morali di ANMA

In particolare:

1. L'autorizzazione dell'uso della denominazione e del marchio ANMA è riservato alle attività istituzionali dell'Associazione sia in ambito internazionale che nazionale e regionale.

2. L'autorizzazione per l'eventuale uso della denominazione e del marchio ANMA al di fuori delle attività istituzionali spetta esclusivamente al Consiglio Direttivo Nazionale, sentito il parere del Comitato Etico di ANMA.

3. L'uso della denominazione e del marchio ANMA non viene concesso ad iniziative commerciali o progettate da Aziende, né a sponsor.

4. La forma di riconoscimento di iniziative tecnico-scientifiche, culturali, educative e/o sociali può avvenire mediante l'utilizzo della formula del Patrocinio in cui la denominazione e il marchio non sono utilizzabili separatamente.
Le iniziative a cui può venire concesso il Patrocinio devono possedere necessariamente caratteristiche ben definite, ossia:

1. rispondere ai requisiti della missione di ANMA

2. non essere in contrasto con i principi statutari di ANMA

3. essere sempre di ineccepibile rispondenza alle evidenze scientifiche

La Concessione del Patrocinio con uso della denominazione e del marchio può essere destinata a :

- rilevanti progetti di portata nazionale o internazionale organizzati da Enti od Istituzioni

- manifestazioni scientifiche su temi di medicina del lavoro.

Modalità:

Il Patrocinio viene rilasciato da parte di ANMA dopo aver ricevuto formale richiesta dall'Ente od Istituzione ed a seguito della verifica della coerenza del progetto (contenuti, programmi, obiettivi ed eventuali sponsorizzazioni) con la missione ed i valori dell'Associazione.
Il riconoscimento speciale deciso dal Consiglio Direttivo Nazionale, sentito il parere del Comitato Etico, viene comunicato unitamente alla motivazione della decisione mediante lettera firmata dal Presidente.

La documentazione relativa alle pratiche gestite deve essere archiviata in forma tracciabile presso la Segreteria Nazionale.

A cura di Piero Patanè

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

ANMA RISPONDE

PRELIEVO EMATICO A SORPRESA PER ALCOLDIPENDENZA

Ci è stato detto dal RSPP che tutti gli insegnanti della scuola dovranno presto (in settimana) sottoporsi a un prelievo del sangue ,in un'aula della scuola, senza preavviso, per verificare l'assenza di tossicodipendenza.Altrimenti ci potrebbe essere una denuncia penale.
Come comportarsi?
Grazie

L'unico test di routine e per tutti, a cui possono essere sottoposti gli insegnanti, è quello di verifica di assunzione di alcol (vedi nota del dip politiche Antidroga sotto riportato); normalmente questo viene effettuato sull'aria espirata, raramente viene effettuato su sangue e comunque in questo caso, deve essere fatta una analisi immediata. Per le sostanze stupefacenti e psicotrope invece, gli insegnanti non rientrano, ad oggi, nelle liste delle mansioni a rischio per terzi. Quindi il controllo (su urine!) in questo caso sarebbe indebito, a meno che venga effettuato su casi particolari e fuori dalle dinamiche della sorveglianza sui lavoratori). Piccole note: cosa vuol dire avvisare che in settimana sarà fatto un controllo senza preavviso? Sarebbe meglio dire con ampio preavviso. Inoltre sia per l'alcol che per le droghe i test vengono effettuati direttamente e comunque sotto la responsabilità del Medico Competente.

Nota del Dip. Politiche Antidroga:
In relazione alla possibilità di eseguire drug test accertamenti tossicologi negli insegnanti sospettati/percepiti di far uso di sostanze stupefacenti e che quindi possono avere condizioni di salute pericolose sia per se stessi che per terze persone, come nel caso dell'insegnante di Firenze che è stata trovata nei bagni della scuola in condizioni di salute precarie dopo aver assunto eroina, è chiaro che esiste la possibilità di far valutare le condizioni di salute del lavoratore, da parte del datore di lavoro (in questo caso dirigente scolastico) già sulla legge esistente. Non è necessaria, come giustamente dichiarato dal sottosegretario Giovanardi, quindi una nuova normativa nel vero senso della parola ma si può applicare quella già in atto. Nei prossimi mesi sarà possibile inoltre utilizzare un ulteriore provvedimento (atto di intesa stato regioni attualmente in preparazione) dove tale categoria verrà inserita. Per quanto riguarda la normativa esistente nello specifico l' art. 41 comma 1 del D. L. 81/08 definisce la possibilità di analizzare i lavoratori compresi gli insegnati per l'assunzione di sostanze alcoliche, tramite il medico competente. Nel caso in cui vi sia l'impossibilità di eseguire accertamenti tossicologici delle sostanze stupefacenti (in base alla art. 5 Statuto dei lavoratori che ne potrebbe fare divieto) il datore di lavoro ha comunque la possibilità di attivarsi in quanto può rivolgersi alla struttura sanitaria pubblica (ASL) e richiedere gli accertamenti del caso anche per il problema dell'assunzione delle sostanze stupefacenti. Si aggiunge inoltre che l 'art 18 comma 1 lettera c del D.L. 81/08 nella distribuzione dei compiti al lavoratore il datore di lavoro deve tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza e e quindi in questo caso sarebbe possibile eseguire gli accertamenti tossicologici.

MEDICO COMPETENTE SOCIO DI UNA SOCIETÀ

Vi chiedo cortesemente di chiarirmi un dubbio: un medico competente che costituisca una società unipersonale o una società di servizi con altri soci, può trasferire l'incarico di medico competente, già contratto con un ente pubblico, alla nuova società costituita? e se si come si inquadra la questione della responsabilità nell'attività di medico competente? Grazie

Per quanto riguarda la costituzione di società non siamo degli esperti; ricordiamo solo che i medici hanno delle restrizioni o regole che i vari Ordini dei Medici potranno meglio chiarire se interpellati. Comunque sia, per quanto riguarda la nomina del medico competente, questa è sempre personale e mai potrà essere fatta ad un ente, società o gruppo. Con le società possono essere invece fatti gli accordi contrattuali. Quindi se qualcuno è nominato medico competente di una azienda non potrà trasferire la sua nomina alla società; potrà invece trasferire gli accordi commerciali con una nuova società conservando la sua nomina a medico competente. Da questo punto di vista le responsabilità del medico competente non cambiano; e quindi consigliamo chiarezza nei rapporti con le società di servizi.
Buon lavoro.

Assicurazione per responsabilita professionale

Con l'iscrizione si é assicurati. Esiste la possibilità per i soci di accedere ad una polizza per la responsabilità professionale? Grazie

L'iscrizione all'ANMA dà diritto ad una assicurazione per l'assistenza legale. Auspichiamo che il nuovo direttivo riesca a trovare un accordo con una compagnia assicuratrice per avere una convenzione sulla responsabilità professionale. Cordiali saluti.

Registro cancerogeni e sostanze classificate R40

Gent.mi, avrei bisogno di sapere se in presenza di sostanze etichettate come R40 sia necessario o meno istituire il registro degli esposti a sostanze cancerogene. Grazie.

Risposta a cura del Dr. Livio D'Acuti RSPP del R.I.N.A. e Dr.ssa Isabella Cogliolo chimico esperta di REACH.

Il quesito è posto in maniera generica, senza identificazione della sostanza (o della miscela) alla quale è riferito, pertanto la risposta dovrà forzatamente riferirsi ad una situazione generica.

La frase di rischio R40 deriva dalla classificazione di pericolosità della sostanza (o del preparato) secondo una legislazione comunitaria oggi superata: la Direttiva Sostanze Pericolose (DSD) n. 67/548 recepita in Italia con il D.Lgs. 52/97smi e/o la Direttiva Preparati Pericolosi (DPD) n. 1999/45 recepita con D.Lgs. 65/2003 smi.

L'attuale normativa cogente di riferimento è costituita dal Regolamento CE 1272/2008 relativo alla classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze chimiche e delle miscele, altrimenti noto con il suo acronimo CLP (Classification Labelling and Packaging). L'allegato VII del CLP contiene una tabella che facilita la conversione dalla classificazione di una sostanza o miscela secondo la direttiva 67/548/CEE o la direttiva 1999/45/CE, rispettivamente, alla corrispondente classificazione secondo il nuovo regolamento. Per quanto riguarda le sostanze cancerogene la conversione diretta, è generalmente possibile e ci sono poche situazioni in cui tale conversione può portare a risultati differenti. La conversione della frase R40 conferma la classifica di cancerogeno di categoria 3.

Il D.Lgs. 81/08 smi all'art. 234 per la definizione di sostanza cancerogena richiama il D.Lgs. 52/97 e definisce cancerogena una sostanza che risponde alla classificazione di cancerogeni cat. 1 o 2. La frase di rischio R40 identifica le sostanze con "Limited evidence of carcinogenic effect " ovvero cancerogeni di categoria 3, pertanto una lettura puntuale della norma indica la non applicabilità dell'intero disposto di cui al Capo II del Titolo IX del D.Lgs 81/08 smi "Protezione da Agenti Cancerogeni.

Si ritiene comunque buona prassi operativa (e adempimento degli obblighi di valutazione del rischio chimico di cui al Capo I dello stesso Titolo IX) l'applicazione delle disposizioni generali del Capo II (es. sostituzione e riduzione, valutazione del rischio, misure tecniche, organizzative e procedurali, informazione e formazione, etc.) con l'esclusione del Registro degli esposti.
Si consiglia infine di consultare il fornitore della sostanza per informazioni più dettagliate a conferma della nuova classificazione ed etichettatura e per ottenere la Scheda Dati di Sicurezza aggiornata secondo il regolamento CE 453/2010.

DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

CHE COS'È L'UOMO PERCHÉ TE NE RICORDI?

Questa sera vorrei che chiedessimo insieme: sono intelligibili l'uomo e il suo destino ? Rispondere col si o col no sarebbe un modo per mancare di pertinenza, ma riflettere insieme qui sulla natura umana alla luce di quanto sappiamo oggi, costituisce un metodo conforme alle leggi dello spirito. Perché è lo spirito che da la vita , non c'è materia vivente, la materia non può vivere, non può riprodursi. Se non mi credete, provate un po' ad andare alla mostra del marmo di Carrara. Guardando gli artisti che stanno scolpendo, chiedetevi un attimo: la statua era già presente nel blocco di marmo ? In un certo senso si, dato che per ottenerla basta togliere il marmo superfluo. In realtà, se considerate che l'artista sta riproducendo nel marmo ciò che è stato plasmato e poi riprodotto col gesso, sarà evidente che questi non sta riproducendo la materia, ma l'impronta che il genio dello scultore aveva impresso nella terra, nel gesso. Ecco, questa informazione è quello che noi in biologia chiamiamo la forma. Quest'informazione è veramente quanto anima la materia e l'oggetto della genetica, è appunto il cogliere dal vivo ciò che anima la materia grezza e descrivere l'informazione che produce e controlla miriadi di molecole capaci di incanalare questo formicolio dell'energia per conformarlo alle nostre necessità. La materia animata dalla natura umana si organizza, costruisce allora un corpo nel quale uno spirito di incarna (…) Il primo dono dello spirito è la saggezza (…) La saggezza consiste nel precisare perché uso e a quale uso sono destinati i mezzi di cui oggi disponiamo. Un esempio storico vi aiuterà a capire meglio quanto voglio dire. In Francia si è parlato moltissimo del bicentenario della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo. Ventuno anni dopo la proclamazione solenne di questi diritti , un filosofo fece una proposta di legge per chiedere che "fosse finalmente proibito asfissiare o comunque far morire dissanguati i malati di rabbia". Questa proposta di legge non fu nemmeno discussa. Fu rimandata allo studio di una commissione e poi tutto finì in un cassetto e non se ne parlò più. Dodici anni dopo nacque un bambino di nome Louis Pasteur. La sua vita fu proprio la dimostrazione che a liberare l'umanità dalla rabbia e dalla peste non furono quelli che asfissiavano i malati di rabbia tra due materassi o che bruciavano gli appestati nelle proprie case, bensì quelli che hanno attaccato la malattia e rispettano il paziente.

(dall'intervento di Jerome Lejeune - scopritore della trisomia 21 - al Meeting di Rimini il 28 agosto 1990)

26° Congresso Nazionale ANMA

Giovedì ***30 maggio*** *- Sabato* ***1 giugno*** *2013*

Sant'Elmo Beach Hotel

Castiadas (CA) - Sardegna

★★★★

SAVE THE DATE

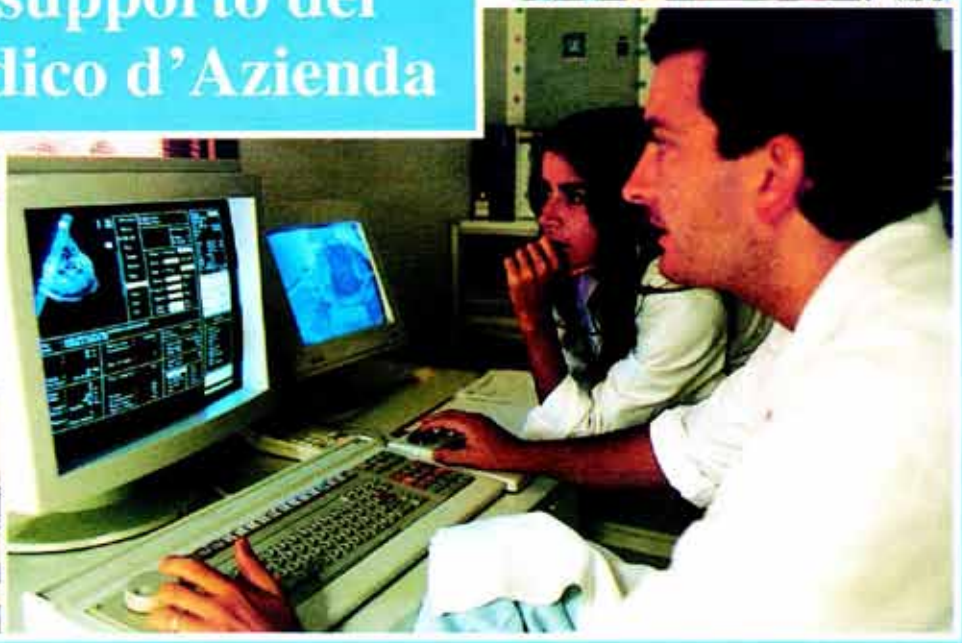
www.anma.it

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

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