

# Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.  
NUMERO 4/2013



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

Numero 4/2013  
Associazione Nazionale Medici  
d'Azienda e Competenti  
Sede e redazione Milano  
Via San Maurilio, n°4  
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115  
e-mail: maurilio@mlink.it  
Autorizzazione Tribunale di Milano  
n.96 del 30 marzo 1995

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Eugenio Andreatta

**RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE**  
Paolo Santucci

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

**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](http://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 Talierno, 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](http://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

## L'OFFERTA FORMATIVA ECM 2014 DELL'ANMA PRONTA ALLA PARTENZA

Il piano formativo ECM ANMA per il 2014 è al canapo in attesa della mossa. In effetti il mossiere, leggi la Commissione ECM del Ministero della Salute, ne ha già dato l'approvazione, e ancor più. Infatti siamo anche in corsa per il passaggio da **"provider provvisorio"** –primo step del processo di accreditamento che scatta con la prima richiesta avanzata che nel nostro caso è datata 4 dicembre 2010 e che resta valida per 2 anni o meglio fino alla conclusione del piano di verifica ispettiva – a **"provider standard"**, ovvero definitivo.

L'impegno formativo profuso dalla nostra Associazione prosegue offrendo un percorso di aggiornamento professionale per i suoi Associati, e non solo.

Il nostro programma ECM 2014 avrà inizio a Bologna alla fine del prossimo gennaio con un ormai tradizionale corso di aggiornamento di 25 ore; a questo seguiranno le diverse iniziative dislocate territorialmente, le FAD, il Congresso nazionale di Roma del 29-30 e 31 maggio; i seminari. Il sinottico che segue illustra il calendario delle nostre iniziative per l'anno che sta arrivando.

SEZIONE	LOCALITÀ	TIPOLOGIA	INIZIO	FINE	h FORMAT.	PARTEC.	CREDITI
Puglia	Taranto	Corso - RES	01 febbraio	15 marzo	20	30	23,4
Emilia Rom.*	Bologna	Corso - RES	23 gennaio	06 marzo	25	50	25,2
Marche	Ancona	Corso - RES	14 marzo	16 maggio	25	50	25,2
Veneto	Padova	Corso - RES	14 marzo	23 maggio	25	50	25,2
Lombardia	Milano	Corso - RES	08 marzo	10 maggio	25	50	25,2
Lombardia	Milano	Corso - RES	02 aprile	02 aprile	8	15	10,0
Liguria**	Genova	Corso - RES	21 marzo	16 maggio	25	40	27,2
Piemonte	Torino	Corso - RES	17 marzo	14 aprile	25	40	27,2
Trentino	Trento	Corso - RES	21 febbraio	11 aprile	30	25	36,3
Lazio	Roma	Corso - RES	07 marzo	09 maggio	25	50	25,2
Campania	Salerno	Corso - RES	08 marzo	17 maggio	25	40	27,2
Umbria	Perugia	Corso - RES	14 marzo	11 aprile	25	40	27,2
Emilia Rom*	Bologna	Seminario - RES	06 febbraio	06 febbraio	5	100	5,0
Lombardia	Milano	Seminario - RES	12 aprile	12 aprile	5	100	5,0
Campania	da definire	Seminario - RES	4° trim	//	8	100	8,0
Seminario	da definire	Seminario - RES	4° trim	//	8	100	8,0
Seminario	da definire	Seminario - RES	4° trim	//	8	100	8,0
Congresso Nazionale	Roma	Congresso - RES	29 maggio	31 maggio	20	400	10,0
*Replica Ravenna	Ravenna	Corso - RES	19 marzo	07 maggio	25	50	25,2
**Replica Toscana	da definire	Corso - RES	18 maggio	27 giugno	25	40	27,2
Lombardia	Milano	Corso - RES	04 ottobre	04 ottobre	8	15	10,0
FAD 1	Primo Soccorso	FAD	2° trim	15 dicembre	12	1000	12,0
FAD 2	Dermatopatie Professionali	FAD	2° trim	15 dicembre	12	1000	12,0
FAD 3	Educare Autotrasportatore	FAD	2° trim	15 dicembre	12	1000	12,0

Siamo alla fine dell'anno, è tempo di bilanci.

L'anno formativo 2013 si chiude in positivo registrando all'attivo 27 eventi formativi erogati nel corso del 2013, di cui 24 corsi residenziali; 4 seminari residenziali; il Congresso nazionale e 3 FAD, per un complessivo di 525,7 crediti formativi in 503 ore formative con un rapporto ora formativa/credito formativo di 0.95. Agli eventi hanno partecipato 1338 Colleghi.

Come si diceva il nostro fattivo contributo alla formazione continua in medicina è stato riconosciuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute che ci ha ammessi alla procedura per il passaggio a provider standard, ovvero al riconoscimento definitivo di organismo formatore accreditato.

In conclusione i nostri Associati possono trovare una interessante offerta formativa sotto l'albero di Natale e nella calza della Befana da qui ... all'eternità.

Il successo della nostra attività formativa è il risultato di un gioco di squadra che vede impegnata in prima linea la nostra Segreteria di Sede a cui va il merito di aver monitorato e catalogato con puntualità tutta l'attività formativa del triennio 2010-2013 e che è stata oggetto di verifica da parte degli ispettori della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute con un risultato davvero positivo. Non una virgola fuori posto, nonostante lo stare dietro alle esigenze di noi soci, talvolta distratti e .....

Coloro che hanno partecipato ai nostri eventi ECM del triennio 2011-2012-2013 potranno verificare la nostra puntualità nella registrazione dei crediti attribuiti collegandosi al sistema "myecm" del sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it)

Invitiamo quindi gli interessati a verificare la loro situazione di crediti, acquisiti con gli eventi ANMA e con altri eventi organizzati da altri provider, richiedendo le credenziali di accesso ad Agenas che ha messo a disposizione uno strumento davvero utile.

Quindi il nostro riconoscimento affettuoso, un caloroso applauso e un grande grazie al nostro personale di segreteria, comprendendo in esso chi ci assiste dall'esterno con compiti consulenziali, supporto prezioso per l'organizzazione degli eventi e per tenere i contatti con le sezioni territoriali.

Un altrettanto caloroso applauso accompagnato da un affettuoso ringraziamento ai Segretari territoriali che sono il fulcro organizzativo del nostro aggiornamento e la cinghia di trasmissione della vita associativa. Dall'altra parte della barricata forse non ci si rende conto del lavoro dei nostri Segretari, del tempo da loro dedicato all'Associazione in assoluto spirito di servizio. Ed ancora un calorosissimo ringraziamento alla nostra Commissione ECM, formata da alcuni di noi soci ANMA e da Colleghi di altra estrazione, che guida con attenzione, cura e entusiasmo la promozione del nostro aggiornamento professionale.

Una grande squadra che ha nel cuore la crescita della nostra professione.

Un caro saluto a tutti.

*Giuseppe Briatico-Vangosa*  
**Presidente ANMA**

## UNA VICENDA PROCESSUALE... A LIETO FINE.

Sul numero 4/2011 di questa rivista, ho pubblicato il resoconto di una vicenda processuale in cui mi sono trovato coinvolto. Ora, quella vicenda ha avuto il suo epilogo e quindi mi sembra utile condividerne l'esito con i colleghi soci attraverso il MCJ.

Si è trattato di un processo penale nel quale sono stato rinviato a giudizio per omessa collaborazione alla valutazione dei rischi e per concorso in lesioni personali gravissime.

La vicenda era partita in seguito ad un'indagine conseguita ad un infortunio nel quale un lavoratore aveva subito un significativo danno uditivo dopo uno scoppio di un pneumatico da autocarro gonfiato alla pressione di 4 bar in fase di collaudo dopo la ricostruzione. Lo scoppio era avvenuto su una macchina che era stata messa in funzione nonostante che fosse ferma per manutenzione (l'operaio era un manutentore) e che di ciò fosse stato affisso un avviso ben evidente sulla plancia comandi. In altre parole, se fosse stato rispettato il fermo macchina per manutenzione, l'infortunio non avrebbe avuto luogo. Secondo gli ispettori inviati dalla Procura, l'infortunio si sarebbe verificato per una carenza strutturale della macchina e per una mancata Valutazione Dei Rischi (VDR) da parte del DDL al quale il MC non avrebbe dato la collaborazione prevista dall'art. 25 del D.L.vo 81/08. Nel corso delle indagini è stato stabilito che lo scoppio poteva avvenire con una frequenza di 1 o 2 eventi ogni 14.000 pneumatici lavorati. In condizioni di lavoro normali, lo



scoppio non provoca danni uditivi sia per le protezioni sulla macchina sia perchè l'addetto deve indossare cuffie anti rumore.

A conclusione dell'indagine, non è stato sanzionato e rinviato a giudizio chi (il caporeparto) ha materialmente messo in funzione la macchina dopo aver rimosso il cartello di avviso ma lo sono stati, invece, il datore di lavoro, il costruttore della macchina e il medico competente e cioè il sottoscritto. Secondo gli ispettori inviati dalla Procura, l'elemento probatorio della mia mancata collaborazione alla VDR era costituita dal fatto che due anni prima dell'infortunio (esattamente il 23 dicembre 2008) io apporsi la mia firma sul Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), circa 200 pg, con la precisazione "con riserva di valutazione".

Nel corso delle indagini, nessuno mi ha chiesto in che modo io avessi collaborato alla VDR. Solo dopo aver ricevuto il verbale di contravvenzione (contro il quale ho poi resistito in sede giudiziaria), io ho prodotto oltre 20 documenti nei quali cercavo di dimostrare la mia partecipazione attiva alla VDR nei dieci anni precedenti all'evento infortunistico ma questo pare non sia stato considerato rilevante né dagli ispettori UPG né dal Giudice per le indagini preliminari.

Prima dell'inizio del processo penale, il lavoratore si è costituito parte civile chiedendo un indennizzo agli imputati (compreso il sottoscritto).

Bene, dopo due anni e mezzo di incontri con avvocati, perizie e scambi documentali con la Procura, la vicenda si è conclusa con l'assoluzione mia e del costruttore della macchina mentre il DDL ha patteggiato la condanna con rito abbreviato.

Nelle motivazioni della sentenza, il Giudice non cita per nulla la firma "con riserva di valutazione" sul DVR ma evidenzia come innanzi tutto non spettasse al MC la valutazione di quel rischio infortunistico e anche il fatto che il MC ha svolto regolarmente la sorveglianza sanitaria che gli era stata affidata.

Questa vicenda porta a considerazioni di generali e altre di tipo tecnico che possono essere utili a chi pratica la nostra professione:

Considerazioni generali:

1) alcuni ispettori incaricati dalle Procure assumono comportamenti ispettivi talvolta inadeguati e carenti della necessaria obiettività e completezza, dando spazio

a interpretazioni personali stravaganti e inconsistenti  
2) la nomina di UPG da parte di una Procura svincola di fatto gli ispettori dal controllo gerarchico della ASL in cui operano

3) talvolta, le Procure non approfondiscono in modo adeguato i risultati delle indagini degli UPG e prendono per buone le conclusioni di questi ultimi senza la necessaria analisi critica

4) per contro, può anche accadere che i Giudici per le indagini preliminari non indagino adeguatamente la consistenza dei capi di imputazione e quindi il rinvio a giudizio diventa automatico

5) il legislatore del D.L.vo 81 non ha fatto corrispondere al rafforzamento del ruolo del MC nella VDR la precisazione delle modalità con le quali il MC deve svolgere questo compito e, quindi, ritenere assolto il relativo obbligo penalmente sanzionato. Pertanto urge la necessità di una riflessione finalizzata a raggiungere conclusioni condivise su quando si possa correttamente parlare di omessa collaborazione del MC alla VDR e, quindi, sui "confini" di questo ruolo onde contrastate l'interpretazione estensiva ed arbitraria di alcuni che presuppone un coinvolgimento fittivo e responsabile del MC anche nell'individuazione dei pericoli e nella conseguente valutazione dei rischi derivanti dalle carenze tecniche, strutturali e progettuali di impianti, macchine, attrezzature e luoghi di lavoro con uno "sconfinamento" per il quale il MC non è generalmente attrezzato. Su questi aspetti ANMA ha già prodotto e pubblicato delle riflessioni che possono costituire la base per un tavolo di discussione che coinvolga istituzioni ed associazioni dei MC con lo scopo di dare "certezza del diritto" a questo reato. Se questo non fosse possibile, non resterebbe che la strada della richiesta di depenalizzazione.

Considerazioni più tecniche e "pratiche":

1) la firma sul DVR non costituisce prova a favore o contro la collaborazione del MC alla VDR ma ha solo la funzione di testimoniare la certezza della data

2) gli elementi raccolti dal MC nella sorveglianza sanitaria sono uno dei contributi (probabilmente il principale) che il MC può portare alla VDR

3) quando accadono vicende come questa, è importante poter contare su una buona polizza di assicurazione per le spese legali (nel mio caso oltre 23.000 Euro)

## DISABILITY MANAGER - UNA NUOVA FIGURA PROFESSIONALE DA INTEGRARE IN AZIENDA



### CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Corrado Roncallo,  
Counselor Clinico*

*Maria Carla Sbolci,  
Psicologa e psicoterapeuta  
di formazione Cognitivo  
Comportamentale e in Schema Therapy*

Il soggetto disabile affronta il mondo del lavoro con la consapevolezza delle difficoltà proprie e altrui di fronte all'accettazione, al fronteggiamento e alla cura della disabilità.

Per buona parte della propria vita il lavoratore disabile si è impegnato nella convivenza con la disabilità, maturando competenze alternative. Non sempre tuttavia, il contesto di lavoro possiede lo stesso grado di preparazione di fronte alla disabilità.

La legislazione pur avendo elargito norme volte alla facilitazione e all'obbligo dell'inclusione lavorativa dei disabili, non propone alle imprese un protocollo per affrontare tale compito.

Il compito del Disability Manager è quello di colmare questo vuoto offrendo un supporto tecnico e scientifico che possa essere sia una soluzione al bisogno dell'azienda che una risposta al lavoratore disabile e alla sua reale integrazione attraverso un'occupazione basata sul reale apporto produttivo anziché sul riconoscimento del mero diritto di assistenza.

L'insieme dei fattori sociali, comportamentali, cognitivi ed emozionali che influiscono sullo sviluppo e sul decorso della disabilità temporanea e permanente, possono essere affrontati con diversi tipi di approccio di tipo psicologico che si integrano con altri tipi di intervento di tipo sanitario, sociale, lavorativo ed educativo.

Il Disability Manager è la figura professionale, che partendo da una competenza di tipo clinico e organizzativo, è in grado di connettersi ad altre specifiche professionalità competenti presenti all'interno dell'azienda, allo scopo di comporre un intervento volto a consolidare il benessere in ambito lavorativo nel rispetto dell'apporto richiesto ad ogni singolo individuo impiegato nel processo produttivo.

Sia per il soggetto momentaneamente disabile che per il disabile permanente, lo strumento per garantire il raggiungimento di tale obiettivo è la pratica e l'azione del professionista definito Disability Manager.

Così come l'esperienza individuale di ogni disabile determina una direzione specifica nella strategia adottata per migliorare le sue condizioni lavorative, anche l'esperienza personale e professionale dell'esperto deve considerarsi valore aggiunto alla capacità di seguire buone pratiche nell'intervento di manutenzione del disagio.

Partendo dall'assunto che l'essere umano è innanzitutto, essere biologico e, quindi, soggetto all'attacco di malattie, stabiliamo immediatamente la ne-

cessaria accettazione del disabile come individuo e non come categoria a sé stante.

Solo nel rispetto di tale considerazione, che ci tiene al riparo da vecchie influenze di tipo assistenziale, il DM può constatare una biografia personale e lavorativa in grado di raccogliere tutti gli elementi che abbiano influenzato l'esito dell'insuccesso ( e del successo ) di un'esperienza lavorativa. Il professionista inoltre focalizza l'intervento sulla raccolta di tutte le esperienze di fronteggiamento della malattia nei vari ambiti di vita, progressi o relativi al lavoro, per prevenire la ricaduta di malattie o incidenti.

L'esperto deve altresì concepire il modello d'intervento in considerazione del luogo in cui viene attuato, cioè l'azienda, considerando il punto di vista del datore di lavoro. Tale modello deve avere tre livelli di riferimento: il lavoro, l'ambiente interno al lavoro e l'ambiente esterno al luogo di lavoro.

Naturalmente questi tre livelli si intersecano l'un l'altro e se l'intervento del DM si sbilancia su uno dei tre ambiti a scapito degli altri anche questi ne risentiranno. Per cui possiamo affermare che l'equilibrio è l'elemento sostanziale e necessario per un buon intervento di Disability Management.

Stabiliamo quindi che l'azione del DM sancisce il riposizionamento del lavoratore disabile al nuovo ruolo di cliente, utilizzando la figura di chi usufruisce di un

servizio con modalità attiva e partecipe.

L'azione principale del professionista perciò, deve essere condotta in questa direzione allo scopo di offrire al soggetto fruitore un altro modo di pensare se stesso. Le buone pratiche e la competenza del professionista coinvolto in questo processo, sono essenziali quanto l'esperienza personale e l'adesione alla filosofia di un intervento che nel nostro paese è ancora nella sua fase embrionale. Se non delineiamo a fondo la figura del DM, rischiamo di attestarci sulla reiterazione dei ruoli tradizionali che fino ad oggi hanno affrontato il compito di coniugare la disabilità con l'esigenza di business, senza contemplare una visione composta e bidimensionale del problema.

Il professionista "assistente", la cui esperienza deriva principalmente dai progetti riabilitativi e formativi, accoglie l'esigenza del disabile rispondendo solo al bisogno relativo al limite con la conseguente prevaricazione del danno sulla prestazione professionale, mentre l'esperto di risorse umane è ancora troppo incline a valutare la disabilità solo come rallentamento della produzione e non come elemento da ottimizzare in seno all'impresa.

Molte organizzazioni produttive italiane stanno però attrezzandosi per attivare un serio programma di intervento.

Tuttavia siamo ancora molto lontani dalle società an-



glosassoni in cui veri e propri organismi stabiliscono lo studio, l'applicazione e gli ambiti di intervento del DM, come nel caso dell'International Forum of Disability Management (IFDM) e dell'International Disability Management Standards Council (IDMSC) che tratta la valutazione degli standard di applicazione dell'intervento.

La figura del DM, interno o esterno all'azienda, si traduce come professionista in grado di rispondere all'esigenza di concretizzare un processo di costruzione di una personalità professionale.

Considerando il contesto pragmatico dell'impresa, il professionista deve essere in grado di prevenire gli elementi di deterioramento o di ricaduta in base alla storia professionale e personale del disabile; di trattare, attraverso una tecnica specifica di relazione d'aiuto, le condizioni essenziali e strategiche utili per offrire un metodo d'intervento autonomo e proficuo. E infine deve gestire, in sinergia con altre figure interne e esterne all'azienda, le relazioni intra ed extra aziendali.

La nostra esperienza, pur non essendo naturalmente la prima che in Italia abbia sperimentato la validità di un dispositivo quale è il DM, ci ha permesso tuttavia di modellare un intervento che rispecchiasse le esigenze di alcune realtà aziendali (Enti Pubblici e Aziende Multinazionali) che si ponevano il problema di coniugare la normativa (L68/99) con nuove soluzioni per garantire l'adattamento della persona a una produttività adeguata.

Noi l'abbiamo chiamata Consu-

lenza Clinica Organizzativa, che per brevità, definiremo CCO.

Le caratteristiche intrinseche della CCO sono sintetizzabili nell'attivazione di un modello d'intervento adottabile in diversi contesti aziendali, gestito da consulenti con riconosciuta esperienza clinica e di business esterni all'azienda. Questo dispositivo si prefigge innanzitutto di diffondere una metodologia scientifica necessaria a coniugare la relazione complessa tra disabilità e produttività all'interno di un'impresa.

Basandosi sull'ascolto e sulla tecnica di riformulazione delle esigenze espresse da ogni componente della relazione, la CCO ha l'obiettivo di implementare una cultura aziendale fondata sull'ottimizzazione di tutte le risorse umane disponibili al cui interno risiedano uno o più disabili, temporaneamente o permanentemente afflitti.

In sostanza si tratta di un intervento incrociato mirato al consolidamento delle risorse personali e al fronteggiamento del vincolo sanitario del lavoratore disabile, al miglioramento della sua prestazione professionale, all'ascolto della task (intendendo l'intero gruppo di lavoro in cui è inserito il soggetto), alle esigenze di business e di gestione del Management.

Il professionista della CCO è l'esperto che avrà conoscenza e preparazione nell'ambito della relazione clinica e psicologica. La competenza clinica e la capacità di trattamento delle disabilità, la sensibilità verso i bisogni degli altri dipendenti, nonché la conoscenza del business sono fattori costitutivi

della formazione dello specialista. E' necessario sottolineare quanto tale preparazione clinica e psicologica non implichi un approccio tradizionalmente terapeutico da parte dell'esperto, ma richieda esperienza e capacità di trattamento del disagio all'interno di un contesto non curativo.

In altre parole l'esperto di CCO deve essere in grado di gestire un'interrelazione che si triangola tra più elementi.

L'azione della CCO si integra all'interno dei programmi e delle attività che influenzano positivamente lo sviluppo dell'individuo, la produttività e il profitto delle organizzazioni.

Riferendosi al modello della Process Consultation, potremmo definire citando Biggio, che tale azione è basata sull'idea di aiutare gli altri a capire i propri problemi attraverso l'osservazione delle proprie modalità di comportamento operativo nei processi di elaborazione di soluzioni organizzative.

Questo modello prevede la coppia professionista/disabile che insieme osserva e indaga la realtà cercando una soluzione coerente con le risorse reali e potenziali messe in campo dal binomio disabile/organizzazione.

Nell'ambito della CCO, il centro d'interesse diventa il sostegno e l'aiuto nella gestione della complessità determinata dalla combinazione "residuo funzionale - vincolo di malattia" sia che si tratti di un'azione volta al recupero che di un'azione volta allo sviluppo.

**Corrispondenza: Mariacarla.sbolci@fastwebnet.it**



## XXVII CONGRESSO NAZIONALE ANMA

ROMA - dal 29 al 31 maggio 2014

Centro Congressi Roma Eventi- Piazza di Spagna

Evento annuale di riferimento per il Medico Competente, il Congresso Nazionale ANMA è un importante momento non solo per acquisire crediti ECM validi per l'aggiornamento professionale ma soprattutto per analizzare i vari aspetti tecnici e giuridici anche attraverso l'approfondimento di argomenti clinici.

Il programma che il Comitato Scientifico sta costruendo sarà il più possibile corrispondente alle molteplici esigenze della nostra comunità; i temi scientifici e professionali saranno trattati con il solito taglio "pratico" dai Gruppi di Lavoro ANMA e con il contributo di esperti qualificati.

Per aggiornamenti in tempo reale consultare  
la sezione dedicata al Congresso Nazionale  
2014 nel sito [www.anma.it](http://www.anma.it)



Associazione Nazionale  
MEDICI D'AZIENDA  
E COMPETENTI

## SEMPLIFICAZIONE: IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

*Relazione presentata il 19 ottobre 2013 al Seminario di Pavia ' Il Medico competente nella semplificazione, oltre la semplificazione '.*



### MATERIALI DI LAVORO

Marco Saettone,  
Consigliere nazionale

#### Premessa

La "semplificazione degli adempimenti meramente formali" prevista dall'art. 1 della L. n. 123/07 di delega al Governo per la riforma della normativa in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro è un obiettivo in parte mancato dal D. Lgs. 81/08 e dalle sue successive modifiche e integrazioni; non sorprende dunque che il "percorso della semplificazione" normativa sia in parte dedicato alla materia della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Possiamo iniziare con l'analisi del Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo .

#### La normativa della semplificazione

Il tentativo normativo di semplificare e "sburocratizzare", tra le altre, l'attività delle figure professionali impegnate nella sicurezza sul lavoro inizia con il **Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 recante "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo. Il Decreto "Semplifica Italia", convertito con la Legge 4 aprile 2012, n. 35** recante "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo" propone il duplice obiettivo della semplificazione normativa ed amministrativa introducendo disposizioni finalizzate sia a ridurre gli adempimenti necessari all'attività delle imprese, quali autorizzazioni, controlli nelle procedure pubbliche di appalto, sia a snellire procedimenti amministrativi, a migliorare l'efficienza della Pubblica Amministrazione, ad incentivare la digitalizzazione di documenti da conservare o produrre. Il Decreto ha carattere essenzialmente ordinamentale e demanda la sua attuazione a numerosi adempimenti tra cui regolamenti di attuazione e di delegificazione, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, decreti interministeriali e ministeriali.

Il percorso normativo della semplificazione è proseguito con il **Disegno di Legge sulle Semplificazioni varato dal Consiglio dei Ministri il 16 ottobre 2012 e definito "Pacchetto Semplificazioni"**; le misure previste riguardavano prevalentemente le imprese, pur essendo stabilite specifiche semplificazioni in particolari settori anche per i cittadini. Come

precisato nella relazione di accompagnamento, la semplificazione degli adempimenti formali e degli oneri informativi avrebbe consentito, se realizzata, di concentrare l'attenzione sul corretto adempimento degli obblighi sostanziali realizzando un risparmio di 4,6 miliardi di oneri amministrativi. Il "Pacchetto Semplificazioni" proponeva misure concordate con il competente Ministero e riferite esclusivamente ad adempimenti formali ("burocrazia del lavoro"), salvaguardando gli aspetti sostanziali della sicurezza, la cui effettività sarebbe stata anzi rafforzata: la riduzione degli oneri amministrativi connessi agli adempimenti formali "consentirà" di liberare risorse per assicurare il bene supremo costituito dalla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori. In sintesi, "meno carta e più sicurezza".

Il Disegno di legge, composto di VII Capi, ciascuno relativo ad uno dei settori interessati dalle misure di semplificazione, concentrava nel Capo I le misure in ordine agli adempimenti formali in materia di sicurezza sul lavoro. Di particolare interesse per il Medico Competente l'art.1 contenente misure per la di semplificazione degli adempimenti relativi a informazione formazione e sorveglianza sanitaria per il lavoratore con permanenza nei luoghi di lavoro di breve durata.

Il tema è stato successivamente approfondito dal Decreto interministeriale del 27 marzo 2013 relativo alla semplificazione degli adempimenti relativi a informazione formazione e sorveglianza sanitaria per il lavoratore del settore agricolo le cui prestazioni non superano le 50 giornate anno. Il decreto prevede che l'idoneità espressa in occasione della visita medica sia valida per un certo arco temporale (2 anni) al fine di evitare la pleora di visite mediche ed accertamenti strumentali per i lavoratori stagionali e somministrati.

Le Misure di semplificazione in materia di sorveglianza sanitaria e in relazione ai rapporti tra medico competente e servizio sanitario nazionale prevedevano all'articolo 2 l'introduzione di "Modelli semplificati per le relazioni relative alla sorveglianza sanitaria". In pratica veniva in parte sostituito il testo dell'art. 40 del D. Lgs.81/08 rimandando ad un successivo decreto, da adottare entro il 31 dicembre 2013, la definizione dei contenuti degli Allegati 3° e 3B secondo criteri di semplicità e comprensibilità.

Veniva ancora disposto il recepimento della Direttiva 2007/30/CE con meno oneri e maggiore tutela del-

la sicurezza dei lavoratori, prevedendo la possibilità di sostituire la redazione del documento di valutazione dei rischi da interferenze con l'individuazione di un responsabile che sovrintenda e vigili sulle attività.

Inoltre nel Disegno di legge venivano esclusi da tale onere i servizi a rischio pressoché nullo, come quelli di natura intellettuale o le mere forniture di materiali o attrezzature. Si prevedeva, infine, che le imprese che operano in settori di attività a basso rischio potessero sostituire il documento di valutazione dei rischi con un modello semplificato.

Venivano ancora introdotte misure di "Semplificazione di adempimenti nei cantieri" attraverso l'adozione di "Modelli semplificati per la redazione dei documenti in materia di sicurezza sul lavoro nei cantieri e altre misure di semplificazione per i piccoli lavori".

Le finalità e i principi dei documenti previsti dal D. Lgs. 81 restano immutati e possono più efficacemente essere perseguiti attraverso modelli semplificati evitando la redazione di documenti sovrabbondanti, molto costosi e inefficaci per guidare l'azienda nell'analisi dei rischi e ai fini della prevenzione effettiva degli infortuni nei cantieri edili.

#### Alcuni commenti...

Il disegno di legge sulla semplificazione amministrativa fu accolto con favore soprattutto dalle associazioni datoriali perchè conteneva misure che le imprese chiedono da tempo per liberare le energie e le risorse private dal peso della cattiva burocrazia. Queste misure, se approvate, avrebbero facilitato gli investimenti e le iniziative economiche private, senza alcun impatto sulla finanza pubblica. Secondo il Centro Studi di Confindustria una diminuzione dell'1% dell'inefficienza della pubblica amministrazione porterebbe a un incremento dello 0,9% del PIL. "Per questo motivo, la rapida approvazione delle semplificazioni dovrebbe rappresentare una priorità in questa delicata fase di crisi economica. Delude quindi la scelta di inserire il pacchetto di semplificazioni in un disegno di legge ..." cfr Il Sole 24 ore ...

Il "pacchetto semplificazioni" si è di fatto impantanato nelle vicende della politica nazionale e non è mai stato approvato ...

## Cos'è allora un Disegno di legge e cosa lo distingue dal Decreto Legge?

Il **disegno di legge**, più comunemente indicato con la sigla “ddl”, è il testo di una proposta di legge avanzata dal Governo, o dall'opposizione. Tale proposta deve essere approvata dalla Camera dei Deputati e dal Senato, e quindi essere firmata dal presidente della Repubblica. Il **decreto di legge**, o “dl”, è una norma emessa direttamente dal Governo e che non richiede approvazione dalle Camere. Tale provvedimento entra in vigore immediatamente ed è autorizzato solo in casi straordinari di necessità e urgenza. In ogni caso il decreto di legge ha valore solo provvisorio e deve essere convertito in legge entro 60 giorni dal Parlamento, altrimenti decade “retroattivamente”, ovvero perde ogni valore e ai fini legislativi e legali è come se non fosse mai entrato in vigore.

## Il “Decreto del Fare”

Come prosegue la storia? Il Consiglio dei Ministri, ravvisando il caso straordinario di necessità e urgenza, sulle ceneri del Disegno di legge contenente il “pacchetto semplificazioni”, vara il **Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia (GU n.144 del 21-6-2013 - Suppl. Ordinario n. 50)** Il Decreto, vigente dal 22 giugno 2013, è stato convertito con la **legge 9 agosto 2013, n.98**, dopo un rapido iter parlamentare e con l'approvazione di numerosi emendamenti.

*Il Decreto del fare ripropone, con numerose modifiche ed alcune omissioni, le misure contenute nel disegno di legge dell'ottobre 2012.*

Il Titolo II del Decreto dedicato alle “Semplificazioni” contiene al **Capo I “Misure per la semplificazione amministrativa”** le parti più importanti per il MC; in particolare l'**art. 32 “Semplificazione degli adempimenti formali in materia di lavoro”** introduce al **comma 1, lettera b** misure di “Semplificazione per attività a basso rischio infortunistico”. In coerenza con i principi internazionali sempre più orientati sul “risk management” e con le

raccomandazioni europee fondate sul principio di proporzionalità, sono stati previsti modelli e procedure semplificati “su misura” per le attività a basso rischio di infortuni e malattie professionali, fermi restando i livelli di tutela sostanziale. Le disposizioni del D.L. prevedono che, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare, sulla base delle indicazioni della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, sono individuati settori di attività a basso rischio di infortuni e malattie professionali, sulla base di criteri e parametri oggettivi, desunti dagli indici infortunistici e delle malattie professionali di settore dell'INAIL. Tale decreto sarà adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. I datori di lavoro delle aziende che operano nei settori di attività a basso rischio di infortuni e malattie professionali possono effettuare la valutazione del rischio, utilizzando un modello semplificato che sarà allegato al decreto. Resta ferma la facoltà delle aziende di utilizzare le procedure standardizzate già previste. La relazione di accompagnamento al Decreto sottolinea dunque la massima trasparenza, i parametri oggettivi basati sugli indici INAIL e modelli semplificati, il massimo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, datoriali e delle Regioni. **Al comma 1 lettera a dell'art. 32 troviamo le semplificazioni in materia di DUVRI: Per quanto concerne il documento di valutazione dei rischi da interferenza (DUVRI)**, necessario quando nello stesso ambiente operano soggetti appartenenti a più imprese, è previsto che, nei settori a basso rischio di infortuni e malattie professionali, il datore di lavoro possa, in alternativa alla predisposizione del DUVRI, nominare un proprio incaricato, in possesso di formazione, esperienza e competenza professionali adeguate e specifiche, nonché di periodico aggiornamento e di conoscenza diretta dell'ambiente di lavoro, per sovrintendere alla cooperazione e al coordinamento con altre imprese. Si sposta l'attenzione dall'adempimento formale a quello sostanziale attraverso l'individuazione di una figura qualificata, che conosce ed è presente sul luogo di lavoro ed è, quindi, in grado di intervenire più efficacemente per evitare i rischi da interferenze. Dell'individuazione dell'incaricato o della sua sostituzione deve essere data immediata evidenza nel contratto di appalto o di ope-

ra. Ovviamente, questa misura non si applica ai rischi specifici propri dell'attività delle imprese appaltatrici o dei singoli lavoratori autonomi. Le disposizioni entreranno in vigore a seguito dell'adozione del decreto che individua i settori a basso rischio di infortuni e malattie professionali.

Troviamo ancora la “**Semplificazione dei cantieri temporanei e mobili**” (**comma 1, lett. h**): per i cantieri temporanei e mobili, con decreto del Min. del lavoro e politiche sociali, di concerto con il Ministro infrastrutture e trasporti, sentita la Comm.ne consultiva permanente e previa intesa con la Conferenza Stato, Regioni, sono adottati modelli semplificati per la redazione del piano operativo di sicurezza (POS), del piano di sicurezza e coordinamento (PSC) e del fascicolo dell'opera; la semplificazione in tema di “**Formazione e aggiornamento**” (**comma 1, lettere c e d**): Vengono eliminate le duplicazioni nella formazione attraverso il riconoscimento dei crediti formativi per la durata e i contenuti già erogati. Le modalità per il riconoscimento di questi crediti sono stabilite dalla conferenza Stato-Regioni; la “**Semplificazione in materia di comunicazioni e notifiche**” (**comma 1, lettere i, l, m**) che prevede la telematizzazione di numerosi obblighi di comunicazione e notifica contenuti nel testo unico della sicurezza sul lavoro; le “**Esclusioni dalla predisposizione del DUVRI**” (**comma 1, lettera g**): Le esclusioni relative al DUVRI riguardano i servizi di natura intellettuale, le forniture di materiali o attrezzature e i lavori o servizi la cui durata non è superiore ai cinque uomini-giorno, sempre che essi non comportino rischi derivanti dalla presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive o dalla presenza dei rischi particolari di cui all'allegato XI; la “**Semplificazione dei modelli per la redazione del piano di sicurezza sostitutivo**” (**comma 4**): nei contratti relativi ai lavori pubblici, con decreto del Min. Lavoro, di concerto con il Min. Infrastrutture trasporti, sentita la Commissione consultiva permanente e previa intesa con la Conferenza Stato Regioni, sono adottati modelli semplificati per la redazione del piano di sicurezza sostitutivo (PSS). La auspicata semplificazione in tema di **Denuncia infortuni è introdotta al comma 6**: la denuncia degli infortuni è effettuata (obbligatoriamente

te per via telematica dal 1 luglio) dal datore di lavoro all'Inail, mentre all'autorità di PS, che la trasmette alle ASL, viene generalmente inviata per raccomandata con ricevuta di ritorno. La nuova disposizione prevede che l'INAIL trasmetta le denunce per via telematica all'autorità di pubblica sicurezza, all'ASL e le altre autorità competenti. Maggiore celerità a denunce fino ad oggi effettuate per posta e unificazione delle comunicazioni nei confronti della PA in capo a cittadini e imprese. La disposizione diventerà operativa sei mesi dopo l'entrata in vigore del decreto che prevede le modalità tecniche di funzionamento del sistema informativo per la prevenzione.

L'art. 35 del Decreto contiene le “**Semplificazioni per le prestazioni lavorative di breve durata**”: È prevista l'individuazione, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute di semplificazioni della documentazione per dimostrare l'effettivo adempimento degli obblighi di informazione e formazione, quando la permanenza del lavoratore in azienda non sia superiore alle cinquanta giornate di lavoro nel corso dell'anno solare. Con un ulteriore decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, sono definite misure di semplificazione degli adempimenti relativi all'informazione, formazione, valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria per le imprese agricole, con particolare riferimento a lavoratori a tempo determinato e stagionali, e per le imprese di piccole dimensioni.

*Come già segnalato in questo articolo, Il tema della semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata è materia già trattata nel Decreto interministeriale del 27 marzo 2013 relativo alla semplificazione degli adempimenti relativi a informazione formazione e sorveglianza sanitaria per il lavoratore del settore agricolo le cui prestazioni non superano le 50 giornate anno. Si tratta di approfondimento, sovrapposizione o dimenticanza?*

L'art. 32 dispone la soppressione di numerose certificazioni sanitarie che sono ormai ritenute non più utili; dalla data di entrata in vigore del decreto legge, **non dovranno essere più presentati**, tra gli al-

tri, il certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego; la certificazione attestante l'idoneità psico-fisica relativa all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici; il certificato medico comprovante l'idoneità fisica per l'ammissione al Servizio civile nazionale; limitatamente alle lavorazioni non a rischio, il certificato di idoneità per l'assunzione come apprendista e nel caso di minori. Rimane l'obbligo di certificazione per le attività sportive non agonistiche presso il medico di base.

Il percorso della semplificazione volge quasi al termine; l'ultimo capitolo, per ora, è rappresentato dal **Decreto Legge 28 giugno 2013, n. 76 recante i "Primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti. Il Decreto è stato convertito con la Legge 9 agosto 2013 n.99.**

In riferimento alla promozione dell'occupazione i cui termini sono contenuti nel Titolo I del Decreto: "Misure straordinarie per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile e della coesione sociale", l'art. 1 definisce gli Incentivi per nuove assunzioni a tempo indeterminato di lavoratori giovani; vengono privilegiati coloro che sono privi di impiego regolarmente retribuito da almeno sei mesi; sono privi di un diploma di scuola media superiore o professionale; vivono soli con una o più persone a carico. Sono previste inoltre disposizioni in materia di istruzione e formazione giovanile (il piano formativo individuale) e all'art. 2 troviamo linee guida volte a disciplinare il contratto di apprendistato.

Il Titolo II recante disposizioni in materia di rapporti di lavoro, occupazione e previdenza sociale dispone all'art 7 alcune modifiche in materia di contratto a tempo determinato; ben più impattante per il MC è però l'art. 9, relativo alle **sanzioni in materia di igiene salute e sicurezza sul lavoro**, che al comma 2 prevede *la sostituzione del comma 4-bis, dell'art. 306 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 con il nuovo comma 4-bis: le ammende previste con riferimento alle contravvenzioni in materia di igiene salute e sicurezza sul lavoro e le sanzioni amministrative pecuniarie sono rivalutate ogni cinque anni in misura pari all'indice ISTAT. Inoltre si sta-*

*bilisce che: la rivalutazione venga fissata ogni cinque anni con decreto del direttore generale della Direzione generale per l'Attività Ispettiva del Ministero del lavoro e delle politiche sociali; la rivalutazione avvenga in sede di prima applicazione, a decorrere dal 1° luglio 2013, nella misura del 9,6%; il 50% dell'ammontare delle maggiorazioni sia destinato al finanziamento di iniziative di vigilanza nonché di prevenzione e promozione in materia di salute e sicurezza del lavoro effettuate dalle Direzioni territoriali del lavoro. A tal fine è autorizzata la costituzione di apposito capitolo di bilancio presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.*

Infine al comma 6 vengono definite ulteriori disposizioni in materia di occupazione, dove si ribadisce l'importanza della tutela delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, indipendentemente dalla tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione lavorativa. Il riferimento viene fatto in particolare ai lavoratori in somministrazione ai quali deve essere pertanto garantita, nello svolgimento della loro attività presso l'utilizzatore, "l'integrale applicabilità delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81".



*La Redazione di Medico  
Competente Journal  
Augura Buone feste  
a tutti i lettori*

## NOTA ANMA SU ASSIPREV



La dinamica del mercato nel quale si muove il MC è oggetto come è noto di interesse da parte di ANMA già da qualche anno, e si è concretizzata con la recente collaborazione con gli esperti economisti della Bocconi, dalla quale sono maturati documenti associativi e presentazioni congressuali ai quali rimandiamo.

In questa sede riteniamo invece di commentare brevemente il possibile ingresso nello scenario economico di un nuovo soggetto rappresentato da ASSOPREV, che si propone di riunire e rappresentare nelle sedi istituzionali le Società private che offrono servizi alle imprese in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL).

Non abbiamo evidentemente sufficienti elementi di valutazione per interpretare lo spirito che tale associazione può adottare nel rapporto con il singolo professionista, anche se auspichiamo che possa orientarsi a creare le sinergie adatte per rappresentare interessi ed obiettivi comuni.

Tuttavia i contenuti di alcuni articoli ed un “manifesto programmatico” che è stato diffuso ad opera della presidenza Assoprev consentono di formulare già alcune osservazioni.

Innanzitutto la molla che ha mosso i promotori di tale associazione è dichiaratamente legata alla difesa – di per sé oltretutto legittima – di un interesse corporativo, contrapponendosi – si legge testualmente – a “spinte lobbistiche e corporative volte a minare i principi della libera e leale concorrenza e della libertà di impresa”, e che favorirebbero la figura del singolo MC, laddove passasse un emendamento all’art. 39 del D.Lgs. 81/09 (che detta i requisiti professionali) che sancisca l’obbligo di sottoscrivere solo rapporti di dipendenza con quest’ultimo, e non più di libera collaborazione come oggi avviene. Ora ci sembra quantomeno limitativo l’iniziativa di confederare soggetti economici dei quali conosciamo l’importanza e la competenza – sia sul piano strettamente professionale che per le crescenti potenzialità di mercato – solo per contrastare un ipotetico emendamento di legge, del quale peraltro apprendiamo solo ora l’esistenza, non sappiamo da chi sia appoggiato né quale possibilità di approvazione possa avere.

Possiamo inoltre con serenità affermare che non si sono mai alimentate guerre di posizione

ovvero “barricate” da parte della nostra associazione nei confronti di un interlocutore come le Società di Servizi, con le quali una buona percentuale dei MC (circa il 30% nella recente indagine CERGAS) collabora con reciproca soddisfazione da tempo.

Anzi abbiamo sempre affermato – ed ultimamente ribadito in occasione del nostro congresso nazionale a Castiadas – che esiste “un mercato possibile” ed un’opzione “cliente” del MC rappresentata dalla Società (intesa come Centro di Servizi integrati o Centro Sanitario), laddove questa :

- è radicata nel settore della MdL e nei suoi valori
- punta sulla creazione di valore attraverso la sinergia tra le diverse componenti (sorveglianza sanitaria, formazione, sicurezza tecnica, gestione documentale, ecc.)
- si appropria al datore di lavoro come partner globale e non come semplice fornitore di servizi.

Abbiamo inoltre ribadito – con una serena autocritica – come in questi anni i singoli MC siano stati prevalentemente soggetti passivi e poco sensibili ai segnali di un mercato in repentino cambiamento, con la malintesa rendita di posizione rappresentata dal monopolio sulla sorveglianza sanitaria, trovandosi

sostanzialmente in una posizione di rincalzo in uno scenario dominato da provider più attenti a fornire servizi più integrati ed assistenza più continua al cliente impresa.

Quello che però non riusciamo ad accettare sono affermazioni del tipo che un libero professionista puro sia per definizione “solo” e in quanto tale potenzialmente più “condizionabile”, prospettando invece un potere contrattuale ed un’indipendenza intellettuale ben diversa in caso di MC “protetti” da un Centro Servizi.

Non siamo cioè disposti a transigere sui principi cardini della professionalità e della qualità con i quali ANMA ha contribuito negli anni a tutelare la figura del MC, e che riteniamo siano i reali strumenti di autonomia del professionista, più ancora delle modalità contrattuali di svolgimento del proprio lavoro.

Il Direttivo Anma

Milano, 14 novembre 2013





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

2<sup>a</sup> parte: Trauma acustico ed esami audiometrici

### Definizione di trauma acustico

Ipoacusia cocleare, bilaterale e pressochè simmetrica, ingravescente, spesso con acufeni, insorta a seguito di esposizione cronica a rumori; tale fenomeno può essere reversibile per brevi esposizioni a suoni intensi

**Francesco Bacone** osservò che "un suono molto forte, e vicino, ha reso molte persone sorde". Rilevò inoltre che "io stesso, stando vicino a uno che richiamava un falco con suoni forti e acuti, ebbi improvvisamente un disturbo, come se qualcosa si fosse rotto o spostato nell'orecchio e subito dopo avvertii uno scampanio intenso, tanto che temetti d'esser diventato sordo: però dopo qualche quarto d'ora tutto finì". Null'altro, quindi, che la descrizione delle reazioni a livello uditivo provocate da un trauma acustico acuto.

Storicamente il problema della sordità professionale ha destato l'interesse da parte dei medici fin dal XVI<sup>o</sup> secolo, quando fu descritta l'ipoacusia nei soldati addetti all'uso del cannone.

**Classica la nozione dei problemi di udito nei suonatori di campana.**

Alla fine del XIX secolo e all'inizio del XX l'incremento esponenziale del tasso di **industrializzazione** rese molto più evidente il problema dell'esposizione al rumore.

Studi significativi sono stati quelli di **Baughn (1973)**, che pubblicò un'analisi di 6500 audiogrammi traendone indicazioni per la valutazione del rischio professionale, e quelli di **Johnson e Harris (1976)**, che dimostrarono come il 36% della popolazione lavorativa esposta cronicamente a un rumore di 95 dB presentava una perdita uditiva di oltre 25 dB alle frequenze critiche per la voce parlata (500, 1000, 2000 Hz) dopo 20 anni di esposizione (all'età media di 40 anni). Se il rumore ha un'intensità di 100 dB o più, la percentuale sale al 50%.

Il rumore è ritenuto lesivo per l'udito sopra gli 85 dBA-Leq.

Sotto gli 80 dBALeq gli studiosi ritengono possibili solo effetti extrauditivi.

### Effetti uditivi del rumore

- *Spostamento temporaneo della soglia uditiva*
- *Ipoacusia da trauma acustico acuto*
- *Ipoacusia da trauma acustico cronico o ipoacusia da rumore*

### Cosa si intende per rischio nei luoghi di lavoro?

«rischio»: probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di esposizione ad un determinato fattore o agente.

Non cambia la definizione del rischio contenuta nell'art. 2, comma 1 lettera s, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 rispetto a quella contenuta nel decreto legislativo 626/94 al quale va riconosciuto il merito di aver introdotto nel nostro Paese una nuova filosofia in materia di tutela della salute dei lavoratori il cui asse portante è sicuramente rappresentato dalla valutazione dei rischi da parte del datore di lavoro, laddove la valutazione è da considerarsi come momento iniziale di un processo che interessa tutta l'organizzazione della produzione che va razionalizzata e pianificata al fine di raggiungere l'obiettivo di una sostanziale e progressiva eliminazione o, almeno, riduzione del rischio.

**Nel linguaggio comunemente usato il termine "pericolo", che rappresenta la proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni, viene confuso con il termine rischio.**

La "Norma UNI EN 292 PARTE I/1991" definisce il pericolo come fonte di possibili lesioni o danni alla salute ed il rischio come combinazione di probabilità e di gravità di possibili lesioni o danni alla salute in una situazione pericolosa.

È fondamentale, quindi, distinguere tra i concetti di

pericolo e di rischio che risultano sostanzialmente diversi in quanto il pericolo contiene in sé la certezza del verificarsi dell'evento avverso mentre il rischio implica solo la possibilità, con la conseguenza che il rischio non potrà essere eliminato finché esisterà una sorgente di pericolo.

### Valori di esposizione Giornaliera 8h

Valori Inferiori 80 dB: non apprezzabile pericolo per l'udito, rischio di ipoacusia non significativo

Valori Superiori 85 dB: apprezzabile pericolo per l'udito, rischio di ipoacusia significativo

Tra 85 dBA e 87 dBA

viene attivata la formazione sull'uso corretto dei DPI, sull'uso delle macchine rumorose.

I lavoratori sono obbligati all'uso dei mezzi di protezione individuale.

Le aree interessate sono evidenziate con segnaletica. vengono attuati controlli sanitari

### Valore Limite di legge : 87 dBA

#### Effetti extrauditivi 1: sul lavoro

Secondo le linee guida IspeSl, il rumore in ambito lavorativo non produce solo trauma acustico, ma è un agente fisico che può contribuire in maniera significativa ad aumentare altri rischi presenti sul luogo di lavoro, ad esempio:

- può aumentare il rischio di infortuni a causa dell'impossibilità di udire i segnali di allarme
- può interagire con l'esposizione a certi prodotti chimici aumentando ulteriormente il rischio di perdita dell'udito
- può essere causa di stress sul lavoro.

#### Effetti extrauditivi 2: vita quotidiana

- fastidio o disturbo al riposo ed alle attività umane
- pericolo per la salute umana con incremento di patologie aspecifiche
- deterioramento degli ecosistemi dei beni materiali, dei monumenti, dell'ambiente abitativo o

dell'ambiente esterno tale da interferire con le legittime fruizioni degli ambienti stessi .

### Sono riconducibili all'alterazione del panorama sonoro effetti di alterazione di comportamenti o annoyance

L'alterazione del panorama sonoro provoca sensazioni di scontentezza verso il rumore, vissuto come il responsabile di difficoltà o lentezza nell'addormentamento, risveglio durante il sonno, risveglio precoce, influenza sulle relazioni umane come interferenza alla comprensione della parola, difficoltà di concentrazione e quindi riduzione dell'efficienza in generale, ed in particolare sul rendimento lavorativo e sulla capacità di apprendimento.

### Per la maggior parte dei rumori considerati "inquinanti" non sono prevedibili danni uditivi

In relazione all'inquinamento acustico prevalgono quindi i danni extrauditivi, con serie difficoltà nel provare con sufficiente certezza il nesso di causa

### Il danno biologico da "annoyance" ambientale

- Danno non somatico ma psichico di complesso inquadramento nosografico
- Difficile dimostrare la produzione di un danno biologico permanente.
- Solitamente cessa entro qualche tempo dal cessare della esposizione sonora disturbante

### La valutazione del danno da inquinamento acustico è basata su competenze multidisciplinari di vari professionisti

- Tecnico acustico esperto in "normativa" e rilevamenti ambientali
  - Clinico per la oggettivazione di elementi biologici derivati dalla "annoyance"
  - Medico legale per la verifica del nesso di causa e per la quantificazione del danno alla persona
- Indipendentemente dalle caratteristiche fisiche del rumore dal quale viene generato, il trauma acustico presenta connotazioni costanti.

L'elettivo interessamento delle frequenze 3-6 khz e' legato a:

- L'effetto risonanza del condotto uditivo esterno, centrato sui 2-3Khz.
- Turbolenze create nella perilinfia, piu' intense nel giro basale della coclea
- L'attivazione del muscolo stapedio protegge prevalentemente le frequenze medio gravi

### La fatica uditiva.

- Se esaminiamo le variazioni temporanee di soglia (TTS) rileviamo che la durata di tale effetto può andare da frazioni di secondo fino a parecchi giorni . Il concetto si può chiarire con la seguente classificazione (Del Bo - Giaccari):
- 1) TTS di brevissima durata (mascheramento residuo)
- 2) TTS a breve termine
- 3) TTS2 normale, o fatica fisiologica
- 4) TTS2 di lunga durata o fatica patologica

1) TTS di brevissima durata : il mascheramento residuo ha brevissima durata (inferiore al 1/2 sec.). Sembra in rapporto al periodo refrattario di alcuni elementi nervosi: dopo aver trasmesso un impulso una fibra nervosa non può più trasmettere per un certo periodo e poi, per un certo tempo ancora, richiede una energia di "input" superiore al normale per poter trasmettere.

2) TTS a breve termine: l'esposizione a livelli moderati di toni puri produce un TTS a breve termine con adattamento ai bassi livelli. Un rumore affaticante di circa 85 dB SPL della durata di 1 minuto, o più, produce oltre al mascheramento residuo un TTS di vari minuti.

3) TTS 2 normale: per rumori impulsivi e di elevata intensità, la fatica fisiologica comporta una variazione della soglia, massima dopo due minuti, che ritorna alla normalità dopo 16 ore (1000 minuti) di riposo. In generale l'ambito del normale comprende valori di spostamento temporaneo della soglia, 2 minuti dopo l'esposizione al rumore (TTS2) fino a 25-30 dB. Sia il TTS che il recupero procedono in maniera esponenziale.

4) TTS 2 di lunga durata o fatica patologica : se l'espo-

sizione è tale, per intensità e durata, da provocare più di 40 dB di TTS2 , il recupero non procede in maniera esponenziale e non risulta completo dopo 16 ore di riposo ma può durare giorni. La normalizzazione procede in maniera lineare per ogni giorno di riposo. I giorni possono essere numerosi, fino a raggiungere un periodo anche di varie settimane. Siamo in questo caso in presenza di fatica patologica, fenomeno che può preludere ad uno spostamento permanente della soglia (PTS).



Livello di pressione sonora – dB SPL  
Dannosa

- 140 dB Motore Jet
- 120 dB Martello pneumatico
- 110 dB Perforatrice da roccia

Critica

- 100 dB Interno di auto a 120 Km/h
- 90 dB Veicolo pesante
- 80 dB Traffico intenso

Di sicurezza

- 70 dB Aspirapolvere
- 60 dB Conversazione normale
- 50 dB Ufficio tranquillo
- 40 dB Bisbiglio
- 30 dB Ambiente urbano tranquillo
- 20 dB Voce sussurrata
- 10 dB Fruscio di foglie
- 0 dB Soglia di udibilità

## Il fenomeno del "thoughtening" : e' un fenomeno di progressiva resistenza della cellula acustica al trauma acustico

### TOUGHTENING

- Il sistema uditivo è stato tradizionalmente considerato privo di capacità rigenerative soprattutto per gli elementi sensoriali
- Alcuni studi hanno invece dimostrato la possibilità di rigenerare cellule acustiche, fibre nervose afferenti ed efferenti, cellule di sostegno, ecc
- L'organo del Corti manifesterebbe anche possibilità di variare le caratteristiche biomeccaniche ed elettriche in occasioni di stimolo potenzialmente lesivo.
- Ciò consentirebbe la graduale riduzione nel tempo del TTS dopo esposizione a rumori di elevata intensità.
- Il thoughtening sarebbe secondario alla azione delle fibre efferenti olivo cocleari che, modificando la contrattilità delle cellule acustiche esterne, ridurrebbero l'ampiezza della porzione di coclea interessata dallo stimolo sonoro.

### Clinica del trauma acustico

In riferimento agli effetti uditivi del rumore, clinicamente distinguiamo

#### Trauma acustico acuto

- La perdita uditiva da esposizione acuta a rumore è soggettivamente rilevata nell'immediatezza dell'evento. Il paziente lamenta acufeni ed ovattamento auricolare che possono protrarsi nel tempo anche quando il rilievo strumentale audiometrico è rientrato nei limiti della norma

#### Trauma acustico cronico

- Il trauma acustico cronico, viceversa, non dà segno di sé sul piano soggettivo anche per lesioni di discreta evidenza strumentale.
  - In particolare il paziente, se non sviluppa acufeni, non rileva apprezzabili problemi nella comprensione della voce di conversazione fino a che non risulta compromessa in modo consistente la frequenza di 3000hz.
- Progressione della lesione uditiva nel trauma acustico cronico.

## Rilevazione strumentale della soglia audiometrica

L'audiometria tonale è la misurazione della capacità uditiva mediante toni puri.

Lo scopo dell'esame audiometrico tonale è quello di cercare la **soglia uditiva** del paziente e cioè il minimo livello d'intensità sonora che possa suscitare in una sensazione uditiva per una determinata frequenza.

La soglia viene quindi individuata ad una certa intensità per una determinata frequenza di stimolo.

La variabilità della soglia uditiva è dovuta a:

- fattori legati al soggetto esaminato
- fattori legati alla strumentazione audiometrica
- variabili procedurali
- fattori legati all'esaminatore

Per eseguire l'audiometria tonale è necessario uno speciale apparecchio, chiamato **audiometro**.

L'audiometro è uno strumento capace di generare singole frequenze di suono ad intensità diverse e con differenti modalità (tono continuo, tono pulsato ..).

All'audiometro possono essere collegati vari trasduttori:

- cuffia, per la via aerea,
- vibratore, per la via ossea,
- casse acustiche per diffondere il suono nell'ambiente, che nel caso dell'audiometria è sempre una cabina silente.

Durante l'esecuzione dell'esame i valori della soglia uditiva rilevati per ogni singola frequenza verranno annotati su un grafico chiamato **audiogramma**.

L'audiogramma è costruito su un sistema di assi cartesiani, che riportano in ascissa la frequenza espressa in Hz, ed in ordinata l'intensità del suono espressa in db.

La soglia uditiva va ricercata chiedendo al paziente di segnalarci la minima intensità sonora da lui percepita per ogni frequenza.

Il paziente seduto in cabina audiometrica sentirà i suoni in un orecchio per volta. Per ogni suono udito dovrà alzare la mano corrispondente al lato dal quale avrà

sentito. Quindi se il suono arriva all'orecchio destro il paziente dovrà alzare la mano destra; se il suono arriva all'orecchio sinistro il paziente dovrà alzare la mano sinistra. Il paziente dovrà alzare la mano anche se il suono si presenta molto, molto debole.

È sempre preferibile inviare lo stimolo interrotto perché a basse intensità è più facilmente percepibile del tono continuo.

Il tono modulato è, invece, più indicato con i bambini molto piccoli o nell'audiometria protesica in campo libero.

Lo stimolo non deve mai essere presentato per troppo tempo: al massimo deve durare 1 o 2 sec.

La soglia va ricercata a partire, in genere, dalla frequenza centrale di 1000 Hz e l'intensità alla quale deve essere presentato il primo stimolo deve essere ben udibile. Si analizzano di seguito le frequenze acute e infine le frequenze gravi.

L'audiometria tonale è quindi una metodica soggettiva, perché si basa sulle risposte del paziente.

Esistono diversi tipi di soglia:

**La soglia di udibilità o di percezione**, che non è altro che il confine tra il sentire e il non sentire

**Il livello di comoda udibilità**, che è il livello al quale di solito emettiamo la voce,

**La soglia del fastidio**, che è il livello al quale ciò che sentiamo comincia a darci fastidio,

**La soglia del dolore**, che è il livello al quale la sensazione provocata dal suono non è più acustica, ma dolorosa

La soglia di udibilità e la soglia del fastidio delimitano il campo uditivo. A metà tra questi due livelli, a metà, quindi, del campo uditivo, si colloca il livello di comoda udibilità, identificabile con il livello della voce di conversazione. La soglia del dolore sta al di fuori del campo uditivo.

## EVOLUZIONE DEL T. ACUSTICO

- Incremento molto rapido nei primi 10-15 anni di esposizione
- Incremento più rapido nel 10-12% di persone "ad alta suscettibilità"
- Incremento più rapido nei soggetti con capelli ed occhi chiari

Un fattore che influenza il danno uditivo da esposizione al rumore è il sesso: le donne appaiono più resistenti (3 dB di differenza in media rispetto a colleghi maschi esposti al medesimo trauma acustico, secondo Burns e Robinson). Più che da fattori ormonali o genetici, tale differenza sembra più probabilmente da ascrivere alle assenze dal lavoro più frequenti, in particolare a periodi di allontanamento prolungati quali la gravidanza, che permettono verosimilmente un certo recupero uditivo. Le donne inoltre sono in genere meno esposte ad altre sorgenti di rumore (motori, armi da fuoco..) e ad altri co-fattori quali l'alcool e il tabacco, responsabili in qualche misura della degenerazione del neuroepitelio cocleare.

## T. A. E PATOLOGIE OTOLOGICHE PRESBICUSIA:

i due agenti eziologici possono interagire in modo

- Sinergico, con danno complessivo superiore alla somma dei due danni presi singolarmente;
- Additivo, con danno complessivo sovrapponibile alla somma dei due presi singolarmente;
- Esclusivo, con deficit risultante inferiore rispetto alla somma dei due danni, in quanto il TA agisce sulle stesse cellule cigliate che successivamente sarebbero sede della degenerazione presbiacusica

## PATOLOGIE DELL'O. MEDIO

- otite cronica ed otosclerosi possono nel tempo produrre "coclearizzazione" del danno per i toni acuti. Ciò determina una maggiore fragilità del soggetto nei confronti del trauma acustico.
- Viceversa, un deficit trasmissionale importante, secondo altri, può costituire elemento di protezione sugli effetti del rumore

## PATOLOGIE DELL'O.INTERNO

Questione controversa:

- Secondo i più esiste sinergismo tra i fattori concausali che agiscono sull'orecchio interno
- In una buona parte dei casi tuttavia vale il presupposto di "esclusione" della sinergia già espresso per la presbiacusia, in quanto il TA agisce sulle stesse cellule cigliate.
- Una certezza di sinergia vi è in presenza di contemporanea esposizione a sostanze tossiche sistemiche e farmaci ototossici

## Le condizioni che debbono ricorrere per attribuire la ipoacusia al rumore

- Deficit neurosensoriale morfologicamente compatibile
- Effettiva esposizione che giustifichi la comparsa del danno
- Assenza di altre cause che giustifichino la ipoacusia

## Deficit neurosensoriale morfologicamente compatibile

- Le prove sperimentali dimostrano che il deficit percettivo deve essere bilaterale e simmetrico
- Il danno inizia a livello dei 3000-4000hz per estendersi solo in tempi successivi alle frequenze più acute.
- Il deficit a 6000-8000hz è pertanto inferiore a quello dei 4000hz
- Solo per danni molto estesi ed originati da lungo tempo vi è un coinvolgimento dei 1000 e degli 8000hz, con curva morfologicamente "in discesa"

Profazio e coll. della scuola di Bologna nel 1986 hanno dimostrato che una perdita neurosensoriale simile a quella del trauma acustico è presente in molte altre patologie

• Malattie cardiocircolatorie	38%
• Traumi cranio cervicali	30%
• Farmaci ototossici	22%
• Diabete mellito	13%
• Infezioni virali	12%
• Iperdislipidemia	9%
• Malattie renali	6%

### Presenza di una esposizione che giustifichi la comparsa del danno

- Una esposizione a 80dB(A) per 8 ore al giorno per 40 anni non produce danno uditivo significativo tra gli esposti (Robinson e Lawton)
- Per esposizioni a 83-85 dB(A) la possibilità di contrarre ipoacusia sarebbe limitata al 6-7% degli esposti, dotati cioè di massima sensibilità al rumore.
- La previsione di lesività per tale soglia non è pertanto applicabile al singolo e sul piano statistico costituisce evento possibile ma poco probabile.

### Assenza di altre cause che giustifichino la ipoacusia

- La presenza del tipico deficit sui 4000Hz nell'adulto è da imputare a genesi non da rumore nel 42% dei casi (Profazio e coll)
- La presenza di un deficit misto, trasmissionale o senza caratteri particolari rende improbabile una relazione causale con l'esposizione al rumore

### Ipoacusie – Classificazione Merluzzi

Ai fini della classificazione Merluzzi è importante la determinazione della soglia delle frequenze di 500-1000-2000-3000 Hz.

Posizione frequenze di 500-1000-2000-3000 Hz	Giudizio	Merluzzi	Note
AB	normale		
4 AC 4 ACB 4 ADC	Ipoacusia da rumore	I grado	
3 AEC 3 AED 3 AEDC 3 AFD 3 AFDC	Ipoacusia da rumore	II grado	
2 AEDC 2 AEC 2 AED 2 AEFDC 2 AEFD	Ipoacusia da rumore	III grado	<b>OBBLIGO DENUNCIA INAIL</b>
1 AED 1 AEDC 1 AEFD	Ipoacusia da rumore	IV grado	
ED EFD EFDC FD	Ipoacusia da rumore	V grado	
EB	Ipoacusia non da rumore		
EDC	Ipoacusia mista		

No all'equazione:

Ipoacusia sui 4000hz + esposizione a rumore sup. Agli 80 db = ipoacusia professionale

### Classificazione dei tracciati: il criterio Merluzzi 1979.

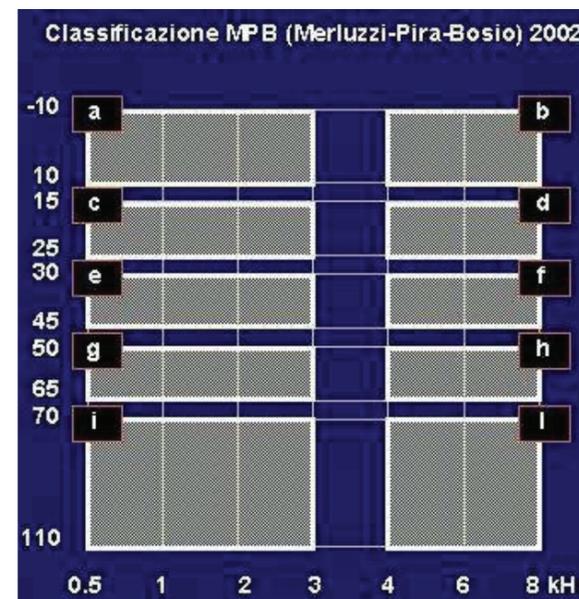
Metodo mediante il quale è possibile raggruppare in classi i diversi esami, indicandoli con un unico valore numerico.

Esso deriva da un sistema di classificazione proposto da I. Klockhoff in occasione del Congresso Internazionale di Audiologia di Budapest (1974) e messo a punto da Merluzzi e coll. nel 1979.

Il reticolo della scheda audiometrica è stato suddiviso in sei aree, ciascuna delle quali è indicata da una lettera dell'alfabeto: a seconda delle zone attraversate dal tracciato audiometrico, questo viene definito con un numero, da 0 a 7, si possono quindi distinguere 7 classi.

### Classificazione Merluzzi-Pira-Bosio 2002

Il reticolo audiometrico è suddiviso in aree orizzontali definite da intervalli di 20, 10, 15, e 40 dB, al fine di poter meglio identificare i tracciati con alterazioni "borderline" o "lievi".



Sono identificate due classi di normalità uditiva denominate 0 e 1a.

La duplice normalità, da -10 a 10 e da 15 a 25 dB, è stata dettata da due ordini di considerazioni: > dalla necessità di facilitare ed invogliare maggiormente il personale esecutore a ricercare la vera soglia uditiva e non solo quella generica collocata intorno ai 25 dB, e > dalla necessità di identificare preventivamente situazioni ancora comprese nella normalità, ma suggestive di uno stato evolutivo o di meiotragia d'organo.

Si ritiene che nei giovani al momento della assunzione sia importante ai fini preventivi, distinguere una soglia di 10 dB da quella di 25 dB.

Le classi della ipoacusia da rumore sono in totale 13. Esse sono indicate con numeri da 2 a 6 per indicare che progressivamente le soglie per 4, 3, 2, 1 e 0,5 kHz vengono a trovarsi oltre i 25 dB.

Ogni classe, ad eccezione della 6, è suddivisa in tre sottoclassi indicate dalle lettere a, b e c per indicare gradi successivi di gravità.

Ovviamente sia la progressione numerica che quella alfabetica ricalca il tipico andamento della ipoacusia da

rumore e rispecchia la progressione del danno uditivo. Tutti i casi definiti come ipoacusia non da rumore sono raggruppati nella classe 7; questa classe non prevede ulteriori suddivisioni in rapporto alla gravità.

Nella classe 8 sono raccolti tutti i casi diagnosticati come presbiacusia.

Nella classe 9 vengono collocati tutti i casi di deficit uditivo che riconoscono una doppia eziologia.

### Valutazione del peggioramento

Ovviamente la definizione di peggioramento è cruciale ai fini degli obiettivi che il programma di prevenzione si pone, quanto più restrittivo sarà il criterio tanto più efficace sarà la prevenzione.

Sono considerati due criteri:

- quello del NIOSH: una differenza di almeno 15 dB anche per un solo orecchio e anche per una sola delle frequenze indagate (0,5-1-2-3-4-6 kHz, e 8 kHz facoltativo) è considerata statisticamente significativa;
- quello dell'OSHA: è considerata statisticamente significativa una differenza media di almeno 10 dB per le frequenze di 2, 3 e 4 kHz anche per un solo orecchio.

Questi criteri prescindono completamente da considerazioni di tipo diagnostico e affermano unicamente che la differenza tra le due curve audiometriche non è casuale.

Il procedimento suggerito prevede pertanto due tappe:

- valutare se la differenza tra le due curve è statisticamente significativa (si suggerisce di utilizzare il criterio NIOSH)
- individuare le cause di tale differenza utilizzando tutti i criteri diagnostici relativi alle discipline di Audiologia e di Medicina del Lavoro

## PC, TABLET, SMARTPHONE E... MIOPIA



Paolo Santucci  
Consigliere Nazionale

**“Dottore, mi sono rovinato la vista dopo anni trascorsi davanti al computer!”.**

Quante volte ci hanno rivolto questa frase durante le visite mediche di un videoterminista? E quante volte abbiamo risposto pazientemente, e in maniera tecnicamente perfetta, che “ad oggi non risulta alcun danno per l’organo della vista”? Beh, posso immaginare le numerose risposte affermative.

Quindi tutto bene, tutto giusto, ma, c’è un ‘ma’, che da qualche tempo affiora nel mezzo della trattazione di questo tema, soprattutto se lo spostiamo verso l’uso di dispositivi sempre più diffusi anche in ambito lavorativo, che favoriscono maggiormente l’impegno visivo protratto e ravvicinato, come tablet e smartphone.

Ma procediamo con ordine. Dalla letteratura scientifica non sono mai emersi studi che dimostrino la presenza di un danno lavoro-correlato all’apparato oculo-visivo tra gli utilizzatori di videoterminale a partire da indagini italiane degli anni ‘80 e ‘90 (1, 2, 3).

Va tuttavia segnalato uno studio epidemiologico americano del 2009 (Vitale et Al.) che evidenziava la significativa maggiore prevalenza della miopia in una popolazione di età compresa fra 12 e 54 anni nel periodo 1999-2004, rispetto a 30 anni prima, ipotizzando come causa la combinazione di fattori genetici e di incremento del livello di istruzione della popolazione (4).

Ma uno studio internazionale multicentrico del 2012 (Morgan et Al.) si è spinto oltre, aprendo nuove prospettive all’approfondimento delle cause della miopia (5).

L’indagine evidenzia che nelle regioni dell’Est-asiatico si è verificato un notevole aumento della prevalenza di miopia fino a costituire la principale alterazione fra quelle che colpiscono il 90 % dei ragazzi giunti al termine del percorso scolastico. Ma incrementi di alterazioni oculo-visive, in particolare modo della miopia, si registrano, seppure in minore misura, in analoghe popolazioni di altre parti

del mondo. Per esempio le ultime statistiche riferiscono di una prevalenza della miopia in Italia del 21 % nei giovani fra i 18 e i 25 anni, mentre in Europa la miopia colpisce il 35 % della popolazione totale, contro il 20% degli anni '70 e il 10% degli anni '30.

Ritornando allo studio coordinato dall’australiano Ian Morgan, (Australian Research Council Centre of Excellence in Vision

Science, Università Nazionale di Canberra, Australia), le conclusioni dimostrerebbero che l’elevata prevalenza di miopia sia associata prevalentemente ai nuovi stili di vita, oltre che in minor misura ad aspetti genetici, che portano i giovani a trascorrere meno tempo all’aria aperta.

Il Prof. Ian Morgan e i colleghi cinesi, giapponesi e di Singapore hanno preso a riferimento una

popolazione di studenti di origine cinese, operante a Sidney con una prevalenza di miopia del 3 %, paragonandola alla stessa etnia vivente a Singapore che dimostra una prevalenza del 30 %, evidenziando che il primo gruppo leggeva anche per più tempo rispetto al secondo. Questo dato suggeriva che la miopia fosse legata ad aspetti più ambientali che genetici, considerando che i giovani viventi a Sin-





gapore trascorrevano molto meno tempo all'aria aperta.

Morgan allora ricorda che la miopia è causata sostanzialmente da un occhio che è cresciuto troppo in lunghezza, fino a determinare la caduta delle immagini davanti (e non su) la retina. Perciò l'ipotesi avanzata è che la luce molto più intensa dell'ambiente esterno, rispetto alla luce indoor, stimoli il rilascio di dopamina, sostanza nota anche per la capacità di bloccare la crescita del globo oculare. Que-

sta ipotesi suggestiva sta cercando conferme in ulteriori trials, attualmente in corso.

Perciò, se l'ipotesi verrà confermata, la prevenzione della miopia nelle nuove generazioni passerà attraverso la raccomandazione di trascorrere almeno 2-3 ore al giorno all'aperto, naturalmente in maniera 'intelligente', in modo da non rischiare l'incremento di neoplasie cutanee correlate all'esposizione alla luce del sole, come precisato dagli autori.

Ma se questo studio propone l'ipotesi più suggestiva, e forse convincente, per spiegare il notevole incremento della miopia nella popolazione mondiale, il fermento su questa problematica non si esaurisce qui.

In occasione del 35° Congresso nazionale di chirurgia della cataratta e della refrattiva, tenutosi a Milano, i più importanti oculisti italiani hanno puntato il dito sul crescente utilizzo delle nuove tecnologie, soprattutto smartphone e

tablet, che costringono gli occhi a una messa a fuoco da vicino molto prolungata nel tempo, disabituandoli alla vista da lontano, e inoltre producono 'luce blu' che si dirige sulla retina, determinando irritazioni, stress e affaticamento.

Il primo meccanismo, definibile come 'protratto impegno visivo ravvicinato', è da tempo sotto la lente di ingrandimento: il continuo sforzo di messa a fuoco 'per vicino' sarebbe alla base di questa miopia 'evolutiva', favorita proprio dal lavoro prossimale. Si tratta di una miopia accomodativa, o pseudo-miopia, che può avere un andamento altalenante, diminuendo fino a sparire e poi ri-aumentando, che può cronicizzarsi producendo un difetto di rifrazione pari a mezza diottria, o al massimo una, se si svolgono abitualmente attività a brevissima distanza. Tuttavia un 'danno permanente' da miopizzazione 'definitiva' è stato smentito dagli studi longitudinali di oltre trent'anni fa, almeno per quanto riguarda l'uso professionale del computer (1,2,3), che non hanno trovato una maggiore prevalenza di miopia nella popolazione di videoterministi rispetto al controllo.

La problematica della luce blu è invece giunta alla ribalta più recentemente ma è già abbastanza indagata. Tuttavia i massimi esperti ad oggi non hanno dimostrato un danno legato all'utilizzo di dispositivi come tablet e smartphone, limitandosi a mettere in guardia gli operatori dal rischio di alterazioni degenerative retiniche per

operazioni di saldatura ad arco e ad elettrodo, processi di indurimento resine, processi di stampa industriali o ancora per attività svolte presso negozi, grandi magazzini, ipermercati, studi fotografici pubblicitari, teatri, set televisivi e cinematografici (6).

In conclusione, qualche certezza in più sta maturando sulla fisiopatologia dell'organo della vista applicata all'uso delle nuove tecnologie. Tuttavia, per adesso possiamo affermare che 'tiene' la tesi dell'assenza di danni per l'organo della vista, compresa la comparsa di miopia, nel caso di utilizzo, anche intenso, del videoterminale. Ma per quanto riguarda l'uso di smartphone e tablet, che comportano un impegno visivo particolarmente ravvicinato e sono stati introdotti più recentemente, è necessaria una dose ulteriore di cautela, ma soprattutto di pazienza, in attesa di studi che dicano una parola definitiva sull'effettiva responsabilità del 'near-work' (7) nello scoppio dell'epidemia mondiale di miopia.

Ma quali sono, in conclusione, i suggerimenti operativi per il medico competente che possono scaturire dalle indagini più recenti?

Utilizzare monitor più grandi, se possibile, per mantenere lo schermo ad una maggiore distanza, ricordarsi di fare le pause e, meglio ancora, gli esercizi di rilassamento oculo-visivo (8) e infine, per i giovanissimi, ricordarsi di trascorrere sempre qualche ora all'aria aperta!

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Bagolini B, Ricci B, Molle F, Lepore D, Study on ocular motility in Telephone Company employees working with video display units: preliminary conclusions, *Bollettino di Oculistica* 1989; Anno 68, Suppl.7: 49-68.
- 2) Scullica L, Rechichi C, The influence of refractive defects on the appearance of asthenopia in subjects employed at videoterminals (epidemiologic survey on 30.000 subjects), *Bollettino di Oculistica* 1989; Anno 68, Suppl.7: 25-48.
- 3) Rechichi C, Scullica L, VDU work - Longitudinal survey on refractive defects, *Acta ophthalmologica Scandinavica* 1996, 74: 629-631.
- 4) Vitale S, Sperduto R D, Ferris FL. Increased Prevalence of Myopia in the United States Between 1971-1972 and 1999-2004. *Arch Ophthalmol* 2009; 127: 1632-1639.
- 5) Morgan I.G., Ohno-Matsui K., Saw S-M, Myopia. *The Lancet*, 2012, 379: 1739 – 1748.
- 6) Piccoli B., Il rischio da esposizione a luce blu: considerazioni fisiopatologiche. ARPA Piemonte, Scuola Superiore di radioprotezione 'Carlo Polvani' 49° corso, Strumenti e metodi di indagine per la valutazione dell'esposizione umana a radiazione ottica non coerente, Ivrea 14-15 febbraio 2013.
- 7) Piccoli B., et Al., Linee Guida Società Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, 2013.
- 8) Santucci P., Il videoterminista e il Decreto Legislativo 81/08, Monografia ANMA, 2009.



ATTUALITÀ

## 10 PROPOSTE CIIP PRESENTATE A "MI IMPEGNO PER LA PREVENZIONE" SENATO, 25.10.2013



CIIP ha presentato 10 proposte per la prevenzione dei rischi sul lavoro, il 25 ottobre 2013 al Senato ("Sala Capitolare").

Nel biennio 2014-2015, **le 10 proposte CIIP potrebbero ridurre di 5 miliardi di Euro i costi della mancata prevenzione che oggi ammonta a circa 60 miliardi di euro/anno.**

**Le proposte e i contributi scientifici di CIIP** sono elaborati per:

- migliorare l'attuale normativa** in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- valutare i ritardi della **piena e completa attuazione del D.Lgs. 81/2008**, a livello nazionale e territoriale, anche ricorrendo alla "potestà di sostituzione" verso Regioni e ASL inadempienti;
- promuovere la cultura della prevenzione** in ogni luogo di lavoro e vita, a partire dalle scuole
- garantire la "legalità" e la "dignità del lavoro e sul lavoro"**
- semplificare senza ridurre la sicurezza**, evitando forme di sovrapposizione e duplicazione;
- garantire le necessarie risorse alla prevenzione** (personale qualificato, formazione e risorse tecniche e strumentali), tenendo conto di turnover, età e trasmissione di know how.

**Le 10 proposte CIIP sono tese a ridurre il numero di infortuni e M.P. attraverso azioni di prevenzione, In-Formazione e Assistenza**, che potrebbero ridurre le drammatiche conseguenze sociali e umane (lesioni, gravi, gravissime e mortali) e i costi a carico del sistema Italia *realizzando risparmi per 5 miliardi di Euro nel biennio 2014-2015:*

1. risparmi per 3 miliardi di Euro in 2 anni, riducendo del 5% il numero di Infortuni e M.P. (proposte punto V);

2. risparmi per 1 miliardo in 2 anni di euro, garantendo la fruibilità pubblica delle informazioni attivando i "Registri" dei professionisti della prevenzione (RSPP e Formatori qualificanti), cui possano rivolgersi i datori di lavoro (proposta n. 8) e attivando la "Settimana della sicurezza" (propos n. 6)

3. risparmi per 1 miliardo in 2 anni di euro con la SOLA approvazione del "libretto formativo" (proposta n. 9), che si attende dal 2003 e che garantirebbe risparmi le aziende grazie alla NON ripetitività della formazione di base, tramite:

- la formazione di nuovi assunti e tirocinanti/stagisti, poiché già fatta "a monte";
- la formazione degli allievi, che diventeranno lavoratori (circa 600.000 diplomati/anno).

All'International panel sono intervenuti, nell'ordine e tra gli altri:

- **On. Jole Santelli**, Sotto Segretaria, Ministero del Lavoro
- **Luigi CAL**, Direttore ILO per l'Italia
- **Francesca Grosso**, delegata Italy Focal Point OSHA
- **Hans Horst Konkolewsky**, ISSA Secretary General
- **Nicoletta Cornaggia**, delegata Conferenza delle Regioni
- **Senatrice Serenella Fucksia**, Segretaria Commissione Sanità del Senato
- **On. Antonio Boccuzzi**, Commissione Lavoro della Camera

E' stato letto l'intervento della **Senatrice Valeria Fedeli**, Vice Presidente del Senato.

L'evento ha ottenuto:

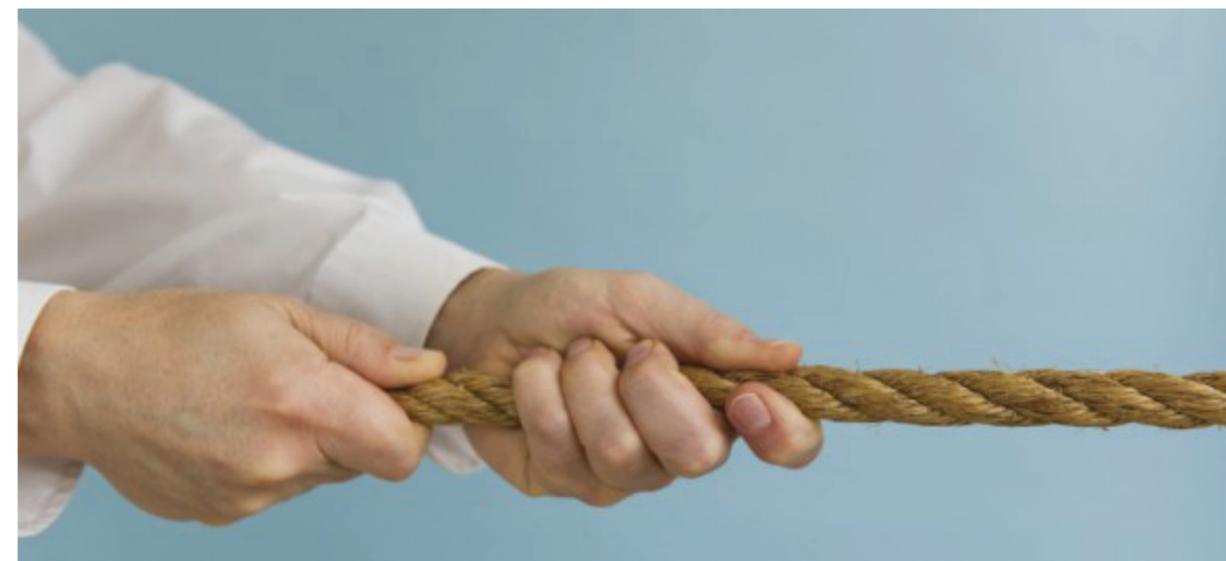
- Alto Patronato del Presidente della Repubblica
- Patrocinio del Presidente del Senato
- Patrocinio della Presidente della Camera
- Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri
- Patrocinio del Ministro del Lavoro
- Patrocinio del Ministro della Salute
- Patrocinio di ISSA
- Patrocinio di UE-OSHA
- Patrocinio di INAIL

Sono stati consegnati i "PREMI CIIP"-2013 a:

- **UE-OSHA**
- **IIS Mario Rigoni Stern** di Bergamo
- **ASL di Bergamo**
- **IIS Vincenzo Cardarelli** di Tarquinia
- **AUSL di Viterbo**

Per CIIP sono intervenuti:

- **Rino Pavanello, Giancarlo Bianchi e Laura Bodini**, Presidenza CIIP
- **Antonella Bena e Silvana Salerno**, ricercatrici





## DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

Consigliere Nazionale

### AMOR DE CARITATE di Jacopone da Todi

En Cristo è nata nova creatura,  
spogliato l' vecchio om, fatto novello;  
ma tanto l'amor monta con ardura,  
lo cor par che se fenda con coltello;  
mente con senno tolle tal calura,  
Cristo me trae tutto, tanto è bello!  
Abbraccime con ello per amor sì claro:  
"Amor, cui anto bramo, famme morir d'amore!"

Per te, amor consumome languendo,  
e vo stridendo per te abbracciare;  
quando te parti, sì moio vivendo,  
sospiro e piango per te ritrovare;  
e, retornando, el cor se va stendendo,  
ch'en te se possa tutto trasformare;  
donqua, più non tardare, amor, or me sovvene,  
ligato sì me tene, consumame lo core!

Resguarda, dolce amor, la pena mia!  
Tanto calore non posso patire:  
l'amor m'ha preso, non so do' me sia,  
che faccio o dico non posso sentire;  
como stordito sì vo per la via,  
spesso trangoscio per forte languire;  
non so co sofferire possa tale tormento,  
e però me sento, che m'ha secco lo core.

Cor m'e furato: non posso vedere  
che deggia fare, o che spesso faccia;  
e chi me vede, dice vol sapere  
amor senza atto se a te, Cristo piaccia.  
Se non te piace, che posso valere?  
De tal misura la mente m'allaccia  
l'amor che sì m'abbraccia, tolleme lo parlare,  
volere ed operare, perdo tutto sentore

