GIORNALE PROFESSIONALE E SCIENTIFICO / OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL JOURNAL





JOURNAL

in questo numero

La condizione attuale e le attese del **Medico Competente ANMA**: risultati della seconda indagine

Industria 4.0 Una nuova sfida per il Medico Competente

Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali ... **Cosa bolle in pentola**?

Invecchiamento e lavoro: nuove prospettive

Perché si sottovaluta a salute del **videoterminalista**



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

3-2017

Editoriale

In primo piano

La condizione attuale e le attese del Medico Competente ANMA: risultati della seconda indagine.

G. Briatico Vangosa, P. Patané, D. Bontadi

Attualità

Industria 4.0: una nuova sfida anche per il Medico

D. Ditaranto

Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcol e droghe sul lavoro. Cosa bolle in pentola?

G. Briatico Vangosa

Contributi

Invecchiamento e lavoro: nuove prospettive P.A. Gioffré

Ufficio e salute

Perché si sottovaluta la salute del videoterminalista? P. Santucci

Anma risponde

Domande e risposte ai quesiti di interesse generale tratte dal sito www.anma.it P. Patanè

Da leggere in poltrona

Scienza e pseudoscienza D. Bontadi



ANMA offre ai Soci:

Rappresentanza, tutela e promozione della professione

Rete Territoriale

 11 Sezioni regionali (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguri, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte e Val d'Aosta, Puglia e Basilicata, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto)

Formazione

- ANMA Provider Nazionale Standard (ID#670)
- Progettazione di attività formative tramite il Comitato Scientifico
- Erogazione di crediti ECM
- Certificazione dell'assolvimento degli obblighi in Educazione Continua in Medicina (ECM)

Agevolazioni e convenzioni riservate

- Condizioni favorevoli per la partecipazione ai Corsi di aggiornamento, ai Seminari, al Congresso Nazionale e alla Formazione a Distanza (FAD)
- Assicurazione professionale a tariffa vantaggiosa
- Documenti sulla pratica professionale

Rassegna Bibliografica delle principali Riviste scientifiche italiane e internazionali

- Manuale Operativo del Medico Competente una completa informazione sugli adempimenti della professione
- Strumenti di lavoro, Procedure e Modulistica di interesse professionale, scientifico, tecnico, legislativo.
- Pubblicazioni e comunicazione

Medico Competente Journal – Rivista trimestrale di informazione professionale

- Newsletter informazioni mensili di attualità della professione, comunicazioni di iniziative e attività dell'Associazione
- Osservatorio ANMA Rubrica tematica inserita nella Rivista Ambiente & Sicurezza
- Sito internet www.anma.it

Visibilità tramite i Social Network

ANMA è presente su:

- Facebook la piattaforma grazie alla quale sono condivisi eventi , foto e video
- Twitter utilizzando la sintesi richiesta da questo canale sono segnalati e commentati iniziative, eventi, articoli, video, foto
- You tube il canale dedicato ai video relativi alle attività associative

Clicca per accedere alla pagina "Campagna Associativa 2018"



Cari soci, cari colleghi

al via in questi primi giorni di ottobre la campagna associativa per il 2018, l'iniziativa che continua a testimoniare l'impegno di ANMA per comprendere le esigenze dei propri Soci.

Sulla scia del processo di trasformazione dell'Associazione, il nuovo piano di comunicazione concretizza il mutamento strategico di successo degli ultimi anni e ci fornisce ulteriore dinamismo.

In uno scenario in continua evoluzione, da subito si prospetta per l'ANMA una nuova decisiva sfida: riuscire ad entrare nel novero delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche il cui elenco è istituendo presso il Ministero della Salute. Centrare questo obiettivo significa che le nostre BEP (Best Experienced Practices) possono diventare vere e proprie Linee Guida che, riconosciute e validate dall'Istituto Superiore di Sanità, assumono potere esimente dal punto di vista giuridico ai sensi della Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Pertanto se restiamo fuori dall'elenco è forte il rischio che le Linee Guida che governeranno la nostra attività professionale siano elaborate da chi non la conosce e si ispira a criteri e modelli che trovano difficile applicazione nel mondo del lavoro.

Tra i requisiti richiesti per entrare nell'elenco fondamentale è la cosiddetta rappresentatività della categoria professionale, vale a dire annoverare tra i nostri Soci almeno il 30% dei Medici Competenti professionalmente attivi ENTRO IL 31 OTTOBRE 2017.

Invitiamo quindi i Soci ad essere consapevoli di quanto sia importante per il nostro futuro professionale il raggiungimento di tale obiettivo, rinnovando da subito la quota associativa e facendosi parte attiva nel coinvolgimento di nuovi colleghi.

Con il Consiglio Direttivo, sono orgoglioso di cogliere questa nuova sfida e fiducioso di poterla trasformare in un'ulteriore opportunità di crescita per dare vita ad un'Associazione ancora più forte, concretamente al fianco del Medico Competente su tutte le tematiche riguardanti svolgimento della sua professione. Per poter confermare il ruolo di ANMA quale punto di riferimento della Medicina di Azienda è dunque urgente incrementare il numero dei Soci.

Solo in tanti ed uniti continueremo a crescere ed a migliorare.

La condizione attuale e le attese del Medico Competente ANMA: risultati della seconda indagine.

Dopo la prima indagine conoscitiva svolta dall'ANMA nel 2012, a distanza di 5 anni abbiamo fatto una seconda indagine. Mettiamo a confronto e analizziamo i risultati emersi del lavoro svolto. Facciamo le dovute considerazioni e ne traiamo le conclusioni

Premessa e scopo

Nel 2012 l'ANMA, con la preziosa collaborazione del Prof. Mario Del Vecchio di Cergas-Bocconi di Milano, ha avviato la prima indagine conoscitiva realizzata in Italia sulla condizione del Medico competente. Il risultato dell'indagine è stato presentato nel corso del 25° Congresso Nazionale tenutosi a Milano nello stesso anno e in successivi eventi formativi.

A distanza di 5 anni ANMA ha ritenuto interessante avviare fra i propri Soci un secondo sondaggio per comparare il risultato dell'indagine del 2012 e di altre indagini condotte nel frattempo da altri enti (il progetto Insula di INAIL e l'indagine di Simlii).

Il risultato della nostra seconda indagine è stato illustrato al nostro 30° Congresso nazionale tenutosi a Napoli nel giungo u.s.

In questa sede si riprendono alcuni passi di quanto presentato e discusso a Napoli.

Lo scopo del questionario è stato quello di: 1) mappare la realtà operativa dei MC associati ANMA e 2) acquisire dati per meglio comprendere istanze e priorità dei nostri colleghi e di conseguenza orientare le scelte culturali e politiche dell'associazione.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta tramite questionario, strutturato in 6 sezioni per un totale di 18 domande.

- La prima sezione ha raccolto i DA-TI ANAGRAFICI dei partecipanti all'indagine;
- la seconda sezione ha esaminato con 3 domande a risposta semplice gli aspetti relativi alla FORMAZIONE PROFESSIONALE;

- la terza sezione, composta da 5 domande a risposta semplice, ha indagato alcuni aspetti relativi all'ATTI-VITA LAVORATIVA ATTUALE E LA DIMENSIONE ORGANIZZA-TIVA;
- la quarta sezione ha preso in considerazione il RAPPORTO CON AN-MA ED ALTRE ASSOCIAZIONI/ SOCIETA' del settore (4 domande con possibili più risposte;
- nella quinta sezione si è indagato sullo STATO NORMATIVO AT-TUALE E LE RECENTI PROPO-STE con 3 domande a risposta semplice;
- infine è stato esaminato lo STATO ATTUALE DEL NOSTRO MESTI-RE e le sue POSSIBILI EVOLUZIO-NI con 2 domande con 1 risposta per 4 affermazioni possibili.

Sono stati distribuiti 450 questionari con un ritorno di 426.

Il questionario è stato previamente illustrato e quindi compilato e raccolto nel corso degli Eventi formativi residenziali di ANMA nel periodo febbraio-aprile 2017. I dati sono stati inseriti in un software appositamente predisposto e sono stati successivamente elaborati con la consulenza di un docente di statistica dell'Università di Padova.

Dodici sono le Sezioni regionali rappresentate: Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia.

Commento ai risultati

Riprendiamo in questa sede alcuni aspetti che ci sembrano maggiormente rilevanti, commentando sinteticamente quanto emerso dalle varie sezioni del questionario.

A) Quadro generale: la realtà dei medici competenti

Il campione esaminato evidenzia che la nostra categoria di medici competenti sta "invecchiando e anche velocemente". L'età media del campione esaminato è di 59,2 anni; solo il 6% ha meno di 40 anni (26 colleghi). Appare evidente lo scarso ricambio generazionale, sicuramente favorito dal limitato numero di posti nelle scuole di specialità. Questo riscontro è in linea con quanto da noi osservato nella precedente ricerca e conferma il trend osservato nel progetto Insula. (Fig.1)

B) Le motivazioni che hanno spinto a fare il MC.

Rispetto all'indagine di alcuni anni fa le motivazioni di facilità di lavoro e di guadagno retrocedono, probabilmente anche a causa delle mutate condizioni sociali ed economiche.

L'interesse del contenuto professionale e la rilevanza sociale della nostra professione rimane la motivazione prevalente, seguita dalla possibilità di svolgere un'attività che permette di incontrarsi e confrontarsi con altre figure professionali significative. Sono motivazioni

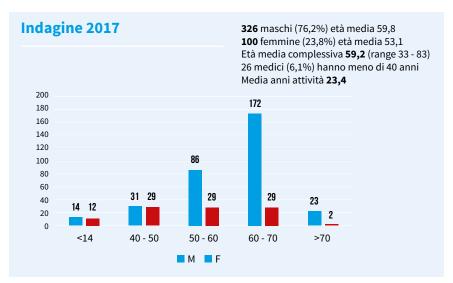


Fig.1 - Età media del campione

1.2 Quali sono le motivazioni che ti hanno spinto a scegliere il "mestiere" di Medico Competente?

L'interesse per i contenuti professionaliL'incontro, durante il percorso formativo,	234 231
con persone significative professori, colleghi)	211
 La rilevanza sociale dell'attività 	150
• La facilità di lavoro e le possibilità di guadagno	52
 Le difficoltà di accesso nelle altre discipline 	44
• Altro	4

Fig. 2 Le motivazioni del MC

2.1 Quali sono le modalità di aggiornamento nel 2016 e con quali Provider?

- Formazione residenziale preferita dal 57,9% ottenendo con questa modalità il 71% (v. medio) dei crediti totali.
- Formazione a distanza preferita dal 37,5% ottenendo con questa modalità il 26% (v. medio) dei crediti totali
- Altra modalità il 4,6% ottenendo il 18% dei crediti

PROVIDER	% Utenti	Crediti ottenuti
ANMA	54,8	64
SIMLII	13,1	25
ALTRI (airm, aidii, altre discipline)	32,1	26

Fig. 3 La formazione professionale

'nobili' ed esprimono una consapevolezza diversa non solo dell'inizio ma anche dell'oggi e, a nostro avviso, sono frutto del percorso di qualità che il MC ha fatto in questi anni.

La permanenza della motivazione del contenuto, in particolare, ci sembra necessaria per tutte le fasce generazionali al fine di sostenere questa sfida della qualità del medico competente negli anni venturi.

Interessante la rilevanza della motivazione dell'incontro con figure significative della nostra professione: ANMA è stata da sempre occasione e volano per conoscere varie modalità con cui viene interpretata la professione. (Fig.2)

C) La formazione professionale.

Il 58% preferisce la formazione residenziale (RES) ed ha soddisfatto con tale modalità oltre il 70% dell'obbligo di crediti. L'indagine conferma il fatto che Il 54,8% ha scelto l'ANMA come provider per il conseguimento dei crediti.

Questa evidenza anticipa un tema successivo: l'offerta formativa di ANMA costituisce una delle leve più importanti per la decisone di associarsi. In una domanda successiva emerge infatti che il 90% si è iscritto ad ANMA perché soddisfa i bisogni formativi e alla domanda "cosa chiede" la riposta è di continuare a fare quello che sta facendo come richiesta prioritaria (30%). (Fig.3)

D) Costi per l'aggiornamento.

La cifra investita in formazione per ogni professionista è supera in media i 500 euro/anno, cifra a cui bisogna aggiungere il costo rappresentato dal mancato guadagno; un importo dunque significativo, considerato che la nostra disciplina non può contare su appoggi da parte di stakeholder e da contributi da parte della pubblica amministrazione. Per gli iscritti ad ANMA, l'associazione rappresenta il provider di riferimento rispetto ad altre associazione o enti, spesso con una consuetudine di vari anni. (Fig.4)



Fig. 4 Investimento in aggiornamento

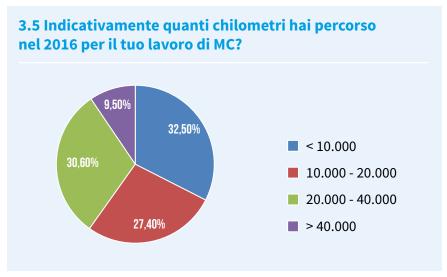


Fig. 5 Il MC: percorsi chilometrici

3.2 Per la tua attività professionale generalmente percepisci:				
	VALORI ASSOLUTI PREFERENZE	% media REDDITO COMPLES.		
Corrispettivo per prestazione (visita medica, esami strumentali, sopralluogo, ecc)	325 (52,1%)	69%		
Corrispettivo in base alle ore svolte	137 (21,9%)	28%		
Corrispettivo forfettario in base al numero dei dipendenti	109 (17,5%)	31%		
Retribuzione di lavoro dipendente	40 (6,4%)	10%		
Altro	15 (2,4%)	n.v.		
TOTALE	624 (100%)			

Fig. 6 Tipologia dei contratti

4.1 Oltre ad ANMA sei iscritto ad altre società di medicina del lavoro?

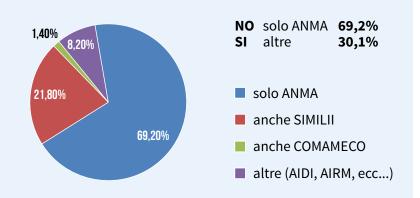


Fig. 7 L'affiliazione scientifica professionale

4.2 Per quali motivi sei iscritto ad ANMA?

	VALORI ASSOLUTI PREFERENZE	% media REDDITO COMPLES.
Perchè l'aggiornamento soddisfa i miei bisogni	373	316
Perchè di fatto è composta da gente che la medicina del lavoro la fa veramente	232	86
Possibilità di incontrare colleghi di lavoro	220	41
Perchè difende e promuove gli interessi della categoria	113	29
Perchè il costo degli ECM è conveniente	73	12
Per il materiale che mette a disposizione	41	3
Propone delle convenzioni interessanti	21	4
Perchè costa poco	4	2
TOTALE	1077	

Fig. 8 L'adesione ad ANMA

4.3 Che cosa chiedi ad ANMA nel futuro?

	VALORI ASSOLUTI PREFERENZE	% media REDDITO COMPLES.
Tuteli la figura del MC, difenda la dignità della professione e la qualità del nostro lavoro	309	120 (1) 104,85
Promuova nelle sedi tecniche e politico-istituzionali le istanze dei MC	232	104 (1) 101,30
Che incrementi le attività formative	167	102 (1)
Che continui a fare quello che fa	161	<u>133</u> (1)
Che incrementi le offerte (convenzioni, materiali a disposizione, informazioni, ecc)	101	
Che vengano coinvolti di più i soci nelle decisioni da prendere	29	
Altro	6	
TOTALE	1005	

Fig. 9 Aspettative degli associati

E) L'organizzazione di lavoro e gli aspetti logistici.

Il MC esegue spesso gli accertamenti diagnostici in prima persona, solo il 14 % si serve di altre risorse per l'espletamento di questi. Emerge una figura di professionista che non ha paura di rimboccarsi le maniche, flessibile per le esigenze aziendali, lasciando il doppio petto per altre occasioni. Questo aspetto di medico lavoratore è rafforzato dall'analisi dei Km/anno percorsi in auto: il 40% ne percorre oltre 20.000. (Fig.5)

Il corrispettivo per prestazione è la forma contrattuale adottata dalla maggior parte degli intervistati (52%) e costituendo circa il 70% del reddito del professionista. Solo 22% ha una forma contrattuale a tariffa oraria. Ouesto dato richiede una riflessione: il modello di professionista 'inserito nel contesto aziendale' non si concilia con il pagamento a prestazione; o quanto meno richiede almeno una forma mista in cui la consulenza sia maggiormente valorizzata, anche economicamente. (Fig.6)

F) L'appartenenza ad ANMA.

Il campione è costituito nella quasi totalità da iscritti ad ANMA, di questi il 30% è anche affiliato ad altre società, sia della disciplina di Medicina del Lavoro che di altre. L'offerta formativa, come dicevamo, costituisce la prima leva per associarsi ad ANMA. Ci piace però evidenziare la seconda motivazione espressa: "perché ANMA è composta da gente che la medicina del lavoro la fa davvero"; una buona percentuale si esprime "per la possibilità di incontrare colleghi di lavoro". (Fig.7-8)

G) Richieste dei soci e prospettive associative.

Cosa chiedi ad ANMA per il futuro. La maggior parte (74%) chiede all'associazione che prosegua la funzione di tutelare la nostra figura, la dignità della professione e la qualità del nostro lavoro; si ribadisce dunque, il concetto che ANMA continui a fare quello che ha sempre fatto (in termini relativi questa risposta è quella che ottiene la prima preferenza). Ci sentiamo quindi provocati a rinforzare quegli aspetti fondanti della nostra Associazione (qualità, formazione, collaborazione professionale, solidarietà tra colleghi ...) con la stessa tensione e serietà messa in campo in questi anni. (Fig.9)

H) La posizione sulle proposte di legge.

Non scontato ma sorprendente il risultato sulle 2 ipotesi di legge che hanno agitato in questi ultimi tempi i dibattiti dei medici competenti; la proposta Boccuzzi per lo status del medico competente e la più 'consistente' proposta Marano (Min. Salute) per le modifiche delle procedure di controllo in lavoratori con rischio verso terzi da assunzioni di alcol e droghe.

Proposta Boccuzzi: 73% contrari; i non contrari sono solo 20 colleghi (meno del 5%) che esprime la preferenza di essere dipendente dalla struttura pubblica; il 12% non saprebbe che rapporto avere con la struttura pubblica, mentre il restante 7% si è espresso per un regime convenzionato. (Fig.10)

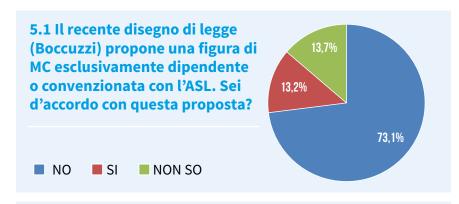
Per la proposta Marano relativa al controllo dell'assunzione di alcol e droghe sul lavoro l'80% di risposte è favorevole a seguire una procedura operativa per attuare gli accertamenti e l'obbligo medico legale piuttosto e non procedere secondo una criterio discrezionale. (Fig.11)

I) Come vedi il ruolo del MC oggi.

Tutte le risposte si dichiarano d'accordo o molto d'accordo, in percentuali dal 61 al 73%, sul ruolo positivo del MC, valorizzando tutte le sfumature con cui questa positività si esprime. Non mancano senza enfatizzazioni gli elementi di preoccupazione legati ai contenuti professionali, alla percezione del ruolo e all'evoluzione dei processi produttivi. (Fig.12)

L) L'evoluzione del Medico Competente.

L'ultima sezione riguardante le piste di sviluppo del MC: l'indagine evidenzia attese più alte (oltre 83%) per l'amplia-



5.2 L'autonomia professionale del MC è maggiormente garantita: come dipendente della struttura pubblica:

20 persone (meno del 5%)

Fig. 10 Posizioni rispetto alla proposta Boccuzzi

5.3 Riguardo alla proposta c.d. Marano su alcol e droga, ritieni che per il MC sia preferibile operare attraverso una completa discrezionalità o debba attenersi ad una procedura guida?

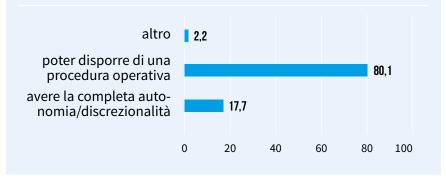


Fig. 11 Posizioni rispetto alla proposta Marano

6.1 Come vedi il ruolo del MC oggi?

Elenco in ordine di max accordo	MOLTO	D'ACCORDO	IN PARTE	DISACCORDO
Un ruolo con elementi di crisi legati al quadro economico	27,0%	46,5%	25,9%	0,6%
In crescita per l'attenzione ai temi della salute sui luoghi di lavoro	24,3%	46,0%	26,8%	2,6%
Un ruolo con importanti elementi di innovazione professionale / tecnolo.	16,5%	48,1%	31,6%	3,8%
Un ruolo con elementi di crisi legati ai contenuti della professione	15,4%	45,2%	30,3%	9,0%
Un ruolo con elementi di crisi legati alla considerazione che gli altri hanno della professione del MC	21,1%	39,3%	28,0%	11,5%
Un ruolo con elementi di crisi legati all'evoluzione dei processi produttivi	8,9%	38,5%	37,7%	14,9%
ALTRO 1,3%				

Fig. 12 Il ruolo del MC oggi

mento dei servizi in tema di promozione della salute che rimane, ad oggi, l'area di intervento più disattesa ma di cui si intuisce, appunto, la grande potenzialità.

Il rafforzamento del legame con altre discipline mediche rappresenta la seconda esigenza individuata dai colleghi, seguita dal rafforzamento dei rapporti con le istituzioni e dall'utilizzo di nuove tecnologie.

Si evince il bisogno del MC di ampliare il proprio raggio di azione e di rapporti, senza far venir meno quelli fondamentali, come il legame con l'Università. (Fig.13)

6.2 Quali sono a tuo parere le piste più promettenti per il MC?

Elenco in ordine di max accordo Ampliamento dei servizi offerti relativamente alla promozione della salute	MOLTO 31,8%	D'ACCORDO 51,3%	IN PARTE 15,4%	1,5%
Rafforzamento dei legami con le altre discipline mediche	29,7%	53,5%	15,3%	1,4%
Rafforzamento dei rapporti con lei istituzioni (Università, Inali, ecc.)	26,5%	50,2%	21,8%	1,5%
Utilizzo di nuove tecnologie (per gli accertamenti sanitari, cartelle, ecc.)	29,0%	45,7%	21,2%	2,8%
Rafforzamento della legislazione a favore della salute dei lavoratori	27,5%	44,2%	21,5%	6,8%
Associazione tra MC per offire servizi integrati	22,9%	40,3%	28,7%	8,0%
ALTRO 7,9 %				

Fig. 13 Le prospettive per il futuro

Conclusioni

L'indagine ha evidenziato una "condizione del Medico competente" stabile nel tempo, sia per gli aspetti positivi che per quelli critici. Infatti non si leggono sostanziali differenze rispetto ai risultati della prima indagine del 2012 ed anche rispetto al risultato della ricerca Insula dell'INAIL.

La nostra figura professionale sta invecchiando solo a causa delle limitazioni numeriche imposte alle scuole di specializzazione. Di conseguenza cresce anche, anno dopo anno, la media dell'anzianità lavorativa del medico competente che si attesta a quasi 24 anni. Siamo dunque professionisti "datati" ma costantemente animati da un forte legame con la nostra disciplina e con la nostra identità professionale, come dimostrano le risposte alle sezioni del questionario che hanno indagato questi aspetti.

La nostra è davvero una disciplina di grande interesse professionale; è una disciplina viva che si rinnova di continuo e in sintonia con l'innovazione tecnologica, con l'innovazione dell'organizzazione del lavoro, nel bene e nel male, con le sfide sociali.

L'ANMA ha visto fin dalla sua nascita l'opportunità di promuovere lo scambio di esperienze alla pari e su questo ha investito. Forse è questo il motivo per cui una quota di Medici competenti rimane legata all'Associazione e segue le sue iniziative di aggiornamento professionale per la loro concretezza ed aderenze alla realtà lavorativa che è un'arma per superare lo stallo normativo in cui ci troviamo e la carenza di sviluppi sistematici che la ricerca dovrebbe favorire.

BIBLIOGRAFIA

Fonti più utilizzate nel nostro Paese:

- D.M. 9-4-2008 Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria;
- D.M. 10-6-2014 Aggiornamento delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex art. 139 T.U. (Lista I, Gruppo 2; Lista II, Gruppo 2; Lista III, Gruppo 2;
- D. Colombini, E. Occhipinti et al.: Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni, Documento di Consenso di un gruppo di lavoro nazionale. Med. Lav. 2003: 84,3: 312-229;
- P. Apostoli, M. Bovenzi et al.: Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper-extremity work-related muscoloskeletal disorders UE WMSDs). Maugeri Foundation Books, ed. 2003; Agg. 2006
- D. Magosso, E. Cestari et al.: Linee guida linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori. C.R.E.E.O. Regione Veneto, 2004.

Industria 4.0: una nuova sfida anche per il Medico Competente

Continuiamo a parlare di **Industria 4.0**, tema affrontato nel numero precedente. Ci apprestiamo ad affrontare una nuova fase della rivoluzione industriale che introdurrà rilevanti cambiamenti tecnici ed organizzativi nel mondo del lavoro. Siamo attrezzati per affrontarla?

Considerazioni preliminari

Dopo la testimonianza dei cambiamenti che negli ultimi decenni la contrazione del settore secondario e l'espansione di quello terziario hanno implicato anche nella tutela della salute nei luoghi di lavoro, ora ci apprestiamo ad affrontare una nuova fase della rivoluzione industriale che introdurrà rilevanti cambiamenti tecnici ed organizzativi nel mondo del lavoro già ampiamente descritti nel numero precedente della nostra rivista. (1)

Siamo attrezzati per affrontarla? Secondo me lo siamo.

Innanzi tutto possiamo fare affidamento su un ordinamento giuridico nel quale, a partire dalla Costituzione (2), la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro è un principio fondamentale. In secondo luogo il sistema di prevenzione aziendale può avvalersi di un modello operativo consolidato e sperimentata hanta alla prelatazione alla

modello operativo consolidato e sperimentato, basato sulla valutazione e la gestione dei rischi, sulla formazione e la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, sicuramente in grado di intercettare le eventuali nuove criticità e di gestirle, anche in forza degli obiettivi dichiarati

di "Industria 4.0" orientati alla valorizzazione di quell'insieme di nuove opportunità tecniche ed organizzative finalizzate a migliorare le condizioni di lavoro, trasformando la prevenzione in un investimento.

E il medico competente (MC) è pronto? Basandosi sul percorso che la «Medicina Aziendale» (3) ha seguito negli ultimi decenni in uno stretto intreccio con l'evoluzione della Medicina del Lavoro, l'ANMA ha sviluppato e promosso un modello di MC:

Definizione di Industria 4.0

"Il termine Industria 4.0 (o Industry 4.0) indica una tendenza dell'automazione industriale che integra alcune nuove tecnologie produttive per migliorare le condizioni di lavoro e aumentare laproduttività e la qualità produttiva degli impianti"

(da Wikipedia)

- Inserito nel contesto aziendale (Vigliani)
- Che fonda la sua attività su un approccio interdisciplinare (Grieco)
- Fortemente coinvolto dalle innovazioni tecniche ed organizzative del mondo del lavoro (Costa)

Configurandosi come un consulente «globale» dell'impresa in materia di tutela della salute e non mero esecutore della sola sorveglianza sanitaria.

Insomma un consulente che deve «vivere l'impresa» interagendo e coordinandosi con la sua specifica cultura con l'insieme aziendale, complesso ed in continua evoluzione, di culture tecniche ed economiche, di relazioni umane e sociali, con il fine di collaborare «all'attuazione di tutto quanto è necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori» (4)

Ritengo che questo modello possa permettere al MC di supportare l'impresa nel cogliere le opportunità che la nuova fase potrà offrire in termini di miglioramento del lavoro, ma anche nel gestire le eventuali nuove criticità.



Va tuttavia riconosciuto che il D. Lgs. 81/08 non facilita l'espressione di questo modello di MC e che, più in generale, è forte il timore che il suo modello di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori risulti in gran parte inadeguato ad affrontare e gestire efficacemente i cambiamenti introdotti da "Industria 4.0" in materia di nuove forme di produzione e, specialmente, di organizzazione del lavoro anche per la velocità con cui, prevedibilmente, si succederanno nei prossimi anni.

I nuovi scenari

L'integrazione delle tecnologie informatiche e della comunicazione con i processi produttivi e la loro avanzata automazione, avrà delle ricadute economiche, delle importanti conseguenze a livello sociale, ma rilevanti saranno anche i riflessi nel campo della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Sulla natura di questi riflessi, come sempre accade, molto dipenderà dagli obiettivi che prevarranno in questa nuova spinta all'innovazione.

A tale proposito è importante sottolineare che i documenti istituzionali su «Industria 4.0» evidenziano che l'adozione delle nuove tecnologie e la loro integrazione, favorite anche dai benefici fiscali, possono migliorare il lavoro non solo nelle sue varie implicazioni economiche, ma anche in termini di salute e sicurezza, configurandosi come un'opportunità per trasformare i "costi" della prevenzione in un "investimento". (5)

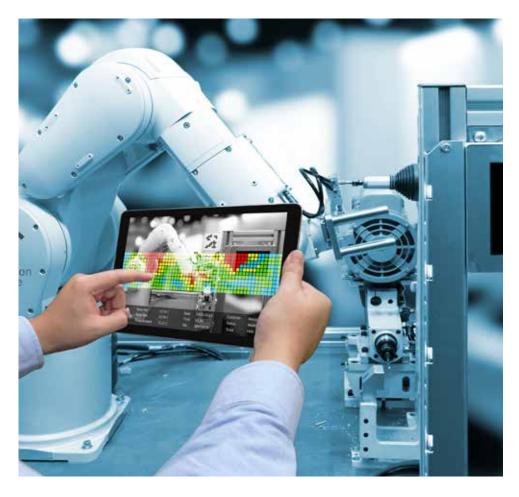
Dunque, non possiamo che auspicare che questa «visione» accompagni tutto il processo innovativo: un miglioramento complessivo del lavoro in grado di apportare benefici non soltanto economici, ma anche in termini di miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza che, a loro volta, inducono una serie di ulteriori, significativi benefici economici.

Infatti migliorare le condizioni di salute e di sicurezza sul lavoro, significa innanzi tutto mettere le persone nelle condizioni di lavorare meglio. I benefici che ne derivano non riguardano soltanto la salute fisica, mentale e sociale dei lavoratori, ma anche il miglioramento di vari indicatori economici come la produttività, la qualità della produzione e quindi la competitività.

Peraltro l'innovazione comporterà anche dei rilevanti cambiamenti nei "profili di rischio" delle attività lavorative. In generale, il processo di progressiva scomparsa dai cicli lavorativi dei rischi professionali "storici" del settore secondario, di cui siamo già stati testimoni negli ultimi decenni con il passaggio al terziario, potrà avere un'ulteriore accelerazione.

In particolare la maggiore informatizzazione ed automazione dei processi produttivi potrà innanzi tutto comportare un importante e positivo impatto sulle problematiche dell'ergonomia "fisica" con un conseguente maggiore controllo dei rischi da sovraccarico biomeccanico i cui effetti sulla salute costituiscono ormai da anni la principale causa di disagio e di riconoscimento di malattia professionale.

Pertanto la stretta interconnessione tra sistemi fisici e sistemi informatici (IoT: Internet of Things), migliorando l'interfaccia uomo-macchina, migliorerà anche le condizioni di lavoro in termini di ergonomia "fisica" e di sicurezza, determinando una serie di riflessi positivi sul sistema:



Diminuzione degli infortuni e delle malattie professionali

Il vantaggio è per tutto il sistema in quanto coinvolge i lavoratori, le imprese e le società.

Anche se i dati disponibili non consentono di determinare con precisione i costi diretti ed indiretti degli infortuni e delle malattie professionali (6), esistono delle stime fondate che indicano quanto il dato sia significativo.

In Italia l'INAIL stima che il danno economico sia superiore al 3% del PIL. Da qui l'importanza di potersi dotare con sistemi di produzione che riducono il rischio di infortuni e che limitano le esposizioni professionali ai vari fattori di rischio per la salute.

Facilitazione del reinserimento dei lavoratori «fragili»

Il maggiore controllo del carico fisico e mentale del lavoro attraverso i nuovi sistemi di produzione, può facilitare l'integrazione dei lavoratori disabili e favorire il reinserimento di quelli che rientrano al lavoro con gravi patologie croniche o degenerative, che hanno già comportato importanti interventi chirurgici o cicli di terapie efficaci ma debilitanti.

La gestione dell'invecchiamento della forza lavoro

Anche nel nostro Paese è aumentato negli ultimi anni l'interesse attorno al cosiddetto "invecchiamento attivo" e cioè «la creazione delle condizioni per permettere agli anziani di condurre vite socialmente ed economicamente attive» (OCSE), attraverso una serie di azioni finalizzate a sostenere la loro capacità lavorativa:

- Promozione della salute: stili e comportamenti di vita virtuosi;
- Formazione ed aggiornamento: mantenimento e miglioramento delle abilità e delle competenze;
- Valori, attitudini, motivazioni: mantenimento e rafforzamento;
- Miglioramento delle condizioni e dell'ambiente di lavoro.

Industria 4.0, migliorando l'ambiente e le condizioni di lavoro, può contribuire alla realizzazione della reciproca promozione tra lavoro e salute, fondamento della strategia per il perseguimento dell'invecchiamento attivo. In particolare creando condizioni ed ambienti di lavoro favorevoli per la tutela della salute e della sicurezza, può contribuire, con la promozione della salute, la formazione e l'empowerment, al mantenimento al lavoro di lavoratori anziani ancora "attivi" e "sani" o comunque in grado di esprimere una capacità lavorativa ancora valorizzabile per la loro integrazione.

Peraltro la forte automazione ed informatizzazione dei processi produttivi, la stretta interconnessione tra sistemi fisici ed informatici, avranno riflessi non soltanto sui vari aspetti dei profili delle mansioni pertinenti l'ergonomia "fisica", ma faranno emergere in modo rilevante anche le tematiche riguardanti l'ergonomia "cognitiva", mentre il loro impatto sull'organizzazione del lavoro e la crescita delle nuove forme di lavoro potranno comportare frequenti problematiche anche nell'ambito dell'ergonomia "organizzativa".

Si tratta di uno scenario ancora non completamente valutabile nella sua entità e nei suoi vari aspetti ed implicazioni, ma che non deve trovare impreparato il MC.

Considerazioni conclusive

L'Istituto Nazionale della Ricerca e della Sicurezza francese (INRS) ritiene che in materia di salute sul lavoro "Industria 4.0" non sia a priori né favorevole, né sfavorevole. Tutto dipenderà dalle modalità con cui verranno sfruttate le sue opportunità. (7)

Se prevarrà un approccio "olistico", attento anche alle esigenze di salute e di sicurezza dei lavoratori, sicuramente l'innovazione comporterà dei notevoli vantaggi e miglioramenti per tutti.

Se invece prevarrà una visione puramente incentrata sugli aspetti "economici", in un quadro non adeguatamente regolato, a seguito della forte automazione ed informatizzazione del lavoro, il rischio di un impatto negativo sulla salute dei lavoratori è invece possibile da vari punti di vista: intensificazione del carico di lavoro (ad esempio per un uso improprio degli esoscheletri), aumento dei vincoli organizzativi, sovraccarico informativo, spersonalizzazione con perdita del senso del lavoro, difficoltà nella separazione tra vita privata e vita professionale.

Un altro aspetto molto importante è

la già richiamata temuta inadeguatezza dell'attuale normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro di fronte ai cambiamenti tecnici ed organizzativi del lavoro che "Industria 4.0" introdurrà.

In realtà questa inadeguatezza è già emersa nella gestione delle nuove forme di lavoro, e per quanto ci riguarda, di fronte alla crescente domanda delle imprese di una consulenza più ampia su temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica.

Sono pertanto urgenti alcuni rilevanti aggiornamenti della normativa compreso il superamento delle ambiguità e dei vincoli che tuttora permangono per il ruolo del MC nel processo di valutazione dei rischi (8).

In particolare sarebbe auspicabile il passaggio ad un impianto giuridico più simile a quello delle altre normative europee in materia, che fissano i principi e definiscono gli obiettivi generali, lasciando poi alla responsabilità ed alla professionalità degli attori l'applicazione delle norme tecniche e la definizione delle buone pratiche per la loro attuazione ed il loro raggiungimento. Questa impostazione, meno rigida e burocratica, aumentando la sostenibilità della normativa, facilitando la sua applicabi-

lità ed accrescendo la consapevolezza e la responsabilizzazione degli attori, risulta più coerente con la necessità di disporre di una normativa in grado di seguire l'evoluzione tecnica ed organizzativa che il lavoro avrà nei prossimi anni e le sue prevedibili accelerazioni.

A tale proposito risulta quanto mai attuale la proposta avanzata con forza dall'ANMA in pieno dibattito sul TUS ed in quelli successivi per la sua semplificazione, di un modello di "sistema di prevenzione aziendale" basato sul lavoro di squadra. In pratica un team aziendale comprendente competenze tecnico-impiantistiche (safety), di medicina ed igiene del lavoro, (health) e di ergonomia ed organizzazione del lavoro, in grado di operare con un approccio interdisciplinare, espressione di una logica di "sistema" strategica per il successo delle azioni preventive ed agile per seguire il cambiamento.

Ovviamente, in tale contesto, risulta inderogabile l'inequivocabile attribuzione al MC di un ruolo obbligato e centrale nel processo valutazione dei rischi fin dalle sue fasi iniziali.

D'altra parte il MC dovrà anche affrontare i temi dell'adeguamento dei suoi modelli operativi ai nuovi contesti e dell'innovazione del suo ruolo.

Soprattutto i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro e lo sviluppo di nuove forme di lavoro, peraltro già fortemente in atto, impongono al MC una riflessione su un nuovo modello operativo per la gestione della sua attività sia per quanto riguarda gli aspetti operativi che quelli relazionali.

D'altra parte la rarefazione dei rischi "storici", le opportunità di consulenza alle imprese sui vantaggi che le innovazioni tecniche ed organizzative consentono per la diminuzione del carico fisico del lavoro, ma soprattutto la prevedibile emersione di nuove rilevanti tematiche in materia di ergonomia cognitiva ed organizzativa, impongono al MC di attrezzarsi per assumere anche in tali contesti, in una logica multidisciplinare, un ruolo di protagonista.

Da ultimo, anche se il discorso sulla perdita dei posti di lavoro ha accompagnato tutte le rivoluzioni industriali salvo poi accorgersi che nuove competenze avrebbero compensato le perdite, i dati del report The future of the job (9), presentato in occasione del World Economy Forum del gennaio 2016, riguardanti l'impatto negativo sull'occupazione di "Industria 4.0", sono sicuramente da tenere in evidenza anche da parte dei MC che ben conoscono gli effetti che la perdita del posto di lavoro può avere sulla salute in termini di sofferenza fisica, mentale e sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Giuseppe Briatico-Vangosa. Industria 4.0. Quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda Medico Competente Journal, n. 2/2017
- Articolo 41 "L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali";
- 3. Enrico Carlo Vigliani: "La Medicina Aziendale: un'arte particolare. E' una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle facoltà mediche e, per numerosi versi, anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle nostre scuole" – Volume "Organizzazione della prevenzione in azienda" edito dal Gruppo di Lavoro Medici Aziendali (GLAMA), 1987
- Codice di comportamento del medico d'azienda e competente Articolo 1 "Missione", ANMA, 1997

- Circolare N. 4/E del 30.03.2017, Agenzia Entrate, Ministero dello Sviluppo Economico Paragrafi 2 "I vantaggi della nuova rivoluzione industriale" e 13: "Dispositivi per l'interazione uomo macchina e per il miglioramento dell'ergonomia e della sicurezza del posto di lavoro in
 logica 4.0"
- Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources - European Risk Observatory, European Agency for Safety and Health at Work, 2017
- M. Héry, C. Levert "Quelle prise en charge des risques professionnels en 2040? Retour sur un exercise de prospective", References en sante au travail, n. 149, Mars 2017, INRS
- In particolare l'articolo 29, comma 1 del D. Lgs. 81/08 di fatto ancora limita la collaborazione del MC alla valutazione dei rischi "nei casi di cui all'articolo 41" e quindi, com'era nel "626", nei casi "in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria";
- World Economy Forum "The future of the job, Imployement, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution" - Junuary 2016

Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcol e droghe sul lavoro. Cosa bolle in pentola?

Siamo in attesa della preannunciata modifica dell'impianto normativo e delle relative procedure accertative sui lavoratori addetti alle mansioni a rischio. I ritardi confermano che la materia trattata è molto delicata

Da tempo noi Medici Competenti stiamo attendendo la preannunciata modifica dell'impianto normativo per la prevenzione di infortuni correlati all'uso di alcol e droghe sul lavoro e delle relative procedure accertative sui lavoratori addetti alle mansioni a rischio. Sono infatti circolate nel tempo varie bozze che ad oggi non sono approdate confermando la delicatezza della materia trattata.

ANMA ha seguito passo passo l'evoluzione di questa delicata materia presentando osservazioni e proposte e producendo letteratura scientifica ed esperienze che hanno formato la base di confronto al nostro 28° Congresso Nazionale di Torino. In quella sede abbiamo riferito la posizione dei nostri Associati raccolta attraverso questionari e workshop dedicati nei nostri corsi di aggiornamento ECM, fornendo alle Istituzioni un quadro realistico dei punti di forza e di debolezza delle proposte normative che si sono avvicendate.

Oggi circola un'ulteriore Bozza del 13 luglio 2017 "Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti, l'accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza e il coordinamento delle azioni di vigilanza", che, in ipotesi, sembra possa trovare l'approvazione in Conferenza Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano.

La Bozza, a mio avviso, pur avendo il pregio di essere stringata enunciando sequenzialmente in poche pagine (5 nella versione che circola) le fasi cogenti (A-l'individuazione delle attività a rischio; B- le "misure da adottare dal datore di lavoro"; C- i "criteri e le procedure per i controlli sanitari effettuati dal medico competente" e D- i "provvedimenti da adottare" a cui viene dedicato il maggior dettaglio; E- le "misure da adottare da parte dell'organo di vigilanza") lascia ampi margini di incertezza dovendo e volendo rimodellare i diversi Schemi d'Intesa sul comma 4 dell'ar-

ticolo 41 del D.Lgs. 81/08 "rivisitando", come dice il testo della Bozza, "le condizioni e le modalità per l'accertamento dell'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti e di assunzione di alcol". È il punto cruciale della problematica, la vexata quaestio tra verifica dell'attualità d'uso e verifica della condizione di abuso e dipendenza, che ancora una volta la Bozza di intesa non chiarisce, sviluppando un ibrido procedurale che può mettere in difficoltà il Medico Competente su una materia tanto delicata.

La Bozza esplicita l'obiettivo di:

- a) prevenire gli infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti;
- b) procedere all'accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza

Obiettivo a): prevenire gli infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti.



Per soddisfare questo obiettivo bisogna partire dall'intercettazione del lavoratore in condizioni psichiche alterate dovute ad assunzione di sostanze (alcol e/o droghe) e la sua esclusione temporanea dalla mansione a rischio. È la conditio sine qua non per prevenire ed evitare l'infortunio. La Bozza al punto "i criteri e le procedure per i controlli sanitari effettuati dal medico competente" esplicita la procedura accertativa:

- attraverso la misura dell'alcolemia tramite etilometro per la verifica dell'assunzione di sostanze alcoliche;
- attraverso la ricerca di sostanze stupefacenti e dei loro metaboliti utilizzando come matrice il fluido orale,
 ovvero la saliva, che identifica l'attualità d'uso di una sostanza stupefacente, avendo una finestra temporale breve (poche ore) e in equilibrio con la concentrazione ematica, al contrario della matrice urina
 che permette l'identificazione della
 sostanza e dei metaboliti in un ar-

co temporale successivo ma che persiste per alcuni giorni dall'avvenuto consumo.

Il riscontro di livelli di alcolemia superiori ai limiti proposti e/o la positività al test della saliva determina automaticamente l'emissione, da parte del Medico Competente, del giudizio di "temporanea non idoneità all'effettuazione del turno lavorativo" e di conseguenza, da parte del datore di lavoro, la non accettazione al lavoro del lavoratore "all'inizio o alla ripresa o durante il turno di lavoro".

Quindi a fronte di un evento acuto – lo stato di alterazione del lavoratore -, una risposta alla fonte immediata – la verifica dell'attualità d'uso - atta a intercettare e confermare lo stato di alterazione della persona evitando il possibile rischio infortunistico.

È una fase tecnicamente lineare, ma non scevra di incertezze e trabocchetti per il Medico Competente a cui viene affidato un compito di controllo non del tutto edulcorato dal ruolo di educatore alla salute e ai sani comportamenti, su cui abbiamo espresso nel tempo varie perplessità.

In effetti la procedura indicata nella Bozza presenta alcune semplificazioni rispetto al passato.

La Bozza sembra essere figlia del "Protocollo operativo per gli accertamenti richiesti dall'art 187 del DL.vo n. 285/92 e successive modificazioni sui conducenti che si presume siano in stato di alterazione psico-fisica conseguente all'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope" del 2005 presentando ampie attinenze, ma anche alcune semplificazioni che potrebbero sfociare in contenziosi. Il Protocollo fissa le modalità di verifica da parte degli organi di polizia stradale e dei medici delle strutture sanitarie a cui è inviato la persona in accertamento. Esso prevede "l'utilizzo di test di tipo monouso in grado di rilevare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope in campioni biologici quali saliva, urina o traspirato ovvero strumenti tecnici, dispositi-





vi di controllo, ovvero test o procedure che consentono di rilevare alterazioni significative del comportamento del conducente che, presumibilmente, possono essere collegate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope".

Il protocollo precisa inoltre che "qualora l'interessato non acconsenta al prelievo di un campione di sangue, l'analisi qualitativa e quantitativa delle sostanze deve essere eseguita su un campione di urina, prelevato contestualmente ad un campione di saliva. Il campione di saliva è prelevato al solo fine di indicare la contestualità d'uso ad integrazione/supporto della positività rilevata nelle urine".

Il Protocollo definisce quindi la procedura medico-legale per riscontare l'uso di sostanze nell'ambito specifico di intervento. Analogo è l'obiettivo della Bozza d'Intesa che, pur inserendosi in un contesto più soft, in effetti ha un esito uguale. È opportuno riflettere se la pratica del solo test su saliva possa alimentare contenziosi tra lavoratore e Medico Competente.

Parimenti ci si chiede la motivazione che ha spinto a non tenere più conto della premessa allo Schema d'Intesa del 2007 che ha determinato il suo impianto procedurale poggiato sulla verifica di assunzione di droghe attraverso la matrice urinaria. Lo Schema 2007 esplicita che "la normativa in essere, almeno per il controllo dell'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope, partendo dalla considerazione che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sia saltuaria sia abitudinaria, determinando alterazioni dell'equilibrio psicofisico, comporta il medesimo rischio per la salute e la sicurezza dell'operatore stesso e dei terzi, determina la valutazione della non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso in cui usino sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza. A tale scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del lavoratore, dette procedure, per le finalità di cui sopra, non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa".

È una rivoluzione copernicana, scientificamente validata?

Non ho la competenza per rispondere al quesito. Il capitolo della Bozza dedicato al "Provvedimenti da adottare" precisa che i test rapidi di screening sono caratterizzati da un'alta sensibilità e una bassa specificità, "motivo per cui da un lato –in caso di positività – non sono idonei a comprovare con certez-



za un'effettiva assunzione in assenza di analisi di conferma, ma dall'altro -in caso di negatività- risultano sufficientemente affidabili nell'escludere l'avvenuta assunzione di alcolici e/o sostanze stupefacenti e psicotrope. Per tali motivi, nella valutazione clinica dell'idoneità alla mansione specifica per la verifica di assenza di condizioni di assunzione di sostanze (alcol/droghe), l'esecuzione del test può fornire al Medico Competente un semplice supporto orientativo".

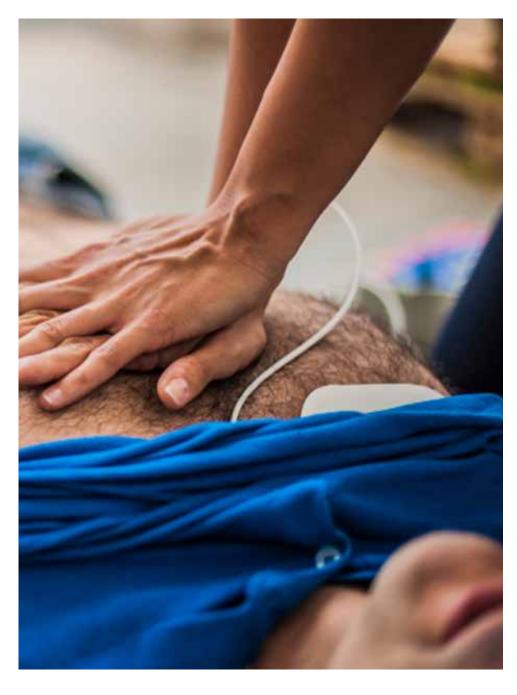
Il documento prosegue affermando che "stante la pericolosità per gli effetti acuti dell'assunzione di sostanze (alcol/ droghe) nello svolgimento di attività di cui alla tabella A, in caso di positività a test rapido di screening a sorpresa (ma devo ritenere anche in caso di controllo su persona con manifeste alterazioni) effettuato all'inizio del turno lavorativo, correlabile ad un tasso alcolemico superiore a 0,2 g/l, il lavoratore in via precauzionale non è ammesso ad effettuare la prestazione lavorativa .. (omissis)...". La medesima procedura ricorre per la positività a test di screening per le sostanze stupefacenti e psicotrope (test su saliva).

Quest'ultimo paragrafo ci introduce nell'obiettivo successivo.

Obiettivo b): procedere all'accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza, ovvero da una procedura accertativa codificata alla piena responsabilità professionale del Medico Competente.

La Bozza esplicita che il Medico Competente ha la responsabilità di "accertare l'idoneità alla mansione specifica e il perdurare nel tempo della stessa, in relazione al rischio di assunzione di alcol e/o sostanze stupefacenti/psicotrope, e di accertare l'assenza di condizioni di dipendenza, ispirando il proprio comportamento ai principi del codice ICOH di tutela della salute dei lavoratori, ivi compreso il recupero per il reinserimento lavorativo".

Dunque la prima ed immediata considerazione che scatta è che il Medico Competente ha la responsabilità e l'onere di "accertare l'assenza di condizioni di dipendenza" e non più il Servizio pubblico per le Dipendenze come disposto dallo Schema d'Intesa del 2007. Una seconda osservazione nasce dal bisticcio tra quanto sopra (accertare l'assenza di condizioni di dipendenza) e la successiva specifica che "le visite mediche di sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti". Ma allora il Medico Competente deve accertare o me-



no l'assenza di condizioni di dipendenza a sostanze psicotrope e stupefacenti? La Bozza deve dare una risposta concreta, pena un'area di grigio che va contro il richiamato Codice ICOH.

Un terzo appunto sulla periodicità delle visite mediche di sorveglianza sanitaria la cui "frequenza è stabilita dal Medico Competente in funzione degli esiti della valutazione del rischio di assunzione di sostanze e comunque con periodicità almeno triennale". Su quale base scientifica questa affermazione?

La letteratura sull'argomento insegna che nel mondo la pratica del "Workplace Drug Testing" non ha regole, salvo la prassi di ricercare le sostanze nelle urine.

La Bozza dettagliando i "criteri e le procedure per i controlli sanitari effettuati dal medico competente" rammenta che le "visite mediche di sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08" comprendono un'anamnesi accurata ed un esame obiettivo.

Per quanto riguarda l'anamnesi l'esperienza sul campo maturata con l'applicazione dello Schema d'Intesa del 2007 evidenzia l'oggettiva difficoltà di reperire le notizie che la norma dettaglia: il MC "deve in particolare indagare sulle abitudini di vita personali in relazione al consumo anche saltuario di alcolici o di stupefacenti, indagare su eventuali antecedenti inerenti pregressi trattamenti sociosanitari per alcol dipendenza e/o tossicodipendenza presso strutture pubbliche o su eventuali infortuni lavorativi o incidenti occorsi anche al di fuori del lavoro. Dovranno essere in-

dagati segni di abuso, previsti da protocolli internazionali, quali: incapacità di adempiere ad obblighi e responsabilità, esposizione a pericoli fisici, problemi di ordine legale o giudiziario, problemi sociali o interpersonali persistenti, anche attraverso la somministrazione di questionari mirati". Ed ancora "L'anamnesi deve essere approfondita per evidenziare o escludere, possibili patologie attuali o pregresse, correlabili a situazioni di abuso/dipendenza". Teoricamente parlando il tutto è ineccepibile; praticamente parlando la conclusione è: mission impossible, come ben sa chi pratica la medicina del lavoro e i Colleghi specialisti del Ser.D. La Scheda clinica sulla stato psico-fisico allegata alla Procedura ex art. 187 del D.Lvo 285/92 richiede al sanitario la raccolta di sintetiche informazioni assieme alla verifica di precisi sintomi e segni.

Pertanto la raccomandazione della Bozza che l'esame obiettivo "deve essere particolarmente accurato e rivolto all'identificazione di segni e sintomi suggestivi di assunzione acuta di alcol e sostanze stupefacenti/psicotrope, nonché segni e sintomi riconducibili a situazioni di intossicazione cronica, condizioni di astinenza, dipendenza, presenza di patologie correlabili con abuso di tali sostanze" è logica, seppur macchinosa. Rimane aperta la questione se questa partita debba essere di assoluta pertinenza del Medico Competente. Se così è il Medico Competente potrà far ricorso al comma 5 dell'articolo 39 del D.lgs. 81/08 "Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri".

Questa soluzione è in linea con il documento "Indicazioni operative sulle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di alcol dipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, ai sensi del D.Lgs 81/2008 e della Legge 125/2001" prodotto dal Gruppo di lavoro Regione Veneto – Medici Competenti ex D.Lgs. 81/08, dove leggiamo che la condizione di alcol dipendenza non è una diagnosi laboratoristica ma è una diagnosi specialistica (psichiatrica).

Considerazioni conclusive: punti di forza e di debolezza.

Punti di forza della Bozza

- · L'accorpamento in un unico elenco (tabella A) delle attività/mansioni che "comportano gravi conseguenze per l'incolumità e la salute del lavoratore, degli altri lavoratori e dei terzi" è' un'iniziativa logica, sollecitata, attesa e giustificata dalla considerazione che "l'alterazione delle condizioni psicofisiche che alcol e droghe sono in grado di determinare, rappresentano un identico fattore di rischio di infortunio grave e mortale per i lavoratori e per i terzi". Questa iniziativa permetterà di analizzare con cura il risultato statistico delle idoneità ad alcol e stupefacenti riferito agli allegati 3B. È infatti sorprendente che sia così ampia la forchetta tra i non idonei per il rischio alcol e i non idonei per il rischio stupefacenti (3.76% contro 0.33% rispettivamente). L'utilizzo di una procedura "blindata" nel caso degli stupefacenti forse giustifica il risultato. Il ricorso ad un'unica tabella di rischio e ad una procedura accertativa codificata rimoduleranno il risultato.
- L'iniziativa di introdurre un protocollo a valenza nazionale per evitare interpretazioni e applicazioni differenziate.

- Lo sfoltimento del documento che rende sufficientemente puntuale e didascalica l'attribuzione di compiti e responsabilità.
- L'esplicitazione di uniformare comportamenti e modus operandi degli organi di vigilanza.

Punti di debolezza della Bozza

- Fattibilità applicativa È l'immediato punto di debolezza che risalta. Infatti l'applicazione della norma, la sua efficienza ed efficacia, sembra essere calibrata su organizzazioni produttive e di servizio di ampie dimensioni, dotate di un presidio sanitario stabile quando, in effetti, il nostro tessuto produttivo è costituito per oltre il 90% da piccole imprese parcellizzate sul territorio nazionale e dove il MC agisce episodicamente, come dimostrato dalle indagini e le inchieste sulle caratteristiche della sua attività. Rasenta la pura fantasia immaginare che il MC possa rendersi disponibile ad intervenire in "fase acuta", tenendo anche in conto le caratteristiche dell'offerta economica del mercato attuale.
- Attualità d'uso, accertamento dell'idoneità e il suo perdurare, accerta-

mento di assenza di condizioni di dipendenza.

Questo è a mio parere lo snodo della problematica, come discusso prima. L'invito è sistematizzare la materia, dipanare la matassa che, così come attualmente posta, mette in difficoltà il Medico Competente riconosciuto dominus di tutto l'iter valutativo e diagnostico e del destino del lavoratore. È un compito gravoso che deve essere supportato da esplicite garanzie pena un atteggiamento burocratico e difensivo che confligge con il Codice ICOH a cui è richiamato il Medico Competente nel primo periodo del capitolo della Bozza dedicato ai criteri e procedure per i controlli sanitari da effettuare.

In sintesi i piatti della bilancia non appaiono in equilibrio. La competenza tecnica e procedurale maturata in questi anni dal Medico Competente assieme alle altre figure professionali dedicate alla materia potrebbe medicare lo sbilanciamento tutto beneficio della prevenzione e della comunità, compreso il comporto del trasporto su strada che rappresenta un'area a rischio rilevante che la Bozza, a mio parere, non ha ben inquadrato.

SINTESI BIBLIOGRAFICA

Ministero della Salute - DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 "LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI" disponibile on line all'indirizzo http://www.sipad.network/wp-content/uploads/2017/04/RELAZIONE-AL-PARLAMENTO-SU-CONSUMO-ALCOL-IN-ITALIA-ANNO-2016.pdf (ultimo accesso il 15-09-2017)

Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Relazione annuale 2015 al Parlamento, disponibile on line all'indirizzo http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx (ultimo accesso il 17-09-2017)

Protocollo operativo per gli accertamenti richiesti dall'art 187 del DL.vo n. 285/92 e successive modificazioni sui conducenti che si presume siano in stato di alterazione psico-fisica conseguente all'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope disponibile on line all'indirizzo www.alcoltestorg/normativa/protocollo-operativo-per-gli-accertamenti-richiesti-dall-artcolo-187-html (ultimo accesso 15-09-2017)

ILO (International Labour office) (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Code of Practice, disponibile al sito internet http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf (ultimo accesso: 17.09.2017)

Relazione presentata al XXVII Congresso Nazionale ANMA – Roma 29-31 maggio 2016 – Medico Competente Journal 2:2014 disponibile on line all'indirizzo www.anma.it (ultimo accesso 15-09-2017)

Alcol e dintorni: revisione critica. Medico Competente Journal 2:2014 disponibile on line all'indirizzo www.anma.it (ultimo accesso 15-09-2017)

Bontadi D. et al. Tossicodipendenza e lavoro: da una ricerca dell'ANMA una prima stima dei dati, Ambiente e Sicurezza. Il sole24ore, luglio 2010.

Briatico-Vangosa G. et Bontadi D. Abitudini voluttuarie: droghe. Trattato di Medicina del Lavoro 1193-1206. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A., 2015. ILO (International Labour office) (1996), Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Code of Practice, disponibile al sito internet http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf (Ultimo accesso: 17.07.2016)



ANMA è Provider ECM Nazionale Standard (ID n. 670) accreditato dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina e specificatamente dedicato all'aggiornamento professionale del Medico Competente

Comitato Scientifico

Per la progettazione dei percorsi formativi, si avvale di un Comitato Scientifico altamente qualificato e costituito da esperti professionisti con documentata capacità ed esperienza nel campo della Medicina d'Azienda che hanno il compito di fornire indicazioni, pareri e proposte progettuali, esaminare e approvare i progetti, valutare

la qualità dei contenuti e delle tematiche scelte, la coerenza e congruenza del contenuto scientifico. Il Comitato Scientifico sviluppa l'offerta formativa tenendo conto dei fabbisogni formativi del Medico Competente avvalendosi dell'approfondita conoscenza del contesto professionale e della coerente gestione delle nuove tecnologie al servizio della formazione.

Approccio personalizzato all'aggiornamento professionale

Il Piano Formativo che ANMA propone ai propri Soci (riservando particolari agevolazioni sulle iscrizioni: priorità e tariffe scontate) è il processo attraverso il quale il Medico Competente si mantiene aggiornato per rispondere ai propri bisogni formativi e al proprio sviluppo e aggiornamento professionale ed è progettato per offrire qualità e crediti ECM.

I percorsi formativi si svolgono in modalità:

RESIDENZIALE.

È la tipologia di formazione che consente una condivisione di informazioni diretta attraverso metodologie didattiche interattive ed esperienziali. I Corsi di aggiornamento, i Seminari , il Congresso Nazionale si svolgeranno in diverse sedi sul territorio nazionale.

A DISTANZA (FAD).

Grazie alla piattaforma di e-learning evoluta ed accessibile (www.anmafad.com) i corsi di formazione sono erogati 24h su 24 e 7 giorni su 7.

Topics, sedi, date

Tutti i percorsi formativi spaziano da tematiche di tipo clinico a tematiche tecnico-professionali. Gli argomenti principali individuati dal Comitato Scientifico per il 2018 sono:

- giudizio di idoneità e ricorso avverso
- esposizione professionale a cancerogeni

Gli Eventi Residenziali, suddivisi in moduli, si svolgeranno in diverse sedi a partire da Febbraio 2018.

Prime anticipazioni sui Corsi Residenziali Regionali.

A breve, nel nostro sito web nella sezione "Piano Formativo 2018", il dettaglio dei Crediti ECM, dei moduli formativi e i form di iscrizione.

SEZIONE CAMPANIA CASERTA

DATA INIZIO 3 marzo 2018 DATA FINE 14 aprile 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 50

SEZIONE LIGURIA GENOVA

DATA INIZIO 9 marzo 2018 DATA FINE 20 aprile 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 40

SEZIONE MARCHE ANCONA

DATA INIZIO 2 marzo 2018 DATA FINE 20 aprile 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 50

SEZIONE PIEMONTE TORINO

DATA INIZIO 12 marzo 2018 DATA FINE 16 aprile 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 50

SEZIONE PUGLIA TARANTO

DATA INIZIO febbraio 2018 DATA FINE maggio 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 25

REPLICA MOLFETTA (BA)

DATA INIZIO Ottobre 2018 DATA FINE novembre 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 25

SEZIONE VENETO PADOVA

DATA INIZIO 23 febbraio 2018 DATA FINE 23 marzo 2018 N° MAX PARTECIPANTI: 60

Clicca per accedere alla pagina "Piano Formativo 2018"

Invecchiamento e lavoro: nuove prospettive

La risoluzione della problematica inerente l'invecchiamento della popolazione generale e lavorativa rappresenta, attualmente, una delle principali sfide globali del XXI secolo.

Come dimostrato da statistiche nazionali ed internazionali ed in ricerche scientifiche inerenti questa tematica (1; 2) in tutto il mondo industrializzato la piramide dell'età si sta rovesciando, con una tendenza generale alla diminuzione delle nascite, un aumento dell'aspettativa di vita ed un conseguente aumento della popolazione appartenente alle età più avanzate.

Negli USA, 78 milioni di nati nel "baby boom" degli anni '50 stanno invecchiando, portando le attuali statistiche della nazione dai 16 lavoratori occupati per ogni pensionato degli anni '50 ai 3,3 lavoratori occupati per ogni pensionato del 2007 (3). In Europa il rapporto tra le persone di oltre 65 anni rispetto a quelle tra 20 e 64 anni ("Indice di dipendenza strutturale degli anziani") è del 26% e aumenterà al 56% nel 2050, mantenendo lo stesso livello di popolazione generale (450 milioni di abitanti) (2). Le attuali proiezioni mostrano inoltre un trend di invecchiamento della forza lavoro progressivo, con percentuali di lavoratori over 60 che saliranno al 35% entro il 2050 (4). Nel Regno Unito, circa un terzo della popolazione nazionale sarà over 60 entro il 2033 (5). A causa dell'invecchiamento della popolazione, saranno meno i lavoratori più giovani disponibili, accompagnati da un aumento dell'età della forza lavoro complessiva.

Ci si attende, quindi, un significativo aumento, nel prossimo futuro, della percentuale di occupazione dei lavoratori ultrasessantenni, che tenderà ad aumentare ulteriormente nel caso di prolungamenti dell'età di pensionamento verso cui si stanno orientando molti governi (6).

La comunità scientifica sia nazionale che internazionale sta focalizzando sul tema numerosi studi ed ha intrapreso alcuni eccellenti lavori pionieristici inerenti le tematiche dell'età ed il lavoro, con risultati in parte inattesi grazie ai quali si sta realizzando una maggiore consapevolezza collettiva del potenziale dei lavoratori più anziani.

Numerosi autori giapponesi hanno dimostrato che l'aumento di età del lavoratore procede di pari passo con la sua crescita professionale in termini di esperienza, saggezza e strategia, soprattutto in un contesto lavorativo quale quello dei paesi post-industrializzati, nei quali la maggior parte delle attività coinvolge componenti cognitive, gestionali e relazionali, a fronte di una rilevante diminuzione del carico fisico connesso al costante aggiornamento della meccanizzazione.

Questi fattori potrebbero contribuire a rendere il lavoratore anziano una risorsa migliore per l'azienda rispetto ad un lavoratore giovane e sostanzialmente inesperto (7;8).

Secondo Chan e collaboratori (7), gli aspetti positivi collegati all'invecchiamento dei lavoratori prevalgono su quelli negativi considerando migliori capacità di pianificazione, maggiore affidabilità e maggiore stabilità comportamentale. In questa ricerca, inoltre, la compliance dei lavoratori over 60 alle nuove tecnologie lavorative è stata dimostrata più lenta solo nel caso in cui questi non abbiano ricevuto una formazione adeguata.

Sulla base di queste premesse, è stato condotto nel 2017 un esperimento in 3 grandi aziende nazionali, nel quale le percentuali di idoneità con prescrizioni e limitazioni sono state stratificate sulla base delle fasce di età, espresse in decadi, della popolazione lavorativa assunta.

In tutte e 3 le realtà lavorative studiate, i risultati hanno dimostrato un aumento statisticamente significativo delle idoneità con prescrizioni e/o limitazioni all'aumentare dell'età dei lavoratori solo nelle mansioni che esponevano i medesimi a lavori di fatica fisica con movimentazione manuale dei carichi, sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e stress termico. In tutte le



altre mansioni i risultati erano statisticamente non significativi dopo stratificazione per fasce di età, in particolare nei compiti lavorativi di tipo gestionale gestionale, organizzativo, amministrativo, relazionale e di progettazione.

In queste ultime tipologie di mansioni, in due delle tre aziende studiate, il numero medio di infortuni/anno e la durata complessiva dei giorni di malattia hanno dato risultati inferiori nelle fasce di età più avanzate (superiori a 60 anni) rispetto a fasce di età più giovani (dai 40 ai 50 anni e dai 50 ai 60 anni).

Questi stessi risultati sono stati ottenuti in alcune ricerche scientifiche sul tema (7), nelle quali è stato concluso che il numero di medio di infortuni/anno nelle fasce di età più avanzate era equiparabile, e in alcune mansioni inferiore, rispetto a quello delle fasce di età più giovane, anche se quando un lavoratore più anziano è coinvolto in un incidente, i tempi di recupero dopo l'evento possono essere in alcuni casi più lunghi.

Questi studi, ed i risultati in esse ottenuti, offrono nuovi spunti su come bisognerebbe affrontare questa problematica al fine di mantenere una sana forza lavoro produttiva anche in invecchiamento garantendo sul luogo di lavoro la salute, la sicurezza ed il benessere dei lavoratori in età avanzata (9). Vengono incontro a queste conclusioni anche le ricerche del Centro studi sul lavoro dell'Università di Torino e dell'Istituto per il lavoro su salute e sicurezza (10; 11), le quali indicano che circa il







33% dei pensionati settantenni è attivo in casa e nei rapporti sociali ed il 50% di essi svolge attività nel tempo libero e nel volontariato. In una indagine Europea condotta già negli anni '90 era stato dimostrato che il 40% dei pensionati avrebbe scelto di continuare il lavoro a certe condizioni.

Alcuni spunti (12) potrebbero riguardare una maggior considerazione e attenta valutazione della problematica a partire dal Documento di Valutazione dei Rischi, che potrebbe contenere al suo interno delle valutazioni specifiche, così come già esistono per i minori e per le lavoratrici in gravidanza, mira-

te ad identificare idonei interventi per prevenire o abbassare il rischio della mansione in funzione all'innalzamento dell'età lavorativa. Questo potrebbe portare ad una revisione ed adeguamento dei protocolli di sorveglianza sanitaria che potrebbero essere strutturati non solo sulla base dei profili di rischio, ma anche sulla base dell'età dei lavoratori, tenendo in considerazione, in particolare, l'apparato osteoarticolare e cardiovascolare (minor tolleranza alle vibrazioni meccaniche, maggiore affaticabilità e riduzione della forza muscolare), funzione uditiva (presbiacusia, difficoltà a percepire suoni

in ambienti rumorosi), capacità visiva (presbiopia, degenerazioni maculari, maggior sensibilità agli abbagliamenti), termoregolazione (maggior suscettibilità a stress termici), apparato otovestibolare (maggior difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio ed in posture disagevoli) e ritmo sonno veglia (aumentata difficoltà di recupero nel lavoro a turni e notturno).



BIBLIOGRAFIA

- 1. Ross D. Ageing and work: an overview. Occup Med (Lond). 2010 May;60(3):169-71. doi: 10.1093/occmed/kgq029.
- 2. Lavoro e invecchiamento G. COSTA Dipartimento di Medicina del Lavoro "Clinica del Lavoro L. Devoto" Università degli Studi di Milano, e Fondazione IRCCS "Cà Granda – Ospedale Maggiore Policlinico", Milano
- United Nations Publications, World Population Ageing, 2007 http:// www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/ES-English.pdf
- Office for National Statistics , Ageing—Fastest Increase in the 'Oldest Old' Source: Mid-year population estimates, Office for National Statistics, General Register Office for Scotland, Northern Ireland Statistics and Research Agency. 27 August 2009. http://www.statistics.gov.uk/cci/ nugget.asp?ID=949.
- Lavoro, precarietà, invecchiamento e salute Employment, unstable jobs, aging and health G. SAVORANI
- Romans F. The transition of women and men from work to retirement. Eurostat DATA in focus. Population and social conditions 97/2007. Brussels: European Communities Publ, 2007

- 7. Chan G, Tan V, Koh D. Ageing and fitness to work. Occup Med (Lond). 2000 Sep;50(7):483-91.
- Cheung F1, Wu AM. An investigation of predictors of successful aging in the workplace among Hong Kong Chinese older workers. Int Psychogeriatr. 2012 Mar;24(3):449-64.
- 9. Goedhard WJA. Cox RAF, Edwards FC, Palmer K. Work and the older employee, Fitness for Work: The Medical Aspects, 2000 Oxford Oxford University Press
- 10. Zecchini F. Invecchiamento, lavoro e salute. Lo Stato della salute e della sicurezza dei lavoratori in Emilia Romagna, 2º rapporto annuale dell'Istituto per il lavoro su salute e sicurezza 2002:354-75.
- 11. Contini B. Prospettive di lavoro per gli anziani: una sfida per il prossimo decennio. Università di Torino, Laboratorio R. Revelli, Centro Studi sul lavoro, Maggio 2003 (personale).
- 12. Convegno "Invecchiamento e Lavoro". Fiera Ambiente Lavoro. Bologna.

Perché si sottovaluta la salute del videoterminalista?

A giudicare da molti documenti di valutazione dei rischi e da come viene spesso effettuato lo screening ergoftalmologico, la salute del videoterminalista non sembra costituire una priorità fra gli addetti ai lavori

A giudicare da molti documenti di valutazione dei rischi (DVR) e da come viene spesso effettuato lo screening ergoftalmologico, la salute del videoterminalista (Lavoratore che utilizza il videoterminale per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause (art. 173, comma 1, lettera c), D.Lgs. 81/2008) non sembra costituire una priorità fra gli addetti ai lavori: troppe volte il DVR appare inefficace e la sorveglianza sanitaria non porta valore aggiunto.

Eppure sono numerosi i lavoratori che lamentano "astenopia occupazionale" (Rosenfield, 2011), mentre la necessità di adottare un ausilio e/o un mouse "mirati" non è poi così rara in una recente indagine dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda- ANMA (Santucci, 2016).

Tuttavia, al di là di eventuali controlli dell'Organo di vigilanza o di "audit" per certificazioni di qualità, si prende atto della criticità soltanto quando si presenta il singolo "caso problematico": una denuncia di malattia professionale, oppure una astenopia "resistente" incompatibile con l'attività, o ancora un lavoratore disabile da (re)inserire nella postazione dotata di videoterminale. In

questi casi sorge drammaticamente la domanda: e ora? Da dove si inizia? Ovviamente è meglio pensarci "prima", iniziando da una buona (ri)valutazione dei rischi, ma diventa necessario riflettere su alcuni aspetti.

L'ufficio in secondo piano

Sul "versante tecnico" i Consulenti della sicurezza (R/ASPP), portatori di cultura prevalentemente antinfortunistica e concentrati soprattutto sul "fattore sicurezza", promuovono DVR spesso "poveri" nella parte dedicata al lavoro in ufficio, rispetto alle più approfondite problematiche della produzione. E in particolar modo si osserva una ridotta attenzione verso gli aspetti illuminotecnici definiti dall'Allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Collaborare con gli oftalmologi

Sul "versante sanitario" il medico competente (MC) spesso non avverte l'esigenza di una sorveglianza sanitaria "di sostanza", mirata ed efficace o, prima ancora, di una fattiva collaborazione al

DVR con particolare attenzione ai rischi per la salute. Entrando nel merito della sorveglianza sanitaria il MC può anche sottostimare l'importanza della valutazione clinico funzionale rachide/arti superiori nella figura del videoterminalista. Inoltre, se privo di una adeguata formazione finalizzata allo screening ergoftalmologico, rischia di eseguire i tests di funzione visiva con scarsa consapevolezza, oppure decide di delegarli a figure paramediche non qualificate allo scopo.

Non è eccezionale che il MC rinunci allo screening, traducendo l'accertamento di primo livello in una visita specialistica eseguita "automaticamente" dall'oftalmologo, che talvolta formula, impropriamente, anche un giudizio di idoneità. Infatti, va ricordato che, al di là della indubbia competenza oftalmologica, lo specialista oculista non possiede gli elementi per studiare "in autonomia" l'organo della vista inserito nello specifico contesto lavorativo, sia ambientale che organizzativo, come richiesto dalla Normativa vigente (D.L-gs.81/08 e s.m.i.).

Diventa invece fondamentale il ruolo di orientamento diagnostico dell'oftalmo-



logo nei casi selezionati, permettendo al MC di esprimere un corretto giudizio relativo alla mansione specifica alla fine della sorveglianza sanitaria del videoterminalista (art.176 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.,). E non vanno trascurati i ruoli di ottico-optometrista ed ortottista che possono rivelarsi particolarmente preziosi, rispettivamente nella ricerca della migliore correzione visiva 'contestualizzata' e nella realizzazione del training ortottico in casi selezionati.

Il lavoro cambia in fretta

Ritornando allo scenario attuale, il quadro è reso complesso da diversi aspetti che esulano dalla consulenza tecnica e sanitaria.

Nel mondo del lavoro si assiste ad una fase di forte innovazione tecnologica (industria 4.0) caratterizzata schematicamente da:

Introduzione di dispositivi elettronici con schermi di ogni genere e dimensione in ufficio e in altri settori come commercio, servizi e industria, anche in ruoli tradizionalmente operativi ("remote operator")

Modifica dell'organizzazione del lavoro, per agevolare esigenze di flessibilità in azienda e di conciliazione vita/lavoro grazie al progresso tecnologico (mobile worker, co-worker e smart worker). Ridotto supporto da parte delle case costruttrici e delle società distributrici dei nuovi dispositivi elettronici, soprattutto sul versante ergonomico, e mancanza di produzione scientifica dedicata alle conseguenze sulla salute da parte del mondo accademico, che sembra in ritardo rispetto al rapido avanzare del progresso tecnologico.

Tale quadro generale si traduce, per tutti gli addetti ai lavori, nella difficoltà pratica ad applicare il tradizionale percorso, dall'individuazione dei rischi alla formulazione del giudizio di idoneità, con particolare riferimento ai temi dell'organizzazione del lavoro e delle nuove tecnologie, soprattutto nel campo dei rapporti fra "lavoro e visione".

Serve un nuovo modello di valutazione dei rischi?

Ma c'è anche da chiedersi se il tradizionale modello di valutazione dei rischi sia tuttora valido nell'era dell'industria 4.0. Sicuramente risulta anacronistico il "modello legislativo" rispetto ai nuovi scenari che si aprono nel mondo del lavoro, in particolar modo per tre aspetti:

Utilizzo di dispositivi con schermo inferiore a 10 pollici che non rientrano nel "campo di applicazione", ma sollevano diverse problematiche, dall'ergonomia al carico di lavoro mentale

Lavoro "non stanziale" e "agile" (mobile e smart working) con regolamentazione inesistente o generica sul versante salute e sicurezza.

Postazioni di lavoro dotate di videoterminale nell'industria o nei servizi ancora oggi "improvvisate", o comunque prive di una adeguata progettazione ergonomica, in assenza di una normativa dedicata.

In conclusione, moderne tecnologie e innovative modalità di lavoro evidenziano problematiche percepite con difficoltà, accolte passivamente in una sorta di 'resistenza culturale', tipiche delle fasi di profonda trasformazione del mondo produttivo.

Perciò, in questo contesto, quale contributo può offrire il medico competente per rispondere alle nuove domande di sicurezza e salute che ci rivolgono aziende e lavoratori?





Le Best Experienced Pratices di ANMA

Alcune risposte sono state formulate in occasione della presentazione della BEP ANMA (Best Experienced Practices) nell'ambito del XXX Congresso nazionale Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA) a Napoli il 9 giugno 2017.

Le migliore esperienze pratiche condotte dai medici competenti partono dal 'modello ANMA' (Ditaranto, 2007) e si sviluppano attraverso le indicazioni del 'Manuale operativo' (www.anma.it) che ha da tempo delineato il profilo del medico competente:

- lavora in squadra;
- è a conoscenza del contesto in cui opera (struttura, organizzazione, relazioni);
- è formato su tecniche di comunicazione e di formazione;
- è integrato nel sistema di prevenzione aziendale;
- opera attraverso un approccio interdisciplinare.

Prossimamente vedremo i contenuti delle Best Experienced Practices condotte in ANMA e basate su vent'anni di convegni, pubblicazioni ed esperienze sul campo, unitamente alla revisione della letteratura scientifica, con l'obiettivo di fornire un valore aggiunto al ruolo del medico competente per la salute del "videoterminalista".

BIBLIOGRAFIA

- Rosenfield M., Computer vision syndrome: a review of ocular causes and potential treatments. Ophthalmic Physiol Opt 2011, 31, 502–515.
- Santucci P., Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di video terminalisti, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°1/2016, marzo 2016.
- Santucci P., 'Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP (Best Experienced Practices) per il videoterminalista, XXX Congresso nazionale As-
- sociazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), Napoli, 9 giugno 2017.
 Ditaranto D., Saettone M., Santucci P., Bulgheroni C., Come rendere efficiente ed efficace il ruolo del Medico competente nel sistema di prevenzione e di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro: il modello ANMA. XX Congresso Nazionale ANMA, Viareggio 14-16 giugno 2007.

ANMA Fad

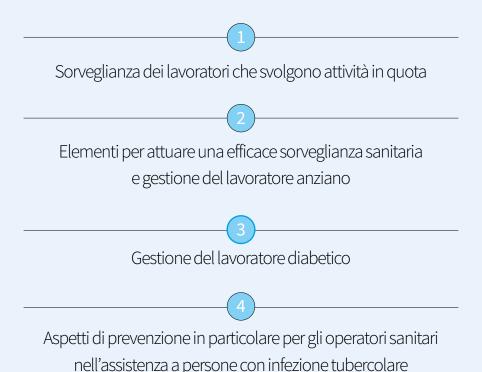
La formazione a distanza per il Medico Competente

www.anmafad.com

Aperte le iscrizioni al nuovo Corso FAD

L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO E L'IDONEITÁ ALLA MANSIONE IN LAVORATORI IPERSUSCETTIBILI: 4 ESEMPI

Il Corso FAD per il medico competente, composto da quattro moduli fra loro complementari e interconnessi, ha lo scopo di sviluppare un percorso utile a rendere compatibile l'attività lavorativa di lavoratori "fragili" nei confronti di alcuni rischi particolari:



Il corso è fruibile gratuitamente dagli iscritti al 30° Congresso Nazionale e a prezzo scontato per i Soci ANMA.

latente e/o tbc attiva

Disponibile fino al 15 dicembre 2017, rilascia 18 crediti ECM.

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

Periodicità sopralluogo

Domanda:

Buongiorno, quale secondo voi l'interpretazione da dare all'enunciato del d.lgs.81 relativo alla periodicità del sopralluogo del medico competente "... almeno una volta all'anno o con periodicità diversa..."? Possibile venga effettuato meno di una volta all'anno (i.e. con periodicità diversa..?) Grazie Un collega MC socio ANMA

Risposta:

Certamente il Decreto 81 permette al MC questa facoltà richiedendo di correlare questa scelta alla VDR e di formalizzare la periodicità al datore di lavoro che la annoterà nel Documento di VR. Quindi possiamo scegliere benissimo questa opzione ma non dimentichiamo gli atti formali richiesti. Buon lavoro.

D.Lvo 81 art. 25 c. 1 lettera l: visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi.



Rientro malattia dopo 60 giorni

Domanda:

Buongiorno, lavoro in una ditta alimentare, ho fatto la visita di idoneità per il rientro dopo i 60 giorni e la dottoressa aziendale mi ha rilasciato idoneità. Dovevo rientrare al lavoro ma purtroppo mi sono rimessa in malattia. Anche prima ero in malattia come ora per problemi di ansia e depressione. Con la nuova malattia sono arrivata ad altri 60 giorni o qualcosina di più... in questo caso devo ripetere la visita ancora per il mio prossimo rientro, oppure è sempre valido il giudizio di idoneità precedente? Grazie aspetto una risposta.

Risposta:

Certamente signora. Sia perchè sono trascorsi altri 60 giorni e la legge lo prescrive, ma anche per valutare il suo attuale stato di salute e se ci sono delle variazioni nella terapia. Molti auguri.

Lavoro in ambienti confinanti

Domanda:

Mi hanno chiesto di redigere un protocollo sanitario per dei lavoratori che possono essere utilizzati in ambienti confinati. Secondo voi cosa devo valutare per una idoneità alla mansione?

Risposta:

Caro Collega, riteniamo che prima di definire i contenuti del protocollo di sorveglianza sanitaria per lavoratori che svolgono attività in spazi sospetti d'inquinamento o confinati, è necessario verificare che nel DVR siano definiti alcuni parametri essenziali quali la tipologia di accesso (dal basso, dall'alto, in orizzontale); la geometria interna dello spazio; la qualità dell'aria interna; le modalità di gestione dell'emergenza con accessi da più direzioni. Compito del MC sarà quindi definire l'idoneità psico-fisica del lavoratore che opera all'interno e all'esterno di quel determinato spazio confinato. Il MC dovrà inoltre verificare che il personale sia stato addestrato all'uso di DPI di terza categoria (dispositivi di protezione individuale contro la caduta dall'alto o il recupero dell'infortunato e per la protezione alle vie respiratorie APVR). L'idoneità psico-fisica dei lavoratori, e la loro attitudine e abilità dovranno essere inoltre verificate attraverso attività di informazione e formazione che potranno essere svolte dal MC anche nel corso della Sorveglianza Sanitaria. Pertanto il contenuto del protocollo sanitario dovrà essere definito dal MC in accordo con il livello di rischio.

Dal punto di vista clinico del lavoratore esposto e tenendo presente quanto grave sia il livello di rischio che la valutazione evidenzierà sarà poi importante rilevare l'assenza di problemi respiratori cronici, cardiaci, ematologici, dismetabolici, neurologici, la situazione della massa corporea e lo stato psicoattitudinale per un lavoro a rischio.

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 3/2017

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@mclink.it 😯 web: www.anma.it

facebook.com/anmamedici

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 (Presiden-

te), Antonio Iacino, Vita Marzia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presiden-

te), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

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

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



Notizie, aggiornamenti e commenti, foto e filmati.

Seguici su







FACEBOOK

TWITTER

YOUTUBE

www.anma.it

Scienza e pseudoscienza

"... L'informazione scientifica corretta – dichiara **Piero Angela** – si distingue, innanzitutto, per la verifica delle fonti e l'autorevolezza di quest'ultime. Per autorevolezza non facciamo riferimento, ovviamente, al principio di autorità, nella scienza esso non è contemplato, ma alla qualità del lavoro scientifico. Quest'ultimo si basa su un metodo universale dove ogni lavoro è messo al vaglio della comunità scientifica.

Una ricerca deve necessariamente essere replicata da autori differenti e dare lo stesso risultato. Prima della pubblicazione, lo studio deve essere sottoposto a una revisione detta "tra pari", ossia professionisti dello stesso settore che valutano lo spessore del lavoro. Di conseguenza chi fa informazione scientifica deve prendere in considerazione tutto questo e a esso far riferimento.

L'informazione pseudoscientifica, invece, non considera tali regole e si basa sulla suggestione, su ciò che la gente vuole, prende spunti da riviste prive di spessore scientifico e di esse si serve per comunicare. La pseudoscienza si regge sulla testimonianza, sul principio di maggioranza e sul concetto di autorità. Per la pseudoscienza il valore della fonte è irrilevante".



