

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 3/2013



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

Numero 3/2013
Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurizio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mcink.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

MARKETING E COMUNICAZIONE
Serena Trincanato

REALIZZAZIONE GRAFICA
Martino Segato per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com



TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

ANMA

www.anma.it

Presidente

Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente

Umberto Candura

Segretario

Daniele Ditaranto

Consiglieri

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

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

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

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

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Antonio Lo Izzo

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

ALLEGATO 3B: TAVOLO ROMA POCHE LE NOVITÀ, MOLTE LE QUESTIONI APERTE



Il 5 settembre u.s. ANMA ha partecipato a Roma al tavolo per riprendere il filo dell'allegato 3B alla fine del periodo di sperimentazione, come da convocazione del Ministero della Salute presso la sede dell'Inail.

Al tavolo erano presenti anche SIMLII, CONAMECO, SNOP e ovviamente le Istituzioni. Alcuni dati emersi.

Gli allegati pervenuti al 4 settembre, tramite la piattaforma Inail, sono 228129; i medici che hanno inserito i dati sono stati 3513. Verrebbe da dire molti medici poche aziende (una media per medico di circa 70 aziende).

E' in attesa di pubblicazione un decreto ministeriale che conferma per il 2014 e per gli anni successivi la raccolta dei dati dell'anno precedente tramite allegato da inviare (tramite piattaforma) entro il 31 marzo dell'anno successivo.

E' stata confermata la possibilità di apportare modifiche relative ai contenuti degli all. 3A e 3B. Le modifiche apportate da questo

decreto entrano in vigore subito. Questa ultima specificazione sembra condurre alla non applicabilità della sanzione nel periodo di sperimentazione. Vedremo se i giuristi confermeranno questa interpretazione.

Nel corso della riunione è emerso dalla maggior parte degli interventi una serie di criticità che andavano al cuore del contenuto dell'allegato senza soffermarsi sulle problematiche. In particolare le società scientifiche hanno espresso con vigore che:

- i dati raccolti non si prestano ad un utilizzo a fini epidemiologici
- esiste un rischio di un uso improprio di questi dati anche a fini di vigilanza
- deve essere sanata la sproporzione tra questa attività di collaborazione tra MC e istituzioni e le sanzioni previste dal mancato invio.

Non è possibile dettagliare tutte le posizioni emerse nel dibattito che si è mantenuto comunque su binari di dialogo e collaborazione;

segnaliamo che alle voci dei MC e nella stessa direzione si è aggiunta energicamente la posizione della senatrice Serenella Fucsia, medico competente, che ha preannunciato una interrogazione parlamentare circa i costi di queste operazioni (valutazione costi/benefici)

Conclusioni.

Ad'oggi possiamo dire che per la raccolta dati 2013 difficilmente si arriverà ad una modifica sostanziale dell'all. 3B, per cui prepariamoci ad un altro anno di traversata del deserto. E' stato deciso di avviare 3 tavoli (tecnico per analisi e lettura dati, sui contenuti dell'all. 3B, sulle interpretazioni della norma e FAQ) che avranno il loro periodo di lavoro nel 2014. Saranno questi le sedi

per arrivare a modifiche necessarie. Vogliamo credere che vi sarà un atteggiamento disponibile da parte di tutti a cambiare direzione; se invece questi tavoli saranno interpretati come un necessario avallo dei MC a decisioni già prese, ne trarremo le conseguenze.

Aggiungiamo che la posizione molto pragmatica sulla quale ragionano le istituzioni è che al tavolo tecnico ministeriale è stato affidato l'unico mandato di rivedere i contenuti degli allegati 3 A e 3 B, per cui qualsiasi altro tema (abrogazione delle sanzioni) non potrà essere valutato.

E' emersa un'apertura da parte di Ministero e Regioni su possibili incentivazioni da riconoscere al MC (crediti ECM?) per la futura collaborazione con il SINP.Vedremo.

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 6 agosto 2013

Modifica del decreto 9 luglio 2012, recante: «Contenuti e modalita' di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro». (13A07415)
(GU n.212 del 10-9-2013)

IL MINISTRO DELLA SALUTE
di concerto con
IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni, recante "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e in particolare l'art. 40; Visto il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ed, in particolare, l'art. 7, comma 1, il quale prevede la soppressione dell'ISPESL e la contestuale attribuzione delle relative funzioni all'INAIL sotto la vigilanza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute; Visto il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche, 9 luglio 2012 recante "Contenuti e modalita' di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'art. 40 del decreto legislativo n. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 luglio 2012, n. 173; Considerato che lo strumento informatico univoco in ambito nazionale di raccolta dei dati di cui all'allegato 3B e' divenuto operativo solo a decorrere dal 1° giugno 2013; Dato atto che le principali associazioni rappresentative dei medici competenti hanno segnalato le difficoltà di accesso e utilizzo della piattaforma informatica predisposta per la trasmissione dei dati di cui all'allegato 3B del sopra citato decreto ministeriale, che conseguentemente non consentirebbe il rispetto del previsto termine del 30 giugno 2013; Ritenuto necessario concedere ai medici competenti un ulteriore periodo di tempo per adempiere agli obblighi informativi e consentire un'adeguata lettura sulla rispondenza, in chiave epidemiologica, su scala

regionale e nazionale, dei dati richiesti dall'allegato 3B, stabilendo che gli stessi dati debbano essere trasmessi entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di avvenuta costituzione della piattaforma informatica predisposta dall'INAIL; Considerato che la proroga del periodo di sperimentazione consente anche di verificare l'efficacia delle procedure informatiche di raccolta e trasmissione dei dati e i contenuti dell'allegato 3B, al fine della programmazione e valutazione dell'attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali;

DECRETA

Art. 1

1. All'art. 4 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche 9 luglio 2012, i commi da 1 a 4 sono sostituiti dai seguenti: "

1. Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di avvenuta costituzione della piattaforma informatica predisposta dall'INAIL, ed entro il primo trimestre di ciascun anno successivo, il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni dell'anno di riferimento relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria, utilizzando a tal fine l'allegato II del presente decreto.

2. Sentite le associazioni scientifiche del settore, con successivi decreti emanati ai sensi dell'art. 40, comma 2-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, possono essere apportate modifiche relative ai contenuti degli allegati 3A e 3B e alle modalità di trasmissione dei dati."

2. Le modifiche apportate dal comma 1 entrano in vigore il giorno successivo alla pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente decreto sarà inviato agli organi di controllo per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 6 agosto 2013

Il Ministro della salute:

Lorenzin

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

Giovannini

Registrato alla Corte dei conti il 29 agosto 2013 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, registro n. 12, foglio n. 4



Ministero della Salute



ALLEGATO 3 B: LA LETTERA DI UN SOCIO E LA RISPOSTA DI ANMA



“Spett. Presidenza ANMA

Ho esitato a lungo prima di scrivere questa mail.

Vostro socio da alcuni anni e finora contento di esserlo, sono però rimasto alquanto perplesso per il vostro atteggiamento circa il problema dell'allegato 3B.

Da un lato, giustissimamente, lo definite una cosa (non mi viene altro termine ripetibile) senza capo ne coda, un costo inutile per le aziende e una vessazione per i medici competenti, dall'altro vi definite contrari alla sua abolizione (così risulta dal sito SIMLII) e proponete soluzioni palliative tipo riconoscere dei crediti per questa attività.

Ma mi chiedo: avete provato (insieme alla SIMLII) a chiedere agli iscritti cosa ne pensano?

Perchè non è stata portata avanti l'unica soluzione possibile, a mio rozzo avviso, e cioè la sua abolizione totale e definitiva?

Perchè così pervicacemente Ministero e SNOP sostengono questo maledetto allegato 3B?

Vi faccio presente che ho sentito alcuni colleghi che, esasperati, hanno deciso di non rinnovare più l'iscrizione (ANMA e SIMLII) e confesso che anche per me la tentazione è stata forte.

Infine dal 2008 un tarlo mi tormenta: le associazioni di categoria come artigiani, piccoli industriali e simili su cui grava un costo proporzionalmente maggiore, non hanno mai detto nulla pensando che tanto le multe sono solo per noi o c'è qualcosa d'altro?”

Caro Socio ti ringraziamo per la tua comunicazione. Siamo consapevoli che riflette un sentimento diffuso fra i Soci e ci offre l'occasione per cercare di fare chiarezza sul significato della nostra partecipazione al tavolo attivato presso il Ministero della Salute sulla trasmissione informatizzata dei dati di cui all'allegato 3B del D. Lgs. 81/08 (TU).

Innanzitutto una precisazione. Ti invitiamo a leggere sul nostro sito e su quello del Ministero della Salute il testo della nota informativa diffusa dal Ministero dopo la riunione dello scorso 5 ottobre. Come potrai constatare tra le associazioni che si sono dissociate da proposte di abrogazione dell'articolo 40 non è citata l'ANMA e non poteva essere diversamente.

La posizione dell'ANMA sulla collaborazione tra il MC ed il SSN è pubblica fin dai tempi della discussione del TU ed è così sintetizzabile: in un quadro di progressiva riduzione delle risorse disponibili, il MC può essere, a sua volta, una “risorsa” per l'ottimizzazione sui versanti pubblico e privato della catena di azioni volte a realizzare la prevenzione e la promozione della salute del cittadino-lavoratore. Pertanto, al di là della discussione sul ruolo “pubblico”

del MC, consideriamo l'articolo 40 come l'occasione per la creazione di una sinergia tra i settori pubblico e privato finalizzata a realizzare un approccio integrato di fronte alle crescenti aspettative di tutela e promozione della salute.

Alla luce degli eventi che si sono succeduti in questi anni e negli ultimi mesi riteniamo che questa occasione sia stata finora perduta e siamo convinti che l'allegato 3B nell'attuale struttura sia soltanto un ulteriore inutile appesantimento di un'attività già fortemente burocratizzata e che la sua finalità rimanga del tutto controversa.

Non a caso dello "schema" di Allegato 3B predisposto nel 2009 dal Coordinamento Tecnico delle Regioni, criticammo in particolare l'ambiguità: rispetto all'obiettivo epidemiologico dichiarato nella relazione di accompagnamento per la realizzazione della mappatura territoriale dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro, la sua struttura e la sua impostazione tradivano chiaramente la volontà di disporre di uno strumento di controllo dell'operato del MC e delle imprese (come in effetti è avvenuto in alcuni casi).

Durante la partecipazione al tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute per la definizione dei contenuti degli Allegati 3A e 3B ai sensi dell'articolo 40, comma 2-bis, abbiamo manifestato in varie occasioni le nostre perplessità sul nuovo modello che andava definendosi non discostandosi sostanzialmente dalla versione del 2009 e senza tenere in considerazione le proposte che avevamo avanzato per renderlo uno strumento coerente con i dichiarati obiettivi epidemiologici.

Conseguentemente, nonostante l'articolo 3, comma 2 del DM 9 luglio 2012 parli di trasmissione di dati "utilizzabili a fini epidemiologici", la struttura e l'impostazione del modello di allegato che abbiamo utilizzato nell'ultimo esercizio, non si discostano sostanzialmente da quelle dello "schema" del 2009.

Ai sensi dell'articolo 4, comma 3 del DM 9 luglio 2012, è stata avviata la fase consultiva con le associazioni dei MC finalizzata a definire le modifiche relative ai contenuti degli allegati 3A e 3B ed alle modalità di trasmissione dei dati di cui al comma 1 dell'articolo 40. Ovviamente non potevamo che rispondere positivamente all'invito del Ministero assumendo, come al solito, una posizione costruttiva, ma per nulla "prona". Se non saranno chiariti e condivisi gli obiettivi della trasmissione dei dati quale premessa indispensabile sia per fugare le ambiguità che tuttora permangono sul tappeto, sia per definire la struttura ed i contenuti dell'allegato, se non sarà dichiarato e condiviso tutto il processo che si sviluppa attorno alla piattaforma (a chi vanno i dati, chi li legge e li elabora, con quali finalità), la richiesta di abrogazione dell'articolo 40 resta per l'ANMA un'opzione aperta.

Peraltro anche in occasione dell'ultimo Congresso nazionale abbiamo ricordato alle istituzioni presenti che l'abrogazione dell'articolo 40, e quindi degli allegati 3A e 3B, non è un'ipotesi remota dal punto di vista giuridico perchè già in due occasioni il legislatore ha espresso questa posizione: nella bozza dello schema del decreto integrativo e correttivo del D. Lgs. 81/08 (marzo 2009) ed in quella del disegno di legge sul cosiddetto "pacchetto semplificazioni" che era girata su vari tavoli nel settembre 2012.



“PIÙ SAI, MENO RISCHI”: LA SICUREZZA SUL LAVORO COME FENOMENO CULTURALE

Da queste pagine parliamo spesso di salute in azienda, meno di sicurezza sul lavoro. Il contributo che segue tratta la ‘cultura della sicurezza’, ma non è rivolto soltanto alle aziende, anzi è un tema che riguarda sempre più frequentemente i medici competenti, se pensiamo al nostro coinvolgimento nella tutela di terzi e in particolare nella esclusione di alcol dipendenza e di assunzione sostanze stupefacenti e psicotrope, nel lavoro in quota e nella conduzione di veicoli aziendali. L’articolo riveste particolare attualità anche alla luce della recente Sentenza della Cassazione in merito al licenziamento di un lavoratore che ha rifiutato l’uso dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) (ved. sentenza integrale su www.anma.it).

La “Cultura della Sicurezza”, viene spesso menzionata per lamentarne la carenza o l’assenza.

Riconosciute le differenze tra gli adempimenti spettanti ai Datori di Lavoro, Dirigenti e Preposti ed ai lavoratori, la negligenza verso la sicurezza non riconosce barriere fisiche o funzionali.

In molte situazioni parlare di Cultura della Sicurezza, suona come una scommessa o addirittura “un lusso che non ci possiamo permettere”.

Per “Cultura della Sicurezza” ci riferiamo all’insieme dei processi organizzativi e delle pratiche professionali, delle norme scritte e delle convenzioni informali, dei linguaggi, dei modi di pensare, di percepire e di rappresentare il rischio in azienda.

Purtroppo la sua promozione e interiorizzazione tra i lavoratori, trova diversi ostacoli di natura

quoti-diana. Innanzitutto, la considerazione da parte delle organizzazioni e dei lavoratori, che per raggiungere un risultato sia necessario affrontare un rischio ed un costo, seguita dal sussistere di un notevole scarto tra i processi di riorganizzazione delle modalità di valutazione e gestione dei rischi e la reale organizzazione del lavoro.

A questi fattori bisogna aggiungere il poco interesse tuttora persistente, rivolto al “fattore umano-soggettivo”, penalizzato in favore degli aspetti tecnico-organizzativi dell’azienda.

Spesso si ha una coscienza limitata dei rischi che si corrono: la percezione e l’interpretazione della situazione rischiosa sono demandate ad euristiche cognitive di tipo ingenuo, di per sé oggetto di distorsione o a fenomeni ricorrenti di “induzione popolare”, che non si basano sui numeri obiettivi, ma sull’impatto psicologico che hanno gli incidenti, soprattutto quelli più



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Massimo Servadio,
Psicologo del Lavoro e delle
Organizzazioni.
Esperto in processi formativi
e consulenziali in ambito
risorse umane, comportamenti
organizzativi sicurezza sul lavoro.
Genova*

recenti, sui lavoratori stessi.

A questo va affiancato il concetto che in psicologia è stato definito perdita di paura: ogni volta che un lavoratore trascura una procedura senza incorrere in un danno, perde un po' di quella paura che lo spinge ad adottare comportamenti sicuri.

Il tutto ci porta a pensare come il principale strumento di prevenzione, cioè la formazione, non dovrebbe essere quindi di natura esclusivamente tecnica, ma dovrebbe comprendere in modo esplicito la parte psicologica e comportamentale come meta-competenza per affrontare questa materia; occorre quindi vigilare però che non si perda l'approccio complesso, e che il contributo della psicologia del lavoro non venga "confinato" ai soli rischi psico-sociali (come in precedenza alla sola comunicazione) perdendo la valenza di processo di sostegno forte all'adozione di un comportamento sicuro di fronte a rischi di natura più fisica e materiale (es. rischio chimico, biologico, elettrico, emergenze, ecc.).

In questo senso assistiamo per fortuna - e maturità del sistema - sempre di più ad una formazione alla sicurezza che diventa formazione-intervento e tocca sempre più direttamente i delicati tasti dell'organizzazione del lavoro (vedi il destino della valutazione dello stress correlato al lavoro), e che si inserisce a pieno titolo nei Sistemi di Gestione della sicurezza sul lavoro, che fanno del miglioramento continuo il loro asset principale.

Per quale motivo non si investe sulla sicurezza?

Oggi investire nella sicurezza è ritenuto troppo dispendioso. In realtà analizzando più nel dettaglio la letteratura manageriale, essa ci mostra come una gestione poco responsabile della sicurezza agisce sulla voce "costi diretti", esempio:

- vendite e l'export
- clima interno
- posizionamento
- diminuzione della redditività
- aumento del premio INAIL
- danni agli impianti
- danni alle persone
- sostituzione dell'infortunato
- rapporti con l'autorità
- spese legali

e sulla voce "costi indiretti", rappresentati ad esempio:

- tempo di lavoro perso dal lavoratore
- tempo di lavoro perso dai lavoratori del reparto
- perdita di efficienza per la rottura del team e tempo perso dal responsabile
- costi di formazione per il rimpiazzo
- danni alle attrezzature
- danni indiretti derivanti dall'incidente
- fallimento nel rispetto delle scadenze
- reputazione dell'azienda
- clima interno psicologico

Come si costruisce una Cultura della Sicurezza in azienda?

Per costruire una cultura della sicurezza in azienda, bisogna per prima cosa, cominciare ad abituarsi a "pensare sicuri" in una logica di benessere globale che coinvolga l'uomo, il cittadino ed infine il lavoratore.

Per concretizzare l'idea astratta di sicurezza in una realtà tangibile, bisogna dar tempo alla cultura della sicurezza di mettere radici profonde nel terreno sociale: a tal fine troverebbe utilità allo scopo l'introduzione della formazione alla sicurezza ed alla salute, non solo nell'ambiente lavorativo, ma a partire dal programma scolastico curricolare: lo scopo è quello di sensibilizzare i giovani e creare canali volti a favorire la diffusione di buone pratiche, tenendo anche conto che in questa fase il futuro imprenditore e il futuro operaio si trovano in un'ideale condizione di parità e neutralità davanti all'informazione che oggettiva la sicurezza sul lavoro.

Come si diffonde una Cultura della Sicurezza?

La diffusione della Cultura della Sicurezza, trova terreno fertile, quando un'azienda, nei processi di governance passa dal mero adempimento alle leggi, ad un approccio più ampio e condiviso verso il significato comune del lavorare in sicurezza, tenendo conto della produttività e contemporaneamente del benessere delle persone.

Inoltre sono sufficienti importanti e mirati investimenti volti all'ottimizzazione delle modalità gestionali, in particolare sui capi, sui coordinatori, sui ruoli di responsabilità, sulle relazioni tra i lavoratori.

Ancora: agire sui comportamenti, smontare le cattive abitudini e favorire le buone prassi, stimolare la motivazione alla sicurezza attraverso una formazione partecipata e periodica a tutti i livelli, ma soprattutto dare il buon esempio dal punto di vista comportamentale, a partire dall'autorevolezza dei responsabili attraverso una comunicazione formale ed informale coerente e un buon sistema di premi e punizioni.

Ma soprattutto vi è la necessità che dai livelli gerarchici superiori ci sia un'effettiva sensibilità alla tematica, un lavoro continuo di prevenzione e di attenzione e la reale volontà di favorire il benessere dei propri collaboratori. La mancanza di queste premesse genera inco-

erenza tra il contenuto dei messaggi espressi nei corsi o dai dettami di legge ed il comportamento effettivo dei responsabili, incurante delle norme e dell'importanza della prevenzione.

L'appropriazione di un concetto e modo di vivere la sicurezza da parte di tutti i lavoratori, rappresenta l'obiettivo organizzativo a cui tendere.

Così facendo, mettere in atto una procedura o indossare un DPI diventerà un preciso e consapevole segnale culturale, non più un mero obbligo prescrittivo imposto.

Corrispondenza: servadio@massimoservadio.com



SEMPLIFICARE PER MIGLIORARE LA PREVENZIONE: LE PROPOSTE



MATERIALI DI LAVORO

Daniele Ditaranto,
Segretario Nazionale ANMA

Intervento nel Seminario Interregionale ANMA "Il Medico competente nella semplificazione, oltre la semplificazione", Pavia, 19 ottobre 2013

Considerazioni preliminari

Vorrei innanzi tutto sgombrare il campo da qualsiasi malinteso: ANMA è pienamente consapevole che in una materia così delicata come la salute e sicurezza sul lavoro "semplificare" non può e non deve significare il venir meno al rispetto dei livelli inderogabili di tutela raggiunti attraverso il recepimento delle direttive comunitarie e finalizzati a garantire l'effettività dei diritti costituzionali sanciti dagli articoli 32 e 41.

Devo tuttavia ricordare che la "semplificazione degli adempimenti meramente formali" è in realtà uno dei "principi e criteri direttivi generali" indicati dall'articolo 1 della legge n. 123/07 di delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, a testimonianza del fatto che il legislatore è consapevole dell'importanza di questo obiettivo.

Alla luce delle esperienze applicative di questi anni, dobbiamo riconoscere che il D. Lgs. 81/08 (di seguito TU), prodotto da quella riforma, non ha centrato quell'obiettivo e che le sue successive modificazioni ed integrazioni, ad opera del c.d. "decreto correttivo" 106/09 e dei vari decreti attuativi, hanno ulteriormente appesantito la sua struttura rendendone sempre più difficile l'applicabilità e la sostenibilità da parte degli addetti ai lavori e delle imprese. A fronte dei suoi 306 articoli (e 51 allegati), l'analoga normativa francese ne conta 32, 26 quella tedesca, 30 e 54 rispettivamente la britannica e la spagnola, senza che queste impostazioni più concise siano andate a scapito dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi preventivi di quei Paesi.

Alla base di queste differenze così eclatanti, vi è una diversa visione del rapporto tra lo Stato ed i cittadini.

Da una parte l'impostazione rigida e burocratica della normativa italiana che tutto vuole regolamentare anche al fine di creare le condizioni per un pesante impianto sanzionatorio; dall'altra le normative europee, che fissano i principi e definiscono gli obiettivi generali lasciando poi alla responsabilità ed alla professionalità degli attori l'applicazione delle norme tecniche e la definizione delle buone pratiche per la loro attuazione ed il loro raggiungimento, con molteplici riflessi positivi per il sistema: la facilitazione dell'applicabilità delle norme, la loro maggiore sostenibilità e l'aumento della consapevolezza e della responsabilizzazione degli attori.

“Ma negli altri Paesi c’è un’altra etica delle responsabilità”, “C’è un altro rispetto delle regole”, sono le comuni obiezioni in parte condivisibili.

Tuttavia mi chiedo: possiamo escludere che non sia proprio quella rigida ed eccessiva regolamentazione a dare, rendendo insostenibile il sistema, l’alibi ai comportamenti elusivi ed evasivi? Siamo proprio sicuri che una normativa meno rigida, incentrata su principi ed obiettivi, lasciando meno spazio ad alibi, non possa facilitare la tanto auspicata crescita culturale sui temi della sicurezza?

Allo stato attuale un’evoluzione della nostra normativa verso il modello europeo è difficile perché presupporrebbe un salto culturale, una diversa visione dello Stato e del suo rapporto con i cittadini, per il quale il nostro legislatore non sembra ancora pronto.

Tuttavia negli ultimi anni qualcosa si sta muovendo e, almeno, si è cominciato a parlare di semplificazione amministrativa.

Infatti, gli ultimi Governi, sollecitati dalle indicazioni europee e sensibili alle annose critiche provenienti dai vari portatori di interesse, hanno iniziato ad affrontare il tema con un interessamento anche verso la nostra materia. Ma cosa significa “semplificare” e “sburocratizzare” nella materia della salute e sicurezza sul lavoro? Sicuramente eliminare gli adempimenti non funzionali al raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità, efficacia ed efficienza delle azioni del sistema di prevenzione aziendale, ma anche facilitare l’applicabilità di quelli utili.

Infatti, in accordo con le “Linee Guida per il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” presentate a Napoli il 26 e 27 gennaio 2007 in occasione della Seconda Conferenza nazionale sul tema “Salute e Sicurezza sul Lavoro”, lo scopo della “semplificazione” dovrebbe essere innanzi tutto quello di facilitare le imprese a fare quel salto culturale per cui la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro non è “un obbligo da adempiere”, ma “un obiettivo della gestione dell’impresa e parte integrante di essa”.

Questo implica un’attenzione particolare anche alla “sostenibilità” della norma attraverso l’eliminazione delle situazioni di eccessiva “burocratizzazione” e di “incertezza delle regole”, come ben sottolinea la Relazione della Commissione “Morti bianche” del Senato del 15 gennaio 2013 nel passaggio: “il problema della

semplificazione non è solo di tipo normativo, ma anche – e talvolta soprattutto – di tipo amministrativo. Una delle conseguenze dell’insufficiente coordinamento tra i vari enti preposti alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro...è proprio l’adozione di procedure ed interpretazioni spesso difformi...Questo fatto da un lato compromette l’efficienza e l’efficacia dell’attività di prevenzione e controllo, dall’altro crea gravi incertezze presso le imprese, determinando costi più elevati ...ed alimentando sentimenti di diffidenza e di disaffezione nei confronti delle istituzioni”.

Il superamento di queste criticità è fondamentale. Sarebbe pertanto del tutto condivisibile un’iniziativa legislativa per il ripensamento della modifica dell’art. 117 della Costituzione operato dall’art. 3 di della legge 18 ottobre 2001 n. 3, con la finalità di spostare la “tutela e sicurezza sul lavoro” e la “tutela della salute” dall’elenco delle materie di potestà legislativa concorrente di Stato e Regioni all’elenco di quelle di potestà legislativa esclusiva dello Stato.

Semplificare e sburocratizzare l’attività del medico competente

Anche nell’attività del MC il tema della “semplificazione degli adempimenti meramente formali” è in forte evidenza. Infatti con il TU questi adempimenti sono aumentati e con essi i “casi” in cui si ha la necessità di “formalizzare” le attività effettuate per evitare di incorrere nei rischi di un impianto sanzionatorio prevalentemente incentrato proprio sugli aspetti formali. Il “problema” non è il dover documentare, anzi una fase documentale ispirata da criteri di qualità è parte integrante di ogni attività professionale. Il “problema” è invece la pervasività raggiunta da questi adempimenti anche nell’attività del MC, con la conseguente trasformazione della sua gestione, anche dal punto di vista amministrativo e documentale, in una pletora di “formalità” che distolgono tempo e risorse dall’attuazione di quelli sostanziali.

Ci troviamo in una situazione schizofrenica: da un lato nel TU è evidente l’intento del legislatore di favorire l’integrazione del MC nel sistema aziendale per la prevenzione, dall’altro lo schiaccia sotto un pesante fardello di formalità che ostacolano quell’integrazione, risultano poco o nulla determinanti per l’efficacia del

sistema e pregiudizievoli per la sua efficienza.

D'altra parte, di fronte a questa marea di formalità, vere e proprie "trappole" sanzionatorie, non possiamo che autodenunciarci, ammettendo che, nonostante l'impegno, qualcosa sempre sfuggirà al nostro controllo.

In tale contesto anche la sanzione perde il significato di valorizzazione giuridica di un divieto e di un'omissione per diventare l'obolo che fatalmente si dovrà pagare perché tanto "qualcosa che non va" sarà sicuramente trovato.

Eppure il risultato delle innovazioni del ruolo e della figura del MC introdotte dal TU, doveva essere ben altro. E' stata più volte rimarcata l'estensione del suo ruolo dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la sorveglianza sanitaria, verso il campo della prevenzione primaria finalizzata all'attuazione delle attività preventive sostanziali e strategiche come la valutazione e la gestione dei rischi e la formazione.

E' stata anche sottolineata l'attribuzione alla figura del MC di un'impronta sempre più "sociale", di risorsa per il miglioramento complessivo della tutela e della promozione della salute del cittadino-lavoratore.

Tutto questo è in sintonia con i "doveri ed i compiti degli operatori di medicina del lavoro" indicati nel Codice Etico dell'ICOH (artt. 1 "Obiettivi del ruolo di consulenza" e 2 "Conoscenza e competenza") i cui principi sono esplicitamente richiamati dall'art. 39, c. 1 del TU sullo svolgimento dell'attività di MC.

Pertanto dal contesto giuridico ed istituzionale emerge una figura di MC fortemente impegnata a dare il suo "valore aggiunto" non soltanto con l'attuazione della sorveglianza sanitaria, ma anche e soprattutto attraverso l'integrazione in una complessa rete di ruoli collaborativi e relazionali "sostanziali" e "strategici" per il successo del sistema di prevenzione aziendale.

Ma allora cosa significa "semplificare" e "sburocratizzare" l'attività del MC?

Innanzitutto ristabilire degli equilibri e delle priorità nei tempi e nei compiti con la finalità di spostare il baricentro della sua attività dagli adempimenti meramente formali a quelli effettivamente funzionali alla tutela e promozione della salute.

Spostare l'attenzione dalla "carta" al lavoratore ed all'ambiente di lavoro per poter basare la propria attività sulle "evidenze" e, quindi, per essere messo nel-

le condizioni di poter essere "efficace" ed "efficiente", facendo le cose giuste, "appropriate", per raggiungere gli obiettivi con l'impiego delle minori risorse possibili. Solo così il MC può contribuire alla creazione negli ambienti di lavoro di condizioni favorevoli alla reciproca promozione tra salute e lavoro e, quindi, funzionali sia al mantenimento in attività di lavoratori "sani", sia a facilitare l'integrazione di quelli "fragili", aspetti che vanno assumendo sempre maggiore importanza alla luce dei rapidi cambiamenti in atto nella struttura demografica e negli assetti occupazionali della popolazione lavorativa italiana.

Proposte per la semplificazione dell'attività del medico competente

Le semplificazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro introdotte dalla legge 9 agosto 2013 n. 98 di conversione del cosiddetto "decreto del fare", riguardano specialmente i cantieri, la valutazione del rischio (VR), le attrezzature e la formazione, mentre l'attività del MC, se si esclude l'abrogazione della certificazione sull'idoneità degli addetti all'impiego di gas tossici, non è stata oggetto d'attenzione.

Di seguito alcune proposte per una riflessione sul tema della semplificazione dell'attività del MC.

Le misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata

Sono note le difficoltà gestionali implicate dalle disposizioni dell'art. 3 sul campo d'applicazione del TU con particolare riferimento alle tipologie contrattuali che prevedono prestazioni lavorative di breve durata.

Già dai tempi della legge 196/97 (cosiddetto "pacchetto Treu") e, ancor di più, dopo l'emanazione del D. Lgs. 276/03 (cosiddetta "legge Biagi"), gli addetti ai lavori hanno segnalato varie criticità: oltre ai problemi organizzativi, è stata rimarcata in più occasioni l'inutilità, ai fini dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, della ripetizione in tempi brevi, per ragioni meramente formali, degli stessi adempimenti sanitari e formativi.

Dopo l'art. 1 del "pacchetto semplificazioni", "Misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata", si aspettava sul tema un provvedimento risolutivo.

Invece la legge 98 ha rimandato ancora tutto introducendo all'art. 3 del TU il comma 13-bis che, con apposito (ennesimo) decreto interministeriale, prevede la definizione di misure di semplificazione degli adempimenti relativi all'informazione, formazione, VR e sorveglianza sanitaria "per le imprese agricole, con particolare riferimento ai lavoratori a tempo determinato e stagionali, e per le imprese di piccole dimensioni".

Lascia perplessi il fatto che il legislatore si era in realtà già interessato del settore agricolo alcuni mesi fa con la pubblicazione del D. Int. 27 marzo 2013 sulla semplificazione in materia di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali.

Spero che i tempi di pubblicazione del decreto interministeriale non siano quelli di altri decreti attuativi e mi auguro che la discriminante nella definizione delle misure sia la prestazione lavorativa di breve durata, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, dal settore e dalla dimensione dell'impresa.

Nei vari contratti che comportano prestazioni di questo tipo, stante lo stesso profilo di rischio professionale nel passaggio da una prestazione all'altra, l'approccio potrebbe essere quello della regolamentazione della validità della visita medica per un certo arco temporale e della "trasmissibilità" del giudizio d'idoneità da un datore di lavoro all'altro. Ovviamente ciò presuppone che la copia della cartella sanitaria e di rischio accompagni il lavoratore nella sua vita lavorativa.

Le consegna della copia della cartella sanitaria e di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro

Semplificare l'attività del MC significa anche "facilitarla" lasciando una maggiore flessibilità per l'attuazione degli adempimenti.

Da questo punto di vista è emblematico il caso dell'art. 25, c. 1e) del TU che regola la consegna da parte del MC al lavoratore, alla cessazione del suo rapporto di lavoro, della copia della cartella sanitaria e di rischio. Non è in discussione la ratio della disposizione che permetterebbe la "razionalizzazione" della sorveglianza sanitaria e non solo nelle prestazioni lavorative di breve durata. Il problema è come renderla effettiva.

Innanzitutto va rimarcato che nonostante l'art. 18, c1g-bis), nelle aziende è tuttora poco diffusa la pratica

della comunicazione al MC delle cessazioni dei rapporti di lavoro che, infatti, sono generalmente "scoperte" in occasione della programmazione della sorveglianza sanitaria periodica.

In secondo luogo, se il significato della disposizione fosse quello della consegna della cartella al lavoratore da parte del MC in modo "personale" e "contestuale" alla cessazione del suo rapporto di lavoro, dobbiamo ammettere che nella stragrande maggioranza delle organizzazioni non sarebbe possibile ottemperarle. I motivi sono molteplici:

- la presenza discontinua del MC nell'impresa sulla base del modello organizzativo di gran lunga prevalente in un sistema produttivo sostanzialmente costituito da micro/piccole/medio imprese;
- il ricorso alle tipologie contrattuali previste dal D. Lgs. 276/2003, che comportano un elevato turnover del personale;
- la presenza di organizzazioni complesse con uno o più MC che seguono varie filiali/unità produttive dislocate sul territorio.

Pertanto, esclusi i casi, ormai rari, in cui la presenza del MC nell'impresa è settimanale o addirittura giornaliera, in tutti gli altri è impossibile essere tempestivi e la cartella viene in genere consegnata al lavoratore tramite posta raccomandata, talvolta anche dopo mesi dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

D'altra parte dal punto di vista dell'efficienza del sistema, è del tutto irragionevole che il MC si attivi per fare, in definitiva, una fotocopia, con difficili aggiustamenti della sua agenda e con ulteriori oneri per il datore di lavoro.

Non a caso imprese de-localizzate sul territorio nazionale si sono organizzate con procedure ispirate dall'art. 30 del D. Lgs. 196/2003, ricorrendo alla nomina di incaricati del trattamento che operano attenendosi a delle rigorose istruzioni.

In tale contesto, considerata la molteplicità delle situazioni, sarebbe opportuno lasciare al MC la discrezionalità nella scelta della modalità con cui assolvere all'obbligo, compresa quella della consegna di tutta la documentazione al termine di ogni accertamento di sorveglianza sanitaria fornendo le indicazioni sulla ne-

cessità della conservazione della stessa.

Anzi, nella logica di problem solving, attualmente è proprio questa la modalità spesso adottata dai MC anche per assicurare al lavoratore una puntuale e trasparente informazione.

D'altra parte il lavoratore non è un soggetto "passivo": ai sensi dell'art. 20, commi 1 e 2, deve prendersi "cura della propria salute" e "contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro".

La visita medica all'atto della cessazione del rapporto di lavoro

La visita è prevista per gli esposti ad agenti chimici (compresi quelli cancerogeni e mutageni) nei casi di rischio chimico valutato "non irrilevante" per la salute (art. 229, c. 2c).

Le difficoltà per la programmazione ed attuazione di queste visite sono quelle che s'incontrano anche per la consegna della cartella alla cessazione del rapporto di lavoro.

E' lecito chiedersi quale valore aggiunto abbia questa visita ai fini della tutela della salute dei lavoratori, a fronte di un monitoraggio sanitario che prevede un follow-up annuale (ma possibili periodicità anche inferiori) e la facoltà da parte del lavoratore di richiedere al MC in qualsiasi momento una visita medica.

Se lo scopo della visita è poi sostanzialmente quello di fornire al lavoratore "indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare" ed informazioni "riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa" (artt. 229 e 242), è evidente che queste comunicazioni possono rientrare nell'ambito degli obblighi informativi sul significato della sorveglianza sanitaria che il MC ha nei confronti dei lavoratori, obblighi assolti ai sensi dall'art. 25, c. 1g) durante le ripetute occasioni di incontro con il lavoratore nel corso della sua sorveglianza sanitaria.

D'altra parte anche la normativa sugli agenti biologici prevede che il MC fornisca ai lavoratori informazioni "sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività", ma senza disporre la visita alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 279).

La visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza di durata superiore ai sessanta giorni continuativi

Ratio condivisibile, ma problemi organizzativi dovuti alla combinazione di due elementi: l'art. 18, c. 1bb), per il quale il lavoratore non può riprendere il lavoro senza il "prescritto giudizio di idoneità" e la consuetudine di comunicare al MC la data della sua ripresa del lavoro a ridosso della stessa.

Peraltro resta da chiarire se questa visita debba essere considerata fra quelle obbligatorie (preventiva, periodica), oppure tra le visite su istanza (su richiesta, preventiva in fase preassuntiva) e, quindi, se il datore di lavoro possa attivarla in via discrezionale qualora ritenga, con il supporto del parere del MC, che il dipendente possa essere divenuto inidoneo o più suscettibile ai fattori di rischio propri della mansione assegnata. A tale proposito si pensi al caso dei "video-terminalisti": se si escludono i casi di importanti patologie oculistiche, quali altre patologie potrebbero mettere in discussione l'idoneità del lavoratore? Inoltre, poiché la norma parla di visita "precedente alla ripresa del lavoro", sempre nella logica della facilitazione si potrebbe introdurre la discrezionalità per la sua effettuazione anche nei giorni che precedono il rientro del lavoratore.

Tuttavia qualcuno si sta anche chiedendo perché questa visita non possa rientrare nell'ambito della visita richiesta ex art. 41, c. 2c): il lavoratore che riprende il lavoro dopo l'assenza per motivi di salute, qualora lo ritenga necessario, attiva il controllo sanitario. Infatti è realisticamente difficile pensare alla presenza negli attuali ambienti di lavoro di fattori di rischio in grado di causare danni alla salute per esposizioni della durata di pochi giorni, termine entro il quale deve essere comunque eseguita la visita richiesta.

La periodicità della visita medica

Ai sensi dell'art. 41, c. 2b) "...la periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, una volta all'anno...".

Il "punto dolente" è l'interpretazione del significato della disposizione. Per me non ci sono dubbi: la disposizione, nello specificare che la periodicità viene stabilita

di norma una volta all'anno, non precisa l'intervallo di tempo che deve decorrere tra una visita periodica e la successiva non escludendo quindi la possibilità di effettuarla nel corso dell'anno solare (e comunque entro il suo termine).

Specialmente nelle aziende più "globalizzate", caratterizzate da una elevata mobilità dei lavoratori e dalla variabile ed imprevedibile pianificazione delle produzioni, questa flessibilità introduce un importante elemento di semplificazione nella programmazione della sorveglianza sanitaria.

Tuttavia giungono frequenti segnalazioni di interpretazioni "rigide" della norma in base alle quali la visita medica periodica dovrebbe essere effettuata addirittura quando è trascorso esattamente un anno dalla precedente (ammessa la tolleranza di qualche giorno soltanto quando la visita cade in un giorno festivo). Il problema è che questa lettura talvolta contagia anche gli auditor degli enti di certificazione dello standard OHSAS 18001.

Da una parte il MC deve impegnarsi per cercare di far cadere la periodicità delle visite mediche sempre nello stesso periodo e deve darsi una modalità per la registrazione dei motivi che determinano degli spostamenti significativi della programmazione; dall'altra è necessario evitare che una lettura troppo "rigida" della disposizione crei delle incomprensioni anche tra il MC e l'impresa che è poi spesso proprio quella che chiede lo spostamento della programmazione delle visite.

La collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi

Il rafforzamento del ruolo del MC nella valutazione dei rischi (VR) è stato auspicato e perorato dall'ANMA durante tutta la discussione sul TU.

Tuttavia l'inopinata e discutibile sanzione e la giurisprudenza da essa generata, hanno indubbiamente complicato il quadro soprattutto perché il legislatore non ha fatto corrispondere a quel rafforzamento la precisazione delle modalità con le quali il MC deve svolgere questo compito e conseguentemente ritenere assolto il relativo obbligo sanzionato.

Tutto ciò ha imposto una riflessione sui casi in cui si possa correttamente parlare di omessa collaborazione e, quindi, sui "confini" di questo ruolo anche perché è

sembrata farsi strada un'interpretazione estensiva che presuppone un coinvolgimento fattivo e responsabile del MC anche nell'individuazione dei pericoli e nella conseguente VR derivanti dalle carenze tecniche, strutturali e progettuali di impianti, macchine, attrezzature e luoghi di lavoro con uno "sconfinamento" per il quale il MC non è generalmente 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 della VR il legislatore ha individuato a supporto del datore di lavoro il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) ed il MC nella consapevolezza che la sua qualità può 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 VR 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.

Su tutti questi aspetti ANMA ha già prodotto e pubblicato delle riflessioni che potranno costituire la base per la discussione nell'ambito di un'iniziativa finalizzata a definire e condividere i "confini" di questa collaborazione.

I rapporti del medico competente con il servizio sanitario nazionale

La posizione dell'ANMA sulla collaborazione tra il MC ed il SSN è pubblica fin dai tempi della discussione del TU ed è così sintetizzabile: in un quadro di progressiva riduzione delle risorse disponibili, il MC può essere, a sua volta, una "risorsa" per l'ottimizzazione sui versanti

pubblico e privato della catena di azioni volte a realizzare la tutela e la promozione della salute del cittadino-lavoratore.

Pertanto, al di là della discussione sul ruolo “pubblico” del MC, consideriamo l’art. 40 come l’occasione per la creazione di una sinergia tra i settori pubblico e privato. Alla luce degli eventi che si sono succeduti in questi anni e negli ultimi mesi, riteniamo che questa occasione sia stata finora perduta e siamo convinti che l’allegato 3B nell’attuale struttura sia soltanto un ulteriore, inutile appesantimento di un’attività già fortemente burocratizzata e che la sua finalità rimanga del tutto controversa.

Non a caso dello “schema” di Allegato 3B predisposto nel 2009 dal Coordinamento Tecnico delle Regioni, criticammo in particolare l’ambiguità: rispetto all’obiettivo epidemiologico dichiarato nella relazione di accompagnamento per la realizzazione della mappatura territoriale dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro, la sua struttura e la sua impostazione tradivano chiaramente la volontà di disporre di uno strumento di controllo dell’operato del MC e delle imprese (come in effetti è avvenuto in alcuni casi).

Durante la partecipazione al tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute per la definizione dei contenuti degli Allegati 3A e 3B ai sensi dell’articolo 40, comma 2-bis, abbiamo manifestato in varie occasioni le nostre perplessità sul nuovo modello che andava definendosi non discostandosi sostanzialmente dalla versione del 2009 e senza tenere in considerazione le proposte che avevamo avanzato per renderlo uno strumento coerente con i dichiarati obiettivi epidemiologici.

Conseguentemente, nonostante l’articolo 3, comma 2 del DM 9 luglio 2012 parli di trasmissione di dati “utilizzabili a fini epidemiologici”, la struttura e l’impostazione del modello di allegato che abbiamo utilizzato nell’ultimo esercizio, non si discostano sostanzialmente da quelle dello “schema” del 2009.

Ai sensi dell’art. 4 del DM 9 luglio 2012 come modificato dall’art. 1 del DM 6 agosto 2013, è stata recentemente avviata la fase consultiva con le associazioni dei MC finalizzata a definire le modifiche relative ai contenuti degli allegati 3A e 3B ed alle modalità di trasmissione dei dati di cui al c. 1 dell’art. 40.

Com’è nel nostro stile, al tavolo abbiamo assunto una

posizione costruttiva, ma non condiscendente. Se non saranno chiariti e condivisi gli obiettivi della trasmissione dei dati, quale premessa indispensabile sia per fugare le ambiguità che tuttora permangono, sia per definire la struttura ed i contenuti dell’allegato, se non sarà dichiarato e condiviso tutto il processo che si sviluppa attorno alla piattaforma (a chi vanno i dati, chi li legge, chi li elabora, con quali finalità), l’abrogazione dell’art. 40 resta per l’ANMA un’opzione aperta.

D’altra parte, anche in occasione dell’ultimo Congresso nazionale abbiamo ricordato alle istituzioni presenti che l’abrogazione dell’allegato 3B non è un’ipotesi remota dal punto di vista giuridico.

Infatti già in due occasioni il legislatore ha espresso questa posizione: nella bozza dello schema del “decreto correttivo” del D. Lgs. 81/08 (marzo 2009) “per eliminare “una problematica trasmissione di dati...privi di rilevanza in termini epidemiologici e che, quindi, appare un inutile appesantimento dell’attività del medico competente e della pubblica amministrazione...”, ed in quella del d.d.l. sul “pacchetto semplificazioni” che era girata su vari tavoli nel settembre 2012 in quanto “previsione – oggetto di forti critiche da parte delle stesse associazioni mediche – in forza della quale i medici competenti sono tenuti a predisporre una assai onerosa relazione annuale da trasmettere alla ASL, nella quale riproporre dati, relativi alla sorveglianza sanitaria, già in possesso delle Pubbliche Amministrazioni”.

La cartella sanitaria e di rischio: allegato 3A

Emblematico è il risultato delle risposte alla domanda dell’indagine sulla figura del MC commissionata lo scorso anno dall’ANMA al CERGAS sull’entità del “peso degli adempimenti burocratici sul tempo della visita medica”: quasi il 40% degli intervistati ha risposto che quel peso supera il 50%.

E’ evidente che si tratta di una situazione insostenibile: durante la visita medica gran parte del tempo che il MC dovrebbe dedicare al lavoratore, è espropriato dal “peso degli adempimenti burocratici” ed in particolare dall’attenzione da prestare, per non incorrere nella sanzione, nella pedissequa compilazione dell’allegato 3A.

Ma a chi deve servire la cartella sanitaria e di rischio? Deve essere uno strumento di lavoro del MC, oppure, come sta accadendo, una “miniera” di occasioni per ir-

rogare sanzioni su aspetti formali che poco hanno a che fare con la tutela della salute dei lavoratori?

Ovviamente per un medico non è facile digerire un modello “imposto” di cartella sanitaria. Tuttavia dobbiamo riconoscere che quanto è avvenuto è anche la conseguenza del fatto che non sempre i modelli utilizzati precedentemente dai MC soddisfacevano i requisiti di una cartella che non deve essere solo “sanitaria”, ma anche “di rischio”.

I contenuti della cartella sanitaria e di rischio che stiamo attualmente utilizzando sono quelli specificati nell'allegato I del DM 9 luglio 2012 che ha modificato, migliorandoli, i requisiti dell'Allegato 3A del TU.

Tuttavia permangono ancora numerose ridondanze che ne appesantiscono la compilazione.

Poiché anche l'Allegato 3A è oggetto della fase consultiva in atto con le istituzioni, questa potrebbe essere l'occasione per fare la scelta che probabilmente doveva essere fatta sin dall'inizio e cioè affidare alle associazioni scientifiche e professionali l'elaborazione di un modello da proporre ai MC come “buona prassi” (possibilmente un modello unico, modulabile anche per le RI ed i cancerogeni).

Le sanzioni a carico del medico competente: articoli 58, 220, 264 e 284

Sull'argomento sanzioni, solo apparentemente lontano dal tema delle semplificazioni ed ora, se possibile, più scottante per la recente (programmata) rivalutazione del 9,6%, alcune considerazioni:

- se si escludono alcuni casi (art. 55, c. 1 e 5c), d), f), non esistono sostanziali differenze nell'entità delle ammende e delle sanzioni amministrative pecuniarie tra datore di lavoro e MC: è irragionevole, considerata la loro diversa posizione giuridica ed economica;
- eccessive le sanzioni amministrative pecuniarie previste per la violazione dell'art. 41, c. 3, 5 e 6-bis, considerata la valenza delle disposizioni;
- la sanzione prevista per la violazione dell'art. 40, c. 1, anche se ridimensionata del D. Lgs. 106/09, resta spropositata e comunque incomprensibile alla luce delle dichiarate finalità epidemiologiche della disposizione.

Il ruolo del medico competente nella forma-

zione dei lavoratori

Infine alcune considerazioni sul decreto interministeriale sui requisiti dei formatori per la salute e sicurezza sul lavoro dove la “dimenticanza” della figura del MC risulta inconcepibile alla luce delle obbligazioni che coinvolgono direttamente il MC in materia di formazione dei lavoratori.

In particolare l'art. 25, c. 1a) del TU dapprima dispone la collaborazione del MC con il datore di lavoro ed il SPP “alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori”, di cui la formazione è misura essenziale e, successivamente, in modo ancora in modo più esplicito, richiama l'obbligo di collaborazione del MC “all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza”.

In tale contesto non posso non sottolineare che è proprio quella del MC l'unica figura chiamata in modo esplicito nel TU a questa collaborazione. Infatti dall'art. 33, “Compiti del servizio di prevenzione e protezione”, risulta che il SPP deve “proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori” e “fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'art. 36”, senza alcun richiamo per un suo coinvolgimento attivo nella formazione dei lavoratori.

D'altra parte questa “dimenticanza” risulta assurda per l'indubitabile impatto negativo che ha sulla qualità complessiva della formazione dei lavoratori. Infatti passando in rassegna tutti i rischi “normati” nella parte specifica del TU, dalla movimentazione manuale dei carichi, all'uso di attrezzature munite di videotermini, passando ai rischi fisici, chimici e biologico, risultano evidenti gli effetti negativi di gran lunga prevalenti sulla “salute” del lavoratore. Pertanto ci chiediamo come possa essere affidata puramente a delle figure con una formazione tecnica/ingegneristica (quando va bene...) la formazione dei lavoratori su queste materie senza incorrere nel rischio di non suscitare negli stessi la consapevolezza necessaria per la gestione del rischio (saper essere).

Pertanto ritengo che questo decreto sia nato “monco” e, soprattutto, “voli basso” avendo “dimenticato” il ruolo decisivo e qualificato che il MC svolge nel processo formativo.

IPOACUSIA PROFESSIONALE: IL CONTRIBUTO DELLO SPECIALISTA OTORINOLARINGOIATRA . SPUNTI TEORICI E OPERATIVI.



MATERIALI DI LAVORO

Vittorio Emiliani,
Specialista in
Otorinolaringoiatria,
Bologna

Relazione presentata nel 2013 al Corso residenziale ANMA Emilia Romagna: 1^a parte: Orecchio, otoscopia e rumore

Il rumore compromette l'udito, lo ricorda anche il Sommo Poeta:

"... così, giù d'una ripa discoscusa, trovammo risonar quell'acqua tinta, sì che 'n poc'ora avria l'orecchia offesa."

Dante - XVI canto dell'Inferno, la cascata del Flegetonte

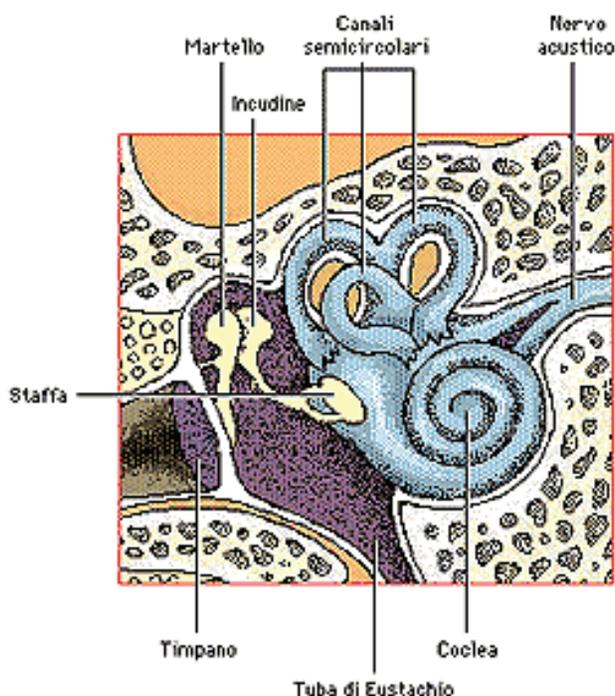


L'orecchio

L'orecchio umano, non solo si occupa di percepire i suoni (dai 16 ai 20.000 Hz) e distinguerne gli alti dai bassi, il timbro, la durata e l'intensità, ma permette anche di

- localizzarli nello spazio
- analizzarli
- fungere da filtro, cioè definire i suoni che si vogliono sentire da quelli che non si vogliono sentire.

L'orecchio è un organo complesso che inizia a funzionare già dal 4° mese di vita intrauterina. Anatomicamente si compone di un orecchio esterno, medio ed interno. Quest'ultimo, rilevante in relazione al danno da rumore, è composto dalla coclea e dal vestibolo.



IL VESTIBOLO È situato nella parte interna dell'orecchio e collegato alla coclea; è simile ad un'antenna che rileva informazioni provenienti dai movimenti muscolari. Esso:

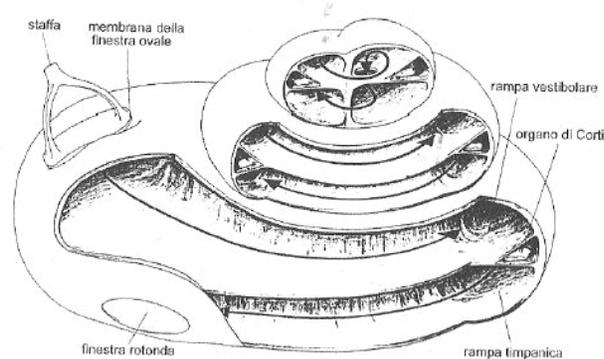
- consente l'equilibrio e la verticalità, fornendo la base per un'acquisizione corretta della postura;
- regola la tonicità muscolare (il vestibolo tiene sotto controllo quasi tutti i muscoli del corpo);
- consente di coordinare il movimento (come la marcia, la scrittura, lo sport, ...);
- permette di percepire il ritmo e le cadenze, indispensabili per poter parlare, cantare, ballare a ...ritmo;
- consente di acquisire progressivamente lo schema corporeo (sapere dove si trovano le parti del corpo e posizionarle nello spazio).
- regola l'equilibrio neurovegetativo.
- controlla la fonazione: timbro, cadenza, ritmo, musicalità. Sviluppa l'autocontrollo vocale.

Tutto questo permette di mandare le informazioni, tramite il nervo acustico, al centro del linguaggio, situato nell'emisfero sinistro, e da qui agli organi della fonazione



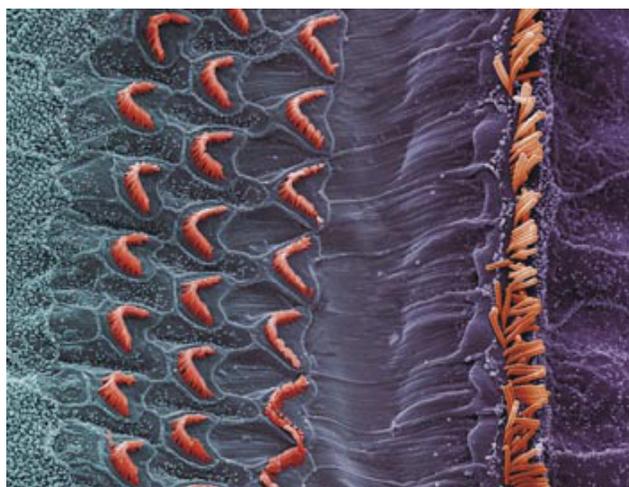
LA COCLEA È un organo a forma di chiocciola, situata nella parte interna dell'orecchio e funziona come una dinamo perché trasmette energia al cervello e analizza i suoni acuti. E' rivestita di circa 16.000 cellule che rispondono alle stimolazioni delle alte frequenze, mentre solo qualche decina si occupa dell'analisi dei suoni gravi. Un tale lavoro di analisi si trasforma in impulso nervoso che, trasmesso al cervello sotto forma di energia, viene poi distribuita a tutto il corpo.

Vivere in ambienti insonorizzati o poveri di suoni comporta alla lunga mancanza di concentrazione e attenzione, astenia e può condurre la persona a stati depressivi.



La chiocciola è formata da una lamina spirale, sottile ed ossea, che attraversa nel senso della lunghezza il dotto cocleare. Dal lato esterno della lamina partono due membrane: quella vestibolare o del Reissner e quella basilare ed entrambe raggiungono la parete laterale del dotto cocleare. L'interno della chiocciola è quindi diviso in uno spazio al di sopra della lamina di Reissner, che corrisponde alla rampa vestibolare, uno al disotto della membrana basale o rampa timpanica ed uno situato in mezzo, chiamato rampa media. Compresa tra la cassa timpanica e la rampa si trova la finestra rotonda, chiusa

da una membrana di connettivo, atta a regolare e a garantire la giusta pressione dell'orecchio interno quando si verificano vibrazioni della finestra ovale, che corrisponde alla comunicazione della cassa timpanica con l'orecchio interno. Sulla membrana basilare, rivestita da epitelio, si differenzia l'organo spirale o del Corti, che rappresenta l'organo acustico vero e proprio, perché contiene i recettori dell'udito e le *cellule acustiche interne*, che formano una lamina sull'asse longitudinale della membrana. Le vibrazioni della membrana basilare determinano la contrazione delle cellule esterne ed aumentano il movimento del liquido a livello delle cellule acustiche interne.



Le cellule acustiche esterne (sinistra) hanno il compito di aumentare le vibrazioni della membrana basilare, di modulare il suono e regolare il livello del tono e del volume.

Le cellule acustiche interne (destra) sono i recettori dell'orecchio interno.

Il tono di un suono dalla staffa arriva fino alla finestra ovale dove determina una vibrazione, che si trasmette alla rampa vestibolare dove si trova la *perilinf*a. Le strutture mobili del *dotto cocleare*, cioè la membrana del Reissner e quella basilare, hanno dei movimenti ondegianti (onde progressive) che si propagano verso la cupola della chiocciola. Le onde progressive terminano in un punto specifico della membrana basilare producendo un'onda di risonanza, determinata dall'oscillazione della membrana. Le onde progressive dei toni acuti finiscono vicino alla finestra ovale, le onde di risonanza dei toni più profondi terminano più posteriormente e il cervello può integrare i vari stimoli provenienti dai differenti punti della chiocciola.

L'amplificazione è dovuta all'azione motrice delle *cellule acustiche esterne* che si esercita quando vengono stimolate le stereocilia: il caratteristico fascio di tubicini rigidi installati sulla loro sommità cellulare. Quando le stereocilia vengono deflesse verso la regione esterna del dotto cocleare, cioè dalla parte in cui si trova la membrana basilare, le cellule acustiche esterne si contraggono determinando, per una sorta di effetto leva, la rotazione verso il basso dell'organo del Corti.

Nella coclea hanno sede circa *16.000 cellule acustiche* (per lato) divise in esterne ed interne; alcune lavorano con i suoni più intensi, altre con i meno intensi.

Le cellule acustiche esterne sono disposte su 3 file e sono maggiori di circa 3 volte rispetto a quelle interne le quali invece sono disposte su di un'unica dalla base all'apice della Coclea.

La facile comprensione avviene solamente se queste cellule sono tutte in buona efficienza.

L'esposizione continua al rumore invecchia queste cellule e le logora a poco a poco fino alla loro distruzione se non ci si protegge adeguatamente.

Questo fenomeno avviene, ovviamente, anche a causa dell'invecchiamento naturale della persona.

Meno cellule rimangono in funzione più "rozzo" sarà il segnale trasmesso al cervello e, quindi, meno comprensibile. All'inizio difficilmente ci accorgiamo di questo danno in quanto il cervello, ricordandosi i suoni che ha imparato precedentemente, compensa questi errori di informazione "tirando ad indovinare". Se il numero delle cellule danneggiate aumenta, però, il cervello non riesce più ad "indovinare" giusto e quindi non riesce più a decifrare quello che viene detto oppure a seguire il ritmo di una musica.

Queste sono le funzioni dell'orecchio sul piano fisiologico e la cui alterazione genera problemi di varia gravità. Vi sono, poi, altre funzioni che sono collegate alla psiche e quindi capaci di interferire sullo sviluppo della personalità, sul comportamento e sullo stato emotivo del soggetto, come scoprì Alfred Tomatis.

Sordità e Ipoacusia

E' bene fare un distinguo fra *sordità* e *ipoacusia*.

L'ipoacusia è una perdita dell'udito che può essere corretta con la tecnologia fino a ripristinare l'acuità uditiva. Permangono naturalmente alcuni "problemi" di ordine pratico che tuttavia possono essere risolti con accorgimenti. Una persona ipoacusica con una correzione come la protesi acustica riesce a parlare al telefono, ad ascoltare la radio, a seguire la televisione. I fastidi sono dati dalla qualità del suono, rumore di fondo, ecc. Sono tuttavia superabili con accorgimenti.

La sordità invece è quella perdita uditiva talmente grave da avere risvolti negativi su varie funzioni soprattutto in età evolutiva (infatti si parla di due tipi di sordità, grave e profonda) che nessuna tecnologia, nemmeno l'impianto cocleare, può ripristinare.

Talora la sordità è già presente alla nascita; è importante quindi individuarla precocemente mediante opportuni programmi di screening.

Il termine **screening** è una parola inglese utilizzata in medicina per indicare una *strategia di indagini diagnostiche generalizzate*, per identificare una malattia in una popolazione definita (città, comune, regione, ecc...). Lo scopo dello screening è quello di segnalare malattie in una fase precoce, permettendo così di giungere ad interventi tempestivi ed alla gestione standardizzata delle terapie in modo da ridurre sistematicamente le difficoltà derivate.

A differenza dei test medici eseguiti nella pratica diagnostico-clinica generale, le procedure dello screening prevedono che gli esami medici siano eseguiti a tappeto, anche sui soggetti senza alcun sintomo né indicazione clinica o familiarità per malattia.

In Italia lo screening uditivo neonatale è stato introdotto nel 1997.

Nel 2003 veniva effettuato nel 29.3% degli ospedali pubblici e nel 2006 è stato offerto sistematicamente nel 41.5% dei centri di nascita, con penetrazione differente da una regione all'altra (massima nel nord-ovest 79.5% e minima nelle isole 11.3%) ed a seconda del tipo di struttura (il 75.5% dei centri che praticavano lo screening era costituito da ospedali urbani, con oltre 800 nati/anno, e solo nel 24.5% da piccoli ospedali).

L'esame viene effettuato da personale specializzato con un piccolo apparecchio, in genere prima della dimissione dal centro nascita, di preferenza mentre il bambino riposa. E' un test rapido (dura qualche minuto

per ogni orecchio), non doloroso né fastidioso, che si esegue infilando un morbido tappino nel condotto uditivo esterno e registrando con questo la risposta della coclea (organo dell'udito situato nell'orecchio interno) a piccoli suoni ad essa inviati (otoemissioni evocate).

Il risultato dell'indagine è immediato.

Se c'è la risposta della coclea, vuol dire che il neonato non ha, con una elevatissima probabilità, una perdita uditiva significativa. Sarà pertanto sufficiente osservarlo nel tempo, valutando lo sviluppo uditivo e del linguaggio.

Se la risposta non è presente, questo non indica necessariamente un deficit uditivo; ci sono infatti diversi motivi anche extra-uditivi per cui può essere difficile rilevare una risposta, sarà però proposto ai genitori di portare il bambino ad un successivo controllo audiologico in cui con altri esami, entro i primi mesi, si può realizzare una diagnosi precisa.

E' importante che il piccolo con esame non normale venga avviato ad un centro di 2° livello che offra al bambino e alla famiglia, nonché agli operatori, competenze di indirizzo e di verifica, con continuità e sicurezza, durante il periodo più o meno lungo di interventi terapeutici e riabilitativi necessari nel caso in cui la presenza di sordità grave venga confermata

Secondo la classificazione internazionale della sordità (Bureau International d'Audiophonologie).

- La **sordità grave** significa una perdita fra 70 e 90 decibel.

- La **sordità profonda** significa una perdita uditiva di oltre i 90 decibel

- Gli ipoacusici in generale sono uno su mille, è vero, ma mettere insieme ipoacusici con sordi non è corretto. È come mescolare nella categoria dei ciechi anche chi porta gli occhiali. Si parla quindi di un' **incidenza di sordità profonda dello 0,04%**, quindi in Italia i sordi "veri" sono solo circa 23.000.

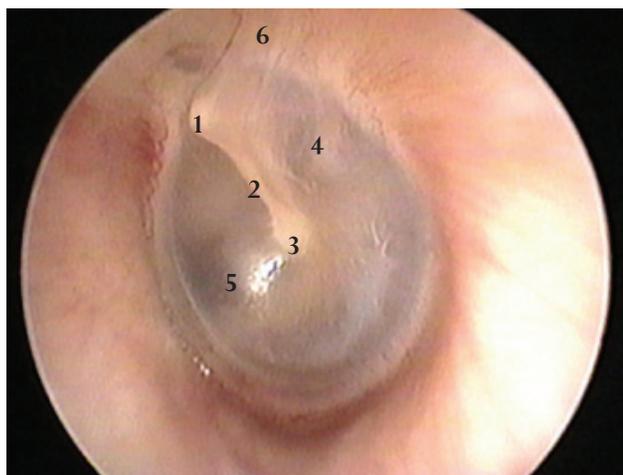
- Non esistono più i sordomuti, per legge il termine "sordomuto" è stato cancellato

- **I sordomuti non esistono più nemmeno di fatto:** oggi le persone sorde profonde bilaterali preverbalmente possono tutte acquisire il linguaggio parlato. Certo, non udranno mai, certo avranno sempre bisogno della lettura labiale per capire

Nozioni di Otoscopia



L'esame si esegue ricorrendo all'utilizzo di uno specifico strumento detto otoscopio. L'otoscopio può essere idealmente suddiviso in una testa ed in un corpo che viene afferrato con una mano. Generalmente la struttura dello strumento è realizzata in materiale plastico oppure, negli otoscopi più professionali, in materiale metallico, per rendere lo strumento maggiormente durevole e di più facile pulizia. La testa contiene una sorgente di luce che ha lo scopo di produrre una illuminazione omogenea e possibilmente priva di riflessi del timpano e del condotto uditivo esterno. Sempre nella testa trova alloggiamento una lente, in genere 3x, in vetro ottico ed antigraffio, per permettere una visione ingrandita e più precisa delle strutture che vengono ispezionate. La parte più anteriore (distale) della testa presenta un attacco per un auricolare in plastica, conico, di tipo usa e getta. L'esaminatore deve esercitare una trazione verso l'alto ed in dietro sul padiglione auricolare, per ottenere un discreto raddrizzamento del condotto uditivo esterno, che fisiologicamente tende ad essere curvo.



- 1) Apófisi corta del martello
- 2) Manico del martello.
- 3) Umbus.
- 4) Articolaz incudo stapediale.
- 5) Triangolo luminoso.
- 6) Area corrispondente all'attico (non si osserva direttamente).

Va posta particolare attenzione alla osservazione del condotto uditivo, per evidenziarne la forma, la dolorabilità, l'eventuale presenza di materiale (essudato, corpi estranei, eczema). L'eventuale presenza di cerume va segnalata quando impedisce la visione della membrana.

Successivamente l'attenzione va rivolta alla membrana timpanica, che deve essere considerata come la finestra dell'orecchio medio, e che è convenzionalmente suddivisa in quattro quadranti: antero-superiore, antero-inferiore, postero-superiore e postero-inferiore: questa suddivisione è utile nella diagnosi di sede delle lesioni dell'orecchio medio. L'esaminatore deve poter cogliere la posizione, il colore, la trasparenza della membrana, che è di colore grigio perla, translucida e presenta specifici punti di repere: tra questi il processo corto del martello, la "pars flaccida", il processo lungo del martello ed il "triangolo luminoso".

Il suono

Il suono è definito come una variazione di pressione all'interno di un mezzo, rilevabile per l'orecchio umano.

L'intensità del suono corrisponde all'ampiezza dell'onda di pressione e viene espressa come entità fisica in Decibel di pressione sonora o SPL (Sound Pressure Level).

In ambito audiologico utilizziamo invece una misura biologica, alla luce della sensazione psicoacustica che le diverse onde di pressione producono per il cervello umano. In questo caso l'unità di misura è il Decibel di soglia o HL (hearing level), in riferimento alla minima intensità udibile per ciascuna frequenza

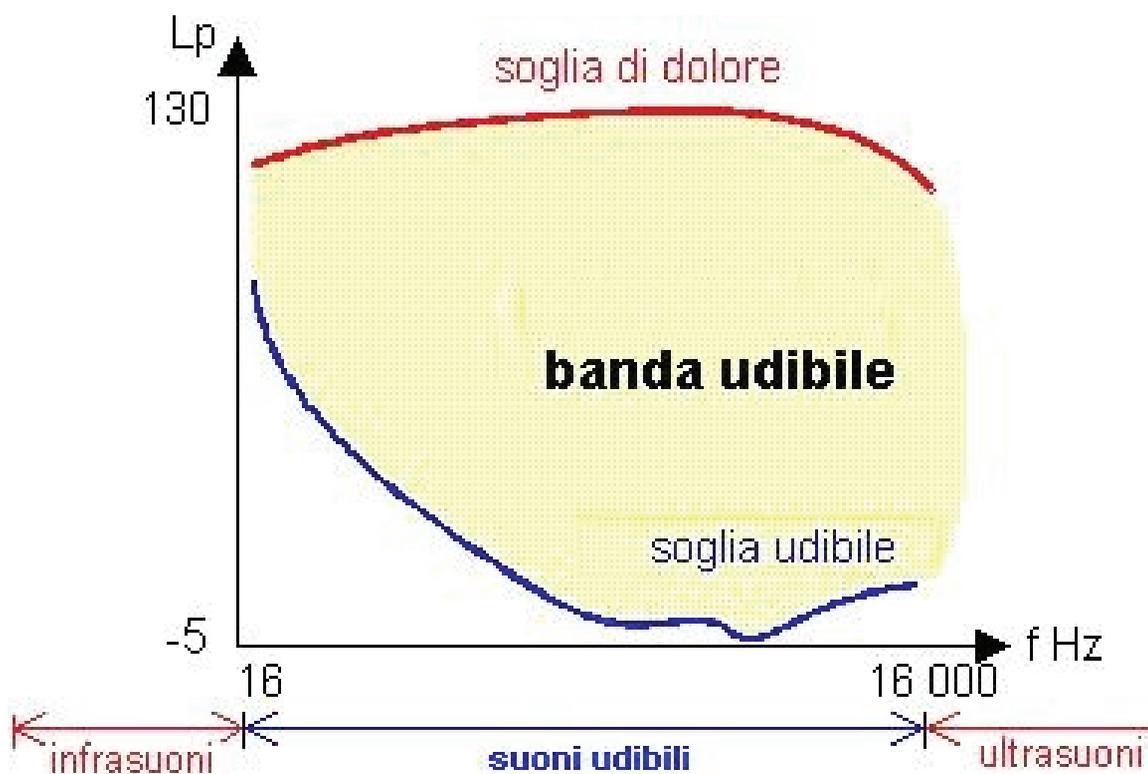
Il rumore

Il rumore viene comunemente identificato come un "suono non desiderato" o come "una sensazione uditiva sgradevole e fastidiosa"; il rumore, dal punto di vista fisico, ha caratteristiche che si sovrappongono e spesso si identificano con quelle del suono, al punto che un suono gradevole per alcuni possa essere percepito da altri come rumore fastidioso.

COSA INTENDIAMO PER RUMORE NELL'AMBITO DELL'IGIENE AMBIENTALE ?

Intendiamo un suono di intensità tale da causare sofferenza o danno a vari organi ed apparati. Nell'ambito dell'audiologia industriale per rumore si intende un suono di intensità tale da causare un danno all'apparato uditivo.

Fine 1^a parte



L'USO DELLE LENTI A CONTATTO E L'ATTIVITÀ AL VIDEOTERMINALE



Paolo Traù,
Optometrista,
Pesaro



Abstract

Fra gli utenti di lenti a contatto (LaC) sono ormai moltissimi quelli che fanno uso del videoterminale (VDT) sia per scopi professionali che di svago. Molti fra quelli che lavorano in ufficio lamentano, durante l'uso, fastidi e disagi apparentemente collegati alle LaC al punto che spesso si giunge a fenomeni di abbandono delle lenti stesse. A questo si aggiunge una sommaria indicazione negativa all'uso delle LaC espressa frequentemente al lavoratore nella fase della vigilanza sanitaria.

Un obiettivo raggiungibile è la riduzione dei fenomeni di disagio, soprattutto per coloro che fanno uso delle LaC non per considerazioni estetiche ma funzionali. Ciò può avvenire attraverso una corretta gestione del problema e una precisa analisi delle cause anche per mezzo della collaborazione con chi si occupa dell'applicazione della LaC. Senza rinunciare, ove possibile, ai benefici che l'uso delle LaC può comportare e ed evitando, così, di dare origine all'ipotesi che le LaC siano controindicate al lavoro.

Parole chiave

Ammiccamento, ipervaporazione, impegno visivo

Introduzione

Durante l'attività di screening occupazionale dei videoterminalisti svolta secondo le attuali norme, durante l'intervista anamnestica che riguarda l'eventuale uso di lenti a contatto le risposte che ottengo sono spesso di questo tipo:

- a- sì, uso lenti a contatto ma non quando lavoro al computer;
- b- non uso lenti a contatto al lavoro perché mi danno fastidio.

Alla domanda se la situazione è stata sottoposta allo specialista che ha applicato le lenti a contatto o all'oftalmologo, altrettanto frequente è la risposta:

- a- sì, ma mi viene detto che non si può fare niente e che sarebbe meglio portarle solo per il tempo libero;
- b- sì, mi viene detto di non usarle al lavoro perché non è bene.

Apparentemente fra computer e LaC sembrerebbe esistere una forma di incompatibilità. Questo articolo, che non ha la pretesa di una revisione scientifica, vuole prendere in considerazione gli aspetti che intervengono per migliorarne la comprensione e perseguire l'eventuale soluzione o il miglioramento del problema.

Il tema

In effetti un certo numero di coloro che fanno uso regolare di lenti a contatto spesso vanno incontro a prematuri effetti di disagio oculare in attività prolungate al VDT1.

La semeiotica del disagio sono una serie di sintomi a livello oculare assimilabili a quelli astenopici comuni: prurito, bruciore, arrossamento, pesantezza, sfuocamento, accompagnati da secchezza, senso di corpo estraneo, necessità di toccarsi e massaggiarsi gli occhi e le palpebre. I sintomi insorgono in genere nella seconda parte della giornata lavorativa o dopo un tempo più o meno breve di applicazione al VDT a seconda

dell'entità del problema e, si assiste in generale, alla remissione dei sintomi stessi con la sospensione del lavoro a monitor e/o il disinserimento delle LaC.

Nonostante una frequenza interessante (più del 30% secondo Nakaiishi) e una certa prevalenza fra i portatori di lenti a contatto 2, ritengo che il fenomeno non sia generalizzabile al punto da sconsigliare l'abbinamento LaC-VDT sempre e comunque. Numerosi sono infatti gli utenti che fanno felicemente uso di lenti a contatto anche in attività di ufficio. Numerosi sono coloro che si giovano dell'uso delle LaC, non solo per fattori estetici ma soprattutto per elevate ametropie, anisometropie, astigmatismi irregolari, cheratoconi e strabismi accomodativi. Tutti casi in cui le LaC costituiscono un presupposto funzionale. La conoscenza di quegli aspetti che riguardano la situazione oculare e ambientale può portare ad un maggior controllo dei fenomeni connessi, con l'intento di ottenere un miglioramento del quadro sintomatologico o comunque a una forma di miglior tutela delle condizioni di salute dell'occhio del portatore di LaC.

E' presumibile che l'utente di VDT che sperimenti disagio durante il lavoro non sia del tutto idoneo all'uso di LaC, o per meglio dire, il rapporto fra quell'occhio e quel tipo di LaC non sia il migliore auspicabile, anche in condizioni per così dire "normali". Nell'uso quotidiano delle LaC, infatti, ci sono condizioni che hanno caratteristiche impegnative per l'occhio o comunque sono assimilabili per criticità all'uso del VDT. Per esempio, l'uso di LaC in ambienti caldi o ventilati, l'uso per tempi eccessivamente lunghi, l'uso di LaC



non adeguate alle caratteristiche dell'occhio. A volte, se l'utente accetta al di fuori dell'occupazione un uso non del tutto soddisfacente delle LaC è perché può rimuoverle quando vuole, operazione che rimane più difficoltosa al lavoro.

Una valutazione di tale rischio è auspicabile poiché, come è noto, situazioni stressanti per la superficie oculare possono ingenerare reazioni di difesa infiammatoria o sindromi da occhio secco, aspetti ben rappresentati in letteratura 3.

E' utile, inoltre, ricordare l'importanza della funzione delle lacrime che hanno funzione protettiva, di lubrificazione e di lavaggio, di protezione dagli agenti esterni e che questa condizione è strettamente legata alle dinamiche di secrezione dei lipidi delle ghiandole di Meibomio, i cui dotti sono posizionati sulla rima palpebrale. L'unità lacrimale è formata da ghiandola lacrimale, cornea, congiuntiva, ghiandole di Meibomio, sistema innervativo superficiale. Ogni volta che una specifica funzione risulta alterata c'è una risposta del sistema per ristabilire l'equilibrio. L'infiammazione è una risposta di difesa del sistema, che, se non adeguata può diventare patologica essa stessa (cronicizzazione) 4.

Schematicamente possono essere considerati endogeni i fattori che riguardano la risposta individuale ed esogeni quelli relativi all'ambiente circostante.

Ocular surface o superficie oculare è la terminologia di

riferimento per il sistema palpebre-cornea-lacrime. Fra i fattori endogeni coinvolti nel deterioramento della superficie oculare è bene considerare la funzione dell'ammiccamento. Nell'attività visiva prolungata al VDT la diminuzione della frequenza di ammiccamento è un meccanismo di difesa che tende a favorire i processi attentivi. Se in un soggetto normale la frequenza di ammiccamento è di un battito ogni 3-6 secondi che equivale a 10-20 volte al minuto, a livelli elevati di attenzione si riduce anche di 5 volte. Ciò significa fino a 3 volte al minuto. L'effetto è noto come rarefazione dell'ammiccamento 5.

Una così drastica diminuzione della funzione lacrimale può produrre effetti sull'epitelio corneale (*staining*) anche su soggetti non portatori di LaC.

Molte attività lavorative al VDT sono esercitate per tempi "infinitamente" lunghi sotto questo aspetto. Un addetto all'imputazione dati passa l'intera giornata lavorativa a ripetere le stesse operazioni, anche se con un impegno visivo non straordinariamente alto e con un coinvolgimento attentivo minore rispetto ad altri compiti. Un operatore radar, invece, o un controllore della sicurezza, per es. in aeroporto, hanno un turno più breve (due o quattro ore) ma un impegno visivo molto più alto dato da un tempo relativamente lungo e un coinvolgimento attentivo notevolmente più grande. E' facile ipotizzare che il sommarsi di fattori di rischio specifico per la funzione lacrimale come l'età, il sesso, squilibri metabolici, uso di farmaci, fattori ambientali, ecc. ecc. esponga questo tipo di lavoratore a conse-



guenze per la salute oculare. Conseguenze non letali, si badi, ma nemmeno trascurabili.

Lo stesso uso di lenti a contatto, soprattutto di tipo idrofilo (cosiddette morbide) 6, comporta fattori di rischio sia diretti che indiretti. Il modo è diretto a causa dell'ipossia e dell'ipercapnia relativa della cornea indotta dall'uso che rallentano la risposta corneale alla richiesta di idratazione. Con LaC morbide il fenomeno è frequente, a volte momentaneo, reversibile e legato alle generali condizioni di uso delle lenti ma soprattutto a scarso ricambio lacrimale sotto la lente e a materiale poco permeabile. In modo indiretto, invece, con la diminuzione dell'ammiccamento a causare l'ipervaporazione a livello della superficie aria lente, con conseguente iperosmolarità lacrimale, infiammazione cronica, perdita delle cellule caliciformi della congiuntiva e instabilità del fluido. Il fenomeno sembra interessare maggiormente i polimeri idrofilici ad alta idratazione 7. I moderni materiali in silicone-hydrogel hanno in parte minimizzato il problema facendosi attraversare da una quantità di ossigeno di gran lunga superiore. Fra i fattori esogeni è bene considerare tutto quello che incide negativamente sulla prestazione lacrimale a cominciare dal microclima: gli ambienti di lavoro spesso sono riscaldati o raffrescati con dispositivi che abbassano la temperatura senza alcun controllo sull'umidità relativa. I flussi d'aria presenti per gli stessi motivi di climatizzazione espongono gli individui ad una eccessiva perdita di liquidi per evaporazione. Altri flussi d'aria fuori controllo provengono dagli stessi *computer* che adottano sistemi di raffreddamento a ventola che, nel caso dei "portatili", possono risultare veramente vicini al viso dell'operatore e a temperature prossime ai 40°C.

Va detto che il mercato delle lenti a contatto è caratterizzato da due tipi di approccio all'utente: uno commerciale da parte dei negozi di ottica, le farmacie e le sanitarie. L'altro da professionisti specializzati nell'applicazione di lenti a contatto. Troppo spesso le LaC idrofile di tipo *disposable* (cioè quelle pronte da comperare, al contrario di quelle prescritte e costruite su misura) sono il risultato di un atto commerciale invece che di un'indagine clinica, quando le LaC vengono

fornite senza verifiche o controlli. Gli stessi portatori in molti casi si basano sul fai da te per la scelta dei prodotti sovente anche sul *web*.

Una lente a contatto mal applicata può essere tollerata senza conseguenze per un uso saltuario o limitato ma diventare fastidiosa o dannosa per tempi più lunghi o condizioni d'uso critiche come quelle al VDT.

Le soluzioni

È evidente così la necessità di raccomandare controlli presso professionisti competenti come del resto previsto dalla normativa sull'applicazione delle LaC 8, che possano valutare il livello di affidabilità del rapporto LaC/occhio o intervenire nel caso di problemi, come nel caso della rarefazione dell'ammiccamento con esercizi riabilitativi.

Mentre sugli aspetti ambientali c'è ancora molto da comunicare ed applicare per favorire il benessere dei lavoratori. Ambienti poco ospitali per umidità relativa scarsa potrebbero essere corretti facilmente ed economicamente installando un piccolo igrometro del costo di pochi euro ed istruendo i lavoratori al ricambio di aria con l'esterno. Lo stesso dicasi per i flussi di aria che possono essere deviati con semplici artifici. La ricaduta benefica non sarà solo per le mucose degli occhi. Anche l'indicazione di aumentare i fluidi in circolo bevendo più acqua durante l'attività ha il suo valore. Allo stesso modo non dovrebbero esserci particolari difficoltà ad inserire nei programmi di formazione periodica prevista per i videoterminalisti alcune informazioni più specifiche per i portatori di LaC. Nel caso in cui si sospetti un alterazione della funzione lacrimale si possono usare appositi questionari per il *grading*. Per poi comunque richiedere una valutazione lacrimale allo specialista, oggi non più basata sul primitivo e poco preciso Schirmer test ma su una batteria ragionata di test quantitativi e qualitativi a supporto di una terapia di integrazione lacrimale. Tutto questo rientra senza dubbio fra le prescrizioni di idoneità del paziente sintomatico e va correlato alla valutazione ambientale.

Corrispondenza: paolo.trau@gmail.com

Bibliografia/Sitografia

- 1 Sheedy, Shaw-McMinn (2003) Diagnosing and treating computer related vision problems, pp.115-125
- 2 Nakaishi H., Hamada Y (1999) Occupational Environmental Medicine, 1999; 56: pp 6-9
- 3, 4 DEWS 2007 Rapporto del Sottocomitato Ricerca del Workshop Internazionale dell'Occhio Secco, The Ocular Surface, vol.5 Aprile 2007; pp 134-146
- 5 French K., Veys J. (2007) L'ammiccamento dell'occhio, Clinical Advice, 21 settembre 2007
- 6 Gasson A. VDU's and contact lenses, Contact Lens J 1983, 11, pp6-13
- 7 Rolando M., (2000) L'uso continuo delle lenti a contatto, Fabiano Editore, pp 74-82
- 8 DM 3 febbraio 2003 Guida al corretto utilizzo delle lenti a contatto, avvertenze, precauzioni e rischi collegati all'uso, GU n° 64 8 marzo 2003.

E' SUCCESSO A...QUERCETA (LU)



ATTUALITÀ

Paolo Santucci

Consigliere Nazionale ANMA

Venerdì 20 settembre 2013 ho avuto l'onore di inaugurare il primo modulo del primo corso di formazione per il medico competente, quale replica del corso di Genova 2013, organizzato in Toscana dal nostro rappresentante locale Andrea Bigotti.

Al di là della splendida accoglienza nella modernissima sede della Croce Bianca di Querceta (LU) ho avvertito immediatamente da parte dei partecipanti un forte bisogno di confronto e di aggiornamento in base a orientamenti operativi 'pratici' nel più caratteristico solco della tradizione ANMA.

Particolare soddisfazione è scaturita dalla presenza fra i discenti di Colleghi degli Organi di Vigilanza locale che hanno portato un gradito, e ovviamente autorevole, contributo alle discussioni che hanno caratterizzato la mattinata di lavoro.

L'ottima organizzazione in una sede accogliente, il palpabile sentimento di partecipazione dei soci locali e la presenza dei Colleghi dei Servizi locali P.I.S.L.L. costituiscono la migliore premessa per una riproposizione del Corso nel 2014, sempre 'a ruota' del corso genovese, che vedrà senza dubbio una partecipazione ancora più ampia di soci e colleghi.

Il ringraziamento mio, insieme a Marco Saettone tutor del corso, Carlo Valchi Segretario Liguria e a tutto il Direttivo dell'Associazione, va ai Colleghi Andrea e Martina Bigotti che, con umiltà, competenza e passione, hanno realizzato per ANMA una nuova occasione di aggiornamento ECM in Toscana.

E poiché 'l'appetito vien mangiando', l'auspicio è che questa nuova spinta propulsiva della sezione locale favorisca anche una aggregazione più ampia e più stabile di soci ANMA in Toscana, regione che non può non avere una forte presenza all'interno della nostra Associazione.



E' SUCCESSO A....PAVIA

Il 19 ottobre 2013 l'Aula Magna della nuovissima Residenza Universitaria Biomedica di Pavia ha ospitato il Seminario interregionale ANMA dal titolo 'Il medico competente nella semplificazione, oltre la semplificazione'. Obiettivo del seminario era riflettere sul tentativo normativo di semplificare e sburocratizzare l'attività delle figure professionali impegnate nella sicurezza sul lavoro, nato con il Disegno Di Legge del 16 ottobre 2012, che ha proseguito l'opera intrapresa con il precedente D.L. 9 febbraio 2012, n. 5 (cosiddetto "semplifica Italia").

Dopo il puntuale inquadramento normativo di Marco Saettone, Umberto Candura ha ricordato la 'posizione' del medico competente nel complesso mercato attuale, riproponendo gli ultimi dati forniti dall'indagine CERGAS-Bocconi, mentre Daniele Ditaranto ha messo a fuoco le principali criticità della normativa, rilanciando alcune proposte di semplificazione, da tempo oggetto delle riflessioni dei Gruppi di lavoro ANMA.

Gilberto Boschioli nel consueto stile appassionato ha proposto il capovolgimento della problematica, sostenendo che è giunto il momento per ANMA di proporre direttamente le modalità operative di recepimento quotidiano della normativa e di ribadire i correttivi che da tempo sono stati prodotti nei documenti della nostra Associazione. Entrando nel dettaglio, si ricorda l'attivazione della sorveglianza sanitaria quando previsto dal Documento di Valutazione dei Rischi, l'inserimento formale del protocollo sanitario nell'ambito del DVR come misura preventiva, il coinvolgimento preliminare del medico competente da parte di ogni azienda per la valutazione dei rischi con la verifica della necessità dell'eventuale nomina, ecc.

In conclusione, l'obiettivo deve essere quello di portare definitiva chiarezza nei ruoli e nelle responsabilità di ciascuna figura della prevenzione aziendale.

La mattinata si è conclusa con la puntualizzazione di alcuni passaggi della normativa dedicata agli allegati 3 a e 3 B, da parte di Gino Barral, che ha suscitato tanto interesse da richiedere una discussione 'anticipata' su alcuni temi emersi nel corso della presentazione.

Nel pomeriggio la tavola rotonda ha coinvolto oltre al Segretario Daniele Ditaranto ed al Presidente ANMA



Giuseppe Briatico Vangosa, la Vice Presidente SNOP Lalla Bodini, il Presidente C.I.I.P. Rino Pavanello ed il Consigliere nazionale SIMLII Ernesto Ramistella.

Lalla Bodini ha auspicato una maggiore circolazione di dati e informazioni, attraverso modalità informatiche, ai fini della migliore conoscenza dei rischi e perciò dell'attivazione di efficaci iniziative di prevenzione. Rino Pavanello ha invece ricordato le iniziative CIIP di modifica della normativa che in molti casi hanno riguardato aspetti legati all'attività del medico competente (sorveglianza sanitaria, formazione, DUVRI, ecc.), ricordando che 'uniti si ottiene di più'.

Ernesto Ramistella ha riferito di altre proposte di modifica di Leggi, presentate da S.I.M.L.I.I. a livello ministeriale, che peraltro partono da valutazioni coincidenti per molti aspetti con le riflessioni prodotte dalla nostra Associazione negli ultimi anni. Tra queste si segnala, per esempio, una proposta che intende 'prevenire' tentativi di stravolgimento della norma specifica (art.39 D.Lgs.81/08 e s.m.i.), prevedendo la visita 'di rientro' soltanto dopo 30 giorni di assenza continuativa dal lavoro per motivi di salute, ma soltanto se richiesta dal lavoratore o dal datore di lavoro.

Dopo una vivacissima discussione, che ha spesso debordato dal tema per la ricchezza degli spunti e delle problematiche emerse, il Presidente Briatico Vangosa ha concluso il seminario, ricordando l'importanza di far capire che cosa fa e che cosa serve al sistema di prevenzione il medico competente.

In estrema sintesi la forte raccomandazione è di tornare ai principi che hanno ispirato la famosa 'carta dei servizi' del medico competente (Cassina, 2005), ribadendo la ricetta che il nostro Presidente ha ricordato in un editoriale del 2008: "...innalzare la nostra qualità professionale... farci misurare senza timore dal cliente..".

DIRETTIVO ANMA DI SABATO 12 OTTOBRE 2013



VITA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Paolo Santucci

Consigliere Nazionale ANMA

Sintesi del verbale del Direttivo ANMA 12/10/2013 redatto da Carlo Valchi, ANMA Liguria.

Sabato 12 ottobre, nella storica sede ANMA di Via San Maurilio a Milano, si sono riuniti Consiglieri nazionali e Segretari regionali per discutere i temi all'Ordine del giorno:

- 1) approvazione verbale del direttivo del 26 gennaio u.s.
- 2) analisi dell'andamento dell'esercizio economico 2013
- 3) stato del piano formativo 2014
- 4) congresso 2014
- 5) varie ed eventuali.

Dopo l'approvazione all'unanimità del verbale precedente (26 gennaio 2013), sono stati trattati diversi temi dal punto di vista dell'impegno economico, dai corsi FAD ai prossimi eventi residenziali, dal sito internet al Medico Competente Journal.

Quest'ultimo argomento ha tenuto banco per diversi aspetti: la richiesta di una maggiore disponibilità di copie in occasione di eventi promozionali, la necessità di rivedere l'indirizzario attraverso la collaborazione dei rappresen-





tanti locali, l'attività di scouting verso nuovi inserzionisti. Ma è anche emersa la necessità di portare esperienze personali dirette e indirette che possano essere di interesse per i soci, selezionando, per esempio, fra le migliori presentazioni ai corsi residenziali ANMA.

Il consuntivo parziale, aggiornato al 30 settembre, è stato giudicato favorevolmente dai presenti, mentre particolare soddisfazione ha destato il numero aggiornato degli iscritti: 1024.

A favore dei segretari regionali è stata ricordata la procedura organizzativa, che rientra nel sistema qualità dell'associazione, dei tradizionali corsi residenziali, rimarcando l'importanza di rispettare la tempistica e di elaborare un budget dedicato. Inoltre sono state ribadite indicazioni più specifiche in merito alla documen-

tazione da raccogliere ed alla gestione di inconvenienti organizzativi.

Particolare partecipazione ha suscitato la trattazione dei corsi inter-regionali, giudicati efficaci da alcuni e invece inadatti alle nostre esigenze da altri, che richiederà decisioni a breve per la puntuale programmazione dell'attività formativa 2014.

La discussione si è poi inevitabilmente spostata sul congresso nazionale del prossimo anno innescando un vivace dibattito sulle due possibili sedi: Riva del Garda e Roma.

Il direttivo si è chiuso con l'impegno ad approfondire le due alternative, al fine di fissare a breve date e sede congressuali prima di lanciare l'attività organizzativa, sia logistica che scientifica.



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi
Consigliere Nazionale

IL LAVORO E L'IDEALE

Nella terza formella del lato sud del campanile di Giotto a Firenze viene rappresentata “La Medicina”. La formella a mostra un medico seduto a scranna osserva con solennità un vaso di urine che i pazienti gli consegnano in tipici contenitori di corda. La grandezza del lavoro dipende dallo scopo, non dalla materia trattata; il medico non si occupa di stelle, ma di uomini malati, eppure il suo lavoro ha la stessa dignità dell’astronomo. Paolucci, a proposito di questa formella, fa un’osservazione capitale: Il medico cosa sta facendo? Sta esaminando le urine. Analizzandone il colore, la vischiosità, l’impurità, cerca di formulare una diagnosi così da impostare la terapia... Sembra una banalità, eppure l’affermarsi di questa logica è stata una vera e propria rivoluzione culturale. All’inizio infatti la medicina nasce come magia. Il giorno in cui si afferma il concetto che la cura del paziente non può fondarsi che sull’analisi obiettiva dei dati reali – sulla diagnostica cioè – quel giorno, e non prima, ha inizio la scienza medica. La formella del campanile che rappresenta il medico diagnosta intende celebrare questa fondamentale conquista umana.”

(M. Carlotti: Catalogo della mostra: “Il ciclo delle formelle del campanile di Giotto di Firenze” - 2011)

