

# Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 4/2011



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

Numero 4/2011  
Associazione Nazionale Medici  
d'Azienda e Competenti  
Sede e redazione Milano  
Via San Maurilio, n°4  
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115  
e-mail: maurilio@mclink.it  
Autorizzazione Tribunale di Milano  
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE  
Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE  
Paolo Santucci

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

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



TIPOGRAFIA  
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale  
MEDICI D'AZIENDA  
E COMPETENTI

## ANMA

[www.anma.it](http://www.anma.it)

**Presidente**  
Giuseppe Briatico Vangosa

**Vice Presidente**  
Umberto Candura

**Segretario**  
Daniele Ditaranto

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

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

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

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

### SEZIONI TERRITORIALI

**Campania**  
Segr. Francesco Gazzerro

**Emilia Romagna**  
Segr. Francesco Origlia

**Lazio**  
Segr. Paolo Sanchioli

**Liguria**  
Segr. Carlo Valchi

**Lombardia**  
Segr. Luigi Aversa

**Marche**  
Segr. Giuseppe Olivetti

**Piemonte**  
Segr. Valter Brossa

**Puglia e Lucania**  
dimissionario Luca Convertini

**Trentino Alto Adige**  
Segr. Azelio De Santa

**Umbria**  
Segr. Anselmo Farabi

**Veneto**  
Segr. Piero Patanè

### RAPPRESENTANZE

**Bologna**  
Segr. Grazia Guiducci

**Frosinone**  
Segr. Antonio Palermo

**Imperia**  
Segr. Ezio Grosso

**Massa Carrara**  
Segr. Maurizio Bonci

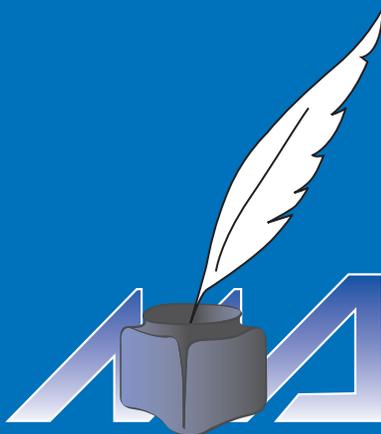
**Modena**  
Segr. Gianni Gilioli

**Reggio Emilia**  
Segr. Giuseppe Giubbarelli

**Sardegna**  
Segr. Carlo De Martino

**Taranto**  
Segr. Massimo Sabbatucci

**Toscana**  
Segr. Andrea Bigotti



EDITORIALE

## E' TEMPO DI CONSUNTIVI E RINGRAZIAMENTI

L'anno 2011 è quasi alle spalle. E' quindi tempo di consuntivi. Infatti i pochi giorni che ci separano dal 2012 non credo possano influenzare in modo significativo l'andamento della nostra Associazione, almeno spero. Penso anche utile approfittare di questo numero del nostro periodico che, con buona

probabilità, troveremo nella calza della befana e non certo sotto l'albero considerando i tempi di spedizione, per veicolare alcune considerazioni sull'attività del 2011 e su quanto pianificato per il 2012.

Vogliate innanzitutto accogliere i miei calorosi auguri per le prossime festività e per l'Anno Nuovo che veda tutti in buona salute, sereni e laboriosi.

Penso e mi auguro che il piano formativo ECM

del 2012 sia un interessante regalo che l'Associazione fa trovare sotto l'albero di tutti i propri Associati e di cui troverete qualche dettaglio in questo numero. Abbiamo pianificato una corsistica residenziale (RES) composta da corsi e seminari dislocati assieme ad una integrazione con tre eventi di formazione a distanza (FAD) e, ovviamente, il 25° Congresso nazionale programmato dal 14 al 16 giugno p.v. a Milano. La nostra proposta formativa garantisce l'acquisizione dei crediti formativi come richiesti dal decreto 81/08 e dalla Commissione ECM.

Rimanendo in tema di ECM l'esercizio ANMA 2011 si chiude in modo mol-

to positivo nel suo complesso, sia formativo che gestionale. Lo dico con un pizzico di orgoglio, anzi con più di un pizzico, poiché la sfida iniziata nel luglio 2010 per accreditare presso il Ministero della Salute la nostra Associazione come ente di formazione ha avuto successo. Come sapete nel dicembre 2010 siamo stati accreditati e per quella data avevamo già presentato il piano formativo per il 2011 quale condizione obbligatoria e vincolante per poter erogare eventi formativi. La effettiva erogazione degli eventi pianificati è un secondo vincolo per mantenere l'accreditamento nel tempo. Anche questa scommessa è stata ampiamente vinta, anzi superata, dato che il nostro cantiere formativo quest'anno si conclude con due FAD a cui hanno aderito oltre 160 colleghi; 27 corsi di aggiornamento di 20 ore a cui hanno partecipato oltre 900 colleghi; 4 seminari frequentati da circa 300 colleghi, oltre ovviamente al Congresso nazionale di Castellaneta Marina. Credetemi uno sforzo davvero gravoso, parafrasando l'indice NIOSH di molto superiore al valore limite d'azione, reso possibile dall'impegno della nostra segreteria con Benedetta in testa e la *new entry* Myriam e dall'impegno gratuito dei nostri segretari delle sezioni territoriali che è doveroso da parte mia ringraziare caldamente. Grazie ai nostri validi segretari che voglio citare: Luigi Aversa per la sezione lombarda; Valter Brossa per quella piemontese; Azelio De Santa per il trentino; Anselmo Farabi per l'umbra; Giuseppe Olivetti per la marchigiana; Francesco Origlia - il grande - per la emiliana romagnola; Piero Patanè per la veneta; Massimo Sabbatucci per Taranto e dintorni; Paolo Sanchioli per la laziale; Carlo Valchi per la ligure. Un ringraziamento doveroso e caloroso alla nostra Commissione ECM che ha guidato tutte le fasi ECM dei nostri eventi, dalla raccolta delle proposte avanzate dalle sezioni territoriali alla loro elaborazione, alla loro erogazione. Un particolare ringraziamento va alle nostre, mi permetto di esprimermi così, dr.ssa Anna Guardavilla che quotidianamente ci assiste sulle questioni interpretative della normativa di nostro interesse, oltre che a dare un insostituibile contributo come docente nei nostri eventi formativi e la dr.ssa Serena Trincanato che con un impegno pressoché quotidiano ci assiste nella organizzazione degli eventi, nella gestione dei rapporti con il mondo esterno. Il risultato economico è anch'esso soddisfacente considerando che l'impegno economico, che credetemi è gravoso, è stato sostenuto con le sole nostre forze senza ricorrere costantemente al contributo di sponsorizzazioni. Un rapido benchmarking evidenzia che le nostre quote di partecipazione risultano competitive rispetto

a quelle di mercato, così come il favorevole rapporto costo/credito. In altre parole un nostro credito costa meno rispetto a quello di altri competitori. L'impegno è di proseguire su questa strada e, se possibile, offrire ai nostri Associati eventi a costo ancor più contenuto, compresa la FAD che è gravata da particolari costi di gestione (realizzazione tecnica, diritti d'autore, piattaforma) che determinano, nella fase in cui ci troviamo, quote di iscrizione più onerose nel rapporto costo/credito rispetto alla RES, anche se poi bilanciate dall'assenza di altri costi vivi di partecipazione.

L'attività del 2011 dell'ANMA non si è certo esaurita con gli eventi formativi. L'attività istituzionale e di rappresentanza dell'Associazione nelle sedi istituzionali centrali e territoriali è stata densa e, a nostro avviso, positiva. E' proseguita la collaborazione con il Dipartimento Antidroghe della Presidenza del Consiglio nell'intento di migliorare la gestione dello Schema d'Intesa sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope per le attività e categorie lavorative soggette al controllo. L'ultimo appuntamento è avvenuto nel luglio u.s. a Roma dove, in un convegno ristretto, sono state presentate le posizioni ufficiali dei vari attori pubblici e privati della prevenzione. Abbiamo poi continuato a interagire con il Ministero della Salute, del Lavoro e con il Tavolo tecnico interregionale con particolare attenzione sull'allegato 3B e 3A che, per quanto ne sappiamo, restano in standby. Abbiamo anche apportato il nostro contributo sul tema dell'uso e abuso di alcolici sul lavoro, presentando un'articolata proposta operativa.

Oltre ciò molti di noi hanno partecipato a manifestazioni, eventi, riunioni in sedi confindustriali locali, nonché ad eventi di aggiornamento proposti da altre associazioni scientifiche.

Per concludere l'ANMA c'è e si vede. L'impegno è stato notevole ed i risultati sono evidenti perché ottenuti con un lavoro di squadra dove chi ha voluto e potuto ha offerto la propria disponibilità del tutto gratuitamente, con entusiasmo e con spirito di servizio. A tutti il mio personale ringraziamento assieme a quello di tutti gli Associati ANMA, certo di interpretare il vostro pensiero.

Il Presidente  
Giuseppe Briatico-Vangosa

# UN ESEMPIO DI CONTRAVVENZIONE AD UN MEDICO COMPETENTE PER LA MANCATA PARTECIPAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI



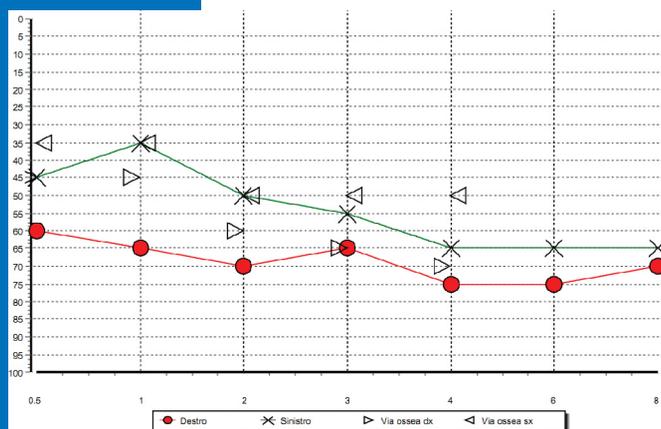
## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Azelio De Santa,

Segretario ANMA Trentino Alto Adige

### Premesse

Il 3 febbraio 2010, un manutentore di un'azienda che rigenera pneumatici è stato investito dall'onda sonora da scoppio di un pneumatico gonfiato ad 8 bar da un collega addetto alla conduzione di una macchina per il collaudo.



Lo scoppio ha causato un grave indebolimento permanente dell'udito.

Nel febbraio 2011, il DDL riceve un verbale di contravvenzione, fra l'altro, per non aver valutato il rischio e una prescrizione a bonificarlo entro 60 giorni.

Nel corso delle indagini dell'Organo di Vigilanza di Trento è emerso che:

- lo scoppio di un pneumatico è un evento eccezionale e imprevedibile che avviene

una-due volte su circa 14.000 pneumatici lavorati al mese

- nella valutazione del rumore non si fa cenno a questa possibilità né tantomeno lo scoppio era stato misurato;
- in data 23 dicembre 2008 il MC aveva firmato un documento di valutazione dei rischi apponendo sopra la firma la dicitura "con riserva di valutazione";
- sia in precedenza che in seguito il MC aveva inviato all'azienda numerosi documenti in cui ha espresso una sua valutazione dei rischi e il programma di sorveglianza sanitaria.

Posizione  
infortunato al  
momento dello



Questi documenti non sono stati ritenuti validi per lo scioglimento della riserva espressa al momento della firma e quindi la riserva è stata interpretata come mancata collaborazione alla valutazione dei rischi (dal 2006 in poi e cioè dalla data della valutazione del rumore firmata dal MC) ed è stata oggetto di contravvenzione e segnalazione alla Procura.

Oltre a ciò, nel caso specifico dell'infortunio, al MC è stata contestata anche la "mancata collaborazione all'attuazione delle

necessarie misure atte ad eliminare o ridurre il rischio derivante dallo scoppio di pneumatici” e quindi è stata proposta alla Procura della Repubblica l’ipotesi di reato di concorso in lesioni personali gravi.

Veniva inoltre prescritto al MC di collaborare col DDL entro 60 gg alla predisposizione di misure preventive e protettive atte ad eliminare o ridurre il rischio e di procedere alla misurazione del rumore in fase di scoppio.



Il Dirigente (medico) dell’OdV, che non ha firmato il verbale, interpellato dal MC, non prende posizione in quanto la politica adottata dall’U.O. prevede la totale autonomia dei tecnici UPG di fronte alla Magi-

stratura.

Il MC chiede il ritiro del provvedimento e mette in evidenza che:

- le sue competenze professionali riguardano i rischi per la salute e non quelli per la sicurezza di macchine o impianti;
- non era a conoscenza della possibilità di scoppio su quella macchina né il DDL, RSPP o lavoratori o loro rappresentanti gli avevano mai posto questa possibilità;
- l’apposizione della firma su DVR non può dimostrare né negare la partecipazione del MC alla VR; la mancata collaborazione deve essere invece dimostrata con fatti o docu-

menti;

- la constatazione della mancata collaborazione alla valutazione dei rischi non può decorrere dal 2006 (non era sanzionabile fino all’agosto 2009);
- il nesso di causalità fra l’eventuale mancata collaborazione e l’infortunio è insussistente in quanto, fra l’altro, causato ad un errore procedurale.

L’OdV rifiuta di ritirare il provvedimento con un documento firmato anche dal Dirigente (medico) nel quale le osservazioni del MC non vengono prese in considerazione.

Allo scadere del termine prescrittivo, IL DDL chiede la proroga dei termini per difficoltà tecniche nella bonifica.

Dopo pochi giorni l’OdV emette nei confronti del MC un verbale di accertamento (non firmato dal Dirigente) di mancata eliminazione delle contravvenzioni in quanto” la richiesta di proroga da parte del DDL è incompatibile con l’assolvimento della prescrizione data al MC” ma invita comunque il MC ad ottemperare entro 180 gg.

A pochi giorni dalla scadenza di questo nuovo termine, gli interventi di bonifica non sono stati realizzati, così il MC chiede una proroga.

L’UOPSAL non concede la proroga in quanto il verbale di accertamento negativo precedente non la consente (documento firmato anche dal Dirigente).

In altre parole, alla Procura della Repubblica risulta una prescrizione non ottemperata dal MC, che non potrà quindi utilizzare la riduzione della sanzione prevista dall’art. 162 bis C.P.

A questo punto, al MC rimane solo da decidere se non pagare la sanzione e rischiare un processo (se il GIP lo rinvia a giudizio) oppure pagare la sanzione.

In questo caso, però, il MC rischia di pregiudicare la sua posizione per l’altra accusa, e cioè quella di concorso in lesioni personali gravi.



E la storia continua...con gran divertimento!

# I CONFINI DELLA COLLABORAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI



## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Daniele Ditaranto,

Segretario nazionale ANMA

### Una collaborazione sanzionata...

**I**l D. Lgs. 81/08 e s.m.i. (di seguito TUS) ha indubbiamente rafforzato il ruolo collaborativo del Medico Competente (MC) nella Valutazione dei Rischi (VDR) (1).

Certamente questo rafforzamento è anche effetto della inopinata e pesante sanzione prevista a suo carico in caso di comportamento omissivo (2).

Tuttavia anche altri aspetti contribuiscono a rendere critica la posizione del MC in tale contesto:

- l'art. 29, c. 1 condiziona la collaborazione del MC alla VDR al verificarsi dei "casi di cui all'art. 41" limitandola ancora di fatto "ai casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria" com'era nell'abrogato art. 4, c. 6 del D. Lgs. 626/94, con un'evidente contraddizione e mancanza di coordinamento con l'art. 25, c. 1 che la dispone proprio "anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria" (3);
- nonostante l'art. 18, c. 1, g) (4), resta tuttora un fatto non comune la richiesta al MC da parte del datore di lavoro di collaborare alla VDR, anzi il

mercato, costituito prevalentemente da micro e piccole imprese, non è pronto (o non è disposto) a riconoscere quell'insieme complesso ed articolato di attività collaborative che la innovata normativa attribuisce al MC (la realtà è che spesso non lo conosce nemmeno) e l'unico compito richiesto ed atteso dal MC rimane sostanzialmente l'attuazione della sorveglianza sanitaria;

- contestualmente il ruolo di consulente aziendale non consente al MC di "imporre" collaborazioni, ma di far fronte con professionalità a quelle che gli vengono richieste.

Conseguentemente, a rigore di logica, la sanzione potrebbe essere legittimata soltanto da un comportamento omissivo del MC di fronte ad un'esplicita richiesta di collaborazione da parte del datore di lavoro (5).

Tuttavia alcune recenti interpretazioni giuridiche ed orientamenti giurisprudenziali non vanno in questa direzione, non soltanto sollecitando il MC ad assumere un comportamento proattivo (e quindi a non attendere la richiesta di collaborazione...), ma anche introducendo una concezione estensiva del suo ruolo nella VDR. La collaborazione alla VDR è il

primo compito che il TUS attribuisce al MC (1)

Pertanto concordiamo con chi sostiene che il MC debba comunque farsi parte attiva, rivendicando il suo ruolo e richiamando il datore di lavoro alle sue responsabilità (6).

Infatti il rafforzamento del ruolo del MC nella VDR è stato auspicato e perorato dall'ANMA durante tutta la discussione sul TUS per vari motivi ma specialmente perché consente al MC di uscire finalmente dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la sorveglianza sanitaria, e di entrare da protagonista in quello della prevenzione primaria finalizzata al riconoscimento dei rischi ed alla loro riduzione alla fonte e quindi orientata al miglioramento delle condizioni e degli ambienti di lavoro.

L'uscita dalla "gabbia" della sorveglianza sanitaria è una conseguenza importante ma non la più rilevante di questa "evoluzione" (o riappropriazione) del ruolo del MC specialista in medicina del lavoro. Infatti assume un significato ancora più importante nell'attuale contesto socio-economico, considerati anche i mutamenti in divenire nel mondo del lavoro, il contributo che il MC protagonista anche della prevenzione primaria può dare per la creazione di ambienti e di condizioni di lavoro idonei per la realizzazione di una reciproca promozione tra salute e lavoro, un altro tema "politico" al centro dell'attenzione dell'ANMA (7).

Tuttavia l'inopinata e discutibile sanzione ha indubbiamente complicato questo scenario

Infatti il legislatore al rafforzamento del ruolo del MC nella VDR non ha fatto corrispondere la precisazione delle modalità con le quali il MC deve svolgere questo compito collaborativo e quindi ritenere assolto il relativo obbligo

sanzionato.

Tutto ciò ci impone una riflessione sui casi in cui si possa correttamente parlare di omessa collaborazione del MC alla VDR e, quindi, sui "confini" di questo ruolo collaborativo e sulle modalità con cui esso debba essere attestato.

D'altra parte, più in generale, il tema delle "competenze" del MC è centrale non solo per le implicazioni giuridiche, ma anche perché sottende un forte messaggio politico: delineare l'area delle competenze del MC rispetto a quelle degli altri attori (cosa escludere, cosa includere ed in quali "dosi") non ha soltanto lo scopo di precisare il perimetro delle sue "responsabilità", ma ha anche il significato di definire le sue "specificità" e quindi l'insieme delle competenze per le quali è "indispensabile".

### Quali confini per la collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi?

Sembra farsi strada un'interpretazione estensiva del ruolo collaborativo del MC alla VDR che presuppone il suo coinvolgimento fattivo e responsabile anche nell'individuazione dei pericoli e nella conseguente valutazione dei rischi derivanti dalle carenze tecniche, strutturali e progettuali di impianti, macchine, attrezzature e luoghi di lavoro (Titoli dal II° al V° del TUS).

Riteniamo questo orientamento fuorviante perché presuppone uno "sconfinamento" per il quale il MC non è in genere attrezzato. Infatti il MC non è un "tuttologo", ma un professionista con una specifica formazione accademica e professionale incentrata sulle aree biomedica, ergonomica e dell'igiene del lavoro, ma non su quella tecnico-ingegneristica.

Non a caso per l'effettuazione del-

la VDR e per la sua documentazione il legislatore ha individuato a supporto del datore di lavoro il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) ed il MC (8) nella consapevolezza che la sua qualità possa essere soltanto il risultato di un approccio integrato di competenze tecniche, preminenti nel SPP, e sanitarie, prerogativa del MC.

Peraltro anche l'attività ispettiva degli Organi di Vigilanza prevede l'integrazione di queste due competenze.

Ovviamente questo non significa che il MC debba disinteressarsi dei risultati della valutazione dei rischi conseguenti a carenze progettuali, tecniche o strutturali di macchine, impianti, attrezzature ecc. considerato l'impatto negativo che possono anch'esse avere sulla salute, ma che essa è fondamentalmente e prioritariamente prerogativa del SPP, potendo il MC al massimo supportare, ma non surrogare o addirittura sostituire quelle specifiche competenze tecniche (standard e normative di riferimento) ed ingegneristiche (qualità progettuale e strutturale) appannaggio del SPP.

Infatti il punto di vista del MC è innanzi tutto il lavoratore e non la macchina, l'impianto o l'attrezzatura

Conseguentemente la collaborazione del MC alla VDR trova la sua valorizzazione innanzi tutto nella sua capacità:

- di prevedere e valutare la risposta biologica del lavoratore alle esposizioni ai fattori di rischio di natura fisica, chimica ed organizzativa (Titoli dal VI al X del TUS);
- di evidenziare le condizioni di ipersuscettibilità che rendono i lavoratori più sensibili a quelle esposizioni;
- di rilevare le patologie non correlabili all'esposizione, ma suscettibili di peggioramento

a seguito di essa;

- di definire, come prevede la normativa, i casi in cui è necessaria la programmazione della sorveglianza sanitaria.

Inoltre, nell'ambito del processo valutativo, in considerazione delle sue specifiche competenze e conoscenze, il MC deve assumere un ruolo centrale nella valutazione del rischio da stress lavoro-correlato e di quelli riguardanti:

- le lavoratrici in stato di gravidanza;
- i lavoratori diversamente abili;
- le differenze di genere;
- le differenze di età;
- I gruppi particolari di lavoratori come i turnisti, i migranti, i trasfertisti, i mobile workers ed i lavoratori con contratti di lavoro "flessibile" (c.d. "rischi da flessibilità").

D'altra parte nel TUS, come vedremo anche più avanti, al di là dell'art. 25 numerose disposizioni richiamano nell'attuazione della VDR vari aspetti dell'attività del MC contribuendo a precisare dal punto di vista giuridico i "confini" della sua collaborazione:

- la considerazione nel processo valutativo delle condizioni di ipersuscettibilità e dei risultati della sorveglianza sanitaria e cioè dei tipici output dell'attività del MC (9);
- la rielaborazione della VDR in caso di riscontro durante la sorveglianza sanitaria di alterazioni dello stato di salute imputabili all'esposizione, tenendo in considerazione il parere del MC nell'individuazione delle misure di tutela (10);
- il coinvolgimento del MC nella scelta dei DPI che presuppone la sua piena collaborazione alla VDR i cui risultati sono infatti il fondamento anche per l'individuazione delle misure di protezione individuale (11);
- gli obblighi informativi a carico del datore di lavoro finalizzati a facilitarne la collaborazione (12).

ne indicazioni operative finalizzate ad attestare il ruolo collaborativo del MC nella VDR e quindi a testimoniare l'assolvimento del relativo obbligo sanzionato.

In generale, in tutte quelle realtà, tuttora non rare, in cui il MC nonostante l'impegno per il suo coinvolgimento resta emarginato dal processo di VDR, la documentazione della rivendicazione di questo ruolo gli consentirà di testimoniare quell'impegno e, conseguentemente, di precisare l'attribuzione delle responsabilità per l'omessa collaborazione.

L'elenco di indicazioni operative di seguito riportato fa riferimento a delle specifiche disposizioni normative: per l'attestazione della collaborazione alla VDR, con lo strumento, viene riportata la modalità. Ovviamente non è e non può essere un elenco esaustivo ed ognuno potrà rivederlo ed integrarlo in base alla sua specifica esperienza professionale oppure ritagliarlo sulle caratteristiche della consulenza che sta conducendo:

### Modalità per l'attestazione della collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi

Lo scopo è la condivisione di alcu-

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Nomina del medico competente	Lettera di incarico	<p>Richiamare nella lettera gli obblighi informativi del datore di lavoro (DL) nei confronti del MC finalizzati anche a facilitarne la collaborazione alla VDR (art. 18, c. 2).</p> <p>Riempire di contenuto l'obbligo del DL di richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico (art. 18, c. 1, g).</p> <p>In particolare specificare nella lettera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la funzione aziendale che attiva la collaborazione del MC anche in occasione degli aggiornamenti del documento di valutazione dei rischi (DVR);</li> <li>• in che cosa consiste fattivamente questa collaborazione (partecipazioni a riunioni e a sopralluoghi, esame di documentazione, stesura di parti del DVR, elaborazione di documenti, invio di comunicazioni ecc.);</li> <li>• i rischi per la cui valutazione ci si avvale della collaborazione del MC, individuati come tali anche dal DL sottoscrivendo la lettera di incarico.</li> </ul> <p>In rapporto alle specifiche competenze e conoscenze del MC si ritiene che l'area debba comprendere i rischi normati dal Titolo VI al Titolo X, lo stress lavoro-correlato ed i rischi riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, i disabili, le differenze di genere, di età, i rischi riguardanti i lavoratori turnisti, migranti, trasfertisti, i mobile workers, i lavoratori "flessibili" e, per quanto attiene alle implicazioni sanitarie, il lavoro in quota (e quindi non gli aspetti riguardanti la qualità strutturale di scale, ponteggi, impalcature, trabattelli ecc.).</p>

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Nomina del medico competente	Accordo contrattuale	Valorizzazione economica della collaborazione alla VDR attraverso la previsione nell'accordo contrattuale di una specifica voce con l'indicazione del corrispettivo (orario o di altro tipo) per la consulenza.
Attestazione della data certa del Documento di Valutazione dei Rischi	Firma del medico competente	L'apposizione della firma del MC sul DVR è un atto disposto dalla normativa finalizzato ad attestare la "data certa" di redazione del DVR. Pertanto è un atto che compete al MC (sempre che la collaborazione sia stata fattiva anche attraverso l'analisi critica di un documento predisposto precedentemente alla data della nomina) ma che da solo <u>non</u> può dimostrare l'assolvimento all'obbligo di collaborazione del MC alla VDR.

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Visita degli ambienti di lavoro	Verbale della visita	In occasione della visita degli ambienti di lavoro il MC acquisisce informazioni utili sulla valutazione e gestione dei rischi. Pertanto, sebbene non esplicitamente prevista dalla normativa, la sua verbalizzazione attesta l'attuazione da parte del MC di uno dei momenti cruciali per testimoniare la sua collaborazione alla VDR.
Visita degli ambienti di lavoro	Relazione sulla visita	Il riscontro durante la visita degli ambienti di lavoro di eventuali criticità inerenti l'igiene degli ambienti di lavoro, l'organizzazione del lavoro, i cicli produttivi ecc., deve sfociare in una relazione (che integra il verbale della visita) indirizzata al DL ed al responsabile del servizio di prevenzione e protezione con considerazioni, pareri, indicazioni, nonché richieste di monitoraggi ambientali, di bonifiche ecc. e cioè di azioni orientate all'aggiornamento della VDR ed al miglioramento della loro gestione.

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Collaborazione alla Valutazione dei Rischi	Vari strumenti, attestanti l'analisi della documentazione, partecipazioni, richieste e contributi (documenti, elaborati, relazioni, pareri, ecc.), testimonianti la collaborazione alla VDR e riguardanti anche la predisposizione delle misure di tutela (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• esame del DVR e dei suoi aggiornamenti con relative considerazioni;</li> <li>• contributo alla valutazione del rischio chimico: esame delle SDS, acquisizione di dati e informazioni (internet, banche dati ecc.);</li> <li>• richieste di monitoraggi ambientali (rischi fisici, chimici) e considerazioni sui loro risultati;</li> <li>• contributi per il calcolo dell'IS NIOSH e per l'applicazione della check list OCRA;</li> <li>• partecipazione a riunioni ed invio di relazioni, comunicazioni;</li> <li>• partecipazioni a sopralluoghi dopo eventi avversi (infortuni, near miss, incidenti ecc.), installazione di nuovi impianti, cambiamenti dei layout ecc. e relative considerazioni;</li> <li>• stesura di parti del DVR: ad es. quelle dedicate alle gestanti e allo stress lavoro-correlato;</li> <li>• collaborazione alla elaborazione di procedure o istruzioni operative: ad es. per l'organizzazione del primo soccorso, la gestione del rischio "terzi", delle trasferte in Paesi "a rischio", sui comportamenti per una guida sicura ecc.;</li> <li>• collaborazione all'analisi del rischio infortunistico specialmente per quanto attiene agli aspetti comportamentali;</li> <li>• collaborazione all'analisi dei rischi "residui" per orientare la scelta dei DPI;</li> <li>• ecc...</li> </ul>

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Sorveglianza sanitaria	Protocollo sanitario	<p><i>Il protocollo sanitario deve essere strutturato in modo da testimoniare la collaborazione alla VDR. Pertanto per ogni mansione deve indicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>il suo profilo di rischio, coerente con quello riportato nel DVR;</i></li> <li>• <i>gli accertamenti sanitari mirati ai rischi, previsti per le varie tipologie di visite mediche;</i></li> <li>• <i>la periodicità delle visite mediche.</i></li> </ul> <p><i>Il protocollo sanitario deve essere comunicato in modo formale al DL e deve costituire parte integrante (anche come allegato) del DVR.</i></p> <p><i>Nei casi previsti dalla normativa il protocollo sanitario deve essere integrato con il programma di monitoraggio biologico i cui risultati sono indicatori fortemente correlati alla validità delle misure di tutela e quindi anche alla correttezza della VDR da cui esse derivano.</i></p>
Sorveglianza sanitaria	Informazioni acquisite durante gli accertamenti sanitari	<p><i>Dal colloquio con i lavoratori possono emergere valutazioni soggettive in merito alle condizioni di lavoro, ai rischi conosciuti e percepiti, all'efficacia delle misure di tutela, che possono diventare oggetto di una comunicazione al DL e al RSPP finalizzata alla loro considerazione e, qualora necessario, all'adozione delle opportune azioni correttive che possono consistere anche nel riesame della VDR.</i></p>

DISPOSIZIONE	STRUMENTI	MODALITA'
Valutazione dei Rischi	<p>Riscontro degli stati di ipersuscettibilità</p> <p>Risultati della sorveglianza sanitaria</p>	<p><i>Il riscontro di condizioni di ipersuscettibilità ed i risultati della sorveglianza sanitaria, tipici output dell'attività del MC, sono aspetti da considerare durante la valutazione dei rischi fisici, chimici e biologici.</i></p>
Revisione della Valutazione dei Rischi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Risultati della sorveglianza sanitaria</li> <li>2. Relazione sanitaria</li> <li>3. Comunicazione delle alterazioni dello stato di salute dovute all'esposizione riscontrate durante la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ai rischi fisici, chimici e biologi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenziano la necessità, la VDR deve essere rielaborata (art. 29, c. 3);</i></li> <li>2. <i>I risultati della sorveglianza sanitaria e del monitoraggio biologico sono comunicati in forma anonima collettiva attraverso la relazione sanitaria presentata in occasione della riunione ex art. 35 che, nella logica del "sistema di gestione", coincide con la fase del "riesame della direzione". Pertanto la relazione sanitaria, fornendo "indicazioni sul significato dei risultati ai fini dell'attuazione delle misure di tutela", può contenere anche indicazioni per un riesame della VDR;</i></li> <li>3. <i>La comunicazione delle alterazioni dello stato di salute deve essere inviata al DL in modo formale comportando per lo stesso l'obbligazione sanzionata di aggiornamento della VDR, anche attraverso programmi di controllo dell'esposizione e di revisione delle misure di tutela tenendo conto del parere del MC.</i></li> </ol>



## Bibliografia

- (1): art. 25, c. 1, a): il medico competente collabora con il datore di lavoro ed il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori [...];
- (2): art 58, c. 1, c): il medico competente è punito con l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda da 400 a 1600 € per la violazione dell'art. 25, comma 1. lettera a) con riferimento alla valutazione dei rischi;
- (3): conseguentemente la collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi sarebbe legittima soltanto quando il servizio di prevenzione e protezione ha appurato l'esistenza dei "casi di cui all'art. 41". In tal modo al medico competente verrebbe impedito di collaborare alla valutazione dei rischi fin dalle sue cruciali fasi iniziali di impostazione dei criteri e della metodologica;
- (4): il datore di lavoro deve richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico dal D. Lgs. 81/08;
- (5): dalla lettura combinata dell'art. 25, c. 1, a) e dell'art. 18, c. 1, g), emergerebbe che l'omessa collaborazione si potrebbe configurare soltanto quando il datore di lavoro abbia esplicitamente ed inutilmente invitato il medico competente a collaborare alla valutazione dei rischi;
- (6): richiamiamo in tale contesto anche l'art. 39, c. 4: "il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti [...]"
- (7): D. Ditaranto, T. Cassina "Dalla tutela alla promozione della salute. Il medico competente protagonista delle nuove attese di salute" - Atti del XXIII<sup>o</sup> Congresso Nazionale ANMA;
- (8): l'art. 29, c. 1 "il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento...in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente [...]"
- (9): si vedano in particolare le disposizioni sulla valutazione dei rischi normati nei Titoli VIII e IX del TUS;
- (10): si vedano in particolare le disposizioni sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ai rischi normati nei Titoli VIII, IX e X del TUS;
- (11): l'art. 18, c.1, d) del TUS dispone che il datore di lavoro fornisca ai lavoratori i necessari ed idonei dispositivi di protezione individuale sentendo il parere sia del responsabile del servizio di prevenzione protezione che del medico competente;
- (12): l'art. 18, c. 2 del TUS prevede che il datore di lavoro fornisca informazioni al responsabile del servizio di prevenzione protezione ed al medico competente:
  - a) sulla natura dei rischi
  - b) sull'organizzazione del lavoro, la programmazione e l'attuazione delle misure preventive e protettive
  - c) sulla descrizione degli impianti e dei processi produttivi
  - d) sui dati relativi agli infortuni sul lavoro e su quelli relativi alle malattie professionali
  - e) sui provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.

# I PROFILI GIURIDICI DELLA COLLABORAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI



## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Anna Guardavilla,

Giurista, Comitato scientifico ANMA

### Premesse

Come noto, ai sensi dell'art. 25 c.1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 il Medico Competente *“collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari*

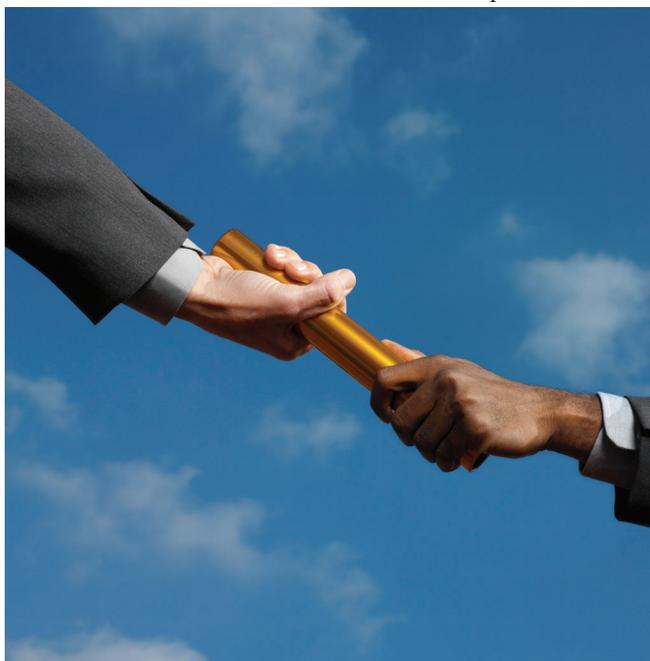
*di “promozione della salute”, secondo i principi della responsabilità sociale.”*

Tale disposizione è sanzionata con la pena alternativa dell'“arresto fino a tre mesi o ammenda da 400 a 1.600 euro, **“con riferimento alla valutazione dei rischi”**”.

Dunque la lettera a) dell'articolo 25 T.U. contiene al suo interno sia “obblighi” che “compiti” collaborativi a carico del Medico Competente (di seguito MC).

Quello di collaborare alla VR, su cui si incentrerà il presente contributo, essendo sanzionato penalmente, è da considerarsi un vero e proprio obbligo. Ciò significa che, con specifico riferimento esclusivamente a tale collaborazione, si è usciti dallo schema classico che ha caratterizzato, in termini di ripartizione di obblighi-compiti,

il rapporto Datore di Lavoro-consulente per la salute e sicurezza (sostanzialmente nelle figure del MC e dell'RSPP) secondo il quale l'apporto del consulente, in termini di collaborazione alla pianificazione della prevenzione, ricadeva tradizionalmente a livello giuridico - sul piano delle responsabilità



*contravvenzionali* - sul Datore di Lavoro, fatta salva ovviamente una possibile responsabilità (che sempre permane ai sensi dell'art. 40 del codice penale) del MC o dell'RSPP in caso di reati di evento a seguito di infortunio o di tecnopatia, per colpa professionale.

Con l'introduzione da parte del decreto correttivo n. 106/2009 della sanzione penale a carico del MC per la mancata collaborazione alla VR, motivata chiaramente dalla volontà dell'ordinamento giuridico di stimolare un maggior coinvolgimento della figura del MC nel sistema di gestione della SSL aziendale, si è assistito così all'inserimento di un vero e proprio "obbligo di collaborazione" di cui può essere contestata la mancata attuazione da parte dell'Organo di Vigilanza già in fase prevenzionale mediante apposito verbale di prescrizione, ovviamente solo per omissioni successive al 20 agosto 2009, data di entrata in vigore del D.Lgs. 106/09.

Ciò in virtù del principio di irretroattività della legge penale sancito dall'articolo 2 c. 1 del nostro codice penale, ai sensi del quale *"nessuno può essere punito per un fatto che, secondo la legge del tempo in cui fu commesso, non costituiva reato"*.

Sul piano della rilevanza di tale omissioni ai fini dell'identificazione di una "colpa specifica" (per "inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline", art. 43 c.p.) rilevante in caso di reati di evento, la data di riferimento va invece fatta risalire indietro di circa un anno al 15 maggio 2008 - data di entrata in vigore del D.Lgs. 81/08 - il quale ultimo ha introdotto l'obbligo specifico (non ancora sanzionato penalmente ma che se violato poteva avere rilevanza ai fini della colpa nella produzione di un evento lesivo) del MC di collaborare alla VR.

Si tenga conto che, sul piano del



raccordo normativo anche a livello sanzionatorio tra le singole disposizioni, **l'art. 29 comma 1** D.Lgs. 81/08 prevede, a pena di **sanzione alternativa per il datore di lavoro** dell'arresto da 3 a 6 mesi o dell'ammenda da € 2.500 a € 6.400 (ai sensi dell'art. 55 c. 1 lett. a) che *"il datore di lavoro effettua la valutazione ed elabora il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, nei casi di cui all'articolo 41."*

Dunque se il Datore di Lavoro non effettua la valutazione dei rischi avvalendosi del RSPP e del MC è soggetto alla sanzione suindicata.

Lo stesso riferimento normativo è peraltro presente nella stessa definizione di "Medico Competente" contenuta nell'art. 2 comma 1 lett. h) del D.Lgs. 81/08 che parla di un "medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38, che **collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1**, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi...".

Sulla scelta operata dal legislatore nel 2009 di introdurre la sanzione penale in caso di violazione dell'art. 25 c.1 lett.a) si è pronun-

ciata una autorevole voce di cui si intende qui dare conto.

Ha infatti osservato in merito il Procuratore Generale Beniamino Deidda: "La posizione di consulente del datore di lavoro per la prevenzione della salute dei lavoratori, intesa come principale funzione del medico competente, pone una serie di problemi e soprattutto due questioni che debbono essere affrontate: quello della rilevanza esterna del ruolo del medico competente, e dunque della sua responsabilità, e quello del rapporto intercorrente tra il datore di lavoro e il medico competente.

Quanto alla prima questione, non vi è dubbio che il medico competente, quale che sia la sua posizione all'interno dell'azienda, non si colloca nella linea operativa aziendale, dal momento che, come abbiamo visto dalla definizione contenuta nell'art. 2 del decreto 81, lett. h), viene individuato come il medico che "collabora ... con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria."

Secondo il Dott. Deidda, "sembra dunque che il legislatore voglia valorizzare la funzione di consulente del datore di lavoro, soprattutto per ciò che riguarda il processo di valutazione dei rischi, piuttosto che la funzione tecnica del medico

che provvede al rilascio dei giudizi di idoneità. Ci si sarebbe aspettati, coerentemente con la tradizionale costruzione in ordine alla responsabilità del collaboratore consulente del datore di lavoro che, per questa sua funzione di consulente, il medico competente non fosse esposto ad alcuna sanzione penale. E invece, e questa è la novità più dirompente, l'art. 58 del T.U. punisce il MC [...] per la violazione dell'art. 25 c. 1 lett. a) con riferimento esplicito alla mancata collaborazione con il DL nella VR. [...] E così il nuovo testo di legge finisce per colpire il MC per una responsabilità che non può essergli ragionevolmente attribuita. Infatti la gestione dell'intero processo di valutazione del rischio sfugge al MC, il quale non può prendere l'iniziativa di dare corso alla VR prescindendo dal DL, né può obbligare il DL a consultarlo."

Il problema, sottolinea l'autorevole Magistrato, è eminentemente giuridico e si incentra sull'assetto del rapporto tra i poteri e le responsabilità: "dal punto di vista strettamente giuridico, l'eventuale mancata risposta del medico alla richiesta collaborazione in materia di VR comporta una responsabilità deontologica o morale, ma, certo, non sanzionabile penalmente [...]. In questo caso il legislatore si adatta a sanzionare il medico per la mancata collaborazione nell'adempimento di un obbligo altrui. Nella realtà effettuale manca al MC ogni potere di iniziativa ed ogni strumento giuridico per costringere il datore di lavoro a farlo partecipare al processo di valutazione."

Dall'altra parte, prosegue il Procuratore Deidda, "una volta chiarite le questioni in tema di distribuzione della responsabilità penale, non si può non rilevare come le attribuzioni del MC come consulente del datore di lavoro siano di estrema importanza. Un medico

competente che non partecipasse alla vita dell'azienda, che non fosse in grado di conoscere e definire i rischi aziendali, che non contribuisse all'individuazione delle criticità del sistema di sicurezza oppure non ne individuasse i rimedi, è certamente un medico competente che ha un ruolo del tutto marginale.

Non vi è dubbio che l'incarico del medico competente abbia un'origine privatistica, nel senso che è affidato alla decisione di due soggetti che si accordano per una serie di prestazioni specialistiche all'interno dell'azienda. Ma, d'altro lato, non vi è nessun dubbio che quelle prestazioni sono dirette a salvaguardare la salute dei lavoratori dell'azienda e debbano essere svolte dal medico in piena autonomia e secondo le regole tecniche e scientifiche della scienza medica. In questo senso l'attività del MC acquista una dimensione di natura senz'altro pubblicistica. Il MC è titolare di una duplice funzione. Egli sta a cavallo tra la linea consultiva [...] e la linea operativa [...]."

In conclusione, "da questa doppia funzione dovrebbe in teoria discendere la responsabilità penale personale per quanto riguarda l'opera di medico e l'irresponsabilità penale per quanto riguarda l'opera di consulente del DL. Ma [...] il legislatore non ha consentito di tenere separati i due ruoli profondamente diversi, che il MC è chiamato ad esercitare (Proc. Gen. Beniamino Deidda, *Atti Congresso SIMLII 2010*)."

Una relativamente recente sentenza del **Tribunale di Pisa** ha applicato questo "nuovo" regime di responsabilità condannando un Medico Competente per violazione dell'art. 25 comma 1 lett. a).

In particolare il Tribunale toscano, con la **sentenza del 13 aprile 2011**, ha giudicato sulla responsabilità di un medico competen-

te "imputato della contravvenzione di cui all'art. 25 c. 1 lett. a) D.Lvo 81/2008, in relazione all'art. 58 c. 1 lett. c), perché in qualità di medico competente della ditta ometteva di collaborare attivamente alla valutazione dei rischi aziendali, infatti il documento di valutazione dei rischi generale dell'azienda datato 11 settembre 2009 e sottoscritto dall'imputato presentava incongruenze e lacune rispetto all'organizzazione del primo soccorso e delle emergenze, non tenendo in considerazione per l'attività di montaggio dei ponteggi delle attrezzature e dei DPI necessari al salvataggio e le loro modalità di utilizzo, presentava incongruenze in relazione all'esposizione quotidiana al rumore e alle vibrazioni ed infine descriveva un livello di rischio da movimentazione dei carichi modesto senza giustificare le motivazioni che hanno reso necessaria la sorveglianza sanitaria per rischio movimentazione dei carichi per tutti i lavoratori."

E ancora, si legge in sentenza: "nello specifico, gli organi ispettivi hanno verificato alcune **incongruenze tra quanto risulta nel documento di valutazione dei rischi aziendali rispetto al protocollo sanitario adottato dal medico**. Peraltro, a seguito delle prescrizioni formulate dall'USL, la ditta ha provveduto ad inviare un documento che teneva conto esattamente delle indicazioni del medesimo organo ispettivo, il che conferma l'esattezza delle stesse".

E' stata quindi "accertata la penale responsabilità dell'imputato, cui - nella sua qualità di medico della ditta - competeva lo specifico compito di assicurare il rispetto della normativa di settore. L'accertamento operato dall'USL ha consentito di appurare le negligenze nella collaborazione attiva circa la valutazione dei rischi aziendali, sotto il profilo specifico in materia di sicurezza e di igiene del lavoro, non avendo l'imputato provveduto a individuare esattamente il grado di rischio connesso alla movimentazione

dei carichi, all'esposizione quotidiana dei dipendenti al rumore e alle vibrazioni, con quelle incongruenze e lacune individuate dal personale ispettivo, come richiesto e imposto in via normativa con finalità di salvaguardia dell'incolumità dei lavoratori.”

Dalla documentazione “discende l'applicabilità al caso di specie della norma esattamente individuata dal PM nel capo di imputazione [art. 25 lett. a), n.d.r.], la cui assoluta violazione costituisce un fatto accertato in corso di udienza.”

Accanto all'obbligo del MC di collaborare alla valutazione dei rischi sappiamo che vi è, in ogni caso, l'obbligo del datore di lavoro di vigilare sull'osservanza degli obblighi che la legge pone a carico di tale professionista (art. 18 c. 1 lett. g); art. 18 comma 3-bis D.Lgs. 81/08).

Di questo tema si è occupata la recentissima sentenza **Cass. Pen., Sez. IV, 20 settembre 2011, n. 34373**, nella quale la Suprema Corte ha sottolineato in proposito: “è indiscutibile che il datore di lavoro, titolare principale della posizione di garanzia, è tenuto a vigilare sul modo con cui gli altri soggetti (con) titolari della posizione di garanzia assolvono il proprio ruolo (qui, il medico competente). E' principio pacifico: desumibile già dall'articolo 2087 del codice civile, ed ora, per quanto possa valere, riaffermato a chiare lettere dell'articolo 18, comma 3 bis, del decreto legislativo n. 81 del 2008, laddove si afferma che il datore di lavoro e il dirigente, oltre ad assolvere agli obblighi propri dettagliati nei precedenti commi dello stesso articolo, in più (“altresì”) sono tenuti a vigilare sull'adempimento degli obblighi propri dei preposti (articolo 19), dei lavoratori (articolo 20), dei progettisti (articolo 22), dei fabbricanti e dei fornitori (articolo 23), degli installatori (articolo 24) e del medico competente (articolo 25), restando peraltro ferma l'esclusiva responsabilità dei soggetti obbligati in proprio dal-

le norme citate, allorché la mancata attuazione dei relativi obblighi “sia addebitabile unicamente agli stessi”, non essendo riscontrabile un difetto di vigilanza da parte del datore di lavoro e del dirigente.”

E prosegue la Cassazione: “l'articolo 18, comma 3-bis, citato, a ben vedere, come detto, riproduce in norma il dovere di vigilanza e controllo, relativo al rispetto della normativa prevenzionistica, che [già] compete [e competeva] tradizionalmente sul datore di lavoro, ma anche sul dirigente nei limiti delle relative competenze funzionali, in applicazione della generalissima regola cautelare contenuta nell'articolo 2087 del codice civile, la cui inosservanza può portare alla responsabilità del soggetto obbligato in ossequio al disposto, altrettanto generale, dell'articolo 40, comma secondo, cod. pen.: il non impedire l'evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo.”

Già la Relazione di accompagnamento al decreto correttivo n. 106/2009 aveva avuto modo di sottolineare che “l'articolo 18 del “testo unico”, che individua gli obblighi di natura generale a carico del datore di lavoro, viene integrato puntualizzando [...] che spetta al datore di lavoro porre il medico competente nelle condizioni di svolgere correttamente le proprie attività, innanzitutto inviando i lavoratori a visita medica secondo le scadenze individuate nel programma di sorveglianza sanitaria e, quindi, richiedendo al medesimo il rispetto dei propri obblighi di legge e comunicandogli la cessazione del rapporto di lavoro”.

E, con particolare riferimento al comma 3-bis dell'art. 18, aveva precisato che “l'inserimento, infine, all'articolo 18 del “testo unico” di salute e sicurezza sul lavoro del comma 3-bis è diretto a specificare – per importanti ragioni di chiarezza della normativa – a quali condizioni il datore di lavoro

risponda delle violazioni di altri soggetti obbligato rimarcando come egli non possa essere ritenuto responsabile ove la violazione della norma antinfortunistica sia dovuta a fatto addebitabile ad altro e diverso soggetto obbligato e non discenda dalla omessa o insufficiente vigilanza da parte del datore di lavoro. In tal modo si fornisce concretezza allo specifico richiamo, contenuto nei pareri di Camera e Senato, alle ipotesi di limitazione delle responsabilità del datore di lavoro a condizione che le circostanze dalle quali sia discesa la violazione non avrebbero comunque potute essere evitate dal **datore di lavoro neppure comportandosi in maniera diligente** (articolo 5, paragrafo 3, direttiva n. 89/391 CE)”.

In cosa può consistere a questo punto, con specifico riferimento ai rapporti con il MC, questo comportamento diligente del datore di lavoro cui fa riferimento la Relazione di accompagnamento al decreto correttivo e, a monte, la direttiva quadro 391 del 1989 allorché prevede la “*facoltà degli Stati membri di prevedere l'esclusione o la diminuzione della responsabilità dei datori di lavoro per fatti dovuti a circostanze a loro estranee, eccezionali e imprevedibili, o a eventi eccezionali, le conseguenze dei quali sarebbero state comunque inevitabili, malgrado la diligenza osservata*”?

Nel cercare di dare una risposta a tale questione in termini di fonti normative il pensiero corre, oltre che all'obbligo informativo a carico del Datore di Lavoro nei confronti del MC su tutti i dati e gli elementi contenuti nell'art. 18 comma 2 D.Lgs. 81/08, soprattutto all'**art. 39 c. 4** a tenore del quale “*il datore di lavoro assicura al medico competente le condizioni necessarie per lo svolgimento di tutti i suoi compiti garantendone*

*l'autonomia*". Quindi anche per lo svolgimento dell'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi lavorativi.

Per quanto concerne, infine, l'apporto concreto che il Medico Competente, quale professionalità esperta di gestione di rischi sanitari, è in grado di dare alla Valutazione dei Rischi, interessanti sono gli spunti interpretativi che ci vengono forniti da **Cassazione Penale, Sez. III, 2 luglio 2008, n. 26539**, che sottolinea (facendo ovviamente ancora riferimento al D.Lgs. 626/94, ora decreto 81/08) che *"il legislatore, richiedendo che la figura del medico competente sia individuata sulla base di specifici parametri (specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, o in tossicologia industriale, o in igiene industriale, o in fisiologia ed igiene del lavoro, o in clinica del lavoro ed altre specializzazioni individuate,*

*ove necessario, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica) e nel richiedere contestualmente anche una comprovata esperienza professionale del medico designato (art. 55), ha inteso evidentemente individuare la figura di un medico di qualificata professionalità, in grado di diventare il collaboratore del datore di lavoro e del responsabile del Servizio di prevenzione e protezione aziendale."*

E, prosegue la Corte, *"è a questa figura che il datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità indicate dall'art. 4, comma 5, lett. c) [attribuire i compiti ai lavoratori tenendo conto delle condizioni e capacità di SSL, n.d.r.], come si rileva dalla formulazione dell'art. 16 che, dopo avere premesso al comma 1 che "La sorveglianza sanitaria è effettuata nei casi previsti dalla normativa vigente", inequivoca-*

*bilmente stabilisce al comma successivo che "La sorveglianza di cui al comma 1 è effettuata dal medico competente e comprende: a) accertamenti preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica; b) accertamenti periodici per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica".*

*"E ciò", conclude la Cassazione, "naturalmente, fermo restando, che la presenza del medico competente nell'azienda (e, di conseguenza, la sua partecipazione alla valutazione dei rischi) è obbligatoria a termini di legge solo nei casi in cui sussista l'obbligo della sorveglianza sanitaria, circostanza questa non contestata nella specie."*

## MODULO ABBONAMENTO

### Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

Alla segreteria dell'ANMA - 20123 Milano, via S. Maurizio 4 - fax 02 86913115

Modulo di adesione abbonamento a

"Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" per l'anno 2012/2013

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2012/2013 al costo complessivo di Euro 52,00 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione).

Già abbonato al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia": Sì  No

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Siamo costantemente alla ricerca di soluzioni che garantiscano il soddisfacimento delle Sue esigenze e della società nel suo insieme. L'abuso di alcool e droghe è un problema che oggi più che mai affligge gli ambiti lavorativi a tutti i livelli. Alterazioni dell'aspetto e del comportamento influenzano la capacità lavorativa e le relazioni. Consci delle innumerevoli implicazioni e impatti negativi che questo fenomeno comporta, la nostra missione consiste nel fornire a Lei medico come alle istituzioni, strumenti adeguati in grado di alleviare e controllare nella maniera più idonea possibile il fenomeno con l'obiettivo di ridurre drasticamente impatto e stime.

Se prevenire è meglio che curare, è sicuramente imprescindibile che una corretta attività di prevenzione si avvalga di strumenti che ne garantiscano la massima efficacia a livello qualitativo/quantitativo; lavorando costantemente con rinnovato spirito di ottimismo in ricerca, innovazione e informazione, abbiamo pensato di rivolgere a Suo servizio strumenti di verificata efficacia che facilitano il Suo ruolo professionale grazie a:

- GARANZIA AL 100% DEI RISULTATI
- FACILITA' E RAPIDITA' D'USO
- ASSISTENZA GRATUITA
- CONSEGNA CELERE
- RAPPORTO COSTO/QUALITA' 40/60
- RISPOSTA MEDICO/LEGALE in 48h dal RITIRO PRELIEVO
- NESSUN LIMITE ALL'ACQUISTO

La nostra cultura d'impresa è conscia dell'incidenza che può avere sul Suo ruolo professionale la scelta di strumenti o servizi più o meno affidabili, ed assegna massima priorità al rapporto che desideriamo avere con Lei ponendo al 1° posto il rispetto delle Sue esigenze; pertanto sottoponiamo alla Sua attenzione la ns. nuova strumentazione che è stata tarata con cura particolare per supportare le fasi di controllo e verifica dell'abuso di droghe ed alcool, con tecniche non invasive verso i dipendenti ed i Suoi collaboratori (UNICO TRAVASO c/o **ToxCup**) in relazione alla salvaguardia della salute e la sicurezza dei lavoratori.



Per informazioni: [drogatest@alcooltest.org](mailto:drogatest@alcooltest.org)

Fax 075 8011732

Tel. diretto: 339.8282.019

Rivolgersi al Sig. Pietro Caimmi

### TEST RAPIDI CERTIFICATI AD USO MEDICO/FORENSE

(ToxCup - Tossicologia)



n.7 Metaboliti



n.8 Metaboliti

(Test Urina abilitato a catena di custodia)

(Certificazione del risultato positivo)



(Lettore per la conferma del risultato)

(ETILOMETRO AT8900)



(Software Gestionale Stampa)



# L'IDONEITÀ ALLA GUIDA IN MEDICINA DEL LAVORO (II PARTE: INCIDENZA, CAUSE E COSTI DEGLI INCIDENTI STRADALI)



## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Umberto Candura,

Vice Presidente ANMA

### Definizioni

Secondo la definizione riportata nella Convenzione di Vienna del 1968, l'**incidente stradale** è il fatto verificatosi nelle vie o piazze aperte alla circolazione nel quale risultano coinvolti veicoli (o animali) fermi o in movimento e dal quale siano derivate lesioni a persone. Con tale definizione l'attenzione è dunque riservata esclusivamente ai casi di incidente verbalizzati e con danni alle persone. La mortalità relativa viene fatta risalire all'evento laddove avvenga entro il trentesimo giorno dal'evento, secondo una convenzione internazionale adottata dall'ISTAT a partire dal 1° gennaio 1999.

**Gli incidenti stradali sul lavoro** possono invece distinguersi in due principali categorie:

- **in servizio**, durante la giornata di lavoro;
- **in 'itinere'**, lungo il percorso

casa-luogo di lavoro;

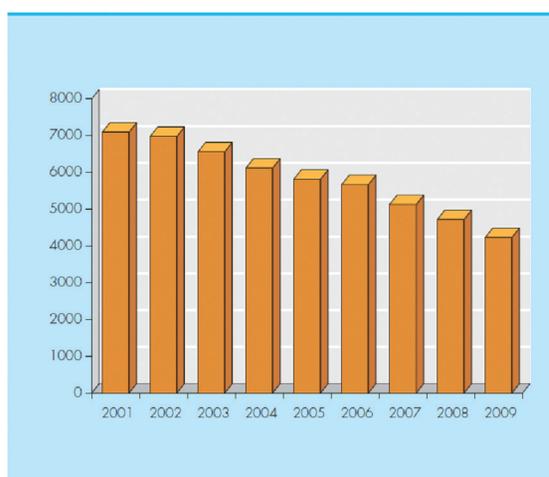
In Europa non esiste una definizione uniforme di incidenti stradali sul lavoro :

- In Spagna si considerano sul lavoro gli incidenti che possono avvenire lungo il percorso casa-lavoro e durante la giornata di servizio (art. 115.2 *Seguridad social*)
- In Gran Bretagna e Danimarca gli incidenti 'in itinere' non vengono considerati incidenti sul lavoro
- In Finlandia – l'incidente in itinere corrisponde al percorso casa lavoro più breve

### Le statistiche ed i costi della sicurezza sulle strade

In Italia, tra il 2001 e il 2009, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 215.405, con un calo del 18,1%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.237 (-40,3%) e i feriti da 373.286 a 307.258 (-17,7%).

E' peraltro significativo che nello



TAV. 3: MORTI IN INCIDENTI STRADALI IN ITALIA - ANNI 2001-2009 - FONTE ISTAT

stesso arco temporale il parco autoveicolare è cresciuto di circa il 18%!

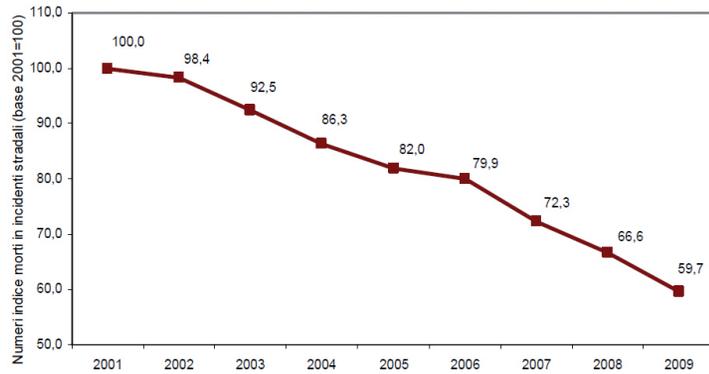
Nonostante ciò è il caso di dire che c'è ancora molta strada da fare, visto che nell'anno 2009 l'ISTAT ha consuntivato una media giornaliera di 590 incidenti stradali, con 12 morti e 842 feriti.

L'obiettivo posto dal libro bianco U.E. del 13/09/2001 auspicava nei Paesi dell'Unione un calo del 50% della mortalità sulle strade entro il 2010, e gli ultimi dati del 2009 segnalano un calo in Italia del 40,3% , superiore alla media europea del 35.1%, ma inferiore a Paesi come Lettonia, Spagna, Estonia.

Relativamente alla mortalità il giorno della settimana più critico è la domenica ed il mese dell'anno è luglio , mentre per quanto concerne la distribuzione degli incidenti durante l'arco della giornata si confermano gli andamenti già noti: un primo picco si riscontra tra le **8 e le 9 del mattino**, fascia oraria nella quale si effettuano gli spostamenti casa-lavoro e casa-scuola; un secondo picco si osserva tra le **12 e le 13** in corrispondenza dei tragitti scuola-casa e in relazione alla mobilità di alcune categorie di lavoratori (professionisti, commercianti, ecc.) che usufruiscono dell'orario non continuato. La punta massima di incidentalità si registra, però, intorno alle **ore 18**, quando si cumulano gli effetti dell'aumento della circolazione dovuto agli spostamenti dal luogo del lavoro verso l'abitazione, e quelli quali l'accumulo di stress da lavoro e la difficoltà di percezione visiva dovuta alla riduzione della luce naturale non ancora sostituita da quella artificiale.

Per quanto attiene i costi sociali di tali eventi una stima ACI del 2007 riferiva di un totale di 30.368 milioni di euro, corrispondente al 25 del PIL , con un costo medio per

Gráfico 3 – Numeri indice del numero di morti in incidenti stradali in Italia – Anni 2001-2009 (Base 2001=100)



ogni deceduto pari a 1.372.832 euro, prendendo in considerazione i costi sanitari, la mancata produzione e il risarcimento del danno morale .

### Il contributo del lavoro

I dati INAIL relativi al biennio 2008/2009 (v. tab.) sono più che indicativi circa il peso crescente che la strada acquisisce come **“ambiente di lavoro a rischio”** : pur se con un trend in discesa, sul totale degli infortuni circa il **18%** avvengono in occasione di circolazione stradale, mentre ben il **56%** degli infortuni sul lavoro mortali occorsi nel 2009 sono avvenuti per cause ad essa correlate. Si badi bene che non si parla solo di infortuni *in itinere*, ma anche di quelli che colpiscono quei lavoratori con la connotazione di *mobile workers*, la cui mansione è strettamente connessa ad una marcata mobilità sul territorio (autotrasportatori, agenti di vendita, manutentori stradali, ecc.).

Ci si aspetta la conferma della

progressiva diminuzione di questo particolare tipo di infortunio per il 2010, per il quale la stima parla complessivamente di 775.000 infortuni totali (-1,9%) e 980 mortali (-6,9%) .

Ci sembra peraltro singolare che il D.Lgs. 81/08 non riconosca come *“luogo di lavoro”* , ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al *Titolo II*, i mezzi di trasporto (v. art. 63), pur facendo riferimento anche a postazioni di lavoro di pertinenza aziendale ubicate fuori dall'unità produttiva.

Un interessante confronto tra la sicurezza stradale e la sicurezza sul lavoro è stato oggetto di uno studio statistico della segreteria tecnica della Consulta Nazionale della Sicurezza Stradale (Mintrasporti), dal quale si evince che mentre negli anni '50 per ogni 100 morti sul lavoro ve ne erano 150 sulla strada, oggi il rapporto è di 100/450, il che equivale a dire che nel lungo periodo *l'evoluzione della sicurezza nei luoghi di lavoro è risultata più efficace di quella della*

INFORTUNI SUL LAVORO DENUNCIATI PER MODALITÀ DI EVENTO - ANNI 2008 E 2009						
MODALITÀ DI EVENTO	INFORTUNI			CASI MORTALI		
	2008	2009	Var. %	2008	2009	Var. %
<b>In occasione di lavoro</b>	<b>775.927</b>	<b>696.863</b>	<b>-10,2</b>	<b>829</b>	<b>767</b>	<b>-7,5</b>
di cui:						
- Ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, cantiere, terreno agricolo, ecc.)	724.570	646.695	-10,7	491	464	-5,5
- Circolazione stradale (autotrasportatori merci/persone, commessi viaggiatori, addetti alla manutenzione stradale, ecc.)	51.357	50.168	-2,3	338	303	-10,4
<b>In itinere</b> (percorso casa-lavoro-casa)	<b>99.217</b>	<b>93.137</b>	<b>-6,1</b>	<b>291</b>	<b>283</b>	<b>-2,7</b>
<b>TOTALE</b>	<b>875.144</b>	<b>790.000</b>	<b>-9,7</b>	<b>1.120</b>	<b>1.050</b>	<b>-6,3</b>

Dati INAIL Giugno 2010

sicurezza stradale!

Dagli stessi studi peraltro si evince che il costo sociale degli incidenti stradali *per lavoro* è cresciuto negli anni fino a rappresentare nel 2007 il 32% del totale.

Il crescente interesse sul tema della sicurezza nei trasporti è quindi anche legato ad aspetti economici ed assicurativi, visto che nell'ambito del settore Industria/Servizi il comparto Trasporti ha superato quello delle Costruzioni come incidenza di infortuni, attestandosi nel 2009 a 46 infortuni denunciati/mille addetti (Con i 46mila casi denunciati nel 2009, i Trasporti registrano dal 2000 un calo del 16%, meno consistente di quello del - 22% complessivamente registrato da tutto il comparto Industria e Servizi).

Interessante anche notare che su trend complessivo di contrazione del mercato dell'auto negli ultimi anni, i dati ACI evidenziano un progressivo incremento del numero dei veicoli industriali circolanti, e che nel 2010 si sia registrato un incremento nelle vendite 2010 del 6,2% dei veicoli commerciali (dati Unrae-Anfia).

Anche dati provenienti da altri Paesi confermano che la probabilità media annua di incidenti mortali occupazionali vede il *mobile worker* (convenzionalmente con una percorrenza media annua di almeno 25 mila miglia, *ossia 40.000 Km*) con un rischio pari a 1/8000, superiore a quello di settori come

Costruzioni ed Agricoltura e simili a quello di Cave e Miniere (Dati della Royal Society for the Prevention of Accidents, RoSPA).

Nei settori lavorativi più a rischio la prevenzione appare evidentemente una scelta obbligata per i benefici in termini sociali, giuridici ed economici che si perseguono. In particolare l'ANIA (Fondazione per la sicurezza stradale) ha stimato che investire in sicurezza nel settore Trasporti consente di ridurre i sinistri fino al 38,5%, e che il risparmio per un veicolo che non incorre in incidenti nell'arco di un anno può arrivare a 5.430 euro.

Peraltro nel modello OT24 INAIL, che consente di ottenere i risparmi sui premi assicurativi, la aziende del Settore Trasporti trovano tra le iniziative da adottare i corsi di guida sicura, l'installazione di cronotachigrafi anche laddove non è obbligatorio, l'adozione del doppio autista, ecc.

### La prevenzione sulle strade : le cause di incidente

Per quello che si è detto è naturale pensare che il tema trattato *rapresenti l'emblema dell'osmosi tra le problematiche dell'ambiente di lavoro e quelle di un ambiente di vita*; pertanto le conoscenze acquisite sulla sicurezza stradale devono arricchire il bagaglio culturale del medico

competente che si ritrova ad operare nel settore specifico.

Nella valutazione complessiva delle cause di incidente (e quindi di infortunio lavorativo su strada) la base della prevenzione medica è rappresentata ovviamente dalla verifica delle capacità di performance del conducente, ed in questo il giudizio di idoneità differisce da quello tradizionalmente diretto alla sola tutela dell'integrità psicofisica del lavoratore, ma deve evidentemente valutare anche *la capacità* di gestire una mansione complessa, ad alto rischio per la sicurezza personale ed altrui.

Un elemento oggettivo di valutazione di tale capacità è senz'altro *il tempo di reazione*, definito come *Il tempo che intercorre tra la percezione dello stimolo e l'azione*, e la cui durata media proposta dalla Direzione Generale per la Motorizzazione (Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti) è **pari 0,9-1,4 secondi**. Tutto quello che altera la concentrazione alla guida contribuisce a dilatare il tempo di reazione alla situazione di pericolo. Mediamente un conducente in condizioni psico-fisiche efficienti reagisce in circa 7/10 di secondo: considerando che a 100 km/h vengono percorsi 27,7 m/sec, è facile capire che **per ogni decimo di secondo di ritardo si percorrono 2,77 m.!**

E' ampiamente condiviso il fatto che nella sicurezza stradale i comportamenti la fanno da padroni: i fattori che riducono l'attenzione (ed aumentano i tempi di reazione) sono molteplici ed ampiamente studiati: l'uso del cellulare, l'uso dell'autoradio, fumare in auto, ma anche la noia (motivazione), la gravosità del lavoro (turni prolungati oppure orari notturni), la monotonia (guidare in autostrada per lunghi tragitti a bassa velocità). Alcuni studi hanno addirittura stabilito una deviazione statistica-

Guida dell'autovettura (25.000 miglia/anno, circa 40.000 Km)	1 su 8.000
Miniera di carbone	1 su 7.100
Pesca d'alto mare	1 su 750
Costruzioni	1 su 10.000
Agricoltura	1 su 13.500
Servizi	1 su 150.000

mente significativa dell'incidenza di sinistri correlata al colore delle autovetture (*Newstead S, D'Elia A. Does vehicle colour influence crash risk? Safety science 2010; 48: 1327-38*), affermando che il bianco è il colore in assoluto più sicuro, mentre a maggior rischio si dimostrano il rosso, l'argento, il blu, il verde ed il grigio.

## La sonnolenza

Il peggior nemico della sicurezza sulla strada è però il sonno, o meglio la sonnolenza che porta inesorabilmente al temibilissimo **"colpo di sonno"**, quella momentanea perdita di veglia che avviene in maniera del tutto silenziosa e repentina, e nei confronti della quale non sono più d'aiuto l'esperienza, la professionalità, la formazione o le abilità acquisite con gli anni. La ricerca ha dimostrato che molti dei conducenti coinvolti in incidenti causati dal sonno non riconoscevano di avere bisogno di dormire e credevano di essere ben riposati mentre non lo erano. Abbassare i finestrini, accendere la radio ed altri stratagemmi hanno dimostrato di apportare vantaggi minimi che durano per un periodo di tempo limitato.

Alcuni studi (Roehrs T et al. *Sleep*. 2003) dimostrano che dalla 10<sup>o</sup> alla 26<sup>o</sup> ora di mancanza di sonno la coordinazione mano-occhio si riduce di circa lo 0.74% all'ora, e che dopo 24 ore di veglia ininterrotta la performance psicomotoria e cognitiva è simile a quella causata da una concentrazione di alcool nel sangue causata da diverse birre!

I seguenti sintomi premonitori devono mettere in guardia i conducenti come veri e propri segnali d'allarme :

- Suoni ovattati
- Sensazione di leggerezza, sonnolenza, torpore

- Sbadigliare frequentemente
- Palpebre pesanti e/o bruciore agli occhi
- Frequenti distrazioni
- Leggeri movimenti della testa e difficoltà nel tenerla sollevata
- Muovere spesso il busto come a cercare una posizione più comoda
- Difficoltà a focalizzare bene i particolari di ciò che si sta guardando
- Spostamenti inusuali e ingiustificati della traiettoria del veicolo
- Gesti apparentemente semplici come grattarsi la guancia, il mento o la testa

Una particolare casistica riguarda i viaggi di rientro verso casa, quando una progressiva rilassatezza dalle pressioni lavorative ed una particolare determinazione a raggiungere la destinazione riducono la capacità di giudizio, creando una sovrastima delle capacità di sopportazione della stanchezza. Ecco che molti incidenti accadono **"a dieci minuti da casa"**.

In ambito lavorativo è intuibile inoltre che con l'avanzare dell'età, diventa molto più difficile combattere gli effetti del lavoro a turni e degli orari che disturbano il sonno.

Già da tempo l'industria automobilistica è impegnata nella ricerca di dispositivi che possano aiutare a prevenire incidenti causati dalla sonnolenza : già in listino o in fase di sperimentazione vi sono sistemi atti ad affrontare il colpo di sonno, indicati da varie sigle (DAC, LDW, ASL, Lane Assist, Attention Assist, ecc). Fra di essi ricordiamo:

- sistemi che avvertono tramite un cicalino e un tremore del sedile o del volante **quando si cambia involontariamente la corsia** senza aver attivato l'indicatore di direzione.

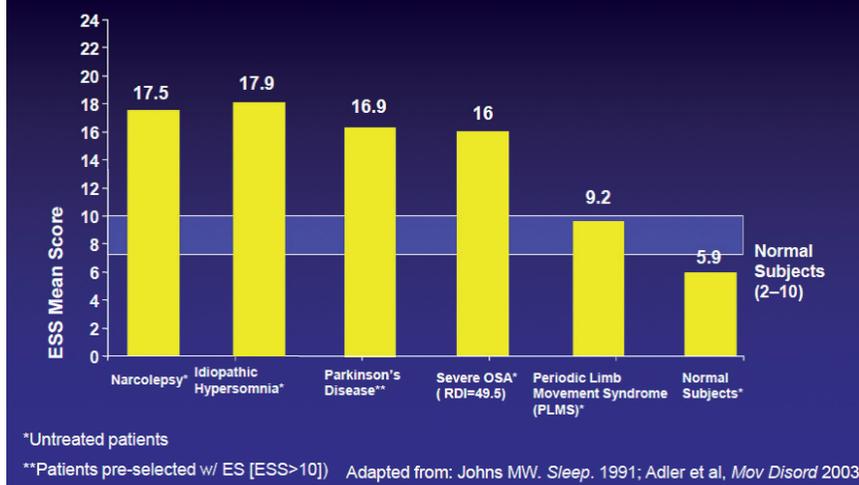
- sistemi che analizzano tramite telecamere ad infrarossi miniaturizzate i **battiti delle palpebre e il movimento della testa**.
- sistemi che **analizzano i movimenti dell'auto sulla strada** per verificare lo stato di attenzione del guidatore stesso.

Questi ultimi due sistemi si avvalgono, nel caso di devianza dai parametri di normalità, di avvertimenti sonori, avvertimenti grafici sul cruscotto, attivazione di frenate successive fino al tensionamento delle cinture di sicurezza e della frenata di emergenza quando la collisione viene ritenuta inevitabile. La *Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSA)*, Sindrome delle apnee notturne, è un disturbo che affligge – secondo statistiche ufficiali – più di due milioni di italiani, e che pertanto deve rientrare tra le patologie da ricercare con cura, già in fase di anamnesi, per individuare lavoratori a rischio sulla strada. E' riconosciuta da tempo infatti la relazione tra la severità dell'OSA e il rischio di sinistri (George et al, *Sleep* 22:790, 1999), così come è dimostrata la significativa riduzione degli incidenti motoveicolari da parte di conducenti sottoposti a ventilazione meccanica a pressione positiva delle vie aeree (PAP) durante le ore notturne (George, 2001).

Vi sono diversi strumenti di indagine per il riconoscimento di una condizione di danno del ritmo sonno-veglia ed una conseguente predisposizione all'addormentamento.

Una scala internazionalmente validata per riconoscere il rischio di sonnolenza alla guida è la Epworth Sleepiness Scale (ESS), basata su un questionario standard il cui *normal score* va da 0 a 10, fino a 15 può essere correlato ad un significativo disturbo del sonno non

## Epworth Sleepiness Scale (ESS)



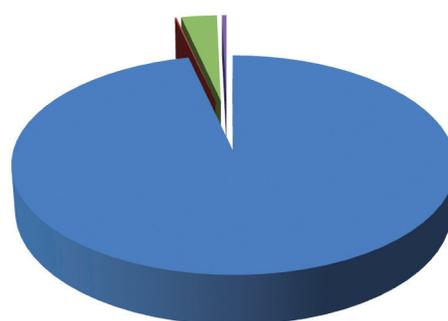
necessariamente predittivo di un maggior rischio di incidente, da 16 a 24 lo ritroviamo in malati di severa OSA, Morbo di Parkinson, Narcolessia, Ipesomnia idiopatica, e statisticamente correlato a maggior rischio di MVA (Motor Vehicle Accident).

Rimandando per maggiori approfondimenti a testi specialistici sulla delicata materia della cronobiologia umana, si elencano altre metodiche di valutazione della sonnolenza patologica (sleepiness):

- la Stanford Sleepiness Scale (SSS), che individua 8 livelli di performance psicofisiche, dalla piena forma allo stato del sonno completo;
- i diari del sonno (sleep diaries), con l'annotazione delle ore di sonno effettuate nelle 24 ore;
- il Questionario di Berlino, basato su 10 item sulla eventuale presenza di sintomi di russamento, sonnolenza diurna e/o alla guida;
- test multiplo di latenza del sonno (MLST), che individua una sonnolenza patologica con tempi inferiori ai 5 min.;
- test di mantenimento della veglia (MWT), che misura la capacità a restare svegli: una

latenza media < 11 min. è ritenuta patologica;

- l'Actimetria, monitoraggio dei cicli di riposo-attività, che prevede la verifica obiettiva del cronotipo nel tempo di andare a letto e di svegliarsi;
- la valutazione dei tempi di reazione (Reaction Time);
- l'*Oxford sleep resistance test* (OSLER), test di resistenza al sonno di 40 min., durante i quali è richiesta una risposta ad uno stimolo visivo inviato ogni 3 sec., con 7 omissioni consecutive che individuano la latenza all'addormentamento (nell'OSAS avviene già nei primi 10 min.);
- Polisonnografia, pupillo grafia, studio degli ammiccamenti oculari, ecc.



\* Si segnala la particolare gravità degli eventi correlati

ACI 2007

## I comportamenti a rischio

E' appena il caso di ricordare che quando parliamo di sicurezza il tradizionale "fattore umano" che si concretizza nei comportamenti è la variabile fondamentale sulla quale agire per acquisire il livello virtuoso di protezione che solo il caso e l'imprevedibilità potrà scalfire.

Rispetto ai tradizionali luoghi di lavoro, sulla strada le cause di incidente sono quasi totalmente legate al mancato rispetto delle regole (93,55% dei casi per causa dei conducenti, nel 3% per cause imputabili ai pedoni), mentre solo per lo 0,38% dei casi si può addebitare il sinistro al "fattore tecnico" rappresentato da anomalie di funzionamento del veicolo.

Una particolare sfida per il MC è rappresentata dal contribuire con il suo ruolo a diffondere nei lavoratori la sufficiente cultura per la sicurezza dei comportamenti, in particolar modo per quanto attiene la cura del proprio stato psicofisico, che incide per almeno il 3%, con particolare gravità degli eventi correlati (v. Tab.). La stessa strategia di comunicazione imposta su toni intimidatori (*fear appeal*) non ha mostrato nel tempo una reale efficacia nell'incidere sui comportamenti di prudenza ed in un ambito lavorativo come il settore dell'autotrasporto è difficile

pensare ad un ruolo più privilegiato di quello del MC per incidere sui comportamenti virtuosi dei lavoratori.

La sfida sta proprio nello spezzare quel circolo vizioso che porta i conducenti professionali ad indulgere in quegli eccessi (alimentazione, bevande alcoliche, privazione di sonno, fumo), che la loro stessa professione favorisce con la sedentarietà, gli orari di lavoro, le responsabilità, il pendolarismo continuo, e che incideranno sempre più negli anni come fattori di rischio per la sicurezza ( e la salute ) , a dispetto dell'esperienza acquisita.

Ad esempio è stato dimostrato che la privazione di 60 h di sonno è associata ad aumentata resistenza insulinica e più recentemente che la restrizione di sonno a 4 h per notte per 6 notti, in giovani individui sani, riduce la tolleranza al glucosio. E' stato pertanto postulato che la cronica perdita di sonno contribuisca a patologie in cui l'insulino-resistenza è il fattore determinante, come il diabete e l'ipertensione arteriosa.

## Alcool e guida

Sull'argomento si è detto e si scrive tanto, per cui non è il caso di addentrarci in aspetti di dettaglio. Si vuole però ribadire che, allo stato attuale delle conoscenze, la guida sotto l'effetto dell'alcol rappresenta **il fattore di rischio maggiore nella genesi dell'incidente stradale grave o mortale** ( 68% dei casi di incidente causati da al-

terati condizioni psicofisiche del conducente, dati ACI 2007), e che ciò riveste particolare importanza data l'alta prevalenza del consumo di bevande alcoliche in Italia.

Peraltro il Codice della Strada (D.Lgs. 285/92) all'art. 186 recita: *E' vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'abuso di bevande alcoliche* , con l'individuazione del controverso limite di sicurezza di 0.5 g./L di alcolemia. Ciò rende evidente il diverso spirito dell'art. 15 della Legge 125/01 laddove la guida si identifica con "l'ambiente di lavoro" e non esiste come è noto alcun limite di tolleranza.

La ricerca sembra deporre in effetti per un aumento esponenziale del rischio di incidente già a partire da 50 mg di etanolo ogni 100 ml di sangue, ed a parità di alcolemia il rischio aumenta molto rapidamente quanto è minore l'età del conducente e minore è l'abitudine al consumo. L'orientamento al consumo di bevande alcoliche (ISTAT, *L'uso ed abuso di alcol in Italia*, 2009) depone proprio per un progressivo calo dell'età media di inizio, una maggiore occasionalità del consumo, più variegato in tipologie di bevande (aperitivi,

amari e superalcolici) e più spesso fuori dagli orari canonici dei pasti. Per quanto attiene gli aspetti assicurativi, si ricorda il principio dell'esclusione della copertura in tutti quei casi nei quali si configura un infortunio determinato da esigenze del tutto estranee all'attività lavorativa (c.d. "rischio elettivo"), e pertanto l'art. 12 del D.Lgs. N. 38/2000 - *Infortunio in itinere* - recita "[...] Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni [...]"

La posizione dell'Istituto assicuratore è che l'uso/abuso di sostanze rende *inapplicabile l'art. 10 del T.U. 1124/65* sulla esenzione del DDL dalla responsabilità civile in caso di infortunio (ovviamente laddove non si ravvisi una colposa commissione di un fatto illecito), e che nel caso di danni a terzi causato da un abuso di sostanze , l'INAIL provvederà a promuovere *azioni di rivalsa* nei confronti dei soggetti tenuti a vigilare per legge (DDL, dirigenti e preposti, A&RSPP, MC, ecc).

# CIN CIN



NON BERE PRIMA DI GUIDARE

Si ringraziano:

MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI  
SENZO INTAGLIATO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI  
SETTORE INFRASTRUTTURE  
SERVIZIO POLIZIA STRADALE - MILANO



actv Active advertising e Mozart imaging solutions



COMITATO PERMANENTE PER  
LA SICUREZZA STRADALE MILANO

# ESPERIENZE DI PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA



## CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Gino Barral,

Consigliere nazionale ANMA

**L**eggendo il D.M. 388/2003 si rileva che ogni tre anni deve essere ripetuta la formazione agli addetti al primo soccorso aziendale e che la figura dell'addetto al primo soccorso aziendale ha numerose sfaccettature che non sempre coincidono con quelle dell'immaginario collettivo.

Innanzitutto va ricordato che l'addetto al Primo Soccorso Aziendale non è un semplice lavoratore che ha il compito di intervenire in caso di piccoli infortuni ma è invece un elemento fondamentale, chiamato innanzitutto ad attivare i soccorsi e poi ad intervenire con competenza anche nei grandi infortuni e/o nelle gravi patologie che possono colpire o improvvisamente riacutizzarsi nei colleghi di Lavoro.

In secondo luogo non si può non notare che nel D.M. si parla sempre di "addetti al primo soccorso" e mai di "addetto al primo soccorso": questo parlare al plurale deve farci ricordare che, sul luogo di lavoro, è bene che ci sia sempre più di un lavoratore addetto al primo soccorso aziendale. Le motivazioni sono essenzialmente due: innanzitutto, se è un addetto al primo soccorso ad essere infortunato, è fondamentale che vi sia un secondo lavoratore che abbia una formazione adeguata e che sia in grado di intervenire; va poi considerato che, in caso di un intervento con la necessità di effettuare una rianimazione cardio-polmonare, la probabilità di successo è notevolmente aumentata nel caso di intervento con due soccorritori.

Di fondamentale importanza è il fatto che ogni soccorritore abbia a disposizione "un mezzo di comunicazione idoneo ad attivare rapidamente il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale": con un telefono portatile a "viva voce" possono essere attivati i soccorsi senza allontanarsi dal paziente e continuando la valutazione dello stesso.

Sempre nel D.M. 388 sono riportati i contenuti minimi del pacchetto e della cassetta di primo soccorso "da integrare sulla base dei rischi presenti nei luoghi di lavoro".



In una delle più importanti Aziende da me seguite, considerato che la morte cardiaca improvvisa colpisce un abitante ogni mille ogni anno e la sua salvezza dipende anche dal tempo che trascorre tra l'evento e l'inizio della rianimazione cardiopolmonare, si è scelto di integrare fin dal 2005 la cassetta di primo soccorso con un pallone ambu munito di reservuar e di una bombola di ossigeno, la ripetizione del corso di primo soccorso è stata annuale con specifica formazione nell'utilizzo dei nuovi presidi.

Osservato poi che il successo della defibrillazione è inversamente proporzionale al tempo trascorso dall'arresto cardiorespiratorio e valutato che la Legge del 3 aprile 2001 pubblicato sul n.120 della Gazzetta Ufficiale del 14 aprile 2001 "utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambito extraospedaliero" recita all'Art. 1. "E' consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare." nel 2007, in assenza di altre chiare indicazioni, si è ancora proceduto ad una nuova integrazione: decorso di BLS-D defibrillatore, con annuale.

Queste sono state le premesse, ora il fatto che voglio raccontare.

Nell'autunno 2010 un lavoratore ha chiesto di essere accompagnato in infermeria lamentando epigastralgia con dolore retro sternale. Prontamente soddisfatta la sua richiesta e disteso sul lettino, mentre era ancora in corso la valutazione della gravità del malessere, il soggetto è andato in arresto cardiaco. Venivano subito avviate le manovre rianimatorie con disteso del paziente a terra e chiamata del 118. Veniva in quella sede resa nota al 118 la presenza di D.A.E. (Defibrillatore semiAutomatico Esterno) e di personale opportunamente addestrato: sotto la guida telefonica dell'operatore 118 si procedeva alla defibrillazione. Dopo tre tentativi eseguiti secondo le procedure previste dal BLS-D il soggetto ri-

partiva con regolare battito cardiaco. Dopo pochi minuti all'arrivo di un'ambulanza di soccorso avanzato si verificava, ancora in infermeria, un secondo arresto cardiaco e gli addetti al primo soccorso aziendale collaboravano alle nuove manovre rianimatorie che avevano esito positivo al secondo tentativo. Disposto il trasporto in ospedale, il lavoratore aveva, in quella sede, un nuovo arresto cardiaco da cui purtroppo è conseguita la morte.

Per concludere una sola riflessione/domanda: questa esperienza evidenzia che, anche se solo in un'unica azienda si attrezza e si insegna il BLS-D, è possibile arrivare vicini alla salvezza della vita di un lavoratore; quante sarebbero le vite salvate se 10, 100, 1000 aziende seguissero questa esperienza? Dipende dal numero di aziende disposte ad impegnarsi in questo senso, ma forse dipende anche da quante energie il Medico Competente impegna nel sensibilizzarle.



# MELANOMA CUTANEO, FOTOESPOSIZIONE E MALATTIE DA CAUSA LAVORATIVA: LE TERAPIE OGGI



## ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Agostino Crupi,*

*Centro Polidisciplinare Melanoma,  
Casa di Cura San Pio X, Milano*

**N**egli ultimi dieci anni, l'incidenza del Melanoma Cutaneo (M.C.) è raddoppiata in tutte le Nazioni del mondo di razza bianca. In Italia, secondo gli ultimi dati, si stima vicino alla realtà, una percentuale di 8 - 12 casi l'anno, ogni 100.000 abitanti.

Il M.C. rappresenta il tumore maligno del sistema melanocitario della pelle con una elevata mortalità. Può originare da un nevo preesistente o può insorgere sulla cute sana.

La diagnosi precoce rappresenta l'arma terapeutica migliore nei confronti di questo tumore: riconosciuto precocemente può essere curato in modo definitivo con un semplice atto chirurgico ambulatoriale; al contrario, se la diagnosi viene fatta in una fase più tardiva o avanzata, la chirurgia e tutte le altre metodiche terapeutiche post-chirurgiche non concedono che risposte parziali e non definitive nel tempo.

La collaborazione medico-scientifica tra il dermatologo e l'anatomopatologo, si colloca proprio nell'ambito della prevenzione secondaria ed in particolare nel perfezionamento della prognosi del paziente colpito da M.C., rappresentando pertanto una "nuova" strategia terapeutica di grande interesse. Il lavoro congiunto dei due specialisti è finalizzato al raggiungimento di una accurata diagnosi finale, grazie a tutta una

serie di specifici correlati dermoscopico-istopatologici prima di adesso poco utilizzati.

Il sole produce energia mediante un processo simile alla fusione nucleare e pertanto si comporta come una grande centrale nucleare.

Il nostro pianeta, che dista circa 150 milioni di chilometri dal sole, riceve questa energia solare sotto forma di radiazioni dopo circa otto minuti (tempo minimo necessario alla luce per percorrere la distanza tra sole e terra). L'energia solare (sottoforma di fotone) si esprime in lunghezze d'onda: "minore è la lunghezza d'onda maggiore sarà l'energia espressa dal fotone", Buona parte delle radiazioni solari ad alta energia, dai 290 nanometri in giù (raggi cosmici, raggi gamma, ueva e parte degli UVB) viene trattenuta dall'atmosfera terrestre il cui spessore è circa di 50 chilometri, ed in particolare dallo strato di ozono stratosferico (che si trova tra i 25.000 ed i 35.000 metri sopra la superficie terrestre). Ed è un bene che sia così poiché, in virtù della loro bassa lunghezza d'onda, tali radiazioni arrecherebbero gravi danni all'organismo umano. Sul suolo terrestre arrivano solamente un terzo del totale delle radiazioni solari, di cui il 56% è rappresentato dagli infrarossi, il 39% dalla luce visibile ed il restante 5% dai raggi ultravioletti, che a loro volta si suddividono nel 98% di UVA (attraversano l'epidermide e



raggiungono il derma), ed il 2% di UVB (sono bloccati per circa il 70% dall'epidermide ma hanno una maggiore energia rispetto agli UVA).

Gli UVB determinano le scottature solari ed anche, a volte, vere e proprie ustioni solari: vengono assorbiti dalle cellule dell'epidermide ma in minor quantità da quelle del derma. Provocano alterazioni all'occhio (cataratta) e determinano alterazioni del sistema immunitario. Inoltre concorrono direttamente al danno del DNA cellulare ed alle proteine e pertanto sono indicati come i principali responsabili del cancro della pelle. Gli UVA, la cui presenza è piuttosto costante in quanto non risentono dalle radiazioni dovute alla stagione, all'ora ed alla posizione geografica, penetrano ancor più in profondità la cute e raggiungono il derma. Sono responsabili di danni alle cellule (non vengono assorbiti dalle proteine o dal DNA) con meccanismi differenti tra cui la riduzione dell'attività delle cellule di Langhe-

rans, responsabili della sorveglianza immunitaria, con abbassamento delle difese immunitarie dopo violente esposizioni al sole. L'effetto più dannoso degli UVA è rappresentato dalla produzione di radicali liberi.

La prevenzione educativa, mediante una educazione sanitaria da far acquisire al maggior numero di pazienti, dovrebbe rappresentare l'ideale prototipo terapeutico da raggiungere. Ma tutti noi sappiamo quanto sia difficile fare capire alle persone che il buon senso nei confronti dei raggi solari è fondamentale per evitare tutti gli effetti dannosi conseguenti.





## ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

U. Candura,  
F. Gazzero,

Sezione Regionale ANMA Campana

# MICROINQUINANTI DEGLI AMBIENTI DI LAVORO E SORVEGLIANZA SANITARIA

Relazione presentata agli "Incontri mediterranei di igiene industriale", a cura di Università degli Studi di Napoli Parthenope e AIDII, nella sessione "Valutazione e gestione del rischio", Napoli, 6 - 7 Ottobre 2011.

### Premessa

È noto come il D.Lgs. 81/2008 - in continuità con la precedente normativa - preveda un ruolo di consulente globale del Medico Competente (MC) in azienda, che parta dalla fattiva e preliminare collaborazione all'analisi ed alla valutazione del rischio, si sostanzii nei sopralluoghi negli ambienti di lavoro, nella partecipazione agli incontri periodici sulla sicurezza, si possa inoltre evidenziare formalmente in una relazione sanitaria annuale, nell'organizzazione del P.S., nella collaborazione alla formazione e informazione e nell'attuazione di programmi di promozione della salute.

La Sorveglianza Sanitaria rimane solo uno dei momenti di tale coinvolgimento, seppur il più noto e quello che richiede generalmente i maggiori tempi di presenza del MC in azienda. Essa viene concettualmente posta nella parte finale di una sequenza di attività, nell'ambito di una gerarchia e di una priorità d'intervento che privilegia l'eliminazione o la riduzione del rischio, allo scopo di rendere più blanda o addirittura non necessaria la gestione medica dello stesso rischio.

Per quanto attiene in particolare il rischio chimico da microinquinanti è in tal senso che vanno lette le indicazioni del D.Lgs. 81/08 (Titolo IX), laddove si afferma che privilegiando le misure tecniche di abbattimento o riduzione alla fonte del rischio, si possono evitare altri interventi di tutela come la sorveglianza sanitaria (art. 224, comma 2).

### Definizione ed ambiti di intervento della sorveglianza sanitaria

Pur essendo l'attività di sorveglianza sanitaria quella più codificata nel tempo - tanto da essere spesso orientata su protocolli preordinati per settore lavorativo - essa ha ritrovato una precisa definizione normativa solo nell'art. 2 (comma 1m) del D.Lgs. 81/08, dove la troviamo indicata come "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".

Poché a tutt'oggi non è completamente chiarito l'ambito di applicazione della sorveglianza sanitaria (v. oltre), riteniamo utile enfatizzare in questa definizione gli aspetti che orientano per una corretta interpretazione degli obblighi in questione:

- attività finalizzata alla tutela del lavoratore (e non del lavoro)

- orientata alla tutela anche della sicurezza (e non solo della salute)
- strettamente correlata all'intero universo lavorativo (e non solo ai rischi professionali)

A stretto rigore l'obbligo scatta nel momento in cui la VDR evidenzia un rischio per la salute e tale rischio rientra fra quelli per cui vige previsione normativa.

Il livello di intervento non è sempre scontato quando parliamo di rischio chimico, ed in particolare in presenza di microinquinanti ambientali – magari comuni agli ambienti di vita - per i quali non vi sono sufficienti dati quali-quantitativi di esposizione.

Non è pertanto un caso che nel Titolo IX ritroviamo una diversa definizione di Sorveglianza Sanitaria (art. 222, comma 1 lett. f) che orienta per “una valutazione dello stato di salute del singolo lavoratore in funzione dell'esposizione ad agenti chimici sul luogo di lavoro”, in modo da rendere prioritaria la gestione del rischio attraverso il monitoraggio della risposta biologica individuale alle condizioni espositive.

A questo riguardo la metodologia di intervento condivisa per qualsivoglia tipologia di rischio prevede una stratificazione del tipo:

**Livello di rischio 1** = rischio basso o irrilevante per cui non è prevista la sorveglianza sanitaria ma è sufficiente solo formazione e informazione. Es.: Rischio Trascurabile:  $C \leq 1/10$  TLV/TWA 8h, o nessuna possibilità di contatto con i lavoratori, o equiparabile alla popolazione generale. Nel caso di un rischio da microinquinante chimico ci si identifica evidentemente nella definizione di cui all'art. 224, comma 2 (basso per la sicurezza ed irrilevante per la salute).

**Livello di rischio 2** = rischio “borderline” con superamento dei livelli inferiori di azione ma non di quelli superiori; sufficienti formazione, informazione ed eventualmente sorveglianza sanitaria per soggettiipersuscettibili, anziani, etc., ovvero “a richiesta” (protocollo personalizzato).

**Livello di rischio 3** = presenza del rischio con esposizione rilevante per la salute per cui sono previste la sorveglianza sanitaria obbligatoria e misure speciali di prevenzione.

Nello specifico il D.Lgs. 81/08 (nel quale il termine sorveglianza sanitaria è ripetuto 76 volte) prevede nello specifico tale obbligo agli articoli:

- 168: movimentazione manuale di carichi;
- 176; videoterminali;
- 185: agenti fisici;

- 196; rumore;
- 204: vibrazioni;
- 211: campi elettromagnetici;
- 218: radiazioni ottiche;
- 229: agenti chimici;
- 242: agenti cancerogeni e mutageni;
- 259: amianto;
- 279.281: agenti biologici

Non possiamo però trascurare le obbligazioni in termini di gestione sanitaria del rischio correlate ad altre specifiche norme:

- “Lavoro flessibile” (D.Lgs. 276/03)
- Lavoratrici in età fertile (T.U. 151/01)
- Minori ed apprendisti (D.Lgss. 345/99 e 262/00)
- Lavoratori disabili (L. 68/99)
- Lavoratori a turni notturni (D.Lgs. 66/03)
- Radiazioni ionizzanti (D.Lgs. 230/95)

Del tutto innovativo è poi l'ordinamento che richiede una specifica sorveglianza sanitaria per quelle mansioni ad alto rischio di infortunio e con forte implicazione per l'incolumità di terzi (*Legge 125/01 e Provvedimento 16 marzo 2006; DPR 309/90, Provvedimento 30 ottobre 2007, Provvedimento del 18 settembre 2008*), che si sostanzia nell'obbligo, di cui al comma 4 dell'art. 41, di finalizzare gli accertamenti sanitari alla verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza e/o di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Detto questo rimangono a tutt'oggi controverse le prassi più corrette da adottare laddove non si configurino quelle condizioni nelle quali il legislatore circoscrive l'effettuazione della sorveglianza sanitaria (art. 41):

- a) nei casi previsti dalla normativa vigente
- b) a seguito delle indicazioni della Commissione Consultiva di cui all'Art. 6
- c) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavoratori

## Nuovi obblighi e profili di responsabilità

Possiamo certamente affermare che l'attuale normativa ha esplicitamente esteso l'obbligo di sorveglianza medica, sia per tipologie “nuove” di lavoratori (atipici, autonomi, volontari, ecc.), sia in “tempi” diversi da quelli tradizionali (fase preassuntiva, cambio mansione, rientro al lavoro dopo lunghe assenze, in alcuni casi alla cessazione del rapporto di lavoro).

Inoltre la precisa indicazione di una sorveglianza finalizzata alla tutela “anche della sicurezza” ci spinge a considerare nei nostri giudizi di idoneità anche quelle condizioni che possono favorire gli infortuni (vedi la vasta problematica del lavoro in altezza, ovvero della guida di autoveicoli aziendali).

Peraltro non va dimenticato che la normativa in tema di igiene e sicurezza sul lavoro include la sorveglianza sanitaria fra le misure generali di tutela della salute (art.15), ed anche tramite tale strumento la Giurisprudenza di merito ha recentemente affermato che il Datore di Lavoro ha la possibilità di ottemperare al fondamentale obbligo previsto a suo carico “*di attribuire i compiti ai lavoratori tenendo conto delle loro condizioni o capacità in relazione alla loro salute e sicurezza sul lavoro*”, ed in tal senso, sottolinea la Cassazione, “*è (anche) al MC che il datore di lavoro deve rapportarsi per le finalità indicate dall’art. 18 comma 1 lett. c)*” (Sent. Cass. N. 26359 del 2 luglio 2008).

E’ inoltre ormai consolidato il principio per il quale “*Non è un reato in sé provocare una malattia professionale, bensì non aver adottato tutte le misure tecniche possibili per prevenirla*” (Cass. Pen., Sez. IV, 3/11/89, n. 14396, Cass. Pen. n. 8925, 28/6/89). E’ evidente che il profilo e il grado di colpa saranno tanto più rilevanti quanto più facilmente attuabili sono queste misure, tra le quali rientra a pieno titolo proprio come misura generale di tutela la sorveglianza sanitaria!

Per quanto concerne il rischio chimico è quasi naturale quindi aspettarsi sentenze di condanna per il MC che omette di effettuare accertamenti sanitari specifici per lavoratori esposti (Cass. Pen., Sez. III, sent. n. 20220/2006)

La qualità dell’intervento medico si misura proprio con la tempestività e l’appropriatezza del protocollo sanitario, che rappresenta la prima evidenza di una corretta collaborazione alla Valutazione del Rischio, di una adeguata conoscenza degli ambienti di lavoro e dell’integrazione nelle dinamiche aziendali del MC.

### **Il caso dei microinquinanti ambientali**

E’ noto come il modello prevalente di esposizione professionale al rischio chimico ha assunto negli ultimi anni le caratteristiche di una poliesposizione a piccole dosi di molteplici inquinanti. E’ quanto possiamo osservare in realtà produttive più tradizionali, così come in ambienti di lavoro di ufficio con vari gradi di inquinamento indoor.

La gestione di tali rischi ha sicuramente beneficiato ne-

gli ultimi decenni del miglioramento della tecnologia, dei cicli produttivi, della scelta delle materie prime, nonché delle normative antinquinamento e – nei prossimi anni – risentirà presumibilmente degli effetti del nuovo Regolamento REACH, il quale impone a carico del produttore una previsione degli scenari espositivi nella filiera produttiva, di commercializzazione e di impiego delle sostanze chimiche.

Sull’inquinamento outdoor hanno certamente influito positivamente negli ultimi 15 anni (Baldassarri, 2011):

- la crescente diffusione di vetture catalizzate
- la diminuzione del tenore di benzene e aromatici nelle benzine
- la progressiva eliminazione dei motocicli a due tempi
- il progressivo miglioramento delle specifiche di emissione sia di veicoli a benzina che diesel (da EURO I a EURO V)
- l’introduzione dei sistemi di riciclo vapori alle stazioni di servizio e diminuzione delle perdite evaporative dei veicoli.

Tuttavia rimangono attuali le preoccupazioni sui possibili effetti degli inquinanti – sia indoor che outdoor – che presentano alta nocività anche a piccole dosi (IPA, Policlorobifenili PCB, Diossina, Policlorodibenzodiossine PCDD, Policlorodibenzofurani PCDF) a carico di diversi organi e apparati (cute, sistema immunitario, sistema riproduttivo, sistema endocrino e sistema nervoso).

Alcune tipologie di esposizione professionale hanno mostrato negli anni un’evoluzione in senso migliorativo coerente con quanto detto, in particolare per quanto attiene i solventi ed i metalli in genere. I prodotti vernicianti ad esempio hanno visto cambiare nettamente la formulazione con l’introduzione di prodotti ad acqua che è testimonianza degli sforzi innovativi del settore. Le esposizioni conclamate a solventi sono diminuite drasticamente (si può stimare una riduzione del livello di esposizione pari al 75-90%), con il risultato che la maggiore attenzione oggi si sposta su alcuni temi specifici (Sesana):

- monitoraggio biologico della quota residuale di solvente/metabolita (determinazione del solvente tal quale e non del metabolita);
- caratteristiche tossicologiche dei nuovi componenti e individuazione dell’indicatore biologico;
- descrizione delle cinetiche mediante modelli matematici;
- effetti specifici (ototossicità, aumento dell’assorbimento transcutaneo in casi di dermatiti alle mani,

ad esempio) e in particolare cancerogeni. Analogamente, per i metalli i livelli di esposizione si sono in genere contratti negli ultimi 20 anni (Apostoli ed al.) mentre maggior precisione tecnico analitica è stata raggiunta con l'impiego di tecniche strumentali quali l'ETAAS e l'ICP-MS. L'esposizione professionale attuale è nettamente inferiore a quella rilevata soltanto 10 anni orsono: l'attenzione attuale è spostata verso la definizione della cancerogenesi.

Va peraltro ricordato quanto riportato dal Report Annuale OSHA 2009: *"It is estimated that about 74 000 work-related deaths may be linked to hazardous substances at work each year in the EU - about 10 times more than workplace accidents"*. Una particolare attenzione viene posta nel rapporto ai rischi emergenti quali fumi esausti di motori diesel, fibre minerali, nanoparticelle, oltre naturalmente al gruppo di sostanze cancerogene, mutagene e tossiche per la riproduzione. L'osservatorio europeo richiama l'attenzione sull'incrementato utilizzo di sostanze sensibilizzanti ed allergeniche, e su alcuni settori lavorativi più critici quali lo smaltimento rifiuti, le costruzioni, i servizi assistenziali così come le imprese di pulizia.

Ed in questi, come in altri settori, un *"last but not least"* problema emergente è l'incremento delle esposizioni lavorative multiple e combinate, che pongono obiettive difficoltà nelle strategie di controllo e di sorveglianza sanitaria, anche per la scelta di indicatori biologici che risponda a criteri di cost-effectiveness.

## La sorveglianza sanitaria ed il ruolo del MC

I momenti di intervento del MC sono schematicamente due:

- a) la collaborazione preliminare alla valutazione del rischio di esposizione: l'art. 223 indica i parametri da considerare che necessitano dell'apporto della cultura medica per stimare gli effetti biologici degli agenti inquinanti, soprattutto quando parliamo di sostanze prive di dose limite di azione, ovvero di esposizioni combinate;
- b) attivazione della sorveglianza sanitaria laddove la valutazione ha evidenziato un rischio significativo per la salute o la sicurezza.

Per quanto attiene al punto a) sono note le criticità che sottendono le valutazioni dei danni attesi:

- effetti di esposizioni concentrate in periodi circoscritti
- effetti sinergici di più sostanze contemporanea-

mente e nell'arco dell'anno (comprese miscele)

- la flessibilità richiesta alle mansioni individuali, spesso poco inquadrabili
- valutazione delle diverse vie di assorbimento (via cutanea, via respiratoria, via alimentare)
- valutazione delle diverse variazioni di assorbimento in relazione a fatica fisica, iperventilazione, sudorazione etc
- variazioni significative in dipendenza di fattori individuali (età, sesso, razza, malattie) endogeni ed esogeni extra-professionali (ipersuscettibilità)
- agenti sensibilizzanti

Per l'attivazione della sorveglianza medica, i riferimenti normativi di partenza per questa complessa attività sono quelli specifici del Titolo IX del d.Lgs. 81/08 (Sostanze pericolose), ed in particolare quanto afferma l'art. 229 (Sorveglianza Sanitaria) che traccia il perimetro di applicazione alle esposizioni ad agenti classificati come molto tossici, tossici, nocivi, sensibilizzanti, corrosivi, tossici per il ciclo produttivo, cancerogeni e mutageni di categoria 3.

In particolare viene stabilito che accertamenti integrativi di monitoraggio biologico diventano obbligatori laddove siano fissati per l'agente in esame i valori limite biologici (comma 3). La norma in questione indica al momento le modalità di monitoraggio biologico ed i valori limite per il solo Piombo (Allegato XXXIX), mentre l'Allegato XXXVIII fa propri i limiti ambientali di esposizione professionale fissati dagli igienisti per un centinaio di sostanze di maggior utilizzo.

I parametri quantitativi in uso per il monitoraggio biologico di lavoratori esposti ad inquinanti chimici sono:

- *Valore di riferimento*: concentrazione dell'indicatore biologico che si ritrova in soggetti non professionalmente esposti (soggetti appartenenti alla popolazione generale)
- *Valore limite di esposizione (BEI o IBE)*: concentrazione dell'indicatore biologico corrispondente ad una esposizione pari al TLV-TWA
- *Evento sentinella (Livello d'azione)*: concentrazione dell'indicatore biologico che, anche se inferiore al BEI, è ritenuta indice di un'esposizione non trascurabile e potenzialmente pericolosa. Il raggiungimento di tale valore attiva una serie di operazioni quali sopralluoghi per la verifica dei sistemi di aspirazione, dell'idoneità dei DPI, delle procedure di lavoro, effettuazione campionamenti ambientali ecc

Da tempo la ricerca ha peraltro consentito di sviluppare protocolli di monitoraggio con la scelta di indicatori

biologici di assorbimento affidabili, i quali, attraverso verifiche incrociate con i dati ambientali e mediante carte di controllo statistico nel lungo periodo, consentono un'efficace gestione clinica del rischio espositivo. (vedi Tab.)

Sostanza	Indicatore biologico	Valore Limite	Evento sentinella
ACETONE	Acetone - U	50 mg/l	
ALCOOL METILICO	Metanolo - U	15 mg/l	
BENZENE	Acido fenilmercapturico - U Acido t,t - muconico - U	25 µg /g creat 500 µg /g creat	
CADMIO	Cadmio - U Cadmio - E	5 µg/g creat 5 µg/L	
CROMO	Cromo - U	30 µg /g creat	2 µg /g creat
CO	Carbossiemoglobina - E	3,5 % emogl.	
N, N, DMF	NMF - E	40 mg/g creat	20 mg/g creat
N-ESANO	2,5 esandione - U (totale)	5 mg/g creat	3,2 mg/g creat
CICLOESANO	1,2 cicloesandiolo - U	200 mg/g creat	100 mg/g creat
MERCURIO	Mercurio -U	35 µg /g creat	
METILETILCHETONE	Metiletilchetone - U	2 mg/L	
PERCLOROETILENE	Acido tricloroacetico (TCA)-U	3,5 mg/L	2,5 mg/L
TRICLOROETILENE	Acido tricloroacetico (TCA)-U	100 mg/g creat	50 mg/g creat
PIOMBO	Piombo - E* Piombo - U	60 µg /100 ml 150 µg /g creat	
STIRENE	Acido mandelico - U (MA-U) Acido fenilglicosilico (APGU)	400 mg/g creat 240 mg/g creat	150 mg/g creat
TOLUENE	Acido ippurico - U	1600 mg/g creat	1500 mg/g creat

Più recentemente la ricerca si è focalizzata su indicatori biologici più affidabili e specifici con l'intento di rendere le valutazioni in corso di monitoraggio biologico più attendibili e rappresentative della reale esposizione lavorativa. Alcuni di questi "nuovi" indicatori sono illustrati nella seguente tabella:

Sostanza	Nuovo indicatore di esposizione	Applicazione	Relazione con l'ambiente	Metodo	Miglioramento rispetto ai precedenti indicatori	Relazione con gli effetti	Valori di riferimento	Bibliografia
TRICLOROETILENE (TCE)	TCE urinario	Lavoratori	Correlazione significativa	Spazio di testa GC-MS	-	Non valutati	Non disponibili	Imbriani et al., 2001
PERCLOROETILENE (PCE)	PCE ematico pre-turno fine settimana; PCE urinario post-turno fine settimana	Lavoratori esposti a PCE in diversi settori	Correlazioni significative tra l'esposizione ambientale individuale ed i due indicatori biologici	Spazio di testa GC-ECD	Indicatori specifici e sensibili che non risentono della presenza di TCE (come il TCA urinario)	Non valutati	Non disponibili	Maccà et al., 2000
N,N-DIMETIL FORMAMMIDE (DMF)	N-acetil-S- (N-metil-carbamoil) cisteina (AMCC) urinaria	Lavoratori esposti a DMF nella produzione di tessuti e pelli sintetiche	Correlazione significativa dell'AMCC nei campioni raccolti il venerdì e il valore medio ponderato di DMF ambientale	HPLC	Il dosaggio dell'AMCC permette di stimare la dose media settimanale del solvente	Non valutati	Non disponibili	Imbriani et al., 2002
DIMETIL ACETAMMIDE (DMA)	Acido S-acetamido-metil mercapturico (AMMA) urinario	Lavoratori esposti nella preparazione di fibre tessili sintetiche (acriliche)	Poco correlato con le concentrazioni ambientali a causa dell'assorbimento cutaneo	LC-MS	Il dosaggio dell'AMMA esprime esposizioni di più giornate lavorative	Non valutati	Non disponibili	Perbellini et al., 2003
n-ESANO	2,5-Esandione "libero" urinario	Ratto	Già note	LC-MS; iniezione diretta LR 50 mg/l	Esente da artefatti analitici e più pertinente rispetto agli effetti neurotossici, legati alla quota libera	Già nota	Non disponibili	Manini et al., 1998 Manini et al., 1999

STIRENE	Acidi mercapturici urinari	Lavoratori della vetroresina	Non valutata per l'uso di DPI. Correlati con gli indicatori di dose interna, con effetto modulante del polimorfismo della GST-M1	LC-MS; iniezione diretta, LR 1 mg/l	No, in quanto il suo utilizzo come indicatore di esposizione richiederebbe la conoscenza del polimorfismo della GST-M1	Non valutata	Non rivelabili	De Palma et al., 2001
STIRENE	4-Vinilfenolo (glicuronide e solfato) urinario	Lavoratori e volontari	Correlato con l'esposizione e con gli altri metaboliti dello stirene, influenzato dall'abitudine al fumo di sigaretta	LC-MS; determinazione dei glicuro- e solfo-coniugati, iniezione diretta, LR 10 mg/l	E' l'unico indicatore che rende ragione dell'ossidazione sull'anello aromatico dello stirene	Correlazione con effetti genotossici, valutati mediante il test del micronucleo, modulata dal genotipo NQO1	0,16 NF 0,45 F (mg/g creat)	Manini et al., 2003
STIRENE	Acido mandelico (AM) e acido fenilglicosilico (AFG) urinari	Popolazione generale	Già nota	LC-MS; iniezione diretta, LR 10 mg/l	Miglioramento della sensibilità	Già nota	AM 84-2339 AFG 9-1238 (mg/g creat)	Manini et al., 2004
TOLUENE	Toluene nell'aria espirata, la mattina del giorno dopo l'esposizione	Lavoratori	Correlazione significativa tra la concentrazione nell'aria alveolare e quella ambientale del giorno precedente	Campionamento in un vial che contiene un tubo di Tenax di un Radiello; desorbimento termico; Analisi GC-MS	Rende facilmente praticabile un "vecchio" indicatore valido solo nel caso di esposizioni consistenti; facile esecuzione	Non valutati	Non disponibili	Ghittori et al, 2004
TOLUENE	Toluene urinario	Lavoratori dell'industria rotocalcografica	Toluene urinario più sensibile e specifico dell'o-cresolo e confrontabile al toluene ematico. Campione biologico più facile da ottenere	SPME-GC-MS; Semplicità di metodo, automatizzabile, no preparazione del campione	Correla meglio con l'esposizione ed è più specifico dell'o-cresolo urinario, richiede una matrice meno invasiva del toluene ematico	Non valutati	0,1-1 µg/l	Fustinoni et al., 2000 Fustinoni et al., 2004
BENZENE	Acido muconico corretto/acido sorbico	Esposizione a benzene	Dovrebbe permettere di discriminare valori "falsi positivi" di acido muconico	LC-MS	Nuovo indicatore, maggiore specificità	Non valutati		Negri et al, 2003

La stessa norma peraltro impone l'aggiornamento della VDR quando i risultati della sorveglianza medica ne mostrino la necessità (art. 223, comma 7), ed il MC è specificamente sanzionato (arresto fino a due mesi o ammenda da 300 a 1.200 euro) laddove non provveda ad informare il Datore Di Lavoro (DDL) su eventuali effetti pregiudizievole per la salute correlabili all'esposizione ad agenti inquinanti (art. 229, comma 6).

Dettate le condizioni di tutela per la popolazione lavorativa generale, il percorso virtuoso si completa con l'attenzione che il MC pone alle categorie di lavoratori più sensibili e/o suscettibili (atopici, minori, gestanti, anziani, disabili, portatori di patologie con insufficienze di organi emuntori, temporanei, ecc.), per i quali possono essere necessarie ulteriori prescrizioni, anche in condizioni espositive "sicure" per il gruppo omogeneo d'appartenenza.

Particolare enfasi in tal senso va quindi attribuita alla

definizione di sorveglianza sanitaria contenuta nel Titolo IX (art. 222), che qui ripetiamo: "valutazione dello stato di salute del singolo lavoratore in funzione dell'esposizione ad agenti chimici sul luogo di lavoro". La risposta individuale del singolo lavoratore diviene quindi elemento centrale di valutazione della sua idoneità alla mansione specifica, insieme ai fattori che possono condizionare tale risposta:

- durata dell'esposizione (acuta, cronica)
- quantità dell'esposizione
- tipo di effetto nocivo e capacità d'accumulo
- meccanismo dell'effetto dell'inquinante (lineare senza soglia, non lineare con soglia ecc.)
- tipo di esposizione (inalatoria, cutanea, digerente)
- condizioni predisponenti (dieta, residenza, ipersuscettibilità, malattie)

## Conclusioni

Possiamo schematicamente concludere con alcune considerazioni che appaiono come utili orientamenti applicativi in realtà lavorative dove l'esposizione – spesso multipla – a microinquinanti ambientali pone alcune perplessità sulla corretta gestione clinica del rischio residuo, soprattutto in assenza di adeguate conoscenze sugli effetti biologici e la cinetica di tali agenti:

- 1) Lo sforzo pur necessario per far rientrare i limiti di esposizione a tali agenti in ambiti di sicurezza (TLV –TVA) non consente di escludere automaticamente altri obblighi di tutela, soprattutto laddove il dato ambientale appare solo estemporaneo;
- 2) L'ipersuscettibilità individuale e l'assenza di dosi soglia di effetto per alcuni agenti riducono i margini di sicurezza di un risk management basato solo sul rilievo ambientale;
- 3) Qualsiasi sia la metodologia utilizzata per la VdR, è d'obbligo tener conto dell'estrema variabilità della risposta biologica;
- 4) Considerare la fruibilità di un giudizio nel tempo, in ordine al mutare continuo delle condizioni di lavoro, e quindi alla necessità di una valida curva di controllo statistico dei dati espositivi e di assorbimento;
- 5) In caso di rischio “irrelevante” far leva, al tempo stesso, sulla discrezionalità (e sugli aspetti premiali) previsti dalla Legge per attenuare o eliminare la “medicalizzazione” prima imposta dal DPR 303/56 (sempre sulla base di un percorso condiviso di “giustificazione”).

Ciò detto ci sembra opportuno concludere che l'approccio cautelativo che traspare da questo contributo

si poggia su diverse considerazioni, tra le quali la già citata giurisprudenza di merito, ma anche:

- Il Codice Civile, art. 2087, in merito alla “massima sicurezza tecnicamente fattibile”
- Le Sentenze Corte Costituzionale n. 179/88 e n. 206/88 sul sistema assicurativo “misto”
- Il D.M. 9 aprile 2008 “Nuove Tabelle delle Malattie Professionali nell'Industria e nell'Agricoltura di cui agli artt. 3 e 211 del T.U. infortuni”
- L'attuale D.Lgs. 81/08, dove si citano alcuni obblighi che presuppongono una corretta ed estensiva applicazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori:
  - a) art. 15 (c. 1 lett. l), che cita tra le misure generali di tutela a carico del DDL il “controllo sanitario dei lavoratori in funzione dei rischi specifici”;
  - b) art. 18, comma 1 lett. c) che impone al DDL ed ai dirigenti “nell'affidare i compiti ai lavoratori, di tener conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”;
  - c) art. 25, comma 1, lettera a: che prevede la collaborazione del MC alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale;
  - d) art. 41 comma 2 lett. c) che prevede “visite mediche su richiesta del lavoratore, qualora siano ritenute dal MC correlate ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta [...]”.

## Bibliografia e sitografia

- D.Lgs. 81/08 e s.m.i.
- Regolamento Europeo N.1907/2006, REACH
- Annual Report 2009  
European Agency for Safety and Health at Work  
[http://osha.europa.eu/en/publications/annual\\_report/ar\\_summary\\_2009/view](http://osha.europa.eu/en/publications/annual_report/ar_summary_2009/view)
- U. Candura; N.Iavicoli: “Le strategie di gestione del rischio chimico residuo” Atti Congresso Nazionale ANMA, Viterbo, Giugno 2003
- L.T. Baldassarri: “Presenza e significato degli inquinanti indoor: contributi sperimentali e iniziative istituzionali dell'ISS” Atti Congresso ANMA – Bari febbraio 2011
- G. Sesana, Direzione ARPA Brescia: “Come evolvono i rischi chimici e la loro valutazione per la salute e la sicurezza”
- L.Perbellini: “Problemi sanitari relativi ai solventi organici ad uso industriale”; Atti 27° Congresso Nazionale AIDII – Verona giugno 2009, pag 45 – 48
- P.Apostoli, S.Catalani, R.Ghitti: “Gestione e prevenzione del rischio chimico: gli elementi metallici”; Atti 27° Congresso Nazionale AIDII – Verona giugno 2009, pag 49 – 54

# RICERCA DROGHE D'ABUSO

## Lettores Multidrug

Lettura obiettiva, stampa  
ed archivio dei risultati

*Ancora più affidabile*



**NUOVO**

## Multidrug screen

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



BIOLOGICAL SALES NETWORK

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

# DISPOSITIVI SPECIALI DI CORREZIONE



Paolo Santucci,  
Consigliere Nazionale ANMA

## Cenni legislativi

**L**a storia dei Dispositivi Speciali di Correzione (DSC) inizia con l'Art. 55 Comma 5 del D.Lgs 626/94:  
"5. La spesa relativa alla dotazione di dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta è a carico del datore di lavoro",  
poi modificato dalla Legge 3 febbraio 2003, n. 14 (Finanziaria 2002):  
"5. Il datore di lavoro fornisce, a sue spese, ai lavoratori i dispositivi speciali di correzione, in funzione dell'attività svolta, qualora i risultati degli esami di cui ai commi 1, 3-ter e 4 ne evidenzino la necessità e non sia possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione".

Nel frattempo la Circolare del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale 30 Marzo 1998 n. 30 (G.U. n.83 del 9/4/98) chiariva che "con la locuzione "dispositivi speciali di correzione", di cui all'art.55, comma 5, del d.L.vo. n. 626/94, si devono intendere quei particolari dispositivi che consentono di eseguire in buone condizioni il lavoro al videoterminale quando si rivelino non adatti i dispositivi normali di correzione, cioè quelli usati dal lavoratore nella vita quotidiana. Ne deriva che, nell'ipotesi in cui il "dispositivo speciale di correzione" sia integrato nel normale dispositivo di correzione, il datore di lavoro è tenuto a pagare il solo costo relativo alla correzione speciale".

Cita i 'dispositivi speciali di correzione' anche la Corte di Giustizia delle Comunità Europee - Sezione Sesta Sentenza 24 ottobre 2002 Inadempimento di uno Stato - Art. 9, n. 3, della direttiva 90/270/CEE - Protezione degli occhi e della vista dei lavoratori - Dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta - Trasposizione incompleta: 28. Riguardo all'argomento del governo italiano secondo cui l'art. 55 del decreto legislativo n. 626/94 deve essere interpretato in correlazione con gli artt. 41 e segg. dello stesso decreto, è sufficiente constatare che i «dispositivi speciali di correzione», previsti all'art. 9, n. 3, della direttiva 90/270, riguardano la correzione di danni già esistenti, mentre i «dispositivi di protezione individuale», contemplati da tali articoli, sono diretti a prevenire tali danni.

Infine viene pubblicato l'articolo 176, comma 6 del D.Lgs.81/08 e s.m.i., che ribadisce il contenuto dell'art.55.5 D.Lgs. 626/94 e s.m.i.: "Il datore di lavoro fornisce a sue spese ai lavoratori i dispositivi speciali di correzione

visiva, in funzione dell'attività svolta, quando l'esito delle visite di cui ai commi 1, 3 e 4 ne evidenzia la necessità e non sia possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione".

## Considerazioni

La vigente disposizione di Legge non fornisce 'indicazioni operative' precise.

Per questo motivo vengono formulate periodicamente interpretazioni non univoche in merito alle finalità, la prescrivibilità ed i rimborsi dei Dispositivi Speciali di Correzione (DSC).

Per alcuni gli occhiali utilizzati al videoterminale, in caso di presbiopia, astigmatismo avanzato o ipermetropia, sono da considerare DSC poiché relativi alla medio-breve distanza, per altri l'occhiale, quale 'Dispositivo Speciale', va prescritto e perciò rimborsato poiché garantisce la piena correzione in visione intermedia (la distanza fra occhi e videoterminale, circa 60-80 cm.), mentre, per altri ancora, il rimborso è limitato alle lenti e la prescrizione limitata ai casi in cui l'occhiale di uso quotidiano non garantisce una adeguata acuità visiva nell'utilizzo del videoterminale.

Innanzitutto l'art.176.6 afferma chiaramente che non tutte le lenti (o occhiali) utilizzate specificamente per il videoterminale possono identificarsi nei DSC, dovendo essere individuati come tali dal medico competente, attraverso l'accertata impossibilità all'utilizzo dei 'dispositivi normali', vale a dire di eventuali lenti/occhiali nella disponibilità personale del lavoratore.

In altre parole i Dispositivi Speciali di Correzione si caratterizzano per un "uso esclusivo durante l'attività lavorativa" e si configurano come strumento per cui "il lavoratore non potrebbe lavorare senza" (Meroni et Al., 2010).

L'INAIL ricorda (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010) che il DSC si rende necessario per le attività al videoterminale laddove la correzione utilizzata nella vita extraprofessionale del soggetto non sia adatta, non riuscendo a compensare il difetto visivo lamentato, ma esclude la possibilità che lenti parzialmente o totalmente colorate, per correggere problemi di illuminazione e riflessi sullo schermo, possano rientrare nel caso dei Dispositivi Speciali di Correzione.

A questo punto diventa utile entrare nei particolari della 'visita' che può decretare la necessità dei DSC, attraverso i parametri forniti dalla letteratura scientifica

che accertano le caratteristiche di una adeguata correzione finalizzata al miglior confort visivo.

Romano et Al. (Linee Guida SIMLII, 2003) raccomandano una correzione che porti ad un visus di almeno 7/10 per lontano e II DW per vicino, per ciascun occhio, ritenendo non indispensabile la cosiddetta visione intermedia.

Nel caso delle Linee Guida INAIL sui protocolli sanitari (2010) è previsto il controllo visivo anche alla distanza di 60-80 cm, ma non viene definito il 'visus minimo' di riferimento come accertato per le altre distanze.

Meroni et Al. (2010) citano alcuni 'casi limite', per i quali si potrebbero concretizzare situazioni che richiedono l'utilizzo di DSC, come ipermetropia o astigmatismo lieve oppure presbiopia, forse ipotizzando una ricaduta sul confort visivo anche in visione intermedia, oppure comprendendo nel criterio formulato dall'art.176.6 ("in funzione dell'attività svolta"), anche operazioni di lettura di documenti o visione della tastiera, perciò a breve distanza.

In ogni caso l'interpretazione appare proprio 'al limite e perciò piuttosto 'estensiva'. Le situazioni descritte, pur se associate ad eventuale astenopia significativa, sembrano maggiormente legate ad una carente attenzione verso la correzione del proprio visus in comuni attività 'quotidiane' (lettura a 30 - 40 cm., per esempio), piuttosto che a casi richiedenti una vera correzione 'speciale', tale da configurare la prescrizione di un DSC.

A questo proposito si ricorda che il 20-30 % della popolazione presenta difetti alla vista non corretti affatto o in modo insufficiente (INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010).

L'utilizzo quotidiano di un occhiale 'multifocale' (lente progressiva che permette di mettere a fuoco a diversa distanza), a causa di presbiopia spesso concomitante con difetti di refrazione, potrebbe 'in linea teorica' determinare la prescrizione di una correzione dedicata, limitatamente alla porzione di lente destinata a fissare lo schermo, se si evidenziasse uno scadente compenso con l'uso del Dispositivo Normale di Correzione (DNC).

Tuttavia la correzione 'in funzione dell'attività svolta' è dedicata alla visione del monitor e perciò appare estranea al concetto di Dispositivo Speciale di Correzione una lente progressiva mirata a molteplici distanze. Inoltre nella pratica quotidiana si può riscontrare l'uso inefficace di occhiali multifocali, causato da lenti

non adeguatamente graduate, posture scorrette di fronte al videoterminale, oppure postazioni di lavoro da riorganizzare ergonomicamente (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Inoltre con la lente multifocale diventerebbe sostanzialmente impraticabile la quantificazione del rimborso, dovendo il Datore di lavoro pagare "il solo costo relativo alla correzione speciale" (la parte di lente dedicata alla visione dello schermo), integrata nel "normale dispositivo" (Circolare del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale 30 Marzo 1998 n. 30). Perciò, sia concettualmente che operativamente, l'eventuale individuazione di un DSC si traduce nella prescrizione di una lente monofocale mirata alla correzione sulla media distanza.

Un esempio pratico si concretizza nel caso di attività domestica con il computer portatile di un operatore ultracinquantenne, che adopera proprie lenti multifocali (DNC) con beneficio. Lo stesso occhiale non è adeguato, procurando evidente discomfort oculovisivo (e/o muscolo-scheletrico cervicale nella ricerca della migliore correzione con movimenti del collo), nell'utilizzo, magari recente, di videoterminale di ben altra dimensione e perciò maggiore distanza, oltre che maggiore impegno, in ambito lavorativo.

In questo caso l'individuazione da parte dell'oculista di una lente monofocale, diversa anche da eventuale altro occhiale in uso all'operatore (generalmente per breve distanza), efficace per la distanza di utilizzo del videoterminale in ufficio, porta alla corretta formulazione del giudizio di idoneità con prescrizione di DSC da parte del medico competente.

Una metodologia utile, per monitorare affaticamenti o discomfort oculovisivi, consiste nella valutazione della 'astenopia significativa' (soglia determinata soggettivamente con la comparsa di 'due disturbi almeno tre volte alla settimana per un ora'), con riferimento alla definizione di Apostoli et Al. (1998), modificata eliminando la "presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi" (Santucci, 2009).

Il parametro 'astenopia significativa', proprio perché misura tipicamente soggettiva, può evidenziare disturbi significativi correlati all'inadeguata correzione dell'operatore, senza incorrere in una sottovalutazione del dato, confermando così la necessità di prescrizione di un DSC.

## Conclusioni

Il lavoratore dotato di occhiali o lenti 'proprie' che utilizza nella vita extraprofessionale (per leggere, vedere la televisione, andare al cinema, praticare hobby e sports, o usare eventualmente un computer personale), può utilizzare la stessa correzione, se adeguata all'attività professionale specifica e previo verifica del medico competente, nell'ambito di un giudizio di idoneità specifica al lavoro 'senza prescrizione' ai sensi dell'art.176 D.Lgs.81/2008.

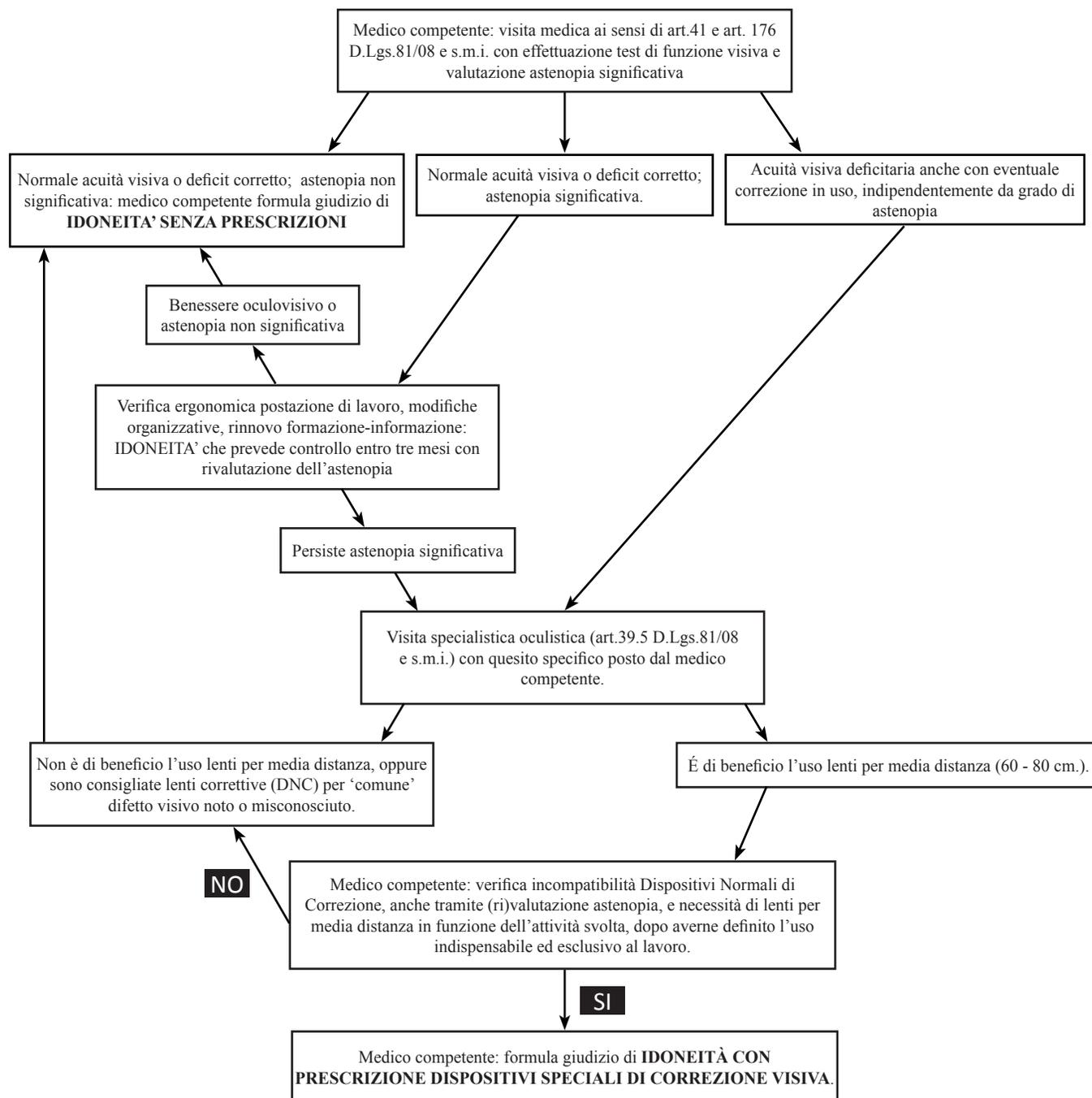
Qualora l'appropriata correzione dell'occhiale 'personale' (Dispositivo Normale di Correzione) si riveli inadeguata all'attività professionale, anche con il riscontro di 'astenopia significativa', nonostante le verifiche del caso e l'eventuale riorganizzazione ergonomica del posto di lavoro, evidenziando la necessità di una correzione 'dedicata' all'attività professionale al videoterminale, verrà consigliato, a cura dello specialista oftalmologo ed in occasione dell'accertamento di secondo livello (prescritto dal medico competente ai sensi di art.39.5 D.Lgs.81/2008), un occhiale (o più raramente lenti) che potrà assumere le caratteristiche del 'Dispositivo Speciale di Correzione'.

Il medico competente, verificato l'uso esclusivo e indispensabile delle lenti, con riferimento alla visione intermedia e in funzione dell'attività svolta, formulerà il relativo giudizio di idoneità ai sensi di art.176.6, b D.Lgs.81/08 e s.m.i., che prevede l'utilizzo del Dispositivo Speciale di Correzione. Il DSC, fornito a spese del datore di lavoro, dovrà assumere per logica carattere di obbligatorietà, paragonabile all'uso di un Dispositivo di Protezione Individuale (INAIL, Protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Per Dispositivo Speciale di Correzione visiva si intende l'occhiale, completo di lenti e montatura, fornito a cura e a spese del datore di lavoro, analogamente a quanto accade con l'adozione di Dispositivi di Protezione Individuale. Non rientrano generalmente nella dotazione dell'occhiale eventuali 'accessori', quali, per esempio, trattamenti antiriflesso o colorazioni delle lenti che non hanno provato la loro efficacia, o comunque non appaiono necessari agli scopi di tale prescrizione (I protocolli di sorveglianza sanitaria, 2010).

Con riferimento alla letteratura scientifica reperita e all'esperienza diretta sul campo viene proposta una 'flow chart' utile all'accertamento della prescrivibilità del DSC.

PROPOSTA DI FLUSSO PER ACCERTAMENTI MIRATI A  
 PRESCRIZIONE DISPOSITIVI SPECIALI DI CORREZIONE VISIVA  
 (art. 176 comma 6 D.Lgs.81/08 e s.m.i.)



## Bibliografia

- 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).
- INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010.
- INAIL, I protocolli di sorveglianza sanitaria nelle strutture INAIL, 2010.
- Meroni M., Petri A., U.O. CEMOC, EPM Unità di Ricerca, Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena Milano, 2010.
- Romano C., Piccoli B., Bergamaschi A., Di Bari A., Gullino T., Iacovone T., Muzi G., Troiano P., Apostoli P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività con videoterminali, PIME Editrice srl, 2003.
- Santucci P., Il videoterminale e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.



## ATTUALITÀ

Da home page sito Agenas:

[www.agenas.it](http://www.agenas.it)

# EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

**D**al 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n.244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua fino ad oggi competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007 che definisce il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina e stabilisce la nuova organizzazione e le nuove regole per la Governance del sistema Ecm del triennio 2008-2010, individua infatti nell'Agenzia la "casa comune" a livello nazionale, in cui collocare la Commissione nazionale e gli organismi che la corredano. Il successivo accordo del 5 novembre ha provveduto a declinare in termini regolamentari il precedente accordo integrandolo, così che la Commissione per il nuovo sistema di formazione continua si avvarrà:

- del comitato di garanzia per l'indipendenza della formazione continua dal sistema di sponsorizzazione;
- del Comitato Tecnico delle Regioni: che assicura la partecipazione di tutte le regioni e province autonome attraverso componenti designati dalla Commissione salute;
- l'Osservatorio Nazionale: composto da esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dalla Conferenza Stato Regioni (5 componenti) e dal Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale (6 componenti);
- del CoGeAPS ([www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it)); che ha il ruolo di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi;
- della Consulta Nazionale della formazione permanente: Organo tecnico di consulenza composto da rappresentanti di Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Provider, Associazioni di Tutela.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario, oggi più di ieri, spendere una parte delle proprie energie per l'aggiornamento. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema in grado di

verificare e di promuovere su scala nazionale la qualità della formazione continua, anche attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi. Gli operatori della salute hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità. L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità. La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La prima novità consiste nel fatto che è stato prodotto in sinergia con le Regioni, delineando l'accreditamento nazionale e regionale dei provider (i fornitori di formazione). Nel nuovo sistema, sono loro a essere accreditati e non più gli eventi formativi. L'altro elemento importantissimo, sono le garanzie di qualità e indipendenza della formazione. La qualità è assicurata dall'Osservatorio, con un attento monitoraggio di tutti i prodotti informativi. Il controllo e l'indipendenza sono garantiti, per i provider accreditati dalla Commissione nazionale, da un nuovo organo, il Comitato di garanzia che si impegna a controllare il 25% dei provider che godono di sponsorizzazione, non demonizzando la sponsorizzazione, ma controllandola. Novità anche per le tipologie formative. Non ci sarà più solo il congresso, ma tante altre forme di aggiornamento: la formazione sul campo, che deve rispondere ai criteri di appropriatezza tra l'esercizio della professione e l'aggiornamento, la formazione a distanza che riesce a raccogliere un numero elevato di partecipanti abbattendo i costi e coniugando strategie formative universali, che arrivano agli operatori in modo omogeneo. Si punta anche sull'innovazione attraverso un 'Bando di sperimentazione', che si propone di "far emergere le offerte formative più avanzate finanziandole, in modo tale che la commissione abbia a disposizione un serbatoio di novità, sia di contenuti sia di tipologie formative. I fondi per finanziare la sperimentazione, la nuova 'macchina dell'Ecm' li produce da sé, attraverso il contributo alle spese versato dai provider per gli eventi accreditati e che permette di far funzionare tutto il sistema: la logistica, l'informatica, la rete." Nella fase di passaggio al

nuovo regime, comunque, verrà mantenuto il sistema di accreditamento degli eventi. Per il momento sarà mantenuto un doppio binario: l'accreditamento degli eventi continua fino a che non si arriverà ad avere un accreditamento di provider che consenta un'offerta formativa alta e di qualità.

## Crediti

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie. La Commissione ha ritenuto opportuno prevedere una progressione nel numero di crediti acquisibili annualmente, istituendo un programma definito per i cinque anni a partire dal 2002 fino al 2006; dovevano essere conseguiti progressivamente fino ad un totale di 150 crediti formativi. Nel 2005 i crediti sono stati diminuiti a 30 e riconfermati 30 nel 2006, per un totale di 120 crediti.

- 2002: 10 crediti
- 2003: 20 crediti
- 2004: 30 crediti
- 2005: 30 crediti
- 2006: 30 crediti
- 2007: 30 crediti

In data 1° agosto 2007 l'accordo Stato-Regioni concernente il Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina. Nell'accordo è riportato, tra l'altro, che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2008-2010 secondo la seguente ripartizione: 50 crediti/anno (minimo 30 e massimo 70 per anno) per un totale di 150 nel triennio 2008-2010. In particolare, dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010, almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti, mentre fino a 60 potranno derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007. In data 5 novembre 2009 è stato siglato l'Accordo Stato-Regioni concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina", nel quale viene stabilito quanto segue: "La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2008-2010 è di 150 crediti ECM sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno. Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti."



È SUCCESSO A...

*G. Olivetti,*

*Segretario ANMA Marche*

## OSTRA (AN)

**N**el 2011 la sezione ANMA delle Marche ha sviluppato per la formazione del Medico Competente tre corsi di aggiornamento ed un seminario sullo “stress lavoro-correlato” cui hanno partecipato 130 Medici Competenti.

Gli eventi si sono svolti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università Politecnica delle Marche di

Ancona anche grazie alla collaborazione della Clinica del lavoro diretta dalla Prof.ssa Lory Santarelli che ha riconosciuto nell’iniziativa un utile momento d’incontro tra gli operatori dell’Università e del territorio.

Uno degli aspetti più positivi degli incontri, caratterizzati da un clima cordiale, è stato individuato nella possibilità di confrontarsi su alcune problematiche che il Medico Competente si ritrova spesso ad affrontare in piena solitudine.



## • Formazione a distanza (FAD)

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

## • I corsi di aggiornamento

SEZIONE/sede	DAL	AL	N° ore	Partecipanti	Crediti
Emilia Romagna/ Bologna	11-feb-12	29-mar-12	25	50	25,2
Lombardia/ Milano	11-feb-12	12-mag-12	25	50	25,2
Trentino Alto Adige/ Trento	17-feb-12	30-mar-12	18	20	22,5
Veneto/ Padova	17-feb-12	11-mag-12	25	50	25,2
Puglia/ Taranto	18-feb-12	31-mar-12	20	30	23,4
Liguria/ Genova	24-feb-12	30-mar-12	25	40	27,2
Umbria/ Perugia	24-feb-12	17-mar-12	25	40	27,2
Piemonte/ Marene	27-feb-12	26-mar-12	20	30	23,4
Lazio/ Roma	02-mar-12	18-mag-12	25	50	25,2
Marche/ Ancona	02-mar-12	13-apr-12	25	50	25,2
Campania/ Salerno	03-mar-12	28-apr-12	25	40	27,2
Trentino Alto Adige/ Trento	20-apr-12	14-set-12	18	20	22,5
Emilia Romagna	05-mag-12	21-giu-12	25	50	25,2

## • I seminari

SEZIONE/sede	IL	N° ore	Partecipanti	Crediti	Descrizione
Lombardia/ Milano	21-feb-12	4	40	4,4	Il ruolo del medico competente in azienda: interazioni e professionalità coinvolte
Lombardia/ Milano	4-apr-12	8	15	10	Gli aspetti operativi dell'attività di valutazione dei rischi per tutti i titoli del D.LGS. N. 81/2008
Piemonte/ Torino	02-lug-12	5	100	5	I rapporti tra MC, datore di lavoro, RSPP e RLS
Marche/ Ancona	28-set-12	5	100	5	Dall'office al mobile worker: nuove prospettive per il medico competente
Puglia/ Taranto	29-set-12	5	100	5	Rapporti e interazioni del medico competente con il Medico di famiglia e con le strutture sanitarie del territorio
Lombardia/ Milano	03-ott-12	8	15	10	Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate
Lombardia/ Milano	06-ott-12	5	100	5	Educare alla salute l'autotrasportatore
Veneto/ Padova	12-ott-12	8	100	8	Accertamenti per uso di alcool e droghe sul lavoro. Novità introdotte dalle recenti normative
Emilia Romagna/ Bologna	12-ott-12	5	100	5	Ruolo e responsabilita' del MC nella prevenzione delle infezioni in ambiente di lavoro. Il caso della tubercolosi
Liguria/ Genova	19-ott-12	8	100	8	Il lavoro d'ufficio: problematiche emergenti e soluzioni
Umbria/ Perugia	20-ott-12	5	100	5	Micro e nano particelle: tecnologie, problematiche ambientali e tossicologiche
Marche/ Ancona	26-ott-11	5	100	5	Educare alla salute l'autotrasportatore
Piemonte/ Torino	05-nov-12	5	100	5	Il Medico Competente incontra l'esperto Giuslavorista
Puglia/ Taranto	17-nov-12	5	100	5	Aggiornamento sul rischio fisico: i campi elettromagnetici e NIR
Umbria/ Perugia	24-nov-12	5	100	5	Il lavoro d'ufficio oltre il VDT/PC: analisi, considerazioni e prospettive per la sorveglianza sanitaria
Lombardia/ Milano	30-nov-12	8	100	8	Educare alla salute nei luoghi di lavoro. Il caso del fumo di sigaretta

## • 25° Congresso Nazionale

DAL	AL	N° ore	Partecipanti	Crediti	
14-giu-12	16-giu-12	20	400	10*	(*) recente disposizione ECM da confermare

	IL	IL	N° ore	Partecipanti	Crediti	Descrizione
SEMINARIO SATELLITE	14-giu-12	16-giu-12	5	100	5	Elettromiografia: indicazioni, significato, diagnosi differenziale delle neuropatie periferiche di interesse occupazionale
SEMINARIO SATELLITE	14-giu-12	16-giu-12	5	100	5	Tubercolosi: rischio di infezione e rischio di malattia negli ambienti di lavoro. Il ruolo dei nuovi test diagnostici

La programmazione completa e tutte le informazioni relative a ciascun evento saranno disponibili e aggiornate in tempo utile nei siti [www.anma.it](http://www.anma.it) e [www.anmafad.com](http://www.anmafad.com).



## È SUCCESSO A...

*Paolo Santucci,*

*Consigliere nazionale ANMA*

**L**a replica di Genova del 17° Corso di aggiornamento ANMA, 'Il ruolo del medico competente', si è svolta dal 21 ottobre al 2 dicembre 2011 nel prestigioso contesto della Residenza universitaria delle Peschiere di Genova Albaro.

I quattro moduli hanno sviluppato altrettanti temi di autentico interesse per i medici competenti:

Gli strumenti giuridici necessari per lo svolgimento dell'attività di MC, La problematica dell'idoneità alla guida in medicina del lavoro, Le dipendenze da alcol, droghe e farmaci, La "nuova" valutazione del rischio chimico alla luce del Regolamento REACH.

Nel primo modulo la Dr.ssa Anna Guardavilla, Giuslavorista, ha orientato i partecipanti in merito alla classificazione e soprattutto alla 'gerarchia' delle norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, approfondendo il tema della responsabilità del medico competente e trattando esempi pratici che hanno prodotto una ricca discussione.

La trattazione delle problematiche dell'idoneità alla guida (Paolo Santucci) ha costituito l'occasione, al di là del tema specifico, di una ampia riflessione sui rischi non specificamente normati dal D.Lgs.81/08

e s.m.i.. A questo proposito sono tornate utili le preziose indicazioni della giuslavorista Guardavilla che ha descritto una precisa distinzione fra le 'variegata' prese di posizione degli Organi di Vigilanza delle ASL e l'approccio del Giudice chiamato a giudicare in ambito penale l'operato del medico competente all'indomani di un grave infortunio sul lavoro.

Il medico legale Armando Mannucci, intervenendo in merito a questi temi ed alla Normativa su alcol e sostanze stupefacenti/psicotrope, ha lanciato diverse provocazioni alla platea ("...si tutela la salute/sicurezza dei lavoratori o il loro posto di lavoro?"), enfatizzando, al di là di Leggi e Intese Stato-Regioni, Delibere regionali e pareri delle U.O. PSAL, la indubbia responsabilità del medico competente (e di qualunque altro medico) qualora non impedisca che un evento accada, poiché equivale a cagionarlo secondo il Codice Penale. La conclusione è stata perciò caratterizzata da un appello ad una maggiore comunicazione e interazione fra le diverse figure professionali coinvolte, e fra Medici del Lavoro e Medici Legali in particolare, superando con maggiore coraggio ipocrisie e pigri mentali.

La relazione di inquadramento del-

la materia è stata presentata da Marco Saettone che ha ricordato tutte le certezze della Normativa in merito a sostanze stupefacenti/psicotrope e sottolineato le incertezze che caratterizzano ancora oggi l'accertamento di consumo di alcolici durante il turno di lavoro e soprattutto di esclusione di alcol dipendenza in occasione delle visite mediche, vero campo minato per il medico competente, nei lavoratori a rischio. A questo proposito ha suscitato vivo interesse l'anticipazione di una bozza relativa alle modifiche che dovrebbero caratterizzare la prossima normativa sull'alcol.

Nel quarto modulo il Dott. Livio D'Acuti e la Dr.ssa Isabella Cogliolo hanno compiuto una impresa veramente difficile: rendere semplice una materia molto ostica quale è il regolamento REACH, soddisfacendo ogni curiosità dei partecipanti e soprattutto affrontando il tema dal punto di vista del medico competente. Un autentico valore aggiunto per tutti noi.

Perciò ancora una volta il Corso di aggiornamento ANMA ha realizzato il suo 'goal', fornendo ai partecipanti indicazioni e strumenti operativi, attraverso il confronto tra i partecipanti, ed orientando i comportamenti, ove possibile, nel modo più efficace e condiviso.

E l'efficacia di un corso di aggiornamento ECM, che ha consegnato a ciascun partecipante 23,5 crediti, si misura attraverso i questionari compilati a fine corso.

I voti assegnati dai partecipanti all'evento parlano chiaro e ne decretano ancora una volta il successo:

- 45,9/50 per la rilevanza degli argomenti,
- 44,8/50 per la qualità educativa del corso
- 45,5/50 per l'utilità nella formazione e l'aggiornamento.

Completano le pagelle i giudizi sulla sede del corso, l'organizzazione, il personale di supporto, il materiale informativo e didattico e l'efficacia comunicativa dei relatori, valutati tutti come 'buoni' o, più spesso, 'ottimi' dal 100 % dei partecipanti.

Perciò grazie a chi ha organizzato la replica di Genova del Corso ANMA (Saettone, Santucci, Valchi) a chi ci ha ospitato presso la Residenza delle Peschiere (il direttore e collega Sergio Rossi), ai relatori che si sono dimostrati sempre disponibili e decisivi nella condivisione dei nostri orientamenti operativi e ai partecipanti che hanno vivacizzato ogni modulo con domande e contributi pertinenti e mai banali.





A cura di Piero Patanè

Le risposte ai quesiti di interesse generale  
tratte da [www.anma.it](http://www.anma.it)

ANMA RISPONDE

#### **Domanda:** Idoneità alla mansione specifica e fibrillazione atriale cronica

Lavoratore di 40 anni, svolgente mansione di lattoniere, già sottoposto a 5 defibrillazioni elettriche. Nell'ultima visita periodica riscontro recidiva di fibrillazione atriale, il cardiologo consultato ha deciso di cronicizzare la fibrillazione atriale e mettere in TAO il lavoratore. Richiesto un parere al cardiologo sull'idoneità specifica alla mansione ho ricevuto questa certificazione scritta: "[...] per quanto riguarda il lavoro non esistono elementi che possano scientificamente predire eventi avversi di rilievo [...]".

Come mi comporto?

**ANMA:** Il problema della fibrillazione atriale è abbastanza diffuso e di non facile affronto per il medico competente. Gli elementi di rischio sono legati a quelle mansioni/compiti che richiedano importante carico di lavoro (aumento di frequenza cardiaca) o che possano costituire un pericolo in caso di sincope (lavori in quota, situazione ambientale ad elevato rischio infortunistico). Senza dimenticare le problematiche legate alla eventuale scoagulazione e quindi correlabili al rischio emorragico da eventuali traumi. Quindi sicuramente occhi aperti su alcune situazioni lavorative.

Una patologia con diversi quadri e con diversi approcci terapeutici (l'ablazione è stata tentata? era necessario il cumadin o poteva essere sufficiente un ASA, sono state considerate, anche dal MC le cause secondaria di FA? (ipertensione - quindi holter pressorio, distiroidismi, valvulopatie)). E' buona norma che il giudizio sia sempre 'confortato' dallo specialista cardiologo di riferimento del lavoratore o nel dubbio da un nostro specialista di riferimento.

~

#### **Domanda:** Protocollo sanitario vetrerie

I lavoratori del vetro vanno sottoposti ad RX apparato respiratorio? Se sì con che frequenza?

**ANMA:** Il protocollo sanitario lo stabilisce il medico competente tenendo presente gli obblighi di legge e la valutazione di rischio. Quindi deve rivolgersi al suo medico di azienda chiedendo anche di motivare le sue decisioni. Tenga presente inoltre, che la legislazione vieta di usare la radiografia del torace come esame di screening e quindi questo esame è giustificato solo per alcune (poche) situazioni di rischio o come esame di approfondimento.

~

#### **Domanda:** Titoli per RSPP

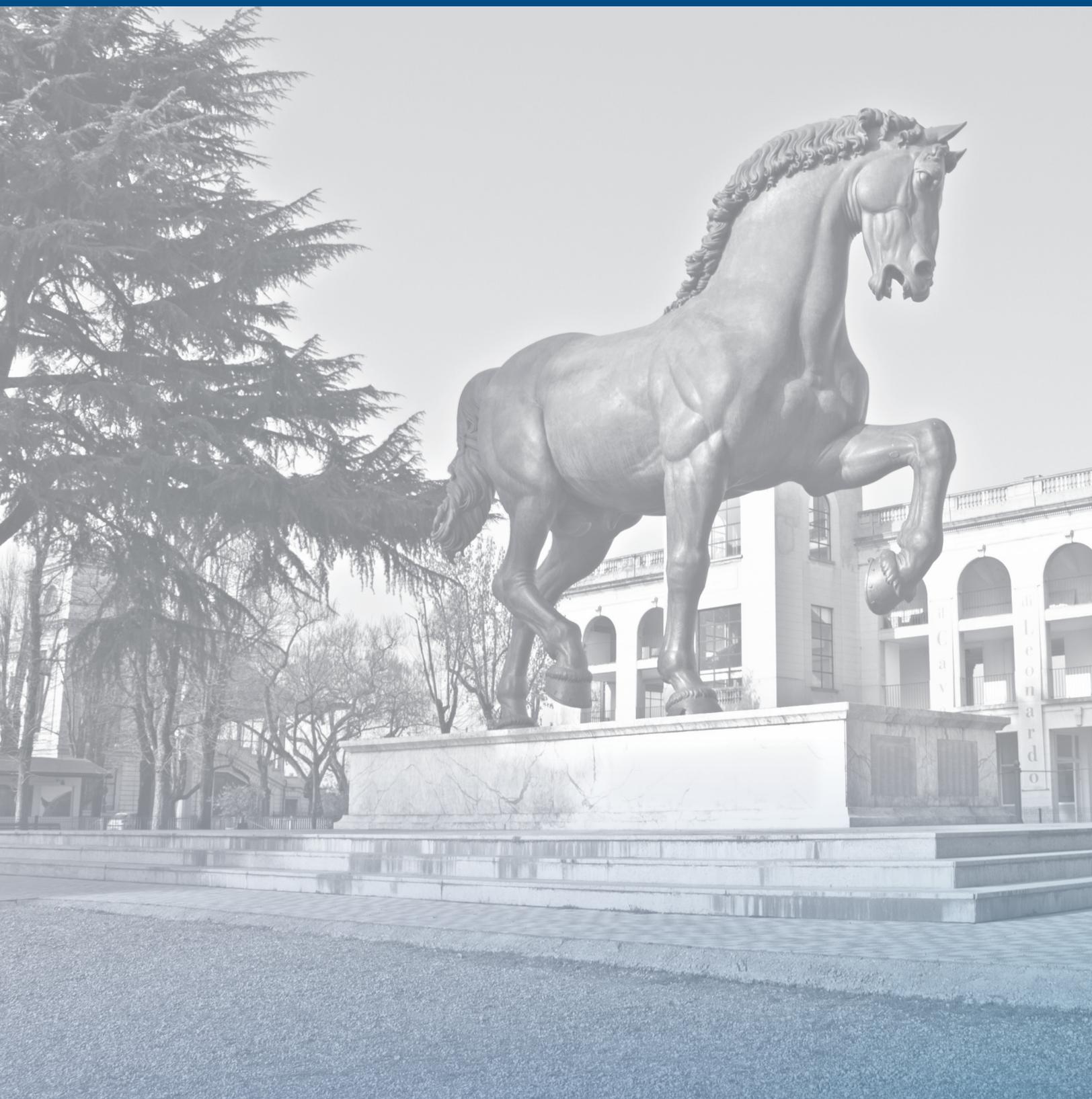
Per poter essere nominato Rspg di una casa di cura accreditata aiop, un medico senza nessuna specializzazione quali titoli e requisiti deve avere?

**ANMA:** La rimandiamo alla lettura dell'articolo 32 del D.Lvo 81 in particolare del comma 6 che qui riportiamo: i responsabili e gli addetti dei servizi di prevenzione e protezione sono tenuti a frequentare corsi di aggiornamento secondo gli indirizzi definiti nell'accordo Stato-regioni di cui al comma 2. È fatto salvo quanto previsto dall'articolo 34.

# IL 25° CONGRESSO NAZIONALE

si svolgerà presso la Club House  
dell'Ippodromo del trotto di San Siro,  
a Milano, dal 14 al 16 giugno 2012

---





**DA LEGGERE  
IN POLTRONA**

*A cura di Danilo Bontadi*

“ Io sono la casa per te,  
il vestito, la radice, il fondamento.  
Tutto questo sono io, se riconosci.  
Nulla allora ti mancherà.  
Sono venuto, infatti, per servirti.  
Io sono un padre per te, il fratello,  
lo sposo, l’ amico tuo.  
Pensa solo ad affidarti a me.  
Tutto, infatti, sei tu per me,  
come una parte della mia persona.  
Io sono il pane per te,  
la vita, la strada, la verità.  
Pensa solo ad affidarti a me. ”

*(San Giovanni Crisostomo)*



*(Jean d’Orbais, Madonna che fascia il Bambino Gesù, Cattedrale di Rhems)*