

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 1/2013



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

Numero 1/2013
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

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 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,
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



NOTA INFORMATIVA

TRASMISSIONE INFORMATIZZATA DEI DATI

DI CUI L'ALLEGATO II AL D.M. 9.7.2012 (ALLEGATO 3B DEL D.LGS. 81/08)

I Ministeri della Salute e del Lavoro e Politiche Sociali, il *Gruppo Tecnico Interregionale di Coordinamento PISLL* delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, l'INAIL, in *collaborazione con le organizzazioni scientifiche più rappresentative in materia*, la Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) e l'Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), avviano un percorso di collaborazione e condivisione, con l'obiettivo di semplificare e favorire gli adempimenti in oggetto (raccolta e trasmissione dei dati), ed efficaci ai fini delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

In questa prospettiva l'INAIL ha predisposto, ai sensi dell'intesa in Conferenza Unificata 153/CU del 20.12.2012, un applicativo web strutturato in maniera da rendere le operazioni di inserimento dei dati previsti dall'allegato II del DM 9.7.2012, e la loro trasmissione, il più possibile semplificata e standardizzata, anche attraverso l'automatizzazione di diversi campi di inserimento. Tale applicativo è stato presentato, nelle sue funzionalità, dai colleghi dell'INAIL nell'incontro tenutosi presso il

Ministero della Salute il giorno 24.4 u.s.

In tale sede e' stata condivisa l'opportunità di realizzare, prima dell'avvio operativo del sistema, una giornata seminariale **il 22 maggio p.v.** – di illustrazione e addestramento all'utilizzo dell'applicativo web” presso la Direzione Generale INAIL Sala Auditorium – Piazzale Pastore 6 – Roma dalle ore 9,30 alle 13,00.

Per favorire la più ampia partecipazione i lavori potranno essere seguiti dalle Direzioni Regionali INAIL in collegamento in videoconferenza e dalle Sedi territoriali in modalità streaming. A tal riguardo la Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) e l'Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), cureranno l'individuazione e la segnalazione all'INAIL, al fine di realizzare le migliori condizioni organizzative possibili, all'indirizzo p.cotugno@inail.it entro il 16 maggio p.v. i nominativi delle proprie rappresentanze sul territorio, che seguiranno il seminario dalle Strutture territoriali dell'Istituto, anche nella finalità di poter essere

di riferimento dei colleghi nelle successive fasi applicative.

Come è noto il termine per la trasmissione dei dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, relativi all'anno 2012, come previsto dal citato Allegato II del DM è fissato al **30 Giugno 2013**.

• Tenendo conto che l'invio di tali dati rientra nella fase di sperimentazione del sistema, e conseguentemente delle possibili difficoltà di raccolta e trasmissione telematica delle informazioni di cui sopra, si ricorda che, per l'intero periodo di sperimentazione, **è sospesa la sanzione di cui all'art. 58, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 81/08**.

• A tal riguardo, stante la formulazione letteraria del comma 4 del D.M. 9 luglio 2012, che può prestarsi a generare possibili dubbi interpretativi per gli organi di vigilanza, verrà chiarito a breve, con opportuna lettera circolare del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro, che la sospensione della sanzione per la mancata trasmissione dei dati inerenti la sorveglianza sanitaria entro il termine prefissato, opera senza limiti temporali, in quanto misura tesa a garantire una generale condizione esimente per il medico competente che si sia trovato nella condizione di non poter adempiere ad un suo obbligo non per proprie responsabilità omissive, ma per contingenti oggettive difficoltà operative nell'utilizzazione/funzionalità dello strumento telematico messo a disposizione in via sperimentale, stante l'incombenza della scadenza tassativa fissata per la trasmissione dei dati.

Al termine della raccolta dei dati inviati dai Medici Competenti e riferiti all'anno 2012, i Ministeri della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, con INAIL e congiuntamente con le Società scientifiche

SIMLII ed ANMA, analizzeranno e valuteranno i risultati complessivi della fase di sperimentazione. Obiettivo di questa fase è individuare modalità e contenuti per il miglioramento e lo sviluppo del sistema, e fornire ai Ministeri interessati tutte le indicazioni utili e necessarie per la formulazione di eventuali decreti successivi, come previsto dall'art. 4 comma 3 del DM.

Si sottolinea inoltre che le attività di assistenza, di valutazione dei dati, di proposte migliorative e di sviluppo del sistema, di informazioni di ritorno ai vari soggetti, saranno discusse e condivise nell'ambito di un costituendo tavolo di lavoro al quale partecipano tutti i soggetti che hanno condiviso questo documento.

Si anticipa di seguito una prima serie di indicazioni operative, a supporto delle attività in applicazione del citato DM 9.7.2012:

- il sistema operativo sarà accessibile ai Medici Competenti a partire dal **22 maggio 2013** sul sito **www.inail.it**, per la fase preliminare di registrazione (login e password) necessaria per l'inserimento ed invio dei dati;
- Contestualmente il Manuale d'uso dell'applicativo, sarà disponibile, consultabile e scaricabile sul sito web www.inail.it e sui siti web www.simlii.org e www.anma.it ;
- A partire dal 31 maggio 2013 il Medico competente potrà inserire e trasmettere i dati relativi al 2012;
- Saranno attivate iniziative informative e di assistenza sull'utilizzo dell'applicativo web.

Al presente documento viene data la più ampia diffusione, anche attraverso la pubblicazione sui siti web dei Ministeri della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, delle Aziende Sanitarie Locali, dell'INAIL e delle Società Scientifiche del settore.

ALLEGATO 3B: NOTA INFORMATIVA

Cari/e Soci/e,

in data 24 aprile 2013 abbiamo partecipato alla riunione presso il Ministero della Salute indetta per la presentazione ad Enti ed Associazioni del sistema gestito dall'INAIL di trasmissione dell'allegato 3B ex art. 40 D. Lgs. 81/08.

E' stato innanzi tutto ribadito che l'articolo 40 è attivo. Pertanto, come previsto dal DM 9 luglio 2012, tutti i medici competenti dovranno ottemperare alla disposizione entro il 30 giugno 2013. Il Ministero diffonderà nelle prossime settimane una Circolare finalizzata a chiarire anche gli aspetti inerenti la sospensione della sanzione.

Per parte nostra abbiamo chiesto con forza la sua abolizione per tutto l'esercizio 2012. Il software della piattaforma per la trasmissione per via telematica dell'allegato 3B presentata nel corso della riunione, è sembrato a tutti i presenti "friendly". Tuttavia, come sappiamo, sarà soltanto l'operatività sul campo ad evidenziare le eventuali criticità.

A tale proposito vi invitiamo fin d'ora a segnalarci all'indirizzo 'maurilio@mclink.it' le eventuali problematiche che riscontrerete durante l'uso della piattaforma dandone una sintetica ma precisa descrizione. La finalità, condivisa con il Ministero, è la raccolta ed il vaglio di tutte queste criticità durante la fase sperimentale con la finalità di correggere e migliorare il sistema. Per quanto riguarda le tempistiche, in base a quanto riferitoci durante l'incontro, l'accreditamento sul sito INAIL dovrebbe essere possibile dal 20 maggio, mentre a partire dal 30 maggio sarà possibile iniziare a caricare i dati ed a comunicarli. Ovviamente nella compilazione dell'allegato dovremo fare riferimento ai livelli di rischio che fanno scattare l'obbligo di sorveglianza sanitaria (livelli di azione, rischio chimico non irrilevante ecc).

Un caro saluto a tutti.

Il direttivo ANMA

LA SIGARETTA ELETTRONICA



La sigaretta elettronica o e-sig o anche svapatore, e-cigarette, e-ciga o Personal Vaporizer (VP) in lingua inglese è il fenomeno del momento. E' stata concepita in modo da assomigliare il più possibile alla normale sigaretta imitandone una serie di aspetti con l'obiettivo di non bruciare tabacco: quindi produce vapore denso come il fumo il quale viene aspirato nei polmoni, vi è la possibilità di associare spezie o nicotina. C'è chi dice che è un ottimo sistema per non smettere di fumare mentre per altri costituirebbe una scusa per iniziare. Indipendentemente dalla forma e dal colore la sigaretta elettronica è costituita da un filtro contenente la cartuccia, da un vaporizzatore o cartomizzatore, da una batteria elettrica ricaricabile e da un circuito elettrico. Vi sono cartucce monouso o ricaricabili manualmente. In alcuni modelli questa sorta di serbatoio prende il nome di "tank" e, anche in questo caso, può essere ricaricato più volte. E' all'interno di questa parte che viene immagazzinato il liquido

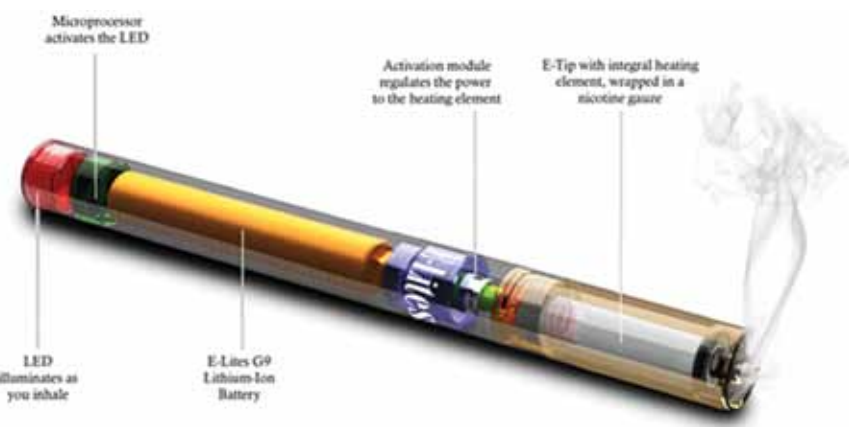
da far evaporare o meglio "svapare". Esistono liquidi premiscelati con aromi a scelta o additivati con nicotina in diverse concentrazioni. E' anche possibile acquistare separatamente i vari componenti base in modo da personalizzare vapore, gusti e quantitativi di nicotina. Per quanto attiene alla nicotina presente nei liquidi esistono confezioni commerciali in diversa concentrazione, da alta a media, bassa e assente. Alcuni sapori tendono a somigliare vagamente a quelli dei tabacchi utilizzati nelle sigarette e alcuni di questi tentano di imitare perfino specifici marchi anche se a tutt'oggi con risultati non del tutto apprezzati dai fumatori di tabacco. Sul mercato sono disponibili liquidi con aromi alimentari che riproducono una ampia gamma di gusti: menta, caffè, sigaro, pipa, vaniglia, fragola, cognac, ecc... Due sostanze sospese nel liquido determinano l'effetto fumo: il glicerolo ed il glicole propilenico. Al vaporizzatore compete la funzione di riscaldare il contenuto del ser-



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Fabio Beatrice

Primario di Otorinolaringoiatria, ASL TO2 di Torino, Ospedale San Giovanni Bosco



batoio e produrre il vapore nel quale restano sospese le sostanze odorose e l'eventuale nicotina aggiunta. E' costituito da un setaccio (detto crivello) solitamente in nichel il quale atomizza il liquido in microscopiche particelle di aerosol (in pratica fumo). Il "cartom" o cartomizzatore è una cartuccia usa e getta con atomizzatore annesso, è cioè un pezzo unico, ha una durata maggiore rispetto ad una normale cartuccia e dopo alcuni cicli di ricariche va sostituito con uno nuovo. Esistono sigarette elettroniche i cui circuiti sono in grado di spegnersi da soli in caso di surriscaldamento. Il processo di accensione e vaporizzazione richiede energia che è fornita da una batteria agli ioni di litio, ricaricabile. Quando il fumatore aspira dal bocchino, un sensore meccanico, composto da una pellicola di controllo della pressione atmosferica, rileva il flusso di aria ed agisce da interruttore sul circuito elettrico scaldando e provocando la vaporizzazione del liquido contenuto nel serbatoio. Esistono anche versioni prive del sensore di accensione e spegnimento e, in questo caso, la sigaretta elettronica è dotata di un tastino esterno sul quale si agisce manualmente. Si trovano batterie

di diversa tensione ed ovviamente la densità del vapore è proporzionale alla tensione elettrica. I modelli di e-ciga a tensione maggiore (da 3,7 Volt in su) sono denominati BB (Big Battery) ed erogando una maggiore potenza al vaporizzatore producono un fumo più denso. Ci sono prese USB-PASS che permettono di collegare la sigaretta elettronica direttamente alla presa USB del computer o anche all'accendino di alcune automobili avvalendosi di una tensione maggiore, pari a 5 Volt (corrispondenti ad una tensione medio alta). Ma ci sono sigarette elettroniche che arrivano a 7 Volt ed anche oltre in modelli BB ancora più potenti. Le batterie ricaricabili hanno una vita media di 4-5 mesi e come per tutte le batterie la loro durata è influenzata dal tipo, grandezza, frequenza di utilizzazione, ambiente in cui si fuma. I carichi batterie si avvalgono della normale presa da 220 Volt, di carica batterie USB o di prese per automobile. Nella e-ciga la batteria è la componente di maggior peso e maggior dimensione. La maggior parte delle sigarette elettroniche presenta in punta un LED luminoso rosso che simula la tipica combustione della sigaretta. L'utilizzazione della sigaretta elet-

tronica è semplice: si avvita la batteria nell'atomizzatore e quindi si introduce il filtro nel suo interno. Dando una boccata lo strumento si accende automaticamente per tornare in stand by non appena si cessa di aspirare. In genere il circuito elettronico interno evita le boccate troppo lunghe disponendo di uno spegnimento automatico ogni 5 secondi di inalazione. A seconda dei modelli il filtro deve essere sostituito dopo qualche tempo. Quando si aspira dal bocchino si introduce aria da forellini posti ai lati, questo flusso d'aria passa attraverso la pellicola di controllo della pressione atmosferica e prosegue il suo cammino nell'unità che libererà il liquido; grazie all'atomizzatore il liquido vaporizza ed esce sotto forma di fumo ad ogni inalazione. Il vapore "svapato" dalla sigaretta elettronica è il prodotto del riscaldamento del liquido contenuto nella cartuccia. I composti sono: acqua, glicerolo, glicole propilenico, aromi, nicotina.

Acqua: come quella dei rubinetti o che immettiamo nel serbatoio del ferro a vapore. Può essere utilizzata acqua minerale, osmotica o distillata che ha il vantaggio di non contenere residui calcarei.

Glicerina vegetale: costituita dal glicerolo che è anche un composto organico presente nel grasso dell'organismo umano; è un liquido incolore, denso, viscoso e dolciastro, umettante, cioè in grado di mantenere l'umidità, ed igroscopico, capace cioè di assorbire l'acqua presente nell'aria. E' un sottoprodotto della lavorazione dei vegetali e si ricava dalla spremitura e dalla filtrazione di semi di piante oleaginose tipo girasole, soia

ecc... E' anche utilizzata nella produzione del biodiesel. Ha un impiego nella produzione di sciroppi, creme cosmetiche e farmaceutiche, caramelle e nell'industria dolciaria. Quindi la via di introduzione nel nostro organismo è prevalentemente cutanea ed orale o rettale, se viene utilizzata per il confezionamento di supposte. In tutte le forme note di somministrazione è generalmente ben tollerata sebbene per bocca debba essere usata con prudenza nei diabetici, cardiopatici, soggetti con insufficienza renale ed epatica, nelle donne in gravidanza. L'assunzione in via orale ha un'azione lassativa. Non vi sono dati certi sugli effetti della glicerina sull'alveolo polmonare, in particolare non è ancora ben chiaro se questa sostanza possa alterare in qualche modo lo scambio di ossigeno a livello alveolare in termini di qualità e quantità della respirazione e, soprattutto, se eventuali disturbi respiratori abbiano significato transitorio o duraturo. Contraddistinta con la sigla E422 quale additivo alimentare è miscibile in acqua in ogni proporzione, conferendo fumosità al liquido che svapa: più glicerina c'è nel liquido, maggiore è l'effetto fumogeno. Viene infatti utilizzata nelle macchine che producono fumo in teatro e nell'industria cinematografica.

Glicole Propilenico (G.P.): anche questo è un composto liquido, incolore ed insapore, umettante ed igroscopico, con proprietà batteriostatiche. Quale additivo alimentare è contraddistinto dalla sigla E1520. E' un eccipiente farmaceutico, utilizzato nelle preparazioni di erboristeria e veicolante per gli aromi ma è anche base per i liquidi decongelanti (usato ad esempio negli aeroporti) o solvente per i liquidi di sviluppo della fotografia. Questa sostanza, se assunta per bocca, ha una bassa tossicità nell'uomo e per causare danni alla salute ne occorre l'ingestione di notevoli quantità. E' un prodotto classificato dalla Food and Drug Administration quale GRAS (sigla che in inglese significa "generalmente riconosciuto come sicuro") ai fini della industria alimentare. Il contatto prolungato con la pelle è generalmente non irritante. In caso di diretto contatto con gli occhi può provocare una temporanea congiuntivite che si risolve rimuovendo la sostanza. L'inalazione di vapori di Glicole Propilenico in alcuni soggetti può anche causare fenomeni di irritazione.

Gli aromi servono per dare sapore al liquido. Si tratta di comuni aromi alimentari testati per l'introduzione nel canale digestivo. Si aromatizza in genere nell'ordi-

ne del 3-10%.

La nicotina è la sostanza responsabile della dipendenza. E' considerata la VII droga più potente al mondo, in piccole dosi aumenta la frequenza cardiaca e la pressione del sangue, ha una azione "dopante" determinando un aumento della produzione di beta endorfine con azione stimolante e rilassante sull'organismo, migliora l'umore. La nicotina è la responsabile del classico "colpo in gola" che ogni fumatore ben conosce. In dosi elevate provoca nausea e vomito la dose letale per l'uomo è 0,5-1 mg/Kg.

Essendo la sigaretta elettronica un prodotto relativamente nuovo necessita ancora di essere valutata a livello tecnico per le differenze chimiche che propone rispetto alla sigaretta normale. Il rilascio della nicotina tramite il vapore ripropone la questione della dipendenza come per le sigarette normali e dovrebbero esistere norme chiare sul contenuto di questa sostanza. La questione dei contenuti e della loro concentrazione è ancora oggetto di ricerche; nel 2012 su Tobacco Control si riferisce proprio della insufficiente informazione relativamente ai contenuti della e-ciga in particolare in relazione all'effettivo contenuto di nicotina nelle cartucce rispetto al quantitativo totale titolato. Che non tutto sia chiaro lo evidenzia anche Cheah che nel 2012, sempre su Tobacco Control, ha testato nicotina e contenuto in glicoli di alcune sigarette elettroniche in commercio ed ha dimostrato che le informazioni sui contenuti delle cartucce erano limitate ed incomplete. In particolare pare vi sia una difformità tra il reale contenuto di nicotina e quanto indicato nell'etichetta. Questa osservazione alimenta dubbi sia sulla sicurezza che sulla efficacia della e-ciga e soprattutto non consente al presente una utilizzazione nell'ambito della cessazione. Peraltro non vi sono ancora studi che dimostrino una efficacia della e-ciga nella cessazione. Odum (J. Pharm Pract. 2012) si è soffermato sull'evidente contrasto tra la spiccata popolarità della e-ciga tra i fumatori i quali autonomamente la usano per smettere di fumare ed il ritardo e la prudenza della Food and Drug Administration per la quale la e-ciga non è ancora sufficientemente testata ai fini della sicurezza: una sorta di scollamento tra il mondo reale e quello scientifico! Certamente la sigaretta elettronica non contenendo molti dei prodotti della combustione del tabacco riduce tutti i rischi relativi alla cancerogenesi ma non sposta le questioni sanitarie di-

pendenti dalla nicotina. Nel 2013 Goniewicz (Nicotine Tob. Res) ha misurato i livelli di nicotina presenti nel fumo elettronico: questi variavano molto da 0,5 a 15,4 mg. ed ha constatato che i quantitativi di nicotina vaporizzati ed inalati provenienti da diversi brand erano inferiori rispetto a quelli delle sigarette normali. Purtroppo però non è ancora definitivamente chiaro se i quantitativi di nicotina dichiarati corrispondano effettivamente a quelli presenti ed inalati. Nel 2013 Flouris e Coll del Centro di Ricerca della Tessalia (Grecia) hanno eseguito una indagine su come il fumo elettronico condiziona la cotinina sierica e la funzione polmonare. Si è visto che il fumo attivo e passivo di sigaretta elettronica genera effetti simili a quelli della sigaretta normale sul livello di cotinina sierica innalzandoli a dimostrazione che la nicotina viene assorbita in entrambe le somministrazioni (sia nel vapore che nel fumo) . Inoltre si verificano modeste alterazioni della funzione polmonare in risposta alla inalazione di nicotina più evidenti per i forti svapatori e meno evidenti per chi occasionalmente dà una svapata o per chi respira fumo passivo di sigaretta elettronica. Ovviamente non sono ancora noti gli effetti a lungo termine . Pellegrino dell'Università di Perugia ha studiato le emissioni di particolato (PM) ed il contenuto aromatico. Nel liquido della marca testata il contenuto di glicole propilenico era pari al 66%, la glicerina era presente nella misura del 24% mentre le sostanze aromatizzanti erano meno dello 0,1%. Queste proporzioni risultavano

sostanzialmente rispettate nel vapore. Il particolato fine ed ultrafine era certamente inferiore nella e-ciga rispetto alla sigaretta tradizionale.

Il tedesco Shripp nel 2013 ha esaminato il tipo di inquinamento ambientale prodotto dalla sigaretta elettronica con riferimento ai liquidi carrier, aromi e nicotina presenti nelle ricariche. In particolare ha esaminato i composti organici volatili e le particelle fini ed ultrafini di particolato. Dalla analisi del residuo del vapore rilasciato è emerso che nel vapore passivo sono presenti alcuni componenti importanti in fase gassosa: 1,2-propandiolo, 1,2,3-propantriolo, diacetina, aromi e tracce di nicotina. Dunque il problema del vapore passivo esiste come quello del fumo passivo e quale sia l'effetto della vaporizzazione passiva negli ambienti costituisce una nuova sfida.

In ogni caso tra i fumatori elettronici vi è la netta percezione di una minore pericolosità rispetto alla sigaretta normale e si deve anche constatare che fumare elettronico costa meno che fumare le normali sigarette. La questione poi non riguarda solo gli aspetti chimici del fumo elettronico; per Pepper del Dipartimento di Salute Pubblica del Nord Carolina la sigaretta elettronica potrebbe divenire una



specie di scappatoia per fumare. Questa specie di sdoganamento avvicinerebbe i giovani non fumatori alla possibilità di fumare e rischiando di renderli comunque vittime della dipendenza da nicotina. Insomma l'immagine negativa del fumatore che è stata faticosamente proposta potrebbe cedere alla pressione della sigaretta elettronica.

In ogni caso le incertezze dell'impatto sulla salute delle sigarette elettroniche e sugli effetti legati al vapore passivo hanno portato ad assimilarle alle normali sigarette per quanto riguarda il divieto del fumo e la tendenza è questa anche per i luoghi di lavoro per ragioni di sicurezza e per l'incertezza sugli effetti del fumo passivo elettronico. Sempre più nei gruppi di disassuefazione si assiste alla scelta spontanea di una quota dei fumatori (circa il 30%) che si autoprescrive la e-ciga. Questa scelta non è in linea di principio da contrastare ma va incanalata in un obiettivo di cessazione poiché fumare non è mai biologicamente conveniente per un essere umano.

Bibliografia disponibile a richiesta

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE : UN'OPZIONE O UNA NECESSARIA INTEGRAZIONE ALLE POLITICHE DI SSL?

Il Background

Il rapporto inscindibile fra gli individui ed il loro contesto di vita costituisce la base della Promozione della Salute; essa rappresenta una strategia di mediazione fra le persone ed il loro ambiente, sintetizzando tra scelta personale e responsabilità sociale della salute, per creare un futuro più sano.

La necessità di concentrarsi a livello mondiale sulla prevenzione e su programmi concreti di Promozione della Salute nasce anche dall'evoluzione negli anni delle caratteristiche demografiche della popolazione, che ha portato ad un cambiamento dei bisogni di cura. Soprattutto, si è assistito ad un aumento della complessità assistenziale ed organizzativa che ha richiesto risposte che integrassero il settore sanitario e quello sociale per assicurare prestazioni adeguate e limitarne l'impatto economico.

L'aumento negli anni della sopravvivenza, grazie all'evoluzione della medicina e la riduzione delle nascite, ha portato un progressivo incremento del numero degli anziani; per cui si è assistito ad una variazione della distribuzione

delle malattie nella popolazione, che ha reso le malattie cronico-degenerative la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Alla base di queste ultime ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come l'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso alcolico, la mancanza di attività fisica.

La Promozione della Salute diventa, quindi, processo attraverso cui si mettono in grado gli individui di aumentare il controllo sulla propria salute, educandoli a modificare i comportamenti a rischio, e di migliorare soprattutto il proprio futuro. Questa prospettiva è stata favorita anche dalla rivoluzione del concetto "salute" a cui si è approdati negli ultimi decenni, in risposta alle sfide della globalizzazione e dell'invecchiamento, idea che si era notevolmente modificata nel corso dei secoli.

La salute, oggi, rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile per il benessere individuale e per la prosperità delle popolazioni. Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni di vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificandone i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità,



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Fabio Beatrice

*Primario di Otorinolaringoiatria, ASL TO2 di Torino,
Ospedale San Giovanni Bosco*

le prospettive, quindi le condizioni di vita in generale, e non soltanto dei singoli, ma spesso, anche delle loro famiglie. Inoltre, via via che l'età cresce, il ruolo svolto dallo stato di salute tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo tra i molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e l'impatto sulla qualità della vita può essere anche molto severo.

Il contesto storico

Nell'antichità, non si parlava di "salute", bensì di malattia, intesa come influenza di forze occulte, possessione del demonio, impurità; con l'avvento del cristianesimo la malattia diviene colpa, castigo inviato da Dio per punire comportamenti peccaminosi, e la medicina era vista come arte sacrilega, contro i voleri di Dio, convinzione che portò anche alla persecuzione delle streghe. Gli Ospedali medioevali (Hotel Dieu) erano luoghi di segregazione e di assistenza caritatevole gestita da ordini religiosi. Storicamente l'unica eccezione è rappresentata dalla concezione ippocratica di malattia (400 a.c.), vista come fenomeno naturale, anticipando, così, le concezioni più moderne. Più recentemente, si comincia a parlare di "salute", inizialmente come assenza di malattia, poi come stato dell'organismo non affetto da malattia, fino ad arrivare al concetto, già più moderno, di stato di benessere fisico e psichico dell'organismo derivante dal buon funzionamento di tutti gli organi. Così, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'OMS, all'atto della

sua costituzione, nel 1948, affronta per la prima volta il concetto "salute" nella sua totalità, dichiarandola "diritto fondamentale di ogni cittadino" e definendola "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste soltanto in assenza di malattia o di infermità". Quindi, prende forma un'immagine molto più ampia e generale che cambia totalmente lo scenario, oltre gli scopi e gli interessi della sola medicina, rimuovendo il sostanziale dualismo "salute-malattia" ed offrendo una visione dello "stato di benessere" di un individuo o di una popolazione non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo. Tale concetto sarà confermato ed ampliato in uno dei più importanti documenti dell'OMS, la "Dichiarazione di Alma Ata" del 1978, in cui la salute diviene "obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che quelli sanitari". In essa si richiama l'attenzione sull'importanza della prevenzione nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali ed internazionali, stabilendo la necessità di inserirla nei Piani Sanitari Nazionali. Da quel momento a livello mondiale inizia un processo volto alla definizione di "Promozione della salute", concetto che ha preso vita con la Carta di Ottawa nel 1986, e che è stata, ed è tutt'oggi, al centro di innumerevoli dibattiti. Con la Carta di Ottawa, l'OMS definisce la Promozione della sa-

lute come "il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla" (Rif. : la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute - OMS - Ginevra 1986), promuovendo nel corso degli anni azioni di ricerca ed intervento con il coinvolgimento della popolazione di comunità territoriali e mettendo in evidenza l'importanza di un approccio comunitario che coinvolga un maggior numero di soggetti. Dagli anni '90, infatti, l'OMS Europa raccomanda la realizzazione di interventi di prevenzione di comunità sugli stili di vita sani, al posto dei tradizionali interventi preventivi che diffondono messaggi precostituiti e non si fondano sulle interazioni tra i soggetti che vivono nello stesso territorio. Così, l'OMS nel 1998, integra ancora il concetto salute, che diventa "condizione in cui un soggetto è in grado di realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i bisogni e tenere testa con successo alle situazioni ambientali". La salute è considerata una risorsa per la vita di tutti i giorni e non lo scopo della vita, concetto positivo che sottolinea l'importanza delle risorse sociali e personali, al pari delle capacità fisiche (OMS, Glossario della promozione della Salute). Quindi, la Promozione della Salute deve coinvolgere la popolazione nel suo insieme nel contesto della vita quotidiana, piuttosto che concentrarsi sulle persone esposte a rischio per specifiche malattie e produrre miglioramenti sulla salute attraverso un'azione

integrata a differenti livelli sui fattori economici, ambientali, sociali e personali che la influenzano.

Il contesto epidemiologico

Nel XX secolo si è verificata una rivoluzione epidemiologica, scaturita dal miglioramento delle condizioni igienico e sanitarie e dall'introduzione di terapie e farmaci efficaci nella cura delle malattie infettive che hanno determinato, ove è avvenuto, la drastica diminuzione del picco di mortalità per le cause infettive. Attualmente, infatti, nel mondo le malattie cardio-vascolari sono la principale causa di morte nella popolazione generale, seguite dai tumori, dalle malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente ed infine dalle malattie infettive. Allo stesso modo, nell'ultimo trentennio, si è verificata una diminuzione della mortalità per malattie dell'apparato cardio-circolatorio e respiratorio, grazie sia al controllo di molti fattori di rischio, che all'efficacia dei trattamenti; al contrario, si è assistito ad un incremento della mortalità per i tumori e per gli incidenti. La vita media continua ad aumentare, collocando l'Italia tra i Paesi più longevi d'Europa. È questo quanto emerge da "Benessere Equo e Sostenibile", BES 2013, il primo rapporto del CNEL e dell'Istat che valuta lo stato di salute del Paese utilizzando indicatori che vanno "al di là del PIL". Nel 2008, la differenza tra nascite e decessi registrava un saldo negativo di circa 3.700 unità. Si trattava di circa 12 mila nascite in più rispetto al 2007, per un tasso

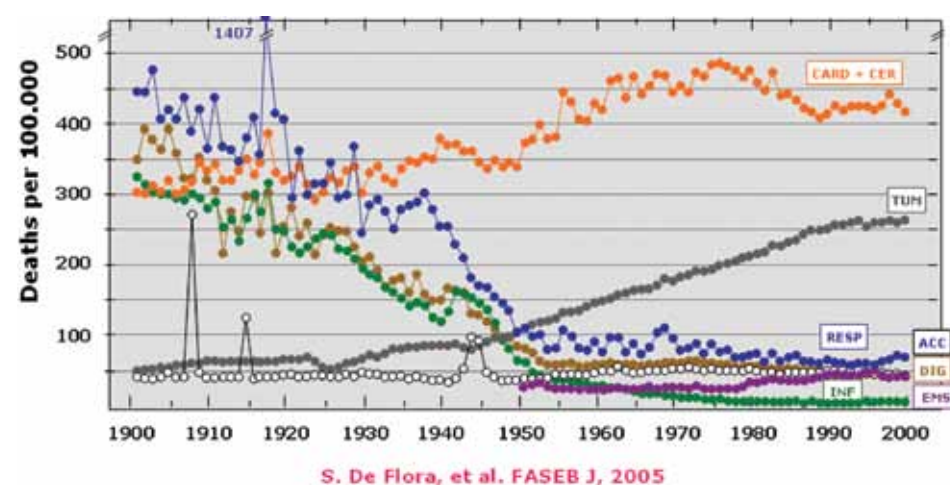
di natalità pari a 9,6 per mille abitanti. Il numero dei decessi è stato, invece, stimato in 580 mila unità, per un tasso di mortalità pari a 9,7 per mille abitanti. Nel 2009, l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni quella con meno di 15 anni, è risultato essere pari al 143%. Il processo di invecchiamento interessa tutte le regioni italiane e l'analisi della struttura per età della popolazione mostra come gli individui con più di 64 anni avessero raggiunto il 20,1% (17,8% nel 1999), mentre i minorenni soltanto il 17% (17,6% nel 1999). I giovani fino a 14 anni erano il 14% (14,4% nel 1999); la popolazione in età attiva, 15-64 anni, era pari a meno dei due terzi del totale (67,8%). Secondo le stime effettuate nel 2011, la vita media in Italia (BES 2013) è pari a 79,4 anni per gli uomini e a 84,5 per le donne con valori leggermente più bassi nel Mezzogiorno (rispettivamente 78,8 e 83,8 anni). Le donne, a fronte dello storico vantaggio rispetto agli uomini in termini di longevità, che tuttavia si va riducendo, sono più svantaggiate in termini di qualità della sopravvivenza: in media, oltre un terzo della loro vita è vissuto in condizioni di salute non buone. Il Mezzogiorno vive una doppia penalizzazione: una vita media più breve e un numero minore di anni vissuti senza limitazioni, uno dei principali e più attuali indicatori sintetici di buona salute di una popolazione. Tra i 27 Paesi dell'Unione Europea, confrontando i dati più recenti, nel 2010 soltanto in Fran-

cia ed in Spagna le donne sono più longeve che in Italia (85,3 anni in entrambi i Paesi); gli uomini sono più longevi in Svezia, Cipro e Malta, mentre l'Italia si posiziona al quarto posto insieme alla Spagna. Negli ultimi 10 anni la vita media nel nostro Paese è aumentata di 2,4 anni per gli uomini e di 1,7 per le donne, con una evoluzione positiva in tutte le Regioni ed una riduzione delle differenze di genere. Il miglioramento della speranza di vita fino alla fine del 1960 era dovuto soprattutto alla diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre, negli ultimi decenni, ha riguardato la riduzione della mortalità a tutte le età, ma soprattutto quella adulta e anziana. In termini di morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione, in presenza di un aumento di efficacia delle terapie, produce un aumento sistematico della prevalenza delle condizioni morbose croniche. Secondo dati del 2009, in Italia le due principali cause di morte, sia tra gli uomini che tra le donne, si confermano essere le malattie del sistema circolatorio ed i tumori; per gli uomini i tumori rappresentano il 35,1% delle cause di morte e le malattie del sistema circolatorio il 34,9%, mentre per le donne le malattie circolatorie sono la causa preminente, 43,8%, seguite dai tumori, 25,6%. La terza causa di morte per entrambi i sessi è invece costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio, che rappresentano rispettivamente il 7,4% tra gli uomini e 5,4% tra le donne.

Per quanto riguarda invece le cause di morte per fasce di età, le principali sono: nei bambini ed adolescenti le condizioni perinatali, malformazioni congenite e anormalità cromosomiche, tumori e cause violente; nei giovani adulti (15-44) le morti violente e tumori; nelle persone di mezza età (45-64) i tumori, soprattutto al polmone negli uomini ed al seno nelle donne, seguiti dalle malattie del sistema circolatorio; fra gli anziani (65-84) le cause principali di morte sono rappresentate per gli uomini dai tumori, seguiti dalle malattie circolatorie, mentre tra le donne prevalgono le morti da malattie cardiocircolatorie, seguite dai tumori.

I dati BES del 2013, indicano, inoltre, che la mortalità infantile, per incidenti da mezzi di trasporto e per tumori, cioè quei fenomeni che possono essere inclusi nella cosiddetta “mortalità evitabile”, sono in calo nel lungo periodo, mentre crescono i decessi per demenza senile e malattie del sistema nervoso.

Il grafico di seguito mostra una recente ricognizione delle cause di morte nel XX secolo:



Anche a livello mondiale, si conferma che le principali cause di morte nei paesi industrializzati, secondo dati ISTAT percentuali sulla mortalità totale, sono: le malattie cardio-vascolari, nel 44%, i tumori maligni, nel 28% dei casi, broncopneumopatie nel 3,5%, incidenti (stradali, lavorativi e domestici) 2%, ed infine malattie infettive 0,5%; da sole le prime due rappresentano il 72% della totalità delle cause di morte e quasi tutte sono patologie croniche o loro complicanze ed in larga misura prevenibili, comprendendo, ad esempio, le cardiopatie, l'ictus, il diabete, patologie fumo ed alcol correlate. Tra le malattie croniche ci sono poi anche le malattie mentali, prime tra tutte le demenze, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione.

Infatti, alla base delle principali

malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste abitudini di vita possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Di contro, esistono anche quei fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età, il sesso o la predisposizione genetica, sui quali non si può intervenire con la prevenzione.

Dati del 2011 sui comportamenti a rischio denunciano che: l'obesità è in crescita (circa il 45% della popolazione maggiorenne è in sovrappeso o obesa); l'abitudine al fumo, soprattutto radicata fra i giovani (se nel 2001 i fumatori erano il 23,7% della popolazione di 14 anni e più, dieci anni dopo tale percentuale è scesa solo di un punto); l'abuso nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani; uno stile di vita sedentario (circa il 40% degli adulti non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero); poco consumo di frutta e verdura (l'80% della popolazione ne consuma meno di quanto raccomandato).

Nel loro insieme tutti questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi. Infatti, ad esempio, si è visto che il 62% delle patologie cerebrovascolari ed il 49% di quelle cardiovascolari sono attribuibili ad alterazioni della pressione arteriosa; così come, il 19% delle pri-

me ed il 49% delle seconde sono determinate da alti livelli ematici di colesterolo; inoltre, all'obesità ed al sovrappeso si attribuiscono il 58% dei casi di diabete mellito, il 21% di malattie cardiovascolari e dall'8% al 42% di alcuni tipi di tumori.

Questi dati esprimono con chiarezza quanto negli anni si siano resi sempre più necessari ed indispensabili interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute per indurre azioni efficaci sugli impedimenti alla salute ed al benessere, tali da determinare una riduzione delle malattie e del conseguente impatto socio-economico.

La Promozione della Salute nei luoghi di lavoro (WHP)

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare ed integrata per modificare fattori sociali, economici, culturali e politici. Infatti, la globalizzazione, l'urbanizzazione, le politiche ambientali, la povertà e l'invecchiamento progressivo della popolazione, sono determinanti impliciti delle malattie croniche, spesso definiti “cause delle cause”, per cui vanno presi in considerazione.

Ciò rappresenta la base concettuale dell'inclusione negli obblighi normativi a livello mondiale della Promozione della Salute, che

coinvolge molti attori e prevede numerose azioni, tra cui l'educazione sanitaria e la prevenzione in più ambiti. Da questi principi fondamentali potrebbe essere generata una lista quasi illimitata di temi appartenenti alla Promozione della Salute: politica dell'alimentazione, dell'abitazione, fumo, capacità di affrontare le difficoltà, reti sociali, ecc; lo sviluppo di una politica di Promozione della Salute può, quindi, essere collegato ed integrato a tutti i livelli e in tutti i settori della società, quali il lavoro, le abitazioni, i servizi sociali, le cure di primo livello, ecc.

Poiché si tratta di una rivoluzione culturale globale, la Promozione della Salute va, inoltre, concepita come una vasta opera di promozione del cambiamento delle idee, delle abitudini, delle leggi che regolano la nostra società.

In questo scenario e dalla convinzione che senza di essa non vi può essere una completa tutela dei lavoratori, si inserisce la Promozione della Salute negli ambienti di lavoro, Workplace Health Promotion (WHP).

A distanza di più di 60 anni dalla definizione dell'OMS di salute, si tratta di colmare quel profondo gap tra i cultori della Promozione della Salute ed il mondo dell'OHS (Occupational Health and Safety), che tuttora si avverte, non fosse altro in quanto settori mossi rispettivamente da raccomandazioni da una parte e norme cogenti dall'altra. Questa separazione probabilmente è stata favorita inizialmente dalla stessa OMS, nel tentativo di separare la Promozione della Salute dalla medicina te-

rapeutica, essendo la prima “un'attività da ricondurre fondamentalmente a livello di comunità e non come un servizio medico”.

Successivamente un comitato di esperti, riunito dalla stessa OMS nel 1988, ha corretto questa posizione, stabilendo che: “...la promozione della salute è un'azione continua, che inizia dalla prevenzione (inclusa quella che si attua negli ambienti di lavoro contro rischi specifici), al trattamento della malattia, fino alla promozione di uno stato di salute ottimale...”.

Questo assunto concettuale ci consente di includere a pieno titolo la Promozione della Salute nelle strategie complessive di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL), ancorché con criteri di adesione volontaria, e senza finalizzarla alla idoneità lavorativa.

E' stato elaborato un modello di WHP che ha avuto una sua definizione e codifica, a livello internazionale, da parte di molti soggetti, primi tra tutti un gruppo di esperti riuniti nel Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (ENWHP), ma anche l'Unione Internazionale per la PdS e l'ES (IUHPE) e l'European Foundation for the improvement of working and living conditions.

“Lavoratori sani in organizzazioni sane” è la visione del Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (ENWHP) sin da quando ha avuto vita nel 1996. Questa rete è stata avviata quando l'Unione europea ha adottato il programma d'azione “Promozione della salute, l'istruzione, informazione e for-

mazione", affinché migliorasse il livello di protezione della salute in Europa; in tale programma al luogo di lavoro è stato dato un ruolo importante, partendo dalla convinzione che promuovere la salute dei dipendenti portasse innanzitutto dimostrabili benefici e servisse nell'interesse generale per portare avanti sviluppo sociale e prosperità economica.

Con la "Dichiarazione di Lussemburgo", adottata all'incontro tenutosi nel novembre del 1997, tutti i membri dell'ENWHP definiscono la Promozione della Salute nei luoghi di lavoro "lo sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori". Questo può essere raggiunto attraverso il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro e la promozione della partecipazione attiva con l'incoraggiamento delle capacità personali; una forza lavoro sana, motivata e ben qualificata è fondamentale per il benessere sociale ed economico dell'Unione Europea. L'obiettivo del Network era quello di identificare e diffondere esempi di buona pratica di WHP attraverso lo scambio di esperienze e conoscenze.

L'Italia prese parte al ENWHP come ISPESL: attualmente INAIL, che Produsse nel 1999 le prime Linee-Guida sulla WHP, uno strumento di sussidio fruibile sia dai datori di lavoro che dai lavoratori e che ancora oggi promuove e coordina la comunicazione e lo scambio di esperienze e informazioni sul lavoro e la salute.

Da quando è stata stabilita, la

rete è in costante espansione; la ENWHP ha ora 31 membri nazionali rappresentati soprattutto da organizzazioni degli Stati membri dell'UE, Svizzera e paesi dello Spazio economico europeo. Nel corso di questi ultimi anni si sono registrati progressi sostanziali. La rete ha formulato con successo una definizione generale di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) in Europa, per la prima volta ha sviluppato criteri standard per una buona qualità WHP, ha pubblicato relazioni su modelli di buone prassi per un'ampia varietà di settori industriali. L'ENWHP ha messo a punto una "Cassetta degli attrezzi Europea" (European Toolbox) contenente pratiche di successo e ha identificato strategie mediante le quali allungare la vita lavorativa attiva dei dipendenti. Nella diffusione di "buone pratiche" il network ha già fornito un notevole contributo a una migliore prevenzione sanitaria e i forum nazionali, che la rete ha contribuito a costruire negli ultimi anni, consentono una sempre più ampia diffusione della WHP nei singoli paesi.

Il tema della WHP è gradualmente salito in cima all'agenda politica. Per la prima volta la Commissione Europea ha elencato nel suo piano d'azione 2005 la Promozione della Salute sul luogo di lavoro come un importante obiettivo della politica europea nel campo della salute pubblica, ritenendo il luogo di lavoro come uno "strumento importante per migliorare la salute all'interno dell'Unione europea".

In Italia, la comparsa, nel De-

creto Legislativo n° 81 del 2008, all'art.25, di un obbligo di collaborazione del MC all'implementazione di programmi aziendali di promozione della salute rende certamente attuale questa tematica.

Quest'obbligo, in realtà, pur essendo una novità assoluta in termini di cogenza di legge (per quanto non sanzionato), era già stato fatto ampiamente proprio dal codice Deontologico ICOH del 1992 dall'ILO, l'Agenzia internazionale dell'OMS che si occupa di sicurezza nei luoghi di lavoro.

La promozione della salute negli ambienti di lavoro può essere assicurata solo intraprendendo un percorso che consenta al Medico Competente di agire non solo a livello di prevenzione secondaria, garantita dalla Sorveglianza Sanitaria, ma anche nell'ambito della prevenzione primaria attraverso appunto i programmi di WHP, tesi non soltanto a rimuovere i rischi specifici legati alla mansione, ma a migliorare gli stili di vita ed i comportamenti dei lavoratori.

L'obbligo di cui all'art. 25 riguarda programmi che sono comunque ad adesione volontaria, svolti secondo i principi della Responsabilità Sociale delle imprese. Con questo termine si intende la "integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate", così come espresso nell'art. 2, comma 1ff, del predetto D. Lgs. 81/08. Cioè affermando la loro responsabilità sociale e assumen-

do di propria iniziativa impegni che vanno al di là delle esigenze regolamentari e convenzionali, cui devono comunque conformarsi, le imprese si sforzano di "elevare le norme collegate allo sviluppo sociale, alla tutela dell'ambiente e al rispetto dei diritti fondamentali, adottando un sistema di governo aperto, in grado di conciliare gli interessi delle varie parti interessate nell'ambito di un approccio globale della qualità e dello sviluppo sostenibile" (Libro Verde, Commissione Europea 08.07.2001). A tal fine dovranno essere implementate attività di Promozione della Salute riguardanti in particolare modo: le patologie cronico-degenerative a genesi multifattoriali (c.d. "big killer") diffuse nella popolazione (ipertensione arteriosa, diabete, obesità, neoplasie), e gli stili di vita per la salvaguardia dei lavoratori (es. abitudine al fumo, abuso di alcolici, guida sicura, ecc.) per evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato non vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità.

La metodologia

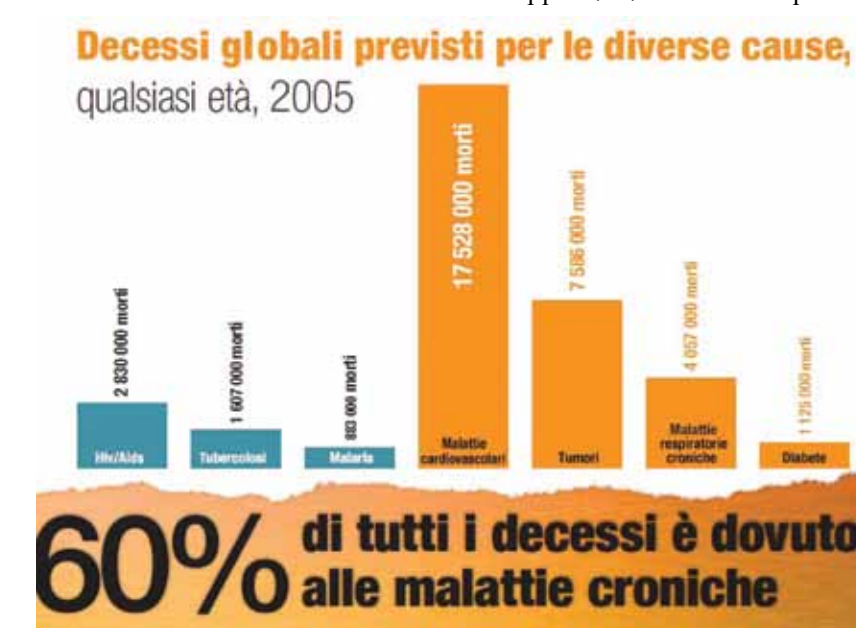
La WHP è una moderna strategia aziendale che tende a prevenire le malattie da lavoro, ivi comprese quelle ad esso correlate, gli incidenti, gli infortuni, le malattie professionali, lo stress, e a porre in primo piano i determinanti della salute e del benessere della forza lavoro.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, nei Paesi ad elevato reddito come il nostro ai rischi occupazionali è attribuibile circa l'1,5% del totale degli anni di vita in buona salute che vengono persi. Ben il 30% di questa perdita sarebbe legato a fattori comportamentali come il fumo di tabacco, l'alcol, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, l'alimentazione, i comportamenti alla guida. Nel "Preventing chronic diseases: a vital investment" WHO Global Report del 2006, si denuncia che ogni anno almeno 4,9 milioni di persone muoiono per il consumo di tabacco; 2,6 milioni di persone muoiono a causa di obesità o sovrappeso; 4,4 milioni di persone

muoiono a causa di elevati livelli di colesterolo; 7,1 milioni di persone muoiono a causa dell'ipertensione. Quindi, si può affermare che una completa tutela della salute e sicurezza dei lavoratori si attua con l'implementazione di programmi di WHP, diretta a legittimare un ruolo sociale ed economico dell'impresa a beneficio proprio e dell'intera collettività. Con essa si intende promuovere gli stili di vita salubri tra i lavoratori, affrontando il tema delle abitudini alimentari nel contesto lavorativo e domestico, nonché il complesso sistema di equilibri delle abitudini comportamentali nel tempo libero. Questi fattori, oltre a svolgere una insostituibile funzione nella percezione della qualità della vita, hanno anche una diretta influenza sulla propensione agli infortuni sul lavoro, sull'assenteismo, sul senso di appartenenza all'organizzazione e quindi, in definitiva, sulla competitività aziendale.

I fattori di successo della promozione della salute sono:

- Partecipazione: tutti i dipendenti sono coinvolti;
- Interazione: è inserita in tutte le decisioni importanti e in tutte le aree dell'organizzazione;
- Globalità: comprende misure rivolte all'uomo e all'ambiente, di diversa origine, associando strategie di riduzione del rischio con lo sviluppo di fattori protettivi e favorevoli la salute;
- Controllo: tutte le decisioni sono orientate al problem solving: analisi dei bisogni, individuazione delle priorità, programma, applicazione, monitoraggio continuo e valutazione (project manage-



ment).

Il primo livello di intervento è l'educazione sanitaria, che determina aumento delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze personali, che contribuiscono alla salute dell'individuo e della collettività.

Il secondo livello di intervento sono gli stili di vita ed il cambiamento di quei comportamenti ed abitudini che determinano una notevole influenza sulla salute; ne sono un esempio l'alimentazione, l'esercizio fisico, l'abuso di sostanze nocive, i modi di affrontare la vita e gestire le emergenze; quindi, promuovere esercizi di rilassamento, fitness, programmi di prevenzione e gestione dello stress professionale, campagne per la dissuefazione dal fumo di tabacco, training di comunicazione efficace, ed altre ancora.

Il terzo livello di intervento si focalizza sul contesto di lavoro, sulle varie cause ambientali che sono di detrimento alla salute ed al benessere dei lavoratori, dando ovviamente per scontato l'assolvimento di tutti gli obblighi di sicurezza vigenti e l'adozione dei requisiti minimi di prevenzione e protezione (tecnico-impiantistica, ergonomia, di informazione e formazione, di sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico, di rivalutazione periodica del potenziale rischio lavorativo).

Le attività di WHP richiedono un impegno consapevole da parte sia dei datori di lavoro, nell'offrire condizioni organizzative e ambientali sane, sia dei lavoratori, nel partecipare attivamente al programma di WHP.

In altre occasioni abbiamo riferito delle sfide che il MC sta raccogliendo in questi anni, ai fini di valorizzare la propria figura professionale ed interpretare al meglio il versante "sociale" della propria professione. L'impegno nella WHP sarà un ulteriore banco di prova per mostrare la sua maturazione in quella che riteniamo una nuova "mission":

- fungere da collegamento tra le attività di medicina occupazionale e quelle effettuate dal SSN
- contribuire a trasmettere nella collettività i valori ed i principi etici della Medicina del Lavoro
- collaborare allo sviluppo di politiche sociali sempre più efficaci per la promozione della salute.

I vantaggi

Migliorando la salute nei luoghi di lavoro, le imprese possono ottenere una riduzione dei costi legati alle malattie ed un aumento della produttività, come conseguenza di una manodopera più sana con maggiori motivazioni, morale elevato e migliori relazioni lavorative.

Il successo futuro delle imprese dipenderà dal possesso di una manodopera ben qualificata, motivata e sana.

La WHP ha un ruolo significativo per la preparazione degli addetti e delle imprese ad affrontare queste sfide. Maggiore riconoscimento viene, inoltre, dato al fatto che agire a favore della sicurezza fa bene alla produttività delle imprese e alla qualità dell'occupazione. Pertanto, nonostante la reces-

sione economica mondiale, molti stakeholder si stanno attivando per assicurare il mantenimento degli standard di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL).

Cresce la tendenza a inserire la Promozione della Salute generale nei programmi di sorveglianza sanitaria delle imprese, come ulteriore elemento a complemento dei comuni programmi di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali (Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. OIL, Ginevra 2010).

Vi è evidenza che per le aziende l'investimento in piani di WHP è remunerativo (cost-effectiveness) laddove si basi sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare e può avere successo solo se tutti i responsabili dell'impresa sono impegnati in essa.

Insoddisfazione sul lavoro, morale basso, demotivazione, determinano: diminuzione della qualità del lavoro, rallentamento dei processi produttivi (scioperi, eccessivo turn-over...), incidenti sul lavoro (sabotaggio, ostruzionismo, scarsa produttività, perdita di tempo durante le ore lavorative...), eccessive assenze per malattia breve, assenteismo, cattive relazioni aziendali.

Lo studio Shepard, del 1996, dimostra che promuovere una costante attività fisica determina riduzione del BMI del 2% in 8-12 settimane, del rischio cardiovascolare fino al 35-45% in programmi di 3 anni, della Pressione arteriosa tra i 3 e i 10 mmHg nei valori di pressione sistolica e tra i 2 e i 10 mmHg di quella diastoli-

ca, della colesterolemia del 15%, ed in fine un risparmio in spese mediche: da 100 a 400 dollari per lavoratore.

Nell'insieme, i risultati di molti studi, indicano che la Promozione della Salute nei luoghi di lavoro è vantaggiosa, soprattutto per quanto riguarda la riduzione delle spese mediche e dell'assenteismo. I valori di "ritorno di investimento" riportati si collocano tra 1: 2.3 per il risparmio in spese mediche e 1:10.1 rispetto al risparmio dovuto alla diminuzione dell'assenteismo.

La Promozione della Salute nei luoghi di lavoro favorisce la salute, riduce l'assenteismo, aumenta la motivazione e accresce la produttività: questo è il messaggio finale dell'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA). I datori di lavoro svolgono un ruolo importante nell'incoraggiare i lavoratori ad adottare stili di vita salutari. Oltre ai benefici in termini di salute per i lavoratori, con ogni euro investito in WHP si ottiene un rendimento compreso tra 2,5 e 4,8 euro per la riduzione dei costi legati all'assenteismo.

La WHP ha una positiva ricaduta sulla stessa struttura organizzativa aziendale; infatti, incoraggia la partecipazione dei lavoratori che realizzano insieme obiettivi che forse da soli non raggiungerebbero, e responsabilizzando ogni dipendente, favorisce il lavoro di gruppo e la collaborazione inter-settoriale, elementi certamente positivi per l'azienda; ha una ricaduta di immagine positiva presso i dipendenti della azienda, la comunità in cui l'azienda è localizzata e

di riflesso la collettività nel suo insieme. Si potrebbe affermare che la Promozione della Salute, a prescindere dagli effetti benefici sui lavoratori e sulla azienda, è anche una forma di pubblicità tra le più economiche ed efficaci.

Secondo l'EU-OSHA "il sostegno a uno stile di vita salutare è un vantaggio per tutti. E' un vantaggio per i dipendenti e i datori di lavoro, ma aiuta anche la società in generale riducendo l'onere a carico dei sistemi sanitari.

Con l'invecchiamento della popolazione lavorativa l'importanza dei programmi Promozione della Salute nei luoghi di lavoro non può che aumentare. Dobbiamo aiutare le persone a rimanere sane più a lungo, e per farlo è necessario che i datori di lavoro e i lavoratori collaborino per creare una cultura del lavoro sano".

Tuttavia, rimane ancora molto da fare. Un gran numero di aziende e organizzazioni deve ancora convincersi che vale la pena investire in WHP.

L'introduzione del sistema di promozione e l'effettuazione di queste attività non sono rese obbligatorie da norme di legge, ma una buona parte dei datori di lavoro la sostiene.

La certificazione

Su questa linea, negli anni il panorama internazionale si è arricchito di linee-guida e programmi di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro, come l'italiano "Responsible Care" nel 2009. Nascono le certificazioni aziendali, tra cui SA 8000 emanata dalla Social Accountability International

(SAI), organizzazione internazionale nata nel 1997, per assicurare nelle aziende condizioni di lavoro che rispettino la responsabilità sociale, un approvvigionamento giusto di risorse ed un processo indipendente di controllo per la tutela dei lavoratori. Lo standard SA 8000 (Social Accountability ovvero Rendicontazione Sociale) è lo standard più diffuso a livello mondiale per la responsabilità sociale di un'azienda ed è applicabile ad aziende di qualsiasi settore, per valutare il rispetto da parte delle imprese di requisiti minimi in termini di diritti umani e sociali. Nel 1999 la britannica ISEA (Institute of Social and Ethical Accountability) crea lo standard AA1000 (o AccountAbility 1000) uno standard di processo elaborato per valutare i risultati delle imprese nel campo dell'investimento etico e sociale e dello sviluppo sostenibile.

Nel settembre 2005 si svolse a Bangkok la seconda riunione del gruppo ISO sulla Responsabilità sociale delle imprese, Working Group Social Responsibility, nel corso della quale sono stati fatti notevoli progressi verso la nuova norma ISO 26000, la cui pubblicazione definitiva è avvenuta a novembre del 2010.

La conclusione

Coniugando aspetti etici e rispetto della normativa, risulta evidente un'impronta sempre più "sociale" acquisita dalla disciplina medica aziendale, che ricomprende oggi ambiti di competenza prima esclusivamente di pertinenza pubblica: la salute e la sicurezza di terzi,

l'impatto ambientale del lavoro (emissioni, rifiuti), la Promozione della Salute, ecc.

In questo contesto il Medico Competente è chiamato ad integrare le sue attività di tutela anche con verifiche sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio dei lavoratori, e quindi ad attuare programmi di Promozione della Salute negli ambienti di lavoro.

Anche gli orientamenti internazionali insistono nel dare una maggiore enfasi al fatto che agire a favore della sicurezza fa bene alla produttività delle imprese e alla qualità dell'occupazione; pertanto, nonostante la recessione economica mondiale, molti stakeholder si stanno attivando per assicurare il mantenimento degli standard di Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL). Infatti, "Cresce la tendenza a inserire la promozione sanitaria generale nei programmi di SSL delle imprese come ulteriore elemento a complemento dei comuni programmi di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali". (Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. OIL, Ginevra 2010).

A sostegno della potenzialità positiva della Prevenzione della Salute negli ambienti di lavoro, sussiste l'ormai noto effetto del "lavoratore sano", ossia l'evidenza epidemiologica di un miglior stato di salute della popolazione lavorativa rispetto a quella non attiva. Gli esperti ritengono che non si tratti della sola selezione naturale, ma inciderebbero fattori tangibili, quali il reddito, un'attività fisica regolare, l'astensione dal fumo,

controlli medici regolari, ecc., ed altri fattori più sfumati, come la maggiore identità sociale ed autostima, la soddisfazione, i migliori rapporti sociali, tutti ele-

menti che di fatto vengono incentivati dai programmi di WHP. Inevitabile l'accento su un'altra tematica prepotentemente entrata nel mondo del lavoro in questi ultimi anni: la sicurezza della collettività. L'orientamento giuridico è condivisibilmente quello di privilegiare il bene costituzionale della salute dei terzi negli ambienti di vita, che sono però sempre più coincidenti, come detto, con ambienti di lavoro: la strada è l'esempio più immediato. Da qualche anno le statistiche INAIL ci confermano che quest'ultimo è diventato l'ambiente di lavoro in assoluto più pericoloso; circa il 18% degli infortuni lavorativi avvengono sulla strada, ma tra quelli mortali la percentuale sale al 56% del totale. Quindi, vi è anche la necessità di finalizzare la sorveglianza sanitaria, di cui all'art. 41 del D.Lsg. 81/08, alla verifica dell'assenza di alcoolodipendenza e tossicodipendenza, con l'eventuale fattiva collaborazione dei Servizi Territoriali dedicati (Sert). Un punto a favore dell'efficacia dell'intervento preventivo in azienda sembrerebbe scaturire dai dati raccolti da un gruppo di lavoro dell'ANMA, Associazione Na-



zionale dei Medici d'Azienda, e presentati nel luglio 2011 al Workshop di Roma: nei primi 24 mesi di osservazione sono stati documentati 33405 test di screening, con la significativa diminuzione dei positivi confermati, 0,78% nel 1° semestre 2011 contro 1,25% nel 2° semestre 2009; inoltre, l'81% dei soggetti inviati al Sert sono stati definiti "consumatori occasionali". Si segnala, quindi, un presumibile effetto deterrenza con il quale il mondo del lavoro sta efficacemente contribuendo alla lotta contro un fenomeno sociale di indubbia rilevanza, specie per le giovani generazioni.

Quindi, le basi del sapere del "medico del lavoro" si allargano, dovendo rispondere ad una crescente domanda che proviene sia dalla normativa che dal sistema impresa, che nel tempo hanno richiesto sempre di più a questa figura di:

- incidere maggiormente sulle procedure di analisi organizzativa e valutazione dei rischi,
- intervenire nella prevenzione dei comportamenti a rischio ai fini della sicurezza anche di terzi, anche sviluppando tecniche di counseling e comunicazione,
- intervenire nella for-

mulazione di pareri tecnici a volte determinanti per le strategie aziendali, che si ripercuotono su: gestione risorse umane (es. assunzione e/o ricollocazione disabili), introduzione di macchine, sostanze, definizione di procedure,

- intraprendere contatti istituzionali con gli Enti di controllo e Certificazione.

Ultima considerazione da fare è che negli ultimi anni una serie di interventi sul BMJ (1,2) hanno rilanciato la discussione sul significato di "salute". La sua definizione dell'OMS come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto assenza di malattia" è oggetto di recenti revisioni critiche da parte di alcuni Autori, in quanto risulterebbe inattuabile nel mondo e "significherebbe per molti una condizione di non-salute per la maggior parte della vita" *.

Nell'articolo si sostiene come la definizione dell'OMS abbia contribuito involontariamente alla medicalizzazione della società, ed un numero crescente di caratteristiche umane siano entrate nel novero di fattori di rischio per malattie.

La condizione di salute assoluta come vuole la definizione dell'OMS, oltre ad essere in definitiva statica e non dinamica, è irraggiungibile anche perché l'invecchiamento globale della popolazione con il crescente aumento delle malattie croniche, "minimizza il ruolo della capacità umana di adeguarsi autonomamente alle sfide fisiche, emotive, sociali cui la vita ci espone di continuo, e che ci spinge a funzionare al meglio e con un senso di benessere anche in presenza di malattie croniche o disabilità"°.

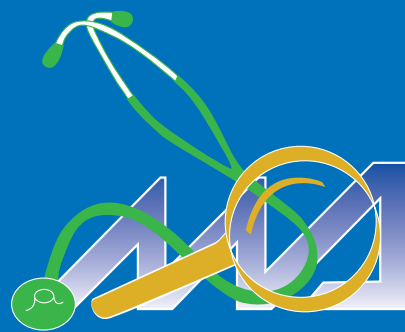
Attualmente, il mutato scenario politico dei Paesi messi in ginocchio dalla crisi economica impone una riflessione sul diritto alla salute, che sempre di più viene messo a rischio da tagli drastici alla spesa sanitaria e da un disimpegno sociale in nome dell'emergenza e di sprechi pregressi.

Tutto ciò, e visti gli innumerevoli aspetti affrontati in precedenza, porta all'ovvia deduzione che una riduzione dei programmi di prevenzione, e quindi, anche di Promozione della Salute negli ambienti di lavoro, causati da un taglio orizzontale delle risorse, porta con sé l'inevitabile prospettiva – a fronte di un presunto risparmio immediato - di un aumento della spesa pubblica in termini non soltanto economici, ma di aggravio sociale di disabilità e di scarsa qualità di vita.

Bibliografia

1. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa 1986.
2. Constitution OfThe World Health Organization, as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.
3. Alma Ata Declaration, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1978.
4. WHO Health Promotion Glossary, Geneva 1998.
6. Rapporto OsservaSalute 2008. Stato di Salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2008.
7. Rapporto OsservaSalute 2009. Stato di Salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2009.
8. Rapporto ISTAT "Noi Italia 2011: 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo". ISTAT, 2011.
9. La promozione della salute nei luoghi di lavoro. ISPESL- IACP, 1999.
10. WHO Health Promotion Glossary, Nutbeam 1984.
11. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Adelaide 1988.
12. The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, Luxembourg 1997.
13. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Bangkok 2005.
14. International Code of Ethics. International Commission on Occupational Health (I.C.O.H), 1992.
15. Libro Verde. Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese. Commissione Europea, Bruxelles 2001.
16. Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work. OIL, Ginevra 2010.
17. Robroek SJ, Bredt FJ, Burdorf A. The cost-effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. BMC Public Health 2007, 7:259.
18. Huber M, Knottneurs JA, Green L, et al. How Should we define Health? Bmj 2011:343.
19. Fiona Godlee. What is Health. Bmj 2011.

MOBBING: UN ESEMPIO DI POLICY



MATERIALI DI LAVORO

Daniele Ditaranto,
Segretario nazionale ANMA

Comunicazione presentata al Seminario di Arenzano 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni' il 19 ottobre 2012.

Mobbing e valutazione dei rischi

L'art. 28, c. 1 del TUSS (Testo Unico della Salute e Sicurezza sul Lavoro), "Oggetto della valutazione dei rischi", dispone che la stessa riguardi "tutti i rischi per la sicurezza e la salute...ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro correlato secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004".

Nel paragrafo 2. dell'accordo europeo, intitolato "Obiettivo", si legge: "pur riconoscendo che le molestie psicologiche nei posti di lavoro sono potenziali elementi di stress..., questo accordo non tratta di violenza, mobbing e stress post-traumatico", rimandando per questi temi alla negoziazione di uno speciale accordo tra le Parti Sociali.

D'altra parte il mobbing (m.) non può essere automaticamente considerato come un rischio "aziendale" in quanto non è sicuramente generato da carenze della "tecnica" del lavoro, né risulta puramente correlabile ad una sua inadeguata organizzazione.

Infatti, come sappiamo, il m. si

concretizza attraverso la messa in atto di una serie di comportamenti ostili, persecutori od intimidatori da parte di un singolo o di un gruppo verso una "vittima" al fine estrometterla dal gruppo ed emarginarla dal processo lavorativo. Si tratta di comportamenti (soggettivi) sui quali il datore di lavoro (DL) non ha necessariamente un controllo (tralasciando ovviamente il fenomeno del "mobbing strategico").

Pertanto, facendo riferimento alle disposizioni normative e basandoci su queste considerazioni, il m. non può essere considerato tra gli "oggetti" della valutazione del rischio (VR).

Tuttavia, alla luce delle implicazioni sanitarie e dei profili di responsabilità che il m. comporta, riteniamo opportuna e necessaria nell'impresa una riflessione finalizzata all'individuazione delle misure per la sua prevenzione e per la gestione degli eventuali casi.

Mobbing: quale ruolo del medico competente?

In tale contesto il medico competente (MC) può sicuramente svolgere un ruolo di primo piano.

Infatti ha una conoscenza diretta

della realtà aziendale ed una formazione adeguata anche dal punto di vista clinico per affrontare queste tematiche.

In particolare riteniamo che il MC possa assumere un ruolo attivo sia nella sensibilizzazione della direzione aziendale, sia nell'evidenziazione delle eventuali carenze organizzative che possono costituire uno dei terreni predisponenti, che nell'individuazione delle misure preventive e gestionali.

Questa "forza" gli deriva dal potenziamento operato dal TUSS del suo ruolo collaborativo, e quindi anche propositivo, non solo nel processo di VR, ma anche in quelli di individuazione delle misure di tutela e di promozione della salute i cui obiettivi sono evidentemente perseguibili anche attraverso il miglioramento complessivo della qualità della vita lavorativa, aspetto fondamentale anche per la prevenzione del m..

In quanto medico, il MC deve innanzi tutto mettere ben in evidenza che da quei reiterati e protratti comportamenti mobbizzanti deriva un grave rischio per la salute della "vittima". Infatti dal punto di vista medico legale l'inquadramento nosografico del m. fa generalmente riferimento a due quadri morbosi:

- sindrome (disturbo) da disadattamento cronico;
- sindrome (disturbo) post-traumatico da stress cronico, sicuramente rilevanti (specialmente il secondo) dal punto di vista clinico e prognostico.

Di fronte a quadri morbosi di questa entità, il DL può innanzi tutto essere chiamato a rispondere della violazione degli obblighi che gli derivano dall'art. 2087 c.c. che dispone non soltanto la tutela dell'integrità fisica dei suoi dipendenti, ma anche quella della loro "personalità morale".

Altre rilevanti conseguenze possono derivargli dalla giurisprudenza penale che tendenzialmente ha finora ricondotto il fenomeno del m. ai reati di percosse (art. 581 c.p.) o lesioni (artt. 582 e 590 c.p.), ovvero a quelli di violenza privata (art. 610 c.p.) o molestie (art. 660 c.p.) e talora tra quelli di maltrattamento (art. 572 c.p.). Tuttavia, considerata l'integrazione del D. Lgs 231/01 con l'art. 25 septies, che ha esteso la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche e delle società anche al reato di lesioni personali colpose gravi o gravissime commesso in violazione delle norme in materia di tutela della salute sul lavoro, è oggi possibile attribuire rilevanza alla responsabilità amministrativa da m..

Conseguentemente il modello di organizzazione e di gestione adottato dall'impresa ai sensi dell'art. 30, c. 1 del TUSS, potrà avere efficacia esimente dalla responsabilità amministrativa soltanto se avrà anche considerato questa problematica.

In tale contesto non dobbiamo dimenticare che la stessa valutazione del rischio stress lavoro-correlato porta a considerare alcuni indicatori borderline tra lo stress

ed il m..

In particolare, nell'area del "contesto del lavoro", alcuni indicatori riguardanti i "rapporti interpersonali sul lavoro", quali la gestione di "eventuali comportamenti prevaricatori o illeciti da parte dei superiori e dei colleghi" e la "frequente segnalazione di conflitti/litigi", configurano eventi che possono essere più correlabili al m. che allo stress occupazionale. D'altra parte, più in generale, l'analisi organizzativa implicata dalla valutazione del rischio stress lavoro-correlato, può evidenziare delle incongruenze nelle scelte organizzative riconducibili alle situazioni di "costrittività organizzativa" descritte da Maggi dal 1983 e cioè a quelle "dis-ergonomie" dell'organizzazione del lavoro che possono costituire il "substrato" ed il "pabulum" anche per il m..

A tale proposito vale la pena infine ricordare che la lista II del DM 27/04/2003, "malattie la cui origine professionale è di limitata probabilità", comprende il "gruppo 7" delle "malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro".

Le malattie indicate sono proprio i già citati disturbi "dell'adattamento cronico" e "post-traumatico cronico da stress", mentre le disfunzioni dell'organizzazione del lavoro riportate come "agenti" che li causano sono proprio le "costrittività organizzative" di cui sopra.

La prevenzione del mobbing: quale ruolo per il medico competente?

Sostanzialmente possiamo individuare misure:

- per la gestione degli aspetti “oggettivi” legati alla cattiva organizzazione del lavoro;
- per la gestione degli aspetti “soggettivi” consistenti nella reiterata e protratta attuazione di attività e comportamenti mobbizzanti.

Le prime misure dovrebbero sfociare nell’individuazione di modelli che consentano “a monte”, attraverso una migliore progettazione dell’organizzazione del lavoro, il controllo di tutte quelle incongruenze e dis-ergonomie organizzative che possono innescare il fenomeno.

Tuttavia sappiamo che si tratta di un’operazione non facile perché implica non soltanto la verifica della qualità di molti e rilevanti aspetti organizzativi, ma, spesso, anche l’interferenza con la cosiddetta “cultura organizzativa” e cioè quell’insieme di “assunti” (modi di pensare, sentimenti, percezioni, valori, ecc.) radicati e condivisi nel management, nel quale non sono in genere gradite ingerenze (Schein, 1984).

Il superamento di questa posizione richiede un grosso sforzo di sensibilizzazione finalizzato a dare consapevolezza alle direzioni aziendali anche delle implicazioni socio-economiche del m. e, quindi, sui vantaggi che possono derivare dal suo controllo sia in termini di costi

diretti (contenziosi, assenteismo, performance ecc.), che indiretti (motivazione, qualità delle relazioni, “clima” aziendale, immagine aziendale interna ed esterna ecc.). **Le misure finalizzate alla prevenzione dei comportamenti ed attività mobbizzanti** sono sostanzialmente incentrate sull’informazione e la formazione dei lavoratori.

In tale contesto uno strumento fondamentale può essere **l’elaborazione e la diffusione da parte della direzione aziendale di una “policy”**. Di seguito ne illustriamo un esempio.

Un esempio di “policy” sul mobbing

Principi generali:

- La policy (p.) rientra nella strategia preventiva aziendale in materia di tutela della salute;
- La p. può diventare parte integrante della “carta” e delle “pratiche” etiche elaborate in accordo con i principi della responsabilità sociale d’impresa (RSI);
- Attraverso la p. la direzione aziendale cerca di creare un ambiente di lavoro sfavorevole per lo sviluppo del m. e di dotarsi di uno strumento che possa, con altri, contribuire a configurare l’esimenda volta a dimostrare che eventuali reati di m. commessi da un dipendente non sono avvenuti nell’interesse o a vantaggio dell’impresa.

Per la sua elaborazione si insedia un Gruppo di Lavoro (GdL) comprendente i responsabili dell’ufficio legale, delle risorse umane, del

SPP ed il MC. Altre competenze, come psicologi del lavoro od esperti in organizzazione del lavoro, possono essere coinvolte nel proseguo del lavoro del gruppo.

In via preliminare, il GdL definisce e condivide i requisiti fondamentali della p.:

- deve essere definita ed autorizzata dai più alti livelli direzionali;
- deve esplicitare chiaramente sia l’impegno della direzione per la prevenzione del m., che l’obiettivo di realizzare un ambiente di lavoro sfavorevole allo sviluppo del m.;
- deve rendere consapevoli e responsabili i dipendenti: consapevoli attraverso la conoscenza dei comportamenti ed atteggiamenti mobbizzanti e responsabili attraverso quella delle conseguenze che possono derivare dalla loro adozione;
- deve essere comunicata a tutti i dipendenti in quanto, indipendentemente dal ruolo/funzione, tutti potenzialmente potrebbero diventare dei “mobber”;
- deve specificare che la sua attuazione è responsabilità dei dirigenti;
- deve essere periodicamente rivista per verificarne e garantirne la conformità all’evoluzione dell’organizzazione aziendale.

Titolo

Il Mobbing: la politica aziendale per la sua prevenzione

L’impegno della direzione

Dopo aver sottolineato quanto già (eventualmente) riportato nella “Carta Etica” a proposito della condanna delle molestie fisiche, morali e delle discriminazioni e richiamato i valori condivisi come la lealtà, il rispetto degli altri, la valorizzazione del lavoro di squadra, la diffusione delle conoscenze, la tutela della salute e della sicurezza (già di per sé antitesi del m.), viene esplicitato l’impegno della direzione “ad assicurare a qualsiasi livello ed a tutti i collaboratori il diritto al rispetto ed alla considerazione della loro persona, a non essere oggetto di comportamenti discriminatori o vessatori o di trattamenti degradanti o umilianti”.

Obiettivo della politica

“Promuovere la creazione di un ambiente di lavoro libero dal mobbing rendendo tutti i collaboratori consapevoli dei comportamenti che possono configurarlo e responsabilizzandoli sulle conseguenze derivanti dalla loro adozione”.

Il mobbing

Per la definizione si può fare riferimento a quella di Leymann (1996). In particolare viene sottolineato che, a causa del reiterarsi e del protrarsi delle azioni mobbizzanti, la vittima è spinta e mantenuta in una situazione di impotenza (privo di appoggio e di difesa) che sfocia in un grave stato di disagio psichico, fisico e sociale.

Viene anche richiamata l’attenzione sul fatto che il m. non è soltanto un fenomeno gerarchico (mobbing “verticale” o “bossing”), ma è universalmente diffuso anche il mobbing “orizzontale” praticato da uno o più colleghi verso un altro.

Riferimenti giuridici

Nel paragrafo si sottolinea che anche se tuttora non esiste una legislazione nazionale in materia di m., sull’argomento si è ormai consolidata una vasta giurisprudenza fondata sulla lettura combinata di numerose disposizioni riportate e descritte:

- Costituzione: artt. 32 e 41;
- Codice Civile: artt. 2087, 2043 e 2103;
- Codice Penale: artt. 572, 581, 582, 590, 610 e 660. In tale contesto viene anche ricordato che le “malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro” rientrano nell’elenco delle malattie per le quali vige l’obbligo di denuncia da parte del medico e che tutte le “disfunzioni dell’organizzazione del lavoro” che possono configurare l’origine professionale delle “malattie psichiche e psicosomatiche” e la loro conseguente denuncia all’autorità sanitaria e giudiziaria, rientrano nell’elenco delle azioni e comportamenti mobbizzanti.

I comportamenti e le azioni mobbizzanti

E’ uno dei paragrafi fondamentali per la conoscenza e, quindi, per la consapevolezza dei lavoratori sul fenomeno. In due elenchi viene riportata la gran parte delle azioni e comportamenti mobbizzanti descritti nella letteratura (Leyman, 1993; Field, 1996):

Attacchi contro la persona finalizzati ad emarginarla, ridicolizzarla, screditarla o umiliarla:

- Riprendere in modo arrogante, specialmente di fronte ad altre persone
- Fare commenti malevoli, lanciare frecciate, insultare, usare nomignoli offensivi (pugnalare alle spalle, buttare fango addosso, fare insinuazioni, deridere, ridicolizzare, tormentare)
- Fare apprezzamenti fuori luogo, scherzi, calunniare su sesso, età, razza, credenze religiose, comportamenti sessuali, estrazione culturale, particolarità fisiche o handicap
- Diffondere maldicenze, dicerie e falsità o accettarle acriticamente se riferite da terzi
- Adottare comportamenti aggressivi, offensivi, intimidatori, minacciosi, provocatori
- Istigare i colleghi contro la vittima (costringerli a non parlarle, a spiarla, a fare silenzio al suo ingresso...)

- Colpevolizzare ripetutamente ed in modo preconconcetto

- Limitare la comunicazione a memo, e mail o tramite terzi, negando sistematicamente quella diretta.

Attacchi contro la “carriera” finalizzati ad ostacolare il rendimento della persona, a compromettere il suo rapporto con l’azienda o a sminuirne la competenza professionale

- Assegnare compiti lavorativi negando l’autorità, le informazioni, le risorse, gli strumenti, il sostegno o il tempo realisticamente necessario per il loro svolgimento

- Assegnare compiti pericolosi, incompatibili con la tutela della salute e della sicurezza

- Assegnare compiti privi di senso logico o non necessari

- Sabotare, interferire, ostacolare lo svolgimento di un lavoro e poi criticare

- Ricorrere a critiche e rimproveri ripetuti rifiutando di motivarli e negando il contraddittorio

- Ignorare o sminuire le idee, le opinioni, le proposte, le competenze o il rendimento

- Declassare assegnando compiti lavorativi dequalificanti o chiaramente inferiori rispetto al ruolo o al profilo professionale

- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi con conseguente forzata inattività

- Assegnazione di compiti o obiettivi esorbitanti o eccessivi rispetto al ruolo, al livello professionale, alle scadenze, oppure in relazione ad eventuali condizioni di handicap psicofisici

- Richieste di ripetere o rifare un lavoro quando lo stesso può essere considerato soddisfacente e completo

- Rifiuto di chiarire le funzioni o i compiti e di metterli per iscritto

- Ostacolare sistematicamente e senza motivo la fruizione delle ferie e dei permessi

- Esclusione reiterata dall’accesso alle notizie, alle riunioni, alle iniziative formative, di riqualificazione e di aggiornamento professionale

- Contattare i collaboratori in ferie o in malattia con richieste di esecuzione di lavori urgenti o irragionevoli

- Ricorrere ad un esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo

- Abusare del proprio potere per imporre trasferimenti immotivati in sedi lontane e disagiate

- Ricorrere continuamente a minacce di azioni disciplinari o di licenziamento per eventi insignificanti

- Uso eccessivo e pretestuoso delle contestazioni disciplinari.

Le responsabilità

Nel paragrafo vengono richiamati i seguenti concetti:

- poiché il rispetto della politica parte dalla direzione aziendale, tutti devono collaborare per la sua realizzazione, indipendentemente dalle circostanze, dalla mansione e dal ruolo;

- poiché la consapevolezza genera responsabilità, ciascuno si assume le responsabilità derivanti dalle conseguenze dei propri atti;

- pertanto chiunque attui azioni o adotti comportamenti mobbizzanti o non eserciti la sua funzione di controllo per evitarli, si assume personalmente le responsabilità che possono derivare da quelle azioni od omissioni;

- sanzioni di carattere disciplinare possono conseguire al danno che tali azioni provocano ai colleghi ed alla compromissione all’immagine aziendale”.

Attuazione della politica

La politica aziendale sul mobbing, definita ed approvata dalla direzione aziendale, viene comunicata a tutti i collaboratori. I dirigenti sono responsabili della diffusione e dell’implementazione della politica. A tal fine devono motivare i loro collaboratori a conformarsi

ad essa attraverso l’esemplarità del loro comportamento, assicurandosi che l’abbiano compresa e controllando che la rispettino anche attraverso la valutazione periodica dei comportamenti individuali che è parte integrante dell’azione di miglioramento continuo.

La gestione delle segnalazioni

Da qualsiasi ente provenga la segnalazione, il caso va ricondotto alle Direzione Risorse Umane che lo sottopone all’analisi di un Comitato costituito da rappresentanti del suo ufficio, dell’Ufficio Legale, del Servizio di Prevenzione e Protezione e dal Medico competente.

Ogni componente del Comitato esamina il caso per le parti di competenza al fine di un suo corretto inquadramento complessivo.

Alla conclusione dell’analisi il Comitato relaziona la Direzione Risorse Umane dando indicazioni sulle iniziative da adottare con la direzione aziendale in caso di accertata inosservanza della politica.



La revisione periodica della politica

La politica va rivista periodicamente per garantire che rimanga pertinente e adeguata all’organizzazione. Salvo eventi che ne impongano una revisione immediata, la politica viene rivista con periodicità quinquennale.

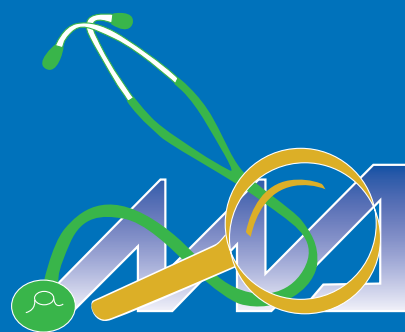
Conclusioni

In conclusione si ritiene che nella prevenzione e gestione del m. il MC abbia tutti i numeri per poter svolgere un ruolo a tutto campo.

Sicuramente il MC può essere coinvolto nella gestione del “caso” potendo costituire un riferimento ed un supporto per la “vittima”.

Tuttavia il suo ruolo prioritario, nell’ambito della sua collaborazione con il sistema di prevenzione aziendale, è quello di dare il suo contributo per la prevenzione del mobbing.

Bibliografia disponibile a richiesta



MATERIALI DI LAVORO

Umberto Candura,
Vice Presidente ANMA

CONTRATTO 'TIPO' DEL MEDICO COMPETENTE

CONTRATTO RELATIVO AD INCARICO DI MEDICO COMPETENTE,
AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, D.LGS. 81/08 E
SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

SCRITTURA PRIVATA

Tra l'Azienda _____
_____, con sede legale in _____
_____, in persona del legale rappresentante pro tempore _____
_____, d'ora innanzi "l'Azienda" e il/la Dr./
Dr.ssa _____
d'ora innanzi "medico competente".

REMESSO

- A) che l'Azienda, ai sensi della normativa vigente (D.Lgs. 81/08 e normativa collegata in tema di Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro) ha l'obbligo di sottoporre a sorveglianza sanitaria il personale dipendente;
- B) che la normativa prevede la necessità di avvalersi di un medico, definito "competente", in virtù del possesso dei titoli indicati dagli artt. 2 e 38 del D.Lgs. 81/08;
- C) che il/la dr./dr.ssa _____ è in possesso dei necessari requisiti e si è dichiarato disponibile a prestare la sua opera professionale;

SI CONVIENE E SI STIPULA

- 1) la premessa è da considerarsi parte integrante della susseguente pat-
tuizione;
- 2) l'Azienda _____
_____ incarica in qualità di medico competente il dr./dr.s
sa _____ che dichiara di accettare
l'incarico di svolgere tale compito secondo le direttive stabilite dai decreti
precedentemente citati;

3) Obblighi del medico competente.

L'opera del medico competente si esplicherà secondo quanto previsto dagli artt. 25 e 41 del D.Lgs. 81/08, ed in particolare egli effettuerà la sorveglianza sanitaria che si articolerà :

- in accertamenti sanitari preventivi intesi a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione alla quale i lavoratori saranno destinati, con l'obiettivo di valutare l'idoneità lavorativa specifica (visite preventive e visite per cambio mansione),
- in accertamenti periodici per controllare la persistenza di un stato di salute psico-fisica dei lavoratori compatibile con il mantenimento di tale condizione di idoneità.

Saranno inoltre compiti del medico competente:

- garantire l'effettuazione delle visite mediche preventive e con la periodicità prevista dalle leggi vigenti, ovvero, laddove le stesse non la prevedano, ritenuta adeguata dalle conoscenze medico-scientifiche,
- far effettuare ai lavoratori esposti gli esami chimico-clinici e tossicologici, nonché gli accertamenti strumentali mirati al rischio specifico,
- istituire, compilare ed aggiornare la cartella sanitaria e di rischio per ciascun lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria,
- compilare ed aggiornare, ove del caso, i registri degli esposti a rischi derivanti dall'esposizione ad agenti cancerogeni e biologici,
- informare i lavoratori e, su richiesta, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, relativamente al significato degli accertamenti sanitari cui gli stessi sono sottoposti,
- informare ogni lavoratore interessato dei risultati degli accertamenti sanitari effettuati e rilasciare, a richiesta, copia della documentazione sanitaria,
- informare, a richiesta, il datore di lavoro e il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale relativamente alla situazione clinico-epidemiologica aziendale,
- comunicare al datore di lavoro eventi per i quali la legge prevede tale iniziativa,
- partecipare alla riunione periodica della sicurezza di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/08, programmata dal datore di lavoro con preavviso di almeno trenta (30) giorni dalla data prevista,
- effettuare i sopralluoghi negli ambienti di lavoro, congiuntamente al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, con frequenza e modalità che saranno stabilite in sede di valutazione dei rischi ed in accordo con la vigente normativa di igiene e sicurezza del lavoro,
- partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori mediante le indagini ambientali previste dalle norme che sovrintendono alle procedure di valutazione del rischio,
- collaborare alla valutazione dei rischi così come previsto dall'art. 25, comma 1 a) per quanto è di sua competenza,
- effettuare le visite mediche su richiesta del lavoratore, ai sensi dell'art. 41, comma 2, lett.c), qualora tale visita sia ricollegabile ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute ,
- collaborare alla predisposizione del servizio di pronto soccorso aziendale, anche con gli opportuni collegamenti con Enti e Strutture esterne predisposte all'emergenza sanitaria sul territorio,
- collaborare all'attività di informazione e formazione dei lavoratori, per quanto di sua competenza, sia per la prevenzione dei rischi specifici, sia per l'addestramento dei lavoratori designati alla gestione dell'emergenza (Titolo I, Sez. VI, D.Lgs. 81/08),
- promuovere campagne di sensibilizzazione e partecipazione dei lavoratori a programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale
- curare i collegamenti e cooperare, ove del caso, con gli Organismi territoriali preposti alla Vigilanza.

4) **Obblighi dell’Azienda.**

L’Azienda, per quanto di sua competenza, provvederà:

- a) ad informare il medico competente relativamente all’organizzazione aziendale, ai processi tecnologici ed ai rischi connessi al ciclo produttivo, attraverso la tempestiva comunicazione del documento di valutazione dei rischi di, cui all’art. 28 del D.Lgs. 81/08, ed i suoi periodici aggiornamenti,
- b) a fornire al medico competente gli elenchi del personale esposto ai vari rischi professionali e ad aggiornarlo con sollecitudine,
- c) a fornire altresì al medico competente tutti gli altri dati previsti dall’art. 18, comma 2 del D.Lgs. 81/08 (infortuni, malattie professionali, ecc.)
- d) ad istituire ed aggiornare, ove del caso, i registri degli esposti ai rischi derivanti dall’esposizione ad agenti fisici, cancerogeni e biologici,
- e) a seguire le modalità di adempimento agli obblighi di informazione e formazione stabilite, per quanto di sua competenza,
- f) ad assistere, direttamente e/o tramite il responsabile del Servizio di prevenzione e protezione rischi delle varie unità produttive, il medico competente durante lo svolgimento delle visite agli ambienti di lavoro e a rispettare il programma degli accertamenti integrativi previsti dal protocollo sanitario stabilito dal medico competente,
- g) a custodire, con la salvaguardia del segreto professionale, le cartelle sanitarie e di rischio,
- h) ad organizzare la riunione periodica di sicurezza di cui all’art. 35 del D.Lgs. 81/08, preavvisando il medico competente con almeno 30 (trenta) giorni di anticipo rispetto alla data programmata,
- i) a fornire con tempestività al medico competente i risultati del controllo dell’esposizione ambientale dei lavoratori,
- j) ad informare il medico competente relativamente ad ogni denuncia di malattia professionale o di infortunio sul lavoro intervenuti nel periodo intercorrente fra gli accertamenti sanitari periodici,
- k) ad informare il medico competente di eventuali controlli effettuati dall’Organismo di Vigilanza, per quanto riguarda la propria competenza, ed a porre alla sua attenzione l’eventuale verbale di ispezione rilasciato.

5) **Sede e modalità di svolgimento dell’incarico.**

L’incarico di medico competente si intende riferito allo stabilimento _____
_____situato in _____

Il medico competente svolgerà l’attività libero-professionale di cui sopra nei giorni, nelle ore e nei luoghi che saranno concordati con l’Azienda, comunque nel rispetto delle periodicità programmate ed in armonia con la normativa vigente e con il D.Lgs. 81/08.

E’ facoltà del medico competente, ove impossibilitato per motivi eccezionali ad eseguire i compiti di sorveglianza nei termini programmati, farsi sostituire da altro medico provvisto di pari requisiti giuridici, da lui indicato e nominato pro tempore come medico competente dal datore di lavoro.

Per l’effettuazione delle visite specialistiche e degli esami clinici, biologici e strumentali di cui al protocollo sanitario, il medico competente si avvarrà di professionisti ed enti scelti di comune accordo con la committente.

Il medico competente è vincolato alla segretezza e riservatezza relativamente alle informazioni ricevute inerenti il suo incarico (art. 622 C.P. e T.U. sulla Privacy), nonché al rispetto dei Codici Deontologici emessi dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi, dalla ICOH e dall’ANMA.

L’incarico di cui al presente punto , per le sue specifiche caratteristiche , verrà svolto dal medico competente in qualità di libero professionista, non comporterà alcun vincolo di subordinazione, né obbligo di orario, e, così come esplicitamente voluto e dichiarato dai contraenti, non comporterà nessun rapporto di lavoro subordinato.

6) **Compensi.**

Il medico competente riceverà i seguenti onorari, in considerazione dal numero dei dipendenti operanti nell’Azienda e da aggiornare periodicamente al costo della vita in base agli indici ISTAT:

- compenso annuo al lordo delle trattenute di legge..... _____
- tariffa oraria per eventuali impegni aggiuntivi e comunque non previsti nel compenso forfettario di cui sopra..... _____

Tutte le spese relative all’espletamento del mandato saranno rimborsate a piè di lista su presentazione dei giustificativi. Resta inteso che il rimborso deve essere previsto in riferimento al luogo di residenza del professionista.

Il pagamento degli onorari sarà effettuato a _____gg. da presentazione di fattura con cadenza _____ in _____ rate .

7) **Durata.**

Il presente contratto è a termine e avrà durata di un anno dalla data di stipula.
Si intende tacitamente rinnovato se nessuna delle parti fa pervenire a mezzo raccomandata a.r. disdetta almeno sei (6) mesi prima della scadenza naturale.

Il/La dr./dr.ssa _____ si riserva il diritto di recedere dal contratto in qualsiasi momento in caso di inadempimento della società degli obblighi contrattuali.

In caso di risoluzione anticipata del contratto dovuta sia ad inadempimento contrattuale della Azienda _____ sia ad impossibilità sopravvenute, anche conseguente a cause di forza maggiore, al/alla dr./dr.ssa _____ sarà comunque corrisposto l’importo pari al corrispettivo che sarebbe stato dovuto fino alla scadenza contrattuale naturale sulla base del compenso annuo convenuto.

8) **Controversie.**

Per qualsiasi controversia sarà competente il Tribunale di _____
In fede,

<i>Per l’Azienda</i>	<i>Il medico competente</i>
.....	



Baghino Chiara,
Ortottista Genova

Palagano Giada,
Ortottista Genova

Santucci Paolo,
Consigliere nazionale ANMA

IL TRAINING ORTOTTICO E IL VIDEOTERMINALISTA



Il training ortottico

L'occhio umano rappresenta l'organo periferico duplice della visione da cui originano impulsi nervosi atti a dirigere gli occhi nella direzione desiderata. La capacità soggettiva di percepire gli oggetti nello spazio in maniera nitida, singola e nella loro giusta profondità costituisce il fenomeno della visione binoculare. La binocularità nella sua espressione più significativa viene infirmata da varie alterazioni, quali anisometropie congenite o acquisite, ambliopie, eterotropie, nistagmi, patologie varie che possono turbare il comfort visivo del paziente (2).

E' nota l'estrema necessità di una diagnosi precoce di tali anomalie al fine di instaurare i provvedimenti opportuni utili ad eliminare, attenuare i danni obbiettivi ad esse connessi.

Un trattamento ottico tempestivo, una precoce correzione chirurgica delle anomalie, un severo trattamento ortottico, la ricerca di una isoacuità visiva, sono la base di risultati clinicamente soddisfacenti e gratificanti per la qualità della visione del soggetto.

Per quanto riguarda le eterotropie vi è un'estrema diversità sintomatologia nelle forme congenite infantili e in quelle dell'età adulta. Una deviazione oculare provoca diplopia e confusione che solo in età infantile possono essere eliminati mediante meccanismi compensatori quali la soppressione la corrispondenza retinica anomala.

Di fronte ad una eterotropia disponiamo di un corredo di test diagnostici e terapeutici rivolto a due scopi fondamentali:

- misurare e valutare l'entità e il tipo della deviazione,
- valutare le alterazioni provocate dalla eterotropia sulla binocularità (3).

In determinati casi di eteroforie e tropie si eseguono esercizi di motilità oculare, considerati come una sorta di 'ginnastica oculare' atti a riattivare il movimento di quei muscoli oculari deficitari che causano discomfort visivo (stanchezza, visione non più nitida, arrossamento oculare, etc.)

Il training ortottico, o ginnastica oculare, viene eseguito in situazioni in cui lo strabismo non è del tutto radicato per quanto riguarda il bambino, mentre per l'adulto si esegue quando uno strabismo si è scompensato per vari motivi fisiologici o meccanici (cataratta, trauma oculare, modifica della correzione ottica da monofocale a multifocale, attività lavorativa in cui viene richiesta una forte attenzione visiva, etc), che hanno colpito la visione binoculare del soggetto e non la rendono qualitativamente sufficiente per proseguire le attività quotidiane.

Il paziente adulto a cui ci si riferisce è colui che ha difficoltà nella lettura per vicino, nell'uso continuo e prolungato del videoterminale, oppure ha difficoltà nella messa a fuoco delle immagini da lontano.

L'eccessiva stimolazione di messa a fuoco per vicino,

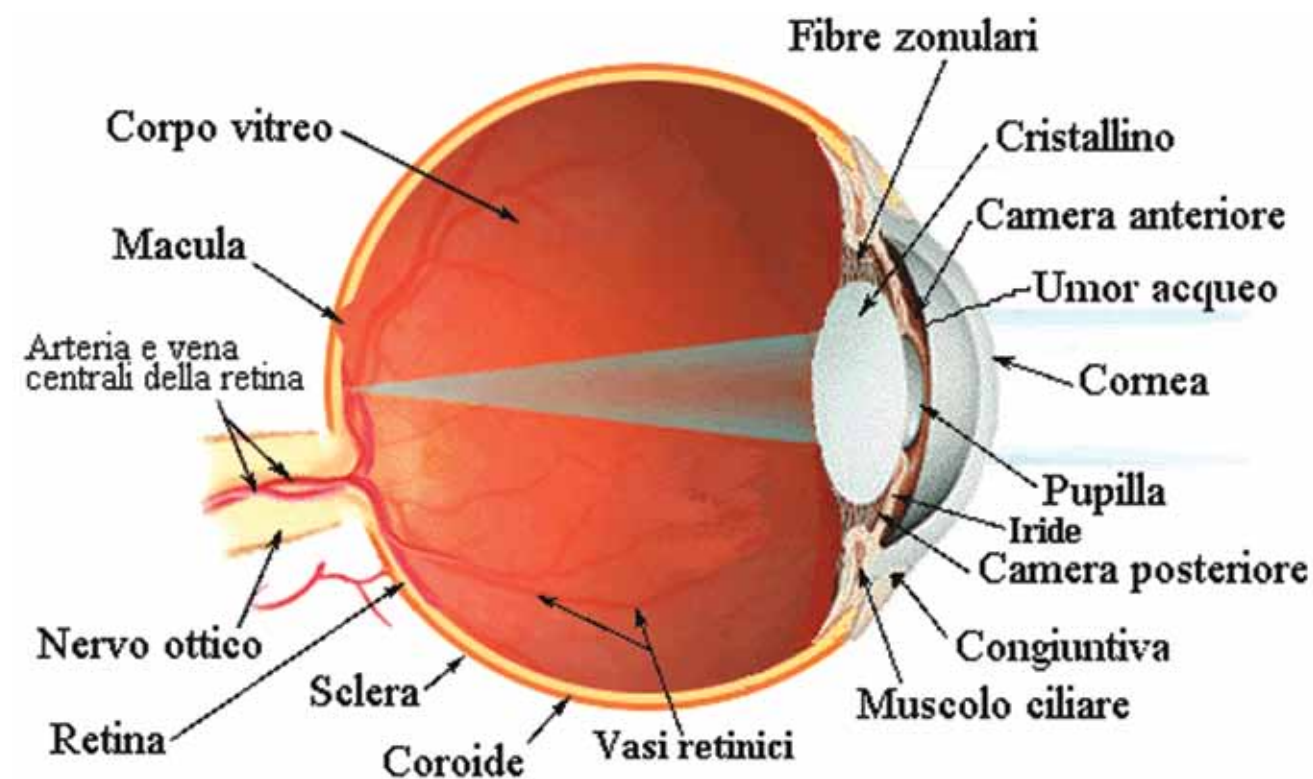
come nel caso del videoterminale, spesso porta a un difetto di divergenza in cui il soggetto non riesce più a vedere nitido per lontano (visione sfuocata) oppure può subire un eccesso di convergenza e anche le attività per vicino potrebbero subire alterazioni (visione sdoppiata). Vi sono indicazioni nell'eseguire tali esercitazioni per i pazienti con nistagmo, sempre che vi sia un residuo visivo non $< 5/10$ in binoculare.

Per eseguire tali esercizi si utilizzano diversi strumenti tra cui il sinottoforo e la stecca dei prismi di Berens che sono il mezzo più frequentemente usato nei centri oculistici-ortottici.

Questi vengono utilizzati per lo studio della ampiezza fusionale per lontano e vicino, con e senza la correzione ottica in uso dal paziente: si eseguono movimenti di scorrimento lenti della stecca davanti a un occhio poi davanti al controlaterale, con l'apice del prisma rivolto verso lo strabismo oculare, mentre entrambi gli occhi fissano una mira davanti ad essi (mira che può essere luminosa o anche la punta di una penna).

I valori normali di ampiezza fusionale sono compresi tra 8 e 16 DP (diottrie prismatiche) per la divergenza ed oltre 25 DP per la convergenza (1): quindi gli esercizi si eseguono con pazienti che non presentano tali valori ma che per una convergenza arrivano a 10 o anche meno di DP.

Tali esercizi ortottici hanno in media una durata di circa 30 minuti ciascuno in cicli da 6-8 sedute consecutive o meno (a discrezione dell'operatore), ripetibili negli anni come mantenimento del beneficio visivo ottenuto in seguito al training svolto. Spesso viene insegnato al



paziente stesso una modalità di esecuzione per 'l'esercizio' da svolgere a domicilio, in questo caso il successo del training avrà più possibilità di riuscita.

L'uso della correzione ottica è necessaria se il paziente è già portatore di occhiali, nel caso in cui non lo fosse va verificato l'eventuale difetto rifrattivo e corretto prima dell'esercizio.

Training ortottico e videoterminalista

Nel corso dello screening ergoftalmologico condotto dal medico competente non è raro riscontrare difetti ortottici, a volte di entità rilevante e/o associati ad astenopia significativa (1).

In una recente casistica è stato evidenziato che solo un terzo dei casi segnalati nello screening, confermati in approfondimento dall'oculista (art.39.5 D.Lgs.81/08 e s.m.i.), vengono confermati dallo stesso specialista nell'invio al trattamento specifico presso un ortottista (2).

In due casi simili B.V. 37 anni e E.E. 46 anni evidenziano allo screening un deficit di convergenza per vicino rispettivamente di 10 e 8 Diottrie Prismatiche (D.P.) (valori normali > 18-20 D.P.) in assenza di astenopia significativa.

B.V. presenta anche una lieve ipermetropia (+ 0,50 sf) e lieve affaticamento oculo-visivo (arrossamento), E.E. evidenzia benessere oculo-visivo e funzione visiva nella norma.

L'oculista in approfondimento conferma il deficit di convergenza p.v. prescrivendo 'esercizi domiciliari per convergenza' ad entrambe le lavoratrici, oltre a lacrime artificiali per B.V., che hanno evidenziato beneficio successivamente.

I due casi confermano che l'oculista prescrive esercizi ortottici soltanto in caso di deficit particolarmente significativi della convergenza, generalmente per valori uguali o inferiori a 10 D.P. nello 'screening manuale' con stecche prismatiche di Berens. Il beneficio è perciò evidente al termine del trattamento, anche in soggetti alla terza e quarta decade di vita.



Un caso ancora più eclatante è quello di R.L.R. 55 anni, videoterminalista con attività mista da 29 anni per circa 5-6 ore al dì. Riscontro di ipermetropia con lieve deficit di convergenza e lieve astenopia negli accertamenti precedenti, a partire dal 2004.

Allo screening del dicembre 2011 presenta una correzione soddisfacente per astigmatismo ipermetropico composto, importante deficit di convergenza p.v. (2 D.P., 6 D.P.), presbiopia e 'astenopia significativa' (arrossamento e bruciore oculare quotidiano). Di fronte a tale 'scompenso' viene formulata idoneità semestrale, prospettato ciclo di training ortottico e richiesta visita oculistica che conferma la necessità di esercizi ortottici con prescrizione lenti per sola ipermetropia.

Dopo 6 mesi (giugno 2012), nei quali la videoterminalista ha svolto esercizi presso ortottista e successivamente a domicilio, l'astenopia è scomparsa ed il nuovo valore di convergenza è pari a 45 D.P. per entrambi gli occhi.

Il caso può apparire 'al limite', tuttavia dimostra che anche un videoterminalista ultra50enne può beneficiare del training ortottico, migliorando nettamente la qualità della propria vita professionale (2).

Alla base dell'intervento risolutivo rimane lo screening del medico competente che si è dimostrato capace di selezionare il caso da sottoporre con successo all'attenzione dello specialista di riferimento, in questo caso l'ortottista.

Bibliografia

- 1) Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, Monografia ANMA, 2009.
- 2) Santucci P., Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista, Seminario ANMA 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano 19 ottobre 2012.
- 3) Zingirian M., Calabria G., Ciurlo G. Oftalmologia e qualità della visione. SOI 1992.

VERBALE CONSIGLIO DIRETTIVO ANMA DEL 26 GENNAIO 2013



VITA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Mauro Valsiglio

A seguito della convocazione del Segretario inviata via mail in data 09/01/2013, si riunisce in data odierna alle ore 10:30 presso la Sede di Via S.Maurilio 4 di Milano il Consiglio Direttivo ANMA per discutere del seguente Odg:

- 1) approvazione verbale del direttivo del 15 settembre u.s.
- 2) analisi del consuntivo esercizio 2012 e budget 2013 e loro approvazione.
- 3) stato del piano formativo 2013 e procedure per la gestione degli eventi.
- 4) revisione del Regolamento dell'Associazione.
- 5) varie ed eventuali.

Presenti i consiglieri: Briatico Vangosa, Candura, Ditaranto, Farabi, Olivetti, Patanè, Saettone, Santucci, Sabbatucci, Taliercio, Valsiglio

Assenti giustificati i consiglieri: Aversa, Bontadi, Donghi, Origlia

Sono altresì presenti i Segretari Regionali: Iannuzzi, Valchi, Sanchioli, Loizzo, De Santa.

1) Approvazione verbale del direttivo del 15 settembre u.s.

Viene approvato all'unanimità il verbale precedente del 15/09/2012.

2) Analisi del consuntivo esercizio 2012 e budget 2013 e loro approvazione

È stato presentato, analizzato e approvato in sede di consiglio il consuntivo dell'esercizio ANMA dell'anno 2012 e presentato il budget per l'anno in corso.

Per quanto riguarda il saldo per l'attività di realizzazione degli eventi formativi, residenziali e FAD, siamo in attivo, in linea con quanto accaduto per l'esercizio precedente. Per questo motivo non vi è attualmente necessità di aumentare il costo dei corsi di formazione per i soci.

Medico Competente Journal: dopo la disdetta di uno sponsor storico, sarebbe più che opportuno trovarne altri. L'invito è rivolto a tutti i consiglieri e segretari. Il "comitato etico" è operativo e sta già vagliando alcune richieste pervenute.

3) Stato del piano formativo 2013 e procedure per la gestione degli eventi

È stata presentata ai membri del direttivo la nuova procedura per la gestione eventi formativi residenziali (tabella attività eventi regionali).

Si ricorda ai segretari regionali di presentare gli eventi formativi residenziali alla segreteria nazionale entro il 30 giugno dell'anno precedente l'effettuazione dello stesso e l'importanza di riportarvi la data di inizio e quella di termine dello stesso (le date dei seminari intermedi possono essere scelte anche in un secondo momento) mentre il piano formativo annuale deve essere presentato al Ministero entro il 30 ottobre, sempre dell'anno precedente. Gli eventi formativi inseriti in banca dati ECM possono essere replicati nell'anno di competenza, inserendo la richiesta di replica entro trenta giorni dalla data della loro erogazione.

Si è deciso di procedere, per il futuro, alla consegna del materiale del corso ai partecipanti tramite il sito internet dell'associazione.

Siamo in attesa, come ANMA, della comunicazione da parte della Commissione ECM per poter avviare la procedura per l'accreditamento "standard", ovvero definitivo.

Per quanto riguarda il Congresso Nazionale i contenuti degli interventi, compresi i seminari, sono in fase di completamento. Prevista una riduzione della quota di iscrizione, per venire incontro ai partecipanti alle spese di viaggio ed alloggio.

4) Revisione del Regolamento dell'Associazione

In relazione alle recenti variazioni di Statuto bisogna procedere alla revisione del Regolamento Associativo che deve essere approvato dalla Assemblea. Pertanto il direttivo dovrà approvare le modifiche del prossimo Congresso Nazionale.

Il Segretario Ditaranto si assume l'incarico di iniziare l'attività e a breve comunicherà i nominativi dei consiglieri che dovranno coadiuvarlo.

5) Varie ed eventuali

Allegati 3A e 3B.

Saltato l'incontro programmato per il mese di febbraio corrente anno a Roma (sede INAIL), per cause di forza maggiore (elezioni nazionali), si è deciso di realizzare ed inviare agli organi competenti una comunicazione ufficiale dell'associazione con l'ulteriore richiesta di delucidazioni riguardo le modalità e, soprattutto, l'utilità della raccolta e invio dei dati come richiesto da allegato 3B da parte dei medici competenti.

Per l'entrata in vigore della sanzione per il medico competente del mancato invio dell'allegato 3B (già valida per l'anno in corso o solo per il prossimo), sarà richiesta una nota interpretativa alla Dott.ssa Guardavilla.

Patanè ci ha presentato ed illustrato il nuovo sito dell'associazione, che a breve sarà pubblicato su internet. Il sito presenta molte novità, dal punto di vista tecnologico e nei contenuti.

Tra le iniziative promozionali di ANMA, è previsto l'invio a tutti i soci per il prossimo anno di un calendario riportante i principali eventi associativi in programma.

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

IL NUOVO SITO ' WWW.ANMA.IT '



ATTUALITÀ

L'Associazione si rinnova sul web offrendo una grafica più moderna, ma essenziale, che privilegia il connubio tra testo ed immagini e propone una maggiore interattività rispetto alla precedente versione.

In breve le principali novità:

- l'iscrizione all'Associazione e agli eventi formativi. Dopo la fase iniziale, di fisiologica transizione, ogni transazione con l'Associazione sarà possibile esclusivamente per via telematica. Così sia l'iscrizione all'Associazione e il suo rinnovo annuale, la richiesta delle credenziali di accesso alle aree riservate, l'iscrizione al Congresso Nazionale e agli altri eventi formativi, e il versamento delle relative quote avverrà unicamente con procedura on line;
- il Medico Competente Journal potrà essere consultato on line, ad esclusione dell'ultimo numero che rimane cartaceo ed inviato via posta ordinaria;
- l'area riservata ai Soci si arricchisce. Oltre alla pubblicazione del materiale tratto dall'attività formativa degli ultimi anni, l'area si arricchisce della nuova sezione "Rassegna Bibliografica" dove vengono recensite alcune riviste nazionali e internazionali di Medicina del lavoro. Un motore di ricerca faciliterà la navigazione;
- sempre nell'area riservata ai soci, a cui si accede con le credenziali ricevute dal sistema dopo aver perfezionato l'iscrizione e il rinnovo annuale all'Associazione, troveremo offerte e convenzioni riservate ai Soci, come ad esempio la convenzione con Assimedici;
- le tradizionali rubriche, già presenti nella precedente edizione ("ANMA risponde", "News ed Eventi", e così via), continuano a vivere. Come per tutte le novità è necessario un rodaggio. Siamo consapevoli che tutto è migliorabile e pertanto chiediamo da una parte un po' di pazienza e dall'altra di segnalarci tempestivamente anomalie, problemi, difficoltà in modo da rendere la navigazione nel nostro sito agile, precisa e, per dirla all'anglosassone, friendly. La Vostra collaborazione è davvero preziosa. Comunque grazie, un grosso grazie a tutti per questo nuovo importante risultato, ai tecnici di Applika, ai Colleghi che si impegnano ad aggiornare i contenuti delle rubriche, alla segreteria e ai nostri collaboratori esterni. Buona navigazione e buon lavoro a tutti!

Il Consiglio Direttivo

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2013
CLICCA PER ISCRIVERTI O RINNOVARE

HOME | ANMA RISPONDE | MC JOURNAL | SEZIONI REGIONALI | ASSOCIAZIONE | NEWS & EVENTI | CONTATTI

News ANMA [Vedi tutti](#)

Congresso: tempo di iscrizioni.
Inserito il 3 aprile 2013

Torna puntuale l'appuntamento del Congresso Nazionale dell'Associazione, giunto alla 28ª edizione. Il principale evento associativo dell'anno, in programma dal 30 maggio al 1º giugno prossimi presso il centro congressuale Sant'Elmo Beach di Castiadas (CA), sarà l'occasione per fare l'annuale punto sullo stato dell'arte della nostra attività professionale, proponendoci ancora una volta come luogo di incontro e confronto tra tutti i Soci e non solo, contestualmente agli...

[Leggi tutto >>](#)

News ANMA [Vedi tutti](#)

Allegato SB: ULTIMI ORA!
Leggi in coda...
Inserito il 3 maggio 2013
Cari Soci, ieri 24 aprile, abbiamo partecipato alla riunione presso il Ministero della...

[Leggi tutto >>](#)

Rapporto Istat su limitazioni al lavoro e pr...
Inserito il 7 maggio 2013
Allegiamo il rapporto che l'Istat ha pubblicato il 3 maggio. In riferimento all'anno 2011,...

[Leggi tutto >>](#)

Proroga scadenza Campagna Associativa 2013
Inserito il 24 aprile 2013
Prorogato al 15 maggio il termine per rinnovare la quota associativa per il 2013 (le...

[Leggi tutto >>](#)

Evento ANMA [Vedi tutti](#)

Replica corso Anma Emilia Romagna a Ravenna
Inserito il 2 aprile 2013
Il Corso per medici competenti è in replica anche a Ravenna dal 12 settembre al 9 novembre. Vedi gli...

Altri Eventi [Vedi tutti](#)

Convegno di Assolombarda a Milano il 7 maggio
Inserito il 29 aprile 2013
Tra le innovazioni del ruolo del medico competente introdotte dal decreto 51 vi è la sua collaborazione...

Login

Username:

Password:

[iscrittiti adesso](#) | [password dimenticata?](#)

☐ Ricordami [LOGIN](#)

Campagna Associativa 2013 PRESENTAZIONE

Congresso Nazionale 2013
Castiadas CA - Sant'Elmo Beach Hotel

AREA FORMAZIONE A DISTANZA ANMA FAD

Convenzioni Riservate ai Soci ACCEDI

Area Riservata Soci

- ➔ Rassegna bibliografica
- ➔ DOWNLOAD DOCUMENTI
- ➔ Strumenti di lavoro
- ➔ Procedure e Modulistica

Iscriviti alla newsletter

Inizializza email:

[Iscriviti](#)



A cura di Piero Patanè

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

DATORE DI LAVORO E MEDICO COMPETENTE

Cortesemente. Mi occorre un facsimile per la richiesta di consenso informato all'alcool test e ai test antidroga. Cordiali saluti.

Caro Collega, troverai a breve la modulistica nell'area riservata ai soci ANMA. Stiamo infatti rivedendo questa sezione del sito e uno degli scopi principali sarà di fornire strumenti di lavoro agli associati. Intanto alcuni colleghi ti suggeriscono la dicitura qui di seguito specificata:

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ informato dell'obbligo di sottopormi alla sorveglianza sanitaria (D.Lgs. 81/2008, art.20, comma 2, lettera i); informato che per le mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, elencate nell'allegato I del provvedimento 16 marzo 2006 e nell'allegato I del provvedimento 30 ottobre 2007, tale sorveglianza è finalizzata anche alla "verifica di assenza di condizioni di assunzione di sostanza psicotrope e stupefacenti" (D. Lgs. 81/2008, art. 41, comma 4); informato sulla natura e le finalità degli accertamenti cui verrò sottoposto, con la presente dichiaro di aver compreso quanto sopra, acconsento/non acconsento all'esecuzione dei necessari esami del sangue e delle urine.
Data _____
Firma _____

DATORE DI LAVORO E MEDICO COMPETENTE

Il datore di lavoro può svolgere anche la funzione di medico competente? Sono venuto a conoscenza del fatto che un medico specialista in Igiene si è qualificato come medico competente dell'azienda di cui è rappresentante legale (laboratorio di analisi chimico-cliniche) e, per questo, chiede l'inserimento negli elenchi dei MC secondo l'art. 38 D.L.vo 81. E' legittimo essere DDL e MC contemporaneamente? Non ci sono dei profili di incompatibilità se non altro per la tutela della riservatezza dei dati sensibili?

Risposta a cura della dott.ssa Anna Guardavilla

Lo Statuto dei lavoratori recita all'art. 5 ("Accertamenti sanitari") che "Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda. Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico". E' chiaro che con l'entrata in vigore del 626 e poi delle norme successive (D.Lgs. 81/08 e succ. mod. ed int.) agli "enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico" di cui alla norma si è aggiunto il medico competente, con competenza peraltro primaria rispetto a quelli in materia di visite sull'idoneità, ma non è mutato il divieto rivolto al datore di lavoro e previsto

dal primo comma ("Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità [...] del lavoratore dipendente").

Quindi l'incompatibilità ha qui la natura di un vero e proprio divieto (che ha come effetto il fatto che qualunque azione commessa in violazione di un divieto è illecita e come tale azionabile in un giudizio).

GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Autista diabetico che non effettua lavoro notturno con valori di glicemia 250 mg/dl. Autista affetto da epatite C con GOT:140u/i;GPT:290 u/i;gamma GT 1440/u/i. Quale giudizio di idoneità può essere espresso alla luce di queste patologie?



Nei due casi presentati il medico competente non ha titolo per esprimere il giudizio di idoneità alla mansione di autista in quanto essa non rientra tra gli agenti di rischio in cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria ai sensi del decreto 81/08 (il medico competente sorveglierà i rischi definiti dal dlgs 81/08 quali ad esempio vibrazioni, rumore, ecc). Il medico competente ha in questi casi funzione di consulente: potrà consigliare il lavoratore a prendere in considerazione la propria condizione di salute e i rischi che ne possono derivare per il lavoro, potrà in accordo con il lavoratore prendere contatti con il medico curante o lo specialista del centro antidiabetico o internista che ha in cura il lavoratore. Nell'ottica della protezione di salute di terzi informare il datore di lavoro. Il giudizio di idoneità alla guida spetta all'Ispettorato della Motorizzazione.



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

INDICI ECONOMICI E QUALITÀ DELLA VITA

“Non possiamo misurare lo spirito nazionale sulla base dell’indice Dow Jones e neppure i successi del Paese sulla base del Prodotto Interno Lordo. Il PIL comprende l’inquinamento dell’aria, la pubblicità delle sigarette, le ambulanze per sgombrare le nostre autostrade dalle carneficine del fine settimana. Contabilizza le serrature speciali per le porte delle nostre case e le prigioni per coloro che cercano di forzarle ... Comprende programmi televisivi che valorizzano la violenza per vendere prodotti violenti ai bambini. Cresce con la produzione del napalm, missili e testate nucleari, comprende anche le ricerche per migliorare la disseminazione della peste bubbonica, si accresce con gli equipaggiamenti che la polizia usa per sedare le rivolte e non fa che aumentare quando sulle loro ceneri si ricostruiscono i bassifondi popolari. Il PIL non tiene conto della salute delle nostre famiglie, della qualità della loro educazione e della gioia dei loro momenti di svago ... non comprende la bellezza della nostra poesia e la solidità dei valori familiari, l’intelligenza del nostro dibattere e l’onestà dei pubblici dipendenti. Non tiene conto della giustizia dei nostri tribunali, né dell’equità dei rapporti fra noi. Non misura né la nostra arguzia né il nostro coraggio né la nostra saggezza né la nostra conoscenza né la nostra compassione né la devozione al Paese. Misura tutto, eccetto ciò che rende la vita degna di essere vissuta.”

(Robert Kennedy, 18 marzo 1968 - Università del Kansas)



Il bosco incantato, E. Munch, 1902