

medico competente


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

JOURNAL

in questo numero

Indicazioni comportamentali per lavoratori che utilizzano il **telefono cellulare**

I temi della **previdenza sociale** tra gli strumenti del mestiere del MC

A proposito della formazione degli Addetti al **Primo Soccorso** nei luoghi di lavoro

Luce blu: computer, lampade e ... Web

defibrillatori **PHILIPS HEARTSTART**

PER RENDERE L'AZIENDA UN LUOGO PIÙ SICURO



Quando accade un arresto cardiaco improvviso, un **intervento rapido** con un defibrillatore DAE è **fondamentale, ogni minuto di ritardo riduce le possibilità di sopravvivenza** del 7-10%.

Il **34%** degli aziende che hanno adottato i defibrillatori nell'ambito di un progetto di prevenzione li ha **effettivamente utilizzati** almeno una volta per un **intervento salvavita**. Un numero sempre crescente di uffici, fabbriche e altri luoghi di lavoro sta adottando programmi di defibrillazione per garantire la sicurezza delle persone.

I defibrillatori **Philips HeartStart** sono apparecchi salvavita progettati per essere **facili da usare** con rapidità ed efficacia da chiunque si trovi in una situazione di emergenza e possono contare sull'affidabilità e l'esperienza di un produttore mondiale come Philips. Non a caso sono stati **installati oltre 1.000.000 di apparecchi** Heartstart in tutto il mondo e sono **garantiti 8 anni**.

I costi di adozione di un defibrillatore e l'organizzazione di corsi ai dipendenti per il suo utilizzo sono ritenuti idonei per **ottenere uno sconto di prevenzione** riservato alle aziende che eseguono interventi per il miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro.

IREDEEM SPA Piazza dei Martiri 1943-1945 n.1 - 40121 Bologna | T +39 051 0935879 F +39 051 0935882



SOMMARIO

In primo piano

- 4 Indicazioni comportamentali per lavoratori che utilizzano il telefono cellulare

G.M. Boschioli, Commissione Scientifica ANMA

Contributi

- 7 I temi della previdenza sociale tra gli strumenti del mestiere del MC

Umberto Candura, Presidente ANMA

- 12 A proposito della formazione degli Addetti al Primo Soccorso nei luoghi di lavoro

Roberto Montagnani e Danilo Bontadi, ANMA Veneto

Maurizio Dal Corso, già coordinatore tecnico 118 Venezia (AULSS 3 Serenissima)

- 14 Cultura della Sicurezza e Clima di Sicurezza: due facce della stessa medaglia?

Massimo Servadio, Psicoterapeuta Sistemico Relazionale e Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni, Esperto in salute organizzativa e sicurezza sul lavoro, Genova.

Ufficio e salute

- 16 Luce blu: computer, lampade e ... Web

Paolo Santucci, Consigliere ANMA

Attualità

- 22 Medici Competenti e Servizi Pubblici: non contrapposizione ma sinergia per essere più efficaci

Azelio De Santa, Segretario Sezione Trentino Alto Adige ANMA

Eventi

- 24 Congresso ANMA:
Programma Avanzato

Da leggere in poltrona

- 29 Carlo Rubbia. Fisico e premio Nobel per la fisica nel 1984

Indicazioni comportamentali per lavoratori che utilizzano telefono cellulare

ANMA BEP – Best Experienced Practices

BEP: Documento che condensa e valida la migliore applicazione di un determinato ambito, attraverso la selezione delle esperienze raccolte fra gli Associati e che diventa espressione ufficiale dell'Associazione.

MOTIVAZIONE: le recenti sentenze (Tribunale di Ivrea 30 marzo 2017 e Tribunale di Firenze 24 aprile 2017) che hanno condannato l'INAIL a risarcire 2 lavoratori con l'indennità per malattia professionale (invalidità pari al 16%) avendo contratto un NEURINOMA DEL NERVO ACUSTICO ritenendo come "plausibile" e "probabile" il nesso causale tra uso prolungato del cellulare e la comparsa della neoplasia. Entrambi i lavoratori hanno usato per anni telefoni cellulari per tempi anche molto prolungati (da 2 a 6 ore al giorno), senza auricolare.

Neurinoma del nervo acustico di origine professionale per uso del cellulare

Hanno avuto notevole risonanza sui media due recenti sentenze (Tribunale di Ivrea 30 marzo 2017 e Tribunale di Firenze 24 aprile 2017) che hanno condannato l'INAIL a risarcire 2 lavoratori con l'indennità per malattia professionale (invalidità pari al 16%) che ave-

vano contratto un NEURINOMA DEL NERVO ACUSTICO. Entrambi i tribunali hanno riconosciuto come "plausibile" e "probabile" il nesso causale tra uso prolungato del cellulare e la comparsa della neoplasia, riconoscendo l'origine professionale della malattia.

Entrambi i lavoratori hanno usato per anni telefoni cellulari per tempi anche molto prolungati (da 2 a 6 ore al giorno), senza auricolare.

In vero già la Corte d'Appello di Brescia nel 2009 si era pronunciata in modo simile per un neurinoma del trigemino, sentenza poi confermata dalla Corte di Cassazione nel 2012.

Protagonista di tutte le cause civili citate è il consulente di parte dei lavoratori, prof. Angelo Gino Levis, già Professore Ordinario di Mutagenesi Ambientale presso l'Università di Padova e vicepresidente di A.P.P.L.E. Associazione Per la Prevenzione e la Lotta all'Elettromog, le cui tesi sono state considerate attendibili dai giudici.

Il prof. Levis ha sostenuto nella perizia di Ivrea: "i dati esposti nella presente perizia dimostrano che il rischio di incidenza di neurinomi acustici ipsila-

terali è più che raddoppiato negli utilizzatori di cellulari e cordless da circa 10 anni, con un tempo di esposizione che va da 16 a 32 minuti/giorno per un totale di almeno 1000- 2000 ore complessive ... "e ancora" ... "I risultati - osserva - delle indagini epidemiologiche caso-controllo, delle *pooled analyses* e delle metaanalisi di Hardell e di altri autori, comprese quelle di chi scrive, non lasciano dubbi circa l'esistenza di un rapporto causa-effetto tra esposizione abituale e per lungo tempo ai telefoni mobili (Tm - cellulari e cordless, analogici e digitali) e rischio - almeno raddoppiato e statisticamente significativo al 95% di probabilità - di tumori ipsilaterali alla testa: gliomi cerebrali, meningiomi e neurinomi acustici".

in realtà il tema della correlazione tra campi elettromagnetici a bassa frequenza e tumori è ancora molto controverso e ampiamente dibattuto in ambito scientifico.

Si veda a tale proposito la recente intervista rilasciata all'Huffington Post dal prof. Alessandro Polichetti dell'Istituto Superiore di Sanità, tra i massimi esperti di campi elettromagnetici, do-



ve, tra l'altro, afferma: "È sempre lecito avere dei dubbi, ma dal punto di vista scientifico mi sento di dire che non sono molto fondati. Il parere dell'IARC è stato confermato da una valutazione aggiornata al 2015 di un comitato di esperti della Commissione europea (lo Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks). Si tratta di un organismo che ha il compito di valutare i rischi emergenti per la salute della popolazione. Ebbene, prendendo in considerazione i più recenti studi, gli esperti europei hanno confermato l'assenza di prove che mettano in relazione l'uso di smartphone e la diffusione dei tumori".

Indicazioni procedurali

In attesa che le diatribe tecnico-scientifiche trovino una soluzione condivisa, che per ora non si intravede, visto il recente orientamento giurisprudenziale sembra quindi opportuno prendere le necessarie cautele per evitare eventuali responsabilità civili e penali, si suggerisce che il Medico Competen-

te proponga in Azienda lo sviluppo di alcune azioni informative e formative:

1. inserire nel documento di valutazione dei rischi anche l'uso di dispositivi portatili che emettono RF (cellulari, smartphone, cordless), nell'ambito delle disposizioni previste dal recente D.Lgs. 159/2016 relativo all'esposizione dei lavoratori ai campi elettromagnetici. Sarà necessario riferirsi agli indici SAR e ai livelli di esposizione previsti dal decreto citato, anche se il calcolo dell'esposizione effettiva dei lavoratori non è affatto agevole, non essendo facilmente praticabili misurazioni sul campo.
2. stimolare un policy aziendale, pur sottolineando che il rischio non è sufficientemente documentato dal punto di vista scientifico e epidemiologico, ma che per il principio di massima cautela sono opportune alcune misure precauzionali, del tipo:
 - dotare i dispositivi aziendali di auricolare, in modo da evitare l'acostamento all'orecchio; rendere obbligatorio l'auricolare anche quan-

do si usano dispositivi personali per lavoro;

- evitare di tenere i dispositivi accesi vicino ai genitali come per esempio nella tasca dei pantaloni o della giacca;
- evitare comunque un uso eccessivo dei dispositivi, limitandone l'uso a 2 ore / giorno complessive;
- evitare telefonate o simili per tempi prolungati (non superare 15 minuti) lasciando un congruo spazio di riposo tra una chiamata e l'altra (almeno altrettanti 15 minuti).

È evidente che tali disposizioni, tranne l'obbligo di auricolare e di non tenere il cellulare in tasca, non possono essere rigidamente prescrittive e categoriche, per l'estrema variabilità e imprevedibilità che le relazioni lavorative presentano, ma possono costituire utili consigli e linee di indirizzo.

L'Associazione Italiani Mutilati e Invalidi del lavoro ha già chiesto, comunque, a gran voce l'inserimento dei tumori da uso di cellulare nella tabella INAIL di malattia professionale.

Neurinoma del nervo acustico di origine professionale per uso del telefono cellulare

Hanno avuto notevole risonanza sui media due recenti sentenze (Tribunale di Ivrea 30 marzo 2017 e Tribunale di Firenze 24 aprile 2017) che hanno condannato l'INAIL a risarcire 2 lavoratori con l'indennità per malattia professionale (invalidità pari al 16%) che avevano contratto un NEURINOMA DEL NERVO ACUSTICO, tumore benigno del nervo che conduce gli stimoli uditivi dall'orecchio interno al cervello. Entrambi i tribunali hanno riconosciuto come "plausibile" e "probabile" il nesso causale tra uso prolungato del cellulare e la comparsa della neoplasia, riconoscendo l'origine professionale della malattia.

Già in passato la Corte di Cassazione si era espressa in modo simile.

Entrambi i lavoratori hanno usato per anni telefoni cellulari per tempi anche molto prolungati (da 2 a 6 ore al giorno), senza auricolare.

Sebbene il tema della correlazione tra campi elettromagnetici a bassa frequenza e tumori sia ancora molto controverso e ampiamente dibattuto in ambito scientifico ⁽¹⁾, per il principio di massima cautela, si ritiene opportuno prendere le necessarie cautele per evitare eventuali responsabilità civili e penali:

1. inserire nel documento di valutazione dei rischi anche l'uso di dispositivi portatili che emettono RF, (cellulari, smartphone, cordless), nell'ambito delle disposizioni previste dal recente D.Lgs. 159/2016 relativo all'esposizione dei lavoratori ai campi elettromagnetici. Sarà necessario riferirsi agli indici SAR e ai livelli di esposizione previsti dal decreto citato, anche se il calcolo dell'esposizione effettiva dei lavoratori non è affatto agevole, non essendo facilmente praticabili misurazioni sul campo.
2. sottolineare che il rischio non è sufficientemente documentato dal punto di vista scientifico e epidemiologico, ma che per il principio di massima cautela sono opportune alcune misure precauzionali, del tipo:
 - dotare i dispositivi aziendali di auricolare, in modo da evitare l'accostamento all'orecchio; rendere obbligatorio l'auricolare anche quando si usano dispositivi personali per lavoro;
 - evitare di tenere i dispositivi accesi vicino ai genitali come per esempio nella tasca dei pantaloni o della giacca;
 - evitare comunque un uso eccessivo dei dispositivi, comunque inferiore alle 2 ore / giorno complessive;
 - evitare telefonate o simili per tempi prolungati (non superare 15 minuti) lasciando un congruo spazio di riposo tra una chiamata e l'altra (almeno altrettanti 15 minuti).

È evidente che tali disposizioni, tranne l'obbligo di auricolare e di non tenere il cellulare in tasca, non possono essere rigidamente prescrittive e categoriche, per l'estrema variabilità e imprevedibilità che le relazioni lavorative presentano, ma possono costituire utili consigli e linee di indirizzo.

1. http://www.huffingtonpost.it/2017/04/20/nessuna-prova-della-correlazione-tra-cellulari-e-cancro-inter_a_22047888/

I temi della previdenza sociale tra gli strumenti del mestiere del MC

Invecchiamento (possibilmente attivo), riforma pensionistica, disabilità, cambiamenti demografici, “scivoli” previdenziali, ecc. sembrano trovare sempre più spazio nella quotidianità del **Medico Competente** (MC), ed in particolare di quello adeguatamente “inserito” nel contesto aziendale, al quale si richiede una particolare attenzione alla tutela di lavoratori “fragili”.

In particolare il coinvolgimento del MC avviene:

- a. in occasione dell'assunzione di personale disabile ai sensi della legge 68/99, ed iscritto nelle liste del collocamento mirato,
- b. nel corso del percorso lavorativo, laddove una sopravvenuta patologia determina un riconoscimento di invalidità lavorativa da parte degli Enti preposti: frequenti in questi casi le richieste di chiarimento (o di revisione) rivolte dal lavoratore o dal datore di lavoro circa il giudizio di idoneità alla mansione emesso dal MC,
- c. nella fase finale della carriera del lavoratore, laddove la condizione clinica legata all'età e l'impegno espositivo specifico suggeriscono in alcuni casi l'accompagnamento verso forme anticipate di copertura previdenziale.

Nel percorso di crescita ed aggiornamento professionale del ruolo, ANMA ha ritenuto quindi opportuno di dedicare alcuni moduli dei propri Corsi residenziali ECM ai temi più propria-

mente previdenziali dell'invalidità ed inabilità al lavoro, e della loro ricaduta sull'idoneità lavorativa, e più in generale sull'attività istituzionale delle Commissioni Medico Legali (CML). Il presente contributo cerca di fornire una breve sintesi di quanto hanno elaborato nei loro interventi i colleghi specialisti o con lunga esperienza di Medicina Legale Marina D'Aniello, Claudio Rago, Liviano Vianello.

Il Welfare di Stato e l'idoneità al lavoro

La base normativa sulla quale si poggia il sistema di protezione sociale parte dagli articoli 32 e 38 della Costituzione, che rispettivamente affermano che :

Art. 32 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...”

Art. 38 “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed

all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria...”

Questa esigenza di creare un giusto equilibrio tra diritto al lavoro e diritto alla salute si articola attraverso attività di:

- a. *Assistenza*, cioè un sistema di protezione pubblica volta a rispondere in modo mirato a specifici bisogni individuali o collettivi (secondo quanto stabilito dalla Legge 104 /92 sull'handicap e 68/99 sulla disabilità e lavoro);
- b. *Previdenza o Assicurazione*, basata su istituti giuridici vincolati al rapporto di lavoro e consentito dai diritti/doveri contributivi destinati a INPS e INAIL,
- c. *Sicurezza*, che è invece un sistema di protezione estesa a tutti i cittadini e capace di garantire prestazioni uguali per tutti, non connessa a doveri di contribuzione (attività svolta dal SSN).

I giudizi di idoneità formulati per la definizione della capacità lavorativa presentano concettualmente una duplice valenza:

- a. *Medico legale o attitudinale*: di competenza dello specialista in medicina legale, attiene alla verifica della effettiva idoneità psico fisica del soggetto a svolgere in pratica il lavoro nel quale è utilizzato in maniera proficua, continuità produttiva e redditività per se e per il datore di lavoro;
- b. *Preventiva*: propria del Medico Competente, è rivolta alla tutela della salute del lavoratore, ed è formulato per valutare l'idoneità del lavoratore in rapporto ai rischi lavorativi e ad indicare eventuali limitazioni o prescrizioni nello svolgimento della mansione specifica.

L'invalidità civile

L'*invalidità civile* è una condizione di ridotta capacità lavorativa generica che deriva da una causa (congenita o acquisita) non lavorativa, consente di ottenere prestazioni di tipo economico, assistenziale ed agevolazioni, viene quantificata tramite tabelle, accertata da Enti quali ASL o INPS ed erogata dall'INPS. I criteri di valutazione si basano su tabelle ministeriali con percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti (DM 05.02.92): essi NON definiscono la misura della gravità della malattia denunciata ma la valutazione di quanto la malattia riduce:

- a. la capacità lavorativa dai 18 ai 65 a. (da ampliare secondo le nuove disposizioni in materia),
- b. la capacità a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età nei minori di 18 anni e negli ultra 65enni.

Le tabelle ministeriali indicano la % di invalidità (riduzione capacità lavorativa generica) per un elenco di malattie, non è sufficiente diagnosi di malattia ma serve l'entità della menomazione prodotta; la percentuale d'invalidità è "fissa" ovvero a "fasce" con un massimo ed un minimo, ed inoltre nelle malattie non elencate in tabella, la percentuale di invalidità è valutata con criterio analogico rispetto alle malattie "tabellate". Non sono valutate malattie che producono invalidità < al 10%, purché non concorrenti tra loro o con altre malattie comprese nelle fasce superiori.

Altri criteri alla base delle tabelle di cui al D.M. 05/02/92 riguardano la protesizzazione, che, se ben tollerata, riduce la % di invalidità, nonché i deficit di organi di senso (udito e vista), per i quali si applicano tabelle valutative specifiche molto rigorose.

Alcuni esempi pratici di riconoscimento invalidità civile	% di invalidità
Visus 1/10 e < 1/20 cc	80%
Visus 1/10 ed 1/10 cc	60%
Infarto o valvulopatia, solo lavori lievi	41-50%
Trapianto renale	60%
Nefrectomia, rene superstite integro	25%
Protesi d'anca	31-40%
Perdita di un piede non protesizz	35%
Anchilosi dorsale con cifosi elevata	21-30%
Emiparesi (emisoma dominante)	41-50%
Alzheimer con deliri	100%
Malattia cardiaca che NON riduce attività fisica ordinaria	11-20% (NON INV.)
Malattia cardiaca che consente SOLO attività fisica sedentaria (da 18 a 65 anni)	75%
Insufficienza respiratoria lieve (dispnea che compare con sforzi che altri fanno normalm. solo dopo spirometria pari a ...)	11-20%
Rinite, Sinusite, Asma	da 11 a 25%
Insufficienza mentale grave (Q.I. tra 40 e 50%, necessità di un tutore ...)	91-100%

Per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (che non cumula con alcun reddito personale o familiare) è necessario il pre-requisito dell'invalidità al 100%, nonché l'incapacità a svolgere gli atti quotidiani della vita rapportati all'età, identificabili in:

- igiene personale
- vestizione

- alimentazione
- spostamenti intra ed extra domiciliari

Sono esclusi dall'invalidità civile: Invalidi da lavoro (INAIL), invalidi per causa di Servizio e causa di Guerra, Ciechi Civili e Sordomuti (ex art. 2 legge 118/71).

Vale la pena di elencare in forma sinottica i diversi benefici previsti dai vari gradi di invalidità civile, tenendo sempre ben presente che il giudizio medico legale valuta l'adattamento del soggetto al lavoro (capacità) e la redditività – produttività del lavoro stesso:

% di invalidità	Beneficio
Tra 0 e 33%	NON INVALIDO: assenza di patologia o con riduzione della capacità lavorativa in misura inferiore ad 1/3
34%	Riconoscimento dello status di invalido civile
> 34%	Concessione gratuita di ausili protesici, in genere limitatamente alle patologie indicate nel verbale di invalidità;
>46%	Iscrizione agli elenchi provinciali del lavoro e della massima occupazione per il collocamento obbligatorio; l'iscrizione deve essere richiesta dai lavoratori non occupati (o part-time) allegando verbale di riconoscimento.
>51%	<u>Per lavoratori dipendenti</u> Congedo per cure: può essere concesso ogni anno un congedo straordinario per cure non superiore a trenta giorni, su richiesta dell'invalido e previa autorizzazione del medico. <u>Non applicabile ai dipendenti pubblici</u>
> 60%	Iscrizione al fine dell'assunzione obbligatoria per lavoratori collocati per vie ordinarie e successivamente riconosciuti invalidi non per cause di lavoro o di servizio; opportunità per gli invalidi lavoratori che possono essere considerati tra i collocati obbligatoriamente
> 67%	1) fornitura gratuita di protesi, presidi, ausili, come previsto dal DM 27/08/99 n. 322 in connessione alle infermità invalidanti. 2) tessera di esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio. 3) eventuali agevolazioni per tessere tranviarie. 4) Agevolazioni per graduatorie case popolari. 5) Agevolazioni canone telefonico in base ai redditi posseduti (ISEE)
> 74%	Assegno mensile pari per 13 mensilità pari a 279,47 € (per l'anno 2016) in presenza di redditi personali inferiori a € 4.800,38 purché inoccupati, occupati saltuariamente, o presso cooperative sociali
> 75%	<u>Per lavoratori dipendenti</u> Riconoscimento di un'anzianità figurativa pari a due mesi per ogni anno di lavoro svolto dopo il riconoscimento di questo grado di invalidità nella misura massima di 60 mesi (il massimo accreditabile lo si raggiunge lavorando 30 anni nella condizione di invalido).
100%	Pensione di inabilità per 13 mensilità pari a 279,47 € (per l'anno 2016) con limite di reddito personale fissato a € 16.532,10

% di invalidità	Beneficio
100% con riconoscimento di impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. Oppure: impossibilità a compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (a condizione di non essere ricoverato in istituto con pagamento della retta a totale carico dello Stato o di Ente pubblico).	Indennità di accompagnamento pari a 512,34 € mensili (per l'anno 2016) senza alcun limite di reddito ne' personale ne' coniugale.
< 18 anni	Indennità di frequenza pari a € 279,47 mensili (per l'anno 2016) con limite di reddito fissato a € 4.800,38 L'erogazione è subordinata alla frequenza continuo o periodica di centri ambulatoriali o diurni anche semi-residenziali pubblici o privati (purché convenzionati) con scopi terapeutici, riabilitativi o di recupero. Scuole di ogni ordine e grado; centri di formazione o addestramento professionale. Indennità di accompagnamento

A proposito dell'iscrizione nelle liste per il collocamento obbligatorio ovvero del riconoscimento dell'invalidità in costanza di rapporto di lavoro, si ricorda ancora quanto prescrive la Legge 68/99 in merito alle quote di lavoratori disabili obbligatoriamente previsti in azienda:

- Aziende da 5 a 35 dipendenti : 1 LAVORATORE (assunzione nominativa)

- Aziende da 36 a 50 dipendenti : 2 LAVORATORI (1 numerica secondo graduatoria per qualifica e tenendo conto limitazioni e 1 nominativa da elenco disabili con qualifica, colloqui e poi richiesta nominativa)
- Aziende > 50 dipendenti: 7% LAVORATORI (40% numerica e 60% nominativa)

L'handicap

Ai sensi della legge quadro 104/92 (art.3) la persona handicappata è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che causa difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa ed è tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. Tale minorazione, singola o plurima, riduce l'autonomia personale correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione. L'accertamento è svolto dalle stesse CML dell'invalidità civile, integrate da un'assistente sociale e da un esperto del caso da esaminare. Il verbale è specifico: *SI - NO handicap* e *SI - NO handicap grave*, non esistono tabelle ed i parametri sono insiti nella definizione; inoltre il verbale non deve contenere la diagnosi, è valido solo dopo approvazione della commissione periferica del Ministero del Tesoro, e deve essere notificato all'interessato in originale o in copia conforme.

Tra le agevolazioni previste della Legge 104/92:

1. La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche



adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ... hanno diritto al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro ...

2. I soggetti di cui al comma 1 possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativo, di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.
3. ... colui che assiste una persona con handicap in situazione di gravità, parente o affine entro il terzo grado, convivente, hanno diritto a tre giorni di permesso mensile ...
4. Il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede ...

Le Commissioni Medico Legali

Le Commissioni mediche operanti in ambito del SSN agiscono in funzione dei seguenti riferimenti normativi:

a. *Legge 274/1991, art. 13*, il cui oggetto di valutazione è l'invalidità permanente ed in modo assoluto a qualsiasi proficuo lavoro entro 1 anno dalla cessazione, ovvero l'invalidità assoluta e permanente alle mansioni svolte (entro 3 anni dalla cessazione). Il bacino di competenza è dato dai lavoratori afferenti alle casse pensioni gestite da INPDAP e dai dipendenti parastatali. In particolare possono fruire il diritto al trattamento pensionistico anticipato i lavoratori in possesso, indipendentemente dall'anzianità anagrafica, dell'anzianità contributiva di:

- 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile per la invalidità assoluta e permanente a qualsiasi lavoro proficuo,



- 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile per invalidità assoluta e permanente alle mansioni svolte.

In questi casi si valuta l'inedoneità ad utilizzare con profitto le energie lavorative residue per cui la patologia non deve essere completamente invalidante, ma deve impedire una collocazione lavorativa continuativa e proficua nell'ambito dell'amministrazione di appartenenza.

La composizione della Commissione è quella prevista per l'invalidità civile, con l'integrazione di un medico INPS ed, a richiesta, di un sanitario di fiducia del lavoratore che se ne assume l'onere.

b. *CCNL Sanità, Scuola, ecc.*: l'oggetto di valutazione sono le patologie gravi che richiedano terapie temporaneamente o parzialmente invalidanti (emodialisi, chemioterapie, terapie per HIV, ecc.). Vengono riconosciute specifiche tutele quali l'esclusione dal computo del periodo di conservazione del posto, per i dipendenti affetti da gravi patologie, anche dei giorni di assenza dovuti alle conseguenze o agli effetti delle terapie salvavita (Scuola, Università e Area VII- università e ricerca); tali lavoratori hanno inoltre diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro part-time, da convertirsi, a richiesta del lavoratore, nuovamente in tempo pieno (DL n.81/2015, art. 8, c.2).

c. *Legge 300/70, art.5*: Essendo vietati gli accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente,

il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda.

Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare l'idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico. E' noto che possono essere richiesti controlli ex-art. 5 anche ai lavoratori normalmente sottoposti a sorveglianza sanitaria, per i quali la CML si espone sull'idoneità alla mansione "genericamente intesa", svincolata quindi da ogni riferimento al posto di lavoro specifico. Il giudizio del medico competente sulla medesima mansione, è invece "contestualizzato", tiene cioè conto delle condizioni di salute del lavoratore strettamente correlate al contesto lavorativo attuale, alle relative modalità operative e ai conseguenti rischi.

d. *D.Lgs. 81/08, art.41, comma 9*: trattasi del possibile ricorso avverso il giudizio del MC ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva, ammesso entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Avverso il parere del Collegio Medico non è previsto ricorso amministrativo.

La **BIBLIOGRAFIA** disponibile a richiesta.

A proposito della formazione degli Addetti al Primo Soccorso nei luoghi di lavoro

Il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), la bussola che guida le attività di prevenzione, protezione e di formazione negli ambienti di lavoro, può avere un ruolo importante, così noi pensiamo, anche per il primo soccorso, sia per gli aspetti relativi all'organizzazione del servizio che per la **formazione del personale** addetto.

Infatti, se è certamente vero che la grande maggioranza dei malori e anche alcune forme causali di infortunio, come gli scivolamenti, gli inciampi, le cadute in piano ed altre sono pressoché trasversali ai diversi comparti lavorativi e sono anzi eventi ordinari anche al di fuori dei luoghi di lavoro, ci sono tuttavia tipologie di eventi dei quali proprio la valutazione dei rischi ci indica la necessità di una particolare considerazione in determinati contesti lavorativi.

Nel predisporre dei semplici manuali da fornire ed illustrare agli Addetti al Primo Soccorso nei luoghi di lavoro (APS), abbiamo quindi pensato di presentare, insieme con una parte generale comune a tutti i manuali, nella quale vengono mostrati e discussi gli scenari sempre rilevanti e imprescindibilmente da considerare in ogni contesto lavorativo (arresto cardiaco, improvvisa perdita di coscienza, ostruzione meccanica delle vie aeree, gravi emorragie, ecc.), una parte specifica, che tiene pre-

senti gli aspetti di rischio caratteristici del comparto lavorativo di pertinenza. La nostra presentazione degli scenari principali "ubiquitari" è ripresa fedelmente dalla guida public domain dell'INRS (Institut National de Recherche e Sécurité), l'Agenzia francese per la ricerca in salute sicurezza del lavoro) la cui più recente edizione è del gennaio 2017 (1).

Le diverse situazioni in cui può venir richiesto l'intervento assistenziale degli APS sono ricondotte ad otto scenari fondamentali:

1. La vittima non risponde ma respira
2. La vittima non risponde e non respira
3. La vittima si sta soffocando
4. La vittima si lamenta di un malore
5. La vittima sanguina abbondantemente

6. La vittima ha delle ustioni
7. La vittima lamenta un dolore che impedisce alcuni movimenti
8. La vittima ha una ferita che non sanguina molto

Viene spiegato come gli scenari possano concomitare (es. la vittima sanguina copiosamente e allo stesso tempo ha un dolore che impedisce alcuni movimenti), oppure evolvere uno nell'altro (es. quando una vittima che si sta soffocando, nell'evoluzione della sindrome asfittica, non risponde e non respira più).

Viene data un'indicazione chiara del fatto che è compito degli APS, una volta accertata la sicurezza della scena, esaminare le situazioni che hanno di fronte, cercando di capire bene la gravità di quanto è successo e cosa è necessario fare avendo chiaro di dover ricorrere con prontezza ad attivare il suppor-

1. INRS Guida di dati tecnici e condotta da seguire per il primo soccorso Sauvetage Secourisme du Travail <http://www.inrs.fr/dms/inrs/PDF/guide-technique-sst.pdf>



to professionale della centrale operativa tutte le volte che essi hanno una percezione di gravità, o anche solo un sospetto di possibile gravità.

Uno dei più importanti aspetti delle linee delle linee guida ERC 2015 rispetto alle precedenti del 2010 è in effetti proprio l'affermazione del ruolo fondamentale delle centrali operative di urgenza/emergenza nel guidare i comportamenti e gli eventuali interventi dei laici che si trovano a fronteggiare le situazioni di emergenza.

A questo proposito uno spazio importante viene dato nella parte generale anche ad illustrare come un punto fondamentale del servizio reso dagli APS sia quello di attivare correttamente la centrale operativa 118 e quindi:

- Si devono indicare con precisione i fatti accaduti e il luogo degli eventi, tenendo presente che le centrali operative hanno responsabilità per un territorio che spesso è molto vasto e a cui afferiscono molte diverse strutture operative (...) e quindi il primo punto che l'operatore di centrale si trova a dover risolvere è da dove far arrivare i soccorsi quando sono necessari e garantire che arrivino tempestivamente dove sono attesi
- bisogna poi mantenere sempre il contatto con la Centrale Operativa, non chiudere mai le telefonate se non si sia ricevuta l'indicazione di farlo dall'operatore di Centrale

- bisogna fare in modo che chi fa la telefonata, se non è il soccorritore stesso, sia comunque una persona presente sulla scena dell'evento, vicino ai soccorritori, così le gli operatori della centrale possano non solo essere informati dell'evoluzione delle condizioni di salute della vittima/delle vittime, ma anche avere la possibilità di dare per telefono tutte le istruzioni che il caso specifico volta a volta richiede.

Al Congresso del 2015 dell'IRC (Italian Resuscitation Council), la società scientifica che persegue la diffusione della cultura e l'organizzazione della rianimazione cardiopolmonare in Italia) abbiamo presentato un manuale specificamente rivolto agli addetti di primo

soccorso del settore HORECA (alberghi ristoranti).

Al Congresso IRC 2016 abbiamo presentato un manuale rivolto al settore dei trasporti, nelle sue varie articolazioni (att. aeroportuali, servizi ferroviari, attività portuali, autotrasporto, trasporti lagunari).

avvalendosi anche della collaborazione di medici esperti della Ufficio di Sanità Marittima (USMAF).

Quest'anno, per il congresso IRC del prossimo ottobre a Genova, è in fase di ultimazione un manuale per il settore delle Costruzioni, un settore nel quale la necessità che sia presente in ogni cantiere personale esperto comporta per le aziende un impegno formativo particolarmente rilevante.

Manuale semplice alberghi ristoranti

<https://drive.google.com/file/d/0B44dpgd3ZiMIWWFsUWpOTFpqQVE/view?usp=sharing>

Manuale semplice trasporti

<https://drive.google.com/file/d/0B44dpgd3ZiMIVmJTU2wyZ0FXaGs/view?usp=sharing>

Manuale semplice costruzioni

<https://drive.google.com/file/d/0B44dpgd3ZiMIX2pURGxmTHQ0c0U/view?usp=sharing>

Si tratta, di un lavoro "in progress", che presentiamo con piacere, per osservazioni, commenti e contributi migliorativi, a tutti i colleghi che vogliono approfondire questo tema.

Cultura della Sicurezza e Clima di Sicurezza: due facce della stessa medaglia?

Una gestione poco responsabile della sicurezza sul luogo di lavoro può avere riflessi negativi molto pesanti sui costi diretti e indiretti per l'azienda. Anche per questo motivo è un errore considerarla un lusso o viverla solo come un'imposizione di legge.

Articolo pubblicato su **Punto Sicuro** luglio 2016

Oggi, nonostante significativi passi in avanti, investire nella sicurezza è ancora ritenuto troppo dispendioso. In realtà analizzando più nel dettaglio la letteratura manageriale, essa ci mostra come una gestione poco responsabile della sicurezza agisca sulla voce "costi diretti", esempio:

- vendite ed export
- clima interno
- posizionamento
- diminuzione della redditività
- aumento del premio INAIL
- danni agli impianti
- danni alle persone
- sostituzione dell'infortunato
- rapporti con l'autorità
- spese legali

e sulla voce "costi indiretti", rappresentati ad esempio:

- tempo di lavoro perso dal lavoratore
- tempo di lavoro perso dai lavoratori del reparto

- perdita di efficienza per la rottura del team e tempo perso dal responsabile
- costi di formazione per il rimpiazzo
- danni indiretti derivanti dall'incidente
- fallimento nel rispetto delle scadenze
- reputazione dell'azienda
- clima interno psicologico

Risulta ormai chiaro come, per evitare tutto ciò, sia necessario agire anche e soprattutto su quello che viene definito "Fattore umano", relativamente a quegli elementi del lavoro, dell'organizzazione e degli individui che possono influenzare i comportamenti e che, di conseguenza, hanno un impatto sugli obiettivi di salute e sicurezza.

In questa direzione, ci si imbatte spesso in due costrutti che apparentemente sembrano molto simili fra loro ma che presentano differenze, pur avendo un rapporto di reciproca interdipendenza: la

Cultura della Sicurezza (Safety Culture) e il Clima di Sicurezza (Safety Climate).

Con il termine "Cultura della Sicurezza" si fa riferimento all'insieme dei processi organizzativi e delle pratiche professionali, delle norme scritte e delle convenzioni informali, dei linguaggi, dei modi di pensare, di percepire e di rappresentare il rischio in azienda. Per costruire una Cultura della Sicurezza in azienda, risulta necessario, per prima cosa, cominciare ad abituarsi a "pensare sicuri" in una logica di benessere globale che coinvolga l'uomo/lavoratore.

Per concretizzare l'idea astratta di sicurezza in una realtà tangibile, bisogna dar tempo alla cultura della sicurezza di mettere radici profonde nel terreno sociale: a tal fine troverebbe utilità allo scopo l'introduzione della formazione alla sicurezza ed alla salute, non solo nell'ambiente lavorativo, ma a partire dal programma scolastico curricula-



re: lo scopo è quello di sensibilizzare i giovani e creare canali volti a favorire la diffusione di buone pratiche, tenendo anche conto che in questa fase il futuro imprenditore e il futuro operaio si trovano in un'ideale condizione di parità e neutralità davanti all'informazione che oggettiva la sicurezza sul lavoro.

La diffusione della Cultura della Sicurezza trova terreno fertile quando un'azienda, nei processi di governance passa dal mero adempimento alle leggi, ad un approccio più ampio e condiviso verso il significato comune del lavorare in sicurezza, tenendo conto della produttività e contemporaneamente del benessere delle persone. L'appropriazione di un concetto e modo di vivere la sicurezza da parte di tutti i lavoratori, rappresenta l'obiettivo organizzativo a cui tendere.

Così facendo, mettere in atto una procedura o indossare un DPI diventerà un preciso e consapevole segnale culturale, non più un mero obbligo prescrittivo imposto.

Cosa si intende, invece, per "Clima di Sicurezza"? Tra le molteplici definizioni di Clima di Sicurezza, quella più com-

pleta è probabilmente quella di Zohar (2010) che lo definisce come un "sistema di credenze, condivise dai lavoratori, circa la sicurezza della propria organizzazione. Dette credenze sono influenzate dalla percezione dell'atteggiamento adottato dal management in merito alla sicurezza e all'importanza della stessa rispetto ai processi produttivi dell'aziendale percezioni condivise dai lavoratori riguardo a politiche, procedure e pratiche attivate nel luogo di lavoro in relazione alla sicurezza".

L'uso spesso interscambiabile di questi due costrutti, Safety culture e Safety Climate, ha generato un dibattito sulla necessità o meno di distinguere i due costrutti. Tra coloro che ritengono che Clima e Cultura della Sicurezza, seppure correlati, facciano riferimento ad aspetti differenti, vi sono Shannon e Norman (2009), i quali hanno efficacemente sostenuto che la Cultura della Sicurezza abbia un'accezione più ampia, più stabile, che si manifesta nelle interazioni e nelle pratiche quotidiane; il Clima di Sicurezza, invece, farebbe riferimento a uno stato relativamente temporaneo, soggetto a cambiamenti a seconda delle specifiche circostanze operative. Come ha suggerito Cooper

(2000), può essere inteso come il correlato psicologico della Cultura della Sicurezza, ovvero una sua specifica dimensione.

In ogni caso credo che agire su entrambi i costrutti sia la soluzione o meglio il percorso migliore verso un'organizzazione tesa ad apprendere da se stessa, rispetto ad un'organizzazione declinata sulla mera cultura della ricerca dell'errore umano.

BIBLIOGRAFIA

- Cooper, M.D., 2000. Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Shannon H.S., Norman G.R. (2009). Deriving the factor structure of safety climate scales. *Safety Science*, 47: 327-329.
- Zohar D. (2010). Safety climate. Conceptual and measurement issues. In: Quick J.C., Tetrick L.E., edited by, *Handbook of occupational health psychology*, 2nd edition, Washington, DC: American Psychology Association.

Luce blu: computer, lampade e ... Web

Al termine della sessione sul 'lavoro d'ufficio', nel corso dell'ultimo Congresso nazionale SIMLII (Roma, 2016), la domanda che ha inaugurato la discussione è stata: la luce blu emessa da un videoterminale può essere dannosa per il lavoratore?

Sempre più spesso i lavoratori preoccupati chiedono al medico competente: ho letto che può essere dannoso osservare per molte ore gli schermi del computer, del tablet o dello smartphone aziendale. E' vero? E' meglio munirsi di un occhiale con il filtro 'anti-luce blu'? Se lanciamo sul più utilizzato 'motore di ricerca' le parole 'luce blu e computer', i risultati producono un allarmismo notevole per le conseguenze sulla salute, non soltanto per gli aspetti oculovisivi.

Tale esercizio costituisce un esperimento interessante e replicabile per altri fattori di rischio più o meno noti. E' possibile così immaginare che idea si è fatto sul tema un datore di lavoro, il lavoratore che stiamo visitando o comunque chi non ha abitualmente accesso alla letteratura scientifica del settore.

Il rapporto "luce blu e computer" secondo il WEB

L'aggiornamento basato su fonti scientifiche costituisce un 'obbligo' per ogni medico impegnato quotidianamente nel rapporto con i propri pazienti. Tuttavia, avere una idea di quale sia la percezione in particolare del lavoratore, che peraltro il medico competente ha

il compito di formare-informare sui rischi specifici per la salute, può rivelarsi altrettanto importante.

Nella ricerca sul rapporto "luce blu e computer", condotta nel corso del mese di aprile 2017, i primi 20 risultati hanno collocato nelle primissime posizioni le maggiori aziende nel campo della produzione di occhiali:

- "Chi utilizza spesso le moderne tecnologie (schermi LCD o LED, tablet, smartphone o altre) ad una distanza ravvicinata, è esposto agli effetti nocivi della luce blu e più migliora la qualità di quest'ultime, più si è esposti alle emissioni nocive. L'esposizione alla luce blu può provocare effetti dannosi, quali: affaticamento visivo; secchezza, irritazione e rossore oculare; visione offuscata; mal di testa; dolore alla schiena."
- "Tutte le 'nuove sorgenti luminose', progettate per migliorare e facilitare la nostra vita, contengono una proporzione di luce blu superiore a quella delle tradizionali lampadine del passato".

Un sito di vendita on line di lenti a contatto mette in guardia anche dalla luce emessa dai televisori e dalla luce stroboscopica delle discoteche per raccomandare le proprie lenti 'anti luce blu'.

Soltanto una multinazionale leader del settore, smorza i toni allarmistici precisando: "Tuttavia è importante tenere presente che trascorrere un'ora all'aperto in una normale giornata nuvolosa espone i nostri occhi alla luce blu 30 volte di più che trascorrerla in un ambiente chiuso, davanti ad uno schermo". Le testate giornalistiche selezionate dal motore di ricerca sembrano molto perentorie nelle loro tesi e spesso evidenziano interessi commerciali:

- "È molto importante proteggere la vista da schermi di computer e cellulari, soprattutto quando la luce intorno è poca, come di sera e di notte. Smartphone e tablet sono ancora più insidiosi, perché tenuti in mano e molto vicini ... Sembra, infatti, che la luce prodotta da questi device sia dannosa alla vista e non solo". Infine viene raccomandata una app generante "un filtro rossastro sullo schermo che blocca le luci blu proteggendo gli occhi".

Un sito che ospita le risposte di medici specialisti oftalmologi riferisce che la sovraesposizione alla luce blu può dare insonnia, irritabilità, cali di attenzione, patologie oculari importanti:

- dislacrimie,
- alterazioni qualitative e quantitative del film lacrimale
- fotofobia, bruciore, irritazioni



- congiuntiviti croniche o ricorrenti
- cataratta precoce
- degenerazione maculare.

La risposta del professionista si conclude raccomandando uno specifico trattamento per lenti da vista, fornito da una azienda leader mondiale nel settore delle lenti, che viene ben pubblicizzata.

I Siti hi-tech:

Un sito specializzato in dispositivi mobili presenta una app che consente di ridurre automaticamente la sera la quota di luce blu passando a tonalità più calde e riducendo così il rischio di insonnia indotto dalla mancata attivazione della melatonina.

Un altro sito sembra attribuire i principali disturbi da 'uso del computer' alla

luce blu, ma poi ridimensiona la portata dei 'danni da pc': "la cosa sicura è che la luce blu degli schermi porta a disturbi del sonno e alla concentrazione". Un sito animato da genitori conclude l'articolo con la necessità di usare occhiali 'anti luce blu' se si usa spesso il computer, documentando la visita (e soprattutto i consigli ricevuti) presso il negozio di una nota catena di vendita





di occhiali e lenti, chiaramente pubblicizzata.

Un 'informatico' nel proprio sito riferisce letteralmente che cosa gli ha raccomandato il suo oculista in una recente visita, schematizzando i consigli per ridurre l'affaticamento visivo (non tutti onestamente condivisibili):

- più luce c'è meglio è
- la luce naturale è da preferirsi a quella artificiale
- evitare l'illuminazione diretta sul monitor per evitare riflessi
- non tenere al massimo l'illuminazione del monitor
- con illuminazione artificiale è preferibile una luce blu.

Una testata di riferimento nel campo hardware presenta il trattamento 'anti luce blu' di una casa leader nella produzione di occhiali, non garantendo correttamente sul risultato: il forum seguente, animato da utenti che sostengono di averle provate, vede prevalere le lamentele rispetto agli effetti benefici. Due 'magazine' di attualità non drammatizzano il 'problema', consigliando di ridurre la temperatura del colore del display, che diminuisce la quantità di luce blu emessa con conseguente "visione più confortevole a lungo termine". Inoltre viene ribadito il dato più condiviso rappresentato dal rapporto fra luci artificiali blu prodotte dagli schermi di pc, tablet e smartphone e inibizione della produzione di melatonina.

La versione WEB di un diffusissimo quotidiano nazionale ricorda il rischio inibizione della melatonina derivante dalla luce led, ma anche il miglioramento dell'apprendimento la matti-

na grazie allo stesso banda luminosa, mentre una nota testata di divulgazione scientifica lancia l'allarme su 'insonnia e malessere', ma si esprime molto prudentemente sui rapporti fra luce blu e degenerazione retinica.

In conclusione, appare evidente come la presenza di interessi commerciali spinga molto sul nesso di causalità fra 'ogni' genere di disturbo oculo visivo e l'esposizione a luce blu tramite uso di pc/tablet/smartphone. I siti più divulgativi e apparentemente 'disinteressati' sono invece molto prudenti e sostanzialmente riportano il dato più consolidato: il rischio di insonnia legato all'innattivazione della melatonina a causa dell'esposizione alla luce blu.

Per contro, se si lancia 'lampade ad alogenuri metallici' (fonte di rischio di cui si parlerà oltre) e 'luce blu' non risulta alcun 'allarme' nei primi 30 risultati: emergono quasi esclusivamente infor-

mazioni e pubblicità a carattere tecnico-commerciale.

Ma andiamo con ordine: che cosa è esattamente la 'luce blu'? Che cosa risulta ad oggi nel mondo scientifico? E che cosa sono le 'lampade ad alogenuri metallici'?

Luce blu e computer nella letteratura scientifica

La luce blu si identifica in quello spettro della luce visibile con lunghezza d'onda compresa fra 380 e 490 nm che può indurre un danno retinico di natura fotochimica con massima efficacia tra 440 e 443 nm, prevenibile, rispettando i Valori Limite di Esposizione, per quanto riguarda i danni acuti, mentre attualmente non sono noti limiti di sicurezza (VLE) per la prevenzione di danno retinico da esposizione cronica (1).

È noto infatti il possibile coinvolgimento della 'luce blu' nell'induzione e nella progressione del danno per alcune patologie del tessuto retinico, in particolare per la degenerazione maculare legata all'età (Age-related Macular Degeneration - AMD) con i seguenti fattori favorenti: fumo, obesità, diabete, ipertensione arteriosa, presenza congenita di drusen nell'epitelio pigmentato retinico, dieta povera di antiossidanti (inclusa luteina e zeaxantina) (2).

In uno studio del 2016 (3) sono stati misurati i valori di esposizione a luce blu per diverse fonti illuminanti compresi computer e dispositivi portatili: in nessun caso è stato valutato un superamento dei valori internazionali di espo-

Luce Blu e Attività Lavorative

- > Saldature ad arco e ad elettrodo
- > Processi di indurimento resine
- > Processi di stampa industriali
- > Negozi, grandi magazzini, ipermercati
- > Studi fotografici pubblicitari
- > Teatri, set televisivi e cinematografici

Piccoli, 2012

sizione al rischio specifico, anche per lunghi tempi di esposizione.

L'esposizione alla luce blu causa danno retinico ed è 'considerata' responsabile esclusivamente dello sviluppo di situazioni di degenerazione maculare correlate all'età (4). Tuttavia, pur in presenza di dati sperimentali, anche con riferimento ad esposizione a luce blu prodotti da schermi LED di smartphone (5), al momento non c'è ancora evidenza epidemiologica di un danno retinico causato da 'luce blu' (6).

Le evidenze scientifiche sembrano invece più solide nell'ambito del rapporto tra sonno ed utilizzo dello smartphone. Uno studio afferma che l'esposizione alla luce blu degli smartphones può influenzare negativamente il sonno e il compimento di errori, ma non sembra sufficiente e incidere significativamente sui livelli ematici di melatonina e cortisolo (7).

In un'altra indagine, che considera acquisita la ridotta secrezione di melatonina sotto esposizione a luce blu del display, la minore distanza occhio-schermo agisce negativamente sulla qualità del sonno ed il tempo di addormentamento (8).

Perciò si può affermare che non vi siano conseguenze sull'apparato visivo per quanto riguarda l'esposizione a 'luce blu'? No. Se, per esempio, il rischio da ROA di una attività di saldatura è ben noto ed i lavoratori generalmente ben protetti, la presenza in diversi ambienti lavorativi di lampade ad alogenuri metallici, che producono consistenti livelli di 'luce blu' (9, 10) è spesso sottovalutata.

Tale condizione, non infrequente in ambienti molto popolati, quali grandi magazzini, negozi ed uffici, richiede una rinnovata attenzione nella valutazione del rischio da ROA e soprattutto l'adozione di misure preventive-protettive con particolare riguardo per i possibili, e già citati, danni retinici a lungo termine. Entrando nello specifico, le 'lampade ad alogenuri metallici' costituiscono una evoluzione della lampada ai vapori di mercurio con analogo principio di funzionamento: hanno dimensioni ridotte, simili a quelle alogene e presentano un'efficienza e una durata di vita paragonabili alle lampade fluorescenti. Sono caratte-

zzate da un'emissione di luce molto forte e da un'elevata resa cromatica. Vengono utilizzate per illuminare grandi ambienti con soffitti elevati, quali negozi, uffici, ospedali, alberghi, oltre che per proiettori e lampade abbronzanti, e, in esterno, per illuminazione stradale, industriale e di campi sportivi.

Nello schema a fondo pagina l'elenco delle principali lavorazioni considerate a rischio.

Al di là della mansione, tra i soggetti che possono essere considerati 'ipersuscettibili', e perciò verosimilmente a maggiore rischio, si segnalano (11):

- assuntori di farmaci fotosensibilizzanti (amiodarone, cloroquina, fenotiazine, ibuprofene, etc.)
- soggetti affetti da maculopatie, con lesioni colobomatose o drüsen;
- soggetti pseudofachici
- soggetti giovani (?).

Ai sensi dell'art. 213 D.Lgs.81/08 e s.m.i. (... prescrizioni minime di protezione dei lavoratori contro i rischi per la salute e la sicurezza che possono derivare, dall'esposizione alle radiazioni ottiche artificiali durante il lavoro con particolare riguardo ai rischi dovuti agli effetti nocivi sugli occhi e sulla cute) è necessario considerare, nell'ambito del documento di valutazione dei rischi, ogni sorgente luminosa, considerando in particolar modo ambienti ed attività sopra descritte.

Perciò il datore di lavoro valuta e, quando necessario, misura e/o calcola i livelli delle radiazioni ottiche a cui possono essere esposti i lavoratori, ma va ri-

cordato il principio di 'giustificazione', che subentra quando le sorgenti di radiazione ottica, nelle usuali condizioni d'impiego, non danno luogo ad esposizioni tali da presentare rischi per la salute e la sicurezza.

In questi casi è giustificato non dover procedere ad una valutazione del rischio più dettagliata:

apparecchiature che emettono radiazione ottica non coerente classificate nella categoria 0 secondo lo standard UNI EN 12198:2009

lampade e i sistemi di lampade, anche a LED, classificate nel gruppo "Esente" dalla norma CEI EN 62471:2009.

Esempi sono costituiti da illuminazione standard per uso domestico e di uffici, monitor dei computer, display, fotocopiatrici, lampade e cartelli di segnalazione (12).

In accordo con Norma EN 62471:2008 il gruppo di rischio di riferimento per queste fonti (luce blu) è definito come RG 0 (13). Sorgenti con livelli di esposizione RG 0 sono da considerarsi sicure. I livelli di esposizione sono stati calcolati per tempi molto elevati (superiori alle 2,8 h = 10.000 s) e sono perciò pertinenti per prodotti che hanno la necessità di essere guardati senza fastidio per un lungo periodo come ad esempio monitor di computer, TV o schermi per la visione di messaggi o immagini (13)

Per approfondire il tema della valutazione del rischio ROA, e in particolare da 'luce blu', si rimanda alla presentazione di D'Amore G. (12), al contributo di ASSIL (13) ed al sito www.portaleagentifisici.it.



Sorveglianza Sanitaria

Proposte:

- a) visita oftalmica generale (anamnesi, esame obiettivo di annessi, segmento anteriore e posteriore);
- b) acuità visiva e rifrazione;
- c) oftalmoscopia (in midriasi), con foto del fundus in autofluorescenza;
- d) esame della retina mediante Ocular Computerized Tomography (OCT);
- e) valutazione funzionale mediante griglia di Amsler;
- f) test per l'esame del contrasto.

Tratto da: Piccoli B, Valutazione del rischio e sorveglianza sanitaria nell'esposizione a radiazioni ottiche artificiali, Dip. di Sanità Pubblica -Sez. di Medicina del lavoro, Università di Firenze, 15 giugno 2012.

Considerazioni

La prima considerazione può apparire banale. La percezione della problematica in questione che fornisce il WEB è certamente distorta e ben diversa da quella prodotta dai canali scientifici, che devono caratterizzare ogni valutazione del medico competente, a partire dal 'counseling' al lavoratore.

Perciò è evidente che il rischio da 'luce blu' portato dalle lampade da alogenu-ri metallici è di gran lunga maggiore a quello prodotto dagli 'schermi a LED' dei dispositivi elettronici, contrariamente a quanto emerge dalla ricerca sul WEB, e non va sottovalutato anche per la diffusione di queste sorgenti in diversi ambienti di lavoro.

Naturalmente gli studi in merito all'esposizione ai vari dispositivi elettronici dotati di 'schermo a LED' continuano e non vanno perciò trascurati i dati sperimentali in fase di approfondimento. Tuttavia, in attesa di ulteriori indagini, esistono elementi per stabilire alcuni punti fermi. Per esempio, non è indicata la prescrizione di occhiali o lenti con il trattamento 'anti luce blu' per chi usa correttamente computer, tablet o smartphone, ricordando l'importanza del momento 'formativo-informativo' nei confronti del lavoratore che utilizza questi dispositivi.

Ovviamente l'approccio al caso 'selezionato' potrà essere eventualmente differente, qualora si tratti di soggetto 'ipersuscettibile', che può beneficiare dall'adozione dei principi di cautela, considerando anche la difficoltà a definire tale condizione al momento attuale.

Viceversa può rendersi necessario rivedere le valutazioni del rischio Radiazioni Ottiche Artificiali, pensando a negozi, magazzini, uffici, ecc. in cui i lavoratori possono essere esposti 'a lungo termine' nei confronti di 'lampade da alogenu-ri metallici'. Tale aspetto assume particolare rilevanza se la fonte di luce è presente abitualmente campo visivo professionale del lavoratore, richiedendo l'adozione di misure preventive e protettive, dalle modifiche della postazione all'adozione di lenti protettive, alla sorveglianza sanitaria, qualora non sia possibile intervenire 'alla fonte', attraverso un auspicabile azione di prevenzione primaria.

La valutazione del rischio specifico è certamente complessa e richiede competenze tecniche specialistiche, tuttavia, per quelle che sono le conoscenze attuali, assume un ruolo centrale la formazione-informazione dei lavoratori esposti a 'luce blu', al fine di favorire comportamenti responsabili e incoraggiare l'adesione alle misure preventive-protettive eventualmente previste. Se è complesso misurare il rischio specifico, ancor più difficile risulta l'impo-

stazione di una coerente sorveglianza sanitaria nei casi che lo richiedono.

L'art.218 del D.Lgs.81/08 e s.m.i. prevede che la sorveglianza sanitaria venga "effettuata periodicamente, di norma una volta l'anno o con periodicità inferiore decisa dal medico competente con particolare riguardo ai lavoratori particolarmente sensibili al rischio, tenuto conto dei risultati della valutazione dei rischi trasmessi dal datore di lavoro. La sorveglianza sanitaria è effettuata con l'obiettivo di prevenire e scoprire tempestivamente effetti negativi per la salute, nonché prevenire effetti a lungo termine negativi per la salute e rischi di malattie croniche derivanti dall'esposizione a radiazioni ottiche". Le modalità di effettuazione della sorveglianza sanitaria risultano particolarmente impegnative per la richiesta di attenzione verso i 'lavoratori particolarmente sensibili al rischio', di prevenzione degli "effetti a lungo termine" e dei "rischi di malattie croniche", aspetti ancora in via di definizione ed accertamento.

Tuttavia è già stato proposto un protocollo di sorveglianza sanitaria che può costituire un utile riferimento per il medico competente (11).

Conclusioni

È evidente che per la prevenzione degli effetti oculo-visivi da 'luce blu' i dati a disposizione siano ancora provvisori e incompleti, pur seguendo i riferimenti delle più autorevoli fonti scientifiche. Tuttavia, paragonando le esposizioni a lampade 'ad alogenuri' ed a schermi a LED nei diversi contesti lavorativi, il rischio da 'luce blu' dei lavoratori impegnati con pc/tablet/smartphone appare di gran lungo inferiore e non richiede al momento attuale adempimenti mirati in soggetti 'sani' nell'ambito di un corretto utilizzo dei dispositivi elettronici. Nell'attuale panorama di conoscenze si sente in maniera particolare la mancanza di certezze sulle possibili conseguenze a lungo termine per la retina a seguito di ripetute brevi esposizioni a 'luce blu' (rischio Age-related Macular Degeneration?) e sul livello di tutela da garantire ai soggetti cosiddetti 'ipersuscettibili', soprattutto in merito alla for-



mulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica (9).

In attesa di ulteriori indagini prodotte dalla letteratura scientifica internazionale, è auspicabile anche un impegno dei medici competenti, impegnati quotidianamente sul territorio, nella rac-

colta di dati che, a supporto di igienisti e oftalmologi, potrebbero contribuire all'incremento delle conoscenze ed a favorire una maggiore tutela dei lavoratori di oggi e soprattutto di domani.

BIBLIOGRAFIA

1. Paraluppi P., Sorveglianza sanitaria per gli esposti a radiazioni ottiche artificiali, Coordinamento Tecnico Interregionale Gruppo Agenti fisici, Regione Lombardia ASL Pavia, Parma, 01/04/2011.
2. Candura U., Le lavorazioni outdoor: orientamenti pratici per il MC, Medico competente Journal, n°1/2015, marzo 2015.
3. O'Hagan JB, Khazova M., Price LLA, Low-energy light bulbs, computers, tablets and the blue light hazard, Eye (Lond). 2016 Feb; 30(2): 230-233.
4. Kuse Y, Ogawa K, Tsuruma K, Shimazawa M, Hara H. Damage of photoreceptor-derived cells in culture induced by light emitting diode-derived blue light., Sci Rep. 2014 Jun 9;4:5223. doi: 10.1038/srep05223.
5. Lin CH, Wu MR, Li CH, Cheng HW, Huang SH, Tsai CH, Lin FL, Ho JD, Kang JJ, Hsiao G, Cheng YW. Periodic exposure to smartphone-mimic low-luminance blue light induces retina damage through Bcl-2/BAX-dependent apoptosis. Toxicol Sci. 2017 Feb 10. doi: 10.1093/toxsci/kfx030.
6. Taino G, Paraluppi P, Giorgi M, D'Orso M I, Piccoli B., Occupational diseases caused by artificial optical radiation (AOR), Med Lav. 2013 Jan-Feb;104(1):3-23.
7. Heo JY, Kim K, Fava M, Mischoulon D, Papakostas GI, Kim MJ, Kim DJ, Chang KJ, Oh Y, Yu BH, Jeon HJ., Effects of smartphone use with and without blue light at night in healthy adults: A randomized, double-blind, cross-over, placebo-controlled comparison. J Psychiatr Res. 2017 Apr;87:61-70. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.12.010. Epub 2016 Dec 12.
8. Yoshimura M, Kitazawa M, Maeda Y, Mimura M, Tsubota K, Kishimoto T, Smartphone viewing distance and sleep: an experimental study utilizing motion capture technology., Nat Sci Sleep. 2017 Mar 8;9:59-65. doi: 10.2147/NSS.S123319. eCollection 2017.
9. Piccoli B., Orsini S., Zambelli P.L., La luce blu nel lavoro, Aspetti fisiopatologici e tecnici dell'esposizione occupazionale a luce blu (400 - 520 nm), Reggiani Editore, 2001.
10. Piccoli B., Idoneità, tecnopatie ed interventi di prevenzione nei lavoratori affetti da disturbi visivi, Attualità in tema di vigilanza nei luoghi di lavoro, Pomezia (Roma), 9, 10, 11 giugno 2010.
11. Piccoli B, Valutazione del rischio e sorveglianza sanitaria nell'esposizione a radiazioni ottiche artificiali, Dip. di Sanità Pubblica - Sez. di Medicina del lavoro, Università di Firenze, 15 giugno 2012.
12. D'Amore G., Valutazione dell'esposizione a luce blu e azioni di vigilanza nei luoghi di lavoro, Corso di aggiornamento sul tema: Pericoli e danni connessi alla presenza di luce blu. Università degli Studi di Pavia - Facoltà di Ingegneria, Pavia, 15 novembre 2013.
13. ASSIL, Associazione nazionale produttori illuminazione, Rischio foto biologico da luce blu: gruppo di rischio 0 in apparecchi per illuminazione rischio fotobiologico da luce blu, Giugno 2015.

Medici Competenti e Servizi Pubblici: non contrapposizione ma sinergia per essere più efficaci

Davanti a 50 medici del lavoro liberi professionisti o dipendenti pubblici e privati, RSPP, avvocati, si è tenuto a Trento un seminario organizzato congiuntamente da sezione Triveneta della SIMLII e dalla Sezione Trentino Alto Adige di ANMA con il patrocinio della Presidenza della Provincia Autonoma e dell'Ordine dei medici di Trento. L'evento è stato accreditato dal sistema ECM locale.

Il titolo dell'evento era “Modello di Organizzazione e Gestione della Sicurezza (art. 30 DLgs 81/08): il ruolo del medico competente”

Partendo dall'approfondimento del Modello di Organizzazione e Gestione della Sicurezza (MOGS) previsto dall'art. 30 DLgs 81/08, i relatori hanno dato vita ad un confronto fra medici competenti e Organi di Vigilanza al fine di individuare criteri condivisi di qualità ed efficacia del ruolo del medico competente nell'ambito della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Questo dialogo e confronto si rende opportuno, tra l'altro, anche per le interpretazioni talvolta molto diverse fra diversi Servizi Pubblici e diverse Pro-

cure sui criteri di qualità dell'azione del medico competente, in alcuni casi anche con conseguenze sanzionatorie e giudiziarie. Questa criticità merita una riflessione non solo per definire le caratteristiche di qualità e di eccellenza dell'operato del MC ma anche obiettivi comuni e condivisi, come ad esempio la diffusione della “Cultura della sicurezza” fra i datori di lavoro, contribuendo così alla creazione di condizioni favorevoli per una maggiore efficacia del ruolo di consulente del medico competente

Dopo l'introduzione della Presidente della Sezione Triveneta SIMLII Prof.ssa Francesca Larese e del vice Presidente di ANMA Pietro Patanè, il dottor Dagazzini ha approfondito il tema dei sistemi di gestione della sicurezza

(SGSL) e dei modelli organizzativi di gestione della sicurezza (MOGS) con l'auspicio di poter utilizzare in futuro uno schema di DVR che sia anche manuale del MOGS e del SGSL. È stata comunque sottolineata l'importanza del contributo diretto e attivo del medico competente per la loro validità ed efficacia, ma è stato anche criticato l'eccessivo formalismo di natura giuridica che viene attualmente proposto e applicato. Sono seguiti 3 brevi ma intensi interventi da parte di Dirigenti di Servizi Pubblici con funzioni di vigilanza: il dottor Graziano Maranelli (UOPSAL di Trento), la dott.ssa Edy Casagrande (Medicina del lavoro di Bolzano) e il dottor Carlo Venturini dello SPISAL di Pordenone che hanno descritto le rispettive attività finalizzate alla incenti-



vazione alla qualità del lavoro del MC, che non si devono ridurre alla semplice vigilanza o repressione ma devono prevedere occasioni di consultazione e confronto periodici.

È poi intervenuto il dottor Giancarlo Magarotto, fino a pochi anni fa Direttore dello SPISAL di Venezia, che ha portato un prezioso contributo di esperta pacatezza ricordando il valore non simbolico del Codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro (ICOH 2016) e delle linee guida proposte dalle Associazioni Professionali (ANMA, SIMLII, ecc). Ha poi definito uno “squilibrio” il peso eccessivo attribuito all’approccio giuridico nella valutazione delle attività degli operatori della prevenzione nei luoghi di lavoro sia pubblici che privati che “genera in alcuni l’illusione che l’azione sanzionatoria e il contenzioso giudiziario rafforzino la cultura della prevenzione quando invece questo obiettivo si consegue con la condivisione delle buone pratiche e l’integrazione delle competenze e con la capacità di esercitare con professionalità il controllo (sia l’autocontrollo che quello di vigilanza)”. Il dottor Magarotto ha proposto infine un elen-

co di attività che possono contribuire al mantenimento o al miglioramento della qualità del lavoro del medico competente.

Sono seguiti due interventi, il primo, da parte di chi scrive, che ha messo in evidenza il bisogno dei medici competenti di avere occasioni sistematiche di confronto con l’Organo di vigilanza (a Trento UOPSAL) su vari temi ma soprattutto su quelli che recentemente hanno dato origine in Trentino a procedimenti penali per qualche MC, come ad esempio la collaborazione alla valutazione dei rischi (art.25) o come le prassi professionali adeguate per la gestione dei rapporti fra consumo di alcol e lavoro. E’ stata inoltre sottolineata la grave incongruenza di alcuni enti pubblici che ricorrono ad aste al ribasso per l’assegnazione dell’incarico di MC, ponendo i presupposti per una prestazione professionale non ottimale e la delicatezza dei rapporti fra Servizi Pubblici e Magistratura.

Subito dopo, Pietro Patanè (nell’immagine) ha declinato in varie forme il concetto racchiuso nell’espressione “inserito nel contesto aziendale” che definisce

l’operato del medico competente. Ha poi presentato gli indirizzi ANMA per un lavoro di qualità del MC e in particolare le BEP (Best Experienced Practices) che risponde, almeno in parte, alla richiesta avanzata dal Ministero della Salute di affidare alle Società Medico Scientifiche un ruolo centrale per la definizione degli standard qualitativi in sanità e dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA). Ha concluso l’evento una “tavola rotonda” nella quale i relatori non solo hanno risposto alle domande dei partecipanti ma ciascuno ha fornito spunti e proposte per accrescere la collaborazione sinergica fra MMCC e Servizio Pubblico.

Poco prima della redazione di questo articolo (fine febbraio), l’UOPSAL di Trento ha diffuso fra i MMCC che operano in Provincia di Trento la convocazione di un tavolo di lavoro per discutere i temi che saranno congiuntamente individuati come critici, esaudendo la richiesta dei MMCC in occasione del seminario. Questa modalità di consultazione potrebbe costituire un primo esempio da replicare in altre Regioni.



30°
CONGRESSO
NAZIONALE ANMA

ANMATM
Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

NAPOLI
Hotel Royal Continental
Auditorium

8-10
GIUGNO
2017

PRESENTAZIONE DEL PRESIDENTE

Il futuro del Medico Competente e il ruolo della Medicina del Lavoro sono al centro del confronto che animerà il prossimo Congresso Nazionale dell'Associazione che si terrà a Napoli dall'8 al 10 giugno 2017.

Sarà peraltro il "Congresso dei 30 anni" dell'ANMA e quindi un'occasione ideale per ripercorrere l'evoluzione del ruolo del Medico Competente ed il suo adattamento in un mondo del lavoro ed in un contesto normativo in continua trasformazione. Uno sguardo attento al presente e ai suoi molteplici segnali costituiranno poi il punto di partenza per analizzare le prospettive della nostra Professione che è divenuta nel tempo complessa e ricca di potenzialità.

L'intento è quello di confrontare visioni, strategie e prospettive professionali identificando elementi per interpretare il cambiamento e decifrare il ruolo che il Medico Competente ha svolto, svolge e potrà svolgere nei diversi contesti.

Con il principale appuntamento associativo annuale, che includerà anche Sessioni su casi puramente clinici, ANMA continua così ad alimentare il confronto tra i Professionisti che operano nei differenti ambiti di attività che coinvolgono la Medicina del Lavoro per verificare il grado di evoluzione e condivisione.

I Partecipanti a cui è rivolto l'evento (Medici Competenti e Specializzandi in Medicina del Lavoro) potranno trovare spunti di interesse per la professione, avvalersi dei contributi di Relatori altamente qualificati ed acquisire crediti ECM. La scelta della location, facilmente raggiungibile, dotata di un'ampia offerta alberghiera e da sempre famosa anche per la sue straordinarie bellezze naturali ed artistiche, siamo certi contribuirà al successo del nostro più importante evento del 2017.

IL PRESIDENTE ANMA
Dott. Umberto Candura



30°
CONGRESSO
NAZIONALE ANMA

MATM
Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

**8-10
GIUGNO
2017**

NAPOLI
Hotel Royal Continental
Auditorium

PROGRAMMA AVANZATO

ULTIMO AGGIORNAMENTO 4 APRILE 2017

30 ANNI DI ANMA

*Il Medico inserito nel contesto aziendale.
Un impegno incessante per far crescere la cultura
della prevenzione sul lavoro.*

*L'Evento è accreditato ECM da ANMA
Provider Nazionale Standard (ID # 670)
per la Professione Medico Chirurgo
e per la disciplina Medicina del Lavoro
e Sicurezza nei luoghi di lavoro.*

*Crediti formativi complessivi previsti: 22,5 in attesa conferma
Numero massimo di partecipanti: 400*

● GIOVEDÌ 8 GIUGNO 2017

ORE 12.00 ASSEMBLEA DEI SOCI

- ORE 13.15 Apertura Segreteria organizzativa, Accoglienza e Registrazione.
ORE 14:00 Saluti e apertura Congresso.
ORE 14:15 Inizio lavori.
ORE 19:15 Fine lavori.

PRIMA SESSIONE **ORE 14.15-19.15**

LA FIGURA DEL MEDICO COMPETENTE OCCUPAZIONALE: LA CONDIZIONE ATTUALE E LE ATTESE

MODERATORI: G. BRIATICO VANGOSA – U. CANDURA

- ✓ I “primi” 30 anni dell’ANMA: la storia del medico d’azienda nella storia della prevenzione. (G. BRIATICO VANGOSA)
- ✓ La condizione attuale e le attese del Medico Competente ANMA: risultati della seconda indagine. (GRUPPO DI LAVORO COORDINATO DA P.A. PATANÈ)
- ✓ Quali attese dagli interlocutori sociali. (M.R. SPAGNUOLO)
- ✓ La complessità dell’attuale impianto normativo e la necessità di future innovazioni. (F. BACCHINI)
- ✓ Le politiche HR e le attese verso il medico competente anche in relazione alle nuove sfide della gestione del personale. (G. ROSA)
- ✓ La formazione accademica e l’aggiornamento professionale al passo con i tempi. (F. LARESE FILON)
- ✓ Le sinergie in ambito formativo. (F. VIMERCATI)

Conclusioni. (U. CANDURA)

ORE 19.30-20.30
Aperitivo di benvenuto.

● VENERDÌ 9 GIUGNO 2017

ORE 8.00 Apertura Segreteria organizzativa.
ORE 8.30 Inizio lavori.
ORE 19.30 Fine lavori.

SECONDA SESSIONE ORE 8.30-13.30

L'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A CANCEROGENI: AGGIORNAMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E LA SORVEGLIANZA SANITARIA

MODERATORI: R. DONGHI, P. MASCAGNI

- ✓ Le malattie da esposizione professionale a cancerogeni. (D. CONSONNI)
- ✓ Aggiornamenti sul meccanismo d'azione dei cancerogeni. (V. BOLLATI)
- ✓ La valutazione del rischio, il significato dei Valori Limite, l'utilità della sorveglianza sanitaria. (P. MASCAGNI)
- ✓ La gestione del paziente oncologico al lavoro. (C. BULGHERONI)
- ✓ La colpa professionale del medico alla luce dell'attuale DL "Gelli. La gestione del lavoratore esposto a cancerogeni. (M. ELIA, B. BELLONI)
- ✓ La proposta operativa ANMA per la gestione del rischio da cancerogeni e della popolazione lavorativa esposta. (R. DONGHI)

Discussione e dibattito.

ORE 13,30 -14,30
Pranzo di lavoro

TERZA SESSIONE ORE 14.30-17.00

IL PAZIENTE PSICHIATRICO AL LAVORO

MODERATORI: L. AVERSA, D. DITARANTO

- ✓ Le psicopatologie: inquadramento clinico. (FERRARI)
- ✓ Inquadramento normativo della materia. (IN DEFINIZIONE)
- ✓ Presentazione di una casistica. (R. DONGHI)
- ✓ Proposta di una BEP per la gestione del lavoratore con disturbi psichiatrici - Gruppo di lavoro ANMA. (L. AVERSA, R. DONGHI, D. DITARANTO)

Discussione e dibattito.

QUARTA SESSIONE
ORE 17.00-19.30

ATTUALITÀ IN TEMA DI SALUTE DEL VIDEOTERMINALISTA

MODERATORI: M. SAETTONI, P. SANTUCCI

- ✓ Il sovraccarico biomeccanico di arto superiore e rachide del lavoratore di ufficio. (G. BARRAL)
- ✓ Il rischio da carico oculo-visivo: aspetti fisiopatologici. (M. FERRANTE)
- ✓ Attualità su visione e postura al computer: il ruolo dell'optometrista. (M. GIANNELLI)
- ✓ Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP per il lavoratore di ufficio. (P. SANTUCCI)

Discussione e dibattito.

**SABATO
10 GIUGNO
2017**

ORE 8:00 Apertura Segreteria organizzativa e Registrazione.
ORE 8:30 Inizio lavori.
ORE 13:30 Fine lavori.

QUINTA SESSIONE
ORE 8.30-13.30

I LAVORATORI IN TRASFERITA E IN ATTIVITÀ OFF-SHORE

MODERATORI: P.A. PATANÈ, M. VALSIGLIO

- ✓ Attualità della normativa nazionale e estera: criticità applicativa e proposte di modifica. (IN DEFINIZIONE)
- ✓ Esperienza sorveglianza sanitaria del lavoratore in trasferta: modelli operativi. (V. NICOSIA)
- ✓ Esperienza di "sorveglianza sanitaria" in off-shore. (L. BERGAMO)
- ✓ Esempi pratici e discussione. (M. VALSIGLIO)

Discussione e dibattito.

COMPILAZIONE QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO.

COMITATO SCIENTIFICO E COORDINATORI PROGRAMMA SCIENTIFICO:

*Danilo Bontadi
Giuseppe Briatico Vangosa
Umberto Candura
Daniele Ditaranto
Rino Donghi
Paolo Mascagni
Piero Patanè
Paolo Santucci
Mauro Valsiglio*

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

ANMA ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
*Benedetta Mesiano
Myriam Nordemann*
anma_formazione@mcLink.it
tel. 02 86453978
www.anma.it

CONSULENZA ORGANIZZATIVA E COORDINAMENTO:

Serena Trincanato
serena.trincanato@gmail.com
cell. 347 7208074

*Il programma preliminare sarà aggiornato in:
www.anma.it/anma-congresso-nazionale-2017
e comunicato ai Soci.*

*Le informazioni generali, le informazioni e le schede di iscrizione,
le informazioni alberghiere sono disponibili in:
www.anma.it/anma-congresso-nazionale-2017*

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 1/2017

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

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115

e-mail: maurilio@mcmlink.it web: www.anma.it

Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE: Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE: Giuseppe Briatico

Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto

Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Pier

Agostino Gioffré, Piero Patanè, Marco Saettone

MARKETING E COMUNICAZIONE: Serena Trincanato



ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche
Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

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

ANMA è Provider ECM Standard iscritto all'Albo Nazionale AGENAS
con il numero identificativo 670

PRESIDENTE: Umberto Candura

VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè

SEGRETARIO: Ditaranto Daniele

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo

Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo

delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Carlo Giuseppe Bugheroni (Presidente), Antonio Iacino, Vita Marzia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presidente), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia

Segr. Piero Patanè

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Rocco Lorenzo

Toscana

Segr. Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè



AnmaFAD

La Formazione a Distanza per il Medico Competente

La quota associativa annuale di adesione ad ANMA 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

www.anmafad.com

Carlo Rubbia

Fisico e premio Nobel per la fisica nel 1984

«La più grande forma di libertà è quella di potersi domandare da dove veniamo e dove andiamo. La libertà ti permette di porgere a te stesso la domanda in modo onesto e chiaro, ma calmo e sereno, in quanto non si tratta di una domanda di emergenza. Non ha niente a che fare con quelle procedure d'urgenza che devi "sbrigare in caso di". È troppo bella e profonda, per essere turbata da interessi immediati. Il problema è iscritto nel nostro bagaglio intellettuale, che lo vogliamo o no. Non esiste forma di vita umana che non si sia posta questa domanda. E non c'è forma di società umana che non abbia cercato in qualche modo di darvi risposta. Il mancare a questo appuntamento è una perdita, una disumanizzazione, un meccanismo interno di autopunizione.

Quello che impressiona di più, della domanda, è la sua universalità. È comune a tutti. [...] Credo che tutto ciò faccia parte di un nostro bagaglio etico, e penso che quello che conta sia il rispetto del nostro umanesimo, del nostro essere uomini. E poiché tutti noi pensiamo che il nostro essere uomini sia qualcosa che ci mette al di sopra di tutti gli altri esseri viventi sulla terra, per forza dobbiamo anche pensare che siamo stati fatti ad immagine di qualcosa ancora più importante di noi. È difficile non crederci, quasi impossibile. È addirittura inevitabile. Talmente inevitabile che penso sia scritto dentro di noi. Non vedo come non si possa dire di sì all'esistenza di qualcosa di aggiuntivo. Io sono un ottimista, mi è facile credere a questo. Tra l'altro, non bisogna solo essere ottimisti, basta essere dei buoni osservatori. Come diceva anche Einstein, Dio è distribuito nella natura. E' davvero così, ne sono più che certo.

La natura è costruita in maniera tale che non c'è dubbio che non sia costruita così per un caso. Più uno studia i fenomeni della natura, più si convince profondamente di ciò. Esistono delle leggi naturali di una profondità e di una bellezza incredibili. Non si può pensare che tutto ciò si riduca ad un accumulo di molecole. Lo scienziato in particolare, riconosce fondamentalmente l'esistenza di una legge che trascende, qualcosa che è al di fuori e che è immanente al meccanismo naturale. Riconosce che questo "qualcosa" ne è la causa, che tira le fila del sistema. È un "qualcosa" che ci sfugge. Più ci guardi dentro, più capisci che non ha a che fare col caso. [...]

Il sentimento che prova un profano assistendo a un fenomeno naturale grandioso come un cielo pieno di stelle, un tramonto, l'immensità del mare, per uno scienziato è ancora più grande, in quanto respira qualcosa di veramente perfetto nella sua struttura. Questa perfezione esiste, è nella profondità delle cose. Non è un'ombra, non è un'apparenza [...].

Se osservi tutto ciò, non puoi che concludere che, in qualche modo, ci deve essere un meccanismo, un qualcosa di Superiore, di trascendente».



(citazione da E. Ferri, **La tentazione di credere**, Rizzoli, Milano, 1987, pag. 205).



eMR®

Il Software Gestionale per la Medicina del Lavoro

Progettato in collaborazione con medici
e operatori del settore è stato
scelto da strutture
qualificate

ISNow sarà presente con uno stand
al XXX Congresso Nazionale ANMA dal 8 al 10 giugno a Napoli

www.isnow.it

30°
CONGRESSO
NAZIONALE ANMA

ANMATM
Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

**8-10
GIUGNO
2017**

NAPOLI
Hotel Royal Continental
Auditorium

30 ANNI DI ANMA

*Il Medico inserito nel contesto aziendale.
Un impegno incessante per far crescere la cultura
della prevenzione sul lavoro.*

*L'Evento è accreditato ECM da ANMA
Provider Nazionale Standard (ID # 670)
per la Professione Medico Chirurgo
e per la disciplina Medicina del Lavoro
e Sicurezza nei luoghi di lavoro.*