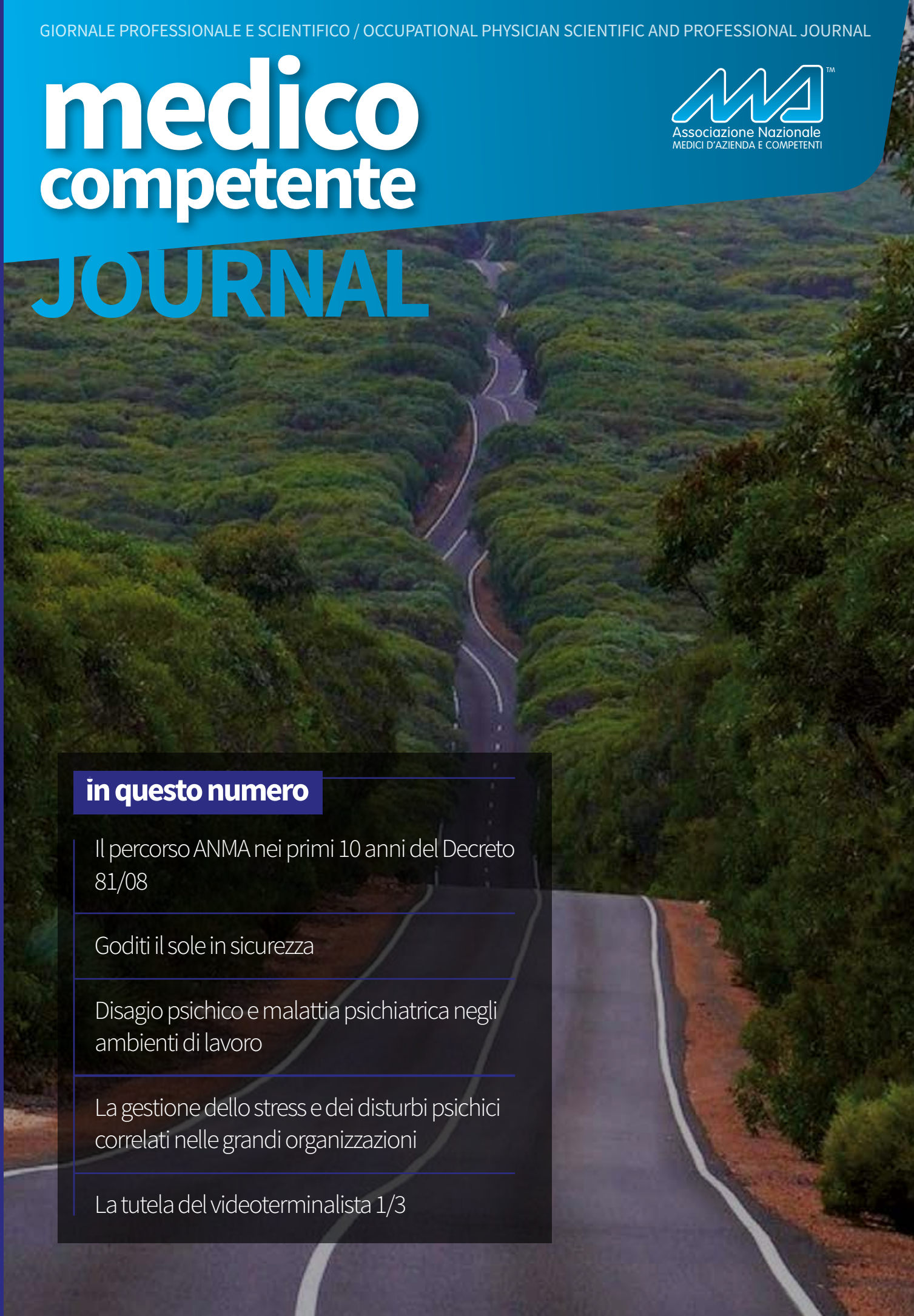
MARZO 2018 / Anno 23, N. 2/2018

GIORNALE PROFESSIONALE E SCIENTIFICO / OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL JOURNAL

medico competente JOURNAL

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI



in questo numero

Il percorso ANMA nei primi 10 anni del Decreto 81/08

Goditi il sole in sicurezza

Disagio psichico e malattia psichiatrica negli ambienti di lavoro

La gestione dello stress e dei disturbi psichici correlati nelle grandi organizzazioni

La tutela del videoterminalista 1/3

CONVENZIONI 2018

SCONTI E AGEVOLAZIONI PER I SOCI

Con il rinnovo o la nuova iscrizione ad ANMA è possibile accedere alle Convenzioni riservate ai Soci ANMA 2018.

Oltre ai numerosi vantaggi dedicati alle esigenze professionali e formative del Medico Competente, ANMA ha attivato alcune convenzioni con Aziende a favore dei propri Soci che hanno così diritto a riduzioni e particolari agevolazioni:

BEST WESTERN ITALIA

La catena di alberghi più diffusi al mondo, con 150 alberghi in Italia, propone oltre 100 destinazioni tra le più importanti città d'arte e di affari ed in selezionate località turistiche al mare, ai laghi, alle terme e in montagna

BONSIGNORE E PARTNERS ASSICURAZIONI SRL

La Società di brokeraggio assicurativo presenta un'offerta completa e personalizzata costruita su una serie di solide garanzie che conferiscono massima efficacia in termini di assistenza e protezione dell'attività professionale.

WALL STREET ITALIA

La prestigiosa scuola di inglese del gruppo Pearson (leader mondiale nel campo della formazione e dell'innovazione didattica) consente di imparare la lingua in modo efficace, naturale e moderno.

Per maggiori informazioni e per conoscere le modalità di accesso alle agevolazioni dedicate ai soci ANMA 2018 vai alla sezione CONVENZIONI del sito www.anma.it

SOMMARIO
2-2018

In primo piano

4 Il percorso ANMA nei primi 10 anni del Decreto 81/08
U. Candura

Contributi

10 Goditi il sole in sicurezza
R. Montagnani, G. Faedo, M. Grandesso, S. Scarpa, C. Querzola , D. Sepulcri

12 Disagio psichico e malattia psichiatrica negli ambienti di lavoro
G. Ferrari

16 La gestione dello stress e dei disturbi psichici correlati nelle grandi organizzazioni
L. Lucchetti

Ufficio e salute

20 La tutela del videoterminalista 1/3
P. Santucci

Da leggere in poltrona

28 La conoscenza nello sguardo
D. Bontadi

U. Candura, Presidente ANMA

Il percorso ANMA nei primi 10 anni del Decreto 81/08

La ricorrenza dei dieci anni di vita del c.d. T.U. sulla sicurezza ha sicuramente ravvivato un dibattito mai sopito sulla sua efficacia e sulla sua concreta applicabilità in quella eterogenea galassia oggi rappresentata dal mondo del lavoro.

Premessa

Se siano tanti o pochi 10 anni per fare un consuntivo su un decreto di tale portata – peraltro ancora non effettivamente completato nei suoi innumerevoli decreti attuativi (ne mancano all'appello ancora 15) – è una considerazione che lascio ai relatori che seguiranno in questa prima sessione congressuale ed alla discussione finale.

Così come sarà spunto per le successive riflessioni i pur significativi decrementi certificati dall'INAIL dal 2009 al 2016 sia degli infortuni totali (- 26,92%) che di quelli con esito mortale (-26,96%) ; nonché la c.d. emersione delle malattie professionali, le cui denunce nello stesso periodo hanno subito un incremento del 71,09%.(INAIL - Open Data – agg. 30/10/2017), oppure la evidente differenza nell'incidenza degli infortuni mortali , che penalizza le piccole o le microimprese < 15 dipendenti, rispetto alle più grandi (82% vs. 2%).

Dal tenore dei confronti avuti negli anni con i nostri interlocutori abituali – DDL, RSPP, RLS ed Organi di Vigilanza, INAIL – abbiamo comunque il vago sospetto che qualcosa possa e debba cambiare per valorizzare ciò che di buono è stato fatto e per rilanciare ulteriormente il tema sociale della sicurezza sul lavoro.

Tuttavia, una premessa doverosa va fatta: è abituale tra gli addetti ai lavori affermare che le difficoltà applicative e le inefficienze riscontrate siano tutte da riportare a responsabilità altrui, o genericamente alla progressiva obsolescenza di una norma ed ai gravami burocratici che essa comporta. Ciò francamente non aiuta ad entrare in un'analisi più oggettiva dei problemi ed a fornire soluzioni agli stessi.

In particolare una delle frasi fatte dietro cui ci ripariamo da anni è che manca nella società *la cultura della prevenzione*: ma questa affermazione riguarda noi tutti, ed è un tema da affrontare in maniera sistemica, non solo aggiornando leggi, lamentandosi delle pur presenti trappole sanzionatorie o viceversa invocando maggiori controlli e repressione, ma anche migliorando la qualità e l'appropriatezza degli interventi da parte di tutte le figure coinvolte, *a partire* – diciamo noi – *dal Medico Competente*. Proviamo quindi ad introdurre la discussione di oggi – ripercorrendo 10 anni di applicazione del decreto 81 - con una sintetica carrellata delle principali attività formative che ANMA ha svolto in questo periodo, nel quale ha cercato di cogliere quel fabbisogno di conoscenze di volta in volta più attuali per una corretta applicazione della norma, e di contribuire così alla crescita complessiva della cultura del sistema attraverso una maggiore autorevolezza e consapevolezza del ruolo.

Gli obiettivi dello Statuto ANMA

Nel tracciare il consuntivo di un decennio di una Legge sicuramente più innovativa (il D.Lgs. 626/94, Congresso di Portofino, 2004), abbiamo già affermato – e qui ribadiamo - la nostra necessità di seguire l'evoluzione normativa attraverso il perseguimento degli obiettivi statutari, cioè riuscire a creare – quale che sia il contesto legislativo - le opportunità di crescita culturale e professionale nella categoria. Per questo riteniamo che in occasioni come questa sia utile esporre sinteticamente quanto si è fatto nei dieci anni di Decreto

81 in termini di iniziative di formazione e scambio di conoscenze, soprattutto quelle conoscenze interdisciplinari nate dalla pratica quotidiana e dirette a migliorare l'efficacia e la qualità degli interventi, in un mondo del lavoro in costante e spesso repentino cambiamento, dove le problematiche emergenti non trovano spesso codifica per la naturale lentezza della norma e spesso della stessa letteratura tecnica.

È la stessa giurisprudenza a ricordare ripetutamente tale latenza sin da epoche non sospette in cui non esistevano certamente obblighi ECM da decreto 81. *(cfr. Trib. Torino, 20/6/77; Cass. Pen. Sez. IV, 21 giugno 1979)*.

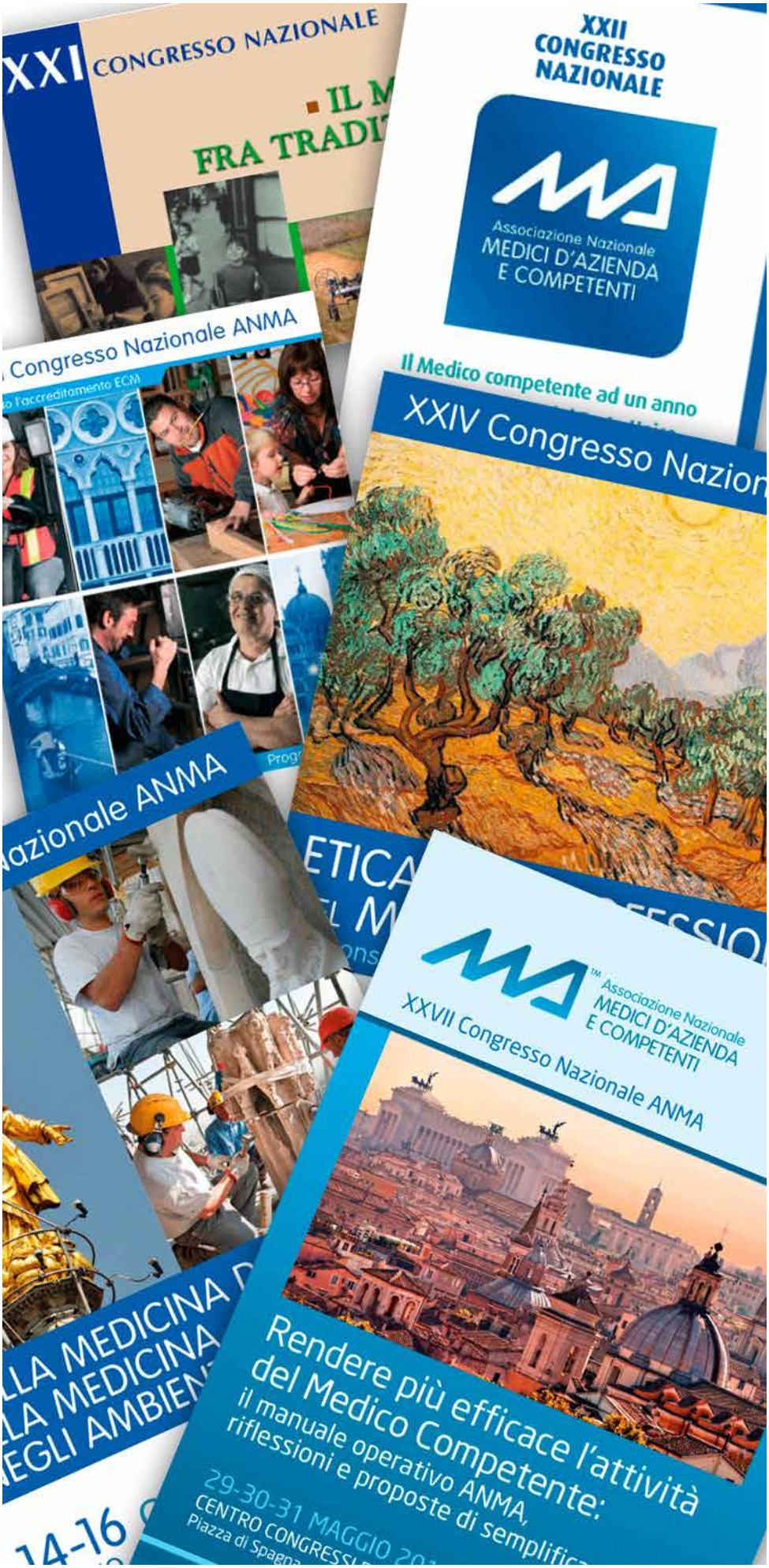
XXI CONGRESSO 2008

Agli esordi del TU nel 2008 non fu un caso che il nostro interesse si incentrò soprattutto sugli aspetti innovativi - per l'epoca - dei **modelli di gestione** di cui all'art. 30, che inaugurarono il nostro congresso nazionale di Castel S. Pietro (BO), il primo dell' "era Testo Unico". Ciò perché in essi abbiamo ravvisato come elemento trainante la forte responsabilizzazione di tutta la filiera aziendale della sicurezza, con il forte coinvolgimento degli stessi lavoratori tramite il ruolo partecipativo dei RRLLSS. Inoltre, il Sistema di gestione previsto dall'art. 30 rappresentava una cornice naturale del «modello ANMA» di Medico Competente, già illustrato nel precedente Congresso di Viareggio 2007 e contraddistinto da una completa integrazione nel sistema aziendale, e la naturale legittimazione della definizione ormai storica di Medico Competente del 1997, che, «*inserito nel contesto aziendale*», gioca il suo ruolo di garante della tutela nel «*perseguimento delle finalità generali dell'impresa*».
Il richiamo ad un necessario gioco di squadra, il perseguimento di obiettivi di qualità ed efficacia, il miglioramento continuo ed il continuo riesame dei risultati – si disse – non possono che rendere più centrale e strategica la figura del Medico Competente e farla incidere maggiormente sulla prevenzione primaria, anche in virtù dei suoi obblighi collaborativi alla valutazione del rischio. Negli anni vi è stata in effetti una notevole diffusione delle certificazioni aziendali in tema Salute e Sicurezza sul lavoro (SSL) – mediante lo standard OHSAS 18001 che valuta tra l'altro il grado di coinvolgimento del Medico Competente– anche per gli aspetti esimenti legati al D.Lgs. 231 sulla responsabilità giuridica delle imprese.

Non a caso inoltre furono scelti gli altri argomenti delle successive Sessioni congressuali: l'approfondimento delle modalità di comunicazione in azienda, l'output documentale, la modulistica, nonché le modalità dell'intervento educativo, formativo e di controllo sugli stili di vita del lavoratore; tutti strumenti - allora come oggi - insostituibili per una figura professionale che voleva cogliere gli elementi di novità della nuova stagione normativa inaugurata dal D.Lgs. 81/08.

XXII CONGRESSO – 2009

Dopo un anno di applicazione del T.U. le aspettative basate sulle sole analisi giuslavoristiche del dettato normativo si scontrano con le difficoltà applicative (anche su base culturale) degli addetti ai lavori, soprattutto per quanto attiene l'auspicata multidisciplinarietà dell'i-



tervento di prevenzione primaria nella valutazione dei rischi.

Anche nell'occasione del Congresso di Ascoli 2009 non ci lasciammo tentare dall'idea che le criticità siano tutte esterne alla professione, magari da attribuire solo alla pur persistente ambiguità della norma sul ruolo del Medico Competente, oppure sul ruolo ancora subalterno che sembra assegnato alla «salute» rispetto alla «sicurezza»: si cercò invece di ribadire un ruolo proattivo del sanitario nei confronti delle altre funzioni aziendali, rilevando che la frequente carente collaborazione del Medico Competente alla valutazione del rischio risulta anche in contrasto con le disposizioni dell'art. 30 del TU per l'applicazione di modelli di organizzazione aziendale e specificando come tale carenza possa inficiare anche l'efficacia esimente dello stesso modello di gestione.

Fonte di accesa discussione dell'epoca fu anche l'approvazione - a distanza di un anno dal T.U. – del Decreto correttivo (D.Lgs. 106/99), con le forti perplessità, anche tra gli addetti ai lavori (B. Deidda, Procuratore Generale Corte di Appello di Firenze), suscitate dall'introduzione della specifica sanzione a carico del Medico Competente per la mancata collaborazione alla VdR.

Cominciano ad emergere altresì le perplessità applicative di molti adempimenti strettamente formali, quali l'uso di una cartella sanitaria e di rischio di stampo radioprotezionistico, l'obbligo di cui all'art. 40 poi temporaneamente congelato, la consegna della CSR alla cessazione del rapporto di lavoro, nonché di appesantimenti burocratici attuabili con difficoltà soprattutto nelle PMI.

Con l'attenzione posta al settore dell'autotrasporto abbiamo poi iniziato a guardare oltre l'azienda tradizionale ed a considerare quello che è poi diventata una nota distintiva del nuovo modo di lavorare e di approcciare i rischi lavorativi : la mobilità territoriale ed il mondo dei mobile workers, dove la strada è l'ambiente di lavoro ed anche purtroppo il teatro più frequente degli infortuni mortali, e dove l'idoneità lavorativa deve fare i conti anche con la verifica degli stili di vita e con gli interventi di

promozione più complessiva della salute, visto la crescente osmosi dei fattori di rischio individuali (obesità, fumo, sostanze d'abuso, ecc.) con quelli tipicamente lavorativi come le vibrazioni, il sovraccarico biomeccanico e l'impegno posturale.

XXIII CONGRESSO – 2010

Quanto affermato in tema di autotrasporto e mobile workers trova uno sviluppo a tutto campo nella successiva Assise di Venezia 2010, dove aboliamo definitivamente qualsiasi confine concettuale negli obiettivi della tutela, non più rivolta al solo ambiente di lavoro, così come l'apporto consulenziale del Medico Competente , che "getta la maschera" ed afferma – magari con una punta di presunzione – di volersi proporre come consulente "*globale*" per la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro e nella comunità.

Per fare questo e per intercettare le trasformazioni crescenti nel modo di lavorare, e la prevalenza di nuovi rischi quali quelli ergonomici, non ci sono dubbi sulla necessità di affrontare la nostra disciplina con nuovi strumenti, aggiornando le conoscenze nella diagnostica strumentale di malattie lavoro-correlate da sovraccarico, ma anche affinando gli aspetti legati alla riabilitazione del lavoratore/paziente. Ma questo obiettivo si persegue migliorando anche (ed in alcuni casi creando ex-novo) una capacità di dialogo con altre specialità, con le strutture territoriali e con la Medicina di Base; solo così possiamo riaffermare il binomio lavoro-salute ed il valore sociale ed economico di un lavoro sano e sicuro.

Paradigmatico è il settore della *Cardiologia riabilitativa* dove i "nuovi" obblighi di promozione della salute e degli stili di vita del lavoratore hanno una ricaduta riconosciuta non solo sul reinserimento e sulla corretta gestione del cardiopatico sul lavoro, ma soprattutto sulla favorevole evoluzione del quadro clinico. In questo ambito è necessario enfatizzare il ***ruolo privilegiato del Medico Competente*** per la possibile collaborazione con le Strutture territoriali, non solo per la riabiltazione ma anche per progetti di ricerca sulla prevenzione dei rischi cardiovascolari e metabolici.

XXIV CONGRESSO – 2011

L'attenzione si sposta poi su un aspetto che va al di là di leggi e normative contingenti, e che dovrebbe invece permeare la professione in quanto tale, a prescindere anche della materia specifica, e cioè l'***aspetto etico e deontologico***.

La nostra originalità di Medici con connotati di preventori "globali" si esprime difatti anche – caso pressochè unico in ambito professionale e normativo – con un richiamo specifico dell'art. 39 del decreto 81, che impone di ricondurre l'attività nell'alveo dei princìpi del Codice Etico ICOH, come una sorta di norma "*di chiusura*" in tutte le situazioni non codificate altrimenti.

Pertanto l'occasione congressuale di Castellaneta 2011 è quella di riaffermare i principi deontologici fatti propri dal Codice di comportamento ANMA del 1997 relativo agli obblighi di comunicazione interna ed esterna all'azienda, alla necessità di collaborazione attiva del Medico Competente alla prevenzione primaria, alle finalità preventive della sorveglianza sanitaria, alla collaborazione con il sistema della riabilitazione o prevenzione terziaria, di rivendicare comunque il diritto/dovere di autonomia professionale, all'imparzialità ed alla terzietà nel giudizio, anche nello spinoso caso delle malattie professionali.

XXV CONGRESSO – 2012

E venne l'anno della collaborazione con gli economisti e gli esperti del mercato (CERGAS dell'Università Bocconi, *Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale*), che conducono un'accurata indagine su un campione territorialmente rappresentativo di Medico Competente, ai quali si chiede di rispondere a quesiti relativi a dati personali, modalità di svolgimento della professione, la dimensione organizzativa e le prospettive future. A ragion veduta oggi possiamo considerarla una prima ricerca sugli effetti *dei primi anni di applicazione del Decreto 81 sul mercato delle consulenze alle imprese*.

Ne emerge una conferma – attraverso strumenti però quanto mai attendibili – di un quadro di un esercizio piuttosto eterogeneo della professione, con diverse chiavi di lettura, ma che comunque orienta verso:

- un peso progressivamente limitato del singolo professionista a vantaggio di soggetti associati e providers più dinamici ed attrezzati nella diversificazione delle offerte,
- un impoverimento delle basi scientifiche della Medicina del Lavoro tradizionale a favore di un ampliamento della metodologia di intervento multidisciplinare nelle imprese, e quindi
- verso la necessità di ricalibrare i contenuti dell'aggiornamento e le modalità dell'approccio consulenziale.

Ne traiamo un ulteriore sprone per spingere le nostre occasioni di aggiornamento ad *orientare la professione verso un modello di esercizio prevalente, in grado di rappresentare meglio la natura e l'importanza del ruolo svolto*", sperando quindi di consentirci di innalzare gli standard di appartenenza.

Nel documento conclusivo del nostro GdL – pubblicato anche su Ambiente & Sicurezza (n.2, gennaio 2013) – affermiamo che la difesa del mercato non può basarsi sull'esclusività del ruolo (anzi la preminenza del quadro normativo voluto dal decreto 81 rischia di dequalificare e massificare gli interventi) ma sul rafforzamento delle basi scientifiche e sullo sviluppo di un'originalità della disciplina che vada oltre il pur indispensabile sapere accademico.

Si afferma inoltre che la diffusione della cultura della prevenzione passa necessariamente attraverso la consapevolezza ***del valore socioeconomico*** del servizio offerto dal Medico Competente, non sempre adeguatamente percepita all'interno della stessa famiglia professionale, per essere poi più convincenti con i nostri interlocutori tradizionali. (stakeholders)

XXVI e XXVII CONGRESSO 2013, 2014

Arrivano poi gli anni in cui le parole d'ordine sono quelle della ***semplificazione e della de-burocratizzazione***, sulla scia di una volontà politica e legislativa che porta al c.d. Decreto del Fare (L. 69/13), orientato al cambiamento su vari settori della Società, e che fa della semplificazione del rapporto Stato-cittadini un suo cavallo di battaglia. Al di là degli slogan istituzionali dell'epoca ("*Meno carte e più sicurezza*"), e la consueta lentezza applicativa (in questo caso i decreti ancora da approvare sono 5 a tutt'oggi), appare condivisibile limitare l'utilizzo di risorse aziendali per adempimenti meramente formali, e favorire così interventi "*ad alto valore aggiunto*": prevenzione primaria, gestione disabilità, formazione, rapporti con Enti e territorio, ecc.

Tali input vengono peraltro dalle stesse Autorità Europee, preoccupate per l'impegno economico soprattutto di PMI alle prese con oneri finanziari non finalizzati ad una reale efficacia della prevenzione. L' OCSE stima i costi per i vari adempimenti puramente formali in materia di sicurezza sul lavoro: si parla di un impegno medio annuo che varia *dal 5 al 20% del bilancio delle imprese*.

Si ritiene che l 'eccesso di burocrazia sia non solo causa ma anche strumento di un mercato distorto che premia spesso un'adesione formale e non sostanziale alla norma, vede prevalere una ridondanza di molti DVR o di protocolli sanitari, di una formazione spesso di facciata se non orientata al c.d. *attestatificio*.

Individuare elementi di semplificazione senza abbassare il livello di sicurezza, coniugare la sicurezza sul lavoro con la competitività delle imprese è anche quanto si propone da sempre ANMA con i suoi associati, anche attraverso la pubblicazione di un manuale operativo che possa guidare il Medico Competente nella compliance normativa, ma anche nelle c.d. buone pratiche.

XXVIII CONGRESSO – 2015

Per tutelare una professione ed una figura professionale bisogna conoscerla nei suoi punti di forza e soprattutto nei suoi aspetti di debolezza. Il Congresso di Riva del Garda apre con un'analisi critica della professione e del suo mercato, con il faticoso percorso di cambiamento da un ruolo passivo di certificatore di un'avvenuta compliance normativa ad un ruolo proattivo di consulente con valore aggiunto, spesso proprio per i temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica, ma relativi a problematiche e criticità inerenti il delicato sistema di gestione delle risorse umane.

Prefigurare una vision positiva per la Medicina Aziendale significa combattere il mercato low-cost della medicina del lavoro, improntando le attività sui modelli della qualità, sia per quanto attiene la compliance normativa imposta, sia per le richieste di servizi che prescindono dalla norma e investono ambiti di medicina occupazionale.

Una riflessione tuttora attuale sul tema della "*qualità*" a confronto della "*formalità*" ha riguardato lo stesso mercato dell'aggiornamento *continuo ECM* correlato alle disposizioni di cui all'art. 38 c.3, che per molti si traduce – in assenza di controlli sulla reale efficacia dei contenuti – in una sfrenata rincorsa all'acquisizione del maggior numero di crediti al più basso costo possibile, se non proprio gratuiti.

La sfida è ormai quella di intercettare la nuova domanda di tutela, nata per la crescente osmosi di problematiche di salute lavorativa con quelle sociali, e per il progressivo ruolo della salute mentale nel benessere del lavoratore. Ecco quindi una nuova chiave di lettura anche sugli aspetti più tradizionali della disciplina quali i tumori professionali, ma anche le esperienze più innovative sul ruolo riabilitativo del lavoro come in ambito psichiatrico, nelle cooperative di detenuti in istituti di pena, ovvero in comunità per tossicodipendenti.
Il racconto di queste esperienze nelle sessioni dedicate ci conferma poi come l'efficacia di questi interventi sia strettamente connessa alla collaborazione stretta tra gli attori del sistema complessivo della SSL aziendale, quando cioè il ruolo del singolo professionista può considerarsi decisivo e realmente innovativo.

XXIX CONGRESSO – 2016

L'evoluzione della "specie" Medico Competente (e probabilmente la modalità per evitarne l'estinzione dettata dal solo obbligo di legge) sta nella capacità di adattamento ad una società, ad un mercato e ad un mondo del lavoro in repentina trasformazione. ANMA ritiene difatti che ormai da anni ***il ruolo "sociale"*** del Medico Competente sia andato ben oltre il perimetro del ***ruolo "giuridico"*** sancito dal decreto 81, e da questa naturale evoluzione in una funzione pubblicistica non ci si vuole sottrarre perché se ne intravedono le opportunità di crescita professionale e di rafforzamento del ruolo Ecco quindi Torino 2016 dove si è affermato e rivendicato un ruolo di ***partner strategico per la salute della collettività, alla luce di alcune considerazioni***:

- i quasi 20 milioni di lavoratori dipendenti che vengono in qualche modo intercettati dai medici competenti,
- le coorti di popolazioni attive che si controllano negli anni con regolare periodicità, che sono strumenti funzionali per misurare l'efficacia di interventi di promozione della salute e per studi epidemiologici correlati,
- la capacità di penetrazione capillare dell'azione del Medico Competente che incide soprattutto nella popolazione attiva "sana", dove si ottengono i maggiori risultati con la prevenzione primaria delle malattie croniche degenerative, ponendo le basi di quello che oggi va sotto il nome di "*invecchiamento attivo*",
- la forma mentis di un sanitario formato per l'approccio multidisciplinare, in grado quindi di creare rete sul territorio e favorire il mantenimento ed il reinserimento dei lavoratori più fragili;
- la capacità di trasferire in definitiva la cultura della sicurezza e della prevenzione che si attua negli ambienti di lavoro anche negli ambienti di vita consente di sostenere una natura-

le evoluzione di sviluppo della ***partnership tra Medico Competente e SSN*** per la tutela della salute pubblica, offrendo alla comunità i percorsi ed i dati epidemiologici della sorveglianza sanitaria, non riducendoli ad un puro oggetto di controllo degli Organi di Vigilanza.

Naturalmente per fare questo vanno approntati percorsi di qualità simili alla sanità pubblica che consentano di affrontare in modo multidisciplinare – con le varie branche specialistiche orbitanti nella galassia FISM – diversi temi della disciplina dove confluiscono diverse competenze. Ecco nascere quindi le "*Migliori Pratiche Operative*" (***Best Experienced Practices, BEP***), che affrontano per primi i temi del:

a) lavoro in altezza con rischio di caduta,
b) la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati dell'assunzione di alcol e sostanze stupefacenti,
c) il rischio da attività di movimentazione manuale di pesi e di movimenti ripetuti
d) l'accettazione dell'incarico di nomina da parte del Medico Competente.

XXX CONGRESSO - 2017

I "primi" 30 anni di ANMA andavano celebrati focalizzando l'evoluzione storica della figura del Medico Competente – con l'originario e sempre attuale modello che lo vede ***inserito nel contesto aziendale*** - e rapportandola alle attese attuali da parte degli interlocutori sociali e del mondo del lavoro, che peraltro anche quest'anno intendiamo ascoltare con il loro punto di vista critico relativamente al funzionamento del sistema complessivo dell'impianto normativo.

Per Napoli 2017 abbiamo aggiornato la realtà operativa dei nostri associati con gli esiti di circa ***450 questionari*** distribuiti durante i nostri Corsi regionali ECM per comprendere istanze e priorità della figura attuale del Medico Competente e di conseguenza orientare le scelte politiche dell'Associazione.

Ne viene fuori un Medico Competente (ahinoi) ultracinquantenne, con una forte motivazione per i contenuti della professione, che investe molto in formazione, aggiornamento e mobilità territoriale, che nel 60% dei casi svolge tale attività in modo esclusivo, che rimane per il ***70%*** *vincolato ad un compenso economico legato alla prestazione (la famosa "visita")*, fortemente connotato da una vocazione da libero professionista, non riconoscendo peraltro nel ventilato convenzionamento con il SSN una garanzia necessaria per la propria autonomia professionale. Pur esercitando per un 40% dei casi altre discipline e vantando nel 30% iscrizioni anche in altre Associazioni professionali, egli rimane legato ad ANMA soprattutto per la qualità dell'aggiornamento offerto e per una forte istanza di tutela del ruolo. Infine, il Medico Competente vede nel futuro come strumenti più promettenti di sviluppo della professione l'ampliamento dei servizi offerti alle imprese in termini di promozione della salute, e le collaborazioni sempre più strette con altre discipline mediche e con il territorio.

Abbiamo proseguito altresì l'elaborazione delle *migliori pratiche operative (BEP)*, che naturalmente richiedono quella costante manutenzione che ne impediscano l'obsolescenza a fronte del rapido rinnovarsi delle conoscenze basate sull'evidenza, per cui abbiamo presentato un primo orientamento per il rischio cancerogeno, comprensivo di una parte dedicata alla gestione del lavoratore oncologico, che ritroveremo ulteriormente aggiornato nella sessione di domani, affrontato la *nuova* sfida della salute mentale al lavoro, rinnovato le conoscenze sul lavoro di ufficio e sulla tutela del lavoratore trasfertista.

Naturalmente lo sforzo associativo non si è concentrato solo sugli appuntamenti congressuali, ma si è tradotto in una capillare azione territoriale di coinvolgimento dei soci con corsi residenziali che hanno visto l'adesione di oltre mille colleghi annualmente (per la precisione abbiamo consuntivato – dall'anno 2011 – n. 222 eventi ECM con un totale di 11.362 partecipanti e di 170.958 crediti erogati), ma anche nella politica di sviluppo di rapporti interassociativi con la partecipazione a Congressi di altre Associazioni e Società Scientifiche, partecipazione a Tavoli Tecnici, contatti con Istituzioni, lo sviluppo di nuovi canali di comunicazione, ecc.

Conclusioni

Applicare efficacemente il Decreto 81 ha previsto in questi 10 anni la necessità per noi Medico Competente di mettere in campo doti conoscitive di clinica e di epidemiologia, una conoscenza approfondita dei rischi espositivi, nonché una capacità di gestione del lavoratore/paziente, che sono elementi in grado di apportare *benefici che vanno ben oltre la formulazione di un corretto giudizio di idoneità.*

Alcuni recenti studi affermano che il patrimonio delle conoscenze scientifiche oggi raddoppia nell'arco di pochi mesi; riteniamo quindi che anche nel binomio "*Medicina del Lavoro*" non si può prescindere dall'aggiornamento continuo: le novità della disciplina medica non possono calarsi cioè proficuamente nell'impresa se non si conoscono e si interpretano al meglio le mutazioni tecnologiche, gestionali, socioeconomiche del mondo del lavoro.

ANMA si è impegnata in questi anni per far crescere culturalmente e professionalmente la figura del Medico Competente attraverso un aggiornamento continuo e condiviso, basato sullo scambio di conoscenze ed esperienze utili a rendere più efficace la sua funzione e più attuale il suo ruolo, migliorando in tal modo la c.d. cultura della sicurezza anche negli ambienti di vita.

Nostra personale convinzione è che la vision della figura del Medico Competente può e deve essere considerata in crescita – anche in previsione di nuove richieste della collettività – ***proprio perché parte dalla posizione privilegiata di un inserimento nel sistema azienda/territorio***.

Contributi

R. Montagnani Medico del Lavoro Ebt Venezia, **G. Faedo** Dermatologo Ospedale Mirano (Ve), **M. Grandesso** Dermatologo Venezia, **S. Scarpa** Dermatologo Venezia, **C. Querzola** Oculista Venezia , **D. Sepulcri** Fisico Arpav (Regione Veneto)

Goditi il sole in sicurezza

Un opuscolo per la prevenzione della patologia professionale da esposizione alla radiazione solare

I lavoratori all'aperto (outdoor) sono esposti alla radiazione solare 6-8 volte di più di chi lavora in ufficio e i tumori cutanei sono tra i lavoratori outdoor 2.5-3 5 volte più frequenti che nella popolazione generale (https://besunsible.healthiertogether.ca/).

L'esposizione continuativa senza idonee protezioni ai raggi ultravioletti solari può causare la cheratosi attinica ed altre patologie cutanee, oltreché malattie oculari.

Patologie cutanee

Le lesioni della cheratosi attinica possono evolvere in carcinomi squamo cellulari. La cheratosi attinica (CA) è considerata da molti autori un vero e proprio carcinoma spinocellulare in situ, a causa delle anomalie cellulari osservabili istologicamente. L'insorgenza della CA è secondaria all'esposizione solare cronica di soggetti predisposti, con la carnagione chiara. Nelle regioni caratterizzata da forte insolazione l'incidenza è già al 10% in soggetti di età inferiore ai 30 anni, innalzandosi all' 80% dopo i 60 anni.

Tratti somatici come occhi azzurri, capelli biondi e presenza di efelidi sono associabili ad un aumentato rischio. La CA è praticamente inesistente nei soggetti di colore ed è presente sporadicamente nei soggetti asiatici. L'aumento delle attività all'aria aperta (anche a scopo ricreativo e non solo lavorativo) ha contribuito alla comparsa di queste lesioni. Le CA possono rimanere latenti per 20-30 e persino 50 anni prima di trasformarsi in un CA spinocellulare. La CA attinica comune si presenta come un piccola placca eritematosa, grigiastra . ruvida al tatto come ispessimento ipercheratosico e talora persino verrucoso. In generale è di dimensioni inferiori al centimetro, in forme isolate, a volte confluenti in placche sulla superficie cutanea esposta al sole. Di solito queste lesioni sono asintomatiche, in certi casi presentano un aspetto irritativo con lieve prurito o un modesto dolore puntorio nella sede della lesione. Le CA sono nella maggior parte dei casi multiple, si trovano in sedi foto esposte (capo, collo, padiglioni auricolari , dorso delle mani e cuoio capelluto se il soggetto è calvo).
Dal punto di vista prognostico la potenziale evoluzione in CA squamoso delle CA, molto più probabile per le localizzazioni labiali, richiede un trattamento profilattico di tutte le lesioni.

Prevenzione

Per contenere questo rischio lavorativo bisogna soprattutto affidarsi a misure organizzative, di cui la principale è quella di evitare al più possibile in estate l'esposizione nelle ore così dette "di picco", dalle 10 del mattino alle 2 del pomeriggio. È fondamentale anche utilizzare sistematicamente la protezione personale: per il capo ci vogliono copricapo a trama chiusa e con visiera; per proteggere le spalle e la schiena ci vogliono magliette a protezione UV; sono necessari anche i guanti perché il dorso delle mani è uno dei punti in cui con più facilità si determinano le lesioni della cheratosi attinica. Sono disponibili anche pantaloni leggeri con protezione UV.

Per quanto riguarda le creme protettive, è raccomandabile il loro uso soprattutto per il volto: ci vorrà una protezione 50 e ogni 2-3 ore al massimo l' applicazione dovrà essere ripetuta. Si farà un maggiore uso delle creme, spalmandole anche su altre superfici corporee, quando non è possibile evitare l'esposizione nelle ore di picco.

Lesioni oculari

L'occhio è protetto all'interno dell'orbita oculare ed è difeso dalle lesioni della radiazione solare dalle sopracciglia e dalle ciglia; la luce intensa attiva la costrizione della pupilla ed il riflesso pupillare minimizza la penetrazione dei raggi solari. Tuttavia l'efficacia di queste difese naturali contro le possibili lesioni provocate dalla radiazione solare è limitata in condizioni di esposizione molto intensa, quali sono quelle determinate da superfici riflettenti al suolo, dalla sabbia, dall'acqua o dalla neve o dal lavoro nelle ore di picco estive (dalle 10 alle 14 ora solare). L' esposizione intensa e continuativa ai raggi ultravio-

letti può provocare lo sviluppo della cataratta, cioè l'opacità del cristallino, dovuta al disfacimento di proteine del cristallino e all'accumulo di pigmenti ed è inoltre uno dei principali fattori di rischio della foto cheratite, una patologia infiammatoria dell'epitelio della cornea e della maculopatia senile, una lesione della retina altamente invalidante. Inoltre,anche nelle palpebre, come nelle altre aree cutanee esposte al sole, possono svilupparsi tumori, epiteliomi basocellulari e spino cellulari.

Prevenzione

Anche gli occhi devono quindi essere difesi dagli effetti negativi dell'esposizione prolungata ai raggi solari. Per garantire un'adeguata protezione è importante che gli occhiali siano dotati di lenti filtranti conformi alla norma europea EN 172/2003. Nella scelta degli occhiali è necessario quindi verificarne la conformità e le caratteristiche filtranti, che sono rilevabili dalla marcatura riportata sulla montatura (nel caso che gli oculari non costituiscano un tutt'uno con la montatura, la marcatura deve essere presente sia sulla montatura che sugli oculari).

È necessario verificare le presenza del marchio CE e il grado di filtrazione, rappresentato dai primi due numeri della marcatura separati da un trattino .I filtri adatti per la radiazione solare sono quelli che riportano come prima cifra 5. Per un utilizzo generico in ambiente esterno è indicato un grado di filtrazione 5-2, mentre per situazioni di esposizione particolarmente gravose (ad esempio in mare nel periodo estivo, nella parte centrale della giornata) un filtro di grado 5-3,1 fornisce una protezione più adeguata.

Nota conclusiva

È importante che gli operatori che hanno responsabilità per quanto riguarda la tutela della salute dei lavoratori/lavoratrici abbiano ben chiara la necessità di agire attivamente per prevenire le malattie che possono essere causate dalla radiazione solare. Probabilmente vi è oggi anche la necessità di sviluppare nuove esperienze per quanto riguarda la concreta applicazione dei principi di prevenzione e protezione; attualmente in molte realtà lavorative viene praticato un pericoloso " fai da te" dei lavoratori stessi, con un controllo di questo rischio lavorativo ancora largamente approssimativo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INAIL, 2016 La radiazione solare ultravioletta: un rischio per i lavoratori all'aperto
https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-la-radiazione-solare-ultravioletta-un-rischio.pdf

ALBERTA HEALTH SERVICES, CANADA 2018 Be sensible
https://besunsible.healthiertogether.ca/

https://safety-work.org/it/goditi-il-sole-in-sicurezza-come-difendersi-da-un-esposizione-eccessiva.html

G. Ferrari Presidente SIPISS - Società Italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale

Disagio psichico e malattia psichiatrica negli ambienti di lavoro

La malattia psichica, è una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona in modo disadattativo, vale a dire sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causargli una sofferenza personale soggettiva.

Il livello di compromissione delle capacità del soggetto può renderlo parzialmente o totalmente inabile a svolgere qualsiasi tipo di mansione, in modo permanente o temporaneo. Gli elementi ambientali e sociali hanno un peso significativo nell'esacerbazione e/o nel mantenimento o nella limitazione di un disagio di natura psichica.

Le ripercussioni che un disturbo mentale può avere sulla vita di una persona sono estremamente variabili: in alcuni casi l'impatto sul funzionamento nella vita quotidiana è pressoché trascurabile; in altri casi le conseguenze possono essere molto profonde e investire tutte le aree della vita di un individuo, tra cui principalmente quella lavorativa. In realtà l'ambiente di lavoro può rivestire un ruolo di contenimento del disagio.
In funzione della tipologia di mansione e delle competenze richieste, un individuo può comunque riuscire a mantenere un buon funzionamento psichico oppure riconoscere nella propria patologia una vera e propria limitazione nel portare a termine il compito.

Un dato di partenza è che la malattia mentale sta sempre più diffondendosi nella società, andando a incidere anche sulla produttività e il benessere sul luogo di lavoro.

Diffusione

Nell'ultimo documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (10 ottobre 2012), è stimato che le persone sofferenti di disturbi mentali nel mondo sono oggi oltre 350 milioni. Un lavoratore su cinque è affetto da un disturbo mentale diagnosticato, mentre tre su quattro hanno disordini mentali che ne riducono la produttività. Nel 2020 la malattia mentale diventerà la seconda più importante causa di disabilità. In particolare la depressione è un disturbo in crescente aumento nella società attuale e dai costi sociali elevatissimi. Si calcola che il 20% della popolazione presenterà un episodio depressivo nel corso della vita.
I dati relativi alla diffusione parlano chiaro: circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, nel corso di un anno, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. Il 41% degli uomini ed il 30% delle donne ha sofferto almeno una volta, di un disturbo mentale o da abuso di sostanze o di alcool. A queste percentuali va aggiunta la quota di soggetti, pari a circa il 10% della popolazione adulta, che soffrono di un 'disturbo di personalità'.

La prevalenza di disturbi mentali nella popolazione adulta italiana è, come minimo, vicino al 8%. Solo il 2,0-2,5% però, nel corso di un anno, viene trattato dai servizi psichiatrici pubblici o privati.

Le malattie mentali hanno quindi un altissimo costo sociale. Esse determinano spesso disabilità permanenti, ricoveri ripetuti in ospedale o in strutture protette, reclusione in penitenziari, uso di sostanze, con enormi conseguenze sociali, e morte prematura per suicidio o per altre cause correlate (es. alcolismo, incidenti, violenza).

La malattia psichiatrica ed il disagio psicologico in genere, non solo sono molto diffusi ma sono soprattutto in costante aumento.

Più spesso che in passato è possibile imbattersi in lavoratori morbosi che si "permettono" di esprimere il proprio disagio anche nei luoghi di lavoro.

Gli ambienti di lavoro infatti, non svolgono più il ruolo contenitivo che avevano in passato, in particolare i frequenti cambiamenti organizzativi slatentizzano le patologie psichiatriche anche nelle loro manifestazioni più acute.

L'aumento della casistica degli episodi ha reso il trattare con il disagio psicologico negli ambienti di lavoro un'esperienza sempre più comune e frequente. In questo contesto, la medicina del lavoro e i suoi servizi sono spesso il primo collettore di questi disturbi. Nonostante la casistica però, non esistono ancora metodi condivisi di azione.

Malattia psichica e lavoro

Si può facilmente dedurre da queste premesse che le malattie mentali incidono molto sulla produttività, sul costo del lavoro e pesantemente sugli aspetti relazionali, ma il discorso deve anche essere rovesciato: quale è il ruolo del lavoro sulla salute mentale?

L'ambiente lavorativo attuale è diverso da quello del passato, alcune delle funzioni ricoperte precedentemente, sono andate modificandosi. Senza nessun dubbio però, l'ambiente di lavoro (fisico e, soprattutto, psicologico e sociale) ricopre un ruolo di grande importanza per il mantenimento e la promozione della salute mentale.

Il lavoro in sé è benefico per la salute mentale perché aumenta la stima di sé, il senso di appartenenza, lo status dell'individuo e la sua autonomia. Dall'altra parte però sappiamo che il disagio psichico può in diversi modi incidere sul contesto lavorativo.

Nel valutare l'impatto di una malattia psichica sull'ambiente che circonda il malato vi sono tre elementi centrali che devono essere considerati:

- funzionamento psichico: il soggetto malato sviluppa una modalità adattiva che gli può consentire di mantenere un buon funzionamento sia sociale che lavorativo, avendo a disposizione competenze sufficienti e necessarie per far fronte alle richieste esterne. Questa capacità di adattamento è influenzata oltre che dalla patologia, dalle condizioni ambientali;
- limite psichico: con limite psichico ci si riferisce all'assenza di determinate capacità cognitive, emotive o relazionali dovuta a una determinata psicopatologia. è un vero e proprio deficit mentale che può portare un individuo a sviluppare schemi di ragionamento e pattern comportamentali più o meno adattivi e funzionali, con la possibilità di provocare delle considerevoli limitazioni nella proprie capacità lavorative e

sociali. Ogni malattia psichica pone dei limiti che possono essere solo in parte compensati dall'ambiente esterno;
- episodicità: la maggior parte dei disturbi clinici sono caratterizzati da un andamento episodico che prevede un'alternanza tra periodi di quasi normalità e alcune crisi cicliche, in cui compaiono o si acuiscono i diversi sintomi che li caratterizzano. è durante l'episodio che si ha un evidente cambiamento nel funzionamento dell'individuo, che non è caratteristico del soggetto quando è asintomatico. La frequenza e la gravità di questi episodi determina quali e quante limitazioni la psicopatologia può comportare, quanto possa determinare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.

Quando si ha a che fare con la malattia psichica negli ambienti di lavoro, ci sono alcune linee di massima che è bene tenere in considerazione. La malattia psichiatrica è per sua definizione sempre caratterizzata dalla rigidità. A questa rigidità si accompagna un'incapacità in vari modi del soggetto di adattarsi all'ambiente di riferimento.

È fondamentale però sapere che, la maggior parte delle malattie psichiatriche non peggiora se il paziente viene esposto ad una specifica mansione o ad uno specifico ambiente lavorativo.

Le azioni possibili

Come precedentemente accennato, nonostante la diffusione del disagio psichico e le importanti conseguenze in ambito lavorativo, non esistono ancora dei metodi e delle strategie condivise di azione. Sono 4 i temi su cui dovrebbero essere definite linee guida specifiche e modalità di intervento:
- il giudizio di idoneità alla mansione;
- la sorveglianza sanitaria;
- la prevenzione nella salute mentale;
- il contenimento dei disturbi psichici.

Il giudizio di idoneità deve tutelare la salute sia fisica che psichica del lavoratore. L'idoneità riguarda l'escludere la sussistenza di vulnerabilità peculiari del lavoratore verso i rischi specifici dell'attività, per la salvaguardia della salute e sicurezza del lavoratore e dei terzi.

Parlando nello specifico di giudizio di idoneità e patologia psichica esistono alcune premesse di cui tenere conto: innanzitutto è necessario conoscere alcune caratteristiche generali, come la prima citata "rigidità" intrinseca al concetto di malattia psichiatrica, ed essere consapevoli dell'origine endogena della maggior parte di queste. Le malattie psichiche sono tra loro diverse, per questa ragione ogni patologia possiede dei potenziali limiti specifici che possono essere individuati. La maggior parte delle malattie psichiatriche non influenza il giudizio di idoneità alla mansione specifica. è bene tener conto infine della possibilità di definire dei precisi profili di rischio per i terzi.

Nel formulare il giudizio di idoneità

possono essere determinanti i comportamenti (ad esempio l'uso e abuso di alcol e farmaci) gli stati di alterazione psichica e, più raramente, la sofferenza individuale.

Tutti i lavoratori possono essere soggetti alla sorveglianza sanitaria e alla valutazione di elementi specifici come quelli sopra citati, ma le categorie sottoposte a maggior controllo sono quelle impegnate in attività di lavoro che richiedono efficienza fisica e psichica per la complessità dei compiti e le responsabilità che ne derivano. Appare poi sensato, in taluni casi, visitare il lavoratore in merito ad uno specifico rischio di stress lavoro-correlato.

La sorveglianza sanitaria si pone gli obiettivi di limitare il disagio, limitare l'esacerbazione ulteriore della malattia, limitare i danni causati dai comportamenti sociali e relazionali in genere caratterizzanti la malattia mentale.

Per quanto riguarda il contenimento dei disturbi psichici è bene cercare di contenere gli stati più morbosi. L'ambiente di lavoro, pur nella sua attuale tipicità, deve ritrovare il ruolo contenitivo. Il medico in questo contesto deve saper discernere tra disagio oggettivo e soggettivo e accertare il disagio oggettivo e non quello soggettivo.

La prevenzione nella salute mentale parte dalla sorveglianza sanitaria, ad opera del Medico Competente, e dal giudizio di idoneità. Il medico del lavoro deve quindi conoscere le condizioni ambientali che favoriscono l'emergere di un disturbo mentale e lavorare in un'ottica di prevenzione. Ogni ambiente di lavoro può essere infatti potenzialmente rischioso in termini di fattori che possono esacerbare il disagio psichico. Tuttavia questo rischio deve essere rilevante per poter arrivare a causare un significativo danno per la salute.
Risulta fondamentale non sottovalutare l'importanza dei segnali e chiarire ed informare i lavoratori/pazienti circa le buone prassi di prevenzione per la salute mentale. A tal fine è possibile predisporre e attuare programmi di prevenzione anche attraverso materiale informativo, chiaro e sintetico, da distribuire ai lavoratori.
In ogni caso è importante ricordare di non colludere o favorire l'acutizzazione di un disturbo mentale.

Conclusioni

Il disagio psichico negli ambienti di lavoro è un ambito di intervento per il quale manca ancora letteratura. Insieme dobbiamo creare gruppi di studio, partendo dalle esperienze che ognuno ha potuto vivere nella propria professione, esplorando contesti di lavoro differenti. Evitiamo quindi di agire in maniera isolata e uniamo le conoscenze per produrre letteratura e possibili strategie e tecniche da attuare sul campo.

L. Lucchetti Presidente AIGESFOS Associazione Italiana per la Gestione dello Stress nelle Forze dell'Ordine e del Soccorso

La gestione dello stress e dei disturbi psichici correlati nelle grandi organizzazioni

Nel corso della vita ogni individuo può incorrere in diversi tipi di eventi stressanti: eventi stressanti comuni (hassles); eventi di vita (life events); eventi critici (critical events). Questi ultimi sono i cosiddetti eventi traumatici, in quanto in grado di sconvolgere le capacità di adattamento della persona, che quindi può sperimentare un profondo sentimento di vulnerabilità e una sensazione di perdita di controllo sulla realtà.

Tutte e 3 queste tipologie di eventi stressanti possono originarsi dalla vita privata e da quella lavorativa, ma da qualunque dei due ambiti derivino tendono ad influenzare negativamente anche l'altro, attraverso la reazione di stress che si attiva. Pertanto un importante evento stressante relativo alla vita personale andrà con molta probabilità a produrre effetti più o meno rilevanti, quantomeno di breve-medio periodo, sul rendimento lavorativo, e non lavorativo e, non infrequentemente sull'immediato ambiente lavorativo.

Le due tipologie di maggior significato, sia sotto il profilo clinico che rispetto alle ricadute lavorative, sono quelle dei life-events e degli eventi critici che, per il loro quantum di oggettiva potenzialità stressogena, sono in grado di innescare rilevanti effetti fisiologici, psichici e comportamentali.

Life events

Alcuni esempi di life-events relativi alla vita personale sono: la separazione coniugale, specie se conflittuale; la morte per cause naturali del coniuge/partner; la grave malattia di un familiare; il tracollo finanziario; essere oggetto di un procedimento giudiziario per un grave reato; la nascita di un figlio con un importante handicap; un aborto naturale o volontario; essere vittima di un grave reato; la scoperta della condizione di tossicodipendenza di un figlio o dell'essere quest'ultimo affetto da una patologia psichiatrica maggiore; il venire a conoscenza di una gravidanza indesiderata.

Esempi invece relativi alla vita lavorativa sono: il trasferimento non richiesto a grande distanza dalla famiglia; essere oggetto di un procedimento disciplinare con rischio di licenziamento; una forte riduzione dell'orario di lavoro e contestualmente della remunerazione; un grave episodio di discriminazione, molestie o violenza fisica; essere responsabile di un grave incidente lavorativo; essere oggetto di un procedimento giudiziario per un grave reato connesso al lavoro; dover scegliere tra lavoro e portare avanti una gravidanza; avanzamento di carriera che comporta l'assunzione di responsabilità per cui ci si sente assolutamente impreparati; ricevere minacce a causa del proprio lavoro; un rilevante fallimento professionale.

Eventi critici

Gli eventi critici possono anch'essi essere riferiti alla vita personale e alla vita professionale di un individuo. Sono

eventi critici relativi alla vita personale: ricevere la diagnosi di una malattia potenzialmente mortale; essere coinvolti in un incidente stradale con rischio di morte, o avendo causato la morte o il grave ferimento di un familiare; essere vittima di una grave forma di violenza fisica o di violenza sessuale; essere vittima di un grave disastro naturale; il suicidio di una persona cara; omicidio o morte violenta di un familiare; ricevere concrete minacce di morte, essere vittima di rapimento o di sequestro di persona; essere coinvolto in un attentato terroristico; prestare volontariamente soccorso in un evento mortale o con feriti gravi.

Sono invece relativi alla vita lavorativa: sopravvivere ad un incidente lavorativo mortale; l'omicidio o suicidio di un collega di lavoro; intervenire come soccorritore professionale in un grave disastro naturale o antropico; ricevere concrete minacce di morte o essere oggetto di un attentato oppure di una aggressione a ragione del proprio lavoro; essere costretti ad uccidere o ferire gravemente qualcuno; svolgere operazioni ad altissimo rischio per la propria vita; assistere a morti particolarmente cruente o a carico di minori; sentirsi responsabili di un errore professionale da cui sia derivata la morte di un collega o di un utente; essere rapiti o presi in ostaggio per motivi di lavoro; svolgere indagini per gravi abusi a danno di minori.

Gli effetti patologici di eventi ad alto valore stressogeno

Il distress intenso può causare o concausare quadri psicopatologici, slatentizzare pre-esistenti vulnerabilità psichiche, indurre riacutizzazioni di disturbi mentali in fase di compenso, produrre una crisi emozionale con valore di malattia. La sofferenza psichica derivante può avere diversi esiti, più o meno gravi, può esitare in acting-out, agiti auto e/o eterolesivi, richiedere il ricorso all'uso terapeutico di sostanze psicotrope, indurre all'abuso di alcool e/o all'uso di sostanze psicoattive illecite, determinare alterazioni psico-comportamentali in grado di mettere in pericolo la propria ed altrui sicurezza.

Alla luce della consapevolezza di quali conseguenze può avere un evento stressogeno intenso sulla vita di una persona, e del fatto che un importante evento stressante relativo alla vita personale produrrà probabilmente effetti sul lavoro e sull'immediato ambiente lavorativo, così come un evento stressante legato al lavoro sulla vita privata, vediamo quali azioni possono essere agite dai diversi attori di un contesto lavorativo.

Gli scenari in ambito lavorativo a seguito di eventi ad alto valore stressogeno

Al datore di lavoro la legge impone la responsabilità nell'affidare i compiti ai lavoratori di tenere conto delle loro capacità e condizioni, in rapporto alla loro salute e sicurezza (Dlgs 81/2008, articolo 18, comma c), nonché di ridurre al minimo le condizioni di rischio lavorativo. Queste condizioni comprendono anche i contesti relazionali e sociali. L'obbligo in capo al datore di lavoro per cui deve valutare non soltanto i rischi "normati", bensì tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, consente di includere nei protocolli di sorveglianza sanitaria anche i lavoratori esposti a fattori di rischio non ancora oggetto di specifica normativa prevenzionistica.
La giurisprudenza di legittimità ha inoltre costantemente ribadito come l'articolo 2087 c.c. e la normativa speciale sulla sicurezza sul lavoro rappresentino, oltre che norme di tutela del lavoratore subordinato, anche norme di tutela del rischio cosiddetto ambientale, cioè norme poste a tutela degli altri lavoratori e di terzi che possano trovarsi occasionalmente sul luogo di lavoro: i giudizi del medico competente, in questa ottica, dovrebbero contenere legittimamente anche prescrizioni a tutela degli altri lavoratori e di terzi.

Tale orientamento appare aver ispirato anche la legislazione in tema di alcool e droghe, che ha riconosciuto al medico competente un ruolo determinante nella gestione dei lavoratori pericolosi per terzi, ampliandone di fatto il tradizionale mandato.

Il giudizio di idoneità e la prevenzione secondaria in caso di eventi ad alto valore stressogeno

Un tema di particolare interesse per la questione risulta essere il giudizio di idoneità a carico del medico competente. La formulazione del giudizio di idoneità presuppone la verifica di tre aspetti diversi e complementari:

- la capacità lavorativa, ovvero l'efficienza psicofisica ad espletare quel determinato tipo di attività;
- la verifica che la prestazione d'opera non comporti un danno alla salute;
- la non sussistenza di pericolosità per terzi.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, questo livello di prevenzione ha in generale l'obiettivo, in seguito al manifestarsi dell'evento, di evitare che lo stesso porti a sviluppi psicopatologici o inneschi reazioni psichiche intense con valore di malattia.

Nelle grandi organizzazioni di lavoro pericoloso per terzi è assolutamente auspicabile che il datore di lavoro preveda l'inclusione di una sezione di psicologia del lavoro all'interno del servizio di prevenzione e protezione, in grado di offrire su base volontaria un supporto psicologico attraverso interventi di counseling per quanto attiene i life-events, e di psicologia dell'emergenza - psicotraumatologia - da attivare anche sul campo - relativamente agli eventi critici professionali. Per quanto riguarda questi ultimi, e specialmente nei settori lavorativi dell'emergenza-urgenza, risulta oltremodo utile il coinvolgimento di pari, formati per questo specifico scopo nelle attività di prevenzione secondaria, quantomeno nell'ambito degli interventi collettivi di supporto.

Il lavoratore che si confronta con un life-event o un evento critico, e tanto più se gli stessi risultano gravi, dovrebbe essere considerato un soggetto almeno temporaneamente iper-suscettibile allo stress, anche quando la valutazione del rischio stress lavoro-correlato sia risultata non significativa, e pertanto avviato ad una visita di sorveglianza sanitaria.

Nell'ambito di questa visita di sorveglianza il medico competente valuterà la necessità di indicare prescrizioni e/o limitazioni, di programmare ulteriori visite di sorveglianza e stabilire la loro cadenza, oltre l'opportunità di stimolare il lavoratore ad indirizzarsi verso un aiuto psicologico (se necessario e non

già in fruizione), interno (quando tale risorsa fosse presente in ambito aziendale) o esterno.

è importante ricordare che fra la risorsa di supporto psicologico interna e il medico competente esiste però un'impermeabilità informativa. Il medico competente non potrà fruire di informazioni raccolte e valutazioni effettuate all'interno delle attività di supporto eventualmente fruite dal lavoratore nel contesto aziendale. I professionisti operanti in tale ambito potranno derogare dal segreto professionale solo nei casi di grave pericolo per il lavoratore o per terzi previsti dalla legge.

La prevenzione terziaria

Questo livello di prevenzione si pone in generale l'obiettivo di ridurre l'impatto degli sviluppi psicopatologici quando manifestatisi, evitando in particolare le ricadute o l'aggravamento degli stessi.
In questo ambito la sezione di psicologia del lavoro presente all'interno del servizio di prevenzione e protezione ha in primis il compito, attraverso attività di informazione e formazione, di contribuire a preparare il terreno relazionale più favorevole al miglior reinserimento del lavoratore che ha sviluppato sequele psicopatologiche ed è stato successivamente valutato reimpiegabile nell'azienda.

Oltre all'attività da svolgersi sul terreno relazionale, la risorsa di psicologia del lavoro offrirà interventi di counselling di fronte a eventuali nuovi life events o agli effetti di lunga durata dei precedenti, e di psicologia dell'emergenza - psicotraumatologia - in seguito ad eventuali ulteriori eventi critici a cui il lavoratore dovesse andare incontro.

Il medico competente effettuerà visite periodiche di sorveglianza sanitaria con cadenza commisurata ai disturbi psichici pregressi o attuali del lavoratore da considerarsi più o meno stabilmente iper-suscettibile allo stress. Qualora il medico competente abbia necessità di avvalersi di consulenze da parte di professionisti della salute mentale al fine di giungere alle sue valutazioni di merito, questi ultimi non potranno essere individuati all'interno della risorsa di psicologia del lavoro aziendale.

Salute mentale e lavoro: i 5 miti

In un documento dell'OMS sono così descritti i 5 principali miti riguardo il rapporto fra salute mentale e lavoro:

MITO 1 - I disturbi mentali sono sostanzialmente omologabili al ritardo mentale.

MITO 2 Il miglioramento dei disturbi mentali (e tantomeno la guarigione) è impossibile.

MITO 3 I disturbi mentali e i lavoratori che sono (stati) curati per questi motivi sono caratterizzati dalla tendenza ad abbassare la produttività e la qualità del lavoro.

MITO 4 Le persone con disturbi mentali in trattamento non possono tollerare situazioni di stress nel lavoro.

MITO 5 I disturbi mentali e le persone in trattamento per essi sono caratterizzati da imprevedibilità, violenza e pericolosità.

Concludendo, il rapporto del soggetto psichiatrico, intendendo per esso chi ha una patologia mentale in atto o in anamnesi, con il lavoro, è un rapporto articolato e potenzialmente mutevole nel tempo.

Il lavoro può essere: terapeutico, indifferente o dannoso, in relazione a variabili soggettive, al disturbo mentale sofferto o in atto, alle caratteristiche di contenuto e contesto del lavoro che il medico competente dovrà attentamente valutare senza ricorre semplicisticamente a modelli rigidi e poco modulabili.

P. Santucci, consigliere nazionale ANMA

Formazione / Informazione del videoterminalista

Sono trascorsi 10 anni da quando il Medico competente Journal n° 1-2/2008 pubblicava l'inserto 'staccabile' 'La tutela nel lavoro in ufficio' allo scopo di fornire un contributo utile alla formazione-informazione del lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminale ai sensi di art.25 comma 1 lettera a, art.177 comma 1 D.Lgs.81/08.

Da allora abbiamo assistito alla rapida diffusione dei videoterminali in ogni ambito lavorativo, soprattutto attraverso l'utilizzo di nuovi dispositivi elettronici, quali smartphone e tablet, per l'espletamento di mansioni sempre più dinamiche e flessibili.

Con l'avvento dell'industria 4.0 e la progressiva informatizzazione dei processi produttivi si è resa indispensabile una revisione delle problematiche dei 'nuovi' videoterminalisti che, attraverso i corsi ANMA sul territorio e le esperienze di tanti soci, è sfociata nella presentazione a Napoli delle relative Best Experienced Practices (Congresso nazionale ANMA, 8-10 giugno 2017).

'Ufficio & Salute' ha sempre seguito ed approfondito negli anni gli aspetti più interessanti ed innovativi di una mansione articolata in continua evoluzione. Adesso, a dieci anni di distanza, la rubrica ritorna sulla formazione-informazione del 'lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminale', proponendo un testo di riferimento moderno ed aggiornato, suddiviso in tre parti, che caratterizzerà questo ed i prossimi numeri di 'Ufficio & Salute'.

1/3 La tutela del videoterminalista

Informativa per la salute del lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di munita di videoterminale, ai sensi di art.25, comma 1, lett.a, art. 177 comma 1 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i..

1 - Introduzione

Al di là della formazione-informzione mirata alla 'attrezzatura munita di videoterminale ai sensi di Legge, diventa indispensabile al giorno d'oggi ampliare la trattazione sul tema più ampio dei dispositivi elettronici dotati di uno schermo. Le realtà produttive propongono operatori che utilizzano, attraverso diverse modalità di organizzazione del lavoro, schermi di ogni dimensione e forma, dallo smartwatch al videowall, con le possibili problematiche correlate: dal sovraccarico oculo-visivo alle posture incongrue, dai campi elettromagnetici ai 'rischi psicosociali'. Perciò questo contributo ha lo scopo di fornire un moderno orientamento finalizzato al corretto utilizzo dei dispositivi tradizionali, ma anche un approfondimento sulle principali problematiche emergenti, o comunque non del tutto definite, per quanto riguarda gli effetti sulla salute.

2 - Normativa

La normativa che riguarda il lavoratore 'videoterminalista' è racchiusa nel D.Lgs 81/2008 e s.m.i. ed in particola-

re nel Titolo VII, Attrezzature munite di videoterminali, e nell'Allegato XXXIV, Requisiti minimi, al quale si aggiunge il non abolito Decreto 2 ottobre 2000.
Tra gli Obblighi dei lavoratori, ai sensi dell'art.20.2, si ricorda che "i lavoratori devono in particolare, comma c), "utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro…", comma h, "partecipare ai programmi di formazione e addestramento..", comma i, "sottoporsi ai controlli sanitari previsti...". Per la violazione di tali articoli, i lavoratori sono puniti con l'arresto fino a 1 mese o con l'ammenda da 200 a 600 € (art.59 D.Lgs. 81/2008). Si ricordano alcuni articoli del Titolo VII D.Lgs 81/2008.

Titolo VII – Attrezzature munite di videoterminali

Cap 1- Disposizioni generali

Art.172 - Campo di applicazione
Comma 2 … Le norme del presente Titolo non si applicano ai lavoratori addetti:
d) alle macchine calcolatrici, ai registratori di cassa e a tutte le attrezzature munite di un piccolo dispositivo di visualizzazione dei dati o delle misure, necessario all'uso diretto di tale attrezzatura; e) alle macchine di videoscrittura senza schermo separato.

Capo I - Disposizioni generali

Art. 173. 1. Ai fini del presente decreto legislativo si intende per:
a) videoterminale: uno schermo alfanumerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione utilizzato;
b) posto di lavoro: l'insieme che comprende le attrezzature munite di videoterminale, eventualmente con tastiera ovvero altro sistema di immissione dati, incluso il mouse, il software per l'interfaccia uomo-macchina, gli accessori opzionali, le apparecchiature connesse, comprendenti l'unità a dischi, il telefono, il modem, la stampante, il supporto per i documenti, la sedia, il piano di lavoro, nonché l'ambiente di lavoro immediatamente circostante;
c) lavoratore: il lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminali, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di cui all'articolo 175.

Capo II - Obblighi del datore di lavoro, dei dirigenti e dei preposti

Art. 174.
Obblighi del datore di lavoro
1. Il datore di lavoro, all'atto della valutazione del rischio di cui all'articolo 28, analizza i posti di lavoro con particolare riguardo:

a) ai rischi per la vista e per gli occhi; b) ai problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale; c) alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale.
2. Il datore di lavoro adotta le misure appropriate per ovviare ai rischi riscontrati in base alle valutazioni di cui al comma 1, tenendo conto della somma ovvero della combinazione della incidenza dei rischi riscontrati.
3. Il datore di lavoro organizza e predispone i posti di lavoro di cui all'articolo 173, in conformita' ai requisiti minimi di cui all'allegato XXXIV.

Capo II - Obblighi del datore di lavoro, dei dirigenti e dei preposti

Art. 175.
Svolgimento quotidiano del lavoro
1. Il lavoratore, ha diritto ad una interruzione della sua attività mediante pause ovvero cambiamento di attività.
2. Le modalità di tali interruzioni sono stabilite dalla contrattazione collettiva anche aziendale.
3. In assenza di una disposizione contrattuale riguardante l'interruzione di cui al comma 1, il lavoratore comunque ha diritto ad una pausa di quindici minuti ogni centoventi minuti di applicazione continuativa al videoterminale.
4. Le modalità e la durata delle interruzioni possono essere stabilite temporaneamente a livello individuale ove il medico competente ne evidenzi la necessità.
5. È comunque esclusa la cumulabilità delle interruzioni all'inizio ed al termine dell'orario di lavoro.
6. Nel computo dei tempi di interruzione non sono compresi i tempi di attesa della risposta da parte del sistema elettronico, che sono considerati, a tutti gli effetti, tempo di lavoro, ove il lavoratore non possa abbandonare il posto di lavoro.
7. La pausa È considerata a tutti gli effetti parte integrante dell'orario di lavoro e, come tale, non È riassorbibile all'interno di accordi che prevedono la riduzione dell'orario complessivo di lavoro.

Capo II - Obblighi del datore di lavoro, dei dirigenti e dei preposti

Art. 176.
Sorveglianza sanitaria
1. I lavoratori sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, con particolare riferimento:
a) ai rischi per la vista e per gli occhi; b) ai rischi per l'apparato muscolo-scheletrico.
2. Sulla base delle risultanze degli accertamenti di cui al comma 1 i lavoratori vengono classificati ai sensi dell'articolo 41, comma 6.
3. Salvi i casi particolari che richiedono una frequenza diversa stabilita dal medico competente, la periodicità delle visite di controllo È biennale per i lavoratori classificati come idonei con prescrizioni o limitazioni e per i lavoratori che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di eta'; quinquennale negli altri casi.
4. Per i casi di inidoneità temporanea il medico competente stabilisce il termine per la successiva visita di idoneità.
5. Il lavoratore È sottoposto a visita di controllo per i rischi di cui al comma 1 a sua richiesta, secondo le modalità previste all'articolo 41, comma 2, lettera c).
6. Il datore di lavoro fornisce a sue spese ai lavoratori i dispositivi speciali di correzione visiva, in funzione dell'attività svolta, quando l'esito delle visite di cui ai commi 1, 3 e 4 ne evidenzi la necessità e non sia possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione.

La Normativa è completata dall'allegato XXXIV del D.Lgs.81/08 e dal Decreto 2 ottobre 2000, comprendenti i contenuti minimi di organizzazione e predisposizione dei posti di lavoro, che vengono ripresi nel paragrafo successivo. Di seguito viene illustrata una panoramica sui rischi e le possibili conseguenze sulla salute degli operatori, con riferimento alla letteratura scientifica corrente, che produce numerose raccomandazioni pratiche ai fini della tutela della salute degli operatori al videoterminale.

3 - Vecchi e nuovi rischi: dagli effetti sulla salute alle misure preventive

Diversamente da quanto si temeva tempo fa, è stato dimostrato che l'uso del videoterminale non espone al rischio da radiazioni ionizzanti (raggi X), con esclusione di danni alla salute per la lavoratrice in gravidanza o per il nascituro, poiché i valori misurati si mantengono allo stesso livello dell'ambiente esterno (radioattività "di fondo"). Inoltre non sono mai stati evidenziati parti prematuri o malformazioni congenite in relazione a emissioni di radiazioni dagli schermi. Durante la gestazione occorre invece evitare le posizioni di lavoro incongrue o gravose, favorendo frequenti cambi della postura, per la presenza di un accentuato rischio muscolo-scheletrico.

Nelle postazioni di lavoro dotate di moderni computer le radiazioni non ionizzanti, i **campi elettromagnetici**, si mantengono al di sotto dei limiti raccomandati, mentre la problematica legata all'utilizzo del telefono cellulare viene approfondita più avanti a proposito del corretto utilizzo degli smartphone.

Negli anni '90 diversi studi hanno escluso la possibilità di danni a carico dell'apparato oculovisivo. Tuttavia negli ul-

timi tempi è stato riscontrato un costante aumento di casi di **miopia** nella popolazione generale, sempre più esposta all'utilizzo di computer, smartphone e tablet, per quanto riguarda i fattori ambientali. Perciò il possibile ruolo dello sforzo visivo protratto, statico e ravvicinato richiede approfondimenti mirati tra utenti professionali dei dispositivi, al fine di comprendere meglio quanto può essere fondata l'ipotesi recentemente avanzata di una 'miopia acquisita'. È stato ipotizzato che difetti di modestà entità possano essere di natura 'accomodativa', vale a dire legati alla costante visione ravvicinata che, disabituando a vedere da lontano, potrebbe cronicizzare quella miopizzazione che spesso caratterizza l'affaticamento oculovisivo dell'operatore.

Perciò in attesa delle necessarie conferme, vengono formulate alcune raccomandazioni (4 R) che coincidono con analoghe indicazioni già note per la prevenzione dell'**affaticamento oculo-visivo**, la cosiddetta 'astenopia occupazionalÈ:

- Rispettare una maggiore distanza, rispetto al tradizionale range, 50-70 cm, nell'utilizzo di monitor più grandi (da 19").
- Ricordare all'operatore il rispetto delle pause di Legge, per l'attività al videoterminale, meglio se caratterizzate dall'applicazione di tecniche di rilassamento*.
- Raccomandare l'abitudine a mettere a fuoco, quando possibile, una immagine ad oltre 5 metri, in modo da rilassare la muscolatura dell'occhio, interrompendo lo sforzo in accomodazione e convergenza oculare.
- Regolamentare l'attività con smartphone e tablet aziendale, prevedendo pause e procedendo a formazione-informazione mirata.

I 'classici' disturbi oculovisivi sono tipicamente reversibili (dopo qualche ora di 'stacco' dallo schermo) e caratterizzati principalmente da bruciore oculare, arrossamento, lacrimazione, pesantezza oculare, vista sfuocata, ma si possono anche associare disturbi generali (extravisivi) quali cefalea, vertigine, nausea ed altri meno frequenti.
L'astenopia può essere causata da riflessi sullo schermo (verificare che l'angolazione dello schermo rispetto al piano di lavoro sia compresa fra 90 e 120°, la presenza di fascette di plastica, la vicinanza di finestre), da un campo visivo professionale con superfici disomogenee per luminosità (verifica della postazione tramite sopralluogo con eventuale valutazione illuminotecnica), oppure da un piano di lavoro scarsamente illuminato (può essere richiesta una lampada da tavolo per favorire la lettura di documenti cartacei, purché il cono di luce non investa lo schermo). A proposito delle fonti di luce artificiale queste sono gene-

* più avanti vengono illustrati 4 esercizi di rilassamento

LA LUCE BLU

La problematica della 'luce blu', che rientra fra le cosiddette ROA (Radiazioni ottiche artificiali) con lunghezza d'onda compresa tra circa 380 e 490 nm (massima efficacia intorno ai 440 nm.) non sembra coinvolgere gli utilizzatori di videoterminali o di smartphone e tablet per quanto riguarda il danno retinico di natura fotochimica (degenerazione maculare senile), anche se mancano studi sugli effetti a lungo termine.
Perciò, ad oggi, non è giustificato l'utilizzo di lenti con filtro 'anti - luce blu', che peraltro possono alterare la visione di alcune immagini determinando aloni di colore giallo.

Si rende invece necessario un adeguato censimento delle lampade presenti negli ambienti di lavoro, poiché è possibile un rischio alterazioni degenerative retiniche per effetto della esposizione a 'luce blu' prodotta da lampade ad alogenuri metallici, vapori di sodio compatte e vapori di mercurio.
Si elencano di seguito alcuni ambienti 'non industriali' che spesso installano questo tipo di lampade: studi televisivi e fotografici, hall di grandi alberghi e ristoranti, atelier e magazzini, negozi e vetrine con soffitti alti.

ralmente caratterizzate da plafoniere a soffitto, dove maggiore è il frazionamento degli interruttori, migliore è la regolazione della intensità delle luci in base ai compiti svolti o alle caratteristiche oculovisive degli operatori. Negli ultimi tempi si stanno diffondendo luci a led dimmerabile che rappresentano la soluzione ideale, producendo la migliore personalizzazione possibile dal punto di vista illuminotecnico.

Altri casi di affaticamento visivo posso essere causati da inquinamento indoor (sostanze chimiche, polveri, allergeni, ecc.) o da microclima sfavorevole, legato soprattutto ad una bassa umidità relativa (aria condizionata).

Ma i disturbi possono anche derivare da aspetti organizzativi del lavoro al computer, primo fra tutti il mancato rispetto delle pause, oppure da disfunzioni e predisposizioni dell'apparato oculo-visivo dell'operatore (visita su richiesta al medico competente, eventuale approfondimento oftalmologico o tramite ortottista).

Infatti, alla base delle misure preventive vi é il rispetto delle pause di 15 minuti ogni due ore di lavoro continuativo al videoterminale (non cumulabili): si tratta di pause attive, dedicate ad altre attività, che non prevedono la visione dello schermo, la lettura di documenti o l'utilizzo di altri dispositivi come lo smartphone, per esempio, che accentua lo sforzo visivo ravvicinato.

A proposito di disfunzioni oculovisive, si ricorda che vanno utilizzate soltanto le correzioni eventualmente prescritte dall'oculista, in accordo con il medico competente, trascurando l'uso di improbabili lenti colorate oppure 'occhiali da computer', che generalmente non sono supportati da evidenze scientifiche.

Inoltre va precisato che le **lenti a contatto** devono essere gestite con cautela, soprattutto da parte degli operatori con alterazioni lacrimali. In linea generale sono da preferire gli occhiali, o per lo meno, devono essere alternate lenti e occhiali, garantendo una adeguata idratazione degli occhi con eventuale uso di lacrime artificiali.

Infine vanno ricordati aspetti extralavorativi che possono per lo meno accentuare i fenomeni di affaticamento oculovisivo come le patologie autoimmuni, neoplastiche o neurodegenerative (sclerosi multipla), l'assunzione di numerosi farmaci e condizioni parafisiologiche come la gravidanza e la sindrome menopausale.

Dalle molteplici competenze coinvolte si evince la necessità di un lavoro 'di squadra', che comprenda ogni figura della prevenzione aziendale con l'eventuale supporto di professionalità esterne, sia tecniche che sanitarie.

Il ricorso a molteplici professionalità è frequente anche per la gestione delle problematiche muscolo-scheletriche, soprattutto a carico di arti superiori e colonna cervicale, che non raramente si riscontrano tra gli operatori in relazione all'assunzione di posture incongrue, all'utilizzo di componenti di postazione del lavoro inadeguati (seduta, piano di lavoro) e ad una non appropriata organizzazione della postazione (posizionamento monitor, tastiera, leggio).
I disturbi si manifestano soprattutto con tensione o dolore principalmente alla nuca, al collo ed alle spalle, ma possono coinvolgere anche braccia, polsi e mani fino a concausare, più raramente, alcune patologie muscolo-scheletriche (Upper Limb Work related Musculo Skeletal DiseasÈs-ULWMSD's), come tendiniti della mano, gomito e spalla oppure la sindrome del tunnel carpale.

Per prevenire l'insorgenza dei disturbi muscolo-scheletrici, ma anche di disturbi oculo visivi, è fondamentale il mantenimento della corretta **postura assisa**.
L'impostazione ideale comprende la posizione "primaria" con lo schermo di fronte: testa dell'operatore, tastiera e schermo su un asse unico con eventuale finestra a fianco dell'operatore, che determina così un angolo di 90°.
Èimportante il corretto utilizzo delle schermature fisse o mobili per il controllo delle fonti luminose naturali (tende, veneziane, pellicole oscuranti, ecc.). Negli ambienti con più di un lato finestrato (ad es. uffici con finestre 'ad angolo') un lato deve essere oscurato per consentire la provenienza 'lateralÈ della luce. Una eventuale fonte luminosa proveniente da tergo rispetto all'operatore, p.es. finestra alle spalle, è tuttavia accettabile, se vengono utilizzati schermi rivestiti da una pellicola opaca che evita riflessi sullo schermo.

Nel caso di mansioni "miste" (uso non continuativo del pc, lettura di documenti cartacei o frequente ricevimento ospiti), si ritiene accettabile una modesta angolazione del monitor sul piano orizzontale, al massimo di 30°, purché sia possibile l'appoggio degli avambracci sul piano di lavoro ed evitate torsioni del busto e del collo, comparsa di riflessi sullo schermo o abbagliamento dell'operatore.
Lo **schermo** va mantenuto ad una distanza compresa fra 50 e 80 cm in base alle dimensioni dello schermo, generalmente compreso fra 15 e 24" e posizionato in modo che la linea che collega gli al occhi al centro del monitor sia leggermente inclinata verso il basso, max 20°. In altre parole l'altezza degli occhi deve corrispondere, o essere poco sopra, a quella del margine superiore del monitor.
L'operatore deve essere in grado di regolare luminosità e contrasto dello schermo in modo da rendere nitida l'immagine, evitare i colori troppo vivaci e gli eccessivi contrasti tra sfondo del monitor e superfici degli oggetti circostanti (piano di lavoro, arredi, tastiera, ecc.).
Nel caso di utilizzo di due schermi, questi devono essere affiancati alla stessa distanza rispetto agli occhi, così come l'utilizzo di eventuale portadocumenti, in modo da evitare continui 'aggiustamenti' della muscolatura oculare.
Inoltre la strumentazione alloggiata sul piano di lavoro deve presentare caratteristiche ergonomiche, non essere riflettente e distribuita in modo da evitare l'assunzione di posture incongrue. Per esempio, il **mouse**, o altro puntatore, deve essere sistemato 'di frontÈ alla propria spalla, a fianco della tastiera, favorendo l'appoggio della maggior parte dell'avambraccio.

Conseguentemente la **tastiera** viene posizionata, possibilmente 'piatta' (non alzare i piedini posteriori), in modo da lasciare almeno 15 cm dal bordo del piano di lavoro, favorendo così l'appoggio della maggior parte dell'avambraccio e la posizione 'neutra' del polso (avambraccio e mano a 180°).

È importante che le spalle non siano incurvate in avanti, poiché tale posizione favorisce la contrazione dei muscoli trapezi con conseguente indurimento e dolorabilità locale, responsabili nel tempo di contratture a rischio cronicizzazione. Si ricorda che l'eventuale porta tastiera (ripiano scorrevole sotto il piano di lavoro), va utilizzato soltanto come ricovero dello stesso strumento.
L'altezza del piano di lavoro, fissa o regolabile, deve essere compresa fra 70 e 80 cm. così da permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli se presenti. Qualora non fosse possi-

bile l'inserimento degli stessi poiché non regolabili in altezza, questi possono essere smontati, poiché non obbligatori nella dotazione della seggiola a norma di legge.
Il sedile di lavoro deve avere seduta e schienale separati e regolabili in maniera indipendente: sono previste almeno la regolazione della seduta 'in altezza' e dello schienale 'in altezza ed angolazionÈ. Le regolazioni devono consentire l'angolazione delle articolazioni di anche ginocchia e caviglia fra 90 e 100° circa con piedi ben appoggiati sul pavimento, mentre lo schienale può essere fissato fra 90 e 120° rispetto alla seduta, ricordando che è utile cambiare l'angolo di inclinazione nell'arco della giornata in base allo svolgimento del compito. Èperciò decisivo l'appoggio che lo schienale deve garantire costantemente alla colonna dorso lombare, evitando l'insorgenza di contratture paravertebrali e l'assunzione di posture incongrue con conseguente schiena incurvata in avanti o deviata in scoliosi.

Un **poggiapiedi** può essere messo a disposizione dell'operatore al fine di 'assumere una postura adeguata agli arti inferiori': perciò trova una indicazione specifica nei soggetti di ridotta statura o affetti da importanti problematiche circolatorie venose.

Per approfondire ulteriormente il tema della corretta organizzazione della postazione dotata di videoterminale si rimanda ai contenuti delle 'Linee guida d'uso dei videoterminali', Decreto Ministeriale 2 ottobre 2000, ed all'allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Per quanto riguarda la **manutenzione** della postazione di lavoro, la superficie dello schermo deve essere sempre pulita, priva di impronte o polvere che possano compromettere la qualità dei caratteri, utilizzando un panno umido, oppure un detergente dedicato, senza esercitare una forte pressione sulla superficie.
È fondamentale mantenere la pulizia del piano di lavoro e degli strumenti presenti, con particolare riguardo per la tastiera (utilizzare l'apposita spazzola), evitando così la proliferazione di germi ed il conseguente rischio di infezioni.

a cura di **D. Bontadi**, Consigliere nazionale ANMA

La conoscenza nello sguardo

In francese regarder è utilizzato sia per "guardare" che per indicare qualcosa che "mi concerne". Nel termine italiano "riguardare" è contenuto un gioco di parole interessante quando si applica nelle relazioni umane. Io guardo uno che mi guarda, mi restituisce lo sguardo e dunque mi riguarda, entra dentro la sfera del mio interesse (cioè etimologicamente entra in relazione con il mio essere).
Nella relazione, dunque, guardo uno che riguarda me. L'oggetto della cura è a sua volta soggetto. Non solo non bastano i dati della biologia per capire cosa sia la malattia, ma non posso esimermi dal rapporto con la persona stessa, testimone indispensabile per la mia conoscenza. È dalla vita vissuta del malato che si può imparare cosa sia la sua malattia, e come questa ecceda i limiti biologici che la riduzione positivistica dello scienziato che è in noi ha già imposto. Un'azione sanitaria che non sappia porre questo sguardo su chi assiste, è non solo priva di umanità, ma anche scientificamente incompiuta.

"Lo sguardo che porto sull'altro decide la mia umanità" (Benedetto XVI)

A breve partirà la

CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2019

STAY TUNED !!!

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 1/2018

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**
twitter.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

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI
ANMA è un marchio registrato

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

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

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

PRESIDENTE: Umberto Candura
VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè
SEGRETARIO: Ditaranto Daniele
CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo
delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)
COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Carlo Giuseppe Bugheroni (Presidente), Antonio Iacino, Vita Marzia
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presidente), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia
Segr: Piero Patanè

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
Segr. Rocco Lorenzo

Toscana
Segr: Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

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

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Notizie, aggiornamenti e commenti, foto e filmati.

Seguici su

FACEBOOK TWITTER YOUTUBE

www.anma.it

IREDEEM
just in time

PHILIPS
Distributore ufficiale

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**

commerciale@iredeem.it **www.defibrillatori-online.com/anma**

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI
www.anma.it