

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 2/2014

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

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurizio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico
Scientifiche

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2008
certificato Certiquality n.7344

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI
REDAZIONE: Paolo Santucci

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

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trinccanato

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*)

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania Segr. Giuseppe Iannuzzi	Marche Segr. Giuseppe Olivetti
Emilia Romagna Segr. Mauro Valsiglio	Piemonte e Val d'Aosta Segr. Valter Brossa
Lazio Segr. Paolo Sanchioli	Puglia e Lucania Segr. Antonio Lo Izzo
Liguria Segr. Carlo Valchi	Trentino Alto Adige Segr. Azelio De Santa
Lombardia Segr. Luigi Aversa	Umbria Segr. Anselmo Farabi
	Veneto Segr. Piero Patanè

REALIZZAZIONE GRAFICA: *Alberto Manfrinati,
Chiara Bonaldo* per CUSL Nuova Vita Coop. Sociale,
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



SOMMARIO

EDITORIALE

2

- I ♥ love Medico Competente ovvero facciamoci del bene

MATERIALI DI LAVORO

4

- Alcol e Lavoro: come orientarsi tra la normativa vigente a livello nazionale e i vari atti, linee di indirizzo, orientamenti, delibere, faq, e circolari regionali.
- Alcol e dintorni: revisione critica e proposta Anma

ATTUALITÀ

13

- La grande bellezza del congresso di Roma
- La giornata istituzionale del Congresso ANMA

UFFICIO E SALUTE

22

- Tenosinovite cronica in operatrice di call center: il punto due anni dopo.

ANMA RISPONDE

26

DA LEGGERE IN POLTRONA

28

- Il vero campo di battaglia

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**.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

I ♥ LOVE MEDICO COMPETENTE OVVERO FACCIAMOCI DEL BENE



EDITORIALE

Puntualmente alle 13,30 di sabato 31 maggio i battenti del nostro 27° Congresso Nazionale si sono chiusi, mettendo alle spalle il pesante impegno organizzativo e in prospettiva l'analisi di quanto emerso nel corso di una fitta tre giorni. Acquisiti 20 crediti ECM (e in attesa degli altri 12 crediti proposti dalla FAD offerta gratuitamente) possiamo tornare a casa. Sì perché, dico quel che penso ovviamente senza generalizzare, ciò che conta di più sono i crediti. Facciamoci del bene. Il sistema ECM può e deve cambiare, ma oltre ciò il nostro aggiornamento professionale, un mix di esperienza e confronto, è e rimane il must per il nostro futuro. Diceva un mio antico collega "la cultura è come un conto in banca. Se non lo ricarichi prima o poi vai in rosso".

Dietro le quinte per impacchettare registro presenze, schede, questionari e quant'altro, restano ancora per qualche ora i nostri sei angeli custodi, Anna, Barbara, Benedetta, Iryna, Manuela, Paola e Serena che con una pazienza degna di Giobbe e con l'immane sorriso hanno fatto fronte all'urto prepotente dei 350 partecipanti, più di diritti che di doveri. Peccato che Myriam fosse assente, impegnata con il suo nuovo bebè. Avrebbe aggiunto esperienza ed osservazioni per tratteggiare un suo prossimo libro. Potrebbe ritrarci nel "Medico competente mon amour", dopo il successo del suo primo "Ciclismo mon amour" dove tratteggia con arguzia i personaggi della tribù del ciclismo, come da lei osservati dall'interno del Giro d'Italia, nella loro umanità mettendo in secondo piano "aspetti di competizione virile e battaglie impetuose, impegnate, impegnative", perché chi vince è la squadra e il Giro. Facciamoci del bene.

I love medico competente, anche se ribattezzato "medico occupazionale" che però mi dà il sapore di ufficio di collocamento, a dir il vero. Del resto i medici oltralpe che per anni ho coordinato come CMO – Chief Medical Officer- erano e sono tuttora definiti in azienda gli "Occupational Phisycian", parecchi non specialisti in Medicina del lavoro, in genere ottimi internisti ben istruiti nella nostra disciplina. Occupational Phisycian ha un suono pieno, definito e distinto; "medico occupazionale" mi fa invece venire alla mente il soliloquio dell'indimenticabile Troisi sul nome da dare al nascituro: "Mas..si.. mi..lia..no, e tutto è già accaduto prima di ... ; meglio Ugo, semplice d diretto". "Oc..cu..pa..zio..na..le". Sono convinto dell'urgenza di

rinnovarci ma ancor più di innovarci, di mettere in campo nuovi modelli che si adattino alle nuove esigenze di tutela della salute e della sicurezza del lavoro.

Vedo scarsamente produttivo contorcerci con equilibrismi dialettici di modifica del sacro Testo unico, una virgola in più e una in meno, un parolina in più ed una in meno, una definizione in più e una in meno ... ma tutto resta fermo. Siamo tutti consapevoli che il Decreto 81 e tutto ciò che gira intorno sta ormai stretto, è una gabbia che soffoca la protezione e la prevenzione della salute dei lavoratori. Facciamoci del bene, impegnamoci nello

studio di modelli adattabili a tempi ... moderni, disegniamo un sistema diverso e produttivo. Avvertiamo tutti l'esigenza di cambiamento ma se dovesse prevalere il ritorno all'antico ci attrezzeremo. Serpeggia da tempo, più o meno velatamente, il ritorno agli schemi della 833 del 1978 rivisitati secondo dottrina. O il sistema pubblico che arruola e indirizza il medico competente o occupazionale, o un sistema privato che mette il medico competente sotto il controllo di un tutore che lo coordina. In ogni caso un regolatore di mercato.

Potrà essere questo il nostro futuro?



Sta a noi decidere, pesare i pro e i contro. Certo i pro possono essere promettenti: stipendio e previdenza garantiti; kilometraggio rimborsato; ECM organizzati e spesi; ecc, ecc. Non più compensi a visita e a prestazione; non più gare al ribasso; non più mal di fegato per Consip ecc ecc. Ed in più un vero sindacato che contratta con IL datore di lavoro (sarà la Regione?, sarà l'associazione delle imprese che erogano i medici occupazionali?). Per il Medico competente una fuga dalle responsabilità; per la nostra disciplina ...

I ♥ love Medico competente, ma ancora più I ♥ love ANMA per lo spirito di gruppo che ha creato nel tempo, per lo spirito di servizio che ha trasmesso nel tempo, per quanto cercherà di fare per tanto

tempo ancora per la crescita e l'affermazione della nostra disciplina che è un sacco di noci e, come dice il proverbio, "in un sacco di noci si può versare un sacco di riso". Il sacco diventa molto più pesante, ma il medico competente ha le spalle larghe e robuste.

Facciamoci del bene ♥♥♥.

Giuseppe Briatico Vangosa, Presidente ANMA



MATERIALE DI LAVORO

Marco Saettone,
Consigliere nazionale

ALCOL E LAVORO:

COME ORIENTARSI TRA LA NORMATIVA VIGENTE A LIVELLO NAZIONALE E I VARI ATTI, LINEE DI INDIRIZZO, ORIENTAMENTI, DELIBERE, FAQ, E CIRCOLARI REGIONALI

Relazione presentata al XXVII Congresso Nazionale ANMA, Roma 29-31 maggio 2014

La Legge 125/01 in materia di alcool e problemi alcool correlati contiene come sappiamo all'Articolo 15 le disposizioni per la sicurezza sul lavoro: *Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.*

Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente, ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza. Ai lavoratori affetti da patologie alcool-correlate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione [...] si applica l'art. 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope [...] (DPR 09-10-1990, n.309). Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1 è punito con la sanzione amministrativa.

Le disposizioni sopra riportate sono rimaste pressoché inapplicata fino al 16 marzo 2006, data della pubblicazione, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, della "Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125.

Successivamente il D. Lgs. 81/08 ha disposto, al comma 4 dell'art. 41, che le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro [...] Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento [...] sono altresì **finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza** e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Da diversi anni il MC e tutto il Sistema della Prevenzione nei luoghi di lavoro cercano di ottemperare al disposto legislativo che sovrappone la verifica del rispetto del divieto di assunzione alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza.

Una Legge poco strutturata (L. 125/01) che si espone a molteplici interpretazioni e la persistenza di Allegati difformi in ordine al divieto di assunzione di bevande alcoliche e all'obbligo di accertamento di assenza condizioni di tossicodipendenza espongono il MC, nella gestione quotidiana delle criticità, al rischio di essere "negligente" se omette i controlli; "imprudente", se esagera nell'applicarli; "impreparato", se ne interpreta male gli esiti. Su tutto pende poi il giudizio delle nostre Procure, chiamate ad interpretare una norma, ripetiamo, poco chiara.

Nel corso degli anni alcune Regioni hanno deliberato sul binomio alcol-lavoro pubblicando diversi documenti che con varie denominazioni, interpretano, spesso in modo difforme, la norma vigente.

Si tratta dell’ennesimo caso di “legislazione concorrente”: la delega alla Conferenza Stato Regioni in tema di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori impone al MC e al Sistema della Prevenzione nei luoghi di lavoro comportamenti “topograficamente differenti”: il MC non limita lo svolgimento della sua attività professionale all’ambito provinciale o regionale; quando è chiamato a seguire più insediamenti della stessa azienda distribuiti sul territorio nazionale deve “calibrare” i protocolli di sorveglianza sanitaria allineandoli all’ultima “grida” locale ...

La **Regione Lombardia** ha pubblicato nel marzo 2009 un documento presentato nel formato di risposte alle domande più frequenti (FAQ) che fornisce ulteriori chiarimenti in materia di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro, in applicazione degli orientamenti forniti con Circolare regionale del 22 gennaio 2009. In tema di alcol viene pretesa una posizione piuttosto precisa e tuttora vigente: *“Allo stato della normativa la sorveglianza sanitaria comprensiva degli accertamenti per l’identificazione dell’alcoldipendenza non è prevista in quanto l’art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 prevede tali accertamenti “Nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento ...”. Pertanto, per quanto attiene il consumo di bevande alcoliche sul luogo di lavoro, i riferimenti normativi sono esclusivamente la legge 125/01 e l’Atto d’Intesa conseguente del 16 marzo 2006 che identifica le mansioni in cui si applica l’art. 15 della legge medesima. In entrambi i provvedimenti non viene fatto alcun riferimento all’obbligo di sorveglianza sanitaria prevista dalla normativa. Vengono tuttavia identificati i casi (l’Atto d’Intesa 2006 specifica l’elenco delle mansioni) e le modalità nell’art. 15 della legge 125/01 in cui si prevede esclusivamente la possibilità per il Medico competente ed i medici dei Servizi di Vigilanza delle ASL (Servizio PSAL) di verificare, attraverso i controlli alcolimetrici, il rispetto del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche durante lo svolgimento dell’attività lavorativa. Pertanto non risulta al momento possibile verificare l’assenza di alcol dipendenza, ma è possibile invece verificare in acuto la sola assunzione o meno di sostanze alcoliche e superalcoliche durante il lavoro”.*

La **Regione Emilia-Romagna**, nel novembre 2009 ha



pubblicato gli “Orientamenti regionali per Medici Competenti In tema di prevenzione, diagnosi e cura dell’alcol dipendenza”.

La Regione Puglia nel marzo 2010 ha pubblicato gli “Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006”.

La **Regione Veneto** nel luglio 2010 ha pubblicato una “Circolare su accertamenti inerenti il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche”.

La **Regione Toscana**, nel dicembre 2013 ha pubblicato le “Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l’incolumità e la salute di terzi”.

Infine la **Regione Piemonte** ad ottobre 2012 ha pubblicato la “*Deliberazione della Giunta Regionale 22-10-12, n. 21-4814: Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalc. e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dip. nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai sensi Allegato 1 Intesa Stato-Regioni 2006 e art. 41 c. 4-bis D.Lgs 81/08 e smi.*”

Nei documenti citati riconosciamo alcuni **comuni denominatori**: la pubblicazione dei più datati avviene [...] “[...] In attesa della pubblicazione dell’Accordo Stato

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO

Regioni, previsto all'art. 26, comma 6 del D. Lgs. 106/09, che rivisiterà le condizioni e le modalità per l'accertamento dell'alcol dipendenza... “mentre i più recenti prendono atto della “mancata adozione dell' Accordo Stato-Regioni sui criteri e sulle modalità per accertare l'assenza di assunzione e/o di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e la verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza [...]”

Tutti i documenti sono finalizzati alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza; prevedono la collaborazione del MC con il Datore di Lavoro per individuare le attività lavorative e i lavoratori coinvolti; dispongono l'integrazione del rischio nel Documento di Valutazione dei Rischi; definiscono la centralità dei programmi di informazione dei lavoratori e il coinvolgimento degli RLS per la condivisione delle modalità di accertamento; raccomandano ispirandosi al Codice ICOCH l'esecuzione dei test alcolimetrici con metodi non invasivi attraverso la determinazione dell'etanolo nell'aria espirata. Viene sottolineato in modo uniforme il ruolo del MC nella ricerca di eventuali condizioni di alcol dipendenza: atto clinico di sua pertinenza, eventualmente in collaborazione con i medici specialisti dei servizi alcolologici dei DPD. L'invio del lavoratore ai servizi alcolologici dei DPD (Dipartimenti delle Dipendenze) ricade nell'ambito della richiesta di accertamenti diagnostici prevista dal comma 5 dell'art. 39 del D. Lgs. 81/08. Infine, deve sempre essere espresso un giudizio di non idoneità temporanea per la attività lavorativa a rischio in caso di accertamento positivo.

Non mancano però le divergenze: I documenti più recenti (Piemonte – Toscana) si ispirano alle proposte elaborate dal Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale Prevenzione Igiene Sicurezza nei luoghi di Lavoro del 15 marzo 2012 e sono stati redatti da gruppi tecnici multiprofessionali composti da esperti delle Dipendenze, della Medicina del Lavoro, degli S.Pre.S.A.L., dei Medici Competenti e dei Laboratori analisi. Altri (Emilia-Romagna) sono stati redatti dai Servizi per le Dipendenze Patologiche e Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) senza la partecipazione di Medici Competenti. E' interessante sottolineare quanto affermato dal Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale in una bozza circolata nel settembre 2012: “[...] *La verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza in relazione all'attività lavorativa è un atto clinico di esclusiva pertinenza del Medico Competente, eventualmente coadiuvato da medici specialisti dei Servizi delle Dipendenze delle ASL o Medici Alcolici. Non si ritiene pertanto necessario a questo riguardo prevedere procedure predefinite, anche in considerazione della bassissima prevalenza del fenomeno nelle popolazioni lavorative. Un'eccessiva*

strutturazione delle procedure, attraverso protocolli complessi e rigidi, in quanto vincolati per legge, rischia di indurre complicazioni organizzative e generare, oltre che problematiche d'ordine etico, costi non giustificabili in termini di efficacia e di responsabilità sociale [...]”.

La seconda parte di questa affermazione scompare nella versione definitiva del documento nella quale si preferisce indicare un protocollo di sorveglianza sanitaria [...].

In riferimento alla identificazione delle attività lavorative a rischio tutti documenti propongono la lettura acritica dell'Allegato 12 del Provvedimento 16 marzo 2006, mentre la Delibera della Regione Piemonte propone di adeguare alla valutazione del rischio le misure di prevenzione che “*potranno essere modulate in base al livello di rischio correlato alle singole mansioni*”; viene inoltre proposta la randomizzazione dei controlli nei casi di rischio limitato e viene approfondito il punto “4” dell'Allegato “1” : *mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private: Personale Medico (con esclusione di Medici di Direzione Sanitaria, Medicina Legale, Risk Management, Medicina Territoriale e Dipartimento Prevenzione, Medici Competenti).*

L'utilizzo dell'etilometro viene regolamentato in **Piemonte e Toscana** dove sono definite le caratteristiche di minima degli etilometri a rivelazione elettrochimica (non omologati) e degli etilometri a rivelazione infrarossa (omologati) per la misurazione indiretta della concentrazione dell'alcol nel sangue. Inoltre la delibera piemontese prevede che, in caso di riscontro di positività, la misurazione debba obbligatoriamente essere confermata per determinazione diretta dell'alcolemia, previo ottenimento del consenso informato. La determinazione diretta dell'alcolemia viene effettuata mediante gascromatografia. Il prelievo ematico dovrà essere effettuato in due provette (tappo grigio) a distanza di non più di 15 minuti dalla misurazione nell'aria espirata.

Al contrario, la Regione Puglia sottolinea come l'alcolemia in ragione della sua breve emivita, pur in presenza di elevate sensibilità e specificità sia giustificata unicamente come test di accertamento in caso di acuzie. Analogamente, in **Emilia-Romagna** i controlli alcolimetrici **non devono** essere considerati strumenti per l'accertamento dell'assenza di alcol dipendenza. Non vanno pertanto utilizzati nell'ambito dell'attività di screening ma servono solo per la verifica del rispetto delle norme di divieto o, in casi selezionati, per l'accertamento nell'immediatezza di una sospetta condizione di etilismo acuto.

I documenti *emiliano e piemontese dispongono la definizione di idonee procedure per la gestione dei singoli casi di lavoratori in sospetto o evidente stato di intossicazione acuta da alcol.*

I programmi di Sorveglianza Sanitaria

Se appare difforme l'interpretazione della verifica del rispetto del divieto di assunzione di alcol in lavoro, risulta ancor più complessa la lettura comparata delle disposizioni relative alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza:

La **Regione Piemonte** sottolinea la funzione preventiva e di promozione della salute dei programmi di sorveglianza sanitaria che devono essere finalizzati alla ricerca di eventuali condizioni di alcol dipendenza attraverso la raccolta dell'anamnesi alcolologica integrata con AUDIT C; l'esecuzione di un esame obiettivo mirato e integrato da analisi di laboratorio che prevedono in screening la determinazione contemporanea di 4-5 parametri ematochimici, fra cui necessariamente CDT, MCV, y-GT e AST e valutazione clinica del loro significato.

Viene inoltre prevista la possibilità di eseguire la determinazione dell'etil glucuronato (EtG) nella matrice cheratinica (capelli), sia con finalità di "screening" sia con finalità di conferma. L'utilizzo dell'una o dell'altra strategia analitica dovrebbe essere commisurata ai costi di esecuzione delle analisi e ai rischi connessi alla professione sotto esame. Se l'accertamento per alcol dipendenza risulta positivo, il MC emette il giudizio di non idoneità temporanea allo svolgimento della lavorazione a rischio e lo

trasmette al lavoratore e al datore di lavoro. Avverso il giudizio è ammesso ricorso, entro trenta giorni, all'organo di vigilanza che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. **I servizi algologici dovranno confermare o meno il sospetto di alcol dipendenza.**

Sono simili le Linee di indirizzo della Regione Toscana che propone una Valutazione sanitaria di I° livello: la Sorveglianza Sanitaria si applica nelle lavorazioni per le quali è esplicitamente prevista dal D.Lgs. 81/2008 attraverso la raccolta di anamnesi specifica integrata da AUDIT C, con esecuzione di visita medica integrata da colloquio clinico orientato ad identificare problemi e patologie alcol correlate acute e croniche; viene inoltre disposto il prelievo ematico almeno per la determinazione di MCV AST ALT GT e Trigliceridi; **non è prevista in I° livello la determinazione della CDT.** Qualora il medico competente individui lavoratori con consumo



di alcol a rischio o dannoso secondo la classificazione ICD-10 dell'OMS sono previste azioni di counselling e brief intervention con eventuale ravvicinamento della periodicità delle visite mediche ed esecuzione di controlli con etilometro a sorpresa: E' auspicata la collaborazione con il Medico di Medicina Generale ed eventuali altre figure specialistiche previa acquisizione di consenso informato.

In caso di sospetta alcol dipendenza, il MC invia il lavoratore al Centro di Consulenza Alcolologica per la **Valutazione di 2° livello** e formula un giudizio di temporanea di inidoneità lavorativa alla mansione specifica.

La **Regione Emilia-Romagna propone una lettura "conservativa del comma 4 dell'art. 40 del D. Lgs.**

81/08: i casi previsti dall'ordinamento coincidono con le lavorazioni incluse nell'all.

1 del 16 Marzo 2006; le condizioni sono che la verifica dell'assenza di alcol dipendenza avvenga verso lavoratori già sottoposti a visite mediche perché esposti a rischi professionali per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria. L'appartenenza di una lavorazione alla lista dell'All. 1 del Provvedimento 16 marzo 2006 non è quindi condizione sufficiente ad avviare un programma di sorveglianza sanitaria, non essendo tale previsione contemplata dalla norma di riferimento (art. 15 della L. 125/01). In quest'ultimo

caso, il datore di lavoro potrà ricorrere, se necessario, alla Commissione medicolegale dell'ASL - art. 5, L.300/70.

Per la Sorveglianza Sanitaria viene proposto un approccio per gradi, utilizzando in sequenza e in maniera integrata diversi strumenti: **Anamnesi algologica con AUDIT C ed esame obiettivo mirato; in caso di AUDIT C positivo viene disposto l'intervento breve al fine di: approfondire con il lavoratore le tematiche legate all'alcol, ovviamente nel modo meno inquisitorio possibile ...**

Se l'esame obiettivo risulta alterato viene previsto AUDIT completo ed esami ematochimici mirati: Gamma-GT, MCV, GOT, GPT, e trigliceridi. La CDT è considerata esame supplementare non routinario da utilizzarsi a giudizio del medico competente **Se il punteggio dell'AUDIT completo è positivo (maggiore di 5) e/o gli altri esami ematochimici presentano alterazioni, è opportuno che il medico competente invii il lavoratore al Centro Alcolologico.**

La **Regione Puglia**, infine da grande enfasi ai questionari mirati, in particolare il CAGE e AUDIT C: i soggetti individuati a seguito di screening iniziale come esposti a problemi alcol correlati (AUDIT C o CAGE e/o sospetto diagnostico nel corso della visita medica), saranno avviati agli accertamenti di II° livello presso le strutture all'uopo deputate, con la ricerca di markers biologici: Gamma GT, MCV e/o CDT, con metodi di conferma; al fine di aumentare la sensibilità diagnostica dello screening di I° livello, il MC può, per lavoratori ad alto rischio per sé e per terzi (autisti di mezzi pubblici e le attività lavorative che prevedono l'uso di armi), richiedere accertamenti di laboratorio. La conferma attraverso gli accertamenti di laboratorio di un utilizzo problematico di alcol determina, ad opera del Medico Competente la formulazione di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, comunicato per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro; è prevista da parte del MC una azione di sensibilizzazione nei confronti del dipendente e dei suoi familiari, finalizzata all'avvio di un'azione di recupero attraverso il medico di medicina generale, le U.O. di alcologia e le associazioni di auto-mutuo-aiuto. Infine, caso unico in Puglia viene disposto l'invio di **comunicazione alla Prefettura per eventuale revisione della patente.**

I fumi dell'alcol

ANMA, in occasione del suo 27° Congresso Nazionale di Roma ha presentato una proposta di revisione della normativa vigente: pur sostenendo l'importanza delle azioni di prevenzione e controllo del rischio da alcol nei luoghi di lavoro, ritiene necessario ripensare l'intero impianto legislativo e le procedure di accertamento affermando per il MC il ruolo di medico che si interessa del problema in modo professionale e non come semplice esecutore di test. IL MC deve essere inserito in un network della prevenzione algologica con i colleghi dei Servizi di Alcologia del SSN che hanno poi il compito della conferma diagnostica, del trattamento e del recupero.

BIBLIOGRAFIA

- Regione Lombardia: Giunta Regionale Direzione Generale Sanità 22.1.2009: Protocollo H1.2009.0002333 indicazioni operative in ordine all'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, definite nel Provvedimento 30 ottobre 2007 "Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza" (repertorio atti n. 99/CU - GU n. 266 del 15/11/2007) e nell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. atti n. 178 del 18 settembre 2008)
- Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione direzione generale della prevenzione - ufficio vii relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" anno 2013
- REGIONE PIEMONTE BU46 15/11/2012 - Deliberazione della Giunta Regionale 22 ottobre 2012, n. 21-4814 Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalc. e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dip. nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai sensi Allegato 1 Intesa Stato-Regioni 2006 e art. 41 c. 4-bis D.Lgs 81/08 e smi.
- Regione Puglia - Area Politiche per la promozione della salute, della persone e delle pari opportunità - Servizio Programmazione Assistenza territoriale e prevenzione - Ufficio 1 - Sanità pubblica e sicurezza del lavoro Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcol correlati ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006 Documento approvato in data 26 marzo 2010 dal Comitato Regionale di Coordinamento della Regione Puglia, ex art.7 d.lvo 81/2008
- Regione Toscana : DELIBERAZIONE 9 dicembre 2013, n. 1065 Linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcoldipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. 24.12.2013 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE TOSCANA - N. 52
- Regione Emilia-Romagna – Servizio Sanitario Regionale – Assessorato Politiche per la Salute - Orientamenti regionali per Medici Competenti in tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcol dipendenza – novembre 2009



MATERIALE DI LAVORO

Piero Patané,
Consigliere nazionale

ALCOL E DINTORNI: REVISIONE CRITICA E PROPOSTA ANMA

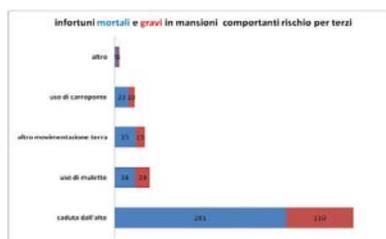
Premessa

Una domanda a premessa delle successive considerazioni è a nostro avviso fondamentale: è ammissibile una divisione rigida fra rischio verso terzi e rischio verso se stessi? E' quindi ammissibile una lista con le sole mansioni a rischio per terzi?

Già nell'affronto di una revisione critica della normativa e delle procedure circa il controllo dell'assunzione di stupefacenti nei lavoratori, nel tavolo/ osservatorio del DPA (Dipartimento delle Politiche Antidroga) Anma (*Gruppo di Lavoro Anma*) avanzò una **Proposta di un "ranking del rischio"**.

Questa proposta aveva alcuni capisaldi che riassumiamo per titoli:

- Distinzione tra le attività di trasporto (terra, mare, aria) che sicuramente comportano una responsabilità per terzi e le attività svolte in ambienti di lavoro "confinati".
- Definizione di profili di rischio per mansione che includessero una valutazione infortunistica
 - **A = esclusivo rischio per la propria sicurezza**
 - **B = rischio per la propria sicurezza e per quella di terzi**
 - **C = esclusivo rischio per la sicurezza e l'incolumità di terzi**
- Correlare il tipo e l'entità del rischio per sé e/o per terzi studiando il rapporto tra Infortuni e Mansioni. Una prima disanima in questo senso è stata effettuata, facendo emergere che al primo posto tra gli infortuni gravi e mortali si situa la caduta dall'alto.



Oggi le disposizioni fanno esplicito riferimento ai "lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi"; l'eventuale estensione dell'accertamento ad attività che comportano un rischio infortunistico non solo per i terzi, risulterebbe incompatibile con la ratio della norma.

Peraltro seguendo il filo delle nostre considerazioni, se la tutela dovesse riguardare il rischio infortunistico, allora il campo d'applicazione degli accertamenti si amplierebbe a quasi tutte le attività lavorative.

Queste premesse, che riprenderemo più avanti, introducono una ulteriore problematica: un notevole allargamento della platea dei sorvegliati, pare a

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO”

noi non compatibile con i modelli definiti dagli Accordi Stato Regioni per alcol e droghe.

Droghe ed alcol: di tutte le erbe un fascio

L'alcol, almeno dal punto di vista tossicologico e culturale, non è assimilabile agli stupefacenti ed è improprio un approccio in parallelo se non sovrapponibile, come spesso si sente proporre.

Una prima differenza: per l'alcol la norma suggerisce un controllo “in lavoro” (il divieto di assunzione- la determinazione dell'alcolemia) o comunque tale da non invadere l'ambito del consumo “privato” (previsto in caso di elementi sospetti di abuso). Per le sostanze stupefacenti questo concetto è stravolto, andando a cercare non l'assunzione in atto, ma semplicemente l'assunzione. (R. Donghi).

Come evidenziato dalle considerazioni di M. Saettoni (*Alcol e Lavoro: come orientarsi tra la normativa vigente a livello nazionale e i vari atti, linee di indirizzo, orientamenti, delibere, FAQ, e circolari regionali ...*) la normativa e le singole linee guida regionali sembrano andare verso la direzione della repressione, altrimenti classificato di deterrenza.

Si sottolinea qui, un comportamento schizofrenico del legislatore, della politica, di ambienti culturali e scientifici che per il cittadino, a seconda dell'orientamento culturale, disegnano e appoggiano/osteggiano provvedimenti verso la liberalizzazione e tendono a depotenziare/sottolineare il significato di rischio per alcune sostanze; varcato il cancello dell'azienda il cittadino diventa lavoratore e un certo suo disorientamento appare comprensibile.

La non assunzione di alcol è tuttavia, un divieto sacrosanto, come tutte le norme e le regole orientate alla prevenzione degli infortuni - per es. non lavorare senza protezioni - o per fare un esempio non dissimile: non usare auricolari per ascolto musica durante il lavoro.

Ma se è condivisibile il divieto non è consequenziale il significato e l'utilità degli screening di alcolemia. Sanzionatorio? Azione deterrente? Accalappa sospetti alcolisti o bevitori problematici? O alla fine tutto si riduce ad avere la legittimità di effettuare i test sui lavoratori segnalati dal Datore di Lavoro?

Probabilmente sono tutte queste cose assieme.

Ma in uno scenario come quello sopradescritto e per certi versi auspicato, con una platea di lavoratori da sorvegliare vicina al 100%, come si può utilizzare la misura dell'alcolemia? Soprattutto come si può gestire la positività che a seconda dei casi assume diversi significati?

Anche le varie Linee Guida, al netto di una ingiustificata perentorietà di indicazioni, non sciolgono questi nodi.

Il bevitore problematico, l'alcoldipendenza

Molti MC si sono occupati di questi lavoratori, ben prima che il D.Lvo 81 lo sottolineasse e affidasse loro questo compito. La valutazione per porre il sospetto

di alcol dipendenza si avvale di strumenti, non pochi, che sono a disposizione del medico competente (vedi relazione di Rino Donghi). Ma proprio perché il MC si occupa da anni di questo problema, può affermare che non bastano i questionari o i test diagnostici. Se tutto alla fine si riduce all'invio del lavoratore al primo esame alterato al servizio alcologico per una diagnosi, no, non basta.

Consapevolezza quindi che questi strumenti non sono sufficienti; che le Linee Guida delle Regioni non appaiono adeguati all'affronto di lavoratori così problematici, che la mossa risolutrice dei nostri interventi non è immediatamente l'invio al servizio alcologico.

Infine un altro problema che rimane aperto e particolarmente vivo: che ne è dell'alleanza MC - lavoratore? Non si può divaricare l'attività del medico competente, che nel caso dell'assunzione di alcol diventa il controllore, nel caso dell'alcoldipendenza diventa diagnosta e terapeuta.

Il richiamo etico e deontologico è doveroso:

- **Codice di deontologia (ICOH1998):** *Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze d'abuso: L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.*
- **Codice di comportamento ANMA(1997) Art. 6 - RAPPORTO CON IL LAVORATORE.** *Il medico d'azienda ha un dovere di lealtà nei confronti di ogni lavoratore e deve promuovere e salvaguardare il “particolare rapporto fiduciario” che si instaura con un soggetto obbligato a sottoporsi ex-lege ai controlli sanitari...*
- *Ribadiamo sinteticamente: il giudizio del medico competente ha come scopo il miglior inserimento lavorativo possibile, inoltre l'approccio generale al lavoratore deve essere improntato “all'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza”.*

Non sempre il medico competente, al pari di altri medici, è preparato all'affronto del problema e quindi la tentazione di usare gli esami clinici come filtro per ricorrere al servizio di alcologia pare quello più facile. Il problema di una formazione specifica rimane aperto, in particolare sulla comunicazione (le varie forme di counselling).

Proposta ANMA

- Superamento del solo rischio per terzi. Estensione delle mansioni da controllare anche a quelle a rischio infortunistico medio-alto.
- L'elenco ministeriale deve essere di semplice riferimento: nel DVR devono essere specificate

le mansioni che il DL e il MC individuano come rischiose per sé e per terzi.

- Fatte salve le garanzie tecniche dell'apparecchio utilizzato, i controlli alcolimetrici devono essere fatti su segnalazione di singoli casi sospetti. Gli screening, non sono uno strumento valido di





controllo,
sono utili solo

in caso di segnalazione di diffusa inosservanza.

- Più utile appare la formazione ripetuta ed efficace dei lavoratori.
- Esattamente come nel mancato rispetto delle altre norme di sicurezza, lo strumento da utilizzare in caso di inosservanza del divieto di assumere alcol sul lavoro, è sempre amministrativo (richiamo, sospensione...) e mai di giudizio di idoneità: non ha alcun senso sospendere l'idoneità per alcune ore.
- Estendere la possibilità di effettuare controlli ad altre figure, non strettamente sanitarie.
- La formazione del medico competente in tema di sostanze psicotrope, alcol e droghe deve trovare una maggiore evidenza, soprattutto nell'approccio di counselling (prevedere ore obbligatorie all'interno di ECM).
- La formazione del MC è la prima ma essenziale forma di collaborazione fra servizi alcolologici e MC

La sorveglianza sanitaria tenga conto di questi aspetti:

- I controlli laboratoristici per alcoldipendenza vengono definiti dal MC tenuto conto del rischio, il tipo di lavoratore, l'urgenza che pone.
- Il problema infatti non sono gli esami ma la gestione del lavoratore... e quindi la disponibilità a farsi carico, almeno nelle prime fasi del lavoratore.
 - Fondamentale la collaborazione con il Sert.
 - Il medico competente definirà gli strumenti necessari per la sorveglianza sanitaria declinando l'approfondimento necessario sulla base dell'entità del rischio e del contesto lavorativo.
 - La sorveglianza sanitaria sarà adattata caso per caso; non è utile suggerire un protocollo standardizzato per tutte le mansioni ed i lavoratori.

*Come anche suggerito dalle **Indicazioni operative del Veneto: Gruppo di Lavoro composto in maggioranza da medici del lavoro - 2009***

- *Il medico competente definirà gli strumenti necessari per la sorveglianza sanitaria declinando l'approfondimento necessario sulla base dell'entità del rischio e del contesto lavorativo.*
- *La sorveglianza sanitaria sarà adattata caso per caso ; non si ritiene utile suggerire un protocollo standardizzato per tutte le mansioni ed i lavoratori.*

In conclusione il Gruppo di lavoro Anma, pur condividendo la preoccupazione del legislatore sulla prevenzione ed il controllo del rischio da alcol nei luoghi di lavoro, chiede che si possa ripensare la normativa e soprattutto le procedure riconoscendo al medico competente il ruolo di medico che si interessa del problema in modo professionale e non come semplice esecutore di test. Si interessa, perché inserito in rete alla pari con i colleghi del SSN che hanno poi il compito di conferma diagnostica del trattamento e del recupero. Il medico competente da parte sua, attraverso la formazione, il coinvolgimento con i colleghi dei Sert, una disponibilità a lavorare in rete, deve intraprendere un percorso nuovo, come tante volte è successo nella sua 'flessibile' professione.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE - UFFICIO VII RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 "LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI" ANNO2013.
- Il Counseling Sanitario Motivazionale - Una risorsa nella promozione della salute e nella prevenzione dei rischi. Valter Spiller, Psicologo, Psicoterapeuta. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - ASL 3 Genovese. Fondatore di CMC Italia e della Scuola Italiana di Counseling Motivazionale.

LA GRANDE BELLEZZA DEL CONGRESSO DI ROMA



ATTUALITÀ

*Paolo Santucci,
Consigliere nazionale ANMA*

Il XXVII Congresso nazionale ANMA, tenutosi presso il ‘Centro congressi Roma eventi’ a due passi dall’incantevole Piazza di Spagna, non ha deluso le attese.

L’evento ha vissuto la sua ‘anteprima’ nella mattinata di giovedì 29 maggio con la tradizionale assemblea dei soci, guidata da Presidente e Segretario ANMA, che ha consentito di monitorare il buon andamento delle iscrizioni all’associazione e di approvare sia il ‘consuntivo’ 2013 che il ‘budget’ per il 2014.

Cogliendo l’occasione dell’exploit toscano nell’acquisizione di nuovi soci, Marco Saettone, unitamente all’assemblea, ha rivolto un caloroso augurio di pronta guarigione al Collega Andrea Bigotti, Rappresentante ANMA per la Toscana, vittima pochi giorni prima di un serio infortunio sul lavoro.



© Foto P8V

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO”



© Foto PBV

Nel primo pomeriggio dopo la lettura dei saluti inviati dal Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin, il congresso è stato inaugurato con la trattazione di un tema innovativo, anzi inedito per un congresso di medicina del lavoro: l'esposizione lavorativa a fumi esausti di motori a gasolio.

Il gruppo di lavoro ANMA (R. Donghi, L. Aversa, G. Briatico-Vangosa) ha confezionato una mattinata densa di dati e informazioni su un rischio trascurato da troppo tempo e adesso proposto per le recenti evidenze di cancerogenicità a carico di vescica e soprattutto polmone.

A fronte di non poche mansioni lavorative coinvolte, le conoscenze non così avanzate da proporre orientamenti definiti e protocolli condivisi. Tuttavia i medici competenti devono cominciare ad affrontare la problematica, soprattutto contribuendo alla prevenzione primaria, ad eventuali misure



© Foto PBV

comportamentali-organizzative ed alla formazione.

Inoltre una progressiva raccolta di dati sul territorio potrebbe contribuire a fare chiarezza sul ruolo dei diversi fattori che compongono i fumi di motori a gasolio (IPA, metalli, ioni o elementi, PM 1 e PM 2,5) e a delineare la reale valutazione del rischio considerando le numerose problematiche connesse, a partire dalla complessa ‘misura’ dell’esposizione professionale rispetto a quella ambientale. Infine rimangono aperte altre problematiche relative al giudizio di idoneità, in particolar modo se il lavoratore è già affetto da patologie a carico degli ‘organi bersaglio’.

Un ringraziamento sentito va perciò al gruppo di lavoro ANMA e a tutti i relatori della prima sessione, in particolar modo a Paolo Mascagni, primario U.O.C. Medicina del Lavoro Ospedale di Desio (MI), che ha fornito molte

© Foto PBV



informazioni utili, sia durante che dopo la sessione, ricordando per esempio, che l’attivazione del registro cancerogeni non è obbligatoria poiché la cancerogenicità dei ‘fumi da motori diesel’ è riconosciuta soltanto dallo IARC (Gruppo 2 b) e non dalla CEE.

Il primario di Desio ha inoltre precisato che i tumori di vescica e polmone da esposizione a fumi esausti di motori a gasolio sono presenti ne ‘l’Elenco delle malattie per cui è obbligatoria la denuncia’, mentre le stesse patologie neoplastiche non sono contenute nell’elenco delle malattie professionali INAIL e le relative mansioni ‘a rischio’ non sono assicurabili.

Venerdì mattina, la seconda sessione ha rappresentato forse il ‘clou’ del Congresso. Dopo l’introduzione ai lavori di Umberto Candura, vicepresidente ANMA, è stato illustrato il ‘manuale operativo del medico competente’, GdL ANMA (Bontadi, Boschioli, Briatico Vangosa, Candura, Ditaranto, Santucci) coordinato da Gilberto Boschioli, che ha chiesto nel suo intervento la condivisione dei presenti per approdare ad una versione definitiva da pubblicare in tempi brevi.

© Foto PBV



© Foto PBV

© Foto PBV





“La medicina d’azienda è un’arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle Facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle scuole universitarie...”. Così scriveva il prof. Enrico Carlo Vigliani nel 1987 considerazioni che mantengono una stupefacente attualità a 27 anni di distanza. Perciò siamo grati a Gilberto Boschioli che le ha riprese nella premessa del Manuale operativo.

Nel corso della presentazione Boschioli ha ribadito che non si tratta di una ennesima linea guida, ma di uno strumento di orientamento pratico per il medico competente impegnato nel recepimento del D.Lgs.81/08 e s.m.i. presso le più svariate realtà produttive. Ma quali sono schematicamente gli obiettivi e le motivazioni del Manuale?

- ✓ Fissare i paletti:
 - Raccogliere in un modello il lavoro svolto
 - Consolidare e rendere visibile il modello ANMA
- ✓ Intento dichiarato di “dissipare” la nebbia ...
 - Eliminare dubbi interpretativi
 - Chiarire nei dettagli le responsabilità per ogni azione
 - Fornire una linea guida chiara a tutti gli attori
- ✓ Taglio decisamente operativo
 - Valorizzare esperienze sul campo
 - Fornire strumenti di gestione.

Uno spazio a parte, curato dal GdL ANMA Donghi, Patané, Saettone, è stato dedicato alla problematica alcol correlata, sia per il recepimento ‘a macchia di leopardo’ sul territorio nazionale (M. Saettone), sia per le difficoltà diagnostiche da parte del medico competente (R. Donghi).

Per quanto riguarda i riflessi sul

rischio infortunistico, Piero Patané ha proposto un superamento del sistema degli elenchi delle mansioni a rischio per terzi, prevedendo la possibilità di integrare, o escludere, alcune attività in base a valutazioni che integrano il documento di valutazione dei rischi. In conclusione ha chiesto di ripensare la normativa e soprattutto le procedure, riconoscendo al medico competente il ruolo di medico che si interessa del problema in modo professionale e non come semplice esecutore di test, imposti da “esperti che mai misero piede nelle aziende”.

A coronamento della mattinata Daniele Ditaranto, Segretario ANMA, ha ripercorso le criticità della Normativa attuale, proponendo riflessioni e formulando alcune proposte per la “semplificazione” dell’attività del medico competente ed il miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza del sistema di prevenzione aziendale.

Nell’analisi della situazione normativa il segretario nazionale ha individuato come principale problematica “la tipica impostazione rigida e burocratica della normativa italiana che tutto vuole regolamentare anche al fine di creare le condizioni per un pesante impianto di sanzioni penali, mentre obiettivo prioritario del legislatore dovrebbe essere la facilitazione dell’applicabilità delle norme, la loro maggiore sostenibilità e l’aumento della consapevolezza e della responsabilizzazione degli attori”.

Per fortuna qualcosa comincia a muoversi. Il primo atto del nuovo corso politico è stato il cosiddetto “decreto del fare” che pur con tutti i limiti, le distorsioni e le lentezze del caso ha “rotto il ghiaccio” aprendo la strada a nuovi imminenti provvedimenti che riguarderebbero anche la nostra materia.

Ma la sfida che abbiamo di fronte è alta e complessa: “coniugare la semplificazione con il mantenimento dei livelli di tutela, riuscendo anche

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO”

a coniugare la sicurezza con la competitività delle imprese”.

Nella seconda parte della relazione Daniele Ditaranto è entrato nel merito di alcune proposte per la semplificazione dell'attività del MC, che partono dalla riproposizione del «modello di medico competente», o meglio di «sistema di prevenzione aziendale» già illustrato nel 2007 (XX Congresso nazionale ANMA di Viareggio, LU) all'epoca del dibattito sul nascente Testo unico.

Questo modello, basato sul lavoro di squadra e fondato su un approccio interdisciplinare, non si è concretizzato nel TU. ANMA ritiene che questo sia il principale motivo per cui nel nostro modello di approccio alla prevenzione spesso manca o è carente quella logica di «sistema» che è invece strategica per il successo delle azioni preventive come dimostrano le esperienze nord-europee.

Per l'importanza dei temi trattati la mattinata è stata inframmezzata da molteplici discussioni caratterizzate da un 'filo diretto' fra relatore e partecipante che ha permesso di precisare il punto di vista di chi ha redatto il manuale e di chi sollevava perplessità o chiarimenti sui contenuti.

La Tavola Rotonda del pomeriggio, guidata dai colleghi Sabbatucci, Taliercio, Origlia e dedicata all'efficacia dell'attività del medico competente, ha visto la partecipazione di esponenti di INAIL (A. Ossicini), FNOMCEO (R. Ibbà), SIMLII (E. Ramistella) e SNOP (G. Di Leone).

Gli interventi degli ospiti



e soprattutto le numerose domande dei partecipanti hanno acceso una vivace discussione, ma soprattutto consentito l'ampia trattazione dei temi di maggiore attualità: dal tariffario del medico competente alla qualità nella compilazione della 'cartella sanitaria e di rischio',

dall'attività dei 'centri servizi' agli obblighi connessi all'invio dell'allegato '3 b', dalle modalità di denuncia delle malattie professionali ai meccanismi di accertamento delle medesime, con gli inevitabili distinguo, ma anche i non pochi punti di condivisione.



© Foto PBV

l'illustrazione di una esperienza ospedaliera dedicata alla problematica alcol-correlata, che verrà ampliata nelle prossime edizioni a beneficio dei medici più giovani.

Sabato 31 maggio, la quarta sessione dedicata alle esperienze di gestione dello stress lavoro-correlato ha raccontato molte esperienze in diversi ambiti, producendo la convinzione che la somministrazione di questionari soggettivi, successivamente alla raccolta dei dati obiettivi, permetta di compiere una analisi più accurata e completa del rischio specifico.

La sessione, moderata da D. Bontadi (Consigliere nazionale ANMA) e F. D'Orsi (Coordinatore Gruppo tecnico interregionale sullo stress lavoro correlato), è stata inaugurata dalla relazione di Sergio Iavicoli (Direttore Dipartimento Medicina del Lavoro, INAIL) che ha fornito dati nazionali ed europei piuttosto impressionanti per quanto riguarda i costi che sta producendo lo stress lavoro correlato (p.es. 1220 € per lavoratore /anno in U.K., 2-3 miliardi €/anno in Francia) e le ricadute su patologie quali la depressione e le malattie cardiovascolari. Il Direttore del Dipartimento ha inoltre illustrato il grosso sforzo di ricerca e di supporto alle aziende compiuto da INAIL negli ultimi anni e le prossime iniziative che verranno sviluppate nel campo della prevenzione dello stress lavoro-correlato.

Antonia Ballottin (SPISAL ASL 20 Verona) ha quindi illustrato la proposta metodologica INAIL tramite check list di 'Valutazione

In sintesi, si è trattato di un pomeriggio ricco, frizzante, ma anche costruttivo dove, al di là dell'assenza dei rappresentanti dei Ministeri della Salute e del Lavoro, sono emerse idee e propositi tra i quali si segnala la disponibilità da parte di FNOMCEO ad organizzare

un incontro che permetta di produrre posizioni condivise e forti fra tutte le sigle che rappresentano i medici competenti.

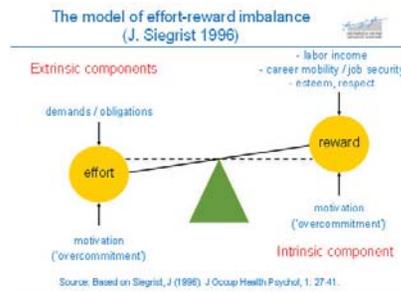
In chiusura di giornata è stato riservato ad una collega specializzanda dell'Università di Genova un piccolo spazio, per

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO

dello stress lavoro correlato nella piccola e media azienda', mentre Antonio Di Maria ha presentato una esperienza di impiego di un metodo originale per la valutazione dello stress lavoro correlato in aziende di diverse dimensioni.

Ma la mattinata è stata impreziosita dalla presenza del Prof. Johannes Siegrist dell'Università di Duesseldorf (D), esperto di caratura mondiale che ha creato uno dei modelli più diffusi di valutazione dello stress lavoro correlato, l'ERI (Effort-Reward Imbalance).

Dopo aver esaminato i fattori e i meccanismi che favoriscono l'insorgenza di stress lavoro

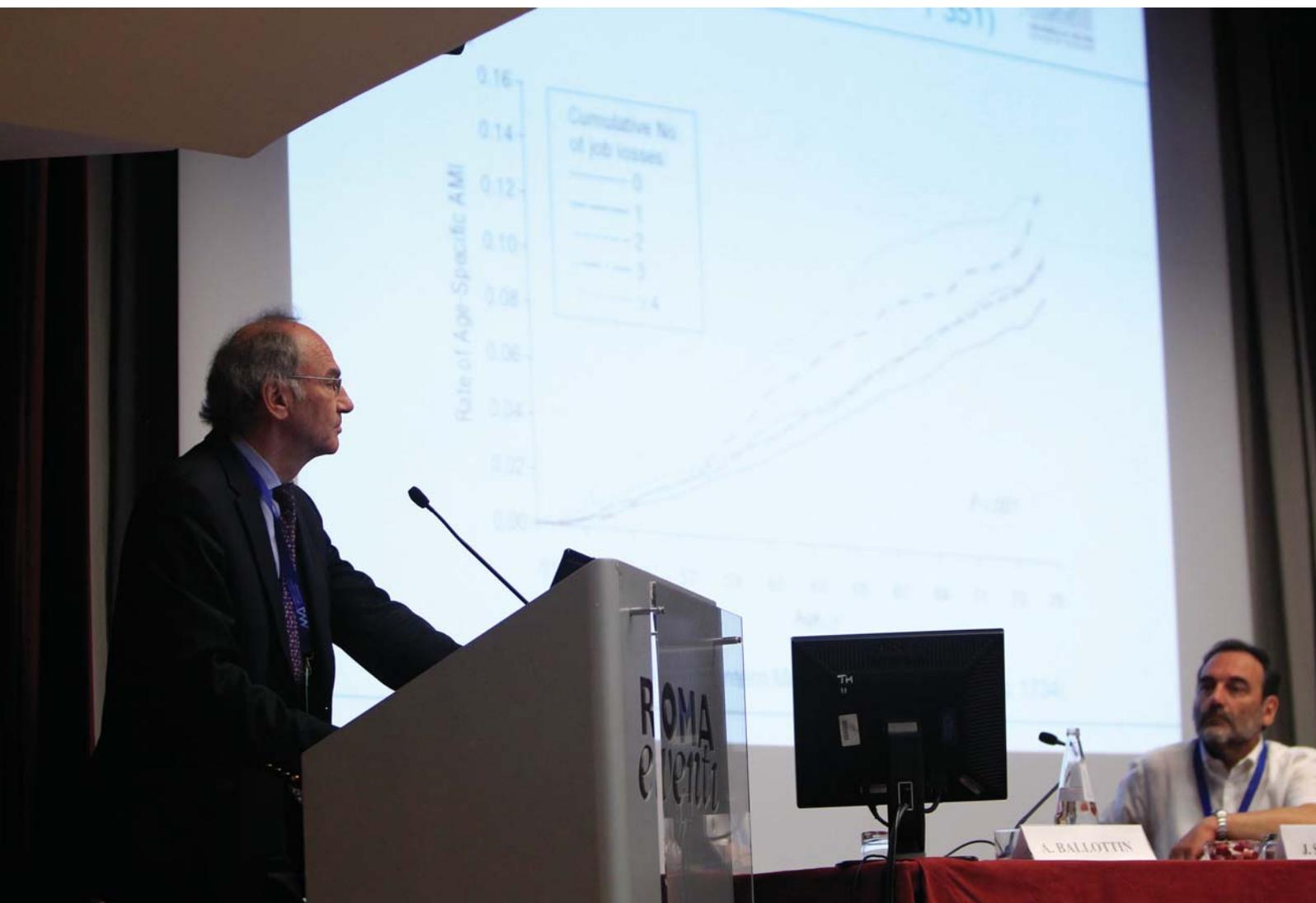


correlato in Europa e nel mondo, che evidenzia tassi di crescita rispetto agli anni scorsi, Siegrist ha ricordato come modelli efficaci di valutazione del rischio in differenti gruppi di lavoratori, oltre all'ERI, il JCQ (Job Content Questionnaire) di Karasek.

I dati presentati dal cattedratico tedesco collocano l'Italia nei

primi posti in Europa come incidenza di stress lavoro correlato e ribadiscono la correlazione ormai consolidata fra stress e malattie cardiovascolari e depressione. Interessante il cenno ad altre malattie correlabili allo stress lavorativo per le quali non vi sono ancora studi consolidati: diabete tipo II, dipendenza alcolica e disturbi muscolo-scheletrici.

Per prevenire questo fenomeno in costante ascesa con pesanti ricadute sulla salute di milioni di lavoratori nel mondo, possiamo intraprendere iniziative a livello individuale, di gruppi di lavoro e di aziende. Tra le attività raccomandate a vario livello,



© Foto PBV

si segnala l’addestramento in azienda dei manager che ha dimostrato in una pubblicazione del 2001 (Theorell et Al.), la riduzione del livello di stress e l’incremento della performance nel gruppo di lavoratori subordinati.

Al termine dell’intervento Siegrist si è congedato con un appello rivolto a tutti coloro che si occupano di stress lavoro correlato: fare qualcosa, fare di più, fare meglio!

Con l’ultima relazione Paola Torri (GdL ANMA) ha ricordato che il medico competente svolge un ruolo importante nella valutazione dello stress lavoro correlato: si trova al centro dei dinamismi aziendali e delle relazioni tra le diverse parti coinvolte, conosce le persone, il contesto lavorativo, può proporre azioni preventive. Uno dei suoi compiti specifici è l’osservazione diretta della realtà lavorativa.

La valutazione dello stress lavoro correlato è possibile in aziende di qualsiasi comparto produttivo e dimensione, ma riveste particolare importanza l’individuazione dei metodi e strumenti più idonei.

Il GdL coordinato da P.Torri e D.Bontadi ricorda che l’obiettivo finale non deve essere costituito da una valutazione fine a se stessa (cioè ottemperare all’obbligo normativo), bensì da un programma di interventi migliorativi finalizzati alla prevenzione.

La conclusione delle numerose esperienze del GdL può essere riassunta nelle due seguenti raccomandazioni:

- Invitare le aziende ad essere protagoniste del processo di

valutazione ed intervento e non a subirlo.

- L’analisi diventa già un momento di coinvolgimento, condivisione e presa di coscienza: passi fondamentali per una crescita e un cambiamento culturale.

La chiusura della mattinata è stata riservata a Laura Bodini (C.I.I.P., Gruppo Stress lavoro correlato) che ha sottolineato l’importanza dell’organizzazione del lavoro, alla base di molti “altri” rischi e di cui occorre migliorare l’analisi e perciò la



© Foto PBV



capacità di intervento.

La vice presidente della Consulta Interassociativa della Prevenzione ha auspicato che le associazioni CIIP mettano a disposizione le proprie competenze per valorizzare appieno l'effetto moltiplicativo verso le tante figure del sistema di prevenzione, della pubblica amministrazione e delle forze sociali e per organizzare seminari monotematici sullo Stress Lavoro Correlato nel 2014 e 2015.

Al termine di tre giorni veramente intensi il Congresso si è concluso con i ringraziamenti del Presidente Giuseppe Briatico Vangosa ai relatori, alla sezione

ANMA del Lazio ed a tutti coloro che hanno collaborato alla felice riuscita dell'evento.

Sì, perché al di là di qualche disservizio di tipo prevalentemente strutturale-organizzativo, si è trattato di un autentico successo.

Ma vogliamo trovare un neo? Personalmente ho riscontrato una inconsueta tendenza per gli eventi ANMA, anche se limitata ad una minoranza di partecipanti: interesse elevato alle modalità di acquisizione dei crediti ECM e.. minimo a cogliere elementi di miglioramento professionale! Credo che l'obiettivo, auspicato da tutti, di proporsi alle aziende

con professionalità e a fronte di compensi adeguati, passi anche attraverso un diverso approccio verso l'aggiornamento scientifico.

Ma qual'è stata la 'grande bellezza' del Congresso di Roma?

Innanzitutto la cornice dell'evento, unica al mondo, che ha favorito anche svaghi, incontri e cene post-congressuali in ogni via del centro, la ricchezza dei contenuti delle sessioni grazie alla passione ed all'impegno di ben 25 relatori e soprattutto la possibilità di calare diversi spunti operativi nella nostra pratica quotidiana.

LA GIORNATA ISTITUZIONALE DEL CONGRESSO ANMA



ATTUALITÀ

*Umberto Candura,
Vice Presidente ANMA*

Come è ormai consuetudine da alcuni anni, la giornata centrale del congresso ANMA si focalizza sugli argomenti tecnico-giuridici, nonché di politica della professione del medico competente, che hanno maggiormente connotato l'attuale fase storica.

Assistiamo infatti ad un momento politico-istituzionale di grande fermento, orientato al cambiamento su vari settori della Società, e che fa della semplificazione del rapporto Stato-cittadini un suo cavallo di battaglia. Si respira una volontà politico-legislativa orientata in particolare a rendere la normativa sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) più fruibile, più diretta nell'applicazione, con l'evidente e lodevole intenzione a creare una ricaduta di efficienza nelle aziende, che vanno liberate da oneri solo formali e burocratici, che nuocciono alla competitività di tutto il Paese.

Alcuni slogan istituzionali circolati negli ultimi tempi (*“meno carta e più sicurezza”*), ed alcuni passaggi normativi inseriti nel recente *Decreto del Fare* (Legge n. 69 del 21 giugno 2013) hanno inaugurato la stagione del binomio ***efficacia & semplificazione*** anche nel campo della SSL.

La stessa Commissione Consultiva Permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, con il suo documento di proposte *“per una strategia nazionale di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali”* approvato il 29 maggio 2013 - cita in modo esplicito la necessità di semplificare il *“quadro regolatorio”* per mezzo di proposte che vadano necessariamente discusse tra Stato e Regioni (in ragione della competenza *“ripartita”* tra i medesimi soggetti prevista dalla Costituzione in materia) e con le parti sociali.

In quale misura tali innovazioni toccano la professione del MC? Come tale figura può partecipare e contribuire a questo nuovo corso, nel rispetto ovviamente della sua mission di tutela? Quali sono le procedure tecnico-operative che riteniamo poter alleggerire da appesantimenti solo formali per raggiungere obiettivi di efficacia congiunti ad efficienza della nostra azione? A queste domande si è cercato di dare una risposta innanzitutto richiamando la necessità di riconsiderare - anche con coraggio e spirito innovativo - le modalità migliori di integrarsi con fare propositivo nel Sistema Azienda, *ri*-posizionando la figura del MC in quell'area di centralità che la legislazione richiede, e magari superare - con le buone pratiche tratte dall'esperienza - *l'impasse* che riservano ancora molte aree grigie normative.

ANMA da tempo lavora - anche nell'ambito dei programmi di

“RENDERE PIÙ EFFICACE L'ATTIVITÀ DEL MC: IL MANUALE OPERATIVO



aggiornamento ECM ai propri soci - per promuovere una gestione della salute e della sicurezza sul lavoro, da parte delle imprese, che sia diretta a perseguire il rispetto dei livelli di tutela, ma limitando l'utilizzo di risorse aziendali per adempimenti meramente formali. Lo scopo è evidentemente quello di risparmiare tempo e risorse a favore di interventi “*ad alto valore aggiunto*” (analisi del rischio, gestione disabilità, formazione, rapporti con Enti, ecc.).

Una recente ricerca OCSE ha stimato i costi per i vari adempimenti puramente formali in materia di sicurezza

sul lavoro: si parla di un impegno medio annuo che varia dal 5 al 20% del proprio bilancio. Confcommercio in un suo recente studio parla di un esborso medio annuo di 9.800 € per un'impresa di 10 dipendenti, che non comprende le eventuali spese legali, le consulenze esterne e le giornate/uomo di lavoro perse per l'assolvimento dei vari adempimenti burocratici .

Come si evince dalla relazione di accompagnamento del cosiddetto “pacchetto semplificazioni” dell'ottobre 2012 la stima del risparmio in oneri amministrativi realizzabile attraverso la semplificazione degli adempimenti formali (c.d. “burocrazia del lavoro”) e

degli oneri informativi (verso la P.A.) è di 4,6 miliardi di Euro. Molto si è detto in questi mesi sull'allegato 3B come un esempio scolastico dal quale trarre insegnamento per una maggiore attenzione all'utilizzo di risorse – pubbliche e private - per l'ottenimento di benefici quantomai aleatori per la collettività.

L'esigenza primaria dell'Azienda Italia - in questi anni più che mai - è invece coniugare la sicurezza sul lavoro con la competitività delle imprese, in particolare le PMI , ovviamente nel rispetto delle direttive comunitarie e dei livelli di tutela che sono presenti negli ambienti di lavoro. Naturalmente l'obiettivo

delle indicazioni che oggi formuliamo non è il risparmio fine a se stesso, né una fuga dal profilo di responsabilità giuridiche disegnate sul MC: le nostre proposte sono frutto di un lavoro pluriennale di raccolta di evidenze nella pratica di tutti i giorni, nonché di confronto con i soci ed i colleghi nelle diverse occasioni di aggiornamento, ed hanno l'obiettivo di portare il MC a svolgere un'azione propositiva per un miglioramento che vada anche oltre le norme, ma ovviamente non si vuole cadere nel tranello dell'autoreferenzialità, pensando che semplificare vuol dire fare secondo un proprio stile, senza individuare indicatori di efficacia su cui attestarsi e farsi misurare.

La prima parte della giornata

è stata quindi dedicata alle conclusioni - peraltro in progress - alle quali sono giunti i gruppi di lavoro ANMA per rendere l'attività del MC più efficace, proprio attraverso riflessioni e proposte di semplificazione sugli aspetti più formali e burocratici delle procedure di lavoro, senza ovviamente perdere di vista gli obiettivi finali di prevenzione.

Si è cercato di scendere nel dettaglio di tali affermazioni, *partendo dal concetto di una supremazia della disciplina e di una efficacia provata sul campo rispetto alla stessa normativa.*

Con questo spirito sono stati offerti alla comune condivisione tre interventi, con la precisa indicazione di sottoporre alla discussione dell'aula:

a) un *“manuale operativo”* (Boschioli) che possa rappresentare un utile strumento condiviso per

guidare il MC nelle diverse attività a cui è chiamato dalla norma, ma anche e soprattutto dalle c.d. *buone pratiche*;

- b) una revisione (Saettone, Donghi, Patanè) delle modalità di gestione di uno degli adempimenti più controversi degli ultimi anni - quello relativo ad *alcool ed alcoldipendenza* - dove assistiamo tuttora ad un'autonomia normativa ed interpretativa addirittura imbarazzante, e che richiama con forza una riflessione sulla legislazione concorrente tra Stato e Regioni in tema di SSL;
- c) infine le *proposte concrete di intervento normativo* (Ditaranto) che possono a nostro parere operare nel senso di una semplificazione funzionale per una maggiore efficacia (nonché efficienza/economicità) del sistema, non rinunciando - oltre che ovviamente ai livelli di tutela imposti dalle direttive comunitarie - a quelle esigenze documentali sulle quali si basano oggi i SGSL nelle Aziende.

Tuttavia sappiamo che tutto ciò sarebbe poco più di un puro esercizio accademico laddove non trovasse ~~trovi~~ un'adeguata sponda in territorio Istituzionale e sociale.

Pertanto sono stati invitati alla Tavola Rotonda **nella seconda parte della giornata** quelli che consideriamo i naturali interlocutori del MC, sollecitati dai nostri moderatori ad esprimersi su questi temi della semplificazione secondo il loro naturale punto di vista,

per capire insieme quali siano le sinergie da sviluppare e quali i punti di possibile attrito da risolvere.

Sono quindi intervenuti il prof. Ossicini, sovrintendente medico dell'INAIL, al quale abbiamo chiesto un parere su una revisione del processo di riconoscimento delle M.P., il presidente della SNOB, dr. Di Leone, sollecitato sul tema della qualità degli interventi di vigilanza, che si auspica possa privilegiare la sostanza dei processi e dell'organizzazione rispetto agli adempimenti formali, la SIMLII, nella persona del coordinatore del Gruppo Medici Competenti, dr. Ramistella, che ha illustrato come l'Università si pone oggi di fronte alla formazione dei Medici del Lavoro di domani sui temi dell'efficacia del ruolo, la FNOMCEO, con il dr. Ibba, che ha condiviso la nostra lamentela relativa ad una figura del MC tradizionalmente considerato *“parente povero”* nella comunità professionale, anche evidentemente per una nostra insufficiente opera di divulgazione del ruolo *“sociale e pubblico”* che abbiamo acquisito. Sono stati invitati - e la loro assenza ha pesato molto - anche i rappresentanti del Ministero del Lavoro, e della Salute ai quali avremmo chiesto lo stato dell'arte degli orientamenti normativi sul tema *“semplificazioni ed efficacia del sistema di SSL”*, e soprattutto un loro parere sulla possibilità di tradurre in chiave normativa le istanze di coloro che la prevenzione la attuano quotidianamente sul campo.

TENOSINOVITE CRONICA IN OPERATRICE DI CALL CENTER: IL PUNTO DUE ANNI DOPO



Paolo Santucci,
Consigliere nazionale
ANMA

Introduzione

Come nel precedente numero del Medico Competente Journal, viene riproposto un caso clinico già trattato (n° 1/2012) per ritornare questa volta sulle difficoltà di una giovane tele seller, affetta da tenosinovite cronica, che sembravano superate grazie alle cure specialistiche e a provvedimenti ergonomico-organizzativi, favoriti anche dalla momentanea destinazione a mansioni più tradizionali di 'office worker'. L'esperienza sfocia allora nella domanda: a distanza di due anni il quadro clinico si è definitivamente stabilizzato con la piena compatibilità fra stato di salute e richieste della mansione, oppure sono comparse nuove problematiche?

Per approdare ad una risposta definitiva ripercorriamo schematicamente la storia clinica.

Caso clinico

- Aprile 2009. A.L., commessa nel commercio per due anni, poi assistente di direzione per altri due anni, viene visitata per la prima volta dal medico competente all'età di 29 anni, come videoterminalista 'tele seller', poiché neoassunta 'full time' in un grande contact center¹ di una Società multinazionale con sede a Genova. In occasione della visita preventiva l'operatrice viene giudicata idonea attraverso test ergoftalmologico manuale e valutazione clinico funzionale arti superiori (Santucci, 2009). Non emerge nulla di rilevante, nessuna pregressa attività a rischio di sovraccarico dell'arto superiore, nessuna patologia significativa, salvo un intervento per sindrome del tunnel carpale destro che non ha lasciato postumi (Test di Phalen e Tinel negativi).

- Agosto 2010: visita 'su richiesta' ai sensi di art.41.2,c D.Lgs.81/08 e s.m.i. per 'sospetta artrite psoriasica' dopo improvvisa comparsa di tumefazioni dolenti plurime agli arti superiori (soprattutto il destro), episodi di rigidità e deficit flessostensorio dei polsi, trattati con steroidi in ambito specialistico ospedaliero. Al termine della

1 Il 'contact center' costituisce un superamento del call center, consentendo di far pervenire ai consulenti telefonici messaggi in forme anche diverse dalla chiamata vocale: fax, e-mail e internet (Web Call Center), sms, aumentando la possibilità di interazione con l'organizzazione.

visita (viva dolorabilità locale esacerbata dalla mobilitazione) viene rinnovata l'informativa sulla corretta postura in postazione, successivamente verificata durante sopralluogo, e prescritto tappetino poggiapolsi per mouse e tastiera ed uso di mouse di dimensioni ridotte, per annullare la tensione dei tendini estensori della mano, con periodicità semestrale.

- Gennaio 2011: attenuazione del dolore e sospensione dei farmaci, lamenta solo fastidio nonostante una voluminosa tumefazione che residua al polso destro: (ecografia 6/12/10) "L'esame dimostra impegno sinoviale con versamento diffuso ai vari comparti volare e dorsale del carpo, più evidente a carico degli estensori radiale breve e lungo del carpo, dell'estensore ulnare del carpo e dei flessori delle dita e del pollice. Non artrosinovite". Riferisce beneficio dall'uso del tappetino con mouse ridimensionato: idoneità confermata.

- Aprile 2011: per il persistere della voluminosa tumefazione viene operata chirurgicamente per sinoviectomia in diagnosi di "tenosinovite estensori mano destra"; l'esame istologico conferma una "tenosinovite cronica ipertrofica". Viene specificato ICD9CM 72700 corrispondente a "sinovite e tenosinovite non specificate".

- Maggio 2011: lamenta dolore dorsale al polso e evidenzia deficit flessore-estensorio con pugno ipoergico. Utilizza crema idratante locale ed effettua masso-terapia per fastidioso cheloide cicatriziale. L'idoneità viene integrata con

pausa di 10 minuti/ora (con raccomandazione di evitare 'straordinario') e accorciamento della periodicità (trimestrale).

- Giugno 2011, visita su richiesta per la persistenza della sintomatologia ed il ricorso a periodi di malattia. Gli specialisti curanti consigliano all'operatrice un cambiamento dell'attività lavorativa con rinuncia all'uso del videoterminale. L'idoneità trimestrale viene confermata.

- Settembre 2011, inaugura controlli clinici trimestrali con Risonanza magnetica ed ematochimici per sospetta natura autoimmune con gli specialisti curanti: il quadro clinico presenta una attenuazione del deficit funzionale e della dolorabilità anche a seguito della terapia locale, del periodo di ferie e delle agevolazioni nell'operatività al videoterminale. L'idoneità è confermata con periodicità semestrale.

- Marzo 2012: obiettivamente si osserva deficit funzionale sfumato al polso destro, pugno normoergico. La sintomatologia è pressoché scomparsa con la possibilità di svolgere mansioni tradizionali di 'office worker' alle quali è stata destinata dal mese di gennaio. Gli accertamenti specialistici hanno intanto escluso la natura autoimmune della tenosinovite cronica. Tuttavia alla scadenza semestrale la lavoratrice è in aspettativa perché con la ripresa delle abituali mansioni di teleseller ha avvertito un rapido peggioramento dei disturbi e, d'accordo con il reumatologo curante, ha deciso di astenersi dal lavoro e di intraprendere un ciclo di infiltrazioni locali con

steroidi.

- Marzo 2013: al rientro il quadro non è migliorato nonostante le cure ed il lungo periodo di riposo. Evidenzia deficit funzionale locale, algie, oltre a riduzione del tono dell'umore. Riscontrata l'incompatibilità oggettiva fra quadro clinico a decorso ingravescente, nonostante il periodo di riposo e le prolungate terapie specialistiche, e le richieste della mansione, alleggerite da disposizioni di tipo ergonomico ed organizzativo, il giudizio formulato è di 'non idoneità alla mansione specifica'.

- Aprile 2013. Un mese più tardi la lavoratrice viene inviata a 'visita preventiva' per 'cambio mansione': office worker. Le prescrizioni per sei mesi prevedono sempre l'uso del tappetino poggiapolsi con mouse di dimensioni ridotte e pause di 10'/ora.

- Luglio 2013: soltanto tre mesi più tardi una visita su richiesta evidenzia incremento delle algie dorsali alla mano destra in corrispondenza del cheloide cicatriziale, accentuato deficit funzionale del polso e pugno ipoergico. In attesa di un nuovo ciclo terapeutico 'ad hoc' prospettato dallo specialista reumatologo vengono confermate le prescrizioni per due mesi.

- Marzo 2014. La visita successiva viene effettuata otto mesi più tardi, a causa di un lungo periodo di malattia, ed evidenzia un importante miglioramento del quadro dopo quattro mesi di trattamento ambulatoriale specialistico dedicato allo 'scioglimento' delle briglie cicatriziali causate

dal cheloide. Obiettivamente residua soltanto uno sfumato deficit del polso, il dolore localmente è attenuato e la cute ha riacquisito elasticità, tuttavia vengono mantenute le prescrizioni di tappetino poggiapolsi e mouse sottodimensionato per mesi sei.

Considerazioni e conclusioni

Nelle settimane successive la lavoratrice ha riferito un buon adattamento alla nuova mansione di office worker con la scomparsa della maggior parte dei disturbi, grazie anche alla possibilità di maggiore autonomia nelle pause e ad una alternanza fra attività al videoterminale ed altri compiti lavorativi in ufficio (esame documenti cartacei, telefonate, riunioni, ecc.).

La tenosinovite ipertrofica è costituita da tumefazione e ispessimento doloroso delle guaine tendinee la cui natura, a conclusione degli accertamenti, è apparsa idiopatica.

In particolare, si può escludere la natura 'micropolitraumatica' per assenza di fattori di rischio significativi soprattutto in ambito lavorativo (OCRA Check list pari a 7, mano preferita, e 4: entrambi i valori sono in fascia verde) (Colombini et Al., 2004), per la pressoché nulla prevalenza della specifica patologia fra i videoterminalisti (Meroni et Al, 2007) e per l'insorgenza improvvisa con interessamento polidistrettuale di entrambi gli arti superiori,

atipica per una correlazione professionale.

I classici sintomi, caratterizzati da dolore e deficit di funzione dei tendini interessati con difficoltà alla funzione di "prensione" e diminuzione di forza, hanno evidenziato un decorso altalenante, anche peggiorato, dopo l'intervento di sinoviectomia, dalla presenza di una cicatrice cheloidea con dolenti aderenze residue.

Tuttavia, il trattamento specialistico locale, successivo all'intervento chirurgico, unitamente all'alleggerimento del carico di lavoro, dalla mansione di 'teleseller' a 'office worker' (OCRA Check list pari a 6,125 e 2,85 = fascia verde) ed al supporto fornito dal medico competente in ambito ergonomico-organizzativo hanno permesso di produrre una buona compatibilità fra la menomazione al polso destro e la mansione di videoterminalista, contro-indicata a un certo punto della vicenda dagli stessi specialisti curanti.

Tuttavia, in considerazione del significativo miglioramento obiettivo della mano, dopo il paziente lavoro svolto in numerose sedute dallo specialista reumatologo, sorge una domanda: il nuovo quadro clinico sarebbe stato compatibile con l'eventuale proposta aziendale di ritorno alla precedente mansione di 'teleseller' presso il contact center?

Evidentemente quasi quattro

anni di vicissitudini con numerose visite di idoneità, prescrizioni crescenti e diversi mesi di assenza dal lavoro hanno sconsigliato l'azienda nel tentare il ri-collocamento della lavoratrice in una mansione a maggior rischio. Inoltre non vanno sottovalutati nella gestione complessiva del caso, i cosiddetti 'aspetti psicosociali' che la letteratura accosta sempre più spesso all'insorgenza di malattie muscolo-scheletriche (Siegrist J., 2014).

A proposito di questi fattori, le linee guida SIMLII 2013 (Piccoli B., et Al.) enunciano sei criteri che possono favorire l'insorgenza di stress, ma anche l'aumento di probabilità di malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore fra i videoterminalisti, che sono almeno in parte presenti nel caso in questione:

- ✓ Intensità del carico e dei ritmi di lavoro
- Scarso controllo dei processi di lavoro e impossibilità di partecipare alle decisioni
- Elevati livelli di difficoltà operativa
- ✓ Monotonia e scarsità di contenuti
- ✓ Insoddisfacciente supervisione
- Carenze tecniche.

Si può allora affermare che il superamento delle tre voci indicate (Intensità del carico e ritmi di lavoro, Monotonia e scarsità di contenuti,

Insoddisfacente supervisione), accentuate nell'attività di tele seller e molto attenuate nella mansione di office worker, abbia contribuito in maniera sostanziale alla risoluzione del caso.

Perciò, a due anni dalla pubblicazione dell'articolo precedente, appaiono 'profetiche' le parole utilizzate nel 2012 a proposito della "recente e favorevole esperienza di attività 'tradizionale' (...) che sembra offrire garanzie per il mantenimento dell'attività di videoterminista anche in prospettiva futura".

In conclusione, lo spostamento a mansioni di office worker, offrendo un alleggerimento del sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore e maggiore autonomia organizzativa, si è rivelato un fattore decisivo nel mantenimento dell'attività lavorativa, che è stata posta in forte discussione nel momento della formulazione del giudizio

di 'non idoneità'.

Inoltre, si sono rivelati di particolare utilità nella ricerca della migliore compatibilità fra lo stato di salute contingente e le specifiche richieste della mansione, i criteri di idoneità riferiti a Linee guida (Apostoli, 2003), ispirati da indicazioni operative mirate (Meroni et Al., 2010, Santucci, 2009) e completati da evidenze emergenti, quale, per esempio, l'utilizzo di mouse sottodimensionato.

Come già affermato due anni fa, il caso si è rivelato molto particolare, ma non eccezionale, nel dimostrare che menomazioni apparentemente 'minori', comunque distrettualizzate e di natura extraprofessionale, pur se calate in un contesto lavorativo di basso impatto apparente, possono costituire una seria criticità nel mantenimento della persona al lavoro, anche in una giovane operatrice in ottime condizioni di salute generale.

Da un punto di vista generale l'esperienza conferma che la richiesta di salute, anzi di benessere occupazionale, da parte del lavoratore, obbliga oggi il medico competente ad un impegno crescente, in termini di responsabilità, valori e impegno, che non può limitarsi ad una sorveglianza sanitaria 'di routine', ma necessita di nuove conoscenze e competenze, sia tecniche che ergonomiche, all'interno di un gioco di squadra che coinvolga i colleghi curanti e le altre figure della sicurezza aziendale.

E' perciò evidente che la nostra figura professionale è, e sarà sempre più spesso, 'sfidata' da nuove situazioni e richieste diversificate che impongono risposte appropriate, i cui presupposti risiedono nel modello proattivo di integrazione nel sistema azienda, che ANMA ha sviluppato negli anni (Bontadi et Al., 2011).

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco A., Draicchio F., Mattioli S., Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro, Pime Editrice, Pavia, 2003.
- Bontadi D., Boschirolì G., Candura U., Gilioli G., Patané P.A., Presentazione XXIV Congresso nazionale ANMA, 'Etica nella professione del medico competente. Responsabilità, consapevolezza, valori', Castellaneta Marina (TA), 2-4 giugno 2011.
- Colombini D, Occhipinti E, La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e le patologie lavoro-correlate con riferimento al lavoro al vdt, Atti Congresso Nazionale ANMA, Portofino, 27-29 maggio 2004, Notiziario ANMA, maggio 2004.
- Meroni M., Battevi N., Indagine epidemiologica sulle patologie muscolo-scheletriche degli arti superiori in un gruppo di 2022 videoterministi, U.O.CEMOC Fondazioni IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, 2007.
- Meroni M., Petri A., Il posto di lavoro con unità VDT-PC, U.O. CEMOC Fondazioni IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, 2010.
- Piccoli B., Battevi N., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali. Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale - SIMLII, Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in medicina del Lavoro, Pavia : PI-ME, 2013.
- Santucci P., Il videoterminista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.
- Santucci P., Tenosinovite cronica del polso in operatrice di contact center, Medico Competente Journal, n°2/2012.
- Siegrist J., Challenges of measuring stress at work: An illustration based on the effort-reward imbalance model, 27th National Conference Rome, 31 May 2014.



A cura di Piero Patanè

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

ANMA RISPONDE

TRASMISSIONE GIUDIZI DI IDONEITÀ

Sono Medico Competente in aziende che si è dotate di un software che gestisce tutti gli aspetti della sicurezza (DVR, Programmi Sanitari, Schede di Rischio; Scadenze, Cartelle sanitarie, Giudizi di Idoneità). Ovviamente ciascun settore è gestibile ed esplorabile solo con PW criptate specifiche proprie delle diverse funzioni aziendali comprese le funzioni del personale che inseriscono l'anagrafica, le mansioni, i cambi mansione. I Giudizi di Idoneità da me formulati vengono stampati, firmati da me e dal lavoratore, fotocopiati, inseriti nella CSR cartacea ed inoltre anche scanditi e inseriti nella posizione del lavoratore presente nel software. Tale giudizio è visibile anche alle funzioni del personale che hanno accesso al software. Si può considerare ottemperato in tal modo l'obbligo di dare copia al DDL del giudizio di Idoneità o devo comunque inviare in allegato via mail alle funzioni del personale il Giudizio di idoneità del lavoratore? Grazie

Innanzitutto, complimenti per l'organizzazione. Per quanto riguarda la specifica richiesta suggeriamo una procedura di sorveglianza sanitaria condivisa con l'azienda. In questa verranno specificati i flussi informativi interni ed esterni. Riteniamo però che la lettera del D.Lvo richieda una copia cartacea del certificato contenente il giudizio: Art. 41 c. 6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro. Buon lavoro

POLIZZA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Vorrei sapere se come iscritto Anma ho diritto ad una copertura assicurativa per la responsabilità professionale. In caso affermativo vorrei conoscere i contenuti della polizza con eventuali clausole (spese legali ed altre) Grazie per l'attenzione Luciano Lozza

C'è la convenzione con Assimedici ben descritta sul sito: <http://www.anma.it/convenzioni-riservate-ai-soci-anma/>

PRESCRIZIONI MEDICHE E TEMPO PIENO

Salve per motivi personali ho chiesto il ripristino del tempo pieno ma mi viene vietato. per le prescrizioni del medico competente questo può essere giusto? Inoltre attualmente lavoro solo di notte poiché mi viene riferito che facendo sempre la notte è preferibile non fare gli altri turni ma io non riesco più a fare le notti cioè vorrei staccare e fare anche il diurno e mi trovo in una situazione che sembra non abbia via d'uscita. Ringrazio per la risposta.

Il tempo pieno o il tempo definito sono modalità contrattuali e non prescrizioni o limitazioni che il medico competente può dare. Possono tuttavia esserci delle ragioni di opportunità per cui il medico competente può SUGGERIRE di ricorrere ad una riduzione di orario di lavoro (per esempio in caso di rientro al lavoro con patologia in corso e non ancora ben compensata e che tuttavia non osta la ripresa della attività lavorativa). Naturalmente deve essere chiarito al lavoratore e al Datore di Lavoro l'utilità di questa indicazione e deve essere quindi condivisa

RICHIESTA CONSULENZA

Può, l'organo di vigilanza in seguito al ricorso al giudizio del medico competente di Idoneità alla mansione di un dirigit. medico presso U.O. Oculistica ("idoneo - rischio biologico-") esprimersi: "Idoneo al lavoro specifico .Si prescrive di non adibire ,il lavoratore per 6 mesi, ad attività lavorativa che comportino fini movimenti delle dita al fine di permettere un totale ripresa della funzionalità

della mano sinistra.” Di fatto la prescrizione interessa la capacità lavorativa generica non oggetto della sorveglianza sanitaria ai sensi art 41, ma dell’ art 5 legge 300.e quindi competente la C.M.V. Orbene ai 6 mesi su tale prescrizione chi dovrà legittimamente rispondere ? Vorrei a tal punto formalizzare tale osservazione, che è sostanziale ,all’ Organo di Vigilanza.

Sui giudizi espressi dagli organi di Vigilanza su ricorso avverso al giudizio del medico competente esiste ampia aneddotica. C’è un punto che bisognerebbe però chiarire e sottolineare. Il giudizio dell’Organo di Vigilanza deve essere aderente al dettato di Legge e quindi essere espresso nelle stesse modalità con cui lo formulano i medici competenti e cioè: IDONEO, IDONEO CON LIMITAZIONE, IDONEO CON PRESCRIZIONE, NON IDONEO. Segue la specificazione del giudizio. Quindi non si può scrivere: Idoneo al lavoro(lavoro? ... mansione!) specifico e poi far seguire una prescrizione. Sul merito della prescrizione (che poi è una limitazione) e riguardo al rischio biologico si può far notare che la scarsa destrezza delle mani (temporanea in questo caso) può mettere il lavoratore in condizioni di maggior suscettibilità rispetto ad infortuni a rischio biologico. Nulla viene prescritto sull’uso dei DPI che andrebbero attentamente considerati. Il confine tra idoneità lavorativa e capacità lavorativa (abilità chirurgica in questo caso) spesso è labile e costituisce una delle criticità del nostro lavoro.

IDONEITÀ LAVORATIVA ERNIA DISCALE

Gent.le ANMA, Le chiedo, essendo un chirurgo che lavora in ospedale pubblico, soffrendo di lombo-cruralgia con ernia discale lombare causa di conflitto radicolare, avendo ricevuto idoneità completa dal medico competente nonostante l’elettromiografia recentissima documentasse sofferenza cronica radicolare e la “visita specialistica neurochirurgica” prescriva di evitare la stazione eretta prolungata, etc., può il Medico Competente dare idoneità al lavoro notturno continuativo di guardia per dodici ore e anche alla Pronta Disponibilità continuativa di diciotto ore? e il ricorso come va focalizzato? Grazie Elio Manca

Caro collega non entriamo in merito al giudizio di idoneità che il medico competente ha espresso: tanti sono i fattori che concorrono all’espressione di questo giudizio. Invece ci pare doveroso chiarire che contro il giudizio del medico competente si può fare ricorso all’organo di vigilanza competente per territorio (per un ospedale coincide con quello della stessa Ulss di appartenenza). A questo proposito val la pena fare una sottolineatura: ci arrivano spesso delle domande da lavoratori su come ricorrere, anche da lavoratori provvisti di una buona scolarizzazione ed una professionalità alta. Riteniamo che l’espressione del giudizio di idoneità, in casi come questi, in cui il giudizio del lavoratore non

appare collimante a quello del MC, richieda un maggior impegno informativo da parte del medico competente circa il ricorso avverso. Magari sarà anche specificato nel certificato con il giudizio di idoneità ma due paroline a margine della visita, al momento della raccolta della firma del lavoratore, sarebbero ben spesi.

TELELAVORO: SOPRALLUOGO AL DOMICILIO?

L’obbligo di sopralluogo da parte del medico competente vige anche nei confronti dell’ambiente di casa del lavoratore che svolge telelavoro, esclusivamente per un’azienda in qualità di telelavoratore subordinato? (lavoratore inteso ai sensi dell’articolo 3 comma 10 del dlgs81) (videoterminalista munito di postazione completa fornita dall’azienda) .

Risponde il dott. Paolo Santucci Genova. Ai sensi dell’art.3.10 D.Lgs.81/08 e s.m.i. “A tutti i lavoratori subordinati che effettuano una prestazione continuativa di lavoro a distanza, mediante collegamento informatico e telematico... si applicano le disposizioni di cui al titolo VII, indipendentemente dall’ambito in cui si svolge la prestazione stessa”.Il medico competente, che ha l’obbligo di effettuazione del sopralluogo annuale negli ambienti di lavoro (art.25.1, l D.Lgs.81/08 e s.m.i.), NON viene citato nell’ambito delle verifiche previste nella sede di lavoro del telelavoratore (art. 3. 10): “Al fine di verificare la corretta attuazione della normativa in materia di tute la della salute e sicurezza da parte del lavoratore a distanza, il datore di lavoro, le rappresentanze dei lavoratori e le autorità competenti hanno accesso al luogo in cui viene svolto il lavoro nei limiti della normativa nazionale e dei contratti collettivi, dovendo tale accesso essere subordinato al preavviso e al consenso del lavoratore qualora la prestazione sia svolta presso il suo domicilio. Il lavoratore a distanza può chiedere ispezioni”. A questo punto formulare una risposta al quesito, significa tentare un esercizio che assume una connotazione più giuridica che medico-lavoristica. Tuttavia si può suggerire questo: emerge dalla Normativa che il medico competente non ha l’obbligo di effettuare il sopralluogo nell’ambiente di lavoro domestico, perciò lo stesso deve fare riferimento agli altri strumenti a disposizione, in primis la sorveglianza sanitari a e soprattutto il contributo alla formazione-informazione del telelavoratore, per far sì che vengano realizzati quegli obiettivi di tutela, in particolar modo sul versante sanitario-ergonomico, riservati agli altri lavoratori stanziali. Tuttavia, se in alcuni casi, per perseguire i suddetti obiettivi, dovesse render si necessaria una analisi diretta della postazione da ‘home working’, si ritiene che il medico competente potrebbe essere giustificato nell’effettuazione del sopralluogo mirato con riferimento alla facoltà del lavoratore di “chiedere ispezioni” (art.3, comma 10) e a seguito di precisa richiesta formale dello stesso.



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi,
Consigliere Nazionale

IL VERO CAMPO DI BATTAGLIA



image from pollockwall.com

[...]

Difronte al dibattito sui “nuovi diritti” assistiamo a una strana mescolanza di fascino e avversione. Perché secondo lei? Cosa sta all’origine di queste nuove istanze?

Il problema non sta nella richiesta di nuovi diritti, alcuni buoni e alcuni discutibili. Il punto è una cultura nella quale si è perduto il credo nei doveri, nella responsabilità personale. Parlo della cultura delle virtù condivisa da Aristotele, Tommaso d'Aquino e Maimonide. Però, se permette, mi sembra che questa domanda sia legata ad un modo di pensare che non riesce a liberarsi della dittatura della politica. Certo, la politica è importantissima e non bisognerebbe trascurarla. Ma non lasciamo che colonizzi la nostra anima.

In che senso?

Cedere alla logica per cui il campo di battaglia sono i diritti e la guerra da combattere è su un diritto in più o in meno. Invece il vero campo di battaglia è la responsabilità umana e personale verso l'altro: il dare e non l'avere. Leggete il capitolo 18 del Levitico: lasciate perdere gli aspetti rituali, concentratevi sulla normatività morale. Vedrete una società fondata sulla giustizia, la solidarietà e la coscienza sociale. Noterete una cosa interessante: sono tutti valori contemporanei, ma basati sulla responsabilità e il dovere e non sui diritti. Fa pensare?! Ottenere un diritto in più o in meno non può essere il nostro contributo al pensiero contemporaneo.

[...]

(brani tratti dall'intervista a Joseph H.H. Weiler, presidente dell'Istituto Universitario europeo di Firenze e docente alla New York University - Tracce giugno 2014)