

IN PRIMO
PIANO

2016. PIANO FORMATIVO



Il Piano Formativo ANMA è l'insieme di tutte le attività dell'Associazione volte alla diffusione, all'aggiornamento e alla condivisione delle conoscenze per migliorare le competenze nella nostra disciplina. Grazie all'esperienza specifica dei Formatori unita a competenze metodologiche e scientifiche, ANMA Provider nel 2016 ha previsto di organizzare eventi formativi destinati a un numero complessivo di partecipanti accreditabili fino a 5000 unità, di mettere a disposizione oltre 400 ore formative totali ed erogare oltre 500 crediti ECM complessivi. Le attività formative proposte sono in grado, perciò, di garantire al Medico Competente l'acquisizione dei 150 crediti ECM obbligatori per il triennio 2014-2016, di cui 105 devono essere conseguiti nella Disciplina Medicina del Lavoro, come determinato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Tra gli appuntamenti formativi residenziali che si svolgeranno in 11 Regioni, c'è da segnalare il Congresso Nazionale che, giunto alla sua 29^a edizione, si svolgerà a Torino dal 26 al 28 maggio 2016. Viene altresì dedicato ampio spazio alla Formazione a Distanza che proporrà, a partire dal mese di giugno, 4 corsi da svolgere completamente on line tramite il portale www.anmafad.com.

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, Pier
Agostino Gioffré, 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
2012-2016*)

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

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030
Rubano (PD)

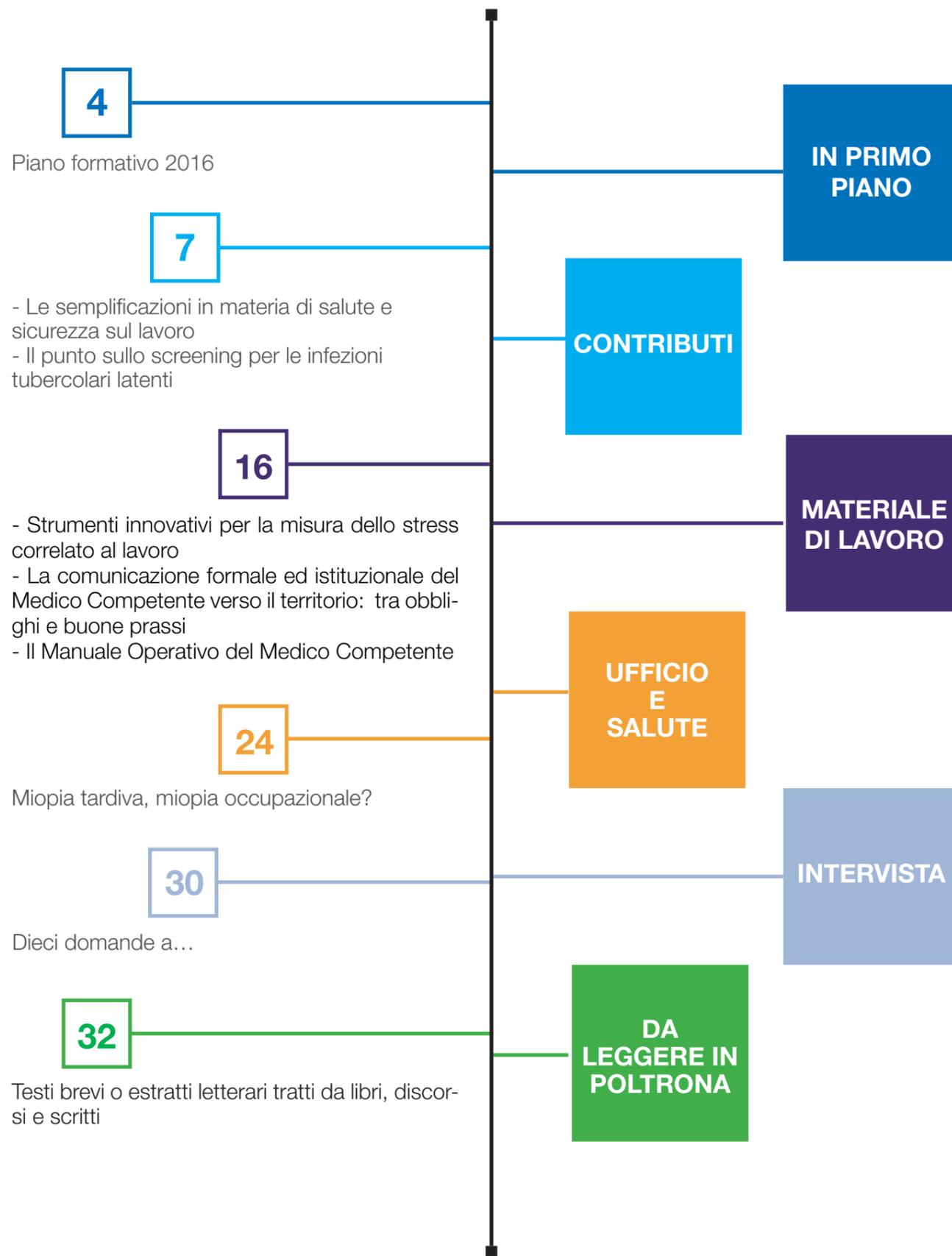
La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di € 100,00.
Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna
quota e pertanto possono associarsi **gratuitamente**.

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



SOMMARIO



Piano formativo 2016



PROVIDER NAZIONALE STANDARD

ANMA, in qualità di Provider Nazionale Standard (ID n. 670) riconosciuto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), progetta, sviluppa e gestisce programmi e attività formative in Educazione Continua in Medicina (ECM) specificatamente rivolti al Medico Competente.

Il Comitato Scientifico dell'Associazione, anche per il 2016, ha elaborato un Piano Formativo completo (con attività formative sia in modalità Residenziale che a Distanza) e finalizzato all'aggiornamento e all'acquisizione di nuove conoscenze e competenze qualitativamente utili per lo sviluppo professionale del Medico Competente.

CORSI E SEMINARI REGIONALI, CONGRESSO NAZIONALE, FAD

I Corsi e i Seminari regionali, che si svolgeranno in 12 Regioni dal nord al centro sud, il Congresso Nazionale, che si terrà a Torino a fine maggio e la Formazione a distanza, accessibile dalla piattaforma multimediale ANMAFAD, sono fruibili da Febbraio a Dicembre 2016.

Gli eventi formativi (sia in modalità RES che FAD) prevedono agevolazioni sulle tariffe e priorità di iscrizione per i Soci in regola con la quota associativa ANMA 2016.

Qui di seguito viene riportata l'anticipazione dello schema del Piano Formativo 2016 e a breve seguirà la pubblicazione della versione dettagliata con la presentazione del Presidente Giuseppe Briatico Vangosa.



PIANO FORMATIVO 2016 – ANMA PROVIDER N. 670

Sezione Territoriale	Tipo evento	Mese inizio	Mese fine	Numero partecipanti accreditabili	Ore formative totali	Numero moduli	Crediti erogabili
CAMPANIA - Napoli	CORSO	MARZO	APRILE	40	25	5	32,2
EMILIA ROMAGNA - Bologna	CORSO	FEBBRAIO	FEBBRAIO	50	25	5	31,1
	REPLICA CORSO	MAGGIO	MAGGIO	50	25	5	31,1
	SEMINARIO	APRILE	APRILE	100	5	1	5,0
LAZIO - Roma	CORSO	FEBBRAIO	APRILE	50	25	5	31,1
LIGURIA - Genova - Serravezza	CORSO	MARZO	APRILE	40	32	8	41,4
	REPLICA CORSO	MAGGIO	GIUGNO	40	32	8	41,4
LOMBARDIA - Milano	CORSO	FEBBRAIO	APRILE	50	25	5	31,1
	REPLICA CORSO	SETTEMBRE	NOVEMBRE	50	25	5	31,1
	SEMINARIO	MARZO	MARZO	100	5	1	5,0
MARCHE - Ancona	CORSO	MARZO	MAGGIO	50	25	5	31,1
	SEMINARIO			50	8	1	8,0
PIEMONTE - Torino	CORSO	MARZO	APRILE	30	25	5	33,2
PUGLIA - Taranto - Bari	CORSO	MARZO	APRILE	30	20	4	26,7
	REPLICA CORSO	SETTEMBRE	OTTOBRE	30	20	4	26,7
TRENTINO - Trento	CORSO	APRILE	MAGGIO	40	8	2	10,7
UMBRIA - Perugia	CORSO	MARZO	APRILE	40	25	5	32,2
VENETO - Padova	CORSO	MARZO	MAGGIO	50	20	4	25,1
CONGRESSO - Torino		MAGGIO	MAGGIO	400	20	4	20,0
FAD 1 -		GIUGNO	DICEMBRE	1000	12		12,0
FAD 2 -		GIUGNO	DICEMBRE	1000	12		12,0
FAD 3 -		GIUGNO	DICEMBRE	1000	12		12,0
FAD 4 -		GIUGNO	DICEMBRE	1000	12		12,0

XXIX Congresso Nazionale 2016

Torino 26-27-28 Maggio
Centro Congressi Lingotto

SAVE THE DATE

Dal 26 al 28 maggio 2016 il Centro Congressi Lingotto di Torino ospiterà il **XXIX Congresso Nazionale** e il Comitato scientifico, già al lavoro, sta definendo il programma dell'evento formativo. Nel corso del Congresso si svolgeranno anche le elezioni per il rinnovo delle cariche associative. Il confronto che avrà luogo nel corso delle tre giornate dei lavori consentirà al Medico Competente di acquisire crediti ECM per un valido aggiornamento sia su temi prevalentemente clinici che sugli aspetti più istituzionali del ruolo e della professione; agli Specializzandi in Medicina del Lavoro sarà offerta l'opportunità di ampliare le conoscenze della professione che stanno intraprendendo.

Ci auguriamo pertanto che l'impegno del Comitato scientifico di produrre un programma innovativo e con notevoli ricadute pratiche incontri il consenso di molti Partecipanti e auspichiamo che le giornate del Congresso servano anche a incrementare il senso di appartenenza all'**Associazione**. La location scelta, che si trova a pochi minuti di metropolitana dal centro, è il frutto di un'attenta riconversione di un complesso di officine che ha segnato la storia dell'industria italiana in un modernissimo centro polifunzionale. Torino si scopre attraverso le sue piazze, i monumenti, i musei e le residenze reali che testimoniano la storia, la cultura, l'arte e l'internazionalità della città.

Il Congresso sarà accreditato **ECM da ANMA** Provider Nazionale Standard n. 670 per la Professione Medico Chirurgo e per la disciplina Medicina del Lavoro e Sicurezza nei luoghi di lavoro.

Crediti formativi: 20 per 20 ore formative, nel rispetto delle disposizioni della CNFC.

Numero massimo di partecipanti: 400

Apertura iscrizioni: gennaio 2016

www.anma.it/anma-congresso-nazionale-2016/

CONTRIBUTI

Le semplificazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro

Mario Gallo, Professore a contratto di Diritto del lavoro nell'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi anni una delle esigenze più avvertite dalle imprese e dai medici competenti in particolare è la semplificazione della miriade di adempimenti di ogni genere che, ormai, hanno reso la materia della salute e della sicurezza sul lavoro un'autentica "palude" dove si nascondono mille trappole e insidie di ogni tipo. A tutto ciò si aggiunge anche un altro aspetto di non minore importanza; la disciplina, infatti, si presenta sempre più difficile da maneggiare senza danno per effetto di norme sempre meno organiche e spesso concepite anche in modo pedestre da un legislatore che, invero, appare assolutamente incapace di semplificare questo quadro a tinte sempre più oscure.

Un esempio emblematico, in tal senso, è il D.Lgs. n.151/2015, che nell'attuare la delega sulle semplificazioni in materia di lavoro prevista dalla legge n. 183/2014 (cd. jobs act) dichiara in modo eccessivamente enfaticamente voler realizzare la "Razionalizzazione e semplificazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro". Si tratta, però, di una dichiarazione solo di facciata; le semplificazioni, infatti, hanno scarsa rilevanza pratica mentre al contrario viene introdotto un nuovo meccanismo sanzionatorio "per soglie" in materia di formazione e di visite mediche che rischia di alimentare nuovi contenziosi e che aumenta nuovamente gli importi delle pene pecuniarie a distanza di appena due anni dal D.L. n.76/2013 che aveva già decretato l'incremento generale di circa il dieci per cento.

Il tutto seguendo uno stile tipicamente italiano che sta generando un quadro normativo, oramai, ai limiti della schizofrenia, e sempre meno comprensibile da parte dalle stesse autorità europee, vissuto quasi con rassegnazione dagli operatori come un "caos calmo".



RIPORTIAMO L'ARTICOLO DEL PROF. MARIO GALLO PUBBLICATO SU GUIDA AL LAVORO /IL SOLE 24 ORE NUMERO 38 DEL 2 OTTOBRE 2015 - PAGINE 62-63-64 SICUREZZA SUL LAVORO, IN MERITO AL D.LGS. 14 SETTEMBRE 2015, N. 151 (S.O. N. 53 ALLA G.U. 23 SETTEMBRE 2015, N. 221)

Con il decreto "semplificazioni" il governo modifica il testo unico della sicurezza e inasprisce le sanzioni su formazione e visite mediche

Il capo III del decreto semplificazioni, rubricato "Razionalizzazione e semplificazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro", contiene negli artt. 20 e 21 una serie di disposizioni che da un lato apportano alcune modifiche al D.Lgs. n. 81/2008, di cui alcune già da una prima lettura appaiono significative, mentre dall'altro introducono alcuni alleggerimenti degli adempimenti in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali previsti dal D.P.R. n. 1124/1965.

Omessa formazione e visite mediche: scatta il nuovo sistema sanzionatorio per soglie

L'art. 20, c.1, lett. i) del nuovo decreto, in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, ha inserito nell'art. 55 del D.Lgs. n.81/2008, il nuovo comma 6-bis, in base al quale in caso di violazione delle disposizioni previste dall'art. 18, c. 1, lettera g), in materia di visite mediche, e dall'art. 37, c. 1, 7, 9 e 10, in materia di formazione obbligatoria delle figure della prevenzione, se la violazione si riferisce a più di cinque lavoratori gli importi della sanzione sono raddoppiati mentre se si riferisce a più di dieci lavoratori gli importi della sanzione sono addirittura triplicati.

Si tratta, quindi, di un sistema sanzionatorio per soglie che gradua le pene in base alla gravità dell'illecito, misurata dal numero di omissioni dello stesso tipo riscontrate dagli organi di vigilanza (cfr. art. 13 D.Lgs. n.81/2008), ma che come già accennato suscita, invero, diverse perplessità.

Il reato di mancato controllo sanitario del lavoratore

L'art. 18, c. 1, lettera g), del D.Lgs. n.81/2008 stabilisce che il datore di lavoro e i dirigenti, che organizzano e dirigono le attività secondo le attribuzioni e competenze ad essi conferite, hanno l'obbligo di "inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a

suo carico nel presente decreto".

La violazione di tale disposizione determina a carico di tali soggetti una responsabilità penale di tipo contravvenzionale con l'applicazione della sanzione dell'ammenda da 2.192,00 euro a 4.384,00 euro (art. 55, c. 5, lett. e) che, ora, per effetto dell'accennata modifica come già rilevato quando l'illecito riguarda più di cinque lavoratori gli importi sono raddoppiati mentre se si riferisce a più di dieci lavoratori gli importi della sanzione sono triplicati arrivando in questo caso ad un massimo di ben 13.152,00 euro.

Tralasciando per il momento alcune considerazioni circa l'eccessivo aumento introdotto dal decreto "semplificazioni", per altro ad appena due anni dall'aumento del 9,60% introdotto dal D.L. n. 76/2013, appare necessario compiere due brevi riflessioni; la prima è che l'art. 18, c. 1, lettera g), del D.Lgs. n.81/2008, fa riferimento al mancato invio dei lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e, quindi, sembra che si possa ritenere che questo aumento trovi applicazione alle sole visite mediche periodiche e non a quella preventiva.

Su questo punto giova ricordare l'importante orientamento espresso recentemente dalla Cassazione, sez. III pen., che nella sentenza 15 luglio 2014, n. 30919 – riguardante il caso di omessa visita medica preventiva di videoterminalisti – ha affermato che proprio l'art. 18, c. 1, lettera g), del D.Lgs. n.81/2008 ".....la sorveglianza sanitaria, cui fa riferimento la predetta norma, è quella di cui all'art. 41 comma 2 lett. b) che prevede "la visita medica periodica".

Quanto, poi, alla nozione di "lavoratore" a cui fare riferimento per le predette soglie appare chiaro che non comprende solo i lavoratori subordinati (art. 2094 c.c.) ma anche gli altri equiparati dall'art. 2, c.1, lett. a), del D.Lgs. n.81/2008, come, ad esempio, i soci lavoratori, i collaboratori coordinati e continuativi (art. 409 c.p.c.) che prestano la propria opera nei luoghi di lavoro del committente, etc.

L'applicazione degli aumenti delle sanzioni in caso di omessa formazione

Come si è visto questo nuovo meccanismo

sanzionatorio introdotto dall'art. 20, c.1, lett. i), dal decreto "semplificazioni" si applica anche alle violazioni in materia di formazione riguardanti i lavoratori, i dirigenti, i preposti, gli addetti alle emergenze (incaricati dell'attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza) e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (art. 37, c. 1, 7, 9 e 10, D.Lgs. n.81/2008).

La mancata formazione delle predette figure della prevenzione comporta a carico del datore di lavoro e del dirigente una responsabilità penale di tipo contravvenzionale con l'applicazione della sanzione dell'arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.315,20 a 5.699,20 euro (art. 55, c. 5, lett. c).

Prime riflessioni sulle criticità applicative e sul principio di determinatezza della fattispecie penale

Rispetto alla previsione contenuta nell'art. 20, c.1, lett. i), di questo nuovo provvedimento si pongono, tuttavia, due ordini di problemi sull'omessa formazione; il primo è l'applicabilità del meccanismo sanzionatorio a soglie anche alle ipotesi di mancato addestramento e di mancato aggiornamento della formazione.

Si tratta di un profilo problematico non semplice a cui si abbina quello della formulazione in questo caso particolarmente infelice e superficiale della citata norma in cui si afferma che ".....se la violazione si riferisce a più di cinque lavoratori gli importi della sanzione sono raddoppiati, se la violazione si riferisce a più di dieci lavoratori gli importi della sanzione sono triplicati"; l'utilizzo genericamente del termine "lavoratore" crea nuovi spazi d'incertezza visto che le norme oggetto del meccanismo sanzionatorio a soglie riguardano anche altre figure diverse dal lavoratore, come il dirigente, preposto, etc. e come si è visto l'art. 2, c.1, lett. a) del D.Lgs. n. 81/2008, definisce distintamente i vari soggetti.

Ma la di là di ciò, che forse è superabile considerata anche la ratio della norma, il vero problema è quello che non è chiaro se il meccanismo vada applicato considerando separatamente le omissioni distinte per tipologie di soggetti o, viceversa, in modo complessivo per "totalizzazione"; in altri termini, se l'organo di vigilanza rileva, ad esempio, che un datore di lavoro ha omesso di formare tre lavoratori, il RLS, e due addetti alle emergenze non è chiaro se la sanzione rimane quella "base" o, viceversa, si

raddoppia secondo il nuovo meccanismo.

Nell'esempio prospettato, infatti, in totale non sono stati formati sei soggetti ma gli obblighi formativi che sono stati violati sono ben distinti secondo quanto previsto dall'art. 37 del D.lgs. 81/2008.

Per altro, non va dimenticato che il principio di tassatività (o di determinatezza) impone al legislatore, in una prospettiva garantista per il cittadino, l'incombenza di delineare con sufficiente precisione il contenuto della norma penale, così da offrire alla conoscenza dei consociati un quadro normativo certo e ben definito.

Le modifiche al campo applicativo del D.Lgs. 81/2008: il regime nuovo differenziato per il lavoro accessorio

Accanto alle modifiche dell'apparato sanzionatorio con l'art. 20, c.1, lett. a) e b), il legislatore delegato ha anche riallineato la disciplina del D.Lgs. n. 81/2008 alle ultime innovazioni introdotte dal D.Lgs. n. 81/2015, in materia di riordino delle tipologie contrattuali; infatti, è stato parzialmente ridisegnato il regime della sicurezza per il lavoro accessorio contenuto nell'art. 3, c.8, in quanto viene stabilito ora che per i lavoratori che effettuano prestazioni di questo tipo le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 81/2008 le altre norme speciali vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori si applicano nei casi in cui la prestazione sia svolta a favore di un committente imprenditore o professionista.

Nella nuova formulazione del c. 8 dell'art.3 è stato aggiunto anche che " Negli altri casi si applicano esclusivamente le disposizioni di cui all'articolo 21"; su questo punto la norma appare molto evanescente e rinvia nei casi residuali al regime di tutela più limitato previsto dall'art. 21 del D.Lgs. n. 81/2008, per i lavoratori autonomi, che comporta principalmente l'obbligo per gli stessi di utilizzare le attrezzature di lavoro e i DPI in conformità alle disposizioni di cui al Titolo III e la facoltà di chiedere di beneficiare della formazione prevista per i lavoratori e/o della sorveglianza sanitaria (art. 41 D.lg. n. 81/2008).

Continuano ad essere esclusi dal perimetro del D.Lgs. n. 81/2008, e delle altre norme speciali vigenti in materia di tutela della salute e sicurezza i lavoratori occupati in piccoli lavori domestici a carattere straordinario, compresi l'insegnamento privato supplementare e l'assistenza domiciliare ai bambini, agli anziani, agli ammalati e ai disabili.

Associazioni religiose e volontari

L'art. 20, c. 1, lett. b) ha, invece, operato una modifica del c. 12 – bis dell'art. 3, del D.Lgs. n. 81/2008, estendendo il già citato regime di tutela più limitato previsto dall'art. 21 dello stesso decreto anche ai volontari delle associazioni religiose e i volontari accolti nell'ambito dei programmi internazionali di educazione non formale; si osservi che sono attratti da tale regime anche:

- a. i volontari di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266;
- b. i volontari che effettuano servizio civile;
- c. i soggetti che prestano la propria attività, spontaneamente e a titolo gratuito o con mero rimborso di spese, in favore delle associazioni di promozione sociale di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 383, e delle associazioni sportive dilettantistiche di cui alla legge 16 dicembre 1991, n. 398, e all'articolo 90 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, nonché nei confronti di tutti i soggetti di cui all'art. 67, c. 1, lett. m), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917.

Valutazione dei rischi interattiva e nuovi strumenti per i datori di lavoro

Alcune modifiche sono state, poi, introdotte dall'art. 20, c.1, lett. e), f), del decreto "semplificazioni" in materia di valutazione dei rischi; il legislatore delegato, invero, anche in questo caso nei fatti non ha apportato nessuna semplificazione agli adempimenti del datore di lavoro in tale ambito e nell'art. 28 del D.Lgs. n. 81/2008, ha inserito un altro comma ancora, il 3-ter, il quale stabilisce che l'Inail, anche in collaborazione con le aziende sanitarie locali per il tramite del Coordinamento tecnico delle Regioni e gli organismi paritetici abilitati (art. 2, c. 1, lett. ee), rende disponibili al datore di lavoro strumenti tecnici e specialistici per la riduzione dei livelli di rischio.

La norma denota, quindi, un evidente carattere programmatico e d'altro canto occorre considerare che già oggi l'Inail è attivamente impegnato su questo fronte offrendo vari strumenti (studi, pubblicazioni, banche dati sui profili di rischio e

safety – ceck per attività, etc.).

L'altra modifica, invece, riguarda l'art. 29 del D.Lgs. n. 81/2008, dove è stato sostituito il comma 6-quater, che ora stabilisce che con decreto del Ministro del lavoro e P.S., da adottarsi previo parere della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, sono individuati strumenti di supporto per la valutazione dei rischi di cui agli articoli 17, 28, tra i quali gli strumenti informatizzati secondo il prototipo europeo OIRA (Online Interactive Risk Assessment); tale innovazione normativa appare molto significativa in quanto è un nuovo passo in avanti verso il miglioramento delle metodologie di valutazione dei rischi.

Svolgimento diretto del datore di lavoro dei compiti antincendio, primo soccorso ed evacuazione

Il legislatore delegato, poi, con l'art. 20, c.1, lett. g), è intervenuto anche sul regime dell'art. 34 del D.Lgs. n. 81/2008, riguardante lo svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi; tale norma consentiva al datore di lavoro nelle imprese o unità produttive fino a cinque lavoratori – tranne il caso di attività a maggior rischio previste all'art. 31, c.6 dello stesso decreto – di svolgere direttamente i compiti di primo soccorso, nonché di prevenzione degli incendi e di evacuazione, anche in caso di affidamento dell'incarico di responsabile del servizio di prevenzione e protezione a persone interne all'azienda o all'unità produttiva o a servizi esterni così come previsto all'articolo 31, dandone preventiva informazione al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

Con la modifica apportata ora è consentito ai datori di lavoro di assumere direttamente i compiti antincendio, primo soccorso ed evacuazione anche qualora l'impresa o l'unità produttiva superi i cinque lavoratori, fermo restando l'obbligo di prendere parte agli specifici corsi di formazione previsti dal D.M. Interni 10 marzo 1998 e dal D.M. n. 388/2003 (art. 34, c.2 – bis).

Tabella

LE PRINCIPALI MODIFICHE DEL D.Lgs. 151/2015 AL D.LGS. 81/2008

Strumenti per la valutazione dei rischi	Art. 28, c. 3 –ter	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivata l'attività dell'Inail a sostegno dei datori di lavoro per quanto riguarda gli strumenti tecnici e specialistici per la riduzione dei livelli di rischio.
Online Interactive Risk Assessment	Art. 29 – c. 6 - quater	<ul style="list-style-type: none"> • Con decreto del Ministro del lavoro e P.S. delle politiche sociali sono individuati strumenti di supporto per la valutazione dei rischi di cui agli art. 17, 28 e 29, tra i quali gli strumenti informatizzati secondo il prototipo europeo OIRA (<i>Online Interactive Risk Assessment</i>).
Visite mediche e formazione delle figure della prevenzione	Art. 55, c. 6-bis	<ul style="list-style-type: none"> • Introdotta un nuovo meccanismo sanzionatorio a "soglie". • In caso di violazione delle disposizioni previste dall'art. 18, c. 1, lett. g) (visite mediche obbligatorie), e dall'articolo 37, commi 1, 7, 9 e 10 (formazione dei lavoratori, dirigenti, preposti, addetti alle emergenze e RLS), se la violazione si riferisce a più di cinque lavoratori gli importi della sanzione sono raddoppiati, se la violazione si riferisce a più di dieci lavoratori gli importi della sanzione sono triplicati.
Abilitazione alla conduzione dei generatori di vapore	Art. 73 – bis	<ul style="list-style-type: none"> • Viene colmato un vuoto normativo che si era creato. • Con decreto del Ministro del lavoro e P.S. sono disciplinati i gradi dei certificati di abilitazione alla conduzione dei generatori di vapore, i requisiti per l'ammissione agli esami, le modalità di svolgimento delle prove e di rilascio e rinnovo dei certificati.
Formazione dei coordinatori nei cantieri edili	Art. 98, c.3	<ul style="list-style-type: none"> • L'allegato XIV relativo alla formazione dei coordinatori (per la progettazione e l'esecuzione) nei cantieri temporanei e mobili è aggiornato con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. • I corsi di cui all'allegato XIV, solo per il modulo giuridico (28 ore), e i corsi di aggiornamento

		possono svolgersi in modalità <i>e-learning</i> nel rispetto di quanto previsto dall'allegato I dell'Accordo Stato - Regioni del 21 dicembre 2011 relativo alla formazione dei lavoratori.
Rumore	Art. 190, c.5 - bis	<ul style="list-style-type: none"> L'emissione sonora di attrezzature di lavoro, macchine e impianti può essere stimata in fase preventiva facendo riferimento alle banche dati sul rumore approvate dalla Commissione consultiva permanente di cui all'articolo 6, riportando la fonte documentale cui si è fatto riferimento. In tal modo viene snellito l'accesso alle fonti rispetto alla normativa previgente.
Lavoro accessorio	Art. 3, c.8	<ul style="list-style-type: none"> Ai prestatori di lavoro accessorio occupati da imprese e professionisti si applica il D.Lgs. n.81/2008 e le altre norme in materia di sicurezza. Negli altri casi si applica il regime di tutela più limitato già previsto per i lavoratori autonomi dall'art. 21 del D.Lgs. n. 81/2008.
Associazioni religiose e volontari accolti nell'ambito dei programmi internazionali di educazione non formale	Art. 3, c.12 bis	<ul style="list-style-type: none"> Anche ai volontari delle associazioni religiose e ai volontari accolti nell'ambito dei programmi internazionali di educazione non formale si applica il regime di tutela più limitato già previsto per i lavoratori autonomi dall'art. 21 del D.Lgs. n. 81/2008.
Registro degli infortuni	Art. 53, c. 6	<ul style="list-style-type: none"> A decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del decreto "semplificazioni" è abolito l'obbligo di tenuta del registro infortuni (art. 21, c. 4).
Antincendio, primo soccorso ed evacuazione	Art. 34	<ul style="list-style-type: none"> Consentito lo svolgimento diretto del datore di lavoro dei compiti antincendio, primo soccorso ed evacuazione anche per imprese che hanno più di 5 lavoratori.

CONTRIBUTI

Il punto sullo screening per le infezioni tubercolari latenti

Pier Agostino Gioffré, ANMA Lazio

La tubercolosi è attualmente uno dei più gravi problemi emergenti di sanità pubblica nei paesi industrializzati ed è sotto l'attenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità già dal 1993 (WHO, 2009).

In ambito sanitario, la trasmissione della tubercolosi sia tra pazienti che tra operatori sanitari è stata studiata e descritta nella letteratura scientifica in quasi tutti i paesi del mondo, indipendentemente dall'incidenza della patologia stessa nella popolazione locale (Moucaut et al, 2013).

In ambito professionale, la trasmissione ha una elevata prevalenza in particolare in aree cliniche quali i reparti di malattie infettive e i dipartimenti di emergenza ed è più probabile che si verifichi a partire da casi di tubercolosi non riconosciuti o impropriamente trattati.

Alcune azioni sanitarie, quali l'induzione della tosse o le broncoscopie, aumentano inoltre il rischio e nonostante la possibilità di trasmissione possa variare a seconda del contesto, del tipo di mansione e dell'efficacia delle misure di controllo, diversi studi di settore hanno dimostrato che la diagnosi dell'infezione latente è spesso tardiva (Ramirez et al, 2014; Gavria et al, 2010) e la vaccinazione non è efficace.

Lo strumento principale della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio, comprese le categorie degli studenti in medicina, specializzandi di area medico-chirurgica, allievi infermieri e tutti gli iscritti alle lauree sanitarie (Dlgs 81/08, titolo X), è la sorveglianza dell'infezione tubercolare latente, attraverso la quale è possibile identificare precocemente i soggetti infettati, verificare l'adeguatezza dei protocolli adottati e riclassificare i livelli di rischio (Ministero della salute, 2013).

Ad oggi lo screening per infezioni tubercolari latenti e per infezioni tubercolari attive è quindi un elemento fondamentale nei programmi di sorveglianza e prevenzione delle professioni sanitarie e va ad interessare una vasta gamma di mansioni.

Secondo le linee-guida del Ministero della Salute (2009) la procedura raccomandata è basata sul test cutaneo alla tubercolina (test di Mantoux), che era in precedenza l'unico test utile per rilevare l'infezione tubercolare latente. Il test di Mantoux è basato su una reazione di ipersensibilità ritardata di tipo IV che si verifica quando soggetti infettati dal *Mycobacterium Tuberculosis* sono esposti per via intradermica a



componenti antigeniche standardizzate dei micobatteri e numerosi studi ne hanno evidenziato ormai note limitazioni quali il notevole disagio della lettura dopo 24-72 ore, la reattività crociata con la vaccinazione BCG e con i micobatteri non tubercolari, i fenomeni di richiamo e la bassa sensibilità (Wrighton-Smith et al, 2012; Pareek et al, 2013). Attualmente, i test di Interferon-Gamma Releasing Assay (IGRA) sono uno strumento promettente per superare questi problemi e sono emersi come alternative per la diagnosi, ponendosi come gold-standard per gli esami di screening.



Due IGRA, il QuantiFERON-TB Gold ed il T-SPOT.TB, sono attualmente disponibili in commercio e hanno stimolato la ricerca scientifica sia nazionale che internazionale nella loro sperimentazione ed utilizzo nei programmi di screening sia a doppio passaggio (Mantoux e IGRA) che a singolo passaggio (solo IGRA) (Pottumarthy et al, 1999; Zhao et al, 2009)

Nonostante recenti studi stiano cercando un consenso unanime sulle modalità di utilizzo e sulla interpretazione dei risultati (Slater et al, 2012, 2013), vari autori hanno dimostrato come gli IGRA abbiano caratteristiche che li rendono interessanti per lo screening ripetuto che si opera in medicina del lavoro. Sono infatti test "ex vivo" a base di sangue che, a differenza del test di Mantoux, possono essere ripetuti un numero illimitato di volte senza rischio di sensibilizzazione o potenziamento.

Inoltre lo screening tramite IGRA può essere effettuato nell'ambito di una sola visita e non hanno bisogno di un protocollo di diagnosi in due fasi separate (somministrazione e lettura) come il test di Mantoux. C'è una forte evidenza da revisioni sistematiche di letteratura (Nienhaus et al, 2013; Moucaut et al, 2013; Giri et al, 2014) che i test IGRA, in particolar modo il QuantiFERON, hanno una eccellente specificità.

Nei paesi a bassa incidenza di tubercolosi, gli IGRA hanno un valore predittivo più elevato di progressione della malattia e pertanto sono in grado di migliorare sia l'efficacia che l'efficienza dei test di screening in lavoratori professionalmente esposti.



BIBLIOGRAFIA

1. WHO- WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households –2009 - http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf.
2. Moucaut A, Nienhaus A, Courtois B, Nael V, Longuenesse C, Ripault B, Rucay P, Moisan S, Roque-laure Y, Tripodi D. The effect of introducing IGRA to screen French healthcare workers for tuberculosis and potential conclusions for the work organisation. *J Occup Med Toxicol.* 2013 May 7;8:12. doi: 10.1186/1745-6673-8-12. eCollection 2013.
3. Ramirez HL1, García-Clemente MM1, Alvarez-Álvarez C1, Palacio-Gutierrez JJ2, Pando-Sandoval A1, Gagatek S1, Arias-Guillén M1, Quezada-Loaiza CA1, Casan-Clará P1. Impact of the Xpert(®) MTB/RIF molecular test on the late diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014 Apr;18(4):435-7. doi: 10.5588/ijtld.13.0747.
4. Gaviria MB1, Henao HM, Martínez T, Bernal E. The role of health care providers in the late diagnosis of pulmonary tuberculosis among adults in Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2010 Feb;27(2):83-92.
5. Ministero della Salute. Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati. Approvato come Accordo nella Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 7 febbraio 2013. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1901_allegato.pdf
6. Ministero della Salute. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto INF-OSS, Marzo 2009
7. Wrighton-Smith P, Sneed L, Humphrey F, Tao X, Bernacki E. Screening health care workers with interferon- γ release assay versus tuberculin skin test: impact on costs and adherence to testing (the SWITCH study). *J Occup Environ Med* 2012;54:806–815.
8. Pareek M, Bond M, Shorey J, et al. Community-based evaluation of immigrant tuberculosis screening using interferon γ release assays and tuberculin skin testing: observational study and economic analysis. *Thorax* 2013;68:230–239.
9. Pottumarthy S, Morris AJ, Harrison AC, Wells VC. Evaluation of the tuberculin gamma interferon assay: potential to replace the Mantoux skin test. *J Clin Microbiol* 1999;37:3229–3232.
10. Zhao X, Mazlagic D, Flynn EA, Hernandez H, Abbott CL. Is the QuantiFERON-TB blood assay a good replacement for the tuberculin skin test in tuberculosis screening? a pilot study at Berkshire Medical Center. *Am J Clin Pathol* 2009;132:678–686.
11. Slater M, Parsonnet J, Banaei N. Investigation of false-positive results given by the QuantiFERON-TB Gold In-Tube assay. *J Clin Microbiol* 2012;50:3105–3107.
12. Slater ML, Welland G, Pai M, Parsonnet J, Banaei N. Challenges with QuantiFERON-TB Gold assay for large-scale, routine screening of U.S. healthcare workers. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188:1005–1010.
13. Nienhaus A1, Costa JT. Screening for tuberculosis and the use of a borderline zone for the interpretation of the interferon- γ release assay (IGRA) in Portuguese healthcare workers. *J Occup Med Toxicol.* 2013 Jan 28;8(1):1. doi: 10.1186/1745-6673-8-1.
14. Giri P, Basu S, Sargeant T, Rimmer A, Pirzada O, Adisesh A. Pre-placement screening for tuberculosis in healthcare workers. *Occup Med (Lond).* 2014 Oct;64(7):524-9. doi: 10.1093/occmed/kqu107. Epub 2014 Aug 18.

Strumenti innovativi per la misura dello stress correlato al lavoro

De Santa Azelio, Progetto Salute Srl,
Gabielli Silvia, Mayora Oscar, Maxhuni Alban, CREATE-NET, Trento

INTRODUZIONE

Per il 53% dei lavoratori intervistati in Europa, lo stress risulta il più importante rischio percepito durante il lavoro con una crescita significativa negli ultimi anni. Il 27% dei lavoratori ha riportato di soffrire di 'stress, depressione, ansia' causata o peggiorata dal lavoro nei 12 mesi precedenti [1].

Secondo l'OMS, le patologie neuropsichiatriche rappresentano la seconda causa di morte prematura dopo le patologie cardiovascolari¹.

Il 79% dei manager europei riconosce la presenza di stress nei loro ambienti di lavoro e il 40 % ritiene che i rischi psicosociali siano più difficili da affrontare rispetto ai rischi lavorativi tradizionali². Per contro solo il 30% delle organizzazioni europee ha adottato procedure per gestirli³.

Attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie è oggi possibile monitorare importanti fattori relativi al contesto e contenuto del lavoro (e.g., carico di lavoro) e realizzare interventi preventivi dello stress e del burnout che non interferiscono con le attività lavorative quotidiane. Tale approccio consente inoltre di soddisfare in modo più efficace e personalizzato quanto previsto dalla legislazione specifica in tema di Salute e Sicurezza negli ambienti di lavoro (e.g., D.L.vo 81/2008).

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo tipo di innovazione è quello di realizzare e validare l'efficacia di applicazioni per dispositivo mobile (smartphone) e web che consentano di monitorare il benessere del lavoratore tramite la raccolta di dati oggettivi (e.g., carico di lavoro, attività fisica, interazione sociale) e soggettivi (e.g., questionari di autovalutazione del livello di stress percepito) per fornire all'utente un supporto contestuale e personalizzato a prevenzione dello stress lavoro correlato.

METODI

Uno studio di validazione di questo tipo di applicazioni è stato condotto a Trento con 30 lavoratori appartenenti a due diverse organizzazioni (età media 37.46 ± 7.26 anni).

Ai partecipanti è stato chiesto di utilizzare l'applicazione per smartphone nel corso di 8 settimane al fine di monitorare il loro livello di benessere al lavoro confrontando i dati sulla percezione soggettiva di stress dichiarata dal lavoratore (tramite breve questionario somministrato via smartphone tre volte al giorno, al mattino, al pomeriggio e al termine della giornata lavorativa, su una scala di valutazione dello stress in base ai valori 1-5, Fig.1) con la raccolta automatica di dati comportamentali, quali l'attività fisica condotta dai partecipanti durante l'orario di lavorativo misurata tramite sensori nello smartphone (accelerometro); l'attività sociale ed il carico lavorativo, derivati ad esempio dal numero di chiamate/SMS ricevuti; il contesto ambientale nel quale il lavoratore sta operando derivato dalla posizione dell'utente e dalla presenza/assenza di altre persone nelle vicinanze [2].



Fig. 1: Esempio di Questionario usato per rilevare la percezione soggettiva di SLC del lavoratore

¹WHO Regional Committee for Europe – 63rd session; riportato da The global burden of disease: 2004 update . Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en , accessed 30 August 2013)

²ESENER; EU OSHA, 2010a

³Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks - European Risk Observatory-2014 http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view

RISULTATI

Dall'analisi statistica condotta sui dati raccolti, comprendente un totale di 1517 osservazioni sui livelli di stress percepito, i partecipanti hanno riportato l'esperienza di eventi stressanti durante il 21.69% dei giorni della sperimentazione (Fig. 2).

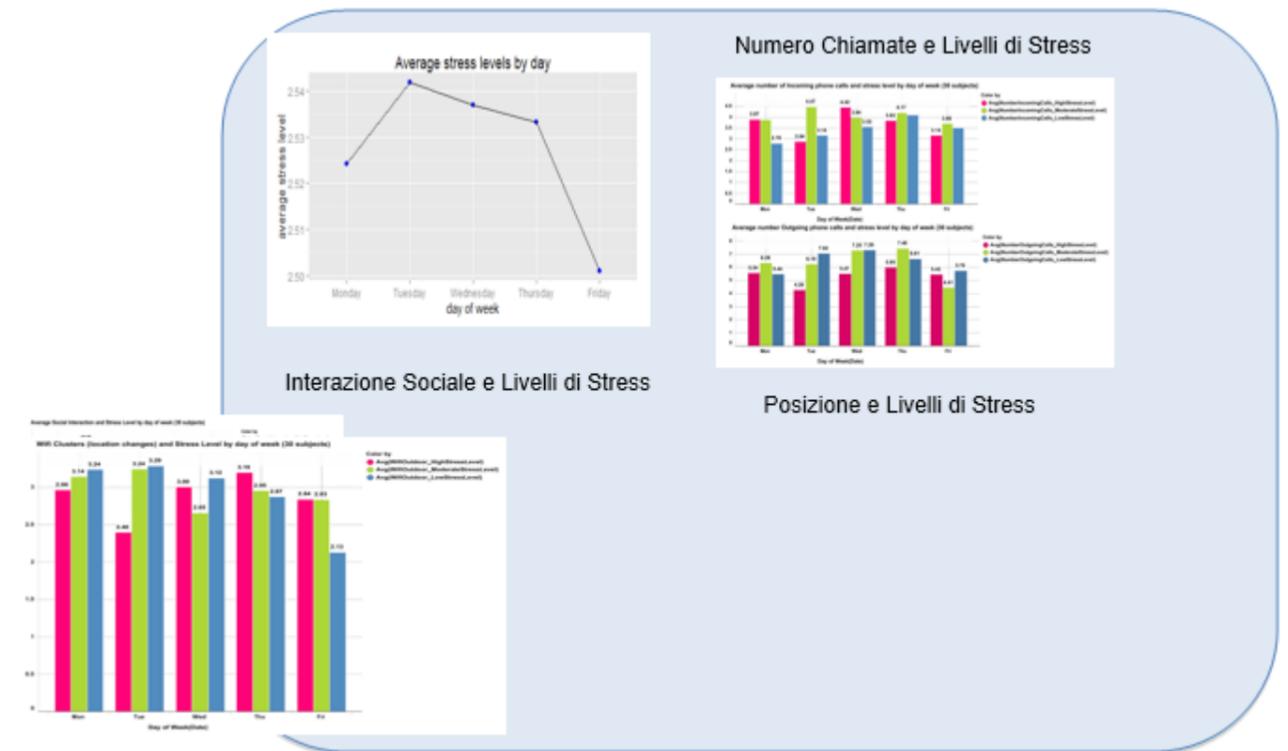


Fig.2: Valore Medio dello Stress giornaliero e correlazioni fra Stress e fattori quali il Numero di Chiamate, l'Interazione Sociale e Posizione dell'utente

Lo studio ha inoltre dimostrato l'efficacia dell'applicazione mobile nell'identificare con alta precisione e affidabilità (≈ 71%) condizioni di stress psicologico a partire dall'analisi automatica dei dati comportamentali. Questa analisi ha inoltre evidenziato un'alta correlazione positiva fra stress percepito dal lavoratore ed interazione verbale, la cui intensità è tipica nelle professioni a maggiore rischio di stress lavoro correlato, come insegnanti, personale che opera in ambito sanitario e a contatto con il pubblico [3].

CONCLUSIONE

Questo lavoro fornisce risultati empirici a favore dell'adozione di strumenti tecnologici e applicazioni mobile per una più accurata e completa prevenzione dello stress lavoro correlato nelle organizzazioni. Questi strumenti possono consentire un monitoraggio più efficace del benessere psico-fisico dei lavoratori nonché la realizzazione di interventi personalizzati a tutela della salute dei lavoratori. L'analisi dei dati raccolti, condotta su dati aggregati e nel rispetto della privacy, consente inoltre di informare le politiche aziendali per una migliore gestione delle risorse umane a livello organizzativo e di supportare l'efficacia di interventi di medicina del lavoro e counseling nell'ambito dello stress lavoro correlato.

BIBLIOGRAFIA

[1] European Commission, 2014. Eurobarometer 398 'Working Conditions'. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_398_sum_en.pdf

[2] E. Garcia-Ceja, V. Osmani, and O. Mayora, "Automatic Stress Detection in Working Environments from Smart-phones' Accelerometer Data: A First Step," IEEE J. Bio-medical and Health Informatics, 2015.

[3] R. Ferdous et al., "Investigating correlation between verbal interactions and perceived stress", Proceedings of IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBS), August 2015.

La comunicazione formale ed istituzionale del Medico Competente verso il territorio: tra obblighi e buone prassi

Umberto Candura, Vice Presidente ANMA

PREMESSE

Sempre più spesso troviamo in rete pubblicazioni che affrontano il tema della prevenzione con un **approccio globale nella società**, con raccomandazioni e buone prassi che spaziano dagli ambienti di lavoro a quelli domestici, a quelli legati allo sport ed al tempo libero.

Ad esempio L'ILO ha istituito nel 2015 il programma "Global Initiative on Occupational Safety and Health" per promuovere la riduzione dei 2,3 milioni di morti l'anno per infortuni sul lavoro e malattie professionali che oltre alle intense sofferenze umane provocano una riduzione stimata di circa il 4% del PIL mondiale ammontante a di 2.8 trilioni (2.800 miliardi) di USD di costi indiretti e diretti.

E' una visione "olistica" della salute pubblica che punta il dito anche sul c.d. gradiente sociale dell'aspettativa di salute, nel senso che le statistiche dimostrano che quanto più bassa è la posizione sociale e la cultura delle persone tanto maggiore è il grado di morbilità e mortalità.

Le disuguaglianze di salute sono causate dall'inequiva distribuzione dei determinanti di salute, come potere, reddito, beni e servizi, condizioni di vita povere e non eque e dalle differenze nell'adozione di comportamenti non salutari, che questi determinanti producono.

Altre ricerche riguardano gli *incidenti non intenzionali*, che rappresentano uno dei principali problemi di salute pubblica, totalizzando circa mezzo milione di morti ogni anno nella Regione Europea dell'OMS, ossia il 7% di tutti i decessi (*Injuries and inequities: Guidance for addressing inequities in unintentional injuries, WHO, 2014*).

Con questo si vuole sottolineare un orientamento diffuso anche nelle politiche prevenzione, che è quello di ragionare in ottica di sistema, per le naturali ricadute in termini di efficienza nel raggiungimento dei risultati, e che sicuramente sta investendo anche la figura del Medico Competente. Non sfugge infatti che il nostro ruolo sia ultimamente accompagnato da attese importanti dagli

interlocutori sociali, che devono portare a quella valorizzazione progressiva richiamata in primis dalla normativa: essa è difatti sempre più attenta ad una reale efficacia dell'azione preventiva (multidisciplinare) in ambito lavorativo, ma postula anche un ampliamento concettuale della mission in termini di salute e sicurezza, che non si limita certo entro i confini – peraltro fisicamente e giuridicamente sempre più sfumati – dell'ambiente di lavoro, ma contribuisce positivamente al benessere della collettività.

Ci supporta in questo la considerazione che l'attuale orientamento legislativo è da tempo indirizzato ad ampliare gli ambiti di competenza della salute e sicurezza sul lavoro, comprendendo anche:

- *la salute di terzi*
- *l'impatto ambientale (emissioni, rifiuti)*
- *il benessere della collettività*
- *gli interventi di promozione della salute*

In questo contesto il medico competente è chiamato ad integrare le sue attività di prevenzione anche con verifiche sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio dei lavoratori.

Come se non bastasse anche il profilo sanzionatorio allargato a compiti di "collaborazione" impone una decisa svolta verso quell'integrazione da noi da tempo invocata verso il sistema azienda ed il territorio.

Quindi riteniamo che per affrontare al meglio



tali cambiamenti, ma in genere per sviluppare quell'autorevolezza del ruolo che renda immuni dalle paventate distorsioni della condotta professionale (condizionamenti da dipendenza economica, contratti, tariffe, ecc.), sia imprescindibile il riferimento ad un modello "vincente" di MC basato su due aspetti strettamente correlati:

- 1) L'integrazione del MC nel contesto aziendale e nel territorio
- 2) Il perseguimento della qualità nelle sue prestazioni

In questo contributo cercheremo di analizzare il primo punto per la parte che riguarda i contatti con il territorio, che non offre precisi riferimenti normativi se non l'outcome documentale ben conosciuto come debito informativo sancito dalla Legge (referito, denuncia di M.P., Allegato 3B ecc.)

UNA PERCEZIONE CHE CAMBIA

Cominciamo col dire che in questi ultimi anni sta cambiando la percezione del MC:

- **Nelle aziende:** da soggetto statico e passivo, esecutore di obblighi di legge, viene ricercato per affiancare il DDL nell'affrontare temi non necessariamente vincolati dalla normativa.
- **Nella società:** si comincia ad intuire la grande potenzialità che ha questa figura nel condizionare positivamente lo stato di salute dell'intera collettività

Non sono trascurabili tra l'altro le ricadute sul mercato della professione del MC, per potenziare il quale si avverte appunto sempre più la necessità di codificare meglio le modalità di creare le giuste sinergie tra la Medicina d'Azienda e gli operatori della salute sul territorio.

Come già detto in altre occasioni probabilmente in alcuni settori della nostra stessa professione manca la piena percezione di questo cambiamento, e paradossalmente nel momento in cui inizia ad esercitare questo riconoscimento professionale, il MC rischia di rinchiudersi in una logica legalistica ed in una illusoria idea di monopolio (captive demand).

Ma oggi sembra chiaro che - a seguito dell'evoluzione storica del ruolo voluto dalla normativa, la trasformazione tumultuosa delle organizzazioni lavorative, la crescente domanda di benessere e di integrazione negli ambienti di lavoro, l'osmosi sempre crescente di problematiche tra lavoro e società - appare un anacronismo svolgere con efficacia la propria attività solo entro i confini tradizionali dell'ambiente di lavoro.

L'ambizione cioè è quella di proporsi come interlocutore attivo in una rete territoriale di scambio di conoscenze ed esperienze, che non miri semplicemente ad un assolvimento formale dei rapporti istituzionali previsti o collegati al rispetto del

D.Lgs. 81/08, ma che dia un contributo decisivo alla preservazione ed alla promozione della salute nella collettività.

In altre parole poter creare un network territoriale della prevenzione che abbia come protagonista il lavoratore/paziente e come obiettivo una tutela "globale" della salute.

Non siamo certo i soli a condividere questa analisi: dal documento della Regione Umbra (22 dicembre 2014, delibera n. 1722) "*Linee di indirizzo e standard di qualità per la sorveglianza sanitaria*" si traggono considerazioni del tipo "...Anche se non esplicitato dalla norma, appare evidente come un simile ruolo (MC) non possa che essere sostenuto da una complessa ed articolata rete di relazioni, formali ed informali, articolate e coinvolgenti DdL, SPP, RLS, Lavoratore (individuale e collettiva), Organi di Vigilanza, altri interlocutori (consulenti aziendali, medico famiglia, specialisti, tecnici, INAIL...).

LE NUOVE SFIDE

Le patologie lavoro-correlate, ambiente-correlate e la salute psichica sul lavoro, l'invecchiamento della popolazione e la disabilità al lavoro, la sicurezza della collettività, la promozione della salute, le certificazioni aziendali: sono alcune delle problematiche individuate come tema di aggiornamento ECM da ANMA negli ultimi anni in quanto sono il nuovo banco di prova della capacità di adattamento della disciplina ad un mondo che cambia. Ma anche la precarizzazione del lavoro ed i contratti atipici, la polverizzazione del sistema produttivo, le peculiarità del mercato dell'offerta di servizi in SSL sono altrettante sfide che richiedono una comunicazione sempre più stretta con il territorio.

In questo ambito si giocano anche le carte di un servizio con più alto grado di soddisfazione per il cliente impresa, ma anche per il lavoratore, considerate le attese che oggi spaziano ben al di là della compliance normativa, e si contribuisce maggiormente alla percezione del buon investimento in prevenzione.

Citiamo al riguardo lo studio "*The return on prevention: calculating the costs and benefits of investments in occupational safety and health in companies*" (ILO /ISSA. 2014), condotto in circa 300 aziende in quindici Paesi, che ha rilevato come ogni euro speso in prevenzione garantisca un ritorno economico (il cosiddetto Rop, acronimo che sta per "return on prevention") decisamente superiore, pari in media a 2,2 euro. Analizzando alcune singole voci, inoltre, le variazioni sono ancora più sensibili: la ricerca ha stimato, infatti, che la sorveglianza sanitaria e i check-up hanno un Rop di 7,6 (un euro, di fatto, ne frutta 7,6) e la formazione un Rop di 4,5.

Ed in genere in tali iniziative appare essenziale sviluppare un efficace livello di comunicazione – sia interna all'azienda che sul territorio - rispettivamente per coinvolgere e motivare al cambiamento, ma anche per generare valore per l'azienda attraverso la reputazione di **soggetto socialmente responsabile** rispetto alla sicurezza.

Le sinergie territoriali con gli altri operatori incontrano peraltro spesso alcune criticità di ordine pratico, a partire da una scarsa predisposizione delle stesse figure interessate ad un proficuo confronto sugli obiettivi di sistema, ma in termini più generali la deriva "sociale" acquisita dalla Medicina Aziendale si iscrive in *un contesto normativo ed economico che appare sempre più inadeguato (unfit) nell'attribuire compiti e responsabilità di tipo "pubblicistico" al MC.*

Vanno ad esempio codificati, potenziati o rivisitati per un modello vincente di prevenzione:

- a) I rapporti con la Medicina di Base
- b) I rapporti con il SSN ed Università
- c) I rapporti con INAIL
- d) I rapporti con le ASSLL

L'INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

Nel Congresso ICOH di Milano del 2006 si parlò di "punto cieco" (blind spot) della **medicina di famiglia** ad indicare quanto il Medico di Medicina Generale (MMG) rimanesse solitamente lontano dagli aspetti lavorativi del paziente, lasciando questi ultimi esclusivo appannaggio della medicina di settore. Il bisogno complessivo di promozione della salute di una *persona che lavora* richiede sempre più l'auspicata interazione tra le due figure professionali del MMG e del Medico Competente.

Le opportunità di comunicazione tra MC, MMG, Specialista, Enti sono diverse:

- Malattie professionali (riconoscimenti) ed infortuni lavorativi (reinserimenti),
- Riscontri occasionali di alterazioni o patologie
- Cessazione rapporto di lavoro con esposizione a cancerogeni e/o ad altre sostanze con effetti a lungo termine
- Assunzione e/o reinserimento disabili

Ma anche tutte quelle condizioni cliniche che nel tempo potrebbero determinare idoneità limitate o inidoneità lavorativa o creare ripercussioni negative al Lavoratore sommandosi ai rischi professionali:

- Eventi acuti e/o degenze di rilievo
- Incidenti extra-lavorativi
- Patologie croniche riacutizzate



➤ Patologie invalidanti

Tutti eventi che comportano spesso la necessità di visite al rientro dopo assenza > 60 gg. ai sensi dell'art. 41, comma e-ter del D.Lgs. 81/08.

Ma l'assistito/lavoratore può recarsi dal MMG anche per:

- 1° certificato di malattia professionale
- Certificati continuazione infortunio
- Reinserimento lavorativo dopo malattia o infortunio
- Certificati per: *limitazioni attività, cambio mansione, esonero da utilizzo di DPI*

Ci sarebbe inoltre necessità di stabilire flussi informativi MMG > MC per:

- *lunghe degenze e/o patologie particolarmente invalidanti* per consentire visite mirate di idoneità alla mansione specifica al rientro in Azienda
 - segnalare *patologie che potrebbero aggravarsi* in seguito ad esposizioni ad ambienti lavorativi particolari o per mansioni specifiche del lavoratore
- e viceversa (MC > MMG) per:
- comunicare informazioni sanitarie, *emerse dalla Sorveglianza Sanitaria* in Azienda, che possono essere utili al Medico Curante (esposizione a rischi con eventuale impegno d'organo?)
 - fornire informazioni in merito ad esiti suggestivi per condizioni di rischio per patologie sociali (*Workplace Health Promotion*)

Dal progetto INSULA dell'INAIL traiamo qualche informazione in merito a queste sofferte dinamiche di comunicazione: per quanto concerne il Medico di Medicina Generale (MMG), negli ultimi 5 anni l'81,1% dei MC lo ha contattato per uno scambio

di informazioni sulla salute di un lavoratore affetto da patologie extralavorative

I MC sono d'accordo (molto, del tutto) con le affermazioni secondo le quali *i lavoratori non facilitano* lo scambio di informazioni (33,0%) ed i MMG *non sembrano interessati* alle segnalazioni

Nello specifico – pur essendo ritenuto difficoltoso – il contatto con il MMG viene considerato importante dal 66,8% dei MC, soprattutto per la gestione degli ex esposti a cancerogeni (65,1%)

Nel nuovo modello OT 24 INAIL del 2015 si conferma la norma premiale legata alla *"raccolta di informazioni anamnestiche dal medico di famiglia del lavoratore in merito alle patologie in atto o pregresse...tenendo conto della normativa attinente la trasmissione di dati sensibili"*

Appare logico peraltro non affidare alla buona volontà dei singoli professionisti iniziative che mostrano in tale contesto normativo evidenti limiti e criticità, tra le quali:

- *L'autonomia professionale* (intesa come orientamento culturale) e la mancanza di abitudine al confronto
- Problematiche inerenti le modalità di attivazione dei flussi informativi necessari
- Coinvolgimento del lavoratore e rispetto della Privacy (D.Lgs. 196/2003)
- Rielaborazione delle procedure per la *gestione delle risorse umane in Azienda*, con le modalità di formalizzazione delle comunicazioni con il territorio
- Possibilità di accesso alle informazioni sanitarie degli assistiti da parte del Medico Competente
- Elaborazione di un percorso formativo (ECM?) del Medico di Medicina Generale per potersi correttamente interfacciare con le problemati-

che di Medicina del Lavoro

Il vero problema è il rapporto tra il Medico Competente ed il collega di Medicina Generale o non è, piuttosto, *la mancanza di una codifica normativa relativa ai flussi informativi* tra Medico Competente e le Strutture Sanitarie Territoriali? Potrebbero svolgere un ruolo attivo, per il superamento di queste difficoltà, gli Organi di Vigilanza delle AA.SS.LL?

Non ci sembrano quesiti di poco conto nelle attuali contingenze di una professione alla quale è richiesta sempre più qualità nelle prestazioni, che spesso coincide con il superamento della semplice compliance normativa. (Tra l'altro ricordiamo che dalla ricerca CERGAS commissionata da ANMA nel 2012 risulta che un buon numero di MC intervistati - circa il 30% - esercita anche come MMG).

Ampi margini di miglioramento possono essere invocati anche nelle modalità di collaborazione tra le imprese e le **Strutture del SSN** per accertamenti di II livello, nell'ambito dell'iter di formulazione dei giudizi di idoneità ed ai sensi dell'art. 39, comma 5.

Dal citato Progetto Insula relativo alla figura del MC risulta che frequentemente i MC si sono rivolti a Strutture di II livello del SSN per:

- a) *una valutazione diagnostica di malattie da lavoro* (il 55,3%)
- b) *gestire idoneità difficili e/o complesse* (il 52,4%).

Il grado di difficoltà (su una scala da 1 a 5) si attesta su una media di 2,66 per il reperimento di una struttura di secondo livello e di 2,72 per il contatto con essa.

Per quanto attiene il livello di soddisfazione, relativamente alla capacità organizzativa della struttura di secondo livello ad effettuare accertamenti richiesti ed all'utilità nella risoluzione del problema specifico, si registrano punteggi medi rispettivamente di 3,26 e 3,27.

Dalla esperienza più personale mi sembra peraltro che alcune aree geografiche siano più penalizzate rispetto a quanto possano far pensare le suddette medie percentuali.

Non sempre poi il rientro degli infortunati dal periodo di inabilità INAIL risulta privo di imprevisti, in particolare perché non coincidono spesso i tempi delle guarigioni cliniche con quelli della piena riacquisizione dell'idoneità specifica. Nei contatti con l'Istituto assicuratore si registrano alcune criticità, che suggeriscono la necessità di flussi informativi più diretti ed un monitoraggio più attento di alcuni eventi:

- valutazioni prognostiche estremamente "varie-



gate” sul territorio

- dilatazioni “esponenziali” della prognosi
- prognosi “*clinica*” e recupero effettivo dell’ *idoneità specifica* alla mansione
- mancanza di informazioni di ritorno nelle istruttorie di riconoscimento di M.P.

In particolare si sottolinea la frequente difficoltà a coniugare quanto espresso dal documento di dimissione : *“L’Infermità è cessata e l’infortunato può riprendere il lavoro. E’ necessaria, ove ne ricorre l’obbligo normativo, l’effettuazione di una visita medica, da parte del M.C., prima della ripresa del lavoro al fine di verificare l’idoneità alla mansione ai sensi del D.Lgs 106/09”...* con i frequenti casi di postumi invalidanti con strascichi terapeutici e/o riabilitativi ovvero con risoluzioni chirurgiche previste dopo molti mesi.

Per chiudere questa rapida carrellata un accenno ai contatti con i **Servizi di Vigilanza delle ASSLL**. Naturalmente l’auspicio che essi possano basarsi su iniziative di :

- supporto tecnico
- orientamento giuridico e professionale
- confronto (pares inter pares) con altre professionalità

Ciò consentirebbe a nostro avviso di dare più efficacia ai fini della prevenzione anche alle funzioni proprie di:

- repressione dei reati
- individuazione delle responsabilità
- sanzioni
- segnalazione alla magistratura

Si è accennato alla necessità di condividere percorsi e standard di qualità nelle attività di prevenzione: un’attività sul territorio improntata su questi

obiettivi e più svincolata dalle richieste della Procura di turno apporterebbe sicuramente più vantaggi in termini di cultura della sicurezza.

LE CONCLUSIONI

L’attuale domanda di salute nella collettività non consente – oggi più di ieri – di operare in ambiti settoriali senza attivare le opportune sinergie tra gli operatori.

In particolare le richieste normative (e non solo) legate alla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro spingono i medici competenti al confronto in chiave collaborativa con gli altri sanitari sul territorio, in modo da perseguire *obiettivi di tutela globale sulla popolazione.*

Confluente all’obiettivo di cui sopra è l’imperativo di incrementare negli interlocutori sociali *il valore percepito del prodotto/servizio offerto dal MC*, anche con *il rafforzamento dei contenuti scientifici* attraverso le opportune sinergie ed alleanze finalizzate alla ricerca, con il mondo accademico ed Enti di ricerca. In particolare ci sembra opportuno riqualificare la portata dei dati aggregati della sorveglianza sanitaria (e delle attività di info-formazione ed educazione sanitaria) senza ridurre tale attività a *puro oggetto di controllo* da parte degli Organi di Vigilanza.

L’enfasi che l’attuale normativa (D.lgs. 81/08) attribuisce ad alcuni *aspetti burocratici della comunicazione del MC* ne svilisce la qualità e l’efficacia ai fini dell’obiettivo complessivo di sistema.

L’auspicio è che si lavori verso una codifica di quelle che sono attualmente le buone prassi di comunicazione in uso in molte realtà territoriali, per svilupparne l’appropriatezza e l’efficacia.

MATERIALE DI LAVORO

Il Manuale Operativo del Medico Competente

Gruppo di Lavoro ANMA - Gilberto Boschioli, Danilo Bontadi, Giuseppe Briatico Vangosa, Daniele Ditaranto, Paolo Santucci

Il 30 maggio 2014, in occasione del XXVII Congresso Nazionale, è stata presentata la prima versione del Manuale operativo del Medico competente.

Al fine di favorirne la divulgazione, in ogni numero del Journal viene pubblicato uno dei paragrafi più significativi.

Il Manuale operativo del Medico Competente è disponibile nella versione integrale all’interno dell’area riservata ai Soci del sito www.anma.it.

Relazione Sanitaria

Entro il primo trimestre dell’anno successivo all’anno di riferimento Il MC redige una Relazione Sanitaria annuale che illustra i dati statistici della popolazione al lavoro e i risultati anonimi e collettivi della SS. La RS è sempre inserita nell’ordine del giorno della riunione annuale di cui all’articolo 35 D.Lgs. 81/08, nel corso della quale il MC commenta i dati presentati, in particolare in relazione ai rischi presenti nelle attività lavorative, a eventuali malattie professionali riscontrate o a altre patologie che possano comunque essere poste in relazione con i rischi lavorativi. Anche per le aziende con meno di 15 dipendenti, per le quali non vige l’obbligo della riunione annuale, è opportuno che il MC rediga una relazione sanitaria annuale, pur coi limiti che la scarsa numerosità del campione pone, per comunque illustrare lo stato dell’arte e i risultati della propria attività. Il MC resta comunque disponibile a fornire informazioni e spiegazioni sulla RS su richiesta del DL, RSPP e/o RLS. I dati epidemiologici e statistici vengono inoltre utilizzati nel procedimento di VdR e sono sempre allegati al verbale della riunione periodica ex articolo 35 D. Lgs. 81/08.

Formazione e informazione dei lavoratori

Il MC collabora con il DL e con il SPP all’attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori (articolo 25 comma 1 lettera a) D.Lgs. 81/08) partecipando alla predisposizione dei piani di formazione previsti e concordando con DL l’eventuale propria partecipazione diretta ai corsi di formazione per le parti di competenza. Si ritiene comunque opportuno che MC partecipi sempre direttamente ai corsi effettuati per i dirigenti e i preposti, sia per le proprie competenze specifiche, sia per evidenziarne l’integrazione nell’organizzazione aziendale. Il MC sovrintende alla preparazione dei corsi di formazione per i lavoratori designati al Primo Soccorso. Anche in questo caso è opportuna la sua diretta partecipazione.

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.



Miopia tardiva, miopia occupazionale?

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

Il Journal n°4/2013 si è già occupato delle cause della miopia, in relazione all'utilizzo di pc, tablet e smartphone. Con questo contributo andiamo oltre, per capire qual'è la forma di miopia maggiormente indiziata per la correlazione con l'attività visiva ravvicinata, quale potrebbe essere la sua diffusione in una popolazione di video terminalisti e soprattutto che cosa può fare il medico competente per intervenire precocemente, anche in relazione alle (possibili) future ricadute sul piano medico-legale.

INTRODUZIONE

Come è noto, dalla letteratura scientifica degli anni '80 e '90, non sono noti studi che dimostrino la presenza di un danno lavoro-correlato all'apparo oculovisivo fra gli utilizzatori di videoterminale (1, 2, 3). Ma in realtà mancano indagini dove si analizzano lavoratori esposti a impegno visivo ravvicinato, protratto e statico, attività al videoterminale per esempio, con soggetti non (o poco) esposti a questo rischio, ancora meno per l'utilizzo di apparecchi di introduzione più recente, quali smartphone (PDA-phone) e tablet.

In ogni caso sono state accertate da tempo diverse 'alterazioni visive' derivanti dall'uso intenso del videoterminale, come allungamento del punto prossimo di accomodazione (PPA), comparsa o aumento delle forie e miopizzazione transitoria (4). Intanto si moltiplicano studi che dimostrano l'importanza dell'ambiente (ridotta esposizione quotidiana alla luce solare) per spiegare, almeno in parte, il notevole incremento della miopia fra i più giovani in Europa e soprattutto in Asia (5).

Ma al medico competente interessa maggiormente il ruolo del crescente utilizzo di interfacce uomo/macchina dotate di un display alfanumerico o grafico (4), videoterminali, smartphone e tablet soprattutto, che costringono gli occhi ad una messa a fuoco ravvicinata, protratta e statica, 'disabituandoli' letteralmente alla visione da lontano.

Questo meccanismo sarebbe alla base di una 'miopia evolutiva', favorita dal lavoro prossimale, denominata anche 'accomodativa' o pseudo-mio-

pia, che attraverso un andamento altalenante può cronicizzarsi, fino a produrre un difetto di rifrazione pari a mezza diottria, al massimo una diottria (6). Si tratta perciò di una miopia cronicizzata, tipica dell'età adulta che può identificarsi con maggiore certezza nella cosiddetta 'miopia adulta tardiva', la forma di miopia meno influenzabile da fattori genetici e perciò correlabile ad una attività visiva intensa e ravvicinata (7, 8, 9), possibile anche in campo professionale e non soltanto per l'utilizzo delle nuove tecnologie, basti pensare ai lavori di precisione oppure alla tradizionale lettura sul cartaceo.

Dopo aver identificato nella 'miopia adulta tardiva' la forma maggiormente indiziata, scopo di questo contributo è tentare una stima della prevalenza dei casi in una popolazione di video terminalisti, approfondire i casi selezionati per una prima comprensione dei meccanismi coinvolti e definire le possibili azioni prevenzionistiche, in attesa delle necessarie conferme statistico-epidemiologiche di ben altre dimensioni, non dimenticando i possibili futuri scenari soprattutto sul piano medico-legale.

LA MIOPIA: DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE

La miopia è un'anomalia rifrattiva, a causa della quale i raggi luminosi provenienti da un oggetto a grande distanza non si focalizzano sulla retina ma davanti ad essa. La conseguenza è che gli oggetti osservati tendono ad apparire sfocati, e la visione è migliore o nitida a breve distanza (10).

Perciò nell'occhio 'emmetrope' (normale) i raggi di luce entranti arrivano sulla retina a fuoco dando quindi una visione nitida dell'oggetto posto all'infinito. Nelle ametropie, invece, i raggi di luce non formano un'immagine a fuoco sulla retina, bensì davanti alla retina (miopia) o dietro (ipermetropia) (10).

In Europa la miopia colpisce più di una persona su 3 (35% circa), contro il 20% degli anni '70 e il 10% degli anni '30: in Italia il problema riguarda circa 12 milioni di persone ed il trend è in continua crescita. In genere insorge in età scolare, aumenta nel pe-



riodo dello sviluppo corporeo e tende a stabilizzarsi intorno ai 20-25 anni.

La miopia è dovuta generalmente ad una lunghezza eccessiva del bulbo oculare. Un'altra causa può essere un'alterata curvatura delle superfici rifrattive dell'occhio. Nelle fasi iniziali e intermedie della cataratta oppure a seguito di alterazioni metaboliche si può manifestare miopia a seguito di alterazione dell'indice di rifrazione dei mezzi oculari, in particolare del cristallino.

Oltre a questa classificazione prevalentemente ottica, ne esiste un'altra in base alla causa ereditaria oppure evolutiva: è noto da tempo che l'eccessivo sforzo e protrarsi del lavoro prossimale provoca o concorre a sviluppare miopia.

Diventa allora interessante classificare la miopia in base al momento di insorgenza: per esempio esiste una forma adulta 'precoce' e una 'tardiva' (11). La prima è maggiormente legata ad aspetti genetici ed alla storia familiare dei difetti refrattivi, nella seconda sembra predominante la componente ambientale e in particolar modo il lavoro prossimale (7, 8, 9).

La classificazione completa comprende:

- ❖ Miopia congenita, conosciuta anche come miopia infantile, è presente alla nascita e persiste durante l'infanzia;
- ❖ Miopia giovanile (youth onset myopia) si sviluppa presto nell'infanzia o adolescenza (6-15 anni), e il potere oculare continua a variare fino alla fine dell'adolescenza; in questo tipo è compresa la:
 - Miopia scolastica (school myopia) appare durante l'infanzia, particolarmente negli anni di scolarizzazione, è attribuita al lavoro prossimale impegnativo durante gli anni scolastici;
- ❖ Miopia adulta, distinguendo ulteriormente tra:
 - Miopia adulta precoce inizia tra i 16 e i 40 anni;
 - Miopia adulta tardiva il principio si ha dopo i 40 anni (10,12).

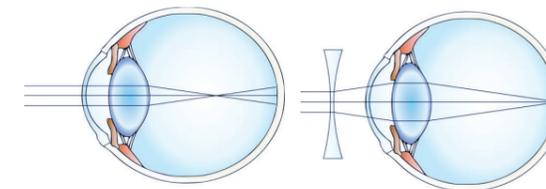


Figura 1. Occhio miope senza e con correzione di una lente negativa (www.wikipedia.org).

Perciò la miopia che può essere maggiormente accostata all'impegno visivo protratto statico e ravvicinato è la 'Miopia adulta tardiva' poiché compare dopo i 40 anni, non può avere legami con il processo di scolarizzazione, né è correlabile a fattori genetici.

E' quindi la miopia 'di riferimento' da monitorare per individuare i casi maggiormente sospetti per un legame con l'intenso lavoro prossimale.

Tuttavia la letteratura che si occupa da almeno trent'anni di miopia e lavoro prossimale proviene quasi esclusivamente dalla comunità scientifica degli oftalmologi.

LA MIOPIA E IL LAVORO PROSSIMALE

Dagli anni ottanta è nota la correlazione tra miopia e istruzione. Taylor, per esempio, riporta che la miopia è presente in maggior percentuale tra i bambini scolarizzati ed istruiti e meno prevalente tra i bambini analfabeti, ipotizzando che lo sforzo accomodativo* durante il lavoro prossimale possa essere un fattore causativo nello sviluppo della miopia (10, 13, 14).

**L'accomodazione è la proprietà che possiede il cristallino di modificare il suo potere rifrattivo in modo che un oggetto situato a distanza non remota (distanza inferiore a 5 m.) appaia nitida sulla fovea (4).*

I dati epidemiologici attuali evidenziano l'aumento apprezzabile, nelle ultime 2-3 generazioni, della prevalenza miopica in diverse aree di tutto il mondo. Poiché i caratteri genetici delle popolazioni non possono essere cambiati significativamente nell'arco di così poco tempo, è improbabile che fattori genetici abbiano giocato un ruolo in questa tendenza, ed è, quindi, più probabile che fattori ambientali abbiano influenzato la maggiore incidenza di miopia che caratterizza queste ultime generazioni (10).

Diversi studi sull'effetto della lettura hanno cercato di dimostrare la diretta relazione tra miopia e attività prossimali, soprattutto nelle popolazioni di studenti, ma tale relazione è molto complessa e

ancora poco compresa.

Le stime dell'esposizione al lavoro prossimale sono soggette a considerevoli errori di misura, inoltre, la diffusione della tecnologia attuale come computer, dispositivi di gioco, cellulari e smartphone ha aggiunto un livello di complessità maggiore alla domanda di lavoro prossimale.

Tuttavia dallo studio di Hepsen e Coll (9) emerge come la lettura e le attività prossimali possano causare un cambiamento miopico nei giovani adolescenti, attribuibile alla visione prossimale sostenuta, mentre una prova della progressione e dello sviluppo miopico del soggetto è stata accertata in popolazioni di studenti universitari da numerosi autori (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Perciò gli studi non mancano in campo oftalmologico, ma la letteratura è carente di evidenze in campo occupazionale.

Non sono note infatti indagini che mettano a confronto gli effetti sulla visione in popolazioni di soggetti esposti a basso impegno visivo occupazionale e soggetti esposti a intenso impegno visivo occupazionale.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria svolta ai sensi di D.Lgs.81/08 e s.m.i. per diverse piccole, medie e grandi aziende, durante l'anno 2015, sono stati monitorati i primi 500 operatori, tutti videoterministi ai sensi di legge (art.173 D.Lgs.81/08 e s.m.i.), al fine di individuare eventuali casi di 'miopia adulta tardiva'. Nell'indagine è stato considerato 'miope adulto tardivo' il soggetto che ha evidenziato una miopia dopo aver compiuto i quarant'anni, a seguito di controllo oculistico con prescrizione della relativa correzione, in modo da escludere casi di miopizzazione temporanea nel corso della giornata lavorativa.

Al termine del monitoraggio sono stati selezionati n°5 soggetti (3 maschi e 2 femmine) di età compresa fra 46 e 48 anni (ved. Tabella 1).

N° progr.- azienda	Iniziali lavoratore - genere - età	Correzione lenti per lontano in diottrie	Utilizzo VDT e distanza occhi-schermo	Utilizzo tablet	Utilizzo smartphone (PDA-phone)
1 - V	LP - M - 47	-1,25 sf; -1,00 sf	6-8 h/die-60 cm.	No	Aziendale 1 ora/die
2 - S	MF - M - 48	-0,25 sf; -0,50 sf	6-8 h/die-45 cm.	No	Personale ½ ora/die
3 - C	AC - F - 46	-0,50 sf; -0,75 sf	4-6 h/die- 70cm.	No	Aziendale 2-4 ore/ die
4 - V	FC - F - 48	-0,75 sf; -0,50 sf	4-6 h/die- 50cm.	No	Personale (come telefono)
5 - Si	LB - M - 48	-0,50 sf; -0,50 sf	4-6 h/die-40 cm.	Si raro	Aziendale (come telefono)

Tabella 1

Si tratta perciò di soggetti che, dopo aver registrato in passato una normale funzione visiva, hanno evidenziato da 2 a 5 anni prima dell'ultima visita medica un calo visivo, diagnosticato come lieve miopia da parte di oculista 'personale'. Da notare che in nessun caso è stato accertato astigmatismo associato alla miopia o comunque un valore meritevole di correzione con lente torica (cilindrica).

Dal punto di vista statistico la prevalenza dei casi di miopia adulta tardiva in questa indagine è pari all' 1,0 %, poiché si tratta di n°5 casi fra i 500 lavoratori visitati. Perciò con riferimento alla stima, approssimata per difetto, secondo la quale in Italia operano circa 16 milioni di videoterministi (4), in questo momento 160.000 lavoratori potrebbero essere affetti da una forma di 'miopia adulta tardiva'.

Se si considera il dato, puramente indicativo, per il quale la miopia colpisce quasi un quarto della popolazione italiana, le n°5 miopie tardive rappre-

senterebbero il 4% del numero complessivo delle miopie dei videoterministi analizzati.

CONSIDERAZIONI

Partendo dalla definizione di 'miopia adulta tardiva', che identifica maggiormente una forma causata o concausata dall'impegno visivo protratto statico e ravvicinato, sono stati selezionati n°5 casi in una popolazione di n°500 video terminalisti, proveniente da diverse aziende in occasione della sorveglianza sanitaria, svolta ai sensi di D.Lgs.81/08 e s.m.i..

La prevalenza dei casi di miopia adulta tardiva, pari all'1 % ed equivalente a circa 160.000 casi su scala nazionale, costituisce un dato significativo, sia considerando i possibili aspetti prevenzionistici, sia per quanto riguarda gli eventuali risvolti medico-legali e assicurativi.

I casi selezionati presentano caratteristiche tali da attribuire l'eventuale responsabilità dell'insorgenza

di miopia tardiva all'utilizzo per molti anni del monitor a ridotta distanza (da 40 a 60 cm), oppure, in un caso, all'uso relativamente recente, ma intenso di smartphone (PDA-phone) aziendale che viene distanziato, rispetto agli occhi, a soli 35 - 40 cm.. Il caso n°1, in particolare, merita una riflessione. È il caso nel quale è passato più tempo dall'epoca di insorgenza del difetto (5 anni), si tratta dell'operatore più esposto quotidianamente al videoterminale e presenta anche la miopia 'più avanzata' (-1,25 D; -1,00 D). Ma è difficile valutare un rapporto di proporzionalità fra questi parametri o promuovere un confronto della 'evoluitività' della miopia tra i cinque operatori, anche perché andrebbe considerata la 'partenza' della condizione visiva, emmetropia o lieve ipermetropia.

Un altro caso meritevole di attenzione è il n°3. L'introduzione dello smartphone aziendale con uso intenso, due anni prima della visita medica, ha coinciso con la comparsa della miopia giunta rapidamente a - 0,75 D e - 0,50 D. Va ricordato che l'utilizzo del PDA-phone richiede una distanza di visione piuttosto ridotta ed i caratteri risultano ben più piccoli rispetto allo schermo di un videoterminale. Si osserva come in questo caso la visione dello schermo a 70 cm per molti anni in passato non abbia favorito la comparsa miopia.

Perciò in n°4 casi su n°5 l'utilizzo del videoterminale sembrerebbe aver ricoperto un ruolo decisivo, attraverso la visione a ridotta distanza occhio-schermo, da 40 a 60 cm., considerando che venivano

utilizzati schermi compresi fra 17 e 21".

L'uso pressoché assente del tablet nei n°5 casi selezionati di 'miopia tardiva', non permette alcuna considerazione su questo tipo di dispositivo.

Ovviamente i dati esposti presentano un valore assolutamente preliminare, che necessita di un approfondimento sulle abitudini lavorative ed extralavorative dei soggetti selezionati e della popolazione analizzata, oltre che di una verifica dell'evoluitività del difetto visivo, al fine di comprendere meglio la 'quota' di responsabilità dell'attività prossimale professionale.

Tuttavia un corposo confronto statistico, fra popolazione lavorativa esposta e non esposta al rischio specifico, rappresenterebbe l'indagine ideale per accertare la correlazione con l'attività professionale dei casi di miopia adulta tardiva.

CONCLUSIONI

La miopia costituisce il difetto di rifrazione più diffuso, presenta una genesi complessa e multifattoriale, le cui cause non sono state ancora completamente definite (10). In considerazione del notevole incremento della miopia negli ultimi decenni si fanno sempre più larghe ipotesi 'ambientali', rispetto all'eziologia genetica, e tra queste spicca il cosiddetto 'lavoro prossimale' a giustificare soprattutto la 'miopia adulta tardiva'.

Questa forma di miopia si sta rivelando di interesse per i medici competenti, perché può essere accostata all'impegno visivo statico, protratto e ravvicinato.



nato che caratterizza l'utilizzo professionale di videoterminale, tablet e smartphone (PDA-phone).

Se questa correlazione trovasse una conferma definitiva, si dimostrerebbe ciò che fino ad oggi è stato categoricamente smentito: alcune attività professionali 'prossimali' possono causare o concausare, verosimilmente in soggetti predisposti, l'insorgenza di forme lievi di miopia adulta tardiva.

In questo caso si aprirebbe la strada ad un nuovo approccio prevenzionistico anche in considerazione delle inevitabili ricadute sul piano medico-legale/assicurativo.

Ma se il condizionale è d'obbligo verso futuri scenari medico-legali, quali indicazioni emergono adesso per il medico competente, dal punto di vista operativo, in attesa delle necessarie conferme?

A titolo cautelativo rimangono valide, anzi, promettono crescente credibilità, alcune raccomandazioni in parte anticipate in un articolo del 2013 (22), che si possono schematizzare nelle 4 R:

- Rispettare una maggiore distanza, rispetto al tradizionale range, 50-70 cm, nell'utilizzo di monitor più grandi, maggiori di 15".
- Ricordare all'operatore il rispetto delle pause di

Legge, per l'attività al videoterminale, meglio se caratterizzate dall'applicazione di tecniche di rilassamento

- Raccomandare l'abitudine a mettere a fuoco, quando possibile, una immagine ad almeno 5 metri, in modo da rilassare la muscolatura dell'occhio, interrompendo lo sforzo in accomodazione e convergenza oculare.
- Regolamentare l'attività con smartphone e tablet aziendale prevedendo pause e procedere a formazione-informazione mirata, come è già stato proposto per i disturbi muscolo-scheletrici (23).

Ma un fase di studio ed approfondimento del fenomeno 'miopia tardiva' non dovrebbe fare a meno dell'apporto dei medici d'azienda, vale a dire i medici competenti. Perciò diventa importante valorizzare casistiche e raccogliere osservazioni nel corso dell'attività professionale quotidiana, per concorrere alla raccolta di dati utili a comprendere come si sta modificando l'occhio umano, da 'cacciatore' a 'colletto bianco', a seguito dell'intenso e crescente utilizzo delle nuove tecnologie.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bagolini B, Ricci B, Molle F, Lepore D, Study on ocular motility in Telephone Company employees working with video display units: preliminary conclusions, Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 49-68.
- 2) Scullica L, Rechichi C, The influence of refractive defects on the appearance of asthenopia in subjects employed at videoterminals (epidemiologic survey on 30.000 subjects), Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 25-48.
- 3) Rechichi C, Scullica L, VDU work - Longitudinal survey on refractive defects, Acta ophthalmologica Scandinavica 1996, 74: 629-631.
- 4) Piccoli B., et Al., Linee Guida Società Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, 2013.
- 5) Morgan I.G., Ohno-Matsui K., Saw S-M, Myopia. The Lancet, 2012, 379: 1739 – 1748.
- 6) Ong, E. and Ciuffreda, K. J. - Accomodation, Nearwork and myopia. Optometric extension Program. 1997.
- 7) Saw S., Gazzard G., Au Eong K. e Tan D., «Myopia: attempts to arrest progression,» Br J Ophthalmol, vol. 86, pp. 1306-1311, 2002.
- 8) Jiang B., Schatz S. e Seger K., «Myopic progression and dark focus variation in optometric students during the firsts academic year,» Clin Exp Optom, vol. 3, pp. 153-159, 2005.
- 9) Hepsen I., Evereklioglu C. e Bayramlar H., «The effect of reading and near-work on the development of myopia in emmetropic boys: a prospective, controlled, three-year follow-up study,» Vision Research (Elsevier Science), vol. 41, pp. 2511-2520, 2001.
- 10) Bortoluzzi S. (Relatore), Ortolan D. (Correlatore), Dei Zotti Michela (Laureando), Tesi di laurea 'Miopia: fattori genetici e ambientali', Università degli studi di Padova, Corso di Laurea triennale in ottica ed optometria. Anno accademico 2013-2014.
- 11) Rossetti A. e Gheller P., Manuale di optometria e contattologia, Zanichelli, 2003.
- 12) A.O. Association, Optometric Clinical Practice Guideline: Care of the Patient with Myopia, 1997.
- 13) Taylor H., «Racial variations in vision,» American Journal Of Epidemiology, vol. 113, pp. 62-80, 1981.
- 14) Harb E., Thorn F. e Troilo D., «Characteristics of accommodative behavior during sustained reading in emmetropes and myopes,» Vision Research (Elsevier), vol. 46, pp. 2581-2592, 2006.
- 15) Kinge B., Midelfart A. e Jacobsen G., «Refractive errors among young adults and university students in Norway,» Acta Ophthalmol Scand, vol. 76, pp. 692-695, 1998.
- 16) Kinge B., Midelfart A., Jacobsen G. e Rystad J., «The influence of near-work on development of myopia among university students. A three year longitudinal study among engineering students in Norway,» Acta Ophthalmol Scand, pp. 26-29, 2000.

- 17) Dunphy E. e Stoll M., «Myopia among american male graduate students,» Am J Ophthalmol, vol. 65, pp. 518-521, 1968.
- 18) Zadnik K. e Mutti D., «Refractive error changes in law students,» Am J Optom Physiol Opt, vol. 64, pp. 558-561, 1987.
- 19) Kinge B. e Midelfart A., «Refractive changes among Norwegian university students: a three-year longitudinal study,» Acta Ophthalmol Scand, vol. 77, pp. 302-305, 1999.
- 20) Loman J., Quinn G., Kamoun L., Ying G., Maguire M., Hudesman D. e Stone R., «Darkness and near work, myopia and its progression in third-year law students,» Ophthalmology, vol. 109, pp. 1032-1038, 2002.
- 21) Jiang B., Schatz S. e Seger K., «Myopic progression and dark focus variation in optometric students during the firsts academic year,» Clin Exp Optom, vol. 3, pp. 153-159, 2005.
- 22) Santucci P., 'PC, tablet, smartphone e... miopia' in: Ufficio & Salute, Medico Competente Journal n°4/2013.
- 23) Santucci P., Pavione E., Tendinite da iperuso di PDA-phone?, XXIII Congresso nazionale ANMA, Venezia, Centro Congressi VTP, 10-12 giugno 2010.



LA TABELLA ANMA É UNO STRUMENTO FINALIZZATO AD ORIENTARE IL MEDICO COMPETENTE NELLA COMPILAZIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CON RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DEL MOUSE (RIF. MCJ N°4/2014):

SE HAI UN CONTRIBUTO DA INVIARE IN MERITO O VUOI COLLABORARE ALL'AGGIORNAMENTO DELLA TABELLA ANMA INVIA UNA MAIL A:

UFFICIOESALUTE@ANMA.IT



Dieci domande a...

Francesca Carlini, infermiera professionale al PSA Voltri Pra, Genova

1. MCJ: Quale tipo di attività si svolge all'interno del PSA Voltri Pra di Genova?

PSA Voltri Pra fa parte del gruppo PSA dal 1998, che è uno dei leader mondiali nel campo della gestione di terminal portuali per contenitori. Attualmente sono occupate ca. 700 persone che hanno acquisito in pochi anni una elevata professionalità e competenza



2. MCJ: Da quanti anni lavora al PSA Voltri Pra ?

Da 18 anni

3. MCJ: In che cosa consiste la sua attività?

La mia attività è di assistente di medicina del lavoro a supporto dell'attività del medico competente. Nello specifico mi occupo di scadenze accertamenti sanitari, supporto esecuzione esami strumentali e prelievi, gestione infortuni/malattie e Dispositivi di Protezione Individuale e della tipica attività da infermiera professionale, quali somministrazione farmaci, terapia intramuscolare, medicazioni, vaccinazioni.

4. MCJ: Con quanti medici ha lavorato in questi anni?

Per 17 anni con un solo medico, da un anno con due medici che operano in giornate differenti

5. MCJ: Quale impegno comporta lavorare fianco a fianco con il medico competente?

Lavorare a stretto contatto con il medico competente è ben diverso dall'operare con il medico ospedaliero. In un ambulatorio di medicina del lavoro, benchè il contatto non sia quotidiano, si instaura un rapporto di fiducia e condivisione decisivo per il miglior svolgimento di questa attività. L'impegno è anche costituito da molte attività svolte in autonomia, ma sempre nell'ambito del solco tracciato dal M.C.

6. MCJ: Qual'è l'aspetto più difficile e quello più gratificante della sua attività?

Forse l'aspetto più difficile è il non poter rendere noto tutto il proprio operato, per ovvi motivi di privacy, spesso caratterizzato da un costante supporto al lavoratore, che può andare dalla piccola pratica burocratica fino al grosso problema familiare con inevitabili ricadute sull'attività lavorativa. L'aspetto più gratificante in questi anni è stata la possibilità di conoscere la medicina di Azienda, grazie alla quale ho imparato tante cose sul campo, che non avevo acquisito sui libri.

7. MCJ: Tornasse indietro rifarebbe questa scelta o preferirebbe una attività ospedaliera?

Ho lavorato dopo il diploma 4 anni in corsia di Ospedale, ma posso affermare di avere fatto la scelta giusta, perché mi sento molto arricchita dai 18 anni trascorsi in un ambulatorio aziendale.

8. MCJ: La sua attività richiede un aggiornamento specifico ed eventualmente come avviene?

La mia attività in fondo è scandita dalle normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Perciò con l'aiuto dei medici competenti mi aggiorno sull'evoluzione della normativa stessa e, quando posso, mi aggiorno attraverso seminari o articoli sul web

9. MCJ: Il suo ruolo ha prospettive in una grande azienda?

Le prospettive ci possono essere, ma le ritengo sempre proporzionate alle dimensioni e al target aziendale.

10. MCJ: Consiglierebbe la sua attività ad una giovane collega?

Sicuramente sì, ma non come primo impiego professionale: ci si può trovare da soli in situazioni delicate ed è meglio avere già un minimo di esperienza..

*La redazione augura
Buon Natale
e Felice 2016
a tutti i lettori !*



A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

Per te, per te, per te, per me. Un amore attivo, reale. Un amore che guarisce, perdona, rialza, cura. Quando Gesù entra nella vita, uno non resta imprigionato nel suo passato, ma inizia a guardare il presente in un altro modo, con un'altra speranza. Uno inizia a guardare se stesso, la propria realtà con occhi diversi. Non resta ancorato in quello che è successo. E se in qualche momento ci sentiamo tristi, stiamo male, abbattuti, nel suo sguardo tutti possiamo trovare posto.

Papa Francesco

