

medico competente JOURNAL


Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

in questo numero

Il MC ed il disagio psichico negli ambienti di lavoro: una nuova **sfida/opportunità**

La gestione del lavoratore con **malattia psichiatrica** e disagio psichico.

L'invio **online** dei certificati medici: una sintesi in pillole di cultura generale anche per il MC

La **luce**, il principale inquinante indoor





CAMPAGNA ASSOCIATIVA

2018



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

#anmainsieme

Prosegue la campagna associativa 2018 quest'anno iniziata con anticipo per sensibilizzare i nostri Soci e tutti i Medici Competenti sull'importanza di sostenere ANMA in corsa per diventare Società Scientifica, titolo che consentirà di emettere le Linee Guida che verranno riconosciute dall'ISS, come ben specificato nell'articolo di presentazione pubblicato nel sito.

Oltre ad ottenere rappresentanza, tutela e promozione della professione, aderire ad ANMA significa poter usufruire di una serie di benefici, tra cui:

- La priorità di iscrizione a tutti gli eventi formativi ECM ANMA
- Gli sconti sulle tariffe di iscrizioni ai corsi regionali, alla FAD e al congresso nazionale ANMA
- L'accesso all'area riservata che contiene importanti risorse per la pratica della professione
- L'informazione dedicata attraverso le newsletter mensili con notizie commentate di attualità
- L'accesso alle convenzioni

Si ricorda ai Soci che la quota associativa per l'anno in corso scadrà il 31 dicembre p.v.

Rinnova o iscriviti subito!

Clicca per accedere alla pagina **“Campagna Associativa 2018”**

SOMMARIO

4-2017

6 Editoriale

U. Candura

In primo piano

8 Il Medico Competente ed il disagio psichico negli ambienti di lavoro: una nuova sfida/opportunità
U. Candura

ANMA BEP

10 La gestione del lavoratore con malattia psichiatrica e disagio psichico.
L. Aversa, D. Ditaranto, R. Donghi

Contributi

22 L'invio online dei certificati medici: una sintesi in pillole di cultura generale anche per il MC
G. Briatico Vangosa

24 Ufficio e salute
La luce, il principale inquinante indoor
P. Santucci

Anma risponde

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

31 Da leggere in poltrona
San Giovanni Crisostomo
D. Bontadi



PIANO FORMATIVO 2018

ANMA Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

#anmaformazione

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	DATA INIZIO	DATA FINE	N° MAX PARTECIPANTI
CAMPANIA CASERTA	3 marzo 2018	14 aprile 2018	50
LIGURIA GENOVA	9 marzo 2018	20 aprile 2018	40
MARCHE ANCONA	2 marzo 2018	20 aprile 2018	50
PIEMONTE TORINO	12 marzo 2018	16 aprile 2018	50
PUGLIA TARANTO	febbraio 2018	maggio 2018	25
REPLICA MOLFETTA (BA)	ottobre 2018	novembre 2018	25
TOSCANA VERSILIA	20 aprile 2018	8 giugno 2018	da definire
UMBRIA	9 marzo 2018	7 aprile 2018	da definire
VENETO PADOVA	23 febbraio 2018	23 marzo 2018	60

Clicca per accedere alla pagina aggiornata **“Piano Formativo 2018”**

Cari soci e colleghi,

per la vita associativa di ANMA ci avviamo a concludere un anno importante, durante il quale abbiamo cercato di dare un'ulteriore forza al progetto di crescita professionale dell'Associazione e di potenziamento della sua visibilità. Peraltro è questo lo spirito che da anni ci spinge per il rispetto degli obiettivi statutari di difesa del ruolo del Medico Competente, in un contesto economico e normativo in continua evoluzione.

In questa ottica è innegabile che uno strumento fondamentale rimane la nostra capacità di provvedere ad un aggiornamento continuo della nostra figura, che vada ben oltre il semplice adempimento legato ai crediti ECM, e che risponda ad un innato fabbisogno di confronto sempre più improntato sull'interattività e lo scambio di esperienze. Pur avendo l'autonomia del provider accreditato, ANMA ha ribadito anche in questo 2017 - con l'indirizzo del suo Comitato Scientifico - la necessità di un aggiornamento non autoreferenziale per far fronte alle istanze di tutela non più circoscritte ormai agli ambienti lavorativi ed ai rischi professionali tradizionali.

Ecco quindi che nelle diverse Regioni si sono succeduti Corsi residenziali e Seminari (per un totale di 22 eventi RES, 2 Seminari ed un Corso FAD) che hanno visto la costante presenza di altri specialisti e di esperti che si sono confrontati - con modalità di apprendimento prevalentemente interattiva - con i colleghi discenti sugli aspetti più attuali e concreti di una professione che assume sempre più un proprio connotato di originalità, proprio per la dinamicità che la contraddistingue.

Ed ecco anche che compare sempre più nel nostro lessico quotidiano la sigla BEP (Best Experience Practice) per orientare il nostro sapere sul versante delle migliori scelte da mettere in pratica per affrontare gli aspetti più controversi dell'attività: dalle difficili idoneità nel rischio ergonomico, alla gestione della sicurezza nel lavoro in quota, dalle insidie di un lavoro d'ufficio apparentemente privo di rischi, alla gestione ormai indifferibile del disagio psichico negli ambienti di lavoro.

La stagione formativa 2017 ha avuto inoltre il suo suggello nel Congresso Nazionale di Napoli, che ha celebrato degnamente il trentesimo anniversario dell'Associazione con l'incoraggiante presenza di una significativa delegazione di giovani colleghi specializzandi, che lascia ben sperare per il futuro di ANMA. Ricordo peraltro che il 2017 è stato il primo anno del nuovo triennio formativo ECM (2017-2019), con l'introduzione di nuove regole per l'attribuzione dei crediti, ed in esso possiamo registrare l'adesione di oltre 1.200 partecipanti complessivi, l'erogazione di 427 ore formative per un totale di 520 crediti per la formazione continua.

Il senso di appartenenza si coltiva cercando di intercettare altresì richieste tipiche del professionista, ed è così che abbiamo rinnovato per i soci ANMA la convenzione assicurativa per la R.C. professionale, e partirà da gennaio quella con Wall Street Institute, della quale avrete a breve comunicazioni dettagliate sul sito.

Altre iniziative hanno contribuito ad incrementare la visibilità e la credibilità del MC, e qui mi piace sottolineare l'inizio della pubblicazione di nostri contributi nella prestigiosa rivista Ambiente & Sicurezza, nonché la partecipazione e/o l'invito a tavoli tecnici istituzionali (INAIL, Regioni), la (cauta) ripresa di una collaborazione in ambito CIIP sul tema sempre scottante della semplificazione normativa.

La nostra pubblicistica si è inoltre arricchita della presenza sui 'social': è di questi mesi l'apertura della pagina Facebook (<https://www.facebook.com/anmamedici/>), molto visitata e apprezzata per i messaggi 'veloci'. Il sito (<http://www.anma.it/>) rimane insostituibile nella sua funzione di comunicazione insieme all'altro grande strumento il Medico Competente Journal nella nuova forma grafica e diffuso on line. Vorremmo con questi ed altri strumenti comunicare ancora di più la ricchezza delle esperienze dei medici competenti.

Ma non possiamo negare che la svolta fondamentale che il 2017 può determinare anche per la nostra Associazione è legata all'approvazione del D.M. 02/08/2017, che istituisce presso il Ministero della Salute l'elenco delle Società Scientifiche accreditate per l'elaborazione di Linee Guida aventi possibile potere esimente da responsabilità per colpa in sede giudiziaria, ai sensi dell'art. 5 della legge 24/2017 (c.d. Legge Gelli).

Pur in un contesto di regole ancora nebuloso, anche ANMA ha colto questa opportunità di potersi accreditare come Società Scientifica ed ha inviato una formale richiesta entro i termini previsti al Ministero della Salute, dove è in corso la lunga istruttoria per verificare i requisiti richiesti. Questo è il motivo per cui – in questo finale di anno 2017 – vi chiediamo un ulteriore sforzo di partecipazione rispondendo in massa alla consultazione telematica sull'aggiornamento dello Statuto associativo e – soprattutto – aderendo alla campagna associativa per il 2018 per il reclutamento di nuovi soci che si vogliano far rappresentare dal nostro progetto.

Il Numero – e la convinzione di farne parte – può essere la nostra arma vincente per l'anno che verrà...

A voi ed ai vostri cari un augurio di un sereno Natale ed un felicissimo 2018

Il Medico competente ed il disagio psichico negli ambienti di lavoro: una nuova sfida/opportunità

Potremo non esagerare affermando che la tutela della salute mentale negli ambienti di lavoro rappresenta forse la sfida più impervia per i Medici Competenti all'inizio del terzo millennio.

Concorrono a rendere plausibile questo scenario una serie di fattori che troverete illustrati con il consueto taglio pratico nella BEP che il Gruppo di Lavoro ANMA pubblica in questo numero del MCJ. Fra di essi possiamo però schematicamente ricordare l'evanescenza dei quadri clinici iniziali, che rendono problematici gli interventi di prevenzione, la naturale tendenza alla riservatezza di pazienti che si acuisce quando questi considerano le possibili ricadute sul lavoro della propria patologia, la più o meno velata apprensione o paura che suscita nel contesto lavorativo la patologia psichiatrica, la scarsa propensione degli stessi medici del lavoro a confrontarsi con la sfera psichica del lavoratore.

Tali criticità si accentuano peraltro se manteniamo quel tradizionale approccio della disciplina che voglia necessariamente legarsi ad una definizione di rapporti di casualità e/o di correlazione

della patologia con il lavoro, oppure se vogliamo orientare i nostri sforzi solo ed esclusivamente a formulare un corretto giudizio di idoneità.

La percezione che si avverte negli ultimi anni è certamente più complessa ed articolata, ed è di un dilagante disamore per un lavoro che sia fonte di frustrazione, compromessi, bassa qualità nei rapporti umani, di un mancato senso di appartenenza, di precarietà, con il solo ed indispensabile ruolo di strumento di sostentamento economico.

In un clima sociale di questo tipo probabilmente conta poco affrontare una valutazione del rischio psicosociale con l'occhio più attento al rispetto formale degli adempimenti imposti dalla norma (vedi art. 28), piuttosto che cercare di ripensare a rendere più flessibili organizzazioni lavorative fonte di stress. Sappiamo peraltro che il binomio "Lavoro e Salute mentale" mette in contrapposizione due possibili scenari:

- a) È universalmente condiviso il principio che il lavoro rappresenta uno strumento di identificazione, prestigio, partecipazione, riconoscimento economico, autostima e – laddove necessario – di recupero e riabilitazione dell'individuo. In altre parole uno strumento di salute (anche mentale).
- b) Altrettanto riconosciuto il rischio potenziale del lavoro che attenta alla salute mentale del lavoratore per cause legate al contenuto, alle modalità di svolgimento, alla mancanza di un sostegno sociale, agli aspetti organizzativi, alla scarsa motivazione.

Con un efficace corto-circuito, gli autori della BEP affermano che la salute mentale è una parte integrante ed essenziale della salute generale del lavoratore, e che il lavoro rappresenta a sua volta un elemento indispensabile per il mantenimento del benessere psico-fisico dell'individuo.



Pertanto appariva necessario occuparsi nel concreto della tutela della sfera psichica negli ambienti di lavoro, anche al di là di quanto codificato in ambito medico-legale ed assicurativo per le c.d. le “malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell’organizzazione del lavoro” ricomprese nell’elenco delle malattie per le quali vige per il medico l’obbligo di denuncia (DM 27 aprile 2004 e s.m.i.).

L’attualità di un documento come la presente BEP è confermata dal fatto che il tema selezionato per l’anno 2017 dalla Federazione Mondiale della Salute Mentale per la giornata mondiale del 10 ottobre è stato: «la salute mentale sul lavoro», e che si registra a livello mondiale un forte aumento delle patologie psichiatriche, tanto che alcuni documenti stimano che il 25% dei cittadini europei avrà un problema di salute mentale durante la loro vita e circa il 10% dei problemi sanitari a lungo ter-

mine e delle disabilità possono essere collegati a disturbi mentali ed emotivi (European Network for Promotion of Health Care Workplaces).

Il solo costo della depressione è ammontato a circa 118 miliardi di euro in Europa e 83,1 miliardi di dollari negli Stati Uniti. In tutto il mondo, oltre 300 milioni di persone soffrono di depressione, la principale causa di disabilità. Più di 260 milioni vivono con disturbi d’ansia, mentre nel Libro verde della Commissione Europea (2005) si prevede che entro il 2020 la depressione dovrebbe essere la causa più alta della malattia nel mondo sviluppato (Juliet Hassard and Tom Cox, Birkbeck College, University of London).

Quello che più conta però è che in tutti questi studi il luogo di lavoro è stato identificato come uno dei più importanti contesti sociali in cui affrontare i problemi di salute mentale e promuovere la salute mentale ed il benessere.

Come è usuale per i documenti ANMA, che auspichiamo possano essere in futuro pubblicate come Linee Guida aventi potere esimente ai sensi della 24/2017 (Legge Gelli), la BEP sul lavoratore psichiatrico è un documento “aperto” che va arricchito e perfezionato nel tempo con il contributo dato dall’evidenza pratica, dovendosi altresì basare sulle conoscenze scientifiche ed interdisciplinari più avanzate, nonché calare sul contesto sociale ed economico in cui si va ad operare.

Quello che emerge dal Documento, e che ci piace sottolineare, è che anche in questa sfida professionale si aprono incredibili opportunità di crescita e di maturazione per il ruolo del Medico Competente, chiamato ad affermare la sua specificità di mediatore culturale in un gioco di squadra con interlocutori interni ed esterni all’Azienda.

La gestione del lavoratore con malattia psichiatrica e disagio psichico.

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere.

Questa affermazione è evidente nella definizione di “salute” dell’OMS: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”.

Deve pertanto fare riflettere l’art. 2, comma 1, lettera o) del D. Lgs 81/08 che, nel definire la “salute”, riprende pedissequamente la definizione dell’OMS: “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un’assenza di malattia o di infermità”. Peraltro nello stesso decreto l’art. 18, comma 4 dispone che il datore di lavoro, nell’affidare i compiti ai lavoratori, tenga “conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute...”, evidentemente anche mentale, mentre l’art. 41, comma 4 prevede che, nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento, varie tipologie di sorveglianza sanitaria siano “altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti” e cioè di due comportamenti che possono essere determinati da alterazioni della salute mentale e che, a loro volta, la possono influenzare negativamente.

Il lavoro è parte integrante della salute mentale

È evidente la centralità del lavoro nella vita dell’uomo e la sua influenza positiva sulla salute.

In particolare attraverso il lavoro l’uomo non soddisfa soltanto i suoi bisogni materiali, ma anche altri più intimi e profondi che lo coinvolgono sia come individuo, sia come essere sociale. Infatti il lavoro è lo strumento attraverso il quale l’uomo, esprimendo ciò che può essere in quello che fa, tende alla soddisfazione del suo massimo bisogno che è quello di autorealizzarsi sia come individuo (bisogni di autostima e stima da parte degli altri), sia come essere sociale (bisogni di appartenenza, di accettazione, di partecipazione attiva allo sviluppo di un progetto comune, di contribuire al progresso sociale ed economico).

Possiamo quindi dire che il lavoro è basilare per la salute perché attraverso il lavoro l’uomo cerca di affermare la sua identità e ad esprimere il suo ruolo sociale, aspetti a loro volta determinanti per il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Questo aspetto dobbiamo tenerlo ben in evidenza nella gestione delle psicopatologie non considerando automaticamente la malattia mentale sinonimo di disabilità anche perché l’efficacia delle attuali terapie permette, in molti casi,

di contenere i sintomi e di poter vivere una vita pressoché normale anche dal punto di vista lavorativo al di fuori degli episodi di riacutizzazione, peraltro controllabili, legati all’andamento alterante di questi quadri patologici.

Il forte aumento dell’incidenza delle psicopatologie

Gli ultimi dati dell’OMS relativi ad un’analisi effettuata nel 2015 sulla diffusione nel mondo delle psicopatologie, evidenziano un forte aumento della loro incidenza nella popolazione mondiale specialmente per quanto riguarda la depressione, che interesserebbe ormai il 4,4% della popolazione mondiale, circa 322 milioni di individui, e i disturbi d’ansia che ne colpirebbero il 3,6% pari a circa 264 milioni di persone.

Dal “Piano d’azione per la salute mentale 2013 – 2020” dell’OMS emergono le varie implicazioni che si accompagnano a questo incremento:

- Nelle persone affette da malattie mentali i tassi di disabilità e di mortalità sono notevolmente più elevati rispetto alla media. In particolare si



stima che nel 2020 la depressione diventerà la seconda causa più importante di disabilità, mentre la depressione maggiore e la schizofrenia si associano ad una mortalità prematura maggiore del 40-60% rispetto al resto della popolazione a seguito di un suicidio, che si configura come la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale, o a causa dello sviluppo di patologie non adeguatamente curate;

- Infatti le malattie mentali predispongono allo sviluppo di altre malattie quali il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzati da queste;
- L'impatto dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica è stato stimato in 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030; ⁽¹⁾
- Anche se nel mondo vi è un grande divario da Paese a Paese tra il bisogno e l'offerta di cure, il quadro complessivo evidenzia una diffusa carenza di risorse disponibili per far fronte alla domanda di cura in materia di salute mentale.

“L’Atlante della Salute Mentale”, pubblicato dall’OMS nel 2011, precisa quest’ultimo aspetto: se il 76-85% delle persone con disturbi mentali gravi non riceve alcun tipo di trattamento nei Paesi a basso o medio reddito, questa percentuale resta comunque elevata anche nei Paesi ad alto reddito (35-50%); a livello mondiale la spesa media annua pro-capite per la salute mentale è inferiore ai 2\$ e si arriva fino al limite minimo di 0,25 \$ pro-capite nei Paesi a basso reddito.

“L’espressione” delle psicopatologie

Un altro aspetto emergente riguarda “l’espressione” delle psicopatologie. Nonostante lo “stigma sociale” nei confronti di chi soffre di una psicopatologia continui ad essere presente in ogni parte del mondo, pur con delle differenze da Paese a Paese e da cultura a cultura, “...il disagio psichico è qualcosa di sempre più comune, di sempre più “esprimibile” all’interno delle società, non è più imbarazzante o fuori luogo soffrire di una patologia psichica. Gli ambienti di lavoro non fanno eccezione...». ⁽²⁾

I riflessi sull’attività del medico competente

L’aumento delle psicopatologie e la loro maggiore “espressione” sta comportando per il medico competente (MC) un incremento dei casi di gestione di lavoratori con malattie mentali o con disagio psichico.

Si tratta di una gestione problematica, non solo per le difficoltà che s’incontrano nell’accertamento del giudizio d’idoneità, ma anche per le sue implicazioni “culturali” e “sociali”.

In genere non sono patologie correlabili all’esposizione professionale o che possono aggravarsi a causa di essa, ma che, tuttavia, possono associarsi a comportamenti che determinano situazioni di pericolo per il lavoratore, gli altri (i terzi), gli impianti e gli ambienti di lavoro.

È stato più volte sottolineato che oggi il MC si trova sempre più spesso a collaborare alla gestione del reinserimento nell’attività lavorativa di lavoratori che rientrano dopo politraumi o gravi patologie per lo più vascolari ed oncologiche. Tuttavia, in genere, queste gestioni non pongono le stesse difficoltà di quella del lavoratore con malattia mentale



o con disagio psichico a causa della carenza di modelli di riferimento e per le forti implicazioni anche emotive. Le criticità per il MC sono molteplici:

- La necessità d'acquisire competenze per la valutazione delle condizioni psichiche idonee allo svolgimento di una determinata mansione;
- Il carattere di cronicità della malattia psichiatrica ed il suo andamento alternante tra fasi di compenso e di riacutizzazione;
- Le difficoltà nel valutare le implicazioni che i "limiti psichici" ⁽³⁾ ed il "funzionamento psichico" ⁽⁴⁾ del lavoratore possono avere sulla "peri-

colosità" dei suoi comportamenti e quindi sull'accertamento dell'idoneità;

- La presenza di lavoratori «rischiosi per gli altri» in quanto svolgono attività che hanno un impatto sulla salute o sulla sicurezza di altri individui, per i quali è necessario considerare nel giudizio d'idoneità l'estensione della tutela anche ai terzi;
- L'alone di incomprensibilità o di perplessità con cui tuttora la malattia psichiatrica viene frequentemente percepita anche da parte di un management "evoluto";
- La necessità di mediare/sensibilizzare per cercare di fare assumere

al management un atteggiamento equilibrato nella gestione del lavoratore con malattia mentale;

- L'impatto emotivo provocato nei colleghi dalle psicopatologie, ancora oggi spesso sperimentate come qualcosa di incomprensibile, che spaventa e che, conseguentemente, suscita reazioni di evitamento ed emarginazione;
- Il riscontro che il lavoratore non sempre trova un livello di supporto adeguato alle sue necessità nella famiglia, nel medico di medicina generale, nei servizi di assistenza sociale.
- La carenza delle strutture pubbliche di assistenza sociale e sul territorio per cui le famiglie sono generalmente "sole" nella faticosa gestione di una persona malata cronica, spesso inconsapevole della propria condizione e con manifestazioni cliniche alternanti, ma continue;
- Le carenze delle strutture pubbliche sono anche alla base della "solitudine" delle imprese che vogliono gestire positivamente il caso.

Pertanto si tratta di un quadro complesso nel quale il MC svolge un ruolo delicato e di riferimento naturale ed appropriato.

L'obiettivo di questa «migliore pratica operativa» (BEP: Best Experience Practice) è fornire al MC delle indicazioni operative per gestire i vari aspetti che deve affrontare dal momento in cui viene in contatto con un lavoratore affetto da una malattia mentale o da un disagio psichico.

PRECISAZIONE DEGLI AUTORI

Nella BEP con il termine "malato" si indica la persona colpita da malattia mentale e/o disagio psichico.

In particolare il campo d'applicazione della BEP riguarda le seguenti patologie psichiatriche che riconoscono un'origine organica o dovuta ad alterazioni dello sviluppo della personalità:

- Schizofrenia e disturbi psicotici
- Disturbi dell'umore: disturbi bipolari e disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbi ossessivo-compulsivi.

Non sono pertanto oggetto di questa BEP le "malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro", le cosiddette "costrittività organizzative", come il "disturbo dell'adattamento cronico" ed il "disturbo post-traumatico da stress". Si ricorda che queste malattie sono ricomprese nell'elenco delle malattie per le quali vige per il medico l'obbligo di denuncia (DM 27 aprile 2004 e s.m.i.), ma non nella tabella delle malattie assicurate dall'INAIL (DM 9 aprile 2008).

Popolazione lavorativa di interesse

La popolazione lavorativa d'interesse è molto vasta ed è costituita da lavoratori che possiedono in modo variegato e composito le seguenti caratteristiche:

- Soggetti malati e diagnosticati come tali;
- Soggetti malati, ma non riconosciuti come tali;
- Soggetti malati dalla nascita (ad es. oligofrenici);
- Soggetti che si sono ammalati in differenti fasi della loro vita;
- Soggetti riconosciuti invalidi;
- Soggetti malati, ma non riconosciuti invalidi;
- Soggetti che lavorano secondo le modalità comuni a tutti gli altri lavoratori;
- Soggetti assunti secondo i canali usuali, diventati invalidi in corso di rapporto di lavoro;
- Soggetti assunti secondo i canali della legge 68/99;
- Soggetti inviati a lavoro secondo una finalità terapeutica.

Le forme di sofferenza psichica che si possono presentare sono altrettanto molteplici.

Accanto alla **malattia mentale**, riconosciuta a livello internazionale sulla base dei riferimenti diagnostici del sistema DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborato dall'American Psychiatric Association e della ICD (International Classification of Diseases) dell'OMS, i lavoratori possono lamentare stati di **disagio psichico** che è, invece, un vissuto esistenziale che fa parte della natura umana la cui reversibilità, con recupero dello stato di benessere mentale, è tuttavia condizionata dall'entità, dalla natura e dal perdurare della situazione che l'ha determinato.

Si è volutamente richiamata l'attenzione anche sul "disagio psichico" per sottolineare che l'oggetto dell'attenzione del MC sono anche quei lavoratori che occasionalmente nel corso della propria vita, senza sviluppare una malattia mentale, incorrono in situazioni di disagio psicologico che comportano conseguenze anche in ambito lavorativo e quindi un suo coinvolgimento nella loro gestione.

Identificazione dei piani di lavoro sui quali opera il medico competente

Con questo titolo si intende porre l'attenzione sui diversi piani, non disgiunti, né disgiungibili, che il MC sceglie per gestire il caso e quindi anche i riferimenti, le metodologie e gli strumenti che vengono privilegiati in questa gestione. Non significa che questi piani siano alternativi, anzi sono fra loro complementari e fanno parte di un unicum gestionale. La scelta del piano da privilegiare può risultare diversa in funzione del quadro clinico, del contesto e del percorso lavorativo della persona.

Il **piano clinico** è quello irrinunciabile. Infatti il MC non può abdicare alla sua specificità di tecnico sanitario e deve arrivare a definire l'esistenza o meno di una patologia, di quale gravità e compenso, quale la sua evoluzione e la sua prognosi. Il piano clinico è essenziale per reggere tutto l'impianto di gestione del caso.

Il **piano normativo** è il contesto attraverso il quale il MC definisce gli ambiti giuridici della gestione del caso in modo che sia lecita e garante della tutela delle parti in causa. È attraverso questo piano che vengono tutelati i diritti ed i doveri delle parti. Inoltre e che possono essere ricercati gli strumenti, le strutture e le risorse disponibili nel SSN e nelle istituzioni per sostenere il malato e la sua

azienda. Pertanto il piano normativo deve essere ben conosciuto e praticato dal MC.

Il **piano deontologico** guida il MC nella scelta delle sue azioni e nella loro attuazione del tempo. È il piano che guida la scelta dei propri comportamenti ed orienta la strategia della gestione del caso. È la declinazione pratica nei suoi vari livelli “dell’i care” della persona. Il piano deontologico va aldilà del piano normativo e di quello clinico, esprimendo la visione che il MC ha della sua professione e del suo ruolo e comprendendo anche atti che non sono solamente medici.

La definizione degli ambiti di lavoro

La medicina del lavoro incentra la sua attenzione sul lavoro quale “vero malato” la cui “cura” costituisce il fondamento per il benessere del lavoratore.

La figura del MC trova la sua giustificazione proprio in tale ambito. Infatti il MC conosce:

- Il settore in cui il lavoratore opera (pubblico, privato, cooperativa, onlus, ecc.);
- Le mansioni specifiche svolte dai lavoratori;
- I profili di rischio di queste mansioni;
- I profili sanitari dei lavoratori: patologie, stati di ipersuscettibilità e stili di vita.

Tutti questi aspetti condizionano le possibilità di risolvere le eventuali criticità e la scelta delle differenti modalità di soluzione, in quanto determinano diverse modalità di gestione del caso e quindi i diversi strumenti, diritti, tutele, enti e strutture che entrano in gioco.

La medicina del lavoro incentra la sua attenzione sul lavoro quale “vero malato” la cui “cura” costituisce il fondamento per il benessere del lavoratore.

La figura del MC trova la sua giustificazione proprio in tale ambito. Infatti il MC conosce:

- Il settore in cui il lavoratore opera (pubblico, privato, cooperativa, onlus, ecc.);
- Le mansioni specifiche svolte dai lavoratori;
- I profili di rischio di queste mansioni;
- I profili sanitari dei lavoratori: patologie, stati di ipersuscettibilità e stili di vita.

Tutti questi aspetti condizionano le possibilità di risolvere le eventuali criticità e la scelta delle differenti modalità di soluzione, in quanto determinano diverse modalità di gestione del caso e quindi i diversi strumenti, diritti, tutele, enti e strutture che entrano in gioco.

Attuazione della sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria (s.s.) del lavoratore malato è indubbiamente uno dei momenti più impegnativi per il MC che deve essere capace di evitare comportamenti che possono risultare egualmente svantaggiosi per la gestione del caso come la sua sottovalutazione, che lo preserva da un lavoro impegnativo, ma che comporta di fatto la rinuncia ad affrontarlo, oppure la sua l'enfatizzazione che può sfociare in atteggiamenti discriminatori.

In occasione della s.s. il lavoratore malato può giungere all'osservazione del MC in vari modi.

Spesso la malattia psichica insorge durante il rapporto di lavoro in lavoratori già in s.s. che, pertanto, arrivano all'attenzione del MC in occasione della visita periodica,

oppure perché richiedono la visita, od anche in occasione della visita di rientro dopo il protratto periodo di assenza provocato dalla malattia.

In altri casi possono essere lavoratori non in s.s. che, in assenza di egosintonia, spontaneamente, oppure sollecitati dall'organizzazione aziendale o dalla famiglia, richiedono la visita al MC.

In altri casi ancora si tratta di lavoratori con disabilità psichica assunti attraverso il collocamento ai sensi della legge 68/99.

IL PRIMO CONTATTO CON IL LAVORATORE MALATO

Può essere nel corso di una visita preventiva (in tal caso in genere di un disabile psichiatrico), oppure della visita periodica, oppure richiesta od anche di rientro dopo assenza protratta per motivi di salute di un lavoratore malato.

In occasione del primo contatto il MC deve acquisire le informazioni utili per inquadrare il caso dal punto di vista:

- Clinico: comprendere i “limiti psichici” che possono compromettere la capacità del lavoratore a svolgere la sua mansione;
- Funzionale: comprendere se, nonostante i limiti psichici, il lavoratore conserva ancora un certo livello di “funzionamento psichico” e quindi sociale e lavorativo.

Per l'inquadramento del caso dal punto di vista clinico l'interlocutore fondamentale è rappresentato dallo psichiatra che ha in cura il lavoratore, spesso operante in un CPS (Centro Psico-Sociale). Per il suo tramite il MC deve conoscere:

- La diagnosi che deve essere accurata, certa e precisa e quindi inquadrabile dal punto di vista nosologico entro le categorie diagnostiche definite nel DSM 5 – Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi mentali;
- Il tipo di terapia che è stata prescritta e, quando farmacologica, se è regolarmente assunta;
- L'efficacia della terapia in atto;
- L'andamento della sintomatologia e le sue caratteristiche (sintomi positivi e negativi);
- Il tempo trascorso dall'ultimo episodio di sintomatologia positiva;
- L'eventuale attivazione della domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile (nei casi in cui non sia già stata riconosciuta).

Per quanto riguarda l'inquadramento del caso dal punto di vista funzionale, l'interlocutore fondamentale è invece l'organizzazione aziendale che potrà fornire al MC informazioni su:

- Andamento delle assenze per malattia: giorni di assenza, frequenza delle assenze;
- Andamento del fenomeno infortunistico: numero e giorni di assenza per infortunio;
- Eventuali richiami e sanzioni disciplinari;
- La sintomatologia manifestata dal lavoratore durante l'attività lavorativa;
- Le eventuali criticità comportamentali emerse nelle relazioni con i capi/colleghi/terzi o nello svolgimento dell'attività lavorativa.

Qualora dai riscontri del primo contatto, ma anche delle visite successive, il MC ritenga che il lavoratore non sia adeguatamente seguito dal CPS/specialista che l'ha in cura, ai sensi dell'articolo 39, comma 5, del D. Lgs. 81/08, può avvalersi della consulenza di un altro specialista concordando con lui gli eventuali ulteriori accertamenti clinici.

Tuttavia, non trattandosi di un proprio paziente, questo passaggio deve essere ben ponderato e deciso soltanto dopo averlo condiviso con il medico di medicina generale (vedi anche più avanti) e dopo un chiarimento con lo specialista curante

in occasione del quale il MC deve manifestargli le sue perplessità sulla gestione del caso.

LE VISITE SUCCESSIVE DEL LAVORATORE MALATO

Il paziente con malattia mentale viene solitamente inserito in un follow-up da parte del CPS/specialista che l'ha in cura.

In tali casi, specialmente nella fasi iniziali del suo monitoraggio attraverso la s.s., è importante cercare di sincronizzare la sua periodicità con i tempi del follow-up specialistico con l'obiettivo di verificare il mantenimento della compliance tra il quadro clinico e l'attività lavorativa.

Successivamente, in rapporto alla stabilizzazione del quadro clinico ed in assenza di segnalazioni di criticità da parte dell'organizzazione aziendale, potrà essere progressivamente ristabilita la periodicità delle visite mediche prevista dal protocollo sanitario per quella mansione.

Peraltro diversi fattori possono condizionare la periodicità delle visite mediche:

- L'influenza della malattia mentale e/o del disagio psichico sulla capacità lavorativa;
- L'influenza della malattia mentale e/o del disagio psichico sui colleghi, i terzi e l'ambiente di lavoro;
- L'influenza del contesto lavorativo rispetto alla malattia e/o disagio;
- La compliance terapeutica;
- Il tempo trascorso dall'ultimo episodio di sintomatologia positiva.

Pertanto, come risulterà ancora più evidente quando si parlerà dell'accertamento del giudizio d'idoneità, le visite successive non sono mirate ad evidenziare i segni precoci di un danno da lavoro (che non c'è), ma a monitorare le possibilità che il lavoratore ha di continuare a svolgere adeguatamente la sua attività anche in relazione alla sicurezza per sé, gli altri e l'ambiente che lo circonda.

Conseguentemente, in occasione delle visite successive, avvalendosi della collaborazione del CPS/specialista curante ed attraverso i ritorni dall'organizzazione aziendale, il MC deve mantenere attivi e costanti i monitoraggi sull'andamento del quadro clinico e sugli aspetti funzionali e comportamentali.

In tale contesto per il MC è molto importante monitorare anche lo stato di "benessere" del lavoratore e quindi le sue eventuali condizioni di disagio conseguenti al non sentirsi bene nell'ambiente di lavoro.

IL CASO DEL LAVORATORE IN EGOSINTONIA CON LA MALATTIA MENTALE

È difficile che questo lavoratore richieda spontaneamente la visita.

È il MC che deve mettere in gioco le sue doti empatiche per cercare di "agganciarlo". L'esercizio di eventuali altre "pressioni" da parte dell'organizzazione aziendale (risorse umane, datore di lavoro), oltre che configurare una violazione dell'art. 5 della legge 300/70, è in genere inutile.

Nel caso del lavoratore non inserito nel programma di s.s. e non richiedente la visita, trova applicazione la vista d'idoneità ai sensi dell'articolo 5 della legge 300/70.

Criteri terapeutici. definizione della casistica

Per criteri terapeutici intendiamo i criteri sui quali viene fondata la modalità di "curare" (in questo senso "terapeutico") la compliance fra lavoratore e lavoro in modo che essa sia la migliore possibile e gli consenta di raggiungere il maggior benessere possibile durante il lavoro.

Per definizione della casistica, riprendendo quanto sopra esposto, va intesa la necessità di arrivare prioritariamente a "identificare" il lavoratore: la sua condizione di affetto da malattia mentale e/o disagio psichico, di eventuale invalido, l'esistenza di rischi professionali e l'influenza su di essi della patologia e dei comportamenti che essa determina, l'appartenenza della sua azienda e del

suo lavoro ad un preciso settore:

- A) Il lavoratore con malattia mentale e/o disagio psichico insorti dopo l'assunzione che non svolge mansioni a rischio per sé o per terzi: il MC ha la necessità di rapportarsi con il medico di medicina generale e con lo specialista curante, perché il lavoratore-paziente è prioritariamente di loro competenza;
- B) Il lavoratore con malattia mentale e/o disagio psichico insorti dopo l'assunzione che svolge mansioni a rischio per sé o per i terzi: il MC ha maggiori spazi operativi ed i suoi riferimenti sono le strutture specialistiche di secondo e terzo livello (UOOML ed Università);
- C) Il lavoratore con malattia mentale e/o disagio psichico non invalido: è opportuno intraprendere percorsi di tutela di concerto con il medico di medicina generale ed attivando i patronati ed i servizi di assistenza sociale;
- D) Il lavoratore con malattia mentale e/o disagio psichico invalido assunto ai sensi della legge 68/99: in tali casi non deve essere dimenticato che l'idoneità espressa dal MC va compartecipata alla struttura del SSN che (ai sensi della legge 68/99) ha la responsabilità dell'inserimento lavorativo del soggetto, della sua valutazione nel tempo e della sua tutela.

L'accertamento del giudizio d'idoneità alla mansione specifica

L'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica del lavoratore con malattia mentale rientra tra quelli delle cosiddette idoneità "difficili".

In realtà oltre che di complessità si dovrebbe anche parlare di "diversità" del significato dell'accertamento.

In generale il giudizio d'idoneità alla mansione specifica è il risultato del confronto fra il "profilo di rischio" della mansione, valutato e documentato, ed il "profilo sanitario" del lavoratore (patologie in atto o pregresse, condizioni di ipersuscettibilità e stili di vita), mentre la sua finalità è la tutela della salute del lavoratore: evitare che sviluppi una malattia "professionale" a seguito dell'esposizione, ma anche evitare che una sua patologia, anche non correlabile all'esposizione, peggiori a causa di essa. (5)

Nel caso di un lavoratore con malattia mentale lo scenario è diverso. Infatti le psicopatologie a cui fa riferimento questa BEP non sono causate dall'esposizione professionale, né, in genere, possono peggiorare a causa dell'attività lavorativa, mentre le loro specificità possono impedire al lavoratore di svolgere adeguatamente la sua mansione (limiti psichici che incidono negativamente sul suo funzionamento), o anche fargli assumere dei comportamenti pericolosi che lo rendono "rischioso" non solo per sé, ma anche per i terzi e per ciò che lo circonda ("lavoratore rischioso per gli altri").

Va tuttavia tenuto ben in evidenza che l'assioma "malattia mentale = soggetto pericoloso" non ha alcun fondamento clinico e sociale. Conseguentemente un lavoratore con malattia mentale non è automaticamente un soggetto pericoloso, ma è invece una persona che va innanzi tutto sostenuta ed aiutata ad inserirsi positivamente nel lavoro attraverso l'impegno per individuare le attività a cui potrebbe meglio adattarsi e quindi essere compatibile.

Pertanto il giudizio d'idoneità deve essere innanzi tutto il risultato del monitoraggio della "compliance" del lavoratore al lavoro e dell'adattabilità del lavoro al lavoratore in modo che da questa interazione positiva tra lavoro e lavoratore derivi un vantaggio per lui (realizzazione come individuo ed essere sociale) e per l'organizzazione.

Il venir meno di questa "compliance" tra lavoratore e lavoro può contribuire a determinare un peggioramento del quadro clinico che può anche sfociare nello

sviluppo di comportamenti pericolosi che, comunque, possono anche essere specifici di certe forme psicopatologiche.

In questi casi, quando il lavoratore svolge mansioni dal cui corretto svolgimento dipende la salute e la sicurezza anche di altri individui e dell'ambiente di lavoro, peraltro individuate nell'ordinamento, il giudizio accertato dal MC deve anche esprimere la possibilità che ha lo stesso di svolgere la sua mansione in sicurezza per lui, i terzi e per ciò che lo circonda (ambiente di lavoro ed impianti). Pertanto, in tali casi, nell'accertamento del giudizio d'idoneità la considerazione del profilo di rischio della mansione non è tanto in relazione al suo impatto (che non c'è) sulla patologia psichiatrica, ma alla "specificità" intrinseca del lavoratore, in quanto paziente affetto da malattia mentale, e quindi alla possibilità di svolgere il suo lavoro senza costituire un rischio.

Nei casi in cui il lavoratore malato svolge un'attività a rischio per terzi che non rientra tra quelle previste dall'ordinamento, trova applicazione la vista d'idoneità ai sensi dell'articolo 5 della legge 300/70.

Se il lavoratore è un disabile psichiatrico: si rimanda alle considerazioni del precedente paragrafo. In caso di peggioramento il disabile deve essere indirizzato al Comitato Tecnico Provinciale Disabili. Nei casi in cui gli è già stata riconosciuta una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%, il disabile può richiedere all'INPS l'accertamento "dell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa".

Il quadro che emerge da queste considerazioni è quello di un accertamento complesso che richiede competenze cliniche, giuridiche e conoscenza delle normative che regolano l'attività delle istituzioni e strutture pubbliche che si occupano di assistenza e di riconoscimento degli stati di disabilità.

Pertanto per il MC diventa fondamentale disporre di competenze adeguate riprendendo, senza ovviamente aspirare a diventare uno specialista, anche quelle conoscenze psichiatriche di base necessarie sia per un'iniziale valutazione delle condizioni psichiche del lavoratore, che per potersi rapportare correttamente con lo psichiatra curante la cui collaborazione è fondamentale per la gestione di tutto il processo che porta all'accertamento del giudizio d'idoneità.

I rapporti con i diversi "attori" nella gestione del lavoratore con malattia psichica: la "rete" del medico competente

Per orientarsi in un quadro così complesso, il MC deve diventare il centro di una rete di relazioni con figure sia interne che esterne all'impresa.

La costruzione ed il mantenimento di questa rete è essenziale per il successo del suo ruolo di attore principale della tutela della salute del lavoratore.

LO SPECIALISTA

Il primo ed imprescindibile nodo di questa rete è il contatto con lo psichiatra curante spesso operante in un CPS.

Per instaurare questo contatto è necessario il consenso del lavoratore?

Nel rispondere a questa domanda dobbiamo tenere in evidenza che un'eventuale sua risposta negativa metterebbe il MC in seria difficoltà, perché è indubitabile che questo contatto è fondamentale per il successo della gestione complessiva del lavoratore.

Peraltro l'art. 39, comma 5 del D. Lgs. 81/08 recita che il MC "può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri".

Sicuramente questa disposizione non fughi tutti i dubbi, ma lascia dei ragionevoli spazi di manovra.

Altro aspetto problematico è «l'aggancio» dello specialista, talvolta non facile.

Spesso lo psichiatra ha poca dimestichezza con i principi della medicina del lavoro ed è poco propenso ad indicare i limiti psichici di un paziente e come questi possano influire sullo svolgimento dell'attività lavorativa.

In tale contesto il MC deve impegnarsi per cercare di creare un rapporto fiduciario di collaborazione con lo specialista.

Innanzitutto condividendo con lui la consapevolezza che il lavoro è un “determinante” di salute anche per il paziente con malattia mentale e/o disagio psichico.

Successivamente chiarendogli il significato del suo ruolo e, quindi, il motivo per il quale risulta fondamentale la sua collaborazione: sostanzialmente l’essere messo nelle condizioni di poter rispondere nel modo migliore possibile alla domanda se le condizioni cliniche del lavoratore possono compromettere la sua possibilità di svolgere la mansione e/o possono costituire un rischio per lui stesso, per i terzi e per il suo ambiente di lavoro.

Ovviamente ciò implica la descrizione allo specialista della mansione svolta dal lavoratore, dei suoi profili di rischio per la salute e per la sicurezza, nonché delle sue implicazioni per i terzi e l’ambiente di lavoro.

Pertanto i vantaggi derivanti di questa relazione sono biunivoci. Infatti lo psichiatra può ricevere dal MC delle importanti informazioni sui comportamenti/atteggiamenti del lavoratore nell’ambiente di lavoro, utili per migliorare l’inquadramento clinico del caso: produttività, assenteismo, infortuni, conflittualità, aggressività (verbale o anche fisica), oppure astenia, abulia, ridotta iniziativa psicomotoria, aspetto scadente (igiene personale, trasandatezza nel vestire), ecc.

Che cosa deve capitalizzare il MC dalla relazione professionale con lo specialista?

- Pur nella consapevolezza che raramente una malattia mentale si aggrava a causa del lavoro, riuscire a comprendere se l’attività o fasi di essa possono peggiorare il quadro clinico;
- Capire se il funzionamento psichico del lavoratore, anche se parzialmente compromesso, può risultare comunque ancora adeguato per lo svolgimento della mansione;
- Essere aiutato ad individuare i limiti psichici o le condizioni psicopatologiche che possono impedire l’adeguato svolgimento della mansione o costituire un pericolo per lui, per gli altri o per l’ambiente di lavoro.

Ovviamente l’intento del MC non può e non deve essere quello di riuscire a fare esprimere il giudizio al collega, ma quello d’acquisire informazioni, pareri e valutazioni che possano consentirgli di disporre di elementi certi e validi per la sua espressione.

Come è già stato sottolineato, specialmente nelle fasi iniziali d’inquadramento del caso, per il MC è molto importante sincronizzare la s.s. con il follow-up psichiatrico. Questo presuppone la possibilità d’essere relazionato dallo specialista in occasione dei controlli previsti dalla s.s sui seguenti aspetti clinici:

- La diagnosi, nosologicamente inquadrabile nel DSM 5;
- La sintomatologia positiva o negativa;
- Il tipo di terapia in atto;
- La compliance nei confronti della terapia.

L’ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Il secondo fondamentale nodo di questa rete è rappresentato dalle figure dell’organizzazione aziendale coinvolte nella gestione del lavoratore.

Si tratta delle Risorse Umane (o comunque di chi in azienda si occupa della gestione del personale che specialmente nelle piccole imprese può essere lo stesso datore di lavoro), dei Preposti, che hanno un rapporto diretto con il lavoratore, ma anche dei Colleghi per il forte impatto emotivo che la malattia mentale può avere su di loro.

Oltre agli aspetti professionali, in tali contesti relazionali devono emergere altre doti del MC.

Infatti, in genere, la malattia mentale suscita perplessità e viene tuttora percepita come qualcosa di incomprensibile, generando un forte impatto emotivo anche perché in certi momenti i suoi sintomi e segni possono essere eclatanti.

È al MC che in genere tocca l'opera di "mediazione culturale" della malattia mentale all'interno dei vari livelli dell'organizzazione aziendale. Peraltro è proprio all'interno di questa organizzazione che il MC può individuare gli interlocutori per mantenere il monitoraggio sui comportamenti del lavoratore.

Le **Risorse Umane** talvolta sono tentate da un approccio diretto e semplicistico del tipo «risoluzione di un problema».

Altre volte, all'opposto, tendono ad assumere un atteggiamento "indulgente".

In tali casi il MC deve svolgere un ruolo di sensibilizzazione finalizzato a fare comprendere che entrambi questi atteggiamenti non sono equilibrati.

Si deve cercare di fare comprendere che una gestione troppo tollerante può essere controproducente. In particolare va chiarito che il lavoratore che presenta una malattia mentale non va trattato diversamente dagli altri lavoratori nel momento in cui un suo comportamento comporta la violazione delle regole il cui rispetto è molto importante per il paziente psichiatrico anche dal punto di vista terapeutico. Un altro momento delicato della relazione del MC con le RU e più in generale con l'organizzazione aziendale per la prevenzione comprendente anche il Servizio di Prevenzione e Protezione ed i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, è la gestione delle idoneità parziali (con prescrizioni o limitazioni) e delle inidoneità temporanee o permanenti.

A fronte dell'espressione di questi giudizi, oltre al dovere in tutti i casi in cui sia possibile di un'informazione trasparente e diretta del lavoratore sui motivi e sulle finalità dell'inidoneità, il MC deve coordinarsi con l'organizzazione aziendale per collaborare alla gestione di questi giudizi in relazione alle disposizioni dell'art. 42 del D. Lgs. 81/08.

I **Preposti** hanno un rapporto diretto con il lavoratore e, adeguatamente formati, possono diventare dei «sensori» in grado di rilevare tempestivamente eventuali anomalie.

Infatti dall'osservazione diretta del lavoratore possono notare cambiamenti nel comportamento (di particolare rilievo il passaggio dall'aggressività verbale ad anche fisica), nell'aspetto (maggiore trasandatezza), nel tono dell'umore (aumento o diminuzione) e nel livello d'attenzione o di vigilanza, che possono essere indicativi di un peggioramento del quadro clinico o costituire dei veri e propri segnali di pericolo.

Anche i **Collegli** del lavoratore malato possono svolgere un ruolo importante.

In particolare vanno sostenuti per favorire il superamento dell'impatto emotivo negativo suscitato dalla malattia mentale o dal disagio psichico, che ostacola l'assunzione di un atteggiamento comprensivo, di apertura e di sostegno.

In casi specifici si può anche individuare tra i preposti o i colleghi una "figura" empatica capace di relazionarsi con il collega sofferente ed anche di monitorarlo discretamente svolgendo una sorta di "tutoraggio", ma senza che questo comporti delle specifiche responsabilità.

GLI ALTRI NODI DELLA RETE: IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG), LA FAMIGLIA ED I SERVIZI PUBBLICI DI ASSISTENZA E TERRITORIALI

Spesso il MC non trova un valido supporto nel MMG perché il caso è da lui poco conosciuto essendo gestito direttamente dal CPS anche dal punto di vista terapeutico. Infatti, trattandosi ormai nella maggior parte dei casi di terapie long-acting, il paziente segue il follow-up pianificato dal Centro dove, in occasione degli incontri, gli viene anche somministrata la terapia, peraltro risolvendo in tal modo il frequente problema della compliance terapeutica.

Tuttavia il supporto del MMG diventa fondamentale nei casi in cui non è stato ancora avviato il percorso per il riconoscimento dell'invalidità civile.

In tali casi, se il lavoratore è seguito da un CPS, può essere utile anche il coinvolgimento del servizio di assistenza sociale oltre che di un patronato.

In ogni caso, pragmaticamente, è importante preliminarmente verificare

attraverso le tabelle sulle % d'invalidità se la patologia psichiatrica diagnosticata rientra tra quelle che possono comportare un'invalidità con una % di riduzione permanente della capacità lavorativa utile per l'inserimento del lavoratore nella quota di riserva.

La patologia psichica non colpisce soltanto la persona, ma coinvolge in modo rilevante anche la sua **Famiglia**.

Lo sgomento ed il senso d'impotenza possono anche sfociare nel suo allontanamento dal paziente, facendogli vivere un sentimento d'abbandono che si somma al sentimento d'emarginazione che spesso già vive nell'ambiente di lavoro, acuendolo e rendendolo ancora più traumatico.

Al contrario, la famiglia può anche assumere un atteggiamento molto intrusivo, arrivando anche a negare la malattia del congiunto ed a manipolarlo fino a fargli sospendere la terapia.

È evidente che in entrambi i casi vi è la necessità di supportare la famiglia affinché trovi un equilibrio nella gestione del congiunto.

Tuttavia, a meno che non sia direttamente contattato dalla famiglia, oppure non gli venga chiesto esplicitamente dal lavoratore, il contatto diretto con la famiglia non rientra tra le prerogative del ruolo del MC. Pertanto, nel momento in cui viene a conoscenza di situazioni di questo genere, il MC deve cercare di sollecitare l'intervento di altre figure che più legittimamente possono entrare in contatto con la famiglia come lo specialista, il MMG e gli assistenti sociali del CPS.

Per quanto riguarda i **Servizi pubblici di assistenza**, nell'inquadramento generale si è richiamata l'attenzione sulle loro frequenti carenze spesso alla base della "solitudine" che le famiglie e le imprese spesso sperimentano nella gestione di questi casi. Tuttavia non è possibile generalizzare il discorso in quanto vi sono territori dove questi Servizi operano in modo efficiente ed efficace.

Gli **Organi di vigilanza** e le **Strutture specialistiche territoriali** di secondo e terzo livello (UOOML ed Università) possono costituire per il MC in importante riferimento e supporto per la gestione dei casi più delicati.

Da ultimo, ma non per importanza, risulta fondamentale per il MC mettersi in rete con i suoi **Colleghi**.

Si tratta di una materia delicata e complessa, ancora poco trattata, nella quale ogni caso ha una dimensione unica, densa di specificità.

Lo scambio di esperienze professionali derivanti dalle casistiche personali è fondamentale per supportare ed orientare il MC sia nell'accertamento del giudizio d'idoneità che nella gestione più complessiva del lavoratore con malattia psichica.

BIBLIOGRAFIA

1. World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginevra, Forum Economico Mondiale 2011; a livello di Unione Europea il costo stimato dall'OSCE nella ricerca "*Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*" ammonta a circa il 4% del PIL;
2. G. Ferrari ed Al. «Medicina del Lavoro e idoneità psichica» - FS Edizioni, Milano - 2016).
3. Con "limite psichico" ci si riferisce all'assenza di determinate capacità cognitive, emotive o relazionali dovuta a una determinata psicopatologia. E' un vero e proprio deficit mentale che può portare un individuo a sviluppare schemi di ragionamento e pattern comportamentali più o meno funzionali, con la possibilità di provocare delle considerevoli limitazioni nelle proprie capacità lavorative e sociali.
4. Con il termine "funzionamento psichico" ci si riferisce alla capacità di adattamento sviluppata dal soggetto che può consentirgli di mantenere un buon funzionamento sia sociale che lavorativo. Questa è influenzata sia dalla patologia, che dalle condizioni ambientali
5. Per il dettaglio dei vari aspetti riguardanti l'espressione del giudizio d'idoneità, si rimanda al paragrafo 9. della BEP "Accettazione dell'incarico di consulenza da parte del medico competente: dalla stesura del contratto/convenzione ai criteri per la formulazione del giudizio d'idoneità" - Gruppo di Lavoro ANMA, 2016.

L'invio online dei certificati medici: una sintesi in pillole di cultura generale anche per il MC

Il Medico Competente, pur non avendo diretto titolo nell'invio e nella gestione di certificati medici di malattia e di infortunio sul lavoro, può però essere consultato dal datore di lavoro e dal lavoratore sul loro iter valutativo.

PREMESSA

È quindi buona cosa che il Medico Competente conosca l'iter dell'invio online dei certificati medici come disposto dal D.Lgs. 151 del 2015.

Va detto in premessa che la norma citata è tesa a garantire al lavoratore, attraverso le prestazioni previdenziali, la tutela contro l'assenza dal lavoro e quindi, di fatto, la retribuzione: l'INPS, come noto, interviene per l'indennizzo di periodi di inabilità al lavoro, almeno temporanea, causati da stati patologici noti come "malattia comune"⁽¹⁾, mentre l'INAIL interviene per i periodi di inabilità al lavoro provocati da eventi configurabili come "infortunio sul lavoro"⁽²⁾ o come "malattia professionale"⁽³⁾.

La procedura

Gli iniziatori della procedura sono i "medici e le strutture sanitarie" che hanno in cura i lavoratori ammalati o

infortunati. Costoro hanno l'obbligo di inviare direttamente e online all'Ente che ritengono competente (INPS o INAIL) la certificazione telematica, dando di fatto l'abbrivio all'apertura di una pratica di "malattia comune" o di "infortunio sul lavoro" o di "malattia professionale".

L'Ente previdenziale a cui è indirizzata la certificazione provvede, al suo ricevimento, all'accertamento che si sviluppa con modalità differenti in funzione dell'Istituto previdenziale interessato.

In caso di "malattia comune" interviene l'INPS che, in genere, avvalsa senza ulteriori verifiche la diagnosi e la prognosi formulata dal medico curante, procedendo al riconoscimento della stessa e all'erogazione della prestazione.

Diverso è l'iter per il riconoscimento e l'indennizzo dell'infortunio sul lavoro, compreso quello in itinere, e della malattia professionale di spettanza dell'INAIL.

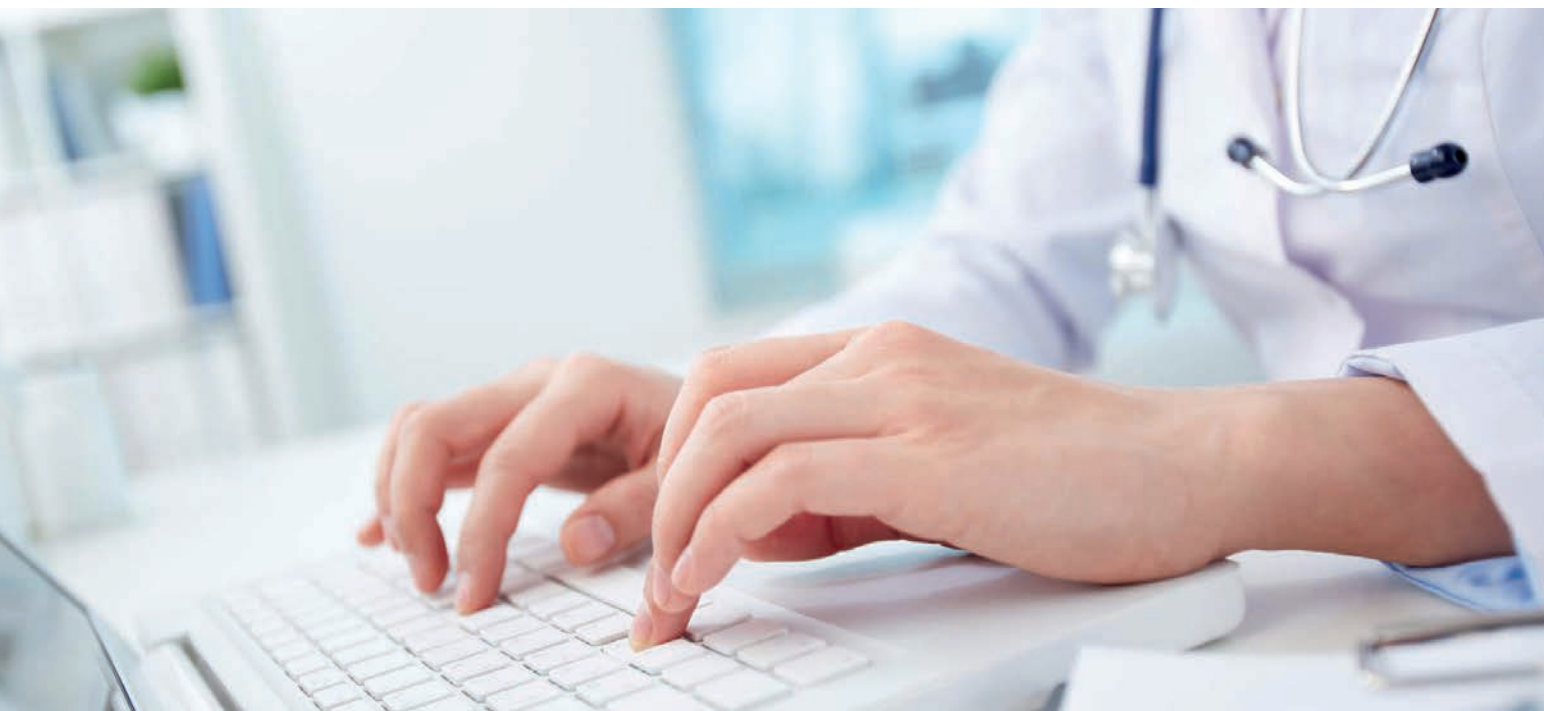
L'INAIL accerta e riconosce l'evento attraverso due istruttorie parallele:

a. Un'istruttoria amministrativa rivolta

b. Un'istruttoria medico-legale rivolta. L'istruttoria medico-legale è rivolta per lo più all'analisi del riconoscimento di malattia professionale che non al riconoscimento dell'infortunio. Essa assume particolare peso nella definizione del nesso di causalità nella malattia professionale, mentre nell'infortunio essa si limita ad esaminare il contenuto della certificazione medica confermando o meno diagnosi e prognosi.

L'istruttoria amministrativa ha invece peso particolare nel riconoscimento dell'infortunio. In questo caso essa deve valutare le modalità dell'infortunio, ovvero cause e circostanze:

- 1) se l'infortunio è esito di evento traumatico (causa violenta concentrata nel tempo);
- 2) la tipologia delle lesioni fisiche provocate;
- 3) il nesso eziologico, cioè l'occasione di lavoro;
- 4) le cause di disconoscimento quali la mancanza dei requisiti di indennizzabilità quali, ad esempio, l'accerta-



to rischio elettivo nei comportamenti del lavoratore al momento dell'incidente.

Dubbio: è malattia o infortunio?

In carenza dei sopracitati requisiti l'infortunio sul lavoro o in itinere non è confermato dall'Inail e si trasforma in malattia comune che sarà a sua volta trattata, gestita e indennizzata dall'Inps, previa notifica al lavoratore infortunato e al suo datore di lavoro e nel rispetto della tutela previdenziale del lavoratore.

Il passaggio di competenze tra Inail e Inps è automatico e regolato da una specifica convenzione rinnovata dai due Enti nel 2015 (Convenzione tra Inail e Inps per l'erogazione della in-

dennità per inabilità temporanea assoluta da infortunio sul lavoro, da malattia professionale e da malattia comune nei casi di dubbia competenza).

La procedura può occupare le seguenti fasi:

- a. nella prima fase l'Inail comunica all'Inps (entro 60 giorni quando si tratta di infortunio e 90 giorni se malattia professionale) di trattare il caso come malattia comune, dandone notizia al lavoratore interessato ed al suo datore di lavoro;
- b. a seguito di ciò l'Inps procede alla seconda fase ed esegue la sua istruttoria comunicando, nel termine di 15 giorni, all'Inail, al lavoratore interessato e al suo datore di lavoro di aver accettato la competenza oppure rimanda il caso all'Inail.
- c. Da qui in avanti si apre un rimpallo tra i due Enti, condizione che po-

trebbe portare gli interessati (lavoratore e/o datore di lavoro) a rivolgersi al Medico Competente per avere consigli o istruzioni sul comportamento da seguire. Infatti l'Inail apre una terza fase in cui l'Inail, ovvero una nuova istruttoria che può concludersi con la presa in carico del caso o con un nuovo rimbalzo all'Inps, evento che apre la strada al **Collegio regionale** deputato a decidere in via definitiva.

Il Medico Competente è dunque un attore del tutto passivo, così come del resto lo sono datore di lavoro, lavoratore e gli stessi sanitari che hanno attivato la procedura di qualificazione ufficiale degli eventi, siano essi "malattia comune", "malattia professionale" o "infortunio sul lavoro". Ciò non toglie che datore di lavoro e lavoratore possono ricorrere contro il giudizio degli Enti previdenziali e in tal caso è probabile il coinvolgimento del Medico Competente.

NOTE

1. Malattia comune: "è ogni patologia, nessuna esclusa, che, in qualsiasi momento, può colpire qualunque persona, avere una qualsiasi causa nota o sconosciuta, essere congenita o acquisita, acuta o cronica, e, di solito è facilmente riconoscibile, diagnosticabile e prognosticabile con una semplice visita medica o meri accertamenti sanitari, senza la necessità di specifiche, particolari istruttorie"
2. Infortunio sul lavoro: "è un evento dannoso di tipo traumatico causato da un'azione repentina in qualche modo correlata all'attività lavorativa, in grado di provocare la morte o delle lesioni fisiche al lavoratore con

conseguente stato di inabilità, sia temporaneo che permanente al lavoro. L'infortunio necessita specifici, particolari accertamenti istruttori per valutarne l'ammissibilità o meno all'indennizzo sociale INAIL"

3. Malattia professionale: "è caratterizzata da una diretta eziologia lavorativa visto che deve essere contratta nell'esercizio e a causa dello svolgimento di particolari attività e richiede particolari istruttorie amministrative per accertarne la reale origine lavorativa al fine dell'ammissione agli indennizzi di legge"

La luce, il principale inquinante indoor

Ai fini di una corretta organizzazione e predisposizione delle postazioni dotate di videoterminale, il Legislatore rinvia all'Allegato XXXIV del D.Lgs.81/08 e s.m.i., che si applica al fine di realizzare gli obiettivi indicati dal Titolo VII, **'Attrezzature munite di videoterminale'**.

Per quanto riguarda gli aspetti illuminotecnici, le indicazioni del paragrafo 2b Allegato XXXIV, fanno riferimento all'illuminamento medio sul piano di lavoro ed ai rapporti di luminanza nel Campo Visivo Professionale dell'operatore (CVP).

Si precisa che il CVP è costituito dalla porzione di spazio all'interno della quale l'operatore deve prevalentemente porre il suo sguardo per l'effettuazione di determinati compiti lavorativi.

I parametri illuminotecnici di riferimento sono perciò costituiti da:

- **illuminamento** (unità di misura = lux): indica semplicemente la luce incidente, e non il flusso luminoso riflesso nell'occhio.
- **Luminanza** (candele/m²): indica la sensazione di luminosità che si riceve da una superficie che emette o riflette luce.

L'obiettivo di un corretto assetto illuminotecnico, nell'ambito delle postazioni dotate di videoterminale, si raggiunge attraverso il mantenimento dei parametri riassunti in tabella 1.

Perciò si evince che i parametri di riferimento per ridurre il rischio di insorgenza di astenopia occupazionale non sono definiti per Legge, ma prodotti da Linee guida, Norme Tecniche, Enti autorevoli.

I rapporti di luminanza

Secondo la letteratura più accreditata una accurata misura dei rapporti di luminanza, all'interno del CVP, corrisponde all'anatomia ed alla fisiologia dell'occhio umano e deve essere utilizzata come parte della valutazione del rischio visivo. Si tratta della rilevazione più adeguata ai fini della "fotometria occupazionale". In pratica l'operatore, svolgendo il compito visivo, non deve ricevere una sensazione di luminosità troppo disomogenea.

Entrando nel dettaglio, se la luminanza di uno schermo può essere stimata intorno a 70 cd/m², le altre superfici che compongono il CVP dovranno evidenziare valori inferiori a 2000, meglio se a

700, cd/m², per ridurre al minimo il rischio di astenopia occupazionale.

Purtroppo dalla pubblicazione del D.Lgs.626/1994 e successivamente del Decreto 2 ottobre 2000 non è stata posta adeguata attenzione su tali aspetti. E con il recente moltiplicarsi di postazioni di lavoro dotate di videoterminale in ogni ambito produttivo, destinato ad aumentare con la diffusione del modello industriale 4.0, si avverte maggiormente la mancanza di una consolidata cultura della prevenzione sul tema 'lavoro e visione'.

Alcune indicazioni pratiche

Al di là delle eventuali misure strumentali l'obiettivo principale, al quale

Parametro	Valore	Riferimenti
Illuminamento	200-250 lux	Linee Guida Conferenza dei Presidenti delle Regioni
Rapporti di luminanza tra le superfici dell'ambiente circostante e lo schermo osservato dall'operatore	< 10 : 1	SUVA e Norma tecnica UNI EN ISO 9241 del 2009
	< 30 : 1	Linee Guida Conferenza dei Presidenti delle Regioni

Tabella 1

ci richiama l'Allegato XXXIV, consiste nell'evitare riflessi sugli schermi ed abbagliamenti per gli operatori, garantendo il miglior confort oculovisivo.

Perciò la 'vecchia regola' che suggerisce la provenienza della luce naturale (finestra dotata di tende schermanti) lateralmente rispetto all'operatore, mantiene inalterata la sua validità ed attualità, ricordando che le tende, preferibilmente 'veneziane', hanno lo scopo di modulare l'intensità della luce ma non possono schermarle completamente.

In alcuni casi può essere accettabile anche la provenienza di una fonte di luce 'da tergo', purché l'intensità sia bassa e lo schermo 'non riflettente'. Infatti sono sconsigliabili a questo scopo schermi con effetto 'a specchio', detti brite o crystalbrite, destinati ad un utilizzo ludico o alla visione di film in 3D.

Perciò è consigliabile dotarsi di computer della serie 'office', presente nei listini delle principali aziende, con schermo rivestito della tradizionale pellicola opaca, che riduce i riflessi causati dalle fonti di luce circostanti.

In ogni caso va ricordato che la possibilità di riflessi sullo schermo, e di abbagliamento da parte dei corpi illuminanti a soffitto, si riduce indirizzando l'asse visivo 'occhio-schermo' verso il basso di circa 20° rispetto al piano di lavoro. Inoltre, per evitare l'abbagliamento dell'operatore, è importante utilizzare un piano di lavoro chiaro, opaco non riflettente, limitando l'uso di fascette di plastica ed eventuali arredi o strumenti riflettenti. Il corpo illuminante 'a soffitto' dovrebbe essere sistemato a lato dello spazio occupato dall'operatore, assumendo una direzione perpendicolare rispetto al piano di lavoro.



Tuttavia, vi sono in commercio numerosi modelli che garantiscono un 'cono di luce' stretto, che non abbaglia gli operatori circostanti, fermo restando la possibilità di una lampada locale, che favorisce la lettura dei documenti cartacei.

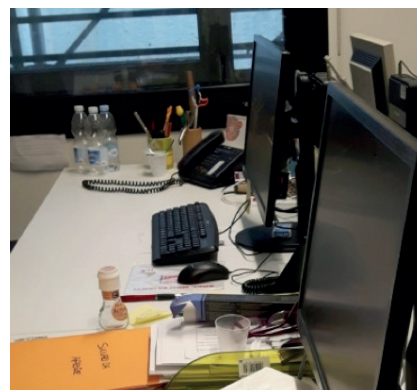
Va ricordato che esistono sensibilità oculovisive molto diverse fra gli operatori. Per esempio, un videoterminale trentenne richiede poca luce per l'estrema trasparenza del cristallino e la ridotta abitudine ad usare il cartaceo, mentre un operatore sessantenne ha esigenze diametralmente opposte. Perciò, al di là di eventuali alterazioni oculo-visive, è consigliabile, ove possibile, l'adozione di luci dimmerizzabili,

che permettono una personale regolazione dell'intensità della luce o, per lo meno, di interruttori ripartiti per 'isole', che consentono di accendere/spegnere singole sezioni dei corpi illuminanti 'a soffitto'.

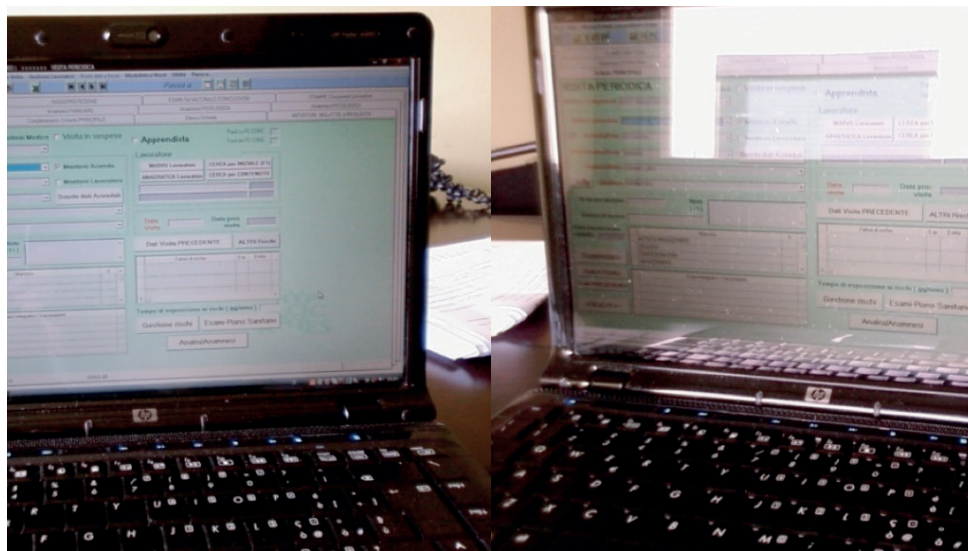
E' anche importante tenere d'occhio la 'crescita' degli schermi in ogni ufficio. Vengono utilizzati monitor sempre più grandi e performanti, ma spesso la profondità dei piani di lavoro... è sempre la stessa! Vengono così richiesti all'operatore maggiori sforzi in accomodazione e convergenza oculare con possibile incremento dell'affaticamento oculovisivo. Ma su questo tema torneremo più avanti.



2 Industria, postazione controllo qualità dotta di VDT con numerosi riflessi nel CVP



3 Finestra a fianco degli operatori



4. PC portatile con 'schermo riflettente'. La corretta disposizione (la luce proviene lateralmente) evita riflessi sullo schermo (figura a sinistra), mentre la provenienza della luce da tergo (finestra alle spalle dell'operatore) determina un riflesso favorente astenopia (figura a destra).



5. Luce dimmerizzabile in un contact center



6. Regolatori di luci dimmerizzabili

La proposta operativa ANMA

Best Experienced Practices ANMA - Proposta operativa in 5 punti per realizzare un assetto illuminotecnico corretto e sostenibile con riferimento ad allegato XXXIV par. 2b, al fine di garantire il miglior confort oculovisivo:

- 1) Evitare riflessi sullo schermo ed abbagliamento per l'operatore, mantenendo bassi i rapporti di luminanza nel campo visivo dell'operatore sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica o di eventuali misurazioni sul campo.
- 2) Nei casi in cui si renda necessario (p.es. astenopia significativa 'resistente'), approfondire la valutazione del 'rischio luce' con misurazione diretta dei principali parametri illuminotecnici indicati da Allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i..
- 3) Garantire una adeguata profondità dei piani di lavoro per un corretto distanziamento 'occhio-schermo', considerando che monitor di oltre 19" possono richiedere più dei canonici 60 cm., e favorire una asse visivo verso il basso di circa 20° rispetto al piano di lavoro.
- 4) Disporre le postazioni di lavoro in funzione delle fonti di luce, evitando superfici riflettenti e prevedendo tende schermanti, con particolare attenzione alle caratteristiche ed alla disposizione dei corpi illuminanti.
- 5) Oltre ad eventuali luci 'da tavolo', prevedere possibilmente la regolazione di intensità delle luci artificiali, o almeno distinti interruttori per i diversi corpi illuminanti 'a soffitto' (regolazioni in funzione di tempo atmosferico, compito svolto, età e caratteristiche oculovisive degli operatori).

BIBLIOGRAFIA

- Santucci P., 'Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP (Best Experienced Practices) per il videoterminale', XXX Congresso nazionale Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), Napoli, 9 giugno 2017.
- Piccoli B., Soci G., Zambelli P.L., Pisaniello D., Photometry in the Workplace: The Rationale for a New Method, Ann. occup. Hyg., Vol. 48, No. 1, pp. 29-38, British Occupational Hygiene Society Published by Oxford University, 2004.
- Suvapro, Il lavoro al videoterminale, 2003.
- Piccoli B. et Al., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
- Piccoli B., La valutazione del rischio 'luce' e del rischio biologico, Seminario ANMA 'Il lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano (GE), 19 ottobre 2012.



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

*La Redazione
augura
a tutti i lettori
buone feste!*

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

Recenti norme di legge

Domanda:

Un recente decreto legislativo ha eliminato l'obbligo di firma della persona visitata dall'attestato d'idoneità. Chiedo gli estremi di tale norma e se contiene altre varianti riguardanti l'invio della idoneità (all'inail/usl) e i relativi tempi, oltre al consuntivo -relazione finale ed alla consegna immediata all'interessato.

Risposta:

Si tratta del Decreto del Ministero della Salute emanato in data 12 luglio 2016 ed entrata in vigore in data 9 agosto 2016,

Le modifiche sono relative ai contenuti degli allegati 3A e 3B del D.Lgs 81/2008 e alle conseguenti modalità di trasmissione dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori.

Innanzitutto l'abolizione della firma obbligatoria del lavoratore sul giudizio di idoneità; il certificato deve però contenere la data certa di consegna, in modo da permettere l'individuazione della scadenza per il ricorso avverso.

Utile una procedura condivisa tra MC e Datore di Lavoro: infatti il giudizio di idoneità, con questo requisito della data, dovrà essere consegnato al lavoratore e al Datore di Lavoro (Dirigente o altri destinatari che la procedura interna individuerà come necessaria).

Da questo punto di vista ci permettiamo di osservare che la scomparsa della firma del lavoratore sul giudizio di idoneità, non apporti alcuna semplificazione, come invece sembrava fosse nell'intenzione del legislatore.

Nomina del medico competente

Domanda:

Buonasera, mi hanno chiesto di rilasciare giudizio di idoneità alla mansione di addetto installazione stampanti per un'azienda in cui dal DVR non emergono rischi tali da sottoporre i lavoratori a sorveglianza sanitaria. Un loro cliente gli chiede il giudizio di idoneità per lavorare presso di loro, io se facessi visita e giudizio devo essere nominata? Grazie

Risposta:

Nella tua domanda emergono alcuni corti circuiti, purtroppo di frequente riscontro nel nostro lavoro. Andiamo per ordine: 'mi hanno chiesto di rilasciare...': è evidente che il processo viene affrontato dalla fine. Invece come affermi dopo il problema è partire dalla valutazione di rischi e quindi ciò che ne discende. Quindi se questo lavoratore, per la valutazione, non è esposto a rischi per la salute non si fa nessuna sorveglianza sanitaria e non c'è alcun giudizio di idoneità da rilasciare.

Se la procedura dell'azienda ospitante cui il lavoratore deve intervenire richiede di presentare un giudizio di idoneità, allora il DL dell'azienda di appartenenza del lavoratore dichiara che questi non è esposto a rischi e quindi non necessita di tale giudizio.

Se la azienda ospitante il lavoratore invece lo espone a rischi (il DUVRI è necessario, non il giudizio!) allora dovrà mettere in atto tutte le procedure per limitare tale rischio, che comunque in questo caso presumibilmente molto limitato nel tempo, e allora sarà più un problema di sicurezza che di salute.

Prima postilla: questa è una classica occasione per verificare se il DVR è corretto, soprattutto nella parte in cui il lavoratore presta per lo più servizio presso terzi (mmc? chimico?).

Seconda postilla aneddotica e ironica sul formalismo: succede che personale di ufficio tecnico debba fare sopralluoghi in cantiere. La ditta del cantiere richiede il certificato di idoneità tra i requisiti per accedere al cantiere. L'azienda inviante lo mette nel fascicolo e quindi soddisfa il requisito: tutto in ordine, può accedere. Piccolo particolare: rischio evidenziato nel certificato (e non potrebbe essere altrimenti): VDT! Ergo: sei idoneo al VDT, puoi entrare in cantiere. Mah!



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@mcmlink.it 🌐 web: www.anma.it

📘 facebook.com/anmamedici

🌐 web: www.anmafad.com

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 Talierno, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo

delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)

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

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

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia

Segr. Piero Patanè

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Rocco Lorenzo

Toscana

Segr. Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

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

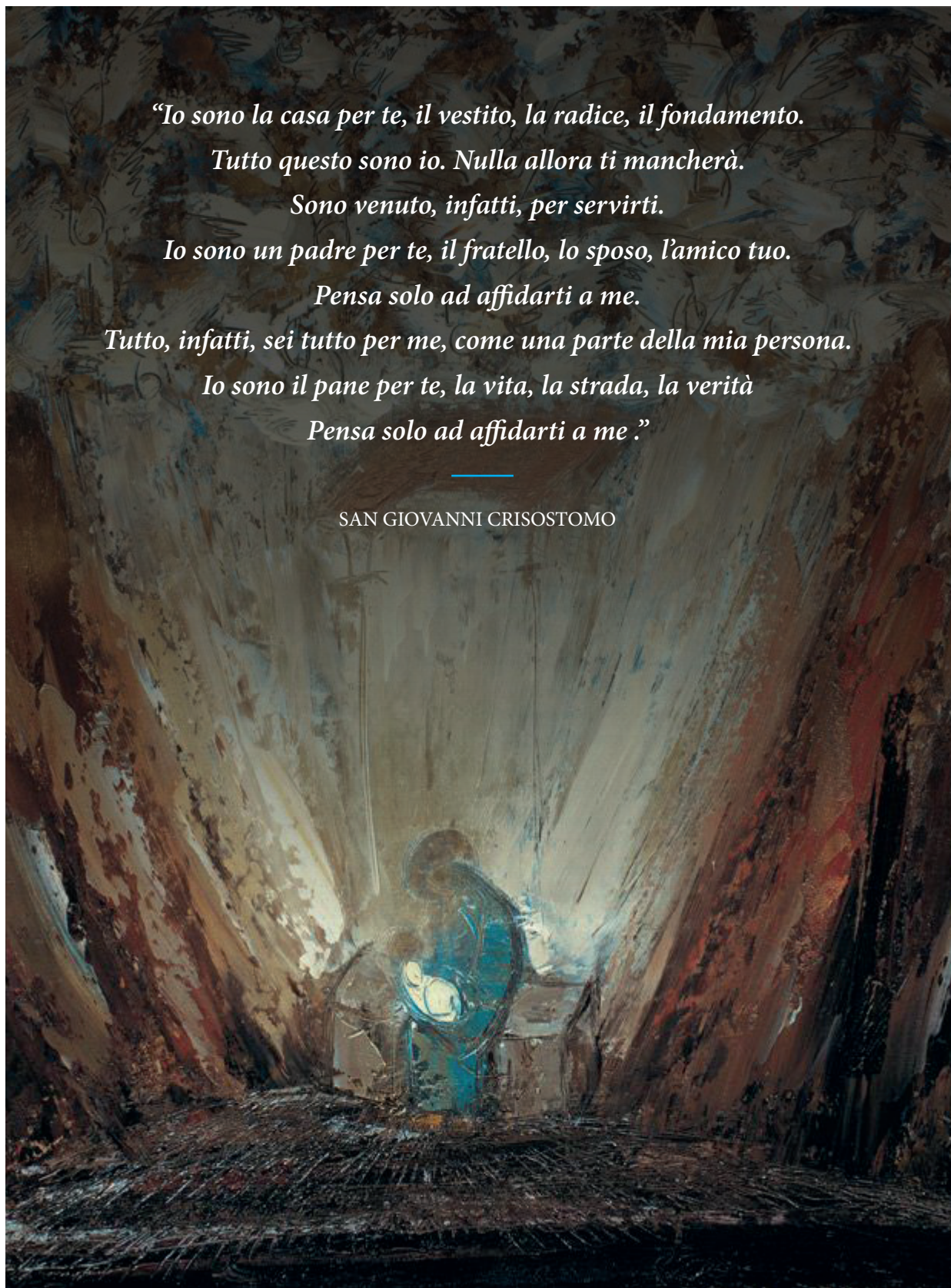


YOUTUBE

www.anma.it

*“Io sono la casa per te, il vestito, la radice, il fondamento.
Tutto questo sono io. Nulla allora ti mancherà.
Sono venuto, infatti, per servirti.
Io sono un padre per te, il fratello, lo sposo, l'amico tuo.
Pensa solo ad affidarti a me.
Tutto, infatti, sei tutto per me, come una parte della mia persona.
Io sono il pane per te, la vita, la strada, la verità
Pensa solo ad affidarti a me.”*

SAN GIOVANNI CRISOSTOMO





www.anma.it

