

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 4/2014

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 Trincanato

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

- Lo sbarco dei 1000

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

4

- E' tempo di semplificazioni normative: quale ruolo per il Medico Competente?
- Medicina del lavoro e Travel Medicine: sinergia indispensabile

MATERIALI DI LAVORO

19

- Stress lavoro correlato e gli attori della sicurezza. L'importanza del gruppo di lavoro nel processo di valutazione del rischio da stress lavoro correlato
- Il Manuale Operativo del Medico Competente

UFFICIO & SALUTE

23

- Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primi orientamenti operativi

ANMA RISPONDE

30

- Le risposte ai quesiti di interesse generale...

DA LEGGERE IN POLTRONA

32

- Natale 2014

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

LO SBARCO DEI 1000

Che ne pensate, sbarchiamo?

Siamo ormai costantemente più di 1000, come del resto lo sono le altre Società Scientifiche o Associazioni della nostra disciplina, chi più chi meno. Possiamo dunque progettare “lo sbarco del medico competente”. La scelta del colore della camicia la lascio ad ognuno di voi, tenendo ben in conto che la nostra Associazione per Statuto è apolitica, apartitica e senza fini di lucro. Personalmente scelgo il colore della qualità e della credibilità professionale che ho sempre ritenuto vincenti al di là dei vincoli normativi, legislativi e così via.

Sicuramente più complessa è la scelta di dove dirigere lo sbarco. Sono benvenuti, ovviamente, tutti coloro che vogliono unirsi, previo il doveroso confronto sul come e sul dove. Lo scenario evolve così rapidamente che quella che sembrava una meta svanisce sotto gli occhi. Il trasformismo è davvero impressionante. Ci si impegna a prendere contatti con questo o quello, a partecipare qui o là, a questo o a quel tavolo (privato, pubblico, istituzionale, di qualche ordine provinciale di noi medici – la nostra casa - o della nostra federazione – la nostra comunità. Scocca la scintilla, tutto è urgente, tutto è impressionantemente importante: documento di consenso ardentemente atteso un po' qui un po' là, questione di vita o di morte. Tutto svanisce altrettanto rapidamente, il silenzio. Energie, energie, energie profuse con uno spread spesso deludente. Viviamo del resto il momento storico che tutti conosciamo, pieno di incertezze, di complessità e molto altro ancora ... Noi medici competenti o del lavoro non possiamo pensare di esserne immuni. Eppure continuiamo ad agitarci con lo stesso cliché: gare al ribasso nella pubblica amministrazione, ma non solo; semplificazione normativa tutta da comprendere e così via; il cruscotto del medico competente. Tutti aspetti importanti, sia chiaro, che si devono affrontare e risolvere: ma oggi quale l'approdo giusto per uno sbarco efficace?

Abbiamo letto le linee di indirizzo dell'attuale Governo illustrate in Senato dal Ministro Giuliano Poletti alla Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo al sistema della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Il ragionamento del Ministro parte dalla considerazione che è necessario rimodulare l'attenzione alla prevenzione sui cambiamenti occorsi in questi anni: l'evoluzione tecnologica e dei modelli organizzativi all'interno degli impianti produttivi e delle aziende, i riflessi sulla salute e sulla sicurezza dell'innalzamento dell'età pensionistica conseguente alla riforma Fornero. Tutte condizioni che generano l'esigenza di adeguare il processo di valutazione dei rischi negli ambienti di lavoro e i percorsi

formativi, pietre miliari per ridurre il fenomeno infortunistico (compreso quello in itinere) e le malattie professionali. Ci fa piacere ascoltare queste posizioni. Da tempo sosteniamo che la valutazione del rischio deve entrare nel profondo della mansione di ogni persona al lavoro, analizzando il complesso di compiti assegnati in funzione dell'organizzazione del lavoro. E' fondamentale personalizzare l'analisi dei rischi poiché il concetto di “gruppo omogeneo” si sta sempre più affievolendo. Si tratta quindi di virare da una logica di valutazione del rischio che privilegia gli aspetti impiantistici (il PxD tanto per intenderci) a una logica che privilegia la reale esposizione al rischio di ogni individuo. La pianificazione delle attività di comunicazione in materia di malattie professionali attraverso applicazioni di business intelligence assieme alla costituzione di un'agenzia unica di coordinamento delle attività di vigilanza è ritenuta fattore critico di successo.

In questo macrosistema figura e ruolo del medico competente restano senza dubbio centrali. Sta a noi affermarlo, testimoniare e sostenerlo.

E' questo il lido verso cui dobbiamo dirigere l'approdo per battere alla conquista della profonda revisione del recinto normativo in cui ci hanno (e ci siamo messi) e che oggi sta stretto. Non cambia la vita aggiungere una virgola, un capoverso, un articolo bis, un “o” o un “ovvero”: E' solo un modo per raggiungere piccoli interessi di parte.

Lo sbarco non è dei più semplici. I cannoni di Navarone e l'artiglieria di Dunkerque sono sempre vigili. L'aderenza leale alla missione assegnataci rimane un'arma vincente. Tutto il resto è noia, anzi di più.

Un caro e caloroso augurio a tutti per un 2015 in battaglia, senza dimenticare a casa i prescritti DPI.



Philae, il lander della missione Rosetta, dopo 10 anni lo sbarco sulla cometa



EDITORIALE

Giuseppe Briatico Vangosa,
Presidente ANMA

E' TEMPO DI SEMPLIFICAZIONI NORMATIVE: QUALE RUOLO PER IL MEDICO COMPETENTE?



CONTRIBUTI E
ARTICOLI ORIGINALI

Umberto Candura,
Vice Presidente ANMA

Premessa

Sembra che la contingenza storico-politica ed economica sia quella giusta per mettere in pratica quei propositi di innovazione normativa, dei quali si parla da anni, all'insegna della semplificazione, utile strumento per risollevarne la qualità del rapporto dello Stato con il cittadino e per ridare fiato alla competitività delle imprese, sempre più affogate dai vincoli e dai costi di un'eccessiva burocrazia.

Nel campo della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) – infatti – è da tempo che si invoca un quadro regolatorio più agile (“meno carta, più sicurezza”), che si esprima più sui principi generali della tutela piuttosto che entrare nello specifico di una miriade di condizioni espositive, creando così aree grigie soggette ad interpretazioni, spesso difformi, da parte degli addetti ai lavori, magistrati, ed Organismi di controllo. Il proliferare poi di Decreti attuativi a futura memoria non fa che rendere più complessa e farraginoso la materia, lasciando spesso i destinatari (imprese e lavoratori) per lunghi periodi in condizioni di incerta tutela, almeno sul piano del diritto.

Qui difatti sono sempre intervenuti a supporto l'esperienza e le buone pratiche – oltre ad una buona dose di buon senso – che hanno consentito a tutto ciò che abbiamo (in senso letterale) definito come “non normato”, di diventarne poi sulla base delle conoscenze scientifiche basate sull'evidenza, in nome di un approccio etico-professionale che superi il prevedibile stallo della “norma”.

Perché semplificare

E' indubbio che le motivazioni che spingono oggi in una certa direzione sono soprattutto legate al quadro economico, ed a un bisogno di crescita che si avvalga anche di una burocrazia meno invasiva: basti pensare che 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 (relazione di accompagnamento del pacchetto semplificazioni 2012).

Dobbiamo però subito sgombrare il campo da qualsiasi malinteso, perché quando si affronta il binomio salute-economia si rischia ancora di urtare alcune suscettibilità forse legate ad epoche passate, quando andava per la maggiore l'affermazione “la salute non ha prezzo”, oppure figlie di un ancora attuale approccio ideologico e strumentale, privo comunque di una visione di insieme.

Sia chiaro quindi che non si vuole porre in discussione il valore prioritario della tutela della salute, con il relativo approccio deontologico della professione, rispetto alle scelte più squisitamente amministrativo/gestionali, comunque necessarie, che regolano la materia della SSL e dell'assistenza in genere. In un'epoca di recessione e scarsa disponibilità di risorse, ci sembra però corretto far prevalere l'orientamento pragmatico di chi vuole abbattere costi legati ad adempimenti privi di efficacia dimostrata al raggiungimento degli obiettivi di tutela, magari per far confluire risorse e competenze proprio nelle buone pratiche che la scienza e l'esperienza hanno dimostrato maggiormente valide per la tutela dei lavoratori.

Se questi possono apparire concetti relativamente nuovi per il Welfare statale, nella Medicina del Lavoro – che da sempre si confronta con un contesto economico – essi rappresentano da decenni uno dei riferimenti fondamentali della disciplina, ed uno degli obiettivi di chi la esercita, come recita il Codice ICOH degli OML (1992). Quest'ultimo peraltro è richiamato come è noto dall'art. 39, c. 1, D.Lgs. 81/08 come modello normativo per il corretto svolgimento dell'attività del MC.

Come se non bastasse, da anni fior di economisti, esperti di organizzazione, sociologi del lavoro, ecc. affermano che gestire con obiettivi di efficienza la SSL “aggiunge valore al business e genera

vantaggi competitivi” (Frey ed al.), consentendo la riduzione dei rischi e dei costi aziendali, migliorando la produttività e la qualità, rafforzando la reputazione e l'abilità a competere, facilitando l'accesso ai mercati globali.

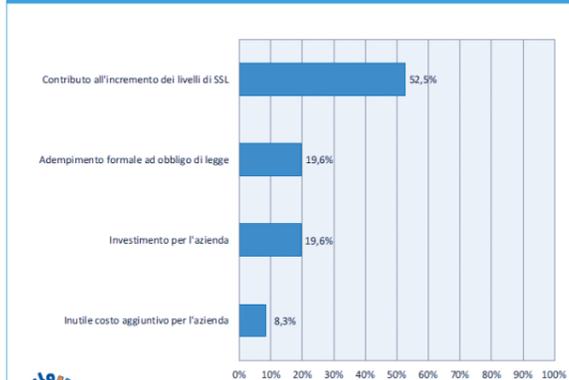
La stessa Commissione Consultiva Permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (di cui all'art. 6) cita in modo esplicito la necessità di “perseguire la semplificazione del quadro regolatorio, alla imprescindibile condizione che essa non comporti alcun abbassamento dei livelli di tutela nei luoghi di lavoro... con l'obiettivo di... tendere a coniugare la crescita della sicurezza sul lavoro e quella delle imprese dedicando particolare attenzione alle piccole e medie imprese” (Proposte della Commissione consultiva permanente per una strategia nazionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, documento approvato 29/05/2013).

In effetti quando si parla di adempimenti puramente formali e cartacei, che nulla incidono (se non rallentandone il raggiungimento) sugli obiettivi finali di tutela, il giudizio censorio è da tutti condiviso (o siamo ingenui a pensarlo?), e da più fonti autorevoli vi sono pressanti inviti alle Istituzioni ad intervenire; ad esempio 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, la Confocommercio parla di una spesa annua di € 9.800 per un'azienda di 10 dipendenti, la CGIA di Mestre stima nell'ordine di 31 miliardi/anno gli oneri burocratici per le imprese (giugno 2013).

Se poi entriamo nel nostro specifico campo d'azione, possiamo citare le recenti indagini conoscitive INAIL, legate al programma INSuLa sulla percezione della SSL da parte delle figure coinvolte nel sistema di prevenzione aziendale (DDL, RSPP, MC, RLS), dalle quali emergono pareri, a volte

inquietanti, meritevoli comunque di riflessione. Fra i maggiori ostacoli per un'efficiente gestione della SSL, per i 631 RSPD intervistati, l'eccesso di adempimenti obbligatori è al secondo posto, dopo la mancanza di risorse e prima dell'eccessiva rigidità degli OdV. La domanda poi sulla percezione dell'efficacia della sorveglianza sanitaria tra i circa mille DDL intervistati deve aprire una riflessione anche tra i MC più abituati all'idea di un malinteso monopolio legato all'esclusività del ruolo: se poco più del 70% parla di un contributo efficace ed un valido investimento per la prevenzione, per quasi il 30% dei datori di lavoro essa rimane un'adempimento solo formale ed un'inutile costo aggiuntivo per l'impresa. (v.tab.)

FIGURA 23 PERCEZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DA PARTE DEI DATORI DI LAVORO. VALORI PERCENTUALI



campione di 1.010 datori di lavoro intervistati nel periodo tra luglio e novembre 2013

Peraltro questa percentuale di scettici sale al 42,8% se ci riferiamo ai Datori di lavoro delle microaziende (fino a 10 dipendenti), che oggi danno lavoro a più di 8 milioni di dipendenti e rappresentano il 94,9% delle aziende italiane (ISTAT 2010), ed il 92,2% delle imprese in Europa (Ecorys, 2012).

Table 5: New definition of SMEs

Category	Personnel	Sales (€)	Assets (€)
Medium-sized	51-250	≤50,000,000	≤43,000,000
Small	11-50	≤10,000,000	≤10,000,000
Micro	1-10	≤2,000,000	≤2,000,000

An enterprise that exceeds the limits of a category in any one criterion is ranked in the next category. SMEs are of special interest in the European economy. According to the European Commission's annual report on SMEs (Ecorys, 2012), they have retained their position as the backbone of the European economy, accounting for more than 99.8% of all enterprises (micro enterprises are 92.2% of all enterprises). The report estimated that SMEs accounted for 67% of total employment and 58% of gross value added (GVA) (see Table 6).

Table 6: Proportion of total enterprises and employees by size of workplace in the EU in 2012

Proportion	Micro	Small	Medium	Large
Proportion of enterprises	92.2 %	6.5 %	1.1 %	0.2 %
Proportion of employment	29.6 %	20.6 %	17.2 %	32.6 %

Source: Ecorys, 2012

Non è un caso che il “Quadro strategico UE in tema di SSL 2014 – 2020” indichi tra i suoi obiettivi (punto 4.2): “Agevolazione dell'adempimento degli obblighi di legge in materia di SSL, in particolare da parte delle microimprese e delle piccole imprese”. In esso si afferma altresì che : “Le PMI hanno più difficoltà a rispettare i requisiti normativi in questo settore. È pertanto fondamentale migliorare la qualità degli orientamenti e fornire strumenti pratici per agevolare l'adempimento degli obblighi di legge in materia di SSL” (Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, Bruxelles, 06/06/2014).

Anche lo “Small Business Act”, una comunicazione della Commissione europea del 2008, orienta da anni l'attenzione soprattutto sul mondo delle piccole imprese (SMEs, Small Medium Enterprises), con una raccomandazione di semplificarne la normazione, non solo di sicurezza, ma in generale relativa ai rapporti di lavoro, che è stata confermata da una successiva comunicazione del 2011 recepita in Italia dal c.d. Statuto delle imprese, ossia la Legge 11 novembre 2011, n. 180 (GU 14 novembre 2011, n. 265, Fantini). Tra gli obiettivi primari della legge in questione, possiamo citare:

- la promozione di un quadro normativo nonché di un contesto sociale e culturale volti a favorire lo sviluppo delle imprese anche di carattere familiare;
- rendere più equi i sistemi sanzionatori vigenti connessi agli adempimenti a cui le imprese sono tenute nei confronti della pubblica amministrazione;
- l'inclusione delle problematiche sociali e delle tematiche ambientali nello svolgimento delle attività delle imprese e nei loro rapporti con le parti sociali;

- adeguare l'intervento pubblico e l'attività della pubblica amministrazione alle esigenze delle micro, piccole e medie imprese nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In effetti la nostra esperienza sul campo ci conferma quanto sia difficile, anche se non impossibile, fare “cultura” e tentare una reale “integrazione” nel sistema aziendale in contesti così ridotti, nei quali un approccio di rispetto formale della norma è spesso dominante.

Gli interessi primari dei lavoratori e degli imprenditori oggi si sono certamente riposizionati dopo ormai sette anni di grave crisi globale. Il rischio quindi di considerare diseconomico un bene fondamentale quale la SSL, ed in essa la sorveglianza sanitaria, è forte e percepito da entrambe le parti, soprattutto laddove tale diritto deve raggiungersi attraverso un labirinto ridondante di norme a volte in contrasto e/o soggette ad interpretazioni più o meno personali.

A proposito di investimenti in tema di SSL, c'è un'affermazione, che è al tempo stesso un punto di domanda, che riporto dalla letteratura anglosassone di settore degli anni '90 : “Safety pays?!” Ebbene poiché tale ipotesi richiede un sufficiente periodo di tempo per essere confermata (Hopkins, 1999), sembra naturale dedurre che tutto ciò che si attua per un semplice adempimento di legge viene percepito al momento come una diseconomia aziendale (It's your business – so look after it! , HSE).

Negli ultimi anni però proprio la particolare contingenza economica richiama la valenza competitiva di un patrimonio umano fatto di professionalità ed esperienza faticosamente costruito negli anni, ed ha dato nuovo impulso ad

una promozione globale di salute negli ambienti di lavoro, che pone paradossalmente l'asticella a livelli anche più alti di quelli imposti dalle norme: la WHP (Workplace Health Promotion), lo sviluppo della work-ability, l'invecchiamento attivo, il welfare aziendale, la responsabilità sociale, ecc. sono quindi le future sfide con le quali confrontare la nostra capacità di adattare la professione a nuovi scenari. Rimangono pertanto quanto mai attuali le raccomandazioni desunte dall'indagine CERGAS/ANMA sul mercato della professione, dove si paventa una progressiva periferizzazione del ruolo del MC, a favore di provider più sensibili alle mutate richieste dell'impresa, soprattutto in assenza di uno sforzo di adeguamento per contrastare l'impoverimento delle basi scientifiche della disciplina, e per rendere più “moderne” le modalità di fornitura di servizi.

Se da un lato già oggi non ci sottraiamo al necessario adattamento del ruolo (da convinti darwinisti...), confidiamo però di essere aiutati in questa operazione di sintesi tra il valore etico primario della tutela e gli obiettivi economici di crescita, da un sistema più snello e semplificato di norme, che sia basato su principi generali di tutela, rifugga laddove possibile dall'eccessivo dettaglio, sia improntato ad obiettivi di efficienza oltre che di efficacia, e che ottimizzi le limitate risorse in campo. La “semplificazione degli adempimenti meramente formali” era peraltro uno dei “principi e criteri direttivi generali” indicati nell'art. 1 della legge n. 123/07 di delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. Onestamente non riteniamo che il c.d. TU con le sue s.m.i. abbiano centrato questo obiettivo! Basterebbe confrontare la dimensione numerica degli articoli del D.Lgs. 81/08 (316 articoli e 51 allegati, nell'ultima edizione con il Titolo X-bis), con le poche decine di articoli che definiscono le analoghe regolamentazioni esistenti

in Europa, senza che questo faccia venir meno l'efficienza dei modelli adottati negli altri Paesi. L'operazione non è certo semplice, sia sul piano squisitamente tecnico-legislativo, ma soprattutto sul piano culturale, considerando l'invecchiata abitudine a ricercare specifici riferimenti normativi per la corretta gestione delle variegate condizioni espositive, che sfuggono spesso ai tentativi di inquadramento, e richiamano norme di chiusura come l'incerta "massima sicurezza tecnicamente fattibile" (art. 2087 CC).

Sembra comunque che – come detto in apertura – l'orientamento sia ineluttabilmente tracciato, come dimostrano recenti tentativi del legislatore (vedi "Decreto del fare", sorveglianza sanitaria in agricoltura, procedure semplificate di Valutazione del Rischio, ecc.), al momento apprezzabili però – senza entrare nel merito - più sul piano delle intenzioni che non del metodo, visto il ricorso a decreti attuativi successivi che fanno permanere dubbi interpretativi.

In definitiva, poichè le esigenze di semplificazione partono dal basso, cioè da coloro che si attivano giornalmente per una corretta ed efficace applicazione delle normative, è giusto ascoltare le proposte che giungono dalle associazioni tecnico/scientifiche che si occupano di SSL, e l'ANMA si sta attivando da tempo elaborando documenti – ai quali rimandiamo – nei quali si avanzano proposte di semplificazione dell'attività del MC, ed il cui obiettivo non è certo quello di deresponsabilizzarlo, ma di rendere più coerente la sua azione al modello di integrazione nel sistema aziendale di prevenzione, auspicato dallo stesso legislatore.



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

V. Nicosia,
Presidente Società Italiana di Medicina
dei Viaggi e delle Migrazioni (SIMVIM),
Responsabile Salute e medicina del
lavoro Saipem SpA

M. Consentino,
Salute e medicina del lavoro Saipem
SpA

C. Galdi,
Salute e medicina del lavoro Saipem
SpA

A. Sguera,
Medico Competente Saipem S.p.A.

MEDICINA DEL LAVORO E TRAVEL MEDICINE: SINERGIA INDISPENSABILE

Sommario

Malaria, Sifilide, Colera, Tubercolosi, Poliomielite. Nel nostro Paese ed in Occidente riaffiorano queste malattie dimenticate alle quali si aggiungono le NTDS (Neglected Tropical Diseases), che non interessano i paesi ricchi, ma che colpiscono oltre un miliardo di persone al mondo, infettati da una o più di queste malattie. Non averle debellate finora, le rende nell'era della globalizzazione ben più pericolose.

Il problema non riguarda più solo i paesi poveri ma si estende, con l'aumento della globalizzazione, anche ai paesi cosiddetti ricchi costretti ad affrontare malattie che sembravano debellate.

Nel mondo ogni anno viaggiano 1 miliardo di persone, cifra in costante aumento. Attualmente sono 18 milioni gli italiani che viaggiano all'estero.

Il 10% dei viaggiatori ha come meta Paesi tropicali e subtropicali, dove condizioni igienico sanitarie, abitudini alimentari, clima e stili di vita sono diversi da quelli Italiani. Su 100.000 viaggiatori in un paese in via di sviluppo per mese di soggiorno 50.000 manifestano disturbi nel corso del viaggio, 8.000 ricorrono al medico, 5.000 saranno costretti a letto, 1.100 saranno limitati nelle attività, 300 saranno ricoverati nel corso del viaggio o a casa, 50 rimpatriati per ragioni sanitarie ed 1 morirà.

Lo scopo del viaggio è il turismo, visita a parenti e amici, viaggi di lavoro, ricerca/studio e motivi religiosi.

Vi è poi una categoria di lavoratori che nell'era della globalizzazione va sempre più diffondendosi, che è quella dei lavoratori all'estero, spesso in aree remote, ove quindi vi è un alto rischio di contrarre una malattia infettiva. In questo caso il Medico Competente diviene la figura di primo riferimento per l'adozione di misure preventive attraverso la formazione e l'informazione e l'organizzazione di campagne vaccinali.

Prima della partenza è importante fornire al lavoratore tutte le infor-

mazioni atte a prevenire un cospicuo numero di patologie, anche perché i vaccini non costituiscono un sostituto dei comportamenti prudenziali. Il lavoratore dovrà firmare un modulo di avvenuta formazione specifica sul Paese dove dovrà recarsi e, in caso di rifiuto alla vaccinazione, dovrà firmarne il dissenso.

Introduzione

I problemi sanitari correlati ai viaggi sono molteplici, tra questi bisogna ricordare gli effetti del clima, delle radiazioni solari (colpo di sole, di calore, disidratazione, etc.) delle temperature estreme (congelamento), la jet-lag sindrome, le patologie legate al mezzo di trasporto (aereo, nave, auto), le patologie d'altitudine, gli incidenti stradali e balneari, le malattie sessualmente trasmesse e quelle a trasmissione oro-fecale.

Sta cambiando il cliché del viaggiatore, aumentano i viaggiatori anziani, i bambini/infanti, le donne gravide e le persone con malattie croniche. Queste categorie di viaggiatori hanno una predisposizione maggiore a sviluppare condizioni patologiche che si possono così identificare:

Anziani: cute più sensibile, malattie e terapie croniche, tromboembolia da ipomobilità.

Bambini: disturbi durante il viaggio aereo, barotraumi, jet-lag, malattie infettive, diarrea, esposizione ai raggi solari.

Donne gravide: rischi che possono derivare da una Malaria da Plasmodium Falciparum, dal viaggio aereo, dall'alta quota e dalla diarrea.

Se si considera l'esplosione dei viaggi "last-minute", del consistente aumento dei viaggi avventurosi e che spesso i viaggiatori non ricercano un consiglio sanitario prima della partenza, si può comprendere l'entità del problema.

I mezzi di cui l'operatore sanitario dispone sono essenzialmente il counselling, le vaccinazioni e la

profilassi farmacologica.

Tutto ciò in Italia si può effettuare presso i Centri di Medicina dei Viaggi che sono attivati nelle Aziende Sanitarie di ogni regione, sono di facile accesso ed aperti a tutti. Sono gestiti da personale specializzato e costantemente aggiornato, in contatto con presidi ospedalieri specialistici (dipartimenti di malattie infettive e tropicali) e con centri istituzionali stranieri. L'accesso è semplice ed immediato, con costi contenuti nel range del ticket sanitario. Questi Centri sono facilmente reperibili sul sito web www.simvim.it

Sono fornite informazioni utili sui comportamenti da adottare in relazione ai rischi per la salute, consigliate ed effettuate le vaccinazioni (Epatite A e B, Tifo, Colera, Febbre Gialla, meningite, etc.) e consegnata la profilassi antimalarica più idonea in relazione all'area geografica.

Le 10 regole d'oro SIMVIM

- 1. 3-4 settimane prima di partire:** verifica se occorrono vaccinazioni obbligatorie o raccomandate, rivolgendoti all'Ambulatorio per i Viaggiatori internazionali della tua ASL.
- 2. Assicurazione sanitaria:** verifica se sei assicurato e cosa occorre fare presso l'ASL o l'Agenzia di Viaggi.
- 3. Attenzione a ciò che mangi:**
NO a: cibi freddi o riscaldati, i buffet freddi di carne, pesce o molluschi, le creme all'uovo o alla panna, salse crude all'uovo.
SI' a: carne e pesce ben cotti e serviti ancora caldi, frutta e verdura da sbucciare o pelare, verdura cotta.
- 4. Attenzione a ciò che bevi:** spesso l'acqua del rubinetto e delle fontane non è potabile. Usa acqua minerale in bottiglie sigillate a tavola e per lavare i denti; evita il ghiaccio.
- 5. Evita rapporti sessuali occasionali:** nel

caso usa sempre il preservativo.

6. Farmaci da viaggio. Ricordati di portare:

farmaci che assumi abitualmente, in scorte sufficienti, compresi liquidi per lenti a contatto, pillola anticoncezionale; antimalarici (nei casi indicati);

farmaci che potrebbero essere utili (antidolorifici, antibiotici);
attrezzatura varia (creme solari a fattore protettivo molto alto, forbici, cerotti, salviettine disinfettanti).

7. Per prevenire la malaria: Proteggiti dalle punture di zanzare e, quando necessario, assumi farmaci antimalarici. La chemioprolifassi va iniziata prima dell'arrivo in zona malarica, assunta con regolarità durante tutto il periodo di permanenza e continuata ancora dopo aver lasciato la zona a rischio. Molti disattendono proprio a questo consiglio, permettendo lo sviluppo della malattia che, durante il soggiorno era ancora in incubazione. Anche una sola interruzione dell'assunzione del farmaco, infatti, diminuisce l'effetto protettivo (naturalmente la dose va ripresa il più presto possibile).

8. Al rientro: nei mesi successivi al rientro se compare febbre di origine non chiara, ricordati di dire al tuo medico che sei stato in una zona malarica.

9. Traffico stradale: fai molta attenzione alla guida tua e degli altri. In molti paesi in via di sviluppo gli incidenti stradali sono molto frequenti e spesso gravi.

10. Criminalità: stai attento a non esporre troppo denaro e oggetti di valore, specie nei quartieri e nelle aree pericolose che la guida ti indicherà.

Patologie di più frequente riscontro per i viaggiatori prevenibili attraverso vaccinazioni o

chemioprolifassi:

LA MALARIA

Ancora in evidenza la problematica della malaria, che rappresenta uno dei più importanti "killer" nella popolazione mondiale: 660.000 morti notificati, il 90% dei quali rappresentato da bambini al di sotto dei 5 anni.

La malaria è un'infezione causata da un parassita trasmesso all'uomo dalla puntura di zanzare femmine della specie Anopheles che pungono soprattutto nelle ore serali e notturne (dal tramonto all'alba) e che hanno una predilezione tutta particolare per l'uomo per cui si dicono "antropofili".

Di malaria si è parlato spesso, ma tuttora rimangono dei "buchi" nella rete di difesa che ogni viaggiatore dovrebbe predisporre per tutelarsi. Perché?

Perché i parassiti responsabili (plasmodi) diventano resistenti ai farmaci "usati" nella chemioprolifassi (come nel caso del Plasmodium Falciparum, il più pericoloso per l'uomo,

divenuto resistente alla cloroquina); perché il "fenomeno" malaria è in continua evoluzione e ogni anno vi è qualche aspetto nuovo (si è scoperto ad esempio, di recente, che qualche plasmodio, causa di malattia negli animali può indurla anche negli uomini); perché le aree geografiche endemiche per la malaria sono soggette a variazioni; perché molti accorgimenti alla base della prevenzione verso il rischio malarico possono talora essere trascurati dal viaggiatore; etc.

Le aree geografiche endemiche per la malaria sono: Nord Africa e Medio Oriente; Africa sub-sahariana; sub-continente indiano; sud-est asiatico; Oceania e isole del Pacifico; America Latina e Caraibi.

E' importante preliminarmente al viaggio valutare il "rischio malarico".

Rischio malarico

"La corretta valutazione del rischio malarico per un viaggiatore non è certo un compito facile, poiché

sono molte le variabili che lo influenzano. Si dovrà tenere conto del paese (o dei paesi) visitato, delle diverse regioni all'interno di uno stesso stato (la mappa del rischio può non essere uniforme per tutto il paese), della stagionalità, delle zone in cui si va a pernottare (città vs zone rurali), del tipo di alloggio (albergo piuttosto che tenda; con o senza aria condizionata), del periodo di permanenza nella zona malarica, del tipo di attività che si intende compiere (presupponendo che attività all'aria aperta pongano a maggior rischio rispetto, per esempio, alla visita di un museo).

essere effettuata esclusivamente da un medico e personalizzata sul singolo viaggiatore sulla base della valutazione del rischio e della sua anamnesi patologica e farmacologica.

Per la chemioprolifassi, estrema importanza è attenersi scrupolosamente alle dosi ed ai tempi prescritti.

Partire ben preparati

“Nella gestione della prevenzione di una malattia potenzialmente letale come la malaria non è consentito il “fai-da-te” o il “per-sentito-dire.”

Di qui l'importanza che prima di partire il viaggiatore consulti un Centro di Medicina dei Viaggi:

Pubblico, (si può individuare il più vicino rispetto alla propria abitazione nell'elenco presente sul sito della Società Italiana della Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni: www.simvim.it) o Aziendale, presso il Servizio di Medicina Occupazionale, ove saranno fornite tutte le informazioni necessarie. La “vigilanza” per la malaria

va però proseguita anche al ritorno dal viaggio: considerato che il segno clinico più frequente è in assoluto la febbre, **qualsiasi febbre, in assenza di inequivocabili segnali cardiaci, in un soggetto rientrato da un paese endemico per la malattia, è una malaria fino a dimostrazione contraria.**

Patologie a trasmissione oro-fecale

Sono molto diffuse e causano milioni di decessi soprattutto tra bambini. Il richiamo è rivolto a chi è in partenza per l'estero. Purtroppo, malattie ritenute erroneamente sconfitte (come il colera e il tifo) sono tuttora responsabili di centinaia di migliaia di decessi. I dati più recenti indicano ad esempio in **600.000 i decessi per febbre tifoidea e 120.000**

quelli per colera. La modalità di trasmissione delle malattie a trasmissione orofecale può essere diretta (per contatto tra malato o portatore e soggetto sano), oppure indiretta (tramite veicoli e/o vettori). Il rischio è maggiore nei paesi con scarse risorse socio economiche. **Le patologie più rilevanti sono: la diarrea; la febbre tifoidea; il colera; l'epatite da virus A.** Un cenno a parte riguarda le gastroenteriti diffusissime nei bambini e provocate dai Rotavirus, per cui viene auspicata la vaccinazione.

Misure preventive

Innanzitutto i comportamenti alimentari. Infatti, l'entità del rischio varia notevolmente in base agli alimenti consumati: la frutta, il ghiaccio e l'acqua di rubinetto vanno considerati sempre contaminati. I cibi a maggior rischio sono quelli a alto contenuto di acqua mantenuti per qualche tempo a temperatura ambientale, in particolare la carne cruda o poco cotta, i frutti di mare, la frutta e le verdure crude. Le bevande sicure sono quelle imbottigliate, addizionate di anidride carbonica; la birra, il vino, il caffè o tè caldi, l'acqua bollita e/o trattata con cloro. Un'altra importante variabile sembra essere il luogo dove il cibo viene preparato: il rischio aumenta andando dalla casa privata al ristorante ai rivenditori di strada.

Oltre alle conseguenti misure precauzionali per l'alimentazione, conseguente a quanto detto sopra, si ricordi che è fondamentale per una buona prevenzione l'igiene personale (lavarsi sempre le mani) ed è opportuna la copertura vaccinale.

I vaccini

Esistono dei vaccini molto efficaci, altamente immunogeni e ben tollerati che ci aiutano nella prevenzione delle più frequenti malattie a trasmissione orofecale.

Vaccino antitifico

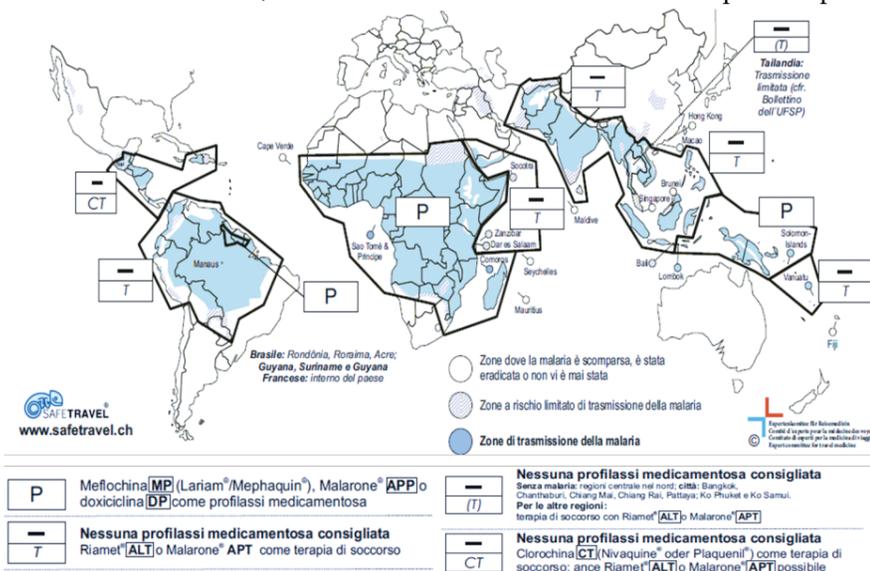
Sono disponibili due vaccini, un vaccino parenterale, monodose e un vaccino orale che prevede l'assunzione di tre capsule a giorni alterni a stomaco vuoto.

Vaccino anticolerico

È un vaccino orale, richiede due somministrazioni intervallate da 1-6 settimane con una dose di richiamo a distanza di due anni per gli adulti e i bambini con più di 6 anni e a sei mesi per i bambini con meno di 6 anni. Conferisce anche una certa immunità nei confronti della diarrea del viaggiatore causata dall'ETEC.

Vaccino antiepatite A

Vaccino altamente immunogeno e ben tollerato; richiede una somministrazione al tempo 0 con un richiamo a distanza di 12 mesi. Già dopo la prima settimana dalla vaccinazione sono presenti anticorpi nel 96% dei vaccinati. Per tale motivo è consigliabile effettuare la vaccinazione anche il giorno stesso della partenza.



MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE (STD)

Le STD sono infezioni acquisite tramite contatti sessuali che includono rapporti genitali, anali ed orali.

Le STD conosciute sono oltre trenta e comprendono infezioni incurabili di natura virale come l'HIV e l'herpes genitale. Le conseguenze delle STD non si limitano a disturbi della sfera genitale, come ulcere e secrezioni vaginali o uretrali, ma comprendono malattie letali come l'AIDS e tumori maligni come il carcinoma del fegato conseguente all'infezione da virus dell'epatite B ed il carcinoma del collo

dell'utero dovuto a numerosi tipi di papilloma virus. I comportamenti a rischio per contrarre una o più STD durante un viaggio sono rappresentati da contatti sessuali non protetti con più partners. E' possibile ed importante attuare precauzioni nell'eventualità di contatti sessuali durante il viaggio cominciando a limitare il numero dei partners.

Altrettanto essenziale è utilizzare il preservativo durante i rapporti sessuali. E' necessario portare con se una riserva di preservativi per avere garanzia della qualità e perché siano disponibili nel momento del bisogno. La vaccinazione è un metodo efficace per la prevenzione delle infezioni da Epatite A e B acquisite per via sessuale. Per le giovani donne è disponibile il vaccino anti HPV che rappresenta un'efficace prevenzione per i tumori del collo dell'utero causati dal papilloma virus. Assumere antibiotici prima o dopo tali rapporti è del tutto inefficace nei confronti della maggior parte delle STD, in particolare quelle dalle conseguenze più gravi. Pertanto, se al rientro dal viaggio in cui si sono avuti rapporti sessuali a rischio si presentano disturbi della sfera genitale è importante consultare il proprio medico per eseguire gli accertamenti e le cure del caso. La mancanza di sintomi non garantisce l'assenza di infezione e i viaggiatori esposti a sesso non protetto dovrebbero sottoporsi ad accertamenti una volta rientrati a casa: alcune infezioni, infatti, si possono manifestare anche a distanza di tempo, quando diventa difficile effettuare una terapia corretta.

FEBBRE GIALLA

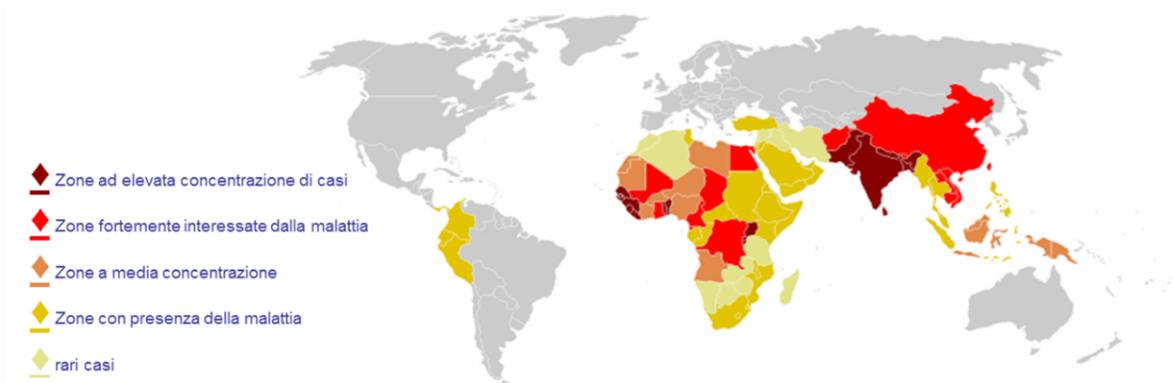
La vaccinazione è obbligatoria o fortemente raccomandata in alcuni paesi dell'Africa Sub-Sahariana e del Sud-America. E' buona norma vaccinare un soggetto almeno tre settimane prima della partenza. Il vaccino somministrato in unica dose conferisce immunità per 10 anni (secondo le nuove indicazioni dell'OMS del 17 maggio 2013

il titolo anticorpale persiste tutta la vita). Nel 10% dei soggetti vaccinati si osservano reazioni febbrili. Attualmente, la IHR, Regolamento sanitario internazionale, prevede che la vaccinazione con un vaccino contro la febbre gialla fornisca una protezione contro le infezioni per 10 anni, e che il certificato di vaccinazione o di ri-vaccinazione ha quindi una validità di 10 anni. Richiedere il certificato ai viaggiatori è a discrezione di ogni Stato contraente, e non è attualmente richiesto da tutti i paesi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS nel maggio 2014 ha adottato una modifica dell'allegato 7 del Regolamento sanitario internazionale (2005) (IHR), che prevede che il periodo di protezione offerta dalla vaccinazione contro la febbre gialla, e il periodo di validità del relativo certificato cambierà dai 10 anni attuali, alla durata della vita del soggetto vaccinato (non sarà quindi necessario nessun richiamo). Questa modifica entrerà in vigore legalmente nel giugno 2016. Fino ad allora il testo IHR corrente sulla vaccinazione contro la febbre gialla e i relativi certificati internazionali rimarranno invariati e continueranno ad essere applicati, e i paesi possono continuare a richiedere la prova di avvenuto booster della vaccinazione ogni 10 anni. A partire dall'anno 2015 l'ITH verrà modificato

TETANO

E' una malattia presente in tutto il mondo la cui vaccinazione va sempre consigliata a tutti i viaggiatori. La vaccinazione è efficace solo se completa e consiste nella somministrazione di 3 dosi: 0, 6-8 settimane, 6-12 mesi, con richiamo ogni 10 anni. E' utile associare alla vaccinazione tetanica, quella per la Difterite. Se il soggetto non ha ricevuto una dose di richiamo da più di 10 anni, ma ha ricevuto almeno tre dosi di vaccino come immunizzazione primaria, è sufficiente una sola dose di vaccino per ripristinare livelli protettivi.

Tra i lattanti non immuni, i bambini ed i giovani adulti che non sono stati vaccinati in modo completo è utile prendere in considerazione il vaccino per la Pertosse. Tale patologia è ancora molto diffusa e si registrano almeno venti milioni di casi di pertosse l'anno nel mondo, il 90% nei paesi in via di sviluppo con 200.000/300.000 decessi l'anno.



POLIOMIELITE

Fino a che l'eradicazione della malattia non è stata certificata, il rischio di infezione esiste nelle persone che si recano nei paesi endemici. Vi sono quattro paesi ove la trasmissione del ceppo wild non è stata mai interrotta: Afghanistan, India, Nigeria e Pakistan. Purtroppo da questi paesi il ceppo è circolato in altri sette dichiarati precedentemente polio-free: Angola, Chad, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Ghana, Niger e Sudan. Tutti i viaggiatori verso queste zone debbono provvedere a valutare il loro stato vaccinale. Negli adulti è consigliata una dose di richiamo con il vaccino parenterale.

MENINGITE MENINGOCOCCICA

Endemica nell'area che si estende trasversalmente dal Senegal all'Etiopia, prevalentemente durante il periodo da Gennaio a Giugno. Sono stati segnalati focolai anche in India e nelle regioni Amazzoniche. La vaccinazione è obbligatoria per entrare in Arabia Saudita durante il periodo del pellegrinaggio alla Mecca. Il vaccino tetravalente acwy, disponibile anche sotto forma di coniugato, si somministra in un'unica dose, e diventa protettivo dopo 15 giorni.

RABBIA

La vaccinazione è consigliata per i lavoratori che si spingono in zone molto isolate per periodi prolungati. La vaccinazione primaria pre-esposizione consiste nella somministrazione di tre dosi secondo il seguente schema: 0-7-21 o 28 giorni, con richiamo ogni 2-3 anni. In caso di morso di animale si somministrano 2 dosi post-esposizione ai giorni 0 e 3. Nel non vaccinato in caso di morso bisognerà somministrare immunoglobuline specifiche più 5 dosi di vaccino ai giorni 0, 3, 7, 14, 30.

MENINGOENCEFALITE DA ZECCHIE O TBE (TICK-BORNE ENCEPHALITIS)

L'encefalite da zecche (Tick Born Encephalitis - TBE) è diffusa nei seguenti Paesi: Stati Baltici, Austria, Repubblica Ceca, Ungheria, Russia, Siberia e Kazakistan. La trasmissione avviene da Aprile ad Ottobre. Nelle aree endemiche il virus può essere contenuto anche nel 10% delle zecche. La TBE è una malattia virale che colpisce il sistema nervoso centrale.

È causata da un virus, che viene trasmesso all'uomo attraverso la puntura di zecca. La zecca vive in prevalenza ai margini dei boschi, nelle radure, alla base dei cespugli e vicino ai corsi d'acqua (raramente sopra i 1.500 metri). Fortunatamente, non tutte le zecche sono infette e costituiscono pericolo di malattia. È bene evidenziare che, oltre alla vaccinazione, esistono semplici misure comportamentali che possono ridurre drasticamente il rischio di essere punti dalle zecche o di contrarre la malattia. Il ciclo vaccinale prevede la somministrazione di tre dosi, per via intramuscolare, a intervalli periodici (dopo la prima iniezione, occorre effettuarne una seconda a distanza di 1-3 mesi e una terza dopo 9-12 mesi). La dose di richiamo va effettuata dopo 3 anni.

ENCEFALITE GIAPPONESE

E' una patologia di frequente riscontro in Asia, trasmessa dalle zanzare del genere culex. Varia molto nelle diverse regioni in rapporto alla stagione per questo è opportuno chiedere informazioni ai centri di medicina dei viaggi prima di intraprendere un viaggio nel continente asiatico.

La vaccinazione deve essere presa in considerazione in occasione di soggiorni prolungati (maggiore di un mese) in regioni rurali: in particolare se si è vicino a piantagioni di riso o ad allevamenti di maiali.

La vaccinazione, ora disponibile anche in Italia, consiste in due dosi (0, 28) e conferisce un'ottima immunità per almeno un anno.

LA FEBBRE DENGUE

E' una malattia acuta, virale, trasmessa all'uomo dalla puntura di alcuni tipi di zanzara Aedes (Aegypti, Albopictus).

E' diffusa nell'Africa Sub - Sahariana, nell'America centrale ed in quella Sub - Tropicale, nei Caraibi, in tutto il Sud - Est Asiatico, nell'Asia sud -

Occidentale, in Oceania, ed in Estremo Oriente.

Dopo un periodo di incubazione di circa 2-7 giorni, questa malattia si manifesta clinicamente con brividi, febbre, cefalea, dolori ossei ed articolari, nausea, vomito, tumefazioni delle palpebre, emorragie congiuntivali ed esantema.

Negli adulti si possono anche verificare emorragie gastriche, sangue dal naso, ecchimosi e petecchie cutanee.

Poichè attualmente non esiste alcun vaccino (previsti due vaccini nel 2015 e 2017), la sola misura preventiva contro la malattia è il rigoroso rispetto delle norme comportamentali atte a ridurre il rischio di essere punti dalle zanzare (vedi il paragrafo specifico nel capitolo relativo alla malaria).

LA FEBBRE CHIKUNGUNYA

La febbre Chikungunya è una malattia trasmessa da un virus (CHIKV) caratterizzata da improvvisa comparsa di febbre alta e brividi, forte emicrania, dolore ai muscoli e alle articolazioni e vomito. E' una malattia che non viene considerata a rischio per la vita, tuttavia, nel 2005-06 nell'isola di Reunion 200 decessi sono stati collegati con questa febbre. Epidemie di Chikungunya sono state riscontrate nelle regioni tropicali e sub tropicali, specialmente in Africa, India, Sud Est Asiatico e Filippine. Nel 2007 si è verificata in Italia (Emilia Romagna) la prima epidemia europea, con 214 casi ed un decesso. Il virus si trasmette soltanto attraverso il morso infetto di una zanzara del genere Aedes albopictus (conosciuta anche come 'zanzara tigre'), Aedes polynesiensis e Aedes aegypti.

. Non si trasmette da uomo a uomo. Il periodo di incubazione è di 2-12 giorni. I sintomi si manifestano con febbre che può raggiungere i 39 gradi e che può durare una settimana, e spossatezza prolungata. Altri sintomi sono: mal di testa, vomito, mal di schiena, eruzione cutanea su mani e gambe

e fotofobia (il paziente non sopporta la luce). Se non curata prontamente questa febbre può portare complicazioni come polmonite e meningite. La persona infettata dal virus manifesta blocco muscolare e dolore articolare con conseguente impedimento nei movimenti. Nella lingua swahili (Africa Orientale) il termine chikungunya significa "quella che piega", il che rende un'idea delle conseguenze fisiche di questa febbre. Il dolore articolare dura una settimana ma può protrarsi anche per un mese. Oltre il 12% dei pazienti infettati dal virus manifestano sintomi cronici di dolore articolare. Non vi è un vaccino disponibile e l'unica prevenzione efficace è quella di proteggersi dalle punture di zanzare.



EBOLA

La malattia da virus Ebola (EVD) è una grave sindrome la cui diffusione sta interessando direttamente gli stati delle regioni dell'Africa occidentale Guinea, Sierra Leone e Liberia, definiti dall'OMS "Countries with widespread and intense transmission e indirettamente "localized Transmission" paesi worldwide quali Mali, Nigeria Senegal, Spain and USA. E' in atto inoltre un'epidemia di Ebola, causata da un ceppo virale differente, in Congo Repubblica Democratica

(D.R.C.) nella zona di Boende, 800 chilometri a nord-est di Kinshasa. Epidemie si susseguono, negli anni, in Congo D.R.C. L'origine del nome Ebola deriva proprio da un fiume congolese. Ebola si trasmette attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di animali infetti. In Africa, l'infezione è avvenuta attraverso la manipolazione degli scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, scimmie, antilopi di foresta e istrici infetti trovati malati o morti o catturati nella foresta pluviale. Le persone a più alto rischio di infezione sono gli operatori sanitari, i familiari o altre persone a stretto contatto con persone infette, persone che hanno contatto diretto con i corpi dei defunti nelle cerimonie funebri e i cacciatori nella foresta pluviale che entrano in contatto con animali trovati morti nella foresta. L'OMS ribadisce che il rischio di infezione per i turisti, i viaggiatori in genere ed i residenti nelle zone colpite, durante il soggiorno e durante il viaggio aereo, è considerato molto basso (a differenza di infezioni come l'influenza o la tubercolosi, Ebola non si diffonde per via aerea) se si seguono alcune precauzioni igieniche elementari quali:

- evitare il contatto con malati e/o i loro fluidi corporei ed evitare il contatto con i corpi e/o fluidi corporei di pazienti deceduti,
- evitare il contatto con fauna selvatica e il consumo di carne cruda. Tutti i prodotti di origine animale devono essere ben cotti prima del consumo,
- lavare frequentemente le mani con acqua e sapone o con soluzioni igienizzanti specifiche.

L'OMS, vista la recrudescenza della malattia, ha elevato al grado di "Emergenza Internazionale" l'epidemia in corso, ma nonostante ciò, ad oggi, non esistono restrizioni ai viaggi internazionali. L'OMS ha sollecitato inoltre i paesi interessati a condurre screening (misurazione della temperatura corporea) a tutte le persone in uscita dagli aeroporti internazionali, porti marittimi e principali valichi.

TRAVEL TO AND FROM EBOLA-AFFECTED COUNTRIES IS LOW-RISK HERE IS WHAT YOU NEED TO KNOW



WHILE TRAVELLING

If you develop a fever and Ebola symptoms yourself promptly inform airline personnel.

↑

fever, weakness, muscle pain, headache, and sore throat; followed by vomiting, diarrhoea, bleeding



AT AIRPORTS AND AT YOUR DESTINATION

Tutto quello che è stato scritto lo potete trovare in modo esteso su un APP Gratuita: Si Viaggiare, disponibile per IOS, Android, Windows 8. Troverete le schede aggiornate di tutti i paesi del mondo, oltre a tutta una serie di consigli molto utili, sia per il viaggiatore che per l'operatore sanitario.







Free Download

L'applicazione SAIPEM SI VIAGGIARE è la versione aggiornata in formato interattivo della terza edizione del collaudato manuale Saipem, curato dal Team medico (Nicosia, Consentino, Galdi e De Sanctis) fornisce una serie di indicazioni e accorgimenti essenziali per preparare un viaggio all'estero, valutando le peculiarità dei rischi infettivi. L'applicazione consente, inoltre, di programmare per tempo le profilassi necessarie (vaccinazioni, chemiopprofilassi, certificazioni...) e registrarne la periodicità e la scadenza.

PERMETTE DI AVERE A PORTATA DI MANO TUTTE LE INFORMAZIONI CRITICHE PER VIAGGIARE IN PAESI DOVE OGNI INFORMAZIONE IN PIÙ PUÒ RENDERE IL VIAGGIO PIÙ SICURO EVITANDO DI ESPORSI A RISCHI PER LA SALUTE.





Free Download

Bibliografia

- 1) DuPont HL, Steffen R. Text Book of Travel Medicine and Health, Decker Inc, 1997.
- 2) CDC. Health Information for International Travel 2010. The Yellow book
- 3) S. A. Plotkin, W.A. Orenstein. Vaccines. Third Edition. W. B. Saunders Company
- 4) Bisoffi Z, Napoletano G, Castelli F, Romi R, Linee guida per la profilassi antimalarica. Giornale Italiano di Medicina Tropicale. Volume 8, N. 1-4, 2003
- 5) Nicosia V, Le vaccinazioni in ambito lavorativo: ruolo del medico competente. Libro per il medico del lavoro.
- 6) P. Crovari, N. Principi. Le Vaccinazioni. Pacini Editore
- 7) www.who.int
- 8) www.cdc.gov
- 9) www.simvim.it
- 10) www.salute.gov.it



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

PIANO FORMATIVO ANMA 2015



L'impegno formativo profuso dalla nostra Associazione prosegue anche nel 2015 offrendo un percorso di aggiornamento professionale per i suoi Associati, e non solo.

Il nostro programma ECM avrà inizio a Bologna il prossimo gennaio con un ormai tradizionale corso di aggiornamento di 25 ore; a questo seguiranno le diverse iniziative dislocate territorialmente, le FAD, il Congresso Nazionale che avrà luogo a Riva del Garda dal 28 al 30 maggio e di cui anticipiamo il programma di massima:

la prima sessione di giovedì è dedicata alla tutela della professione e della dignità del Medico Competente, per proseguire il venerdì con una intensa riflessione sui tumori professionali, la giornata di sabato è dedicata al racconto e al confronto di esperienze a favore della salute, anche con uno sguardo oltre confine.

L'Evento è accreditato ECM Nazionale, al proposito ricordiamo che ANMA è Provider Nazionale Standard, per la Professione Medico Chirurgo e per la disciplina Medicina del Lavoro e Sicurezza nei luoghi di lavoro. Sono previsti 20 crediti formativi per 20 ore formative, nel rispetto delle disposizioni della CNFC.

Il sinottico che segue illustra il calendario delle nostre iniziative per l'anno che sta arrivando.

Un caro saluto a tutti,

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente ANMA

PIANO FORMATIVO ANMA 2015

ANMA - PROPOSTA FORMATIVA 2015

evento	tipologia	mese inizio	mese fine	numero moduli	ore formative	n. partecipanti	crediti previsti	SEDE DELL'EVENTO
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	maggio	5	25	40	27,2	Napoli
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	febbraio	aprile	5	25	40	27,2	Roma
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	febbraio	aprile	5	25	50	30,1	Milano
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	gennaio	febbraio	5	25	50	30,1	Bologna + 2 repliche
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	febbraio	marzo	4	20	30	27	Taranto + 1 replica a Bari da stabilire
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	maggio	5	25	40	27,2	Perugia
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	maggio	5	25	50	25,1	Padova
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	maggio	5	25	40	27,2	Genova + replica a Serravezza maggio-giugno
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	maggio	5	25	50	25,2	Ancona
CORSO DI AGGIORNAMENTO PER IL MEDICO COMPETENTE	RES	marzo	aprile	25	5	30	29,2	Torino
SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO	RES	marzo	//	1	5	100	5	Bologna
SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO	RES	aprile	//	1	8	100	8	Puglia
SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO	RES	maggio	//	1	5	100	5	Milano
SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO	RES	dicembre	//	1	5	100	5	Lombardia
AGGIORNAMENTI SULLE DERMATOPATIE ALLERGICHE PROFESSIONALI	FAD	giugno	dicembre	1	12	1000	12	www.anmafad.com
EDUCARE ALLA SALUTE L'AUTOTRASPORTATORE - AGGIORNAMENTI	FAD	giugno	dicembre	1	12	1000	12	www.anmafad.com
L'ORGANIZZAZIONE DEL PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA	FAD	giugno	dicembre	1	12	1000	12	www.anmafad.com
28° CONGRESSO NAZIONALE	RES	28-mag	30-mag	1	20	350	20	RIVA DEL GARDA (TN)

XXVII CONGRESSO NAZIONALE ANMA



SAVE THE DATE
28-29-30 maggio 2015
Palazzo dei Congressi - Riva del Garda (TN)

ANMA si prepara al XXVIII Congresso Nazionale e invita tutti i Soci, e non solo, a cogliere l'opportunità di incontrarsi al principale evento di formazione dell'anno organizzato dall'Associazione.

Il programma che il Comitato Scientifico sta definendo costituisce un'insostituibile opportunità di aggiornamento, confronto, dibattito per la community della Medicina d'Azienda e il Congresso Nazionale è il luogo ideale dove acquisire strumenti nuovi e contenuti di interesse per il nostro comparto.

Dalla vision della Medicina d'Azienda alla dignità della Professione, dai tumori professionali alla figura del Medico Competente promotore di salute al lavoro, dalla collaborazione con le Associazioni di settore e le Parti Sociali a uno sguardo oltre confine a favore della salute: sono questi alcuni degli argomenti che verranno trattati durante i tre giorni del Congresso.

Un ricco programma che anche per l'edizione 2015 si presenta con un'offerta di contenuti ampia e trasversale con contributi che saranno presentati da Relatori di alto profilo anche nella forma di case history, ricerche, riflessioni, tavole rotonde e forum di discussione.

Per aggiornamenti in tempo reale : www.anma.it



MATERIALE DI LAVORO

Massimo Servadio,
Psicologo del Lavoro e delle
Organizzazioni

STRESS LAVORO CORRELATO E GLI ATTORI DELLA SICUREZZA. L'IMPORTANZA DEL GRUPPO DI LAVORO NEL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA STRESS LAVORO CORRELATO

Ai fini della Valutazione del rischio da stress lavoro correlato, la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza, nel contenuto delle sue indicazioni del 17/10/2010, fa preciso riferimento all'adozione di un percorso metodologico ed in particolare alla costituzione di un gruppo di valutazione interno, composto dai principali attori della sicurezza con il supporto eventualmente di professionalità esterne esperte in materia.

La costituzione del Gruppo, ha come figure necessarie:

- Datore di Lavoro, come responsabile del Gruppo
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
- Medico Competente
- Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
- Professionista Esterno (es. Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni)

Un gruppo che, ai fini di una corretta ed efficace valutazione del rischio da stress lavoro correlato, è costituito da professionalità che devono interagire, interdipendere ed integrarsi rispetto alle proprie esperienze e competenze professionali. La logica emergente di conseguenza è necessariamente di tipo sistemico-circolare, che approcci il tema dello stress lavoro correlato e della sua valutazione in tutti i suoi aspetti specialistici e soprattutto in tutti i suoi effetti attivi e retroattivi, approccio molto distante dalla semplicistica logica lineare del causa-effetto. Per quanto concerne gli effetti, si cominciano a riscontrare nei tavoli "ispettivi" i feedback, soprattutto negativi, circa un'analisi e valutazione condotta spesso in modo sbrigativo e superficiale, ma soprattutto priva, nella maggior parte dei casi, dell'apporto del GRUPPO di LAVORO, precedentemente definito.

La valutazione deve essere esercitata in modo processivo e dinamico, nella quale la concertazione tra i membri del Gruppo di Lavoro, con l'allargamento ove possibile anche ai lavoratori "rappresentativi di mansione o di ripartizione organizzativa", deve essere continua e avere come "bussola orientativa" l'adozione di un comune senso di "principio di realtà" (derivante da una iniziale corretta costruzione di "sensemaking") rispetto al contesto organizzativo e sociale di riferimento. Fatto salvo che se la salute di per sé non è un bene negoziabile, la definizione e attribuzione di un "livello di rischio stress" inerentemente lostato psicofisico dei lavoratori e quindi il suo corretto inquadramento e dimensionamento nella realtà organizzativa, deriverà auspicabilmente dal confronto di istanze che nascono originariamente dall'interpretazione del ruolo prescritto (es.: Datore di Lavoro versus R.L.S.), ma che derivino soprattutto dai processi di interazione e relazione nel quotidiano organizzativo. Con l'approccio del lavoro di gruppo in un'ottica sistemico-circolare, il principio di realtà di cui sopra è garantito ed è garante per le posizioni in gioco, in una logica obbligatoriamente collaborativa e generativa che restituisca un corretto approccio alla valutazione. Nell'ipotesi, ma non troppo, scenario ove, sfogliando e analizzando un documento di Valutazione del Rischio da Stress Lavoro Correlato, emerga chiaramente che il Gruppo di Lavoro sia unipersonale, spesso nella figura del "tecnocentrico" RSPP, il rischio che lo stesso documento sia parziale, non approfondito e carente "tecnicamente" si avvicina al dato certo e diventa evidenza negativa facilmente percettibile da un attento e preparato esponente degli organi di controllo e vigilanza. Nelle mie esperienze professionali ultimamente sono prevalenti gli interventi sul post valutazione o a seguito di una valutazione attestata come carente dagli organi ispettivi (mi riferisco soprattutto a quelle che precedentemente ho definito di tipo

"unipersonale"); a tal riguardo il mio approccio iniziale è la costituzione del gruppo di lavoro di valutazione e quindi come presenze minime, Datore di Lavoro o suo rappresentante espressamente e "motivazionalmente" delegato, il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S./R.L.S.T.), il Medico Competente, l'R.S.P.P. e il sottoscritto come psicologo del lavoro esperto di analisi organizzativa. Se la dimensione e l'organizzazione aziendale lo permettono propongo fin da subito la cooptazione nel gruppo di lavoro anche di "rappresentativi di mansione o di partizione organizzativa". L'eterogeneità in termini di estrazione professionale, competenze e soprattutto esperienze permette infatti al gruppo di operare con una visione sistemica rispetto all'analisi sia degli esiti della raccolta degli eventi sentinella o di funzionamento aziendale, sia rispetto soprattutto all'attribuzione di valori dicotomici per quanto concerne le macrofamiglie di fattori appartenenti all'area del contesto e del contenuto del lavoro. L'approccio grupale e multidisciplinare permette anche di andare oltre all'approccio minimale offerto dalle check-list vigenti, permettendo di "osare" nel far emergere altri e più cogenti indicatori e fattori specifici per il contesto organizzativo in esame. Il lavoro di gruppo permetterà inoltre un lavoro attento e multifocale nella definizione degli eventuali interventi correttivi post valutazione preliminare, spesso di natura organizzativa, procedurale, tecnica, di comunicazione e formazione. Questa è un'altra faccia di una cultura aziendale della sicurezza che, "senza vergogna", si spogli delle posizioni di comodo e di resistenza ed offra ai lavoratori ed alle aziende in generale un esempio concreto di come tutti assieme senza stravolgimenti, voli pindarici e strumentalizzazioni, si possa affrontare una tematica, o meglio un rischio che non è più definibile come emergente, ma che ormai è oltre modo emerso e che attraversa tutto il nostro tessuto economico sociale. *Corrispondenza: Dott. Massimo Servadio, www.massimoservadio.com, servadio@massimoservadio.com*



MATERIALE DI LAVORO

Gruppo di Lavoro ANMA

Gilberto Boschioli,

Danilo Bontadi,

Giuseppe Briatico Vangosa,

Daniele Ditaranto,

Paolo Santucci

“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. Presupposto della medicina aziendale è una profonda conoscenza dell'azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento, presupposto è anche una stretta intesa con il management aziendale e i tecnici della sicurezza, una cordiale collaborazione con il consiglio di fabbrica, e una attitudine di comprensione e di aiuto verso i lavoratori. Ma questo non basta: un servizio medico aziendale ha bisogno di una organizzazione adeguata alle esigenze e all'ampiezza dell'azienda; ha bisogno di strumenti atti a misurare il rischio, ha bisogno di una buona conoscenza della selva di leggi e norme che regolano il lavoro...”

Questo testo sembra appartenere al presente e invece è stato scritto nel 1987 dal Prof. Enrico Vigliani, scienziato geniale, costantemente rivolto al futuro, nell'introduzione ai volumi 'Organizzazione della prevenzione in azienda' redatti dal GLAMA (Gruppo di lavoro permanente dei medici del lavoro responsabili di Servizi Aziendali), che nel corso dello stesso anno avrebbe fondato l'Associazione Nazionale medici d'Azienda (ANMA). Perciò il gruppo di lavoro ANMA, che ha recentemente redatto il Manuale Operativo del Medico Competente, non poteva che partire da questa riflessione, per ridefinire lo "stato dell'arte" della nostra professione, in modo chiaro e anche formalmente definito, esprimendo così il 'know how' acquisito in 30 anni di esperienza. Il Manuale operativo è stato presentato nella sua prima versione il 30 maggio 2014, in occasione del XXVII Congresso Nazionale dell'Associazione e costituisce uno strumento concreto e dinamico, che sarà aggiornato secondo necessità.

La finalità del Manuale coincide con gli obiettivi che ANMA si è data dalla sua fondazione: “consolidare un metodo di lavoro condiviso in grado di affrontare e risolvere i vari aspetti dell’attività professionale del medico d’azienda valorizzandone la figura ed il ruolo”.

Tuttavia nello specifico l’intenzione principale è di informare sugli adempimenti della nostra professione e soprattutto offrire un supporto pratico, sia ai medici competenti più esperti, sia alle nuove generazioni, che si avvicinano ad una professione sempre più complessa, ma ancora affascinante. Al fine di favorire la divulgazione del contributo, da questo numero verranno pubblicati alcuni dei paragrafi più significativi tratti dal Manuale Operativo. Il Manuale Operativo del Medico Competente è disponibile nella versione integrale all’interno dell’area riservata ai Soci del sito www.anma.it.

Visita agli ambienti di lavoro

Il MC ha libero accesso ai luoghi di lavoro, che visita ogni qual volta lo ritiene opportuno al fine di sempre meglio conoscere le attività lavorative e i relativi rischi.

DL può informare i RLS del calendario dei sopralluoghi del MC, ai quali RLS e RSPP possono partecipare.

Il fine sostanziale delle visite agli ambienti di lavoro è quello di verificare periodicamente la coerenza tra i profili di rischio (mansioni) conosciute dal medico competente e l’effettivo svolgimento dei compiti e delle attività lavorative. Il MC avrà quindi particolare attenzione per i cicli produttivi e la organizzazione del lavoro, le condizioni di esposizione dei lavoratori ai fattori di rischio segnalati, turni e pause del lavoro, le misure di prevenzione e protezione adottate collettive e individuali, la dotazione ed utilizzo dei dpi, le condizioni dei servizi igienici, ambienti di cambio vestiario e punti di ristoro/pausa dei lavoratori, l’organizzazione del Primo Soccorso.

DL può richiedere al MC di eseguire sopralluoghi per la valutazione di situazioni particolari. MC consegna al DL un breve documento che attesta l’esecuzione del sopralluogo.

Il presente documento è pubblicato da ANMA che è titolare del marchio registrato. ANMA autorizza a prendere visione dei contenuti del presente documento, farne copia, scaricare e stampare solo per uso personale, non imprenditoriale o commerciale. Inoltre, il documento in qualsiasi forma realizzato, riprodotto integralmente o parzialmente, potrà essere divulgato o distribuito solo previa l’autorizzazione di ANMA e dovrà sempre riportare gli autori, la fonte e la data.



Paolo Santucci,
Consigliere nazionale

VIDEOTERMINALISTA, 'MOUSE' E IDONEITÀ:

PRIMI ORIENTAMENTI OPERATIVI.

Introduzione

Il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi o patologie degli arti superiori non gode di una sufficiente attenzione nel panorama scientifico nazionale e internazionale, considerando che si tratta del principale strumento di lavoro in sedici milioni di postazioni sul territorio nazionale (12).

Perciò il medico competente, impegnato quotidianamente con la figura del videoterminalista, può manifestare dubbi e perplessità quando si tratta di formulare una eventuale prescrizione di fronte a disturbi o disfunzioni a carico degli arti superiori, con particolare riferimento all’utilizzo del mouse. Si concretizza poi una vera e propria problematica quando sono presenti patologie degli arti superiori correlabili alla mansione specifica (non vi sono certezze definitive e universali in tale ambito, 5, 9, 11) o comunque malattie soggette ad un possibile peggioramento, ricordando anche l’obbligo in capo al medico competente, derivante dall’art.41, comma 2, lettera c, D.Lgs. 81/08 e s.m.i.: “visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell’attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica”.

L’assenza di indicazioni operative in tale ambito costituisce perciò una criticità per il medico competente, chiamato a gestire casi, anche molto diversi tra di loro, per i quali sono difficilmente applicabili i comuni criteri di idoneità nell’ambito del rischio da sovraccarico biomeccanico dell’arto superiore.

Le Linee guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.) dedicate alle patologie muscolo scheletriche dell’arto superiore (2003) affermano che “...le indicazioni sul giudizio di idoneità vanno pertanto considerate con la dovuta prudenza: esse non scaturiscono solo da evidenze scientifiche, ma anche, e talora

soprattutto, dall'esperienza e dalla conoscenza dei problemi" (1).

Da tali considerazioni è nata l'idea di revisionare la letteratura scientifica del settore e soprattutto di raccogliere quelle 'esperienze e conoscenze dei problemi', patrimonio di tanti medici competenti, al fine di produrre una traccia operativa, che possa per lo meno orientare la formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione.

Al centro dell'attenzione c'è l'utilizzo del mouse, trattandosi dello strumento di lavoro che, per quanto riguarda l'utilizzo, prevale ormai sulla tastiera ed è azionato dall'arto dominante, a maggiore rischio di sovraccarico biomeccanico, sia per movimenti ripetitivi, che per posture incongrue.

Letteratura Scientifica

La letteratura scientifica nazionale non si è mai spinta al punto di produrre raccomandazioni o prescrizioni mirate all'utilizzo del mouse.

L'INAIL, per esempio, sostiene che "se si hanno problemi con le articolazioni dei polsi è bene provare ad usare una tastiera e un mouse ergonomici, alternativi al tipo tradizionale.." (6), ma non vengono specificati i modelli adottabili.

Nell'ambito della letteratura internazionale si individuano soprattutto studi su modelli 'alternativi' di mouse, che generalmente non attenuano il sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore rispetto ai modelli tradizionali (2, 3), mentre diverse indagini affermano che l'utilizzo del mouse convenzionale, inducendo l'estensione del carpo, incrementa il rischio di insorgenza della Sindrome del tunnel carpale (3, 7).

Non sono noti perciò studi dedicati alla scelta del mouse, o alla sua modalità di utilizzo, soprattutto in funzione della condizione fisica dell'operatore, ai fini della formulazione del giudizio di idoneità.

Tuttavia nel paragrafo successivo viene citata una indagine che ha messo a confronto diversi tipi

di mouse con riferimento al maggiore o minore coinvolgimento di alcuni muscoli dell'arto superiore attraverso la misurazione elettromiografica.

Esperienze e considerazioni

Un recentissimo contributo (MCJ n°3/2014) ha evidenziato un significativo beneficio in 10 operatrici su 10 selezionate, nell'ambito della sorveglianza sanitaria di n°990 video terminalisti (n°367 maschi, n°623 femmine), a fronte di disturbi/disfunzioni nel distretto mano-polso, attraverso l'impiego di mouse dalle dimensioni ridotte, 'mini-mouse', rispetto al modello tradizionale precedentemente usato, spesso in associazione al tappetino poggia-polsi (14).

Pur non trattandosi di un risultato statisticamente significativo, i primi dati sembrano individuare nella (piccola) dimensione del mouse di tipo 'tradizionale', un elemento importante per ridurre il disagio/dolore del videoterminista, affetto da disturbi/malattie dell'apparato estensore della mano, in particolar modo, **tendinopatie**.

Inoltre l'esperienza di alcune lavoratrici asintomatiche, che hanno utilizzato occasionalmente il 'mini mouse', sembra testimoniare il raggiungimento di un maggiore confort per la mano femminile, generalmente più piccola.



Figura: L'uso del mini mouse riduce l'estensione della mano ed attenua la tensione degli estensori

Nel caso particolare di una tendinite dell'estensore dell'indice, probabilmente favorita dai movimenti ripetitivi nel cliccare il mouse, è consigliabile impostare lo stesso puntatore nella modalità 'mancino', in modo da utilizzare il dito medio,

lasciando a riposo il 2° dito.

Non sono note invece indagini rivolte alla patologia osteoartrosica della mano (**rizoartrosi**) in relazione all'utilizzo del mouse, anche se l'impressione è che anche in questo caso possa derivare un beneficio dalla ridotta tensione delle strutture della superficie dorsale della mano, per esempio attraverso l'utilizzo del 'mini mouse'.

La cronaca giudiziaria ha invece permesso recentemente di svelare una problematica poco nota, almeno in questo campo.

E' il caso della **sindrome pronatoria dell'arto superiore**, giunta alla ribalta dopo la condanna dell'INAIL, con sentenza definitiva (14/2/2013) della Corte d'Appello dell'Aquila, a risarcire un danno biologico pari al 15 % per 'Tecnopatia procurata da "overuse" del mouse da computer', a favore di un bancario, 53enne, addetto alla movimentazione titoli, esposto al rischio dal 1983 nell'ambito dell'orario 8,15 - 17.

Secondo la CTU nella 'Sindrome da over use' "...accade che la ripetuta attività muscolo-tendinea esaurisca la capacità ricostitutiva dei tessuti (tendini, muscoli, legamenti, etc.) che manifestano un danno locale acuto di tipo flogistico; nell'esercizio cronico il danno cumulativo tende ad estendersi alle strutture limitrofe compromettendo il microcircolo di uno o di tutti i compartimenti (normalmente già poco estensibili) del segmento interessato con un sub-edema interstiziale ipertensivo che, l'eventuale ulteriore flogosi riparativa, stabilizza fino a provocare ispessimento e retrazione della trama connettivale ed un ulteriore aumento di tensione. Nell'avambraccio, questa condizione può condurre all'instaurarsi di una sindrome compartimentale cronica, con eventuale associato danno nervoso". Nell'ambito del contenzioso è stata perciò bocciata la tesi dell'Inail, secondo la quale l'uso eccessivo del mouse non poteva determinare la tecnopatia in oggetto,

ritenendo che la malattia fosse di natura congenita, poiché "lo sforzo richiesto ad un impiegato per manovrare il mouse del computer, non può giustificare.. un superlavoro del muscolo stesso". Nelle conclusioni della sentenza si legge che "...il consulente tecnico d'ufficio, sulla scorta della documentazione in atti, nonché di diretti e specifici accertamenti, tenendo anche adeguatamente conto degli elementi indicati dalla stessa parte attrice, ha accertato che il ricorrente è affetto da 'sindrome pronatoria con compressione del nervo mediano all'avambraccio destro da overuse', ed altresì stabilito che l'insorgenza di tale malattia deve ritenersi determinata dai fattori morbigeni cui il medesimo è stato nell'esercizio della sua abituale attività lavorativa".

Da questa sentenza, prima in Italia nel suo genere, nascono alcune considerazioni.

Come ricordato in altro contributo (11), non va trascurata, soprattutto nelle più grandi realtà lavorative, la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore, riferita alla mansione di videoterminista, seguendo le metodologie più diffuse. E prima ancora della auspicata valutazione è indispensabile verificare la rispondenza delle postazioni dotate di videoterminale, nei confronti delle indicazioni fornite dall'Allegato XXXIV del Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i.

Passando agli aspetti più specifici del caso, è facile commentare che una attenta sorveglianza sanitaria avrebbe potuto suggerire misure preventive precoci in modo da impedire il concretizzarsi di un patologia cronica con conseguente danno permanente significativo. Verosimilmente si sarebbe rivelata decisiva l'introduzione di un 'mouse verticale' che, impedendo la costante pronazione dell'avambraccio, avrebbe evitato la flogosi/ipertrofia del muscolo pronatore rotondo, a livello del terzo prossimale dell'avambraccio, con

compressione del nervo mediano, algie locali e ipodisestesie.

Un giudizio di idoneità comprensivo di questa prescrizione, con l'eventuale introduzione di pause aggiuntive, avrebbe probabilmente bloccato sul nascere l'insorgenza di una 'tecnopatia da mouse'.



Ma al giorno d'oggi la tecnologia, spinta anche da esigenze commerciali, ha prodotto nuovi modelli che cercano di accreditarsi come soluzioni ergonomiche ideali per l'utilizzo professionale.

Una ulteriore evoluzione del 'vertical-mouse' è costituita dall'Hand-Shoe-mouse, che si distingue per la posizione della mano, 'supinata' fra 15° e 25°, rispetto al piano orizzontale.

Alla luce dei dati strumentali, forniti da una indagine elettromiografica comparativa tra 8 tipi di mouse, questo modello sembra garantire una minore attivazione muscolare (ma riferita solo ai due muscoli estensori del carpo) ed una posizione complessivamente più naturale dell'arto superiore (15).

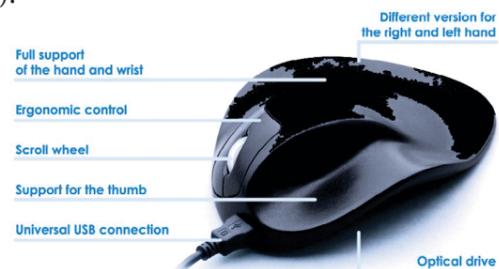


Figura: L'Hand Shoe Mouse sembra garantire una posizione ergonomica della mano

Perciò questo particolare mouse, dal costo tuttavia rilevante, sembra costituire un modello promettente per attenuare la tensione delle strutture estensorie e pronatorie dell'avambraccio, si pensi per esempio all'**epicondilite laterale** ma anche ad altre patologie sopra citate, tuttavia non sono ancora noti studi epidemiologici mirati o almeno esperienze dirette 'sul campo'.

Malattie come la **sindrome del tunnel carpale** e la **tendinopatia della cuffia dei rotatori** non sono certamente rare nella popolazione comune e pertanto neanche fra i lavoratori video terminalisti. Ad oggi non sono emerse indicazioni specifiche sul modello di mouse per la prevenzione della tendinopatia della cuffia tuttavia, in alcuni casi, ha dimostrato una certa utilità pratica l'aumento della sensibilità del mouse, attraverso un intervento sul 'pannello di controllo' del pc, che può produrre un 'risparmio' delle strutture mio tendinee afferenti alla cuffia stessa.

Alcuni studi attribuiscono invece al mouse tradizionale qualche responsabilità in merito all'insorgenza della sindrome del tunnel carpale. Perciò può essere raccomandabile l'uso del mini-mouse, che riduce la tensione degli estensori, oppure l'adozione di un tappetino poggia polsi, con il classico appoggio in gel. Il tappetino, eliminando l'estensione (o flessione dorsale) dell'articolazione radio-carpica (13), riduce la pressione all'interno del canale del carpo (3, 7), ed incrementa lo 'scarico' dell'arto superiore, riducendo così la tensione dei tendini estensori a livello del distretto mano-polso,

ma anche nella regione spalla-collo (10).



Figura: L'utilizzo di un poggia polsi sottile è sufficiente a ridurre di 10-20° l'estensione della mano

Un caso eccezionale, ma da tenere comunque in considerazione, è costituito dall'operatore al videoterminale con **dermatite di natura allergica**, a carico di pollice e/o indice, che può essere correlata all'utilizzo del mouse 'tradizionale' di colore nero.

In un caso recente, il medico competente, sospettando una allergia al nickel contenuto nel pigmento che 'produce' il colore nero nel rivestimento del mouse, ha prescritto l'uso di un modello di mouse di color bianco, che ha risolto empiricamente il quadro dermatologico della mano dominante. Evidentemente si è determinata una sensibilizzazione soltanto sulla superficie ventrale distale del dito indice, a causa del contatto continuo col mouse, mentre la discontinua digitazione con l'altra mano della tastiera, caratterizzata dalla stessa pigmentazione nera, non è stata sufficiente a produrre una analoga lesione allergica da contatto.

Corretta postura, aspetti organizzativi e riabilitativi

Il mantenimento di una **corretta postura**, nell'ambito dell'utilizzo del mouse, costituisce una premessa fondamentale, sia per prevenire possibili disturbi/disfunzioni, sia per attenuare le conseguenze di patologie in atto, correlabili o meno all'attività lavorativa, con riferimento all'Allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Perciò va ricordato che l'impostazione ideale prevede l'allineamento fra mano ed avambraccio (senza deviazioni ulnari o radiali) e l'appoggio dell'avambraccio sul piano di lavoro in un punto

a metà, circa, fra polso e gomito. Questo appoggio aiuta anche la posizione sufficientemente 'aperta' delle spalle, che in tal modo evita la contrattura e l'indolenzimento del muscolo trapezio, compreso tra collo e spalla.

E' importante anche la posizione della mano azionante il mouse che, lavorando 'di fronte' alla propria spalla, evita l'abduzione dell'arto potenzialmente a rischio per il distretto collo-spalla (4).

Nell'ambito dei criteri di idoneità alla mansione specifica può entrare in gioco anche l'**aspetto organizzativo**.

A questo proposito le Linee guida S.I.M.L.I.I. 2013, dedicate agli addetti ad attività lavorativa con videotermini (12), suggeriscono la "possibilità di inserimento/distribuzione opportune interruzioni". Tuttavia va sottolineato che il rispetto delle pause di Legge, oltre a garantire un ristoro per la prevenzione dell'astenopia occupazionale, contribuisce alla prevenzione di disturbi e disagi a carico degli arti superiori, soprattutto se viene eseguito un cambio della postura.

Le stesse Linee guida S.I.M.L.I.I. ricordano il ruolo dei fattori di rischio, organizzativi e **psicosociali**, insufficienti da soli a provocare malattie muscolo-scheletriche degli arti superiori (Upper Extremity - Work-related Musculoskeletal Disorder's, UE-WMD's), ma in grado di favorirne l'insorgenza con l'elevata ripetitività dei movimenti e le posture incongrue dell'arto superiore (12).

In diverse situazioni riveste un ruolo importante l'adozione di **misure riabilitative**, comprendenti cicli di fisiokinesiterapia e/o l'utilizzo di tutori specifici: questi ultimi si sono rivelati particolarmente utili, unitamente ad eventuale riposo ed utilizzo di analgesici/antinfiammatori locali, nel caso di tendiniti, quali per esempio, epicondilite laterale (gomito) e M. di De Quervain (Tendinite del pollice).

Se il caso lo richiede, è compito del medico competente incoraggiare le necessarie misure riabilitative, con il consenso del curante ed appoggiandosi ad uno specialista di branca, “scelto in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri” ai sensi di art.39 comma 5 D.Lgs.81/08 e s.m.i., qualora si riveli necessario alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Conclusioni

Nel tentativo di produrre una traccia operativa di taglio pratico, ovviamente non esaustiva, né tanto meno definitiva, si riassumono nella tabella seguente alcune evidenze, come ricordato più empiriche che scientifiche, quale sintesi dei dati offerti dalla letteratura e dell'esperienza dell'autore e di diversi medici competenti ANMA.

Condizione/patologia	Modello di mouse consigliato	Eventuali ulteriori prescrizioni
Mano piccola (taglia < 7)	Mini mouse	-
Tendinopatia estensore dita, Malattia di De Quervain	Mini mouse	Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su 'modalità mancino': uso 3° dito con 2° dito a riposo
Osteoartrosi- rizoartrosi	Mini mouse (?)	-
Sindrome del Tunnel carpale	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizzare l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°
Sindrome pronatoria, tendinite estensori, epicondilita laterale	Mouse verticale o 'Hand shoes mouse'	Con 'mouse tradizionale' uso tappetino poggia polso per ridurre tensione tendini estensori
Tendinite cuffia rotatori	Mouse tradizionale	Tappetino poggia polso – aumento 'sensibilità' mouse: limitare i movimenti della spalla
Sovraccarico/contrattura m.trapezio, paracervicale	Mouse tradizionale	Corretto appoggio dell'avambraccio (fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso
Dermatite da nickel	Mouse di colore bianco	-

In conclusione, sono sempre più frequenti i casi di lavoratori, e più spesso lavoratrici (14), addetti al videoterminale che, affetti da disturbi o patologie dell'arto superiore, pongono al medico competente il problema di un'efficace gestione del giudizio di idoneità con particolare riferimento al sovraccarico

biomeccanico dell'arto superiore dominante e perciò all'utilizzo del mouse.

Anche in questi casi una reale tutela della salute del lavoratore passa attraverso l'azione del medico competente finalizzata alla valutazione dei rischi, nella fattispecie con l'analisi delle postazioni dotate di videoterminale, ai sopralluoghi negli ambienti di lavoro, alla formazione dei lavoratori ed alla attuazione delle misure preventive, compresa la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Soltanto con la piena attuazione di questo consolidato percorso di prevenzione, potremo creare le premesse al raggiungimento di quel benessere lavorativo, spesso presente soltanto 'sulla carta', che riguarda la mansione probabilmente più diffusa in Italia: il 'videoterminalista'.

E' evidente per adesso la carenza di una letteratura mirata, che offra orientamenti pratici e consolidati.

Tuttavia, in attesa di autorevoli indagini epidemiologiche, ANMA propone questo contributo all'attenzione di tutti i medici competenti, quale occasione di riflessione e confronto, che permetta di incrementare le esperienze sul campo e di consolidare le indicazioni operative nell'interesse della nostra comunità e soprattutto di lavoratori e aziende.

Grazie a tutti i colleghi che mi supportano costantemente con l'invio di contributi dedicati ai videoterminalisti e più in generale al lavoro in ufficio. Questo articolo è dedicato a loro.

Bibliografia

- 1) Apostoli P, Bovenzi M, Occhipinti E, Romano C, Violante F, Cortesi I, Baracco F, Draicchio, Mattioli S., 'Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs)'. S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
- 2) Dehghan N., Choobineh A., Razeghi M, Hasanzadeh J., Irandoost M., Designing a new computer mouse and evaluating some of its functional parameters., J Res Health Sci. 2014;14(2):132-5.
- 3) Feathers DJ, Rollings K, Hedge A, Alternative computer mouse designs: performance, posture, and subjective evaluations for college students aged 18-25, Work. 2013;44 Suppl 1:S115-22.
- 4) Harvey R, Peper E., Surface electromyography and mouse use position., Ergonomics. 1997 Aug;40(8):781-9.
- 5) Ijmker S., Huysmans M., Blatter B.M., van der Beek A.J., van Mechelen W, Bongers P.M., Should office workers spend fewer hours at their computer? A systematic review of the literature, Occup. Environ. Med. Published Online First: 9 November 2006.
- 6) INAIL, Il lavoro al videoterminale, Edizione 2010.
- 7) Keir PJ, Bach JM, Rempel D. Effects of computer mouse design and task on carpal tunnel pressure. Ergonomics. 1999 Oct;42(10):1350-60.
- 8) Liu CW, Chen TW, Wang MC, Chen CH, Lee CL, Huang MH: Relationship between carpal tunnel syndrome and wrist angle in computer workers. Kaoshiung J, Med Sci; 19 (12): 617-23 (Dec 2003).
- 9) Meroni M., Battevi N., Vitelli N., Ricci M.G., Petri A., Menoni O., Colombini D., Indagine epidemiologica sulle patologie e sui disturbi muscolo-scheletrici degli arti superiori in un gruppo di 2022 videoterminalisti, La Medicina del Lavoro, Volume 101, n° 4, luglio-agosto 2010.
- 10) Onyebeke LC1, Young JG2, Trudeau MB1, Dennerlein JT, Effects of forearm and palm supports on the upper extremity during computer mouse use., Appl Ergon. 2014 May;45(3):564-70.
- 11) Pavione E., Santucci P, La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell'uso della tastiera, del mouse e del PDA-phone: una esperienza in una azienda multinazionale, Medico competente Journal n°4/2012.
- 12) Piccoli B., 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, Nuova Editrice Berti, 2013.
- 13) Santucci P, Il videoterminalista e il D.Lgs.81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, Monografia ANMA, 2009.
- 14) Santucci P, Pavione E., Bontadi D., Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo, Medico Competente Journal n°3, 2014.
- 15) Snijders C.J, Evaluation of 8 ergonomic computer mice, a regular mouse and the HandShoeMouse by Hippus Biomedical Physics and Technology, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, 2007.
- 16) Visser B, de Korte E, van der Kraan I, Kuijjer P, The effect of arm and wrist supports on the load of the upper extremity during VDU work., Clin Biomech (Bristol, Avon). 2000;15 Suppl 1:S34-8.



A cura di Piero Patanè
Consigliere nazionale

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

FIRMA DEL LAVORATORE AL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Un medico del Dipartimento Prevenzione Protezione sui luoghi di lavoro mi chiede di inserire la dicitura “giudizio di idoneità consegnato al lavoratore in data: xxx:”. Ho riguardato l'allegato 3A del TU e non mi sembra che sia riportata tale dicitura, il giudizio io lo consegno sempre alla fine della visita medica e fa fede la data riportata che attesta l'esecuzione della visita medica, se devo aspettare i risultati di un test di screening specifico la data in cui è stata effettuata la vm (contestuale al test) e il giudizio di idoneità espresso in data xxx (successivo alla vm) presa visione referto test di screening. Diverso è il giudizio che trasmetto al DL in cui viene esplicitato nell'ALL3A “giudizio di idoneità trasmesso al datore di lavoro trasmesso il xxx a mezzo xxx” Sono obbligata ad aderire alla richiesta dell'AUSL? sono sanzionabile? In attesa di un vs riscontro cordiali saluti Dott.ssa Ranieri

Quello della ‘firma a consegna’ è uno dei punti critici che nelle segnalazioni di Anma ai vari tavoli tecnici sono stati evidenziati come meritevoli di cambiamento in direzione di una semplificazione. Lo scopo evidente di questa indicazione è che il lavoratore venga a conoscenza in tempi ragionevoli del giudizio di idoneità. All'oggi la situazione è che ogni medico competente, a seconda di come si organizza per la consegna cerca di lasciare una traccia di questo atto fondamentale che è l'espressione del giudizio di idoneità e della sua consegna. Riteniamo che la tua condotta sia ineccepibile.

Questo non garantisce che il collega del Servizio di Prevenzione, che evidentemente ritiene che questo formalismo sia un piccolo passo per il MC ma un grande passo per la Prevenzione, possa ingaggiare un duello all'ultimo comma. Questa è l'amara realtà di molto pubblico potere: il mio regno per un cavillo! ... e ci fermiamo qui.



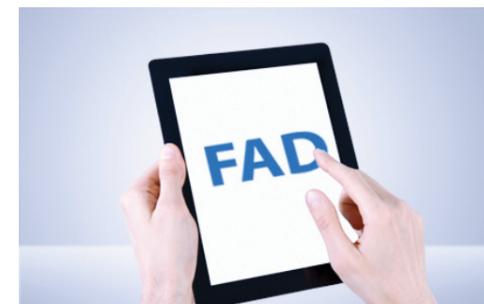
DOPO LUNGA MALATTIA IL RIENTRO COME SI SVOLGE?

Buongiorno, mio genero, dipendente Società Assicurativa, in malattia dal 27 dicembre 2013 per improvvisa patologia grave, deve rientrare al lavoro. Deve sostenere però la visita dal medico di lavoro. Gli è stato detto che non può essere in malattia per sostenere tale visita. Cosa succede se sospende la malattia e poi il medico non le consente il rientro? Cosa succede se interrompendo la malattia, attaccasse ferie e dopo il medico non lo ritenesse idoneo? Perde il diritto acquisito per malattia grave? Attendo riscontro e ringrazio anticipatamente.

Il suo parente TERMINA la malattia (e questo lo decide il medico curante non il paziente, non l'azienda) e per questo, se sottoposto a sorveglianza sanitaria secondo i criteri del D.Lo 81/08, rientrando DEVE essere visitato circa i possibili esiti della malattia che possono

renderlo più suscettibile ai rischi lavorativi: lo deciderà il MC. Quindi deve comunicare all'azienda la fine della malattia; superati i 60 gg si rende obbligatoria la valutazione del MC. Tale valutazione potrà concludersi con un giudizio: IDONEO, NON IDONEO, IDONEO CON LIMITAZIONI / PRESCRIZIONI. Tutto il resto è materia contrattuale che potrà valutare con una organizzazione sindacale.

Corsi FAD



Tre anni fa, ho fatto il corso FAD sul pronto soccorso. Gradirei rifarlo al fine di un aggiornamento. Posso nuovamente acquisire i crediti ECM? Oppure è passata troppo poco tempo e i crediti non sarebbero validi? Grazie Ornella Diana

Ogni anno i corsi Fad hanno un numero diverso di identificazione, quindi la risposta è SI. Non si può invece fare 2 volte nello stesso anno.

VALUTAZIONE DEI RISCHI – ATTIVITÀ LAVORATIVA DEI MOBILE WORKERS

VORREI GENTILMENTE SAPERE se recentemente è stato da Voi prodotto materiale per una corretta valutazione dei rischi circa il benessere psico-fisico dei mobile workers. In eni stiamo cercando di formulare un documento informativo per la redazione della valutazione dei rischi connessi all'attività dei mobile workers; un vostro contributo e supporto sarebbe molto importante per il raggiungimento dello scopo. grazie

Risposta a cura del dott. Paolo Santucci:

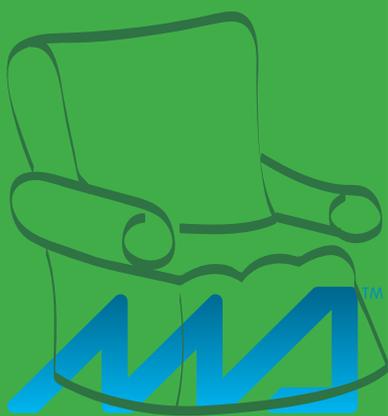
ANMA si è dedicata alle problematiche del ‘mobile worker’ a partire dal 2008, quando ha organizzato in collaborazione con la rivista Quattroruote, presso la pista di collaudo di Vairano di Vidigulfo (PV), il Corso di aggiornamento ‘Il Medico Competente in pista: come tutelare la salute del “mobile worker” (2 Febbraio 2008). Gli atti potrebbero essere ancora disponibili presso la Sede ANMA.

Tuttavia passando a contributi più recenti consiglieri di consultare l'articolo pubblicato sul Medico competente Journal (visibile anche sul sito www.anma.it) nei numeri 3 e 4/2011 e 1/2012 dal Collega Umberto Candura: L'idoneità alla guida in medicina del lavoro.

Inoltre è possibile consultare, sempre sul sito, un mio contributo del 2011 sulla prevenzione mirata al conducente di automezzo patente B.

Infine ricorderei anche il corso FAD tuttora fruibile, ‘Educare alla salute l'autotrasportatore’, a cura del Collega Luigi Aversa e del Presidente Giuseppe Briatico Vangosa.

Buon lavoro!



DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi,
Consigliere Nazionale

NATALE 2014

La fede, per me, è nata dall'incontro con Gesù.
Un incontro personale, che ha toccato il mio cuore e ha dato un indirizzo e un senso nuovo alla mia esistenza. Non si tratta di qualcosa di esteriore o di forzato, dunque, ma di qualcosa che emana da dentro e che si impone da sé.
Gesù in effetti colpisce, spiazza, innova.
(Papa Francesco)



Adorazione dei Pastori (particolare), di Gerrit van Honthorst (1619-1620)