

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 1/2014



ANMA

www.anma.it

Presidente

Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente

Umberto Candura

Segretario

Daniele Ditaranto

Consiglieri

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

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

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

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

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Antonio Lo Izzo

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

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

Numero 1/2014
Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mlink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE

Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE

Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE

Giuseppe Briatico Vangosa

Gino Barral

Danilo Bontadi

Umberto Candura

Azelio De Santa

Daniele Ditaranto

Piero Patanè

Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE

Serena Trincanato

REALIZZAZIONE GRAFICA

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



TIPOGRAFIA

Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

CONCLUSO IL CICLO ECM 2011/2013: QUALI ADEMPIMENTI.



Il Ministero della Salute lo scorso 28 gennaio ha pubblicato sul proprio sito web la nota che segue a precisazione dell'obbligo di trasmissione da parte del medico dell'esito del ciclo triennale di aggiornamento ECM 2011/2013, ovvero dei crediti maturati nel triennio. La motivazione è a tutti nota e non ci dilunghiamo. Portiamo però all'attenzione di tutti che il sopra richiamato obbligo di comunicazione **scade il 15 gennaio 2015, dato che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (CNCF), in coerenza con il dettato normativo, ha deliberato la possibilità di completare i crediti mancanti entro il 2014.**

Dunque nessuna conclusione affrettata, ma una tranquilla verifica della propria situazione

Il testo della nota del Ministero della salute

*“Con la conclusione del ciclo di aggiornamento ECM 2011/2013, secondo quanto previsto dal D.lgs n. 81/08 all'articolo 38, comma 3, per poter continuare ad esercitare l'attività di medico competente occorre che i sanitari, iscritti nell'elenco nazionale dei medici competenti, abbiano maturato i **150 crediti** previsti, di cui almeno il 70% (105) nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro” e che, come stabilito dall'articolo 2 del Decreto ministeriale 4 marzo 2009, gli stessi, a conferma del possesso di tale requisito, provvedano a trasmettere all'Ufficio II della Direzione generale della prevenzione la certificazione o l'autocertificazione attestante il conseguimento dei crediti ECM previsti.*

Il termine per provvedere alla trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione può essere individuato entro il 15 gennaio 2015, atteso che l'articolo 2, comma 2, del Decreto ministeriale 4 marzo 2009 prevede la possibilità del completamento dei crediti mancanti entro il 2014; per cui successivamente a tale termine, ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del citato Decreto, dovranno essere necessariamente, attivate da parte dell'Ufficio, le procedure di verifica per la cancellazione, dall'elenco nazionale, dei medici competenti non in regola rispetto al requisito dell'obbligatorio aggiornamento professionale.

La trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione attestante l'avvenuto conseguimento dei 150 crediti previsti deve avvenire, preferibilmente attraverso posta elettronica certificata, utilizzando l'indirizzo PEC

dgprev@postacert.sanita.it.”

Quanto sopra deve però coordinarsi con la cosiddetta **“Determina della CNFC del 17 luglio 2013”** che contiene una serie di specifiche in merito alle condizioni di acquisizione dei crediti formativi e di cui riportiamo e commentiamo alcuni aspetti collegati con la nota del Ministero della salute. In buona sostanza la CNFC dettaglia nella nota esplicativa del 21 luglio 2013, pubblicata sul sito di Age.na.s (www.agenas.it), le condizioni per gli **‘Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all’estero, Autoapprendimento, Modalità di registrazione e Certificazione’, di cui ci preme qui riportare lo specchietto relativo alla Riduzione dell’obbligo formativo triennale.** Infatti l’Accordo Stato – Regioni del 19 Aprile 2012, pur avendo stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011 – 2013, ha anche previsto la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008 – 2010) fino a 45 crediti.

La riduzione è da attuarsi con criterio proporzionale che si calcola secondo il seguente metodo:

- riduzione di 15 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010;
- riduzione di 30 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010;
- riduzione di 45 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010.

Lo specchietto che segue riassume quanto detto:

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010

Da 101 a 150 | Da 51 a 100 | Da 30 a 50

Fabbisogno Triennale 2011-2013

105 | 120 | 135

Fabbisogno annuale 2011-2013

Da 17,5 a 52,5 | Da 20 a 60 | Da 22,5 a 67,5

E’ quindi indispensabile che ognuno di noi verifichi la “propria contabilità” interrogando i siti di **Age.na.s** (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali)

(www.agenas.it) e di **Co.Ge.A.P.S.** (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) (www.cogeaps.it), previa iscrizione nell’apposita area (“registrazione professionisti sanitari – **“myecm”** di Age.na.s; **“accesso anagrafe crediti ecm”** di Co.Ge.A.P.S.). Il sito di Age.na.s fornisce l’elenco dei crediti acquisiti nel triennio 2011-2013.

Quello di Co.Ge.A.P.S. fornisce invece l’elenco complessivo dei crediti maturati nel triennio 2008-2010 e 2011-2013, erogati sia da provider regionali che da quelli nazionali.

E’ bene tenere presente che il provider ha tempo 60 giorni dalla conclusione di un evento per riportare i crediti attribuiti ai partecipanti dell’evento in questione. E’ pertanto possibile che crediti di eventi conclusi negli ultimi mesi dell’anno non siano stati ancora riportati e quindi non risultano conteggiati nel rendiconto personale. E’ bene dunque verificare la propria rendicontazione dopo il 31 marzo.

Ovviamente i sistemi elencano i crediti come notificati dai diversi provider. E’ pertanto utile analizzare la propria situazione confrontandola con gli attestati ricevuti dai provider, evento per evento, per verificarne la congruità e l’esattezza.

Allo scopo ANMA, provider nazionale 670, invierà entro il 31 marzo p.v. la **“ANMA Credit Card”** ad ogni singolo partecipante agli eventi formativi, quale attestato dei crediti attribuiti nel triennio 2011-2013.

E’ ammesso riportare nel computo dei crediti da acquisire per il triennio 2011-2013 fino a 45 crediti acquisiti nel triennio 2008-2010, seguendo le indicazioni della **“determina del 17/07/2013”** già riportate nello specchietto precedente.

Pur con tutte le difficoltà derivanti dall’interpretazione di norme spesso confuse e contraddittorie, l’ANMA si impegna a tenerVi sempre aggiornati sull’ECM con una particolare attenzione alle tematiche inerenti l’acquisizione e la gestione dei crediti.

Forte rimane il nostro impegno per riuscire ogni anno a proporvi un piano formativo di qualità, finalizzato al costante miglioramento della nostra professionalità, ma anche con un’offerta articolata e diffusa su tutto il territorio nazionale per facilitarvi nell’acquisizione dei crediti necessari per soddisfare i requisiti normativi.

Fonte: www.anma.it

RISCHI, SORVEGLIANZA SANITARIA E IDONEITA' PER I LAVORI IN QUOTA INDICAZIONI OPERATIVE PER IL MC: PROPOSTA ANMA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*D. Bontadi; T. Cassina;
P. Patanè; M. Saettone;
P. Torri; E. Valentino;
MG. Astolfi
(GdL ANMA)*

Riferimenti normativi

Il D.lgs 235 dell'8 luglio 2003 "Attuazione della direttiva 2001/45/CE relativa ai requisiti minimi di sicurezza e di salute per l'uso delle attrezzature di lavoro da parte dei lavoratori" modifica la direttiva 89/655/CE già recepita all'articolo 89, del decreto legislativo n. 626 del 1994 apportando alcune modifiche e integrazioni tra cui la definizione all'articolo 34, comma 1, lettera c-bis: lavoro in quota: attività lavorativa che espone il lavoratore al rischio di caduta da una quota posta ad altezza superiore a 2 m rispetto ad un piano stabile

Le disposizioni del D. Lgs 235 sono state infine recepite al TITOLO IV - Cantieri temporanei o mobili CAPO II – Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni e nei lavori in quota del Decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81 e s.m.i.

Incidenza infortunistica

Secondo i dati INAIL nel quinquennio 2005-2009 gli infortuni in occasione di lavoro denunciati all'Istituto nel settore delle Costruzioni, pur avendo registrato una riduzione del 24%, vanno ad occupare i primi posti della graduatoria di tutti gli infortuni con un indice di frequenza pari ad oltre una volta e mezzo quello dell'Industria e Servizi (45,77 contro 28,50).

La situazione diventa ancora più preoccupante se si considerano i soli infortuni mortali (196 nel 2009) che registrano una variazione positiva del 3% rispetto al 2008, in controtendenza a quanto verificatosi per il complesso dell'Industria e Servizi (-7%).

A rimanere vittima degli infortuni nella quasi totalità dei casi gli uomini (99%) di età compresa tra 35 e 49 anni (41%) e occupati nel Nord d'Italia (58%). Circa il 21% del complesso degli infortuni e un caso mortale su sei riguardano i lavoratori stranieri del settore.

La causa più frequente di infortunio risulta la perdita di controllo parziale o totale del mezzo e/o dell'attrezzatura di movimentazione (29%), seguita dalla caduta per scivolamento o inciampo (25%), che in particolare vede le cadute dall'alto comportare il 9% degli infortuni.

Viene da questi dati confermato l'elevato rischio associato alle cadute dall'alto per numerosità, gravità delle conseguenze ad esse associate; risultano infatti

responsabili del 20% degli infortuni mortali e del 15% di quelli con postumi permanenti.

ANMA e lavoro in altezza

L'associazione nazionale dei Medici d'Azienda (ANMA) organizzò nel 2005 a Genova un Workshop "La caduta dall'alto: aspetti infortunistici, idoneità alla mansione e prospettive di prevenzione nei lavori in quota", al quale parteciparono rappresentanti del Comitato Paritetico Antinfortunistico, INAIL, PSAL, ASL e di strutture pubbliche ospedaliere ed universitarie con diverse qualifiche specialistiche

Il Gruppo di Lavoro del Workshop produsse e presentò a Viareggio nel 2007, in occasione del XX congresso Naz ANMA, il Vademecum per la gestione degli aspetti critici dell'attività del MC nel settore edile. Venne fatta una proposta operativa di partecipazione del MC alla gestione del rischio rappresentato dal lavoro in quota, partendo dalla sua collaborazione alla valutazione del rischio, ai programmi di informazione e formazione dei lavoratori fino all'attuazione della Sorveglianza Sanitaria con un protocollo specifico mirato al rischio. In occasione del Corso di aggiornamento ANMA per il MC nel settore siderurgico, svoltosi a Taranto nel maggio 2012, furono introdotte nell'ambito dell'anamnesi mirata e dell'esame obiettivo, alcune indagini clinico strumentali per riconoscere le

vestibolopatie e valutare il loro impatto sull'idoneità alla mansione.

Nel corso del XXVI° Congresso Nazionale ANMA, svoltosi a Castiadas (CA) il 30 maggio 2013, un nuovo Gruppo di Lavoro ANMA ha ripreso il tema del lavoro in altezza, presentando una proposta di sorveglianza sanitaria per il lavoro in quota e con l'uso di funi.

Valutazione del rischio

Il lavoro in altezza si concretizza più frequentemente in interventi su pali e tralicci, gronde e cornicioni, tetti, scale, opere di demolizione, piattaforme mobili, montaggio di elementi prefabbricati, lavori su impalcature, ma anche in lavori di carpenteria/caldareria, nonché in attività che comportano l'uso di funi.

Le cause più ricorrenti di caduta dall'alto si riscontrano nel non corretto uso delle attrezzature di sicurezza, dei dispositivi di trattenuta, dei D.P.I. specifici o nella mancanza di una valida formazione degli operatori.

Il ruolo attivo del MC (rif. Normativi) è caratterizzato dal suo contribuire allo sviluppo delle misure di prevenzione primaria e secondaria: dalla scelta dei dispositivi di protezione individuali per adattarli alle caratteristiche del lavoratore alla consulenza per migliorare le fasi di organizzazione del lavoro (Tab 1).

LAVORI/MANSIONI	Rischio caduta	Rischio sospensione	Grado rischio caduta	Grado rischio sospensione
Su scale portatili	X		2	
Su trabattelli	X		2 lavoro 3 montaggio	
Su piattaforme mobili	X	X	1	1
Su impalcature	x	x	1 lavoro 3 montaggio	1 lavoro 3 montaggio
Su tetti, cornicioni, gronde	x	x	3	2
Su pali e tralicci	x	x	3	3
Montaggio strutture mobili o temporanee	x	x	3	2
Lavori di demolizione	x	x	3	2
Lavori con funi	x	x	2	3
lavori di caldareria	x	x	3	
Pulizia silos	x	x	3	3

(Tab 1) **Legenda:** entità del rischio: 1 basso, 2 medio, 3 alto

In tal senso un contributo non secondario è dato nella valutazione del rischio; le attività sopracitate comportano rischi diversificati: il giudizio complessivo tiene conto della probabilità dell'evento, della gravità delle conseguenze legate al contesto in cui avviene, e della possibilità di portare soccorso da parte dei colleghi ed operatori specializzati.

La seguente tabella riassume alcune valutazioni degli autori circa il grado di rischio nelle diverse attività.

Sorveglianza sanitaria

La presenza di alcune patologie e/o menomazioni a carico di diversi organi ed apparati può rendere particolarmente pericoloso, per sé e per altri, il lavoro in quota, anche in presenza di condizioni tecnico-ambientali ottimali

Patologie critiche per le mansioni in quota:

Patologie ORL, soprattutto patologie vestibolari periferiche:

- Vertigine parossistica posizionale
- Malattia di Menière
- Perdita improvvisa della funzione vestibolare
- Ipofunzione vestibolare da ototossici
- Fistola perilinfatica
- Vertigine emicranica
- Neurite Vestibolare

Patologie neurologiche con perdita di coscienza, in particolare:

- Epilessia
- Sincope

Patologie cardiovascolari:

- Sincope cardiogena con o senza prodromi (nausea, vomito, scotomi, sbadigli).
- Sincope neuromediata (presente anche in soggetti giovani senza cardiopatia.)
- Aritmie e turbe emodinamiche: ipo o ipercinetiche

Patologie dismetaboliche:

il diabete; con le sue complicanze, quale la crisi ipoglicemica, sono causa di un episodio di perdita di coscienza soprattutto nella forma insulino-dipendente per ridotto apporto di carboidrati, eccessiva attività fisica, ed eccesso di insulinnizzazione (tremore, astenia, sudorazione, senso di fame) neuroglicopenia (torpore, deconcentrazione e sonnolenza).

Patologie da abuso o dipendenza da alcol e da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Le finalità della sorveglianza sanitaria per i lavori in altezza sono:

1- identificare condizioni di salute che controindichino lo svolgimento della mansione .

Il lavoro in quota richiede capacità di muoversi in sicurezza in situazioni difficili; capacità cognitive, di giudizio e comportamenti adeguati alle situazioni da affrontare; assenza di disturbi dell'equilibrio; sufficiente funzionalità dell'apparato sensitivo; assenza di controindicazioni all'uso dei dispositivi di protezione individuale contro la caduta dall'alto; corretti stili di vita.

2- Individuare stati di ipersuscettibilità

La proposta di un protocollo di sorveglianza sanitaria

L'obiettivo del GdL ANMA è quello di identificare un percorso clinico-anamnestico che consenta al medico competente di esprimere un giudizio di idoneità già nel corso delle visite mediche previste dal D.Lvo 81/08. Il ricorso a valutazioni di altri colleghi specialisti - accertamenti di II livello - sarà riservato ai casi e alle situazioni che richiederanno un approfondimento diagnostico.

Negli accertamenti di primo livello gli strumenti principali della sorveglianza sanitaria sono l'anamnesi e la visita medica comprensiva di una valutazione e registrazione di eventuali segni clinici, indicativi di squilibrio vestibolare.

	Visita medica	Esami di laboratorio	Esami screening coagulazione	ECG	Acuità visiva	Audiometria
Rischio caduta basso	Biennale	Ogni 4 anni		Ogni 3 anni		
Rischio caduta medio e alto	Annuale	Annuale		Ogni 3 anni	Ogni 3 anni	Ogni 3 anni
Lavoro in fune – rischio sospensione (esami aggiuntivi)			Annuale			

(Tab 2)

Esami integrativi in corso di valutazione della idoneità preventiva:

- Esami di laboratorio: emocromo, transaminasi, gamma GT, CTD, colesterolemia, trigliceridi, creatinemia, glicemia a digiuno, emoglobina glicata,
- ECG basale
- Determinazione dell'acuità visiva per lontano
- Esame audiometrico con otoscopia

Se il lavoro è svolto su fune e comporta anche rischio da sospensione al protocollo si aggiungono esami di screening della funzione : PT, PTT, Fibrinogeno

Per quanto riguarda la valutazione dell'idoneità periodica si ritiene opportuno uno scadenziario differenziato in relazione al tipo ed entità del rischio:(Tab2).

Se durante la visita si evidenziano dati clinici (anamnestici, obiettivi e/o di laboratorio) indicativi di patologie che controindicano il lavoro in quota e/o con rischio di sospensione, bisognerà procedere ad un approfondimento clinico.

In tal senso potrebbero rendersi necessari:

- visita ORL con valutazione specialistica della funzione vestibolare come la Videonistagmografia computerizzata e la stabilometria
- visita neurologica con EEG nel sospetto di patologie del SNC

- screening trombofilico completo in caso di soggetti a rischio (vedi allegato)
- visita ed esami cardiologici (aritmie e altre cardiopatie)

Qualora l'approfondimento abbia lo scopo di valutare il grado di interferenza di una patologia nota sul lavoro da svolgere, esso dovrà essere prescritto dal medico competente a spese del datore di lavoro.

Se l'approfondimento è necessario ai fini della prima conferma diagnostica di malattia, è opportuno inviare il lavoratore al medico curante.

Per esemplificare nel caso di sonnolenza diurna sospetta per sindrome delle apnee notturne, spetta al medico competente valutare il grado di disturbo e l'impatto funzionale sul lavoro attraverso l'uso del Questionario Epworth Sleepiness Scale (ESS), per poi inviare il lavoratore al medico curante affinché il sospetto diagnostico possa essere confermato (polissonnografia) e valutato eziologicamente (visita ORL, visita pneumologica ecc.)

Patologie da considerare ai fini della idoneità specifica al lavoro in quota:

- Importante obesità (BMI > 40)
- alterazioni del senso dell'equilibrio e le turbe della coordinazione motoria

- vertigine parossistica benigna
- sindrome di Meniere
- epilessia non controllata farmacologicamente (16)
- narcolessia o OSAS
- episodi sincopali e aritmie cardiache; valvulopatie rilevanti emodinamicamente; gravi forme di ipertensione arteriosa scompensata;
- diabete non compensato o con storia di crisi ipoglicemiche ripetute (17)
- patologie / disturbi cognitivi e comportamentali
- alterazioni da abuso o dipendenza da alcol, stupefacenti e sostanze psicotrope

Può essere espressa la non idoneità temporanea per il lavoro in altezza in caso di problemi acuti, quali uno scompenso metabolico, limitazioni funzionali acute dell'apparato muscolo-scheletrico, patologie dell'apparato cardiovascolare in fase di accertamento o stabilizzazione clinica.

Riteniamo essere elementi di inidoneità assoluta per il lavoro in quota:

- Patologie vestibolari periferiche
- Patologie neurologiche come epilessia non in remissione, narcolessia

- Abuso o dipendenza da alcol, sostanze stupefacenti o psicotrope

Tutti i lavori che possono comportare traumi chiusi ed in particolare traumi cranici debbano essere evitati alle persone in trattamento anticoagulante con dicumarolici

Riferimenti essenziali

1. D.Lgs. 81/2008 in particolare :Titolo II "Luoghi di lavoro", Titolo III "Uso delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi individuali di protezione", Titolo IV Capo II che recepisce il D.Lgs 8 luglio 2003, n. 235 "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni e nei lavori in quota", Allegato IV "Requisiti di sicurezza delle attrezzature di lavoro", Allegato V "Requisiti di sicurezza delle attrezzature di lavoro", Allegato VI "Disposizioni concernenti l'uso delle attrezzature di lavoro", Allegato XIX "Verifica di sicurezza dei ponteggi metallici fissi", Allegato XX "Costruzione e impiego di scale portatili", Allegato XXI "Formazione dei lavoratori addetti ai lavori in quota",
2. Regione Toscana: Regolamento sulle cadute dall'alto - 2005
3. Regione Veneto: Deliberazione_2774 - 2009
4. Regione Liguria LR_5_2010
5. Regione Lombardia: Linee guida utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili - 2011
6. Regione Lombardia: Sorveglianza Sanitaria in edilizia - 2012
7. Linea guida per l'esecuzione di lavori temporanei in quota con l'impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante funi – ISPESL Settembre 2003
8. Linea guida per la scelta, l'uso e la manutenzione delle scale portatili – ISPESL 2004
9. Linea guida per esecuzione di lavori temporanei in quota con l'impiego di sistemi di accesso e posizionamento mediante ponteggi metallici - ISPESL 2005
10. Linee guida per DPI lavori in quota problematiche e soluzioni - ISPESL 2008
11. Linee guida sistemi di protezione dei bordi parapetti provvisori - ISPESL 2008
12. "IO NON CI CASCO" Manuale operativo per chi lavora in altezza - SPISAL Azienda U.L.S.S. 15 "Alta Padovana" Marzo 2011
13. Manuale operativo per chi lavora in altezza – Provincia Autonoma di Trento, 2008
14. Manuale Bernardi Cannata: Sicurezza lavori in quota e Linee Vita - 2006
15. Linee guida per gli screening per trombofilia della SIMeL – Società Italiana di Medicina di Laboratorio - 2004
16. CRITERI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA PER PAZIENTI CON EPILESSIA - indicazioni del decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59 INERENTI I (Scheda per la valutazione dei criteri di cui all'allegato 2)
17. CRITERI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA PER PAZIENTI CON DIABETE (Scheda per la valutazione dei criteri di cui all'allegato 4)
18. Hpworth Sleepiness - scale standard (in italiano)
19. "Attività fisica con utilizzo di imbracatura in sospensione su funi" La Medicina del Lavoro, 2007, 98, 415-421
20. "Suspension Trauma" – Emerg. Med. J. 2007; 23: 237- 238

statuto
congresso
provider
azienda
www.anma.it
medico
salute
lavoratore
journal
tutela
fad
testo unico
petente
ECM
assemb
obblighi datore di
sicurezza
lavoro
com



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ A SOCIO

Per associarsi è necessario essere Medico Competente o Specializzando in medicina del Lavoro.

COME RINNOVARE O ASSOCIARSI

Il rinnovo e la nuova iscrizione si effettuano solo tramite il sito www.anma.it ed hanno validità fino al 31 dicembre 2014. I Soci sono invitati a regolarizzare la propria posizione entro il 30 aprile 2014. Coloro che si associano per la prima volta possono attivare la procedura di nuova iscrizione in qualsiasi momento nel corso dell'anno solare.

QUOTA ASSOCIATIVA

Per il Medico Competente il contributo è di € 100,00 e comprende una quota per la copertura al concorso di eventuali spese legali. Lo Specializzando può rinnovare o associarsi gratuitamente.



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

Via San Maurizio, 4
20123 MILANO
Tel 02/86553978
Fax 02/ 86913115

e-mail: maurilio@mclink.it
www.anma.it
www.anmafad.com

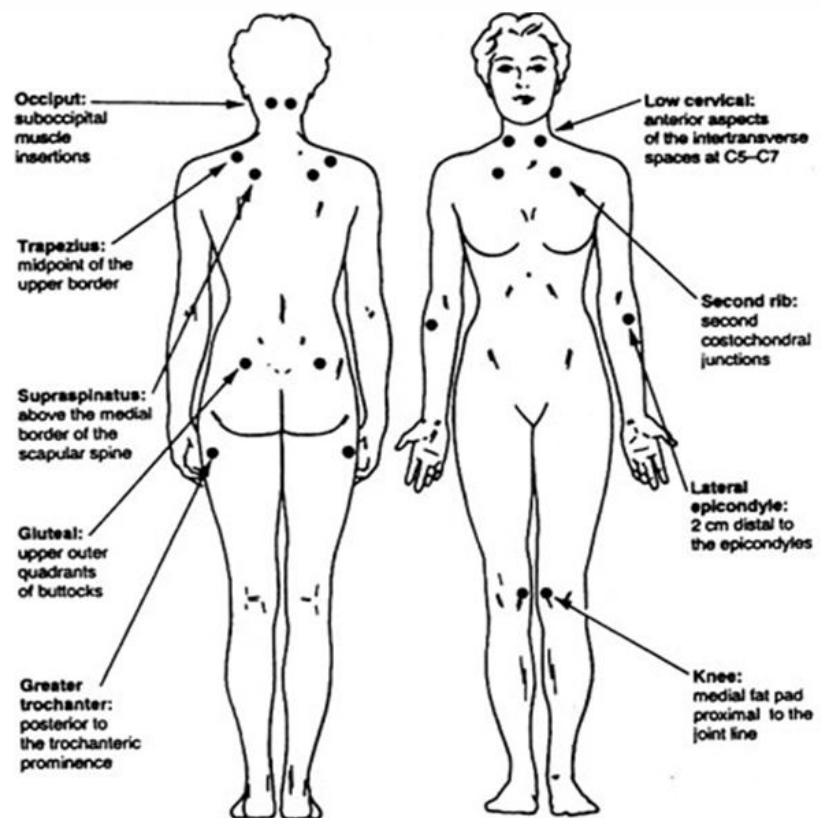


MATERIALE DI LAVORO

Paolo Lazzarin,
Reumatologo ambulatoriale
ULSS 16 (Padova) e 17 (Este)

Definizione, quadro clinico ed epidemiologia

La Fibromialgia (FM) è classificata tra i reumatismi extra-articolari di natura funzionale ed è caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico, diffuso e cronico, e dalla presenza di caratteristici punti dolorosi (tender points).



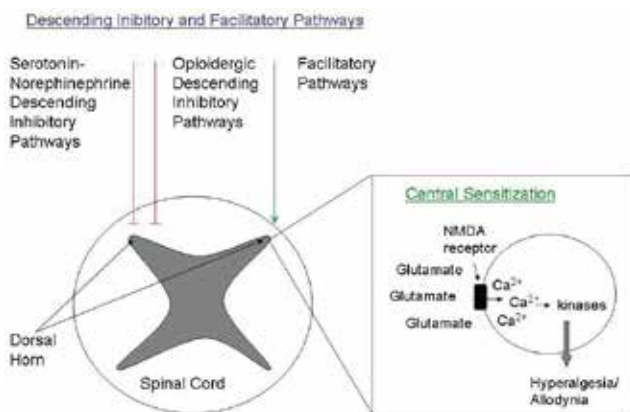
La FM è inoltre caratterizzata da stanchezza cronica, spesso presente già al risveglio mattutino, da disturbi del sonno e da varie altre manifestazioni, come disturbi intestinali (colite spastica), cefalea, tachicardia, vertigini, ansia e depressione. Come conseguenza di queste eterogenee manifestazioni cliniche spesso il malato consulta molteplici specialisti, esegue numerose indagini, di laboratorio e strumentali, e spesso viene trattato in modo improprio, sia farmacologicamente che, a volte, chirurgicamente, prima che la diagnosi venga definita. Frequentemente, infatti, il Reumatologo, esaminando la ricca documentazione clinica del paziente, apprende che il paziente è stato

trattato dal gastroenterologo per sindrome del colon irritabile, dal neurologo per cefalea muscolo-tensiva, dal ginecologo per sindrome dismenorroica senza una base organica, dall'allergologo per sindrome da intolleranza a sostanze multiple o dal cardiologo per dolore toracico idiomatico.

La FM viene definita primaria, o idiopatica, quando non è associata ad altra patologia, mentre se associata altre malattie essa viene definita secondaria. La FM primaria ha una prevalenza elevata, dal 2 al 4% della popolazione, e colpisce preferenzialmente il sesso femminile (M/F = 1/9).

La causa della FM non è nota e la patogenesi è ancora scarsamente definita. Il dolore cronico è associato a molte malattie reumatiche (MR) e i meccanismi patogenetici alla base dello stesso sono suddivisibili in periferici e centrali.

I primi, ritrovabili in malattie come l'osteoartrite o le artriti, originano da anomalie dei nervi periferici, che determinano aree di aumentata sensibilità al dolore; le alterazioni nella processazione centrale del dolore si suddividono in anomalie delle vie discendenti, inibitorie e facilitatorie, e in alterazioni della sensibilizzazione centrale.



Le vie discendenti per il controllo del dolore partono dal tronco encefalico, dall'ipotalamo e dalle strutture corticali, e modulano gli input sensoriali, dalle fibre afferenti primarie alla proiezione dei neuroni, a livello delle corna posteriori del midollo spinale.

Le vie analgesiche discendenti meglio caratterizzate sono quelle serotoninergiche e quelle opioidergiche, che inibiscono il rilascio di neurotrasmettitori eccitatori come il glutamato. Queste vie, attivate in risposta a stimoli nocivi, determinano un decremento diffuso nella sensibilizzazione al dolore dopo esposizione a

uno stimolo doloroso acuto. Nelle sindromi dolorose croniche l'attività analgesica discendente risulta essere deficitaria o assente, da cui il concetto di perdita della analgesia discendente.

Nella sensibilizzazione centrale si ritrova un aumento della eccitabilità dei neuroni del sistema nervoso centrale e un incremento della trasmissione del segnale doloroso. Essa può consistere in anomalie nella processazione del dolore e in specifici difetti nella processazione centrale del dolore associati all'attivazione dei recettori NMDA ad opera del glutamato e della sostanza P.

L'attivazione di questi recettori aumenta ed estende la risposta al dolore, stimolando le chinasi calcio/calmodulina dipendenti e le chinasi regolate dal segnale extra-cellulare. Questi fenomeni modulano la plasticità del sistema nervoso centrale e quindi l'iperalgia e l'allodinia, fenomeni che caratterizzano la sensibilità centrale.

Nei soggetti con FM sono stati riscontrati ridotti livelli serici di serotonina e incrementati livelli di sostanza P rispetto ai soggetti sani.

La riduzione della serotonina e di altri neurotrasmettitori, a livello del SNC, è in grado di ridurre la soglia del dolore e l'amplificazione della percezione di stimoli dolorosi e neurovegetativi.

Queste osservazioni sono alla base dell'impiego degli anti-depressivi nei soggetti fibromialgici.

Diagnosi

La diagnosi di FM è clinica e non esistono test di laboratorio o esami strumentali che possano confermare la diagnosi. In generale queste indagini allo scopo di escludere altre malattie, che possono simulare un FM. La presenza di dolore muscolo-scheletrico diffuso, la persistenza da lungo tempo (mesi od anni) in assenza di alterazioni delle articolazioni, dei muscoli o del sistema nervoso, il dolore di particolari punti (tender points) evocato alla pressione (4 Kg/cm) (Fig. 1), in assenza di altre malattie che possano giustificare la sintomatologia riferita, orientano per la diagnosi.

Nel 2010 sono stati elaborati da Wolfe F. et al. nuovi criteri diagnostici per la diagnosi di questa malattia. Rispetto ai precedenti criteri quelli del 2010 hanno il vantaggio di riconoscere che la FM non è causata solo da dolore fisico, essi valorizzano inoltre sintomi

come l'astenia e i disturbi del sonno, superano il problema della valutazione obiettiva dei tender points e standardizzano la diagnosi basata sui sintomi. Un paziente soddisfa i criteri diagnostici per la diagnosi di fibromialgia se sono presenti le seguenti 3 condizioni:

1. Widespread Pain Index (WPI), o Indice di dolore diffuso, ≥ 7 e Symptom Severity (scale score SS) ≥ 5 oppure WPI tra 3 e 6 e SS ≥ 9
2. I sintomi sono presenti con la stessa intensità da almeno 3 mesi
3. Il paziente non ha altre malattie che possano spiegare altrimenti la sintomatologia dolorosa.

Valutazione

1) WPI: si annotano il numero di aree del corpo in cui il paziente ha dolore o lo ha avuto nel corso dell'ultima settimana (il punteggio è compreso tra 0 e 19).

Aree considerate:

zona scapolare sinistra; zona scapolare destra; braccio sinistro; braccio destro; avambraccio sinistro; avambraccio destro; anca sinistra; anca destra; coscia sinistra; coscia destra; gamba sinistra; gamba destra; mascella sinistra; mascella destra; petto; addome; rachide cervico-dorsale; rachide lombosacrale; collo.

2) SS (Scale score):

- stanchezza
- sonno non ristoratore o svegliarsi non riposati
- disturbi cognitivi;

per ognuno dei sintomi sopra riportati si indica il grado di intensità utilizzando la seguente scala:

0 = nessun problema; 1 = lieve: problemi di lieve entità o intermittenti; 2 = moderato: problemi rilevanti; 3 = severi: disturbano gravemente la vita quotidiana.

Prendendo in considerazione tutti i sintomi somatici (*), si indica se il paziente ha: 0 = nessun sintomo; 1 = pochi sintomi; 2 = diversi sintomi e 3 = una grande quantità di sintomi.

Lo score della scala SS consiste nella somma della

() I sintomi somatici da prendere in considerazione sono: mialgia e miastenia, colon irritabile, stanchezza, preoccupazione per il proprio stato, cefalea, dolori o crampi addominali, parestesie, vertigini, insonnia, depressione, stipsi, nausea, stato ansioso, dolore toracico, offuscamento della vista, febbre, diarrea, xerostomia, prurito, dispnea, ronzio alle orecchie, fenomeno di Raynaud, orticaria, facilità alle ecchimosi, pirosi gastrica, vomito, ulcere orali, disgeusia, xeroftalmia, dispnea, inappetenza, rash*

valutazione dei tre sintomi (stanchezza, sonno non ristoratore, sintomi cognitivi), più la valutazione dei sintomi somatici in generale.

Il punteggio finale è compreso tra 0 e 12.

Spesso nella FM si ritrovano altri sintomi, particolarmente la stanchezza cronica, i disturbi del sonno e disturbi di tipo depressivo.

La diagnosi è sempre una diagnosi di esclusione in quanto occorre considerare le numerose malattie che possono simulare una FM, come l'ipotiroidismo, l'ipovitaminosi D, alcune connettiviti o certi reumatismi infiammatori cronici articolari.

Deve essere opportunamente ricordato, d'altro canto, che la FM può essere "secondaria", accompagnarsi cioè ad altre malattie, spesso croniche e di vario tipo.

La Fibromialgia compare frequentemente in corso di malattie reumatiche croniche, come le artriti e l'osteoartrosi. Nelle artriti la persistenza del dolore anche a riposo determina disturbi del sonno e ciò può contribuire al determinismo della FM; in queste malattie, inoltre, si hanno spesso ansia e riduzione del tono dell'umore derivanti dalla preoccupazione di perdere la propria capacità funzionale e la propria autonomia, nonché la preoccupazione per l'evoluzione del danno anatomico indotto dalla malattia. Tali preoccupazioni possono essere causa di alterazioni dello stato psichico e possono contribuire al determinismo dei disturbi fibromialgici.

Va ricordato che la possibile coesistenza della FM ad altre malattie, come le artriti, pone un adeguato riconoscimento della componente funzionale, onde evitare il potenziamento di terapie farmacologiche, laddove sarebbe invece più opportuno intervenire sull'incremento della soglia del dolore.

La terapia

La gestione del malato con FM risulta essere, spesso, difficile in quanto sono necessari vari provvedimenti, tra loro integrati, e la collaborazione tra vari specialisti ed operatori sanitari.

E' inoltre importante che lo specialista possieda una buona capacità di gestione delle problematiche psichiche, come l'ansia e la depressione, frequentemente presenti in questi malati, e dei non infrequenti insuccessi terapeutici.

Spesso questi pazienti, alla luce della normalità dei vari accertamenti bioumorali e strumentali, vengono definiti ansiosi o ipocondriaci, se non malati immaginari, e non infrequentemente il medico cerca di indirizzare il soggetto ad altri specialisti.

La terapia della FM si avvale di farmaci e di numerosi altri provvedimenti, come la psicoterapia, alcune tecniche di rilassamento muscolare, la fisiochinesiterapia o le cure termali.

Tra i farmaci impiegati ritroviamo alcuni antidepressivi. Per quanto riguarda i composti tricyclici, viene spesso impiegata l' amitriptilina, mentre della ciclobenzaprina si sfrutta l'effetto miorilassante. In entrambe le dosi sono basse (amitriptilina da 10 a 20 mg, ciclobenzaprina da 5 a 10 mg, in dosi uniche).

Qualora questi farmaci risultino inefficaci, ma spesso anche in prima battuta, sono utilizzati molecole che bloccano la ri-captazione della serotonina e della noradrenalina, come la duloxetina (fino a 60 mg al giorno) e il milnacipram (non in commercio in Italia), ma spesso tali molecole sono poco tollerate o di efficacia scarsa o limitata.

In alcuni casi viene utilizzato il pregabalin; si tratta di un analogo strutturale dell'acido gammaaminobutirrico (GABA) commercializzato inizialmente per il trattamento delle crisi epilettiche parziali e, successivamente, del dolore neuropatico e del disturbo d'ansia generalizzato. La molecola è caratterizzato da una struttura chimica e un'attività

farmacologica molto simile al gabapentin, in quanto si lega anch'esso alla subunità alfa2-delta dei canali del calcio voltaggio-dipendenti del sistema nervoso centrale, stabilizzando il potenziale di membrana e riducendo la liberazione di neurotrasmettitori come il glutammato, la noradrenalina e la sostanza P, senza agire sui recettori GABA-A e GABA-B. Il dosaggio impiegato è molto variabile, in rapporto principalmente alla tollerabilità clinica, e in alcuni associato agli inibitori di ri-captazione della serotonina e della noradrenalina. Al di là della terapia farmacologica, deve essere ricordato che l'ascolto del paziente, alcune semplici spiegazioni dei meccanismi fisiopatologici che determinano il dolore, la rassicurazione sulla non gravità della malattia e sul decorso non invalidante dal punto di vista motorio, spesso si rivelano assai efficaci.

La pianificazione di controlli periodici, l'acquisizione da parte del paziente di una sua capacità di intervento sulle cure possono incrementare l'autostima e l'empowerment.

Un corretto approccio al malato di FM prevede, in conclusione, una diagnosi corretta, sempre con l'esclusione di altre malattie, un adeguato ascolto dei problemi psichici e sociali che spesso il malato comunica attraverso la sintomatologia, nonché la gestione unitaria dei disturbi in collaborazione con altre figure professionali.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Buskila D: Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2009, 11:242.
- 2) Y.C. Lee, N.J. Nassikas and D.J. Clauw. The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia *Arthritis Research & Therapy* 2011, 13:211
- 3) Sarzi-Puttini P et al. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clin Exp Rheumatol*. 2012; 30(6 Suppl 74): 143-5
- 4) Wolfe et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research* Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600–610
- 5) Häuser W, Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo*. 2012 Sep 28;64(4):194-205
- 6) Häuser W, et al. The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs* 2012 Apr 1;26(4):297-307.



MATERIALI DI LAVORO

Vittorio Emiliani,
Specialista in Otorinolaringoiatria,
Bologna

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

3^a parte: *Idoneità, D.P.I. e problematiche medico-legali*

Il Giudizio di idoneità

In occasione della visita preventiva non è assolutamente sufficiente il riscontro di una ipoacusia per formulare un giudizio di non idoneità; è necessario addivenire ad una diagnosi precisa in quanto soltanto da essa è possibile stabilire se il soggetto presenta o meno un stato di maggiore predisposizione al danno da rumore, rispetto ad un soggetto normale. I casi di accertata predisposizione alla ipoacusia da rumore e quindi i casi di non idoneità sono molto pochi.

In occasione della visita periodica nella maggior parte dei casi risulta difficile ottenere un cambiamento del posto di lavoro di un lavoratore ipoacusico per cui è necessario ridurre al minimo, nei limiti del possibile, i giudizi di non idoneità.

Il problema può essere risolto subordinando la idoneità alla utilizzazione dei protettori acustici personali.

Saranno pertanto giudicati non idonei solo quei lavoratori per i quali la protezione uditiva è incompatibile con lo svolgimento del lavoro.

Prevenzione

La prevenzione ideale della perdita uditiva professionale e' in teoria la realizzazione di **macchinari silenziosi**, ma questo non e' sempre tecnicamente possibile, pur essendosi oggi ottenuto un livello di rumorosità media nettamente inferiore a quello di alcuni decenni fa. Quando la riduzione del rumore ambientale non e' soddisfacente nonostante l'impiego di barriere protettive e materiali fonoassorbenti, si pone l'indicazione all'uso di **dispositivi individuali di protezione acustica**.

Protettori acustici

Secondo il D.Lgs 195/2006:

i DPI sono da mettere a disposizione se : LepD 80 dB(A) o Lpeak > 135 dB(C))

Il loro uso deve essere reso obbligatorio se: Lep D85 dB(A) o

$L_{peak} > 137 \text{ dB(C)}$

L'attenuazione dei DPI minimizzare il rischio da rumore, e in ogni caso, garantire che non si superino i limiti di esposizione ($L_{epD} 87 \text{ dB(A)}$ o $L_{peak} > 140 \text{ dB(C)}$).

Il datore di lavoro ne deve valutare l'efficacia.

Due sono i tipi di protezione comunemente in uso:

- l'inserto intra auricolare
- la cuffia esterna.



L'inserto offre il vantaggio di una maggiore maneggevolezza e compatibilità con altri oggetti indossati quali elmetti, occhiali ecc., ed e' in genere ben tollerato. Gli svantaggi consistono nel non essere visibile in lontananza, fatto questo che sul lavoro può comportare incomprensioni e rischi di infortuni; inoltre il "tappo" endoauricolare può favorire la deposizione di polvere o altre sostanze nocive nel condotto uditivo, e può essere comunque utilizzato solo in completa assenza di patologia otologica, pena un probabile aggravamento.



La cuffia offre generalmente un miglior grado di protezione, ma può risultare particolarmente fastidiosa in ambienti caldi, oltre ad essere di per se' meno maneggevole e piu' costosa.

Dispositivo di protezione individuale (dpi) su misura



Il DPI allestito su misura prevede il rilievo dell'impronta del condotto uditivo del lavoratore da parte di laboratori specializzati.

Il dispositivo è pertanto strettamente personale, di lunga durata; può essere dotato di un filtro attivo, che garantisce un'attenuazione elevata sulle frequenze uditive che più sono danneggiate da fonti rumorose di intensità elevata, e che allo stesso tempo lascia passare le informazioni verbali necessarie alla comunicazione.

MARCATURA "CE" DEI DPI

Gli otoprotettori devono essere:

- marcati CE (DPI di seconda categoria) secondo le norme EN 352;
- forniti di dichiarazione di conformità del fabbricante corredati di una nota informativa contenente, al minimo: criteri per il deposito, l'impiego, la pulizia, la manutenzione, la revisione e la disinfezione dei DPI; le prestazioni ottenute dagli esami tecnici effettuati per verificarne le caratteristiche; le caratteristiche dei pezzi di ricambio appropriati; la data o il termine di scadenza dei DPI o di alcuni dei loro componenti; nome, indirizzo, numero di identificazione degli organismi notificati che intervengono nella fase di certificazione dei DPI.

VALUTAZIONE DELL'ATTENUAZIONE DEI DPI PER LA MARCATURA "CE"

Metodo di prova dell'attenuazione (EN 24869-1:1993):

metodo in laboratorio con soggetti scelti, addestrati e controllati da chi esegue la prova (experimenter fit) valutando, per ogni banda di ottava, fra 63 Hz e 8000 Hz, l'attenuazione sonora media m e la deviazione standard s

VALUTAZIONE DEI LIVELLI SONORI DI ESPOSIZIONE USANDO I DPI

Metodo OBM

si sottraggono aritmeticamente dai livelli di pressione sonora per ottave (fra 63 e 8000 Hz) rilevati nell'ambiente di lavoro i corrispondenti valori di APV_{fx} dell'otoprotettore e, in base ai dati ottenuti, si calcola il livello sonoro ponderato A con DPI

Metodo HLM

si determinano, attraverso un calcolo relativamente prolisso, i parametri H_x (attenuazione alle alte frequenze), M_x (attenuazione alle medie frequenze), L_x (attenuazione alle basse frequenze); successivamente, in base ai livelli di pressione sonora (ponderati A e C) rilevati nell'ambiente di lavoro, si calcola il livello sonoro ponderato A con DPI;

Metodo SNR

si detrae dal livello di pressione sonora ponderato C misurato nell'ambiente di lavoro, il valore del parametro SNR_x ricavato in base ai valori APV_{fx}

CRITERI DI SCELTA E DI USO DEGLI OTOPROTETTORI

La norma UNI EN 458:1995 è il documento guida in merito alla selezione, all'uso, alla cura e alla manutenzione dei protettori auricolari.

Nella selezione di un otoprotettore, oltre le esigenze di marcatura CE e di attenuazione sonora, debbono essere considerati i seguenti aspetti:

- confortevolezza del portatore,

- caratteristiche dell'ambiente di lavoro e dell'attività lavorativa
- temperatura, umidità, polvere
- esposizione ripetuta di breve durata
- esigenza di percepire suoni informativi (segnali di avvertimento / messaggi) esigenze di comunicazione
- eventuali disturbi medici
- compatibilità con altri DPI indossati.

CRITERI DI SCELTA E DI USO DEGLI OTOPROTETTORI

La norma UNI EN 458 indica i metodi OBM, HML e SNR per la valutazione dell'attenuazione degli otoprotettori.

Tuttavia evidenzia che "le prestazioni raggiungibili negli ambienti reali possono essere inferiori a quelle dichiarate dal fabbricante".

Inoltre evidenzia che, con otoprotettori aventi attenuazioni molto elevate si possono indurre effetti di iperprotezione (con conseguenze sulla comunicazione, sull'intelligibilità del parlato, sull'udibilità di segnali di pericolo o comunque contenenti informazioni importanti per la sicurezza dei lavoratori)

FATTORI INFLUENZANTI L'ATTENUAZIONE

Fattori connessi alla scelta: taglia dei dispositivi, presenza di capelli lunghi, barba, occhiali

Fattori connessi all'uso: inserimento approssimativo dei DPI; spostamento dei DPI dalla loro sede originaria; modifiche realizzate dal lavoratore sui DPI per renderli più confortevoli; uso congiunto di altri DPI (es. cuffie e occhiali);

Fattori connessi alla conservazione delle caratteristiche: difetti nella cura dei DPI in dotazione personale; assenza di manutenzione e intempestiva sostituzione di DPI usurati e non più idonei;

Fattori connessi all'addestramento: mancanza di adeguata attività formativa.

CRITERI PRATICI ADOTTATI PER VALUTARE L'ATTENUAZIONE DEI "DPI" IN CONDIZIONI REALI

Metodo di laboratorio: norma ANSI S12.6: Questa norma si basa su un metodo "subject fit", anziché il tradizionale metodo "experimenter fit"

Il soggetto in prova indossa il DPI, sulla base delle informazioni scritte dal fabbricante, senza che lo sperimentatore lo possa eventualmente correggere.

I soggetti chiamati a svolgere tale prova debbono essere persone che non hanno partecipato nel passato a prove simili.

ORIENTAMENTI PER IL FUTURO

Effettuare anche in Italia prove di laboratorio (ad esempio tramite un Round Robin Test) secondo la norma ANSI S12.6 o l'analogo progetto di norma ISO 4869-5, predisponendo una banca dati

Indicare, per ogni otoprotettore, due valori di attenuazione:

- il primo, relativo a utilizzatori esperti e motivati
- il secondo, relativo a utilizzatori aventi un minimo livello di addestramento

Acufene: sensazione soggettiva di suono; allucinazione uditiva

- la coclea trasforma l'impulso sonoro proveniente dal timpano in un impulso nervoso che poi viaggerà attraverso il nervo acustico sino al cervello.

- Il nervo acustico funziona a doppio senso: sia trasportando i suoni dalla periferia (orecchio) al centro (aree uditive del cervello) che inviando segnali di controllo e regolazione dal centro (cervello e nuclei nervosi) alla periferia (tecnicamente sistema di controllo in feedback o retroazione), per ottimizzare il funzionamento dei centri periferici (orecchio e primi nuclei nervosi) migliorando le prestazioni di ascolto di voci e suoni.

- un ruolo importante viene svolto dal centro nervoso chiamato sistema olivo cocleare che sulla base

degli impulsi nervosi che riceve dalle cellule cigliate interne dell'orecchio invia (in retroazione verso la coclea) segnali di controllo ottimizzando la funzionalità delle cellule cigliate esterne e dell'orecchio medio

- per rendere ancora più sofisticato il processo di elaborazione dei suoni, secondo le più recenti teorie, l'organo dell'udito lavora in modalità "crossmodale" cioè con scambio interattivo di informazioni con gli altri sensi e con i centri motori.

ANCHE UNA PICCOLA VARIAZIONE DI FUNZIONALITÀ PUO' AVERE CONSEGUENZE, PERMANENTI O TEMPORANEE, SULL'INTERA CATENA DELLE VIE UDITIVE. PER SVARIATE CAUSE (TRAUMA ACUSTICO, ETÀ, INFEZIONI VIRALI, TOSSICITÀ FARMACI, SORDITÀ GENETICHE ECC.), IN PICCOLE PORZIONI DI COCLEA LE CELLULE CIGLIATE POSSONO VENIRE A MANCARE, GENERANDO UNO SCOMPENSO CHE SI TRASFORMA IN ACUFENE.

- recentemente si stanno evidenziando gli effetti tossici per l'orecchio di un numero crescente di farmaci anche di uso comune.

- molti ricercatori indicano composti chimici di uso comune negli alimenti come potenziali induttori o facilitatori di acufene: dolcificanti utilizzati in sostituzione degli zuccheri, esaltatori di gusto come i glutammati

- anche il nostro organismo produce sostanze che normalmente vengono utilizzate dall'orecchio per le sue funzioni fisiologiche ma che diventano lesive per l'orecchio stesso in condizione di stress acustico o di più generale stress psicofisico. In questo caso si parla di "eccito-tossicità".

Ad oggi non esistono terapie farmacologiche specifiche per l'acufene; sono utilizzati con effetti di scarso rilievo vasodilatatori, antistaminici, corticosteroidi, sedativi, anestetici, ecc. Oggi la ricerca sta lavorando in via sperimentale su farmaci che agiscono sui mediatori chimici delle cellule nervose dell'orecchio interno e che ne determinano l'attività.

Terapia

La terapia medica si basa sull'utilizzo di:

- vasodilatatori
- ansiolitici e antidepressivi (amitriptilina)
- fitofarmaci (estratti della ginkgo - biloba)
- integratori (Qter)

La terapia chirurgica si basa su interventi molto demolitivi, da riservare ai casi più gravi, che privano il paziente dell'udito dal lato dell'acufene (sezione del nervo VIII, labirintectomia).

La terapia fisica si basa sull'abituare il paziente ad ascoltare suoni rilassanti (sound therapy) e sull'utilizzo di particolari protesi acustiche dette mascheratori che sono in grado, emettendo suoni adeguati, di interferire con la percezione dell'acufene.

E' stata utilizzata con successo, in casi selezionati, anche la ossigenoterapia iperbarica, che si esegue nelle camere di decompressione e che ha lo scopo di ossigenare e rivitalizzare le cellule dell'orecchio interno. La terapia può essere tanto più efficace quanto più precocemente viene intrapresa.

Alimentazione: sono da evitare secondo alcuni tutti gli alimenti in grado di causare ipereccitazione neuronale. In particolare vanno evitati: NICOTINA, CAFFEINA, THEINA, ALCOL, CHININO (acqua tonica, bitter) BIBITE CON CAFFEINA, CIBI CONTENENTI GLUTAMMATO (parmigiano, pomodori maturi, funghi, cibo cinese, alimenti conservati

e congelati), ALIMENTI CONTENENTI ASPARTAME (dolcificanti, bibite light o zero calorie).

Dieta: buoni effetti terapeutici sono stati ottenuti con:

- diete a base di proteine eliminando i glucidi e i carboidrati (CHETOSI METABOLICA)
- diete che prevedono l'eliminazione di alimenti in grado di stimolare la liberazione di ISTAMINA (carni di vitello, pollo e maiale, pesce bianco e azzurro, uovo, latte vaccino),
- diete a base di TAURINA e GLICINA
- diete a base di PURINA (verdure verdi, birra non alcolica, allopurinolo).

TINNITUS RETRAINING THERAPY DI JASTRELBOFF -T.R.T.:

prevede una gestione multidisciplinare del paziente e l'abbinamento di varie tecniche di cura (consuelling, sound therapy, mascheratori, altro in base ai singoli casi)

Terapia grazie alla quale si genera nel cervello del paziente , con sedute di counseling (colloqui e fornitura di informazioni) il meccanismo fisiologico dell'abitudine: noi sentiamo il nostro frigorifero ma di fatto non lo apprezziamo a livello cosciente. Il suo rumore è inutile per il nostro cervello e quindi non ce lo fa percepire; tale capacità di filtraggio degli stimoli inutili può essere raggiunta anche per l'acufene. La TRT si avvale anche di generatori di rumore indossabili

che producono un suono che, regolato al di sotto dell'intensità dell'acufene, ne riducono il fastidio e facilitano il meccanismo dell'abitudine.

Intervento psicologico

Da alcuni centri clinici viene promosso un rapporto di sostegno psicologico per attenuare il fastidio dovuto ad acufene. In tale ambito si affollano diverse figure professionali (counsellor, coach...), la cui formazione professionale non è sempre accertabile. Ne consegue una difficile definizione del loro modus operandi. Il risultato è la scarsa evidenza scientifica sulla riduzione della percezione dell'acufene. A titolo di esempio, in uno studio pubblicato nel 2005 un gruppo di ricercatori svedesi ha riscontrato un miglioramento significativo in percentuali di soggetti comprese tra 25% e 33%.

TERAPIA FARMACOLOGICA

In linea con quanto utilizzato dagli oculisti per la degenerazione retinica senile, emergono evidenze di efficacia per associazioni di vitaminici ed antiossidanti.

In particolare fitosomi di ginkobiloba, acido alfa lipoico

Nomi commerciali e posologia :

- Alasod 600 cps una die
- Acupal 400 bustine una die.



Terapia protesica della ipoacusia

MODELLI DI PROTESI ACUSTICA

- La protesi acustica è un sistema elettronico con la funzione di compensare nel miglior modo possibile le deficienze uditive del paziente. Il segnale acustico proveniente dall'ambiente viene raccolto, opportunamente ampliato e trasformato e quindi inviato all'orecchio. L'apparecchio non è altro che un amplificatore a bassa fedeltà, che riproduce messaggi acustici appartenenti a una banda limitata di frequenze nel campo dell'udibilità, e introduce fenomeni di distorsione sui messaggi stessi.
- E' costituito principalmente da un microfono,

che trasforma le onde sonore in segnali elettrici, da un amplificatore, che elabora i segnali elettrici e li modifica in base alle esigenze dell'ipoacusico, e da un riproduttore di suoni, che riconverte gli impulsi elettrici in segnali acustici. Nell'apparecchio sono inseriti diversi dispositivi di regolazione del volume, del tono, del controllo dei suoni per brusche variazioni d'intensità, eccetera

Protesi acustiche digitalmente programmabili Le tecnologie digitali applicate alle protesi tradizionali hanno dato vita negli anni '90 agli apparecchi digitalmente programmabili con circuiti di elaborazione sonora (microfono, amplificatore, ricevitore) regolabili tramite un computer esterno. Così facendo il tecnico audioprotesista è in grado di adattare l'elaborazione sonora alle esigenze dell'utente via computer tramite



una decina di controlli.

I circuiti elettronici sono stati completamente riprogettati applicando i più recenti ritrovati come amplificatori non lineari, compressione ad ampia dinamica, ricevitori a bassa distorsione, microfoni ultradirettivi e, contemporaneamente, riducendo le dimensioni sia nei retroauricolari che negli endoauricolari disponibili anche in versione pretimpanica "a scomparsa" nel condotto

La fornitura dei sussidi protesici è disciplinata dal Nomenclatore Tariffario strumento previsto dall'art. n. 26 della legge 833, 23.12.1978; esso è emanato come decreto del Ministero della Sanità, sentito il parere del Consiglio Sanitario Nazionale.

Il Nomenclatore Tariffario fornisce le indicazioni per effettuare correttamente la prescrizione protesica, le tariffe e i tempi minimi per la sostituzione delle protesi. Il vigente Nomenclatore non prevede limiti minimi di perdita uditiva per la concessione della protesi acustica. Pertanto per quanto riguarda la ipoacusia da rumore, la protesi acustica è concessa dall'Inail qualora essa sia indicata sul piano clinico e necessaria la massimo

recupero possibile dell'Assicurato.

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede invece che il paziente sia portatore di Invalidità Permanente pari al 34%

La perdita uditiva media superiore ai 65 dB per l'orecchio migliore costituisce Invalidità Civile superiore al 34%.

Oltre ai pazienti con ipoacusia superiore ai 65 dB nell'orecchio migliore, hanno diritto alla fornitura anche i pazienti con ipoacusia inferiore ai 65 dB, ma portatori anche di altre patologie certificate che raggiungano in cumulo superiore ad 1/3 di invalidità (34%).

Nel verbale di riconoscimento dello stato di invalidità con percentuale uguale o maggiore del 34% deve essere esplicitamente espressa la patologia "ipoacusia"; in caso contrario, l'invalido dovrà essere rivalutato dalla Commissione medica che annoterà su un nuovo verbale la sopravvenuta ipoacusia; ciò deve essere fatto anche se la percentuale d'invalidità è già maggiore del 34%.

Gli invalidi affetti da cofosi (assenza di qualsiasi residuo uditivo utilizzabile da entrambi i lati) non hanno diritto

alla fornitura protesica.

RICONDUCIBILITA'

L'assistito può scegliere un apparecchio più sofisticato rispetto a quanto previsto dal Nomenclatore e sostenere il costo del conguaglio. Sono riconducibili gli apparecchi endoauricolari e retroauricolari con più di 4 regolazioni, ovvero che siano programmabili o digitali.

TERMINI MINIMI DI RINNOVO DELL'EROGAZIONE

Per gli apparecchi acustici cinque anni; per i sistemi FM/IR e DTS otto anni. Per gli adulti è previsto il rinnovo della fornitura una sola volta nell'arco di validità per smarrimento o rottura accidentale o usura particolare non convenientemente riparabile. È anche previsto il rinnovo in tempi inferiori ai cinque anni in base a precisa relazione dello specialista che attesti variate necessità rieducative o variate condizioni psicofisiche. Per i minori non esistono limitazioni né legate ai tempi di rinnovo né legate a riconoscimento di invalidità.

Problematiche valutative e medico legali correlate al trauma acustico

ATTENDIBILITA' DELL'ESAME AUDIO ESEGUITO IN CAMPO LIBERO

- Discreta la attendibilità dell'esame audio eseguito in campo libero in corso di accertamenti sanitari periodici.
- Il dato strumentale risulta particolarmente affidabile proprio per le frequenze medio acute indicative di trauma acustico

SUGGERIMENTI AL MEDICO DEL LAVORO

- Lasciare riposare l'udito del lavoratore almeno 15 minuti– meglio procedere prima al raccordo anamnestico ed agli altri accertamenti lasciando per ultimo l'esame audiometrico.
- Imparare a gestire la otoscopia – escludere la presenza di tappi di cerume

LA EVENTUALE PRESENZA DI CERUME NON SOLO PEGGIORA LE PRESTAZIONI IN OCCASIONE DELL'ACCERTAMENTO AUDIOMETRICO, MA RENDE ANCHE MENO

TOLLERABILI I D.P.I

ESAGERAZIONI E SIMULAZIONI ESAGERAZIONI E SIMULAZIONI

- Fenomeni in riduzione negli ultimi anni, che tuttavia vanno sempre tenuti presente.
- In occasione del reperimento di curve audiometriche al di fuori di ogni inquadramento patogenetico, possono essere richiesti accertamenti di audiometria obiettiva quali la ricerca dei potenziali evocati.

La ricerca dei potenziali evocati uditivi "soglia" del tronco (bser soglia) consentono, con un esame semplice e non invasivo, di verificare la attendibilità del deficit uditivo riscontrato.

Tale indagine non fornisce tuttavia elementi strumentali idonei a calcolare la perdita uditiva in ambito medico legale.

Tale aspetto valutativo, che abitualmente non compete al medico del lavoro, richiede l'utilizzo di metodiche che rilevino i potenziali corticali lenti (svr).

Entrambi gli accertamenti sono eseguibili solitamente presso centri audiologici ospedalieri .

È noto il superamento da qualche anno del concetto di danno alla capacità lavorativa.

Può considerarsi storica la sentenza 184\86 con la quale la Corte Costituzionale riconosceva il "danno biologico", definito "danno evento", evento che costituisce la menomazione psicofisica della persona.

Questo danno individua il decremento del valore dell'uomo, considerando tutte le sue funzioni naturali biologiche, sociali ed estetiche, indipendentemente dalla sua capacità di produrre reddito.

LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO E' ENTRATA ANCHE NELL'AMBITO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI E DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO

Nell'art.13 del Decreto Legislativo 38 del 23 febbraio 2000 con il quale è stato introdotto il nuovo sistema valutativo dell'Inail, il Danno Biologico viene definito come "la lesione alla integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona... indipendente dalla capacità di produzione del reddito

del danneggiato”

PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO IN AMBITO INAIL SONO STATE ELABORATE APPOSITE TABELLE

- In riferimento all'udito, le tabelle prendono in esami le frequenze 500, 1000, 2000, 3000 e 4000Hz e considerano sostanzialmente irrilevanti le perdite uditive inferiori ai 25 dB.
- Perdite superiori ai 90 dB per le frequenze citate vengono considerate pari alla perdita totale della funzione

IPOACUSIA DA RUMORE: ASPETTI PENALI

La sentenza della Corte di cassazione del 22 maggio 1981 afferma che “l'indebolimento permanente di un organo sussiste tutte le volte che, in conseguenza di un fatto lesivo, l'organo rimanga menomato nella sua potenzialità funzionale, sicchè questa venga ridotta nel suo esercizio rispetto allo stato anteriore. Non è necessario che si tratti di un indebolimento notevole, essendo sufficiente anche quello di entità minima, purchè apprezzabile”.

Benciolini P., Rodriguez D., Salatin G., Martini A.

“Le ipoacusie da rumore intese come “lesioni personali”.

Riflessioni sulla problematica medicolegale e rappresentazione di uno schema valutativo.” Riv It Med Leg, 11,353-379, 1989

L'indebolimento permanente del senso dell'udito si considera di entità apprezzabile quando la somma delle cadute uditive medie per le due orecchie a 2-3-4 kHz è superiore a 105 dB; di dubbia apprezzabilità e da valutare caso per caso quando la caduta uditiva di cui sopra è tra >75-105 dB, mentre non apprezzabile se la caduta uditiva sulle tre frequenze è uguale o inferiore a 75 dB.

Il sanitario che effettua la diagnosi di una malattia la cui origine professionale è quantomeno sospetta ha l'obbligo di segnalare la patologia a diversi enti.

a) Deve innanzitutto inviare il “referto all'autorità giudiziaria”, in sostanza alla Procura della Repubblica

(ai sensi dell' art. 365 C.P. e 334 C.P.P.);

b) Deve inviare la denuncia alla Direzione Provinciale del Lavoro (ai sensi dell'art. 139 D.P.R. 1124/1965)

In merito a questi due obblighi di informativa, oggi è sufficiente inoltrare la denuncia di Malattia Professionale all'Ausl - U.O.P.S.A.L (ai sensi dell'art 139 del D.P.R. 1124/1965 e L. 833/2000). L'Ausl effettuerà le valutazioni di rilevanza penale, valutando se ci sono stati comportamenti omissivi da parte del datore di lavoro nei confronti della normativa a tutela della salute e sicurezza e provvederà a segnalare il caso alla Autorità Giudiziaria.

c) Deve inoltre inviare la denuncia all'Inail (ai sensi dell'art. 10 D.L. 38/2000).

d) Infine deve compilare il Primo certificato di Malattia Professionale e consegnarlo al Lavoratore il quale potrà decidere se consegnarlo al Datore di Lavoro o meno. In caso di consegna, l'azienda dovrà inviarlo all'Inail congiuntamente al modulo di Denuncia di Malattia Professionale (reperibile sul sito dell'Inail).

L'Inail, dopo le valutazioni, riconoscerà o meno la malattia professionale e, in caso positivo, la indennizzerà al lavoratore

Attenzione: la denuncia di malattia professionale che il medico invia direttamente all'Inail non apre la pratica di indennizzo; essa è aperta solo dall'invio del primo certificato da parte del datore di lavoro/lavoratore.

Il medico che, in presenza di una malattia di sospetta origine professionale, non procede ad effettuare il referto alla autorità giudiziaria è sanzionabile penalmente.

Decreto 30 giugno 1965, n. 1124 (G.U. n. 257 del 13 ottobre 1965 - Suppl. ord.) Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Art. 139

.. E' obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità

..La denuncia deve essere fatta all'ispettorato del lavoro

competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale. I contravventori alle disposizioni dei commi precedenti sono puniti con l'ammenda da lire mille a lire quattromila

...Se la contravvenzione è stata commessa dal medico di fabbrica previsto dall'art. 33 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, contenente norme generali per l'igiene del lavoro, l'ammenda è da lire ottomila a lire quarantamila .

Modalità omogenee con cui dovrebbero essere espletate le INDAGINI PRELIMINARI su segnalazioni di possibili malattie professionali refertate direttamente alle U.O.P.S.A.L.

- evidenziare l'esistenza di un nesso di causa tra ipoacusia ed esposizione professionale a rumore nei più disparati settori produttivi;
- individuare eventuali responsabilità del datore di lavoro nella comparsa della patologia per inosservanza delle norme in materia di igiene e sicurezza del lavoro (Decreto Legislativo 277/91);
- bonificare eventualmente i luoghi di lavoro nei quali non siano state approntate tutte le misure di prevenzione primaria applicabili (es. insonorizzazione, separazione, manutenzione, etc.).

La segnalazione alla UOPSAL dovrebbe essere archiviata quando

- il lavoratore è titolare dell'azienda e non vi sono soci;
- il lavoratore non ha svolto la propria attività lavorativa in Italia;
- dal tracciato audiometrico trasmesso con il referto emerge che non si riscontra una rilevanza penale del danno secondo quanto stabilito dai metodi di valutazione più autorevoli (Benciolini, Merluzzi, etc.);
- l'ipoacusia è insorta antecedentemente agli ultimi 5 anni, e non vi sono peggioramenti significativi del deficit.

Conclusioni

GIA' NEL 1973 GLORIG SCRIVEVA: "The belief that the 4000Hz notch is pathognomonic of noise induced hearing loss has shown to be a myth"

LA PATOLOGIA PROFESSIONALE DELL'UDITO HA OGGI PERDUTO LE CONNOTAZIONI DI TIPICITA' CHE L' HA CARATTERIZZATA PER DECENNI

COME PER ALTRE MALATTIE "WORK RELATED", E' UNA PATOLOGIA NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI A GENESI "MULTIFATTORIALE" DA CIO' LA NECESSITA' DI UNA MAGGIORE COLLABORAZIONE TRA IL CLINICO ED IL MEDICO DEL LAVORO

ANCHE SE LA QUOTA PARTE PROFESSIONALE DEL DANNO UDITIVO E' DIVENTATA MENO DEFINIBILE ED INDIVIDUABILE DOBBIAMO MANTENERE ALTA LA ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA ED INFORMAZIONE, A TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI ESPOSTI.

RICORDIAMO INFATTI CHE OGGI NON ESISTE PIU' L' "HOMO FABER", MERO PRODUTTORE DI REDDITO. L'INDIVIDUO NELLA SUA COMPLESSITA' PUO' RISENTIRE NEGATIVAMENTE ANCHE DI PICCOLE RIDUZIONI DELLA FUNZIONE UDITIVA, UN TEMPO CONSIDERATE TRASCURABILI NEL CONTESTO DELLA CAPACITA' LAVORATIVA DEL SOGGETTO

BIBLIOGRAFIA

- Audiometria in medicina legale e del lavoro - a cura AOOI (Ass. Otorinolaring. Ospedalieri Italiani) 2003
- La patologia uditiva in medicina legale A.Lenzi; G.Precerutti Ediz.Sorbona 2000
- Home Page - Assoacustici - Associazione Specialisti di Acustica www.assoacustici.it/ - programma gratuito calcolo danno uditivo .

TENDINITE DEL POLLICE IN VIDEOTERMINALISTA UTILIZZATRICE DI PDA-PHONE AZIENDALE: IL PUNTO QUATTRO ANNI DOPO.



Paolo Santucci,
Consigliere nazionale ANMA
Emilio Pavione,
RSPP Costa Crociere spa

Introduzione

Quante volte ci siamo chiesti: come è andato a finire il caso clinico trattato in un 'vecchio articolo' ed apparentemente risolto? Le misure preventive o protettive intraprese si sono rivelate utili sul medio-lungo termine, oppure si sono verificate ricadute o altre complicazioni nel tempo?

In altre parole, esaurita la 'bella figura' iniziale con lavoratore e azienda (e magari con i lettori dell'articolo), i problemi sono stati veramente superati oppure sono ricomparsi, smentendo i primi riscontri favorevoli?

Per questa serie di considerazioni è sembrato utile proporre la continuazione, una sorta di 'seconda parte', di un caso particolare, illustrato nel n°1/2010 del Journal, per riflettere sugli sviluppi del quadro clinico a distanza di quattro anni. Ma per la piena comprensione del caso si rende necessario un passo indietro.

Case Report

La storia del caso clinico inizia quando la lavoratrice ha 47 anni, svolge mansioni di office worker, è dipendente da 11 anni di una società multinazionale, viene già sottoposta a sorveglianza sanitaria in qualità di videoterminalista (art.173.1, comma c D.Lgs.81/08 e s.m.i.) e richiede una 'visita su richiesta' (art.41.2,c D.Lgs.81/08 e s.m.i.) per la progressiva comparsa, negli 8 mesi precedenti, di una tumefazione al pollice destro, legata alle "sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta".

All'atto della visita medica la lavoratrice negava familiarità e specifici rischi hobbistici o extraprofessionali, riferendo ciclo irregolare ma presente e terapia sostitutiva con tiroxina, dichiarando un utilizzo intenso del proprio PDA ('Blackberry') da due anni e per circa due ore al giorno complessive, con recente comparsa di dolore continuo al polso ed impotenza funzionale in corrispondenza della tumefazione alla base del pollice destro.

All'esame obiettivo, eseguito anche in conseguenza del superamento della soglia anamnestic (Colombini et Al., Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale, 2005), si apprezzava una sospetta cisti tendinea a livello del tendine abducente del pollice destro, in soggetto destrimane, con limitazione funzionale antalgica dello stesso dito, ipoergia e 'Test di Finkelstein' debolmente positivo*.

**Test di Finkelstein: con avambraccio supino il pollice flessso e addotto viene imprigionato nel pugno. L'esaminatore effettua una deviazione ulnare del polso che, evocando dolore, determina la positività del test.*

L'esame ecografico mirato, richiesto ai sensi dell'art.39.5 D.Lgs.81/08, confermava la diagnosi di "cisti tendinea dell'abduktore del I dito di circa cm 1,16 di diametro massimo..".

Trattandosi di una menomazione 'comune' e reversibile, ricollegabile eventualmente ad un rischio assente nel documento aziendale e comunque legata ad attività svolta per meno della metà del turno lavorativo (Decreto 11 dicembre 2009, 'Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni'), non si è proceduto alla segnalazione presso l'Ente assicuratore o tanto meno ad una denuncia presso l'Organo di Vigilanza.

Inoltre è stata cautelativamente formulato un giudizio di idoneità vincolato all'utilizzo del modello di PDA più ergonomico. Nello specifico, dopo un approfondimento delle schede tecniche dei modelli disponibili in azienda, è stato scelto, in accordo con la lavoratrice, un modello della stessa marca, dotato di tasti più agevoli da digitare e privo di 'rotellina' (trackball), sostituita da un piccolo touchpad che alleggerisce l'impegno del dito pollice.

Il caso ha richiesto un approfondimento del rischio da sovraccarico negli utilizzatori del PDA aziendale, tramite calcolo della Check list OCRA (Colombini et Al., 2000), che nel caso della lavoratrice oggetto dell'indagine, ha dato un esito molto favorevole: 3,9, fascia verde, per l'arto superiore destro (dominante).

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ed il Medico competente hanno intrapreso una azione informativa nei confronti della lavoratrice sulla

prevenzione dei disturbi da sovraccarico dell'arto superiore, e della mano in particolare, con riferimento specifico all'utilizzo del PDA-phone aziendale, successivamente estesa, a titolo cautelativo, a tutti i colleghi che hanno in dotazione lo stesso strumento.

Decalogo per la prevenzione dei disturbi da uso professionale di PDA-phone

1. Leggere attentamente le istruzioni del proprio PDA-phone prima dell'uso.
2. Alternare le altre dita all'uso dei pollici.
3. Digitare dolcemente i tasti imprimendo la minima forza necessaria.
4. Effettuare una breve pausa ogni 5 minuti di uso continuativo e comunque limitare una sessione a 10-15 minuti al massimo.
5. Utilizzare una tastiera esterna ogni volta che è possibile, privilegiando comunque l'uso del computer da tavolo per invio/ricezione e mail.
6. Utilizzare il PDA per brevi risposte, o per rapide consultazioni, evitando di scrivere lunghi testi.
7. Utilizzare, se possibile, il PDA con avambracci appoggiati ad un piano e non 'sospesi'.
8. Sospendere l'uso di PDA nel caso di comparsa di sintomatologia tipica al pollice.
9. Effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano, soprattutto del pollice ('stretching')
10. Informare il medico competente, anche nell'ambito di eventuale 'visita su richiesta' (art.41.2,c D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), nel caso di persistente sintomatologia tipica.

Nel corso della sessione informativa è emersa, come principale criticità nel caso della lavoratrice, l'utilizzo continuativo del PDA-phone, con poche pause e nell'ambito di sessioni troppo lunghe, a volte anche a fronte della disponibilità di computer da tavolo nelle vicinanze.

Pertanto, a seguito dei provvedimenti intrapresi, sia ergonomici che organizzativi, si è assistito nelle settimane successive al riassorbimento della cisti tendinea ed al miglioramento della funzionalità della mano.

Nella circostanza RSPP e medico competente hanno assunto l'impegno congiunto verso un "monitoraggio dei possibili disturbi dei lavoratori correlati all'attività specifica e delle caratteristiche dei modelli di PDA-phone adottati in azienda".

Case Report: seconda parte

Un anno dopo l'ultimo accertamento sanitario (2011) la visita periodica evidenzia la recente asportazione chirurgica tendinea, che si era riformata, con piena ripresa funzionale, esame obiettivo negativo, mantenimento dell'idoneità con prescrizione (uso modello ergonomico di PDA) e periodicità biennale. Alla scadenza (gennaio 2013) viene riferita recidiva della cisti tendinea, riassorbita nel frattempo 'casualmente' in occasione di una trauma locale extralavorativo, con mantenimento di ottima funzionalità locale in assenza di sintomatologia.

Sei mesi più tardi visita su richiesta della lavoratrice, a causa della comparsa di nuova tumefazione sulla regione volare del polso destro, a livello della base del pollice (Finkelstein e test contro resistenza del pollice** + + - -) con deficit funzionale antalgico del polso (1/4 del totale), confermato da

esame ecografico (ispessimento guaina tendini estensori dorsali dita..) e coesistenti segni di epicondilita laterale destra, oltre a difficoltà nell'attività di digitazione. Vengono prescritte pause di 10'/ora nell'uso di qualsiasi tastiera e ribadite le raccomandazioni organizzative (viene disposto uso di 'tablet' per posta elettronica al posto di PDA phone) in una idoneità trimestrale. Alla scadenza (novembre 2013) si riscontra un sostanziale miglioramento dettato dal riposo e dall'uso di tutore per quanto riguarda l'epicondilita. Risultano attenuate le algie al polso destro irradiate al 1° dito (Finkelstein e test contro resistenza negativi) con coesistenti disestesie al 4° e 5° dito e deficit funzionale in pugno ipoergico almeno in parte causate da recente politrauma extralavorativo con caduta a terra. In ambito lavorativo viene riferito beneficio da uso di PDA phone, sempre con touch pad, esclusivamente per le funzioni telefoniche.

Persiste tumefazione alla superficie volare-mediale del polso destro di sospetta origine sinoviale per cui viene prescritta ecografia del polso destro. Nel giudizio di idoneità vengono mantenute le pause di 10'/ora e l'esclusione di uso di 'pulsanti', favorendo così l'esclusivo uso di tastiere a sfioramento, 'touch'.

L'esame ecografico conferma l'esistenza di cisti sinoviale di circa 1 cm, mentre la visita del febbraio 2014 rileva ulteriore miglioramento del quadro funzionale della mano destra grazie all'uso esclusivo di dispositivi con tastiere 'touch' (tablet e PDAPhone) e possibilità di 'comandi vocali', a fronte di un quadro obiettivo negativo di mano e polso. L'epicon-

*** Test contro resistenza del pollice: Il test è positivo se l'estensione del pollice contro resistenza evoca dolore.*

dilite laterale destra risulta superata con terapie ed uso di tutore dedicato, mentre sono migliorati i disturbi alle ultime dita della stessa mano che una risonanza magnetica ha confermato essere ascrivibili a protrusioni discali cervicali. Viene confermata idoneità con le note prescrizioni (pause 10'/ora rispetto ad uso di tastiere, esclusivamente con dispositivi 'touch', per tablet e PDA-phone) in considerazione dell'andamento favorevole delle problematiche a mano-polso e colonna cervicale che possono maggiormente influire sull'operatività professionale.

Considerazioni su caso

Il caso clinico induce a molteplici considerazioni a seguito degli sviluppi più recenti.

L'aspetto professionale è soltanto uno dei fattori che entra in gioco in una realtà complessa, unitamente a problematiche 'comuni', come traumatismi locali, fenomeni degenerativi, predisposizioni individuali quali età e sesso, che hanno caratterizzato in maniera significativa il caso clinico.

A questo proposito va ricordato che il medico competente ha l'obbligo di effettuare la 'visita su richiesta' del lavoratore, ai sensi di art.41.2,c D.Lgs.81/08 e s.m.i., anche in riferimento alle condizioni di salute del lavoratore "susceptibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta".

Perciò, molteplici problematiche all'arto superiore, seppure di modesta entità, possono determinare un autentico disagio, con ricadute importanti sulla operatività al videoterminale, che a sua volta può essere attenuato con l'adozione di strumenti ergonomici tesi a ridurre il sovraccarico biomeccanico dell'arto: nello specifico si è rivelato decisivo l'utilizzo di tastiere 'a sfioramento', le cosiddette

'touch', con notevole alleggerimento del carico durante la digitazione.

Diventa allora fondamentale per il medico competente puntare, dopo una analisi clinica e strumentale del caso, a misure ergonomiche ed organizzative che possano garantire la migliore compatibilità fra il quadro clinico e le richieste specifiche della mansione, beneficiando anche dell'intervento terapeutico del medico curante.

In questo passaggio ovviamente non mancano le difficoltà caratterizzate dalle informazioni, spesso incomplete o superficiali, presenti nel Documento di Valutazione dei Rischi e dal confronto, non sempre coerente, fra sintomatologia, esame obiettivo (condizionato in molti test dalla 'risposta soggettiva') e 'diagnostica per immagini' richiesta in fase di approfondimento (art.39.5 D.Lgs.81/08 e s.m.i.).

Inoltre ricoprono un ruolo non secondario la disponibilità del datore di lavoro a venire incontro pienamente alle prescrizioni formulate dal medico competente su aspetti ergonomici ed organizzativi e l'approccio del lavoratore alla propria problematica di salute nel contesto lavorativo, il cosiddetto aspetto psicosociale, fattore che si sta rivelando sempre più importante nella pratica quotidiana. Infatti le recenti linee guida SIMLII 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 videoterminalisti:

- 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

- Insoddisfacente supervisione
- Carenze tecniche.

Nel caso in questione è stato individuato soltanto il primo criterio, abbondantemente neutralizzato dall'assenza di tutti i cinque successivi nell'ambito di una attività dirigenziale pluriennale, dinamica e gratificante.

Infine si osserva come, a un certo punto della storia lavorativa, sia comparso inatteso l'uso del 'tablet' aziendale, che richiederà necessariamente una valutazione mirata al rischio da sovraccarico biomeccanico, attualmente in corso, a completamento delle valutazioni (Check list OCRA) già effettuate sull'uso del videoterminale (tastiera e mouse) e del PDA phone.

Conclusioni

Il soddisfacente compenso del quadro clinico, con relativo mantenimento della mansione attuale, deve essere considerato come il risultato dell'impegno di più soggetti, a partire dalla disponibilità dell'azienda a sostituire tempestivamente i dispositivi forniti con modelli più ergonomici ed a concedere massima autonomia organizzativa alla lavoratrice, favorita in ciò dal ruolo dirigenziale e da una forte componente motivazionale nel superamento delle diverse e contemporanee problematiche di salute.

Il medico di famiglia ha fornito il suo contributo se-

guendo da vicino la lavoratrice negli intervalli fra le visite periodiche e prescrivendo puntualmente accertamenti diagnostici mirati, spesso anticipatori delle esigenze che il medico competente avrebbe espresso nella visita successiva.

I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza non si sono dovuti attivare direttamente per la intraprendenza della lavoratrice che ha scelto un rapporto più diretto con RSPP e medico competente. Infatti hanno giocato un ruolo decisivo queste ultime figure professionali, che hanno profuso un impegno costante e sinergico sull'asse tecnico-sanitario, finalizzato alla individuazione ed alla attuazione di misure preventive idonee al superamento delle problematiche emerse nell'evoluzione del quadro clinico.

In conclusione, la descrizione del caso clinico ribadisce la necessità di un approccio approfondito alle problematiche del sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore anche in ufficio.

La trattazione del caso non suggerisce soluzioni standardizzabili, ma offre elementi di riflessione per la gestione di situazioni individuali che spesso non trovano risposte nei criteri generali offerti da trattati o linee guida, ma che le realtà quotidiana in azienda propone e proporrà sempre più frequentemente all'attenzione del medico competente.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Colombini D., Occhipinti E., Grieco A.: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.
- Colombini D., Occhipinti E., Cairoli S., Battevi N., Menoni O., Ricci M.G., Sferra C., Balletta A., Berlingò E., Draicchio F., Palmi S., Papale A., Di Loreto G., Barbieri P.G., Martinelli M., Venturi E., Molteni G., De Vito G., Grieco A., Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale, La Medicina del Lavoro, Volume 94, n.3, maggio-giugno 2003.
- Colombini D., Menoni O., Occhipinti E., Battevi N., Ricci M.G., Sferra C., Cimaglia G., Missere M., Draicchio F., Papale A., Di Loreto G., Ubiali E., Bertolini C., Piazzino D.B., Criteri per la trattazione e la classificazione di casi di malattia da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell'ambito della medicina del lavoro. Documento di consenso di un gruppo di lavoro nazionale, La Medicina del Lavoro, Vol. 96, Supplemento 2/2005.
- Decreto 11 dicembre 2009, Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato, con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni, Lista I- Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, Gruppo 2 – malattie da agenti fisici, Agente: microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno metà del tempo del turno lavorativo.
- 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, Nuova Editrice Berti, 2013.
- Santucci P., Il videoterminale e il D.Lgs.81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, Monografia ANMA, 2009.
- Santucci P., Pavione E., Tendinite da iperuso di PDA-phone?, Medico competente Journal, n°1/2010.
- Wikipedia, The free encyclopedia, it.wikipedia.org.



A cura di Piero Patanè,
Consigliere nazionale,
Le risposte ai quesiti di interesse generale
tratte da www.anma.it

UNITÀ PRODUTTIVA

Un'azienda ha dipendenti in 10 regioni diverse, che per motivi pratici sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da 10 diversi Medici Competenti. Esistono 10 protocolli sanitari e ogni medico svolge i compiti previsti dalla normativa. L'azienda si definisce come singola unità produttiva in quanto le sedi dei diversi cantieri non hanno le caratteristiche necessarie per essere classificate come nuove Unità Produttiva, ai sensi del Dlvo 80/08. Il fantomatico allegato 3b pertanto dovrebbe essere compilato solo dal medico coordinatore, inserendo i dati ricevuti dai diversi medici. Ma i singoli medici sono esonerati dall'invio dell'allegato ? Chi li tutela ? Oppure conviene che ogni singolo medico compili il documento per la parte di competenza inserendo una nuova unità produttiva nel modulo Inail ? Cari saluti, Alberto socio dal 1987. Controllare per credere.

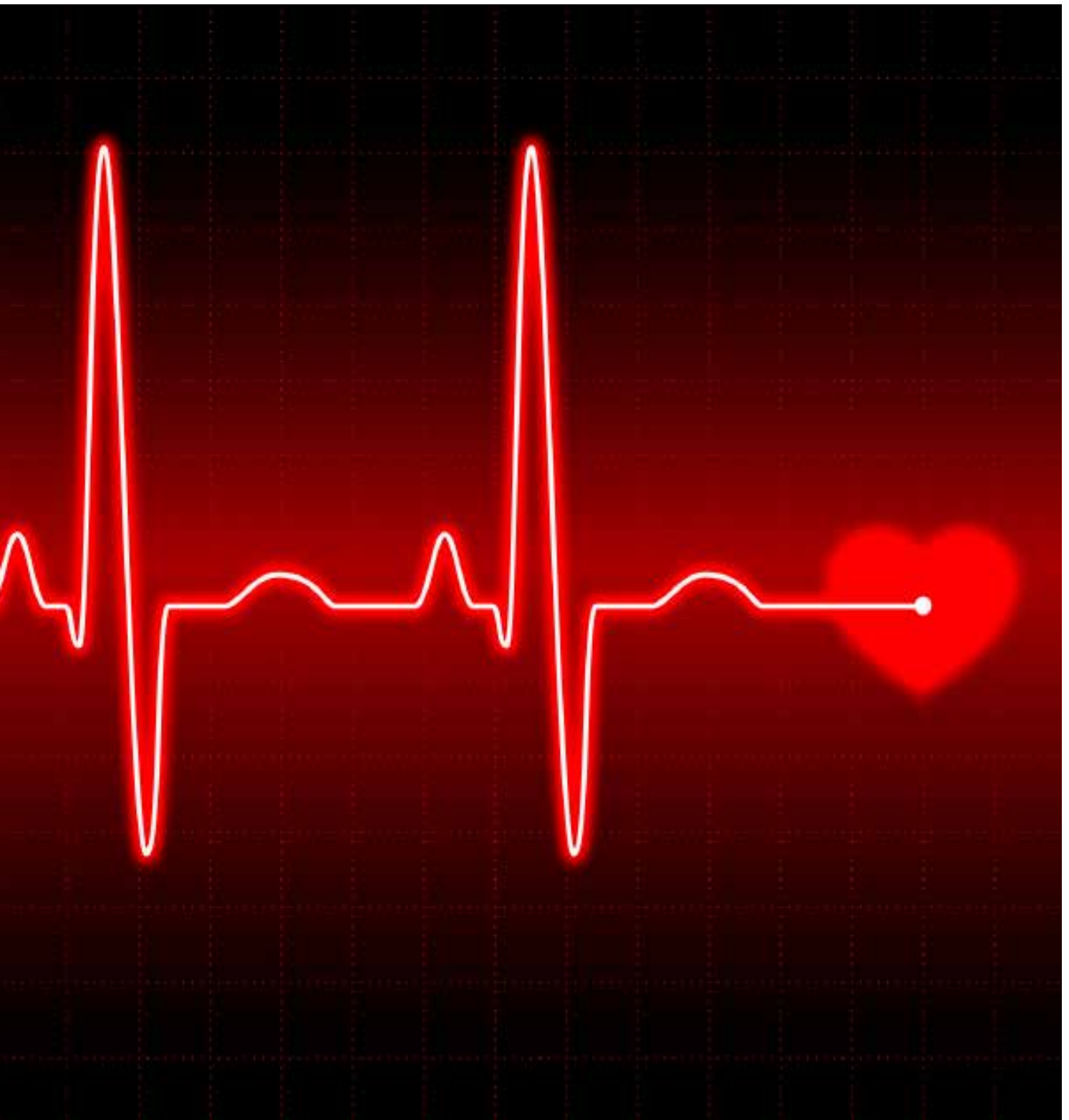
Forse il vizio è nell'impostazione. La prima domanda che sorge spontanea è: a che serve un medico coordinatore se poi ognuno fa quello che vuole? Poi un'altra: non è che il medico coordinatore in questo caso sia invece il medico competente e quelli che adesso rivestono quel compito sono dei medici che affiancano il medico competente dell'unica unità produttiva? Vista così la situazione si risolve da sola.

IDONEITÀ PER UN AUTISTA DI LINEA CON SINDROME DI BRUGADA

Mi occupo di sorveglianza sanitaria di alcuni autisti di autobus. Per uno di essi l'ECG ha evidenziato in V3 i segni della s. di Brugada. Positivo il test alla Flecaïnide. Essendo negativa l'anamnesi personale e quella familiare non ci rimane che procedere con studio elettrofisiologico endocavitario (SEE) ed eventuale installazione di defibrillatore. Il lavoratore che ha sempre goduto di buona salute è esitante. Alcuni studi confutano la certezza predittiva dell'indagine. Cosa fare se si rifiuta? Negargli, in pieno benessere, l'idoneità al suo lavoro? Costringerlo ad un'indagine che potrebbe non avere l'elevata predittività che le veniva attribuita? o rimmetterlo al giudizio di apposita commissione della ASL? Grazie per l'attenzione

Risponde il dott. Angelo Coletti di Padova, medico competente e Medico della Polizia di Stato, che ringraziamo

Il caso è senz'altro di competenza della commissione medica locale provinciale. Detto collegio medico acquisirà il parere di una struttura sanitaria pubblica (territoriale oppure scelta dell'interessato) circa la presenza, o meno, di indicazioni cliniche all'applicazione dell'ICD (defibrillatore impiantabile). In questa ultima eventualità il soggetto sarà idoneo alla guida solo per uso privato (ctg A e B) con regolari controlli annuali (in sede di visita viene richiesta la lettura del dispositivo da cui deve emergere la mancata attivazione nel periodo dei sei mesi precedenti). Ricordo che l'accesso alla Commissione Medica Locale è legato alla presentazione di una domanda in carta legale presentata dall'interessato, che potrebbe essere "stimolato" in tal senso da un giudizio di TNI (temporanea non idoneità) alla mansione sino all'acquisizione del parere della CML (commissione medica locale) sulla idoneità alla guida.





DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

Consigliere Nazionale

NON PER MESTIERE MA PER PASSIONE

“ Carissima, la ragione vera ed intima della mia tristezza, quella che da tempo influisce sul mio carattere e sul mio lavoro, è questa, anche se non facile a dirsi: quella di non sentirmi più circondato dalla poesia della carità e dall’ideale di fare il bene per il bene, in quelli che ora sono diventati i miei collaboratori.

Ho degli “impiegati” intorno a me; distaccati dal lavoro cui attendono; che non hanno l’angoscia dell’economizzare il tempo, il gusto del sacrificio, che “calcolano” la loro prestazione, che fanno sentire quanto danno in più del dovuto, che non si interessano, per goderne o soffrirne, delle sorti buone o tristi dell’istituzione, che non hanno progetti, disegni, critiche da fare ma si accontentano di eseguire; che insomma non lavorano con me e come me, ma accanto a me.”

(Don Carlo Gnocchi - dall’epistolario, 1951)

