

medico competente



JOURNAL

in questo numero

Alle prese con i nuovi scenari lavorativi: qualche riflessione sul “modello ANMA”

Una nuova «vision» per il Medico Competente: nuove sfide ed opportunità professionali

Promozione della salute. Una sfida per medici competenti, aziende e collettività

Strumenti informatici e disturbi muscolo-scheletrici

Stress lavoro-correlato: alcune riflessioni sull'aggiornamento INAIL del 2017.

La tutela del videoterminalista 2/3

Il Consiglio Direttivo ANMA informa tutti i Soci che il Ministero della Salute ha pubblicato, in data 6 novembre, l'Elenco delle Società e Associazioni Tecniche Scientifiche riconosciute idonee alla produzione di Linee Guida e di indirizzo per i Medici e gli altri Operatori Sanitari ai fini esimenti la responsabilità professionale (ai sensi della c.d. Legge Gelli).

ANMA, l'Associazione Nazionale dei Medici Competenti è tra queste Società riconosciute e continuerà quindi a svolgere questo compito di aiuto ed indirizzo allo svolgimento della nostra Professione come anche nella formazione.

Naturalmente esprimiamo soddisfazione per il raggiungimento di quello che consideriamo non certo un traguardo finale, ma un punto di svolta importante, che consente formalmente anche al medico competente di riconoscersi in un'associazione accreditata ad elaborare indirizzi operativi con il valore di Linee Guida.

Il marchio di fabbrica "ANMA" ha sempre evocato il taglio pratico ed operativo di una produzione scientifica e delle iniziative formative, e così sarà per le nostre futuribili Linee Guida che si baseranno sullo scambio delle esperienze di una vasta platea di professionisti.

Consapevoli di questa originalità e dell'alta responsabilità derivante da questo riconoscimento, contiamo su tutti Voi Soci per mantenere ed incrementare questo impegno.



SOMMARIO

3-2018

In primo piano

- 4 Alle prese con i nuovi scenari lavorativi: qualche riflessione sul “modello ANMA”
U. Candura
- 10 Una nuova «vision» per il Medico Competente: nuove sfide ed opportunità professionali
D. Ditaranto

Attualità

- 12 Promozione della salute. Una sfida per medici competenti, aziende e collettività
A. De Santa
- 16 Strumenti informatici e disturbi muscolo-scheletrici
P. Santucci

Contributi

- 18 Stress lavoro-correlato: alcune riflessioni sull'aggiornamento INAIL del 2017.
M. Servadio

Ufficio e salute

- 24 La tutela del videoterminalista 2/3
P. Santucci

Da leggere in poltrona

- 29 L'eroe silenzioso
D. Bontadi

Alle prese con i nuovi scenari lavorativi: qualche riflessione sul “modello ANMA”

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

I grandi interrogativi che ci poniamo negli ultimi anni in merito allo stato dell'arte ed al futuro della complessa materia – di per sé interdisciplinare – della tutela della Salute e della Sicurezza del Lavoro (SSL) si basano su alcune riflessioni:

a) allo scopo di rendere più attuali, eticamente ed economicamente sostenibili, l'impiego delle risorse si è progressivamente affermato il principio di affrontare le tematiche di salute nella società in termini di “globalizzazione”, vale a dire abbracciare un modello di impegno che è necessariamente multi-settoriale e intersettoriale. Lo stesso orizzonte della sanità sta cambiando: la salute collettiva cioè non può essere garantita dal solo contesto sanitario, ma deve presupporre un'adeguata cultura della sicurezza che incida sugli stili di vita e di comportamento.

Oggi appare prioritario quindi affrontare il tema della salute con un approccio globale nella società, con raccomandazioni e buone prassi che spaziano dagli ambienti di lavoro a quelli domestici, a quelli legati allo sport, al tempo libero, al rispetto dell'ambiente, alla lotta all'inquinamento ed al contrasto dei comportamenti a rischio.

b) Questo orientamento diffuso nelle politiche di prevenzione, che è quello di ragionare in ottica di sistema per le naturali ricadute in termini di efficienza e risparmio dei costi nel raggiungimento dei risultati, sicuramente sta investendo anche le figure interessate nella tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, ed in particolare il Medico Competente (MC).

Non è un caso peraltro che negli ambienti di lavoro la tutela della salute ha ampliato progressivamente il suo raggio d'azione, tanto che la professione del MC ha acquisito - sul piano della mission ed al di là

degli aspetti giurisprudenziali - un ruolo naturalmente “pubblicistico”, in quanto diretta alla salvaguardia della salute nella sua globalità, con obiettivi dichiarati di incidere positivamente sul benessere dell'intera collettività

Orbene, per raccogliere queste sfide ed interpretare al meglio questo ruolo – fatto salvo il riadeguamento auspicabile del contesto normativo ed economico – quali possono essere i modelli più efficaci di intervento nelle imprese?

I principi ed i valori di una professione

Vi sono alcune definizioni che inquadrano con una sintesi quanto mai efficace ed attuale le basi etiche e metodologiche della nostra professione.

La prima è senz'altro quella di Enrico-Vigliani (maggio 1987), che descriveva la “Medicina d'Azienda” come “...un'arte particolare: è una medicina del lavoro”



ro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica...Presupposto fondamentale della medicina aziendale è una profonda conoscenza della azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento...; essa inoltre richiede una collaborazione costante con il “management aziendale, tecnici della sicurezza e rappresentanti dei lavoratori, capacità organizzative adeguate alle esigenze ed all’ampiezza dell’azienda, strumenti atti a misurare il rischio, una costante attenzione al proliferare della selva di leggi e norme che oggi regolano il lavoro”.

Esattamente dopo dieci anni la nostra Associazione (ottobre 1997) definì il “Medico Competente” come «...Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell’impresa, attraverso la specifica conoscenza dell’organizzazione aziendale, collabora all’attuazione di quanto necessario affinché l’attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori. A tal fine il medi-

co che opera in azienda è uno specialista esperto in medicina del lavoro, la cui competenza è caratterizzata da una specifica cultura, esperienza e responsabilità professionale”.

Altre affermazioni molto perentorie possono essere tratte da legislazioni di altri Paesi come la Francia: “il medico del lavoro agisce, nel quadro dell’impresa, nell’interesse esclusivo della salute e della sicurezza dei lavoratori...” (art. R 241-30 del Decret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 “Reforme de la Medecine du Travail”).

Le citazioni di cui sopra ci sembrano quanto mai attinenti al tema della collaborazione delle diverse figure aziendali coinvolte nella SSL, ed in particolare mettono al centro la figura del MC «inserito nel contesto aziendale», e “nel quadro dell’impresa”, molto prima dei ruoli collaborativi disposti dal legislatore nel D. Lgs. 81/08, finalizzati proprio a favorirne l’integrazione nel sistema di prevenzione aziendale.

La cornice deontologica dell’attività è poi individuata dai precisi obblighi ai

quali gli Operatori di Medicina del Lavoro sono richiamati da quel codice ICOH (International Commission on Occupational Health) - da considerare a tutti gli effetti *come riferimento normativo* - essendo indicato dall’art. 39 del D.Lgs. 81/08 come modello di buona prassi per lo svolgimento dell’attività di MC.

L’auspicio di una interdisciplinarietà dell’azione preventiva è già posta implicitamente nella definizione che il Codice fa di Operatori di Medicina del Lavoro (OML), intesi come tutti coloro i quali per professione svolgono attività concernenti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro (personale medico e paramedico, ispettori del lavoro, igienisti e psicologi del lavoro, specialisti in ergonomia, in terapia riabilitativa, nella prevenzione degli incidenti, ecc.) con la precisa indicazione di “...integrare le competenze di tali operatori nell’ottica di un approccio multidisciplinare”.

Per tutti questi operatori altresì “l’esercizio della Medicina del Lavoro deve essere svolto secondo i più elevati standard



professionali e principi etici... Gli Operatori di Medicina del Lavoro sono esperti che devono godere della piena indipendenza professionale nello svolgimento delle loro funzioni. Essi devono acquisire e mantenere le competenze necessarie allo svolgimento dei loro compiti...” (Codice ICOH, 2005).

Da quanto detto ci sembra quindi già sufficientemente delineato un modello di intervento finalizzato all'efficacia del ruolo attraverso:

- l'attenzione sul valore etico e sociale dell'attività del MC in quanto professionista che opera attivamente nell'ambito del sistema di prevenzione aziendale, nel rispetto della normativa e in linea con le strategie istituzionali per il miglioramento della tutela della salute nei luoghi di lavoro,
- l'individuazione nella relazione con l'azienda la vera specificità del “*metiere*” del Medico Competente: un consulente che deve “vivere l'azienda” interagendo e coordinandosi - con la sua specifica cultura medico-biologica - con l'insieme aziendale complesso e in continua evoluzione di culture tecniche ed economiche, di relazioni umane e sociali con il fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi programmati,
- la promozione del concetto di sintonia tra la “*mission*” del Medico Competente e le finalità generali dell'impresa che, anche dal punto di vista costituzionale (art. 41), comprendo-

no la compatibilità tra lo svolgimento dell'attività produttiva e la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori,

- la centralità del rispetto dei principi etici (indipendenza professionale e intellettuale, riservatezza, segreto professionale) nella relazione tra Medico competente e mondo aziendale,
- l'attenzione infine sulla necessità di elevati standard professionali (ricerca dell'eccellenza) e di adeguati programmi per l'acquisizione, il mantenimento e l'innovazione delle competenze; al di là, si ribadisce in questa sede, di quanto prescrive l'art. 38 del TU relativamente agli obblighi di acquisizione di crediti ECM...

Un modello vincente

L'elaborazione di un modello volto all'efficacia dell'intervento nelle aziende coincide con il Congresso Nazionale ANMA del 2007 (Viareggio), e si configura come una serie di indicazioni naturalmente “in progress” che rispondano alle esigenze sempre crescenti di tutela nell'impresa, legate alle trasformazioni a volte repentine delle organizzazioni lavorative, ed alle continue innovazioni legislative. Peraltro tale documento seguiva orientamenti associativi già pubblicati come “Manuale di qualità del Medico Competente” e nella “Carta dei Servizi del Medico Competente”, nonché altri contributi

rivolti alla definizione delle modalità di collaborazione della figura sanitaria alle varie fasi del ciclo della qualità aziendale, riferita ai prodotti, ai processi, al benessere complessivo, al clima lavorativo, ecc. con l'individuazione anche di precisi indicatori di efficacia.

Questi strumenti descrivono prassi finalizzate a consentire ai MC di realizzare i loro compiti non solo nel rispetto della normativa e dei codici etici, ma anche nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità delle loro prestazioni professionali e della cura della soddisfazione dei clienti (aziende) e degli utenti (lavoratori).

È bene subito chiarire che siamo perfettamente consapevoli delle difficoltà esistenti per l'applicazione di queste prassi nelle piccole e piccolissime imprese che costituiscono la parte preponderante della nostra realtà produttiva. Tuttavia non possiamo dimenticare che spesso sono proprio queste le realtà produttive a presentare i profili di rischio professionale più impattanti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori, e che una parte significativa dei costi umani e sociali conseguenti alle carenze delle tutele è ascrivibile ad alcuni di questi settori produttivi.

Tuttavia se il problema è strutturale e organizzativo, nella convinzione che anche nel settore delle PMI la strada per un approccio integrato sia quella giusta, riteniamo, in linea con autorevoli modelli europei (Decret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 “Reforme de la Medicine du Travail, modifiant le Code du Travail”) che, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità professionale del MC, siano individuabili per queste specifiche aree produttive delle soluzioni adeguate.

Non dimentichiamo peraltro che il nostro modello si avvale non solo delle necessarie conoscenze tecniche e legislative di base, ma di un continuo travaso di esperienze tratte dalla quotidianità dei nostri soci, tutti professionisti che operano direttamente sul campo prevalentemente a tempo pieno, e in molti casi in distretti caratterizzati da un'economia diffusa su centinaia di imprese di piccole dimensioni e/o artigianali. Ebbene l'esperienza ci dice che anche, e forse soprattutto, in queste organizzazioni più semplici, l'integrazio-

ne del MC ed il suo rapporto necessariamente più diretto con Datore di Lavoro e Lavoratori rappresentano un'arma vincente, non solo per una già non semplice compliance normativa, ma anche per una diffusione della cultura della sicurezza nella collettività.

Negli ultimi dieci anni l'applicazione del D.Lgs. 81/08 ha progressivamente rafforzato la doppia valenza della figura del Medico Competente, caratterizzata da:

- a) un'indubbia centralità nelle strategie di prevenzione nell'impresa, non solo legata alla effettuazione della sorveglianza sanitaria, ma anche all'attribuzione di compiti che prevedono il suo diffuso e attivo coinvolgimento in tutti gli altri momenti più orientati alla prevenzione primaria;
- b) una sua necessaria integrazione nell'organizzazione aziendale con le altre figure coinvolte (in primis RSPP, RLS, HR, ecc.), che non sminuisce, ma anzi rafforza la sua strategicità per la ricerca di un linguaggio comune nel perseguimento delle finalità dell'impresa nel rispetto della salute e del benessere dei lavoratori.

D'altra parte è un dato di fatto che il Legislatore ha posto al centro dell'impianto normativo l'obbligo della valutazione del rischio e non certo la presenza di un medico in azienda, la cui funzione viene richiamata in termini innanzitutto di "collaborazione" con il Datore di Lavoro per l'assolvimento di quanto richiesto dall'art. 28: concetto quanto mai condivisibile, ma sicuramente da chiarire meglio sul piano della Norma. Non è questa la sede per approfondire la persistente ambiguità di questo passaggio normativo, che riteniamo debba essere oggetto di un definitivo "salto di qualità" in una futura produzione legislativa, ma - essendosi inopinatamente introdotta una sanzione per la mancata collaborazione del MC (art. 58 c.1c D.Lgs. 81, così come modificato dal D.Lgs. 106/99) - è d'uopo avere maggiore certezza del diritto e stabilire con chiarezza l'ambito di intervento del medico competente, che non può essere parametrato solo sulla base di un pur



auspicabile ruolo "proattivo" da acquisire in azienda.

Ma al di là di queste implicazioni giuridiche, non possiamo negare che dall'obbligo di cui sopra dobbiamo trarre un segnale forte di indirizzo, connesso ad una ineludibile esigenza organizzativa, che rafforza la specificità del MC nel ruolo di mediazione tra le diverse culture che si confrontano nel sistema di prevenzione aziendale.

L'integrazione in azienda: vantaggi e limiti

Solo questa "collaborazione" in senso lato consentirà (ed in molti casi ha consentito) il superamento da un lato di un persistente gap di visibilità e di credibilità del reale ruolo sociale ed economico del MC, che oltretutto dovrebbe presupporre una domanda e un'aspettativa di consulenza altamente qualificata, e dall'altro lato dei prevalenti modelli di relazione con le aziende, che circoscrivono tuttora la sua presenza alla mera esecuzione della sorveglianza sanitaria. Certo - come detto - non aiuta l'attuale cortocircuito normativo sul coinvolgimento nella valutazione dei rischi (VDR) del Medico Competente, che nell'art. 29 c. 1 del TU è chiamato in causa solo nei casi di cui all'art. 41, cioè quando è prevista la sorveglianza sanitaria: il suo coinvolgimento preventivo quindi non è prassi diffusa, e - d'altra parte - il ruolo di consulente aziendale

non consente al MC di "imporre" collaborazioni, ma di far fronte con professionalità a quelle che gli vengono richieste.

Tuttavia riteniamo imprescindibile il valore aggiunto che il Medico competente può dare alla VDR fin dalle fasi iniziali della sua pianificazione e non solo dopo che il SPP ha evidenziato i "casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria". I motivi che rendono opportuna e necessaria questa collaborazione tra SPP e Medico competente già dalle fasi di impostazione della VDR sono molteplici:

- a. la coerenza con la disposizione di valutare "tutti" i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori;
- b. la necessità di una specifica competenza per la valutazione dell'impatto sullo stato di salute del lavoratore derivante dall'esposizione ai rischi professionali;
- c. il sempre più frequente richiamo nella normativa della considerazione nella VDR delle condizioni di "ipersuscettibilità" e delle "informazioni raccolte dalla sorveglianza sanitaria";
- d. la ricorrente obbligazione nella medesima normativa della segnalazione da parte del Medico competente al datore di lavoro delle "anomalie" rilevate durante la sorveglianza sanitaria, affinché questi riesamini la VDR tenendo conto del parere del Medico competente nell'attuazione



- delle misure per eliminare o ridurre il rischio,
- e. la frequente dimenticanza nella VDR dei gruppi di lavoratori più “sensibili”: gestanti, minori, lavoratori con contratti c.d. “atipici, lavoratori diversamente abili e lavoratori extracomunitari,
 - f. l'aumento dell'attenzione verso le situazioni di rischio legate a vari aspetti dell'organizzazione del lavoro comprese le problematiche connesse allo stress occupazionale e alle varie tipologie di mobbing,
 - g. la progressiva estensione dell'interesse della salute e della sicurezza sul lavoro anche alla “tutela dei terzi”,
 - h. il progressivo cambiamento demografico della popolazione lavorativa, con l'approvazione di riforme atte ad assicurare la sostenibilità del sistema pensionistico, che comportano sempre più una necessità di VdR “in ottica” di età, di definire peculiari protocolli sanitari ed attuare modifiche organizzative come “accomodamenti ragionevoli”, allo scopo di recuperare lavoratori con ridotte capacità lavorative.
 - i. l'adesione ai dettami imposti dai modelli di gestione di cui all'art.30, con le certificazioni operate secondo gli standard OHSAS 18001 e/o UNI –INAIL, che presuppongono l'adozione e l'efficacia implementazione di metodologie di coinvolgimento delle varie figure interessate (DDL,RSPP,MC,RLS).

Naturalmente avvertiamo tutti noi la necessità di “strumentare” il Medico competente per metterlo effettivamente nelle condizioni di rispondere adeguatamente alle attese dei suoi stakeholders, proprio perchè siamo consapevoli che l'efficacia e l'efficienza del suo ruolo sono anche vincolate all'azione e ai comportamenti degli altri soggetti coinvolti (datore di lavoro, servizio di prevenzione e protezione, RLS, organi di vigilanza..). Siamo altresì convinti che un servizio di qualità del Medico competente può contribuire a migliorare l'azienda non solo dal punto di vista dei risultati della sua strategia preventiva, ma anche in termini di miglioramento del clima sociale, dell'immagine aziendale interna ed esterna, delle relazioni con gli organi di vigilanza, della sua stessa competitività in una virtuosa sintesi tra etica e mercato.

Se la parola d'ordine è quindi integrazione, questa richiede competenze sia interne che esterne in termini:

- tecnico-impiantistici
- in igiene del lavoro
- in medicina del lavoro/occupazionale
- in organizzazione del lavoro
- in relazioni industriali

Da parte sua il MC è sì un esperto in Medicina del Lavoro, ma si completa con le sue conoscenze sulle delicate dinamiche che regolano il mondo del lavoro, coltivando l'arte non scontata di saper lavorare in squadra ed appren-

dendo anche le adeguate tecniche di comunicazione. Gli stessi moduli formativi dei Corsi di Specializzazione universitari devono mettere a disposizione dei futuri MC contenuti coerenti con le esigenze di un'attività professionale così complessa, attrezzando il professionista a relazionarsi con il contesto nel quale opereranno e con il loro stesso mercato delle consulenze.

Ci sembra però necessario sottolineare in questa sede che un'interpretazione estensiva di tale collaborazione (sfortunatamente fatta propria da alcune recenti pronunce ad orientamento sanzionatorio) appare fuorviante, sia per un ruolo di collaboratore esterno che non può tradursi in un “deus ex machina” per l'azienda, sia perché obiettivamente il MC non può essere un “tutologo”, ma un professionista con una specifica formazione accademica e professionale incentrata sulle aree biomedica, ergonomica e dell'igiene del lavoro, ma con intuibili limiti su quella tecnico-ingegneristica.

Non è un caso che una delle prime Best Experienced Practices (BEP) prodotte da ANMA per i suoi associati riguarda l'accettazione di un incarico di nomina da parte del DDL, con le indicazioni che riteniamo necessarie convenire già in fase contrattuale per definire obblighi ed adempimenti richiesti alle parti per la compliance normativa, e delineare efficacemente gli ambiti della collaborazione (reciproca) prevista dalla stessa norma.

Acclarato l'obbligo a carico del DDL (art. 39, c.4) circa la garanzia di autonomia professionale da assicurare al MC, che si concretizza anche laddove vi sia un rapporto di dipendenza (vedi interpello n. 28/2914), ribadita la connaturata interdiciplinarietà dell'azione preventiva nelle imprese, basata su principi di sostenibilità e correlata alla "massima sicurezza tecnicamente fattibile" (art. 2087 C.C.), non possiamo che coltivare la ragionevole certezza che tale modalità di intervento possa mostrare la propria efficacia anche nell'affronto delle nuove sfide legate ai cambiamenti demografici ed organizzativi del mondo del lavoro.

Rispetto ad altre specialità mediche, la nostra branca si muove infatti da tempo con frequenti e determinanti cambiamenti di contesto: socioeconomico, legislativo, organizzativo, oltre quelli legati alle peculiari conoscenze scientifiche. Pertanto il nostro percorso deve basarsi su un "metodo aperto", sempre attento alle modifiche del momento ed alle indicazioni tratte dall'esperienza, ma che non abbandoni i tratti concettuali descritti.

L'articolo di Daniele Ditaranto che leggete su questo numero del MCJ vi prospetta una vision della professione del MC, basata proprio sull'analisi che i cambiamenti e le innovazioni socio-organizzative possono avere "sulla qualità del lavoro e quindi sulla salute dei lavoratori."

Se ne trae la convinzione che adattarsi al cambiamento e non subirlo è una strategia abitualmente vincente: nel caso specifico siamo in grado di sostenere l'impatto evolutivo del mondo del lavoro proprio uniformandoci ad una metodologia di intervento basata sull'integrazione: da qui parte lo stimolo ad allargare la nostra visuale ed il nostro raggio d'azione, anche attraverso l'acquisizione di nuove competenze o il rinnovo ed il recupero di altre, trasformando così "...una complessità in un'opportunità di crescita per il nostro ruolo professionale e sociale" (Ditaranto).

Ed è importante considerare come, in questo mondo del lavoro in continuo divenire, la nostra mission si arricchisca anche della necessità di interpreta-

re con occhio attento, le criticità che un inadeguato «governo» del cambiamento può implicare per la tutela della salute dei lavoratori (rischi emergenti).

Non subire il cambiamento significa in altre parole cogliere nelle dinamiche dell'impresa 4.0, dello smart working, dei futuri lavori ibridi, ma anche dalle incognite legate alle trasformazioni demografiche, quelle conoscenze necessarie per rendere sempre attuale una prassi di intervento ben codificata, che non può basarsi sulla sola esclusività del ruolo imposta dalla legge.

Conclusioni

Abbiamo da tempo sottolineato come l'efficacia dell'azione del MC fosse direttamente proporzionale al suo **grado di integrazione** non solo primariamente con il Sistema Impresa di Prevenzione e Protezione, ma oggi anche - e sempre più - con il Territorio circostante.

E' in corso un passaggio quasi ineludibile, storicamente sostenuto dalle modifiche organizzative e demografiche del mondo del lavoro, verso una Medicina Occupazionale sempre più attenta alla dimensione della "persona al lavoro", identificata non più con il prototipo della popolazione mediamente sana, ma influenzata da fattori come l'età, il genere, la provenienza geografica, la tipologia contrattuale, che, insieme alla storia clinica, condizionano la sua particolare suscettibilità ai tradizionali rischi lavorativi e su quelli emergenti, con ricadute negative sui livelli di tutela, sulle performance lavorative, sui sistemi previdenziali.

ANMA, attraverso l'osservazione dei propri Associati, ha registrato che da anni il ruolo del MC ha travalicato il "perimetro giuridico" sancito dal T.U. Infatti è crescente la richiesta delle imprese al Medico Competente di una consulenza più ampia, basata su servizi e prestazioni a maggior valore aggiunto. Da "certificatore seriale", impegnato fondamentalmente dall'assolvimento degli obblighi di legge afferenti alla sorveglianza sanitaria, a soggetto attivo e dinamico, a supporto della comunità lavorativa nelle attività di valutazione e gestione dei rischi, formazione e, specialmente, nella gestione di temi non

necessariamente vincolati alla normativa specifica.

Si tratta di aspetti riguardanti la tutela complessiva dell'impresa attraverso il contributo per la gestione in salute e sicurezza dei processi produttivi (consulenza ergonomica, formativa, gestione infortuni, scelta dei DPI ecc.), ma specialmente e sempre di più si tratta di problematiche e criticità inerenti il delicato sistema di gestione delle risorse umane e cioè dei lavoratori: disabilità, psicopatologie, reintegro e gestione dei lavoratori «fragili», «accomodamento ragionevole» nella gestione delle inidoneità, promozione della salute, welfare aziendale.

Riteniamo che questa sia la naturale evoluzione del sistema a cui non ci si vuole e non ci si può sottrarre.

Altrettanto vero però che il MC potrà rispondere più efficacemente a queste sfide alle seguenti condizioni:

- con un "mandato" specifico dalle Istituzioni,
- con l'inserimento in un efficace sistema di collaborazione e comunicazione con gli interlocutori sociali sul tema
- con il definitivo abbandono dei pregiudizi ideologici sull'autonomia professionale
- riconsiderando la disciplina per gli aspetti di medicina occupazionale che ha acquisito

Appare ovvio però che nel contesto declinato, l'impianto normativo del TU fa fatica a fungere da riferimento per sostenere le richieste che la comunità sociale avanza al Medico Competente.

La partecipazione ed il ruolo trainante di ANMA nel Gruppo di lavoro CIIP sugli orientamenti legislativi ha il significato di apportare il valore dell'esperienza sul campo alle auspicabili semplificazioni e razionalizzazioni dell'attuale articolato.

Difatti a livello associativo condividiamo l'esigenza di tutti gli addetti ai lavori di rivisitare il contesto normativo nel quale ci muoviamo, per risolvere gli aspetti obsoleti e le numerose zone grigie da tempo in stagnazione (quali ad esempio la "collaborazione alla valutazione del rischio", l'"ibrido giuridico" del rapporto di collaborazione), ampliandone e disciplinandone invece gli aspetti innovativi.

Una nuova «vision» per il Medico Competente: nuove sfide ed opportunità professionali

Comunicazione presentata al XXXI° Congresso Nazionale ANMA:
Tirrenia (PI), 14 – 16 giugno 2018

Considerazioni preliminari

Per l'ANMA il tema della “visione” del medico competente (MC) non è una novità.

Infatti i suoi vari aspetti, i valori, gli obiettivi e le aspirazioni, sono stati negli anni oggetto di riflessioni e discussioni in molte occasioni, anche in relazione ai cambiamenti ed alle evoluzioni del contesto in cui si muove il MC: conoscenze scientifiche, leggi e giurisprudenza, mondo del lavoro (tecnica ed organizzazione del lavoro, nuove forme di lavoro, nuove tipologie contrattuali), domanda delle imprese, aspettative sociali ed istituzionali, mercato della professione.

Per ANMA sono basilari sia la visione della “medicina di azienda” del maestro Enrico Vigliani (1), che la “missione” del MC definita all'art. 1° del nostro Codice di Comportamento (2). Entrambe pongono al centro la figura del MC “inserito nel contesto aziendale”, molto prima dei ruoli collaborativi disposti dal legislatore del D. Lgs. 81/08 (TU) nell'evidente intento di favorirne l'integrazione nel sistema di prevenzione aziendale.

I cambiamenti dello scenario in cui si muove il MC hanno, nel tempo, deter-

minato nella pratica quotidiana una reinterpretazione con contenuti e modelli diversi sia della visione della medicina d'azienda che della missione del MC, delineandone un ruolo in continua evoluzione.

L'impresa e, più in generale, il mondo del lavoro è la realtà con cui interagiamo ogni giorno.

La complessità di questa interazione non deriva soltanto dall'incalzante succedersi di numerosi ed importanti cambiamenti, ma anche dalle loro reciproche interferenze per cui un cambiamento avvenuto in un settore può influenzare anche molti altri aspetti del mondo del lavoro.

Questo scenario in continua evoluzione richiede la nostra apertura mentale per comprenderlo, interpretarlo e riflettere sull'impatto che i cambiamenti e le innovazioni possono avere sulla qualità del lavoro e quindi sulla salute dei lavoratori.

Tutto ciò non dovrebbe essere vissuto come un'ulteriore fatica o complicazione, ma dovrebbe invece costituire uno stimolo ad allargare la nostra visuale ed il nostro raggio d'azione, anche attraverso l'acquisizione di nuove compe-

tenze o il rinnovo ed il recupero di altre, trasformando così una complessità in un'opportunità di crescita per il nostro ruolo professionale e sociale.

Infatti in tale contesto il MC non può essere un mero ed acritico osservatore del cambiamento, concentrato sul limitato obiettivo di riorganizzare la sua attività per adeguarsi alle nuove realtà, ma per le sue competenze, il suo ruolo e le aspettative sociali, deve invece assumere un ruolo di protagonista nella riflessione volta ad evidenziare, accanto agli aspetti positivi ed alle opportunità, le criticità che un inadeguato “governo” del cambiamento può implicare per la tutela della salute dei lavoratori.

Lo scenario: cosa non cambia, cosa è cambiato, cosa sta cambiando, cosa ritorna

Il lavoro che non cambia

Purtroppo nessuna novità positiva sul fronte del lavoro “nero”.

Secondo i dati dell'Istat nel 2015 “le persone impiegate “in nero” sono state 3 milioni 724 mila”.



Il sommerso risulta “molto significativo” in agricoltura (17,9%), nelle costruzioni (16,9%) e nei settori commercio, trasporti, alloggio e ristorazione (16,7%). Il suo valore complessivo si è attestato in quell’anno a poco meno di 190 miliardi di euro con un’incidenza sul Prodotto interno lordo (PIL) pari a circa il 12%.

Non si ferma inoltre l’emersione di nuove tipologie di attività in cui si continua a negare valore al lavoro e quindi a chi lavora: precariato, basse retribuzioni, nessuna contribuzione, nessuna assicurazione, nessuna tutela della salute e della sicurezza. In tale contesto un esempio particolarmente in evidenza anche a livello sociale e politico è quello dei fattorini in bici, i cosiddetti “rider”. (3) (4)

Il lavoro “ibrido”

Si dice che molti degli attuali studenti faranno un mestiere che non è stato ancora inventato.

I nuovi lavori saranno il risultato della combinazione ed integrazione (“ibridazione”) tra due categorie di “saperi”: competenze tecniche, gestionali e rela-

zionali con le competenze informatiche e digitali. Il lavoro ibrido non interesserà soltanto le attività di nuova concezione (digital job), ma influenzerà anche quelle tradizionali.

L’acquisizione di più competenze diventerà ancora più importante di quanto lo sia già oggi. Infatti le competenze richieste dai lavori ibridi sono condivise tra più mestieri: maggiori saranno le competenze nell’ambito dei due “saperi”, maggiore sarà la flessibilità e quindi più alte le possibilità d’impiego.

In questo processo di “ibridazione” del lavoro saranno ovviamente facilitate le giovani generazioni di lavoratori che hanno una maggiore dimestichezza con le tecnologie informatiche e digitali, mentre le altre generazioni avranno più difficoltà a far propri i nuovi approcci al lavoro.

Questo è un aspetto da non sottovalutare in relazione ai cambiamenti in atto nella demografia occupazionale ed alle maggiori difficoltà che i lavoratori anziani in genere hanno nell’apprendere nuove nozioni e nuovi compiti, nell’adattamento alle modalità di lavoro che cambiano velocemente, alle nuove organizzazioni del lavoro e ad affrontare

situazioni nuove e complesse.

Il luogo di lavoro

L’informatica, le nuove forme di lavoro hanno implicato il passaggio ad un concetto più dinamico di “luogo di lavoro” che oggi spesso non è più nell’impresa ma è nell’ambiente domestico o in quello di vita (mobile workers, lavoro agile) e può anche cambiare rapidamente (lavoro temporaneo, occasionale o a chiamata) con il conseguente superamento del legame lavoratore – singolo ambiente di lavoro.

Peraltro l’aumento degli investimenti delle imprese per rendere i luoghi di lavoro delle “destinazioni sane” per i propri dipendenti, realmente in grado di contribuire a migliorare il loro benessere fisico e mentale, sono una delle “tendenze” in atto evidenziate dalle organizzazioni che si occupano di servizi alle imprese nell’ambito della sicurezza e della qualità della vita. (5)

L’ergonomia virtuale

Il più diffuso ricorso alle tecniche di simulazione virtuale applicate all’ergono-

mia nelle fasi di progettazione ed industrializzazione del prodotto (ergonomia preventiva), permette di prevedere e prevenire gli effetti negativi del carico fisico e mentale del lavoro, migliorandolo con riflessi positivi anche per la produttività.

Industria 4.0

Nel 2017 in Italia il mercato dell'Internet delle Cose (IoT) (6) è cresciuto del 37% raggiungendo un valore di 3,7 miliardi di euro (Osservatorio Internet of Things del Politecnico di Milano).

Di fronte abbiamo:

- I rischi di un processo innovativo incentrato puramente sugli aspetti economici;
- Le opportunità di un'innovazione orientata anche al miglioramento della qualità del lavoro.

Infatti l'integrazione delle tecnologie informatiche e della comunicazione con i processi produttivi e la loro avanzata automazione, non ha soltanto delle ricadute economiche, ma ha anche un impatto sociale significativo (7) ed importanti riflessi sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Come sempre accade, per la natura di questi riflessi, molto dipenderà dagli obiettivi di questa nuova spinta all'innovazione.

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

Ovviamente è auspicabile che questa "visione" accompagni tutto il processo innovativo: un miglioramento complessivo del lavoro in grado di apportare benefici non soltanto economici, ma anche in termini di miglioramento delle condizioni di salute e di sicurezza, il che significa mettere le persone nelle condizioni di lavorare meglio, con ulteriori benefici per vari, significativi indicatori economici come la produttività, la qualità della produzione e quindi la

competitività.

L'Istituto Nazionale della Ricerca e della Sicurezza francese (INRS) ritiene che in materia di salute sul lavoro "Industria 4.0" non sia a priori né favorevole, né sfavorevole. Tutto dipenderà dalle modalità con cui verranno sfruttate le sue opportunità. (8)

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

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

La nuova demografia occupazionale

A fronte dell'aumento dell'aspettativa di vita, la necessità di mantenere in equilibrio un sistema pensionistico basato sul criterio della "ripartizione" (mante-

nimento dell'equilibrio fra il flusso delle entrate, i contributi, e l'ammontare delle uscite, le pensioni), ha portato anche i nostri governi ad adottare provvedimenti per aumentare progressivamente l'età pensionabile. (9)

Anche a seguito di questi provvedimenti negli ultimi anni il tasso specifico di occupazione è aumentato in modo progressivo soltanto nella fascia di età 55-64 aa (vedi tabella qui sotto).

In un contesto in cui i lavoratori anziani stanno diventando una parte sempre più rilevante della forza lavoro, è fondamentale la valorizzazione dei loro punti di forza in modo da renderli una preziosa risorsa di esperienze, di competenze e di trasferimento di conoscenze per le giovani generazioni.

Infatti, sebbene le capacità fisiche e sensoriali generalmente peggiorino con l'invecchiamento, in realtà esistono delle grandi differenze interindividuali in relazione alla predisposizione genetica, alle malattie, stili di vita, forma fisica, livello d'istruzione e tipologia di lavoro. Inoltre con l'età molte funzioni migliorano a seguito della maggiore esperienza di vita e lavorativa, compensando il declino delle funzioni cognitive e delle capacità psicomotorie. In particolare migliora la percezione olistica e quindi la visione strategica e la capacità

TASSO SPECIFICO DI OCCUPAZIONE IN ITALIA

(Rapporto tra il numero di occupati in una fascia di età e la popolazione totale di quella fascia) x 100

Fascia di età	2011	2014	2018 (I° Trim.)
15-24 aa.	19,2	15,6	17,3
25-34 aa.	64,9	59,6	60,7
35-44 aa.	74,2	71,4	72,1
45-54 aa.	72,0	70,5	71,2
55-64 aa.	38,9	47,2	53,0

Tabella 1

di pianificazione, migliorano le capacità di giudizio e relazionali, aumentano la stabilità nei comportamenti, le competenze professionali, le conoscenze dell'organizzazione. In genere aumenta l'affidabilità, la dedizione al lavoro e l'importanza data alla sua qualità.

D'altra parte, più in generale, è evidente che quando ragioniamo sulle conseguenze dell'aumento dell'aspettativa di vita e quindi sull'invecchiamento della popolazione anche occupata, gli aspetti qualitativi contano forse più di quelli quantitativi.

Occorre cioè distinguere tra "aspettativa di vita" ed "aspettativa di vita attiva" e cioè in buona salute. Da qui l'attenzione sempre maggiore sull'aspettativa di «anni di vita in buona salute» attraverso la misurazione dell'Hly ("Healthy Life Years Index") che calcola alla nascita ed a determinate età il numero di anni che l'individuo potrà vivere senza malattie invalidanti (vedi tabella qui sotto).

Dall'analisi di questi dati emerge che l'Italia è tra i primi Paesi al mondo per aspettativa di vita, ma non lo è per l'aspettativa di vita in buona salute.

Pertanto "l'aspettativa di vita attiva", e cioè in buona salute, non è commisurata all'aspettativa di vita globale. Questo è un aspetto che dovrebbe essere tenuto in evidenza nelle riflessioni finalizzate a

delineare le strategie di politica sanitaria dei prossimi anni e non solo in ambito occupazionale. (10)

Priorità ed aspetti in evidenza dell'esposizione professionale

I rischi psicosociali

Le indagini dell'UE rivelano che oltre la metà dei lavoratori europei si lamentano per lo stress lavoro correlato e ritengono che il problema sia affrontato in modo inadeguato (EU-OSHA, 2015).

L'Italia è tra i paesi europei che hanno recepito l'Accordo quadro sullo stress lavoro-correlato dell'8 ottobre 2004 tra le parti sociali europee ed è uno dei pochi che ha introdotto l'obbligo giuridico della valutazione dei rischi collegati allo stress lavoro correlato.

Tuttavia si deve riconoscere che la metodologia valutativa finora prevalentemente adottata, incentrata nella sua fase preliminare, ed in genere conclusiva, sulla rilevazione di una serie di indicatori oggettivi, non ha consentito d'intercettare questo diffuso disagio lavorativo. (11)

Il sovraccarico biomeccanico

In base alle indagini dell'UE, i disturbi muscoloscheletrici da sovraccarico biomeccanico costituiscono il principale problema sanitario connesso al la-

voro, la prima causa di assenza per malattia e di inabilità permanente. (EU-OSHA, 2013).

Anche nel nostro Paese le malattie professionali più denunciate e riconosciute sono quelle del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo: nel 2017 hanno riguardato circa il 61% delle denunce (58.129).

Da sottolineare che questi dati generali nascondono una differenza di genere significativa: se le malattie citate rappresentano circa il 69% delle patologie maschili denunciate nel 2016, la stessa percentuale sale addirittura quasi al 90% per le donne: circa 15mila denunce delle quasi 17mila denunce complessive.

L'esposizione agli agenti cancerogeni

È la prima causa di mortalità professionale.

La Commissione UE pone la "lotta contro i tumori professionali" tra le iniziative fondamentali delle politiche dei prossimi anni in materia di salute e sicurezza sul lavoro. (12)

In Italia si stimano circa 4,2 milioni di lavoratori esposti ad agenti cancerogeni e cioè circa il 25% della forza lavoro (studio europeo CAREX). (13)

Anche assumendo le stime più prudenti, per il nostro Paese l'INAIL stima che i decessi per neoplasie professionali siano mediamente 6500-7000 casi all'anno.

ATTESA DI ANNI DI VITA IN BUONA SALUTE a 35 aa. (2014)

PAESE	DONNE		UOMINI	
	Attesa di vita sana	Attesa di vita	Attesa di vita sana	Attesa di vita
EU 28	8,6	21,3	8,5	17,9
DE	6,8	21,4	6,8	18,1
IT	7,3	22,8	7,8	19,2
ES	9,5	23,5	10,1	19,3
FR	10,7	24,0	10,4	19,7
DK	12,8	20,8	11,0	18,0
SE (2013)	15,4	21,0	14,0	18,5

Una valutazione dei rischi che tenga conto delle diversità

È un altro aspetto in evidenza nelle politiche europee in materia di salute e sicurezza.

Nonostante le differenze di genere, di età, di provenienza e di tipologia contrattuale siano aspetti della diversità della forza lavoro esplicitamente richiamati nel TU, tuttora la loro considerazione nella valutazione dei rischi e nei relativi documenti risulta spesso formale e superficiale.

L'art. 1 del TU, «Finalità», specifica che le disposizioni del decreto perseguono l'obiettivo di garantire l'uniformità della tutela anche con riguardo alle diversità con un evidente richiamo alla normativa contro le discriminazioni dei D. Lgs. vi 215 e 216 del 2003. (14)

L'art. 28 del TU dispone che i rischi connessi alle diversità siano "oggetto della valutazione dei rischi" nella consapevolezza che si tratta di condizioni che, insieme alla disabilità, influenzano la suscettibilità all'esposizione ai vari profili di rischio professionale.

L'aumento degli infortuni mortali

Dopo il calo negli anni precedenti, nel 2017 gli infortuni mortali sono aumentati con un incremento del 1,1% rispetto al 2016.

Nel 2018 permane questo trend negativo. In realtà quest'anno, dopo il significativo incremento registrato nei primi mesi (+ 11,6%) rispetto allo stesso periodo del 2017, gli open data dell'INAIL relativi al periodo gennaio - luglio avevano evidenziato una modesta diminuzione rispetto ai primi sette mesi del 2017: 587 casi contro i 591 dell'analogo periodo del 2017 (-0,7%).

Tuttavia gli "incidenti plurimi" accaduti nel mese di agosto, il crollo del ponte Morandi a Genova e gli incidenti stradali avvenuti in Puglia in provincia di Foggia con la morte di numerosi braccianti, hanno determinato nuovamente un'inversione di tendenza per cui le denunce di infortunio con esito mortale presentate nei primi otto mesi del 2018 sono state 713, 31 in più rispetto alle 682 dell'analogo periodo del 2017 (+4,5%) (dati aggiornati rispetto a quelli presentati con la comunicazione congressuale dello scorso giugno).

Si tratta di una tendenza molto preoccupante le cui cause sono complesse e

molteplici potendo riguardare non soltanto carenze o mancanze in una o più delle attività del sistema di prevenzione aziendale (valutazione dei rischi, misure preventive e protettive, informazione, formazione ed addestramento, mancata raccolta e gestione dei «quasi incidenti» e analisi inadeguata degli eventi pregressi), ma anche metodi e tecniche di lavoro inappropriati o comportamenti individuali imprevedibili o imprudenti e, nel caso del ponte Morandi, inquietanti carenze nel monitoraggio strutturale e nella manutenzione delle opere pubbliche.

Le malattie professionali

Dopo la diminuzione registrata nel corso di tutto il 2017, in controtendenza rispetto al costante aumento degli anni precedenti, nel 2018 le denunce di malattia professionale (MP) protocollate dall'INAIL sono tornate ad aumentare. In base agli open data dell'INAIL alla fine di agosto l'incremento delle denunce di malattia professionale si è attestato al +2,3%, pari a 901 casi in più rispetto allo stesso periodo del 2017 (da 39.318 a 40.219). (dati aggiornati rispetto a quelli presentati con la comunicazione congressuale dello scorso giugno)

Le patologie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (24.373 casi), con quelle del sistema nervoso (4.666) e dell'orecchio (3.087), continuano ad essere le prime tre malattie professionali denunciate costituendo l'80% del totale. Seguono le denunce di patologie del sistema respiratorio (1.799) e dei tumori (1.599).

Secondo recenti stime del Centro studi della Fondazione Ergo di Varese i costi annuali delle MP, tra costi diretti (spese sanitarie, da interventi di sostegno e riabilitazione, perdita della qualità della vita, aumento dei premi assicurativi) ed indiretti (perdita di giornate lavorative, perdita di produttività, costi legali ed amministrativi), ammontano a circa 8 miliardi di euro ovvero circa mezzo punto di PIL.

I costi della «non sicurezza»

Più in generale, anche se i dati disponibili non consentono di determinare con precisione i costi diretti ed indiretti degli infortuni e delle malattie professionali, esistono delle stime fondate che indicano quanto il dato sia significativo. (15)

In particolare in Italia l'INAIL stima che il danno economico sia superiore al

Fattori di rischio	% DALY sul totale
Tabacco	17,9
Ipertensione arteriosa	16,8
Sovrappeso / obesità	8,4
Sedentarietà	7,7
Iperglicemia	7
Ipercolesterolemia	5,8
Basso consumo di frutta e verdura	2,5
Inquinamento atmosferico	2,5
Alcol	1,6
Rischi lavorativi	1,1

La tabella riporta i maggiori fattori di rischio in termini di perdita di anni di vita in buona salute (DALYs) nelle nazioni ad elevato reddito. Fonte: OMS

3% del PIL (circa 50 miliardi di euro).

... Eppure ritornano

Segnalazione del Dipartimento della Prevenzione della Regione Veneto su “Marmo artificiale e ripresa della silicosi” (14 maggio 2018): il Dipartimento di Prevenzione della Regione Veneto segnala l’insorgenza di nuovi casi di silicosi in 15 lavoratori, addetti alla produzione e lavorazione del marmo artificiale che, in assenza o ridotte misure preventive, rappresenta un serio rischio per l’insorgenza di questa patologia, di rara osservazione ai nostri tempi. Lo scopo della segnalazione è di sensibilizzare i medici competenti e i pneumologi al fenomeno e perché indirizzino ai centri specializzati i casi sospetti... Peraltro già nel 2012 l’ASL della Versilia aveva disposto un’indagine conoscitiva sul territorio sul rischio di silicosi derivante da lavorazioni a secco di materiali tecnici in quarzo/resina.

Dalla promozione della salute al total worker health

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nei Paesi come l’Italia è attribuibile ai rischi occupazionali circa l’1,1% del totale degli “anni di vita in buona salute persi” (DALY: disability-adjusted life year), mentre le conseguenze di comportamenti individuali come il fumo, l’ipertensione, il sovrappeso, la sedentarietà, sarebbero da soli responsabili di circa il 50% della perdita totale di DALY (vedi tabella pagina precedente).

La tabella riporta i maggiori fattori di rischio in termini di perdita di anni di vita in buona salute (DALYs) nelle nazioni ad elevato reddito. Fonte: OMS

In Europa le patologie croniche determinano:

- 86% di tutti i decessi
- 77% del carico di malattia.

Alcuni fattori di rischio sono modificabili attraverso le politiche di promozione della salute orientate al miglioramento dei comportamenti e degli stili di vita. D’altra parte il confine tra ambiente di

lavoro ed ambiente di vita è sempre più labile e questo si riflette sempre di più nella genesi e nel decorso delle patologie: malattie che non riconoscono un’origine lavorativa possono aggravarsi a causa del lavoro, mentre i comportamenti, gli stili, l’ambiente e la qualità della vita possono aggravare quelle di origine professionale ed anche contribuire alla loro determinazione.

Tutto questo si riflette nella crescita delle patologie correlate al lavoro a genesi multifattoriale, comprese quelle da micropoesposizioni ubiquitarie.

“Migliorare la prevenzione delle patologie correlate al lavoro attraverso il contrasto dei rischi esistenti, nuovi ed emergenti”, rappresenta la “seconda sfida” della EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020. Pertanto le politiche per la salute devono essere in grado di intercettare e di intervenire su queste reciproche interferenze e relazioni.

Conseguentemente anche il concetto di “promozione della salute” negli ultimi anni si sta evolvendo verso un approccio più complessivo che è quello del Total Worker Health (TWH), marchio registrato nel 2012 dal National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).

Il TWH ha l’obiettivo di promuovere il benessere globale del lavoratore attraverso l’integrazione della promozione di stili di vita più virtuosi e degli interventi per il miglioramento della qualità complessiva del lavoro con un insieme di altre misure più “politiche” di supporto e sostegno sociale, sanitario ed economico, di miglioramento di vari aspetti della qualità e dell’ambiente di vita.

L’insieme di questi interventi è indicato nel documento “Issues Relevant to Advancing Worker Well-being, Through Total Worker Health”, NIOSH 2015.

Peraltro tutto questo è in sintonia con la definizione dell’OMS di promozione della salute: “un processo sociale e politico globale” che non comprende soltanto “azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche”, con l’obiettivo di attenuare l’impatto sulla salute di tutto quanto è sfavorevole alla stessa e, contestualmente, di incrementare quanto può invece migliorarla. (16)

Nuove sfide ed opportunità per il medico competente

Abbiamo di fronte una realtà complessa e dinamica che pone nuove sfide ma presenta anche molte opportunità. Siamo attrezzati per affrontarla?

Innanzitutto possiamo fare affidamento su un ordinamento giuridico nel quale, a partire dalla Costituzione (articoli 32 e 41), la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro è uno dei principi fondanti. (17)

In secondo luogo il sistema di prevenzione aziendale può avvalersi di un modello operativo ormai consolidato e sperimentato, basato sulla valutazione e la gestione dei rischi, sulla formazione e la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, che è sicuramente in grado di intercettare le eventuali criticità comportate dai cambiamenti e dalle innovazioni e di gestirle.

Infine riteniamo che il modello di MC sviluppato e promosso dall’ANMA di consulente “globale” dell’impresa in materia di tutela della salute e non mero esecutore della sola sorveglianza sanitaria, possa supportare l’impresa nel cogliere le opportunità del cambiamento in termini di miglioramento del lavoro, ma anche nel gestirne le criticità. (18)

Tuttavia va riconosciuto che il TU non ha finora facilitato l’espressione di questo modello di MC.

In particolare risulta ormai inderogabile il superamento delle ambiguità e dei vincoli che tuttora permangono per il ruolo collaborativo del MC nel processo di valutazione dei rischi (art. 29, c.1 del TU: “... nei casi di cui all’articolo 41”.

Riteniamo il TU, e prima ancora il “626”, una legge fondamentale specialmente per il superamento del concetto della “presunzione legale del rischio” che aveva permeato le nostre, comunque avanzate, normative in materia di sicurezza degli anni ’50.

Tuttavia, più in generale, vi è il timore che il TU possa essere in affanno nel riuscire a continuare a garantire le tutele di fronte all’evoluzione tecnica ed organizzativa del lavoro e le sue prevedibili accelerazioni nei prossimi anni.

Per quanto ci riguarda negli ultimi anni questa inadeguatezza è emersa di fronte alla crescente domanda delle imprese di una consulenza più ampia su temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica.

Molti di noi, dopo la testimonianza dei cambiamenti che negli ultimi decenni la contrazione del settore secondario e l'espansione di quello terziario hanno implicato anche nella tutela della salute nei luoghi di lavoro, ora si apprestano ad affrontare una nuova fase industriale che comporterà dei rilevanti cambiamenti anche nei profili di rischio.

In generale, il processo di progressiva scomparsa dai cicli lavorativi dei rischi professionali "storici" del settore secondario, di cui siamo già stati testimoni negli ultimi decenni con il passaggio al terziario, potrà avere un'ulteriore accelerazione. In particolare ci si aspetta che la maggiore informatizzazione ed automazione dei processi produttivi, migliorando l'interfaccia uomo-macchina, possa migliorare anche le condizioni di lavoro in termini di sicurezza e di ergonomia "fisica" (19), determinando una serie di riflessi positivi:

- Maggiore controllo dei rischi da sovraccarico biomeccanico che costituiscono ormai da anni la principale causa di disagio e di riconoscimento di malattia professionale;
- Diminuzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- Facilitazione del reinserimento dei lavoratori con ridotta capacità lavorativa anche per il miglioramento degli interventi di accomodamento ragionevole; (20)
- Miglioramento della gestione dell'invecchiamento della forza lavoro.

Negli ultimi anni hanno assunto particolare rilievo anche per il MC proprio le problematiche correlate all'invecchiamento della forza lavoro.

Oltre che dalla ricorrente carente considerazione di questo aspetto nella valutazione del rischio (21), le criticità per il MC derivano sostanzialmente dalla ancora frequente insufficiente consapevolezza sia delle implicazioni sanitarie del fenomeno, che degli adattamenti tecnici ed organizzativi necessari negli ambienti di lavoro a seguito delle variazioni con l'età della capacità lavorativa. Tutto ciò ha di fatto finora scaricato il "problema" principalmente sulle spalle del MC che sempre più spesso si è trovato nella condizione di dover accertare giudizi di idoneità con forti limitazioni o, addirittura, di inidoneità, provocan-

do l'emarginazione o addirittura l'esclusione del lavoratore "anziano", rendendo sempre più difficile l'organizzazione del lavoro e la gestione del personale e finendo così con l'essere percepito come il fattore critico del sistema. (22)

Tuttavia, anche se in ritardo rispetto ad altri, negli ultimi anni anche nel nostro Paese è aumentato l'interesse verso il cosiddetto "invecchiamento attivo" e cioè "la creazione delle condizioni per permettere agli anziani di condurre vite socialmente ed economicamente attive" (Ocse), attraverso una serie di azioni finalizzate a sostenere la loro capacità lavorativa. (23)

Queste azioni, incentrate sulla reciproca promozione tra lavoro e salute, comprendono anche "la promozione della salute e della sicurezza" ed il "miglioramento dell'ambiente di lavoro dal punto di vista fisico, mentale e sociale", due aree nelle quali il contributo del MC è fondamentale.

Peralto la forte automazione ed informatizzazione dei processi produttivi, avrà dei riflessi non soltanto sui vari aspetti dei profili delle mansioni inerenti l'ergonomia "fisica", ma farà emergere in modo rilevante anche le tematiche riguardanti l'ergonomia "cognitiva" (24), mentre l'impatto sull'organizzazione del lavoro e l'emersione di nuove forme di lavoro potranno comportare frequenti problematiche nell'ambito dell'ergonomia "organizzativa". (25)

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

Pertanto le opportunità di consulenza alle imprese per la verifica dell'impatto che le innovazioni tecniche ed organizzative hanno sul carico fisico e mentale del lavoro e la prevedibile emersione di nuove rilevanti tematiche in materia di ergonomia cognitiva ed organizzativa, impongono al MC di attrezzarsi per assumere anche in tali contesti, in una logica di approccio multidisciplinare, un ruolo di protagonista.

D'altra parte il MC dovrà anche affrontare il tema dell'adeguamento dei suoi modelli operativi.

Soprattutto i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro e lo sviluppo di nuove forme di lavoro, peraltro già fortemente in atto, impongono al MC una rifles-

sione anche su un nuovo modello per la gestione della sua attività sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi ed operativi che per quelli relazionali.

Per vari aspetti il punto di vista del MC è privilegiato.

È l'unico medico che monitora in modo sistematico delle "coorti" di popolazione attraverso la sorveglianza sanitaria potendo anche contribuire al miglioramento dei comportamenti, sia dentro che fuori il lavoro, attraverso la collaborazione alla formazione dei lavoratori ed alla promozione della salute.

È il medico che ha più in evidenza la reciprocità tra lavoro e salute e le interferenze tra l'ambiente di lavoro e quello di vita nella genesi e decorso delle patologie non solo professionali.

In quanto medico del "lavoro" ha la necessità di aprirsi anche alle discipline afferenti al mondo del lavoro (tecniche, sociali, economiche e giuridiche) per poter comprendere ed interpretare al meglio i suoi continui cambiamenti e poterne valutare le implicazioni per la salute dei lavoratori.

È uno dei pochi medici che ha ancora una visione clinica complessiva dell'individuo e che quindi, anche in relazione alla velocità con cui crescono le conoscenze scientifiche, ha una forte, continua, inderogabile necessità di confrontarsi con i colleghi delle altre discipline mediche specialistiche.

Lavoro e salute sono dei reciproci determinanti.

Cambia il lavoro, ma cambiano e crescono rapidamente anche le conoscenze nei vari campi della clinica.

Pertanto, per poter interpretare al meglio le interferenze tra lavoro e salute, il MC ha l'esigenza di un aggiornamento clinico continuo, ma ha anche la necessità di conoscere e saper interpretare i cambiamenti che avvengono nel mondo del lavoro, tenendo viva l'attenzione anche verso l'ambiente di vita.

SII UMILE, MA PROATTIVO

SII CURIOSO,
MANTIENI LA MENTE APERTA

PROMUOVI
IL LAVORO DI SQUADRA

SII ATTENTO ALLE
ASPETTATIVE SOCIALI

1. «La medicina di azienda è un'arte particolare: è una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica... Presupposto fondamentale della medicina aziendale è una profonda conoscenza della azienda, dei suoi pericoli per la salute, del suo funzionamento...», maggio 1987;
2. «...Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori», ottobre 1997;
3. Lo scorso 25 maggio la Filt Cgil Milano ha proclamato il primo «sciopero di tutti i lavoratori che consegnano merce e cibo mediante l'utilizzo di cicli e motocicli...» a seguito del grave infortunio sul lavoro costato l'amputazione di una gamba a un rider 28enne... La Filt Cgil chiede «l'immediata convocazione di un tavolo di confronto al fine di concordare le forme migliori di contrattualizzazione dei lavoratori interessati, la modalità di organizzazione del lavoro, le corrette retribuzioni, le giuste tutele per l'incolumità di chi quotidianamente opera sulle strade delle città, la corretta formazione per la sicurezza, un adeguato investimento sugli strumenti di lavoro, la necessaria tutela sanitaria e professionale» - La Repubblica, 19 maggio 2018;
4. Il vicepremier Di Maio incontra i rider: «Simbolo di una generazione abbandonata». «Il neoministro del Lavoro li rivedrà la prossima settimana, per arrivare a un tavolo condiviso di tutele». La Cgil: «Bene, ma bisogna affrontare questi temi nel rispetto delle relazioni industriali» - Corriere della Sera, 4 giugno 2018;
5. Sodexo, Global Workplace Trend 2018;
6. Per «Internet delle cose» (Internet of Things o IoT) s'intende l'estensione di internet al mondo degli oggetti e dei luoghi concreti, per cui oggetti, persone e dispositivi informatici sono interconnessi in un'unica rete e dialogano fra loro. I vantaggi non sono soltanto per il mondo del lavoro in termini di efficienza, flessibilità e controllo dei processi produttivi, ma anche per gli ambienti di vita extra-lavorativa;
7. Il report *The future of the job*, presentato in occasione del World Economy Forum del gennaio 2016, stima in circa 5 milioni i posti di lavoro che saranno persi nel periodo 2016 - 2019. In Italia si prospetta un sostanziale pareggio: 200mila posti di lavoro persi, ma altrettanti creati. In ogni caso sono dati da tenere in evidenza da parte dei MC che ben conoscono gli effetti che la perdita del posto di lavoro può avere sulla salute in termini di sofferenza fisica, mentale e sociale anche per un evidente maggiore rischio di espulsione dal mondo del lavoro dei lavoratori che hanno una maggiore difficoltà a ricollocarsi e cioè degli anziani per la minore capacità di adattarsi ai cambiamenti;
8. M. Héry, C. Levert «Quelle prise en charge des risques professionnels en 2040? Retour sur un exercice de prospective», *References en sante au travail*, n. 149, Mars 2017, INRS;
9. L'invecchiamento della popolazione è dovuto alla combinazione tra l'aumento della speranza di vita e la diminuzione della natalità: l'Organizzazione Internazionale per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (Ocse) prevede che nel 2050 in Italia ci saranno 74 persone over 65 anni ogni 100 di età compresa fra i 20 e 64 anni (rispetto al 38% di oggi), rendendo l'Italia il terzo più vecchio Paese Ocse dopo il Giappone (78) e la Spagna (76) - Volume «Preventing Ageing Unequally», Ocse 2017;
10. In particolare per l'ambito occupazionale si rimanda ai lavori dell'Istituto Finlandese per la Salute sul Lavoro (FIOH) in materia di valutazione, sostegno e miglioramento della capacità lavorativa dei lavoratori anziani;
11. INAIL «la metodologia per la valutazione e la gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.», ultimo aggiornamento nel 2017;
12. CE «Lavoro più sicuro e sano per tutti - Aggiornamento della normativa e delle politiche dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro», gennaio 2017;
13. CARcinogen EXposure: studio multicentrico europeo condotto negli anni '90 che ha portato all'elaborazione di un sistema informativo internazionale sulle esposizioni professionali a cancerogeni noti e sospetti;
14. Il D. Lgs. 215/03 recepisce la direttiva 43/04 CE contro le discriminazioni di origine etnica e per motivi di razza; il D. Lgs. 216/03 recepisce la direttiva 78/03 CE in materia di discriminazioni per motivi di orientamento sessuale, di età, di handicap, di convinzioni personali o religiose;
15. *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources* - European Risk Observatory, European Agency for Safety and Health at Work, 2017;
16. *Health Promotion Glossary*, OMS, 1998;
17. A tale proposito si veda la sentenza n. 58 del 23 marzo 2018 della Corte Costituzionale, nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 3 del decreto legge 4 luglio 2015, n. 92 «Misure urgenti per l'esercizio dell'attività di impresa di stabilimenti oggetto di sequestro giudiziario»: è costituzionalmente illegittimo il provvedimento legislativo che privilegia in modo eccessivo l'interesse alla prosecuzione dell'attività produttiva, trascurando del tutto le esigenze di diritti costituzionali inviolabili legati alla tutela della salute e della vita cui deve ritenersi inscindibilmente connesso il diritto al lavoro in ambiente sicuro e non pericoloso;
18. Basandosi sul percorso che la «medicina d'azienda» ha seguito negli ultimi decenni in uno stretto intreccio con l'evoluzione della medicina del lavoro, ANMA ha sviluppato e promosso un modello di MC:
 - Inserito nel contesto aziendale (Vigliani);
 - Che fonda la sua attività sul lavoro di squadra, attraverso un approccio interdisciplinare (Grieco);
 - Che è fortemente coinvolto dalle innovazioni tecniche ed organizzative del mondo del lavoro (Costa);
19. Insieme dei fattori anatomici e biomeccanici relativi all'interazione dell'uomo con le macchine/attrezzature utilizzate e l'ambiente di lavoro: postura, sovraccarico biomeccanico, illuminazione, microclima, rumore, spazi operativi e layout delle attività. In generale l'incidenza dei fattori fisico ambientali sulle condizioni di benessere e salute del lavoratore;
20. Per «accomodamento ragionevole» si intendono le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, 15.11.2007);
21. Per una disamina su questi aspetti si rimanda a: Tiziana Vai, Olga Menoni, Donatella Talini, Marco Tasso, *La valutazione dei rischi tenendo conto dell'età dei lavoratori*, *Aging E-book*, il Libro d'argento su Invecchiamento e Lavoro, CIIP, maggio 2017;
22. Questi aspetti sono stati oggetto della ricerca «Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN. Dimensione del fenomeno e proposte» del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi di Milano. La ricerca è stata pubblicata nel dicembre 2015 ed ha coinvolto 49 Aziende sanitarie pubbliche: 33 Aziende Sanitarie Locali, 14 Aziende Ospedaliere e 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per un totale di 137.422 dipendenti, pari a oltre un quinto dei dipendenti del SSN. Dopo la rilevazione quantitativa del fenomeno e l'analisi dei casi aziendali, la ricerca si conclude con una serie di suggerimenti di policy e management.
23. Si rimanda ai documenti del FIOH sul «Work Ability Concept», sul «Work Ability Index» e sulle azioni per la promozione della capacità lavorativa;
24. L'ergonomia cognitiva si occupa dell'interazione tra l'uomo e gli strumenti per l'elaborazione delle informazioni, studiando i processi cognitivi coinvolti (percezione, attenzione, memoria, pensiero e linguaggio) e suggerendo soluzioni per il miglioramento dell'interazione;
25. L'ergonomia organizzativa si occupa dell'organizzazione del lavoro, intervenendo sulle dimensioni sociali, cognitive, relazionali e fisiche dell'ambiente di lavoro ed individuando strumenti per la prevenzione dei rischi psicosociali e per il miglioramento del benessere nei luoghi di lavoro.

Promozione della salute. Una sfida per medici competenti, aziende e collettività

Cronaca di una giornata di studio a Trento.

Negli ultimi dieci anni, vari fenomeni economici, sociali e politici hanno modificato il panorama lavorativo nazionale ed europeo: fra questi, gli effetti della crisi economica, il prolungamento dell'età lavorativa, la progressione della globalizzazione.

Questi mutamenti stanno mettendo a dura prova i nostri modelli produttivi perché, fra l'altro, richiedono un aumento di produttività spesso a fronte di una performance lavorativa ridotta anche per motivi di salute in molti casi prevenibili con la modifica di comportamenti non salutari.

La tutela della salute generale dei lavoratori, e non più solo la prevenzione primaria e secondaria delle patologie lavoro-correlate, ha assunto quindi un ruolo sempre più rilevante. L'Agenzia Europea per la salute e sicurezza ritiene inoltre che la promozione della salute rappresenti un presidio essenziale per contrastare l'impatto dell'invecchiamento sul lavoro.

La sorveglianza sanitaria periodica sul lavoro costituisce un contesto privilegiato per la realizzazione di interventi di promozione della salute, con un atteso impatto positivo per i lavoratori (miglioramento della qualità di vita e del lavoro) ma anche per le aziende (minore assenteismo, maggiore produttività) e la collettività (minori costi sanitari).

Nell'ambito della settimana europea della sicurezza 2018, il 26 ottobre scorso si è svolto a Trento un seminario dal titolo "La promozione della salute sul lavoro: una sfida per medici competenti aziende e collettività".

L'evento è stato organizzato congiuntamente da ANMA e dalla Sezione Triveneta SIML (Presidente Prof.ssa Francesca Larese Filon). Oltre ai medici competenti l'evento ha interessato tecnici della sicurezza, RSP, Psicologi del lavoro, dirigenti pubblici e privati, RLS e sindacalisti.

Oltre ai "tecnici", hanno partecipato come relatori vari rappresentanti istituzionali: Dipartimento salute della Provincia Autonoma di Trento, Associazione industriali, Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Direzione provinciale INAIL.

Inizialmente, una intensa "lectio magistralis" del Dr. Marco Cremaschini (Resp. Progetto WHP Bergamo) ha esposto, tra l'altro, il risultato di studi metanalitici, da cui emerge l'efficacia e l'utilità della WHP sia per i lavoratori che per le aziende. (Vedi tabella)

Successivamente è stato esposto il punto di vista dei medici competenti. È stata evidenziata la necessità che gli interventi di promozione della salute coinvolgano anche aspetti comunicativi e

psicologici come ad esempio l'autostima, la motivazione e il coinvolgimento nel lavoro. Sono state anche prese in esame le competenze e la abilità che il medico del lavoro dovrebbe essere in grado di mettere in campo per il successo dell'iniziativa di promozione, compresa la funzione di promozione e supporto alle campagne pubbliche di prevenzione, come illustra la figura che segue.

Particolare risalto è stato dato dal dr. Patanè, Vicepresidente ANMA, al Work Ability index (WAI) nella valutazione del livello percepito di salute come indicatore di performance attuale e futura del lavoratore

I rappresentanti delle principali istituzioni delle associazioni dei datori di lavoro hanno poi confermato il loro concreto interesse alla WHP. Pur in un momento di transizione politica, il dr. Fedrigotti (Direzione Generale Dipartimento Salute della PAT) ha manifestato l'interesse e la volontà di sostenere la WHP. In particolare la dottoressa Marconi (Dirigente provinciale Inail Trento) ha sottolineato l'insufficiente utilizzo degli sconti tariffari previsti dall'OT 24 anche per la promozione della salute, che possono arrivare al 28% del premio assicurativo INAIL e quindi essere vantaggiosi anche per le PMI.

Autore e anno	Caratteristiche della Metanalisi	Risultati
Soler 2010 (Community Guide 86 studi)	<p>Studia caratteristiche associate all'efficacia, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dedicare un primo step all'analisi dei bisogni di salute, dei comportamenti e FR, • restituire feedback individuali e indicazioni per mettere in atto dei cambiamenti o suggerimenti di iniziative • realizzare interventi di prevenzione e di promozione della salute sul luogo di lavoro 	Si riduce l'uso di tabacco, l'abuso di alcol, il consumo di grassi saturi, aumentano i livelli di attività fisica, si riducono i livelli alti di PA e di colesterolo e l'utilizzo di prestazioni sanitarie.
Rongen 2013 (18 studi)	Studia programmi inerenti all'attività fisica, la nutrizione salutare, la perdita di peso o la cessazione del fumo	Efficacia anche su salute percepita, assenze per malattia, produttività, work ability. Più efficaci su white collar, giovani, e se contatto con i lavoratori frequente
Goetzel 2014	Studia l'evidenza accumulata nei tre passati decenni su outcomes di salute e finanziari.	Programmi ben studiati, ben eseguiti e basati sui principi dell'evidenza possono raggiungere outcomes positivi in termini sia di salute che finanziari.
Feltner 2016 (15 studi)	Studia approccio integrato, in differenti settori lavorativi e diverse tipologie di aziende. Valuta gli esiti su stato di salute, sicurezza e stili di vita.	Efficacia rispetto alla cessazione del fumo, consumo di frutta e verdura, riduzione sedentarietà.

Il dottor Uber (Azienda Provinciale Servizi Sanitari) ha poi sottolineato da una parte il necessario coinvolgimento da parte dell'APSS in seguito all'inclusione della promozione della salute nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e, da dall'altra, i rischi di una eccessiva medicalizzazione della WHP.

In generale, i relatori hanno sottolineato le possibili criticità nella realizzazione di iniziative di promozione della salute:

- manca di risorse (sostegni esterni?);
- gestione della sicurezza del lavoro percepita inadeguata;
- limitata flessibilità organizzativa;
- scarso interesse di aziende e lavoratori;
- rifiuto del cambiamento di abitudini

- o pratiche personali o lavorative;
- f) clima aziendale compromesso;
- g) bassi compensi economici;
- h) mancanza di continuità dei programmi;
- i) inadeguata o inefficace informazione e coinvolgimento della gerarchia e dei lavoratori.

Nella seconda parte dell'evento hanno avuto la parola vari relatori che hanno portato la loro testimonianza di iniziative di promozione della salute sul lavoro.

Il dr. Carlo Venturini (Direzione Struttura Complessa Ambienti di lavoro AAS 5 "Friuli Occidentale") ha descritto il recente avvio della rete WHP regionale del Friuli Venezia Giulia (<https://retewhpfvg.org/>), utilizzando in gran parte il modello proposto dal Pro-

getto WHP Bergamo.

Si sono poi succedute sette testimonianze di iniziative WHP già realizzate o in corso di svolgimento in aziende od organizzazioni trentine, fra le quali spiccano quelle messe in atto dalla Provincia Autonoma di Trento per la gestione dell'aging (<https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Pat4Young-il-benvenuto-ai-57-giovani-neoassunti>) e il Progetto Key2Health della Fondazione Bruno Kessler (<http://www.key2health.com/>) sui fattori di rischio cardio-vascolare e di diabete tipo 2. Anche le aziende private si sono avvicinate alla WHP con iniziative ancora sporadiche ma molto gradite dai lavoratori e dalla gerarchia aziendale.

REQUISITI DEL MEDICO COMPETENTE PER WHP

- **Competenze aggiornate** in medicina preventiva, rischi psico-sociali, disagio psichico e invecchiamento al lavoro.
- Conoscenza delle **campagne di prevenzione pubbliche**.
- **Competenze comunicative** adeguate in particolare per il counselling.
- Capacità di **lavoro in gruppo**.
- **Capacità progettuali e organizzative** anche in relazione alla sostenibilità dei costi diretti e indiretti della WHP.
- **Competenze statistiche ed informatiche** (per analisi dei risultati e integrazioni con gli interessati e con il gruppo di lavoro).

Strumenti informatici e disturbi muscolo-scheletrici

Si legge sempre più spesso, su testate giornalistiche non scientifiche, di un presunto allarme sul 'collo da tablet', malattia dilagante, che seguirebbe analoghe patologie storiche, quali il 'ginocchio della lavandaia' o il 'gomito del tennista'.

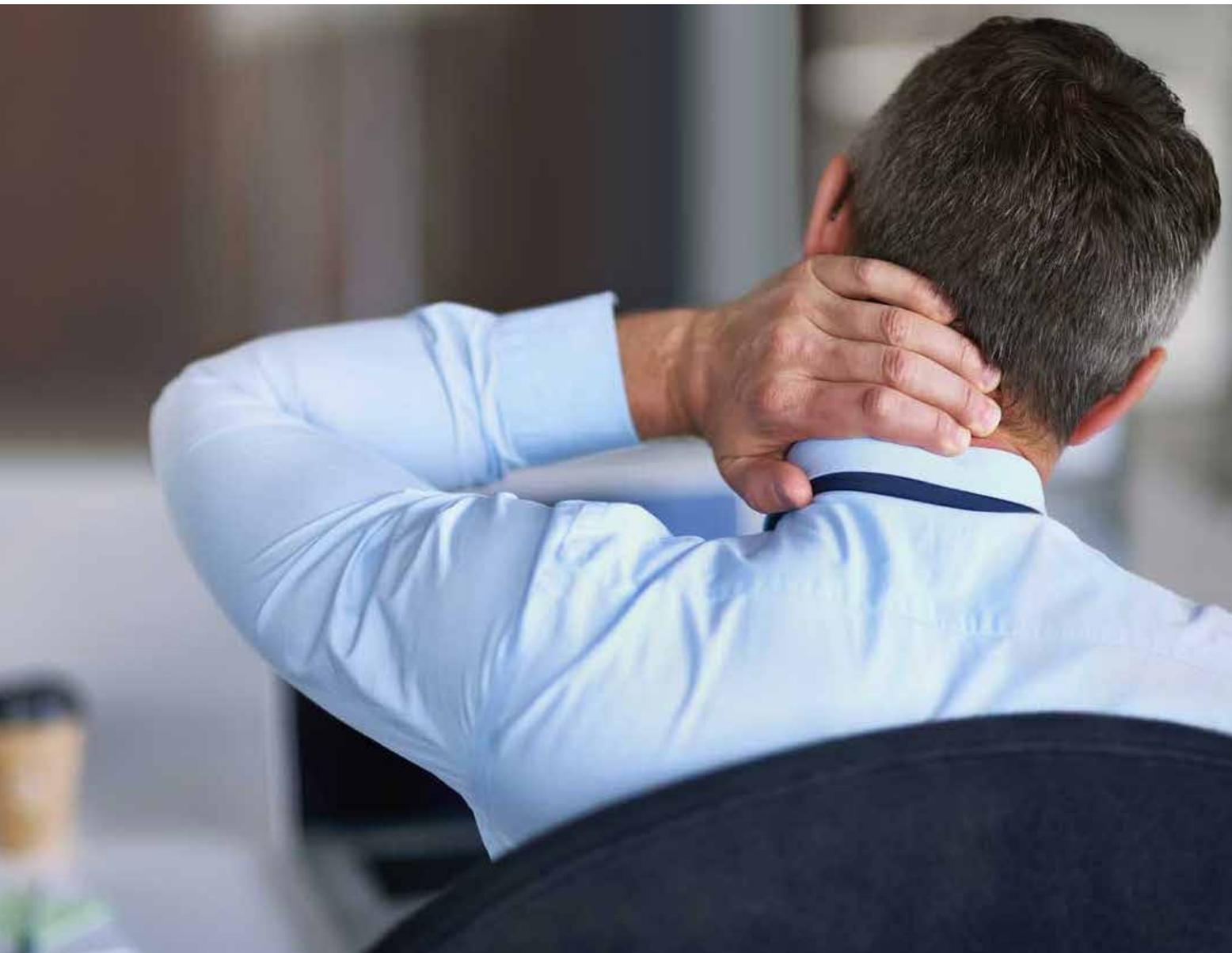
Si legge sempre più spesso, su testate giornalistiche non scientifiche, di un presunto allarme sul 'collo da tablet', malattia dilagante, che seguirebbe analoghe patologie storiche, quali il 'ginocchio della lavandaia' o il 'gomito del tennista'.

La realtà, come spesso accade, è più ampia e articolata e richiede anche una di-

stinzione fra danni permanenti e disturbi, malattie professionali e patologie lavoro correlate/accentuate, popolazione in senso lato e platea di operatori professionali. In sintesi, l'enfasi dei media non aiuta ad analizzare le complesse criticità sulla salute, che peraltro riguardano più spesso l'utilizzo dello smartphone (Personal Digital Assistant o PDA-phone) anche in ambito lavorativo.

Oltre 8 anni fa ci siamo occupati di tali problematiche (nella rubrica 'Ufficio & Salute di Medico Competente Journal n°1/2010), trattando un caso di tendinite dell'abducente del pollice (M. De Quervain) in utilizzatrice di smartphone (il 'blackberry thumb' degli americani), nel 2012 definendo per la prima volta un decalogo per la prevenzione dei disturbi muscoloscheletrici da uso





di PDA-phone (MCJ n°4/2012) e infine nel 2014, introducendo una tabella unica, che orienta il medico competente nelle idoneità con prescrizione del videoterminalista, a fronte di una patologia muscolo-scheletrica dell'arto superiore (MCJ n°4/2014). Perciò i problemi ci sono, ma c'è anche l'intenzione di approfondirli, formulando soluzioni pratiche.

Non rappresentano invece una novità assoluta i disturbi a carico di spalle e collo che Grieco e Coll. sin dal 1998 avevano descritto in utilizzatori di macchine da scrivere e fra i 'primi videoterminalisti'. E da qualche anno si parla di 'Text Neck Syndrome', per riassumere i sintomi riferiti da chi mantiene per lungo tempo il capo flesso in avanti, soprattutto nell'utilizzo di smartphone: dolore a collo, spalle e tratto cervicale

e mal di testa, oltre ad aumento della curvatura della colonna vertebrale (A. Sacco 2018).

Per quanto riguarda la definizione utilizzata nei recenti articoli comparsi nel web "collo da tablet", l'utilizzo di 'schermi tattili' prevede generalmente l'appoggio su un piano di lavoro che, subordinato alla corretta angolazione rispetto alla superficie di appoggio (obliquo in prevalente lettura e 'quasi piatto' in prevalente digitazione), può limitare disturbi e sintomi a carico di colonna cervicale, collo ed arti superiori (A. Sacco 2018).

Infine, va ricordato che esiste una legislazione dedicata ai luoghi di lavoro, almeno per personal computer da tavolo e portatili, che ancora oggi non gode di un ampio e convinto recepimen-

to. Il D. Lgs. 81/08 e s.m.i. prevede, in estrema sintesi, una sorveglianza sanitaria mirata, pause di 15 minuti ogni due ore, formazione specifica e adeguato layout della postazione dotata di videoterminale, che possono annullare le conseguenze sulla salute di un utilizzo intenso e prolungato e costituire anche un riferimento per l'utilizzo domestico o ludico.

Invece l'utilizzo degli altri strumenti informatici, in primis gli smartphone, non richiede al momento il recepimento di obblighi di Legge, ma paradossalmente può esporre a rischi anche maggiori, a causa delle particolari modalità di utilizzo e di altri fattori non trascurabili, quali impegno visivo protratto e ravvicinato, campi elettromagnetici e tecnostress.

Stress lavoro-correlato: alcune riflessioni sull'aggiornamento INAIL del 2017.

È trascorso un anno dalla pubblicazione da parte di INAIL del manuale “La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato”. Tale monografia è la nuova edizione aggiornata del testo del 2011 “Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato”. In questo articolo provo ad illustrare quali sono le novità di tale aggiornamento alla luce della mia esperienza di consulente in questi ultimi sei mesi.

Una premessa: l'impianto metodologico è sostanzialmente invariato.

Il processo di valutazione e gestione del rischio si compone sempre di 4 fasi (fase propedeutica, fase della valutazione preliminare, fase della valutazione approfondita, fase di pianificazione degli interventi correttivi e piano di monitoraggio) e l'algoritmo, o diagramma di flusso come lo si preferisce definire, che raccorda tra loro le 4 fasi è identico a quello del 2011.

Esiste però una novità sulla quale vorrei focalizzare l'attenzione e riguarda un'importante indicazione metodologica: si consiglia infatti di utilizzare in fase preliminare degli strumenti indicati come propri della fase approfondita. Questo nuovo approccio mi trova decisamente favorevole e mi conforta nella scelta professionale poiché da anni

mi muovo in questa direzione. Quando vengo chiamato come consulente sulla valutazione dello stress lavoro-correlato spiego che questo obbligo normativo può trasformarsi in una proficua occasione di crescita per l'azienda. Il processo di valutazione può trasformarsi infatti in una analisi di clima organizzativo con conseguenti azioni migliorative mirate (al di là della mera diagnosi “a semaforo” che scaturisce dalla compilazione della checklist). È in questa ottica propongo sempre almeno qualche focus group o intervista per poter ascoltare e dialogare con un campione rappresentativo dei lavoratori. Ma vediamo i passaggi del manuale dove si auspica tale approccio:

[...] applicando un percorso che “al di là del mero rispetto degli obblighi della normativa, venga intrapreso quale opportunità di sviluppo e accrescimento del

benessere e della produttività dell'azienda” (pag. 10)

E inoltre, in merito alle misure correttive:

«L'approccio preliminare, proprio per le sue caratteristiche di semplicità e per il coinvolgimento di un numero limitato di attori, può non sempre rendere chiara la necessità di adottare misure correttive ovvero il tipo di misure da adottare. In tale ottica, la discrezionalità del DL - e di chi lo coadiuva nel processo valutativo - di passare ad una fase di approfondimento, anche limitatamente ad alcune partizioni organizzative, può essere un ragionevole approccio da adottare» (pag.15)

E successivamente viene ulteriormente specificato che:

«Mentre in prima istanza si interpretava che il passaggio alla fase approfondita fosse da effettuare solo in caso gli inter-

venti messi in atto a seguito della valutazione preliminare si fossero rivelati inefficaci, la Commissione per gli interpellati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha chiarito che «[...] il datore di lavoro potrà utilizzare [...] anche nella fase preliminare della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato strumenti usualmente riservati alla valutazione approfondita, al fine di individuare con maggiore precisione gli interventi da adottare in concreto» (pag.15)

Ricapitolando: per ottemperare all'obbligo normativo è sufficiente il solito algoritmo, se si desidera un'occasione di sviluppo del potenziale di benessere e produttività della propria azienda è necessario utilizzare da subito degli strumenti propri della fase approfondita. Le novità dell'aggiornamento riguardano inoltre cambiamenti di tipo tecnico e documentale: i sistemi di calcolo della lista di controllo; i valori soglia delle fasce di rischio sia del questionario che della lista di controllo; alcune novità della piattaforma; le indicazioni per la compilazione della check list e molti esempi di casi concreti.

In queste novità ho riscontrato sia opportunità che criticità. Partiamo dall'aggiornamento dei punteggi. I nuovi valori soglia sono stati elaborati partendo dai dati raccolti da INAIL negli ultimi sei anni grazie alle aziende che hanno utilizzato la piattaforma online. Questi valori saranno quindi utili per discriminare maggiormente le fasce di rischio e diminuire ulteriormente i falsi positivi e i falsi negativi. Mentre per la checklist è stato chiaramente esposto il metodo di calcolo non altrettanto si può dire per il questionario strumento indicatore. I valori sui quali si basano le soglie del questionario non sono mai stati resi pubblici e pertanto l'unico modo per elaborare i dati dei questionari è utilizzare la piattaforma online. Questo passaggio obbligato online non necessariamente è gradito a tutte le aziende e a i consulenti che, per ragioni di riservatezza, preferirebbero possedere le informazioni per poter procedere all'elaborazione dei dati offline. È vero che i risultati del questionario possono essere salvati in un apposito excel scaricabile dalla piattaforma per poter procedere al data entry anche in modali-



tà offline e comunque in maniera più rapida rispetto alla compilazione online. Poi però per procedere allo scoring è necessario comunque spedirli ad un apposito indirizzo mail che provvederà ad implementarli nel sistema. In parole povere è possibile conoscere i risultati dei questionari solo dopo l'immissione online.

Altra criticità: sulla piattaforma è disponibile un file pdf che illustra nel dettaglio come organizzare un focus group. Dal mio punto di vista c'è un passaggio sulla figura del moderatore che presenta un problema: *“La delicatezza dei compiti svolti dal moderatore rende preferibile che tale ruolo sia ricoperto da figure specificamente formate sull'uso della tecnica del focus group. In assenza di figure esperte (interne/esterne), il ruolo di moderatore potrebbe essere affidato al responsabile del Servizio di prevenzione e protezione (RSPP) oppure ad un addetto del Servizio di prevenzione e protezione (ASPP), che abbia competenze appropriate o siano formate ad hoc”*. È mia opinione che, in assenza di figure esterne è meglio evitare l'utilizzo di tale strumento: l'assenza di un moderatore competente ed esterno all'azienda potrebbe inficiare la validità di tale approccio trasformando il focus group in una generica riunione di lavoro.

Un'altra difficoltà che ho riscontrato è stato l'accesso al portale INAIL. Le procedure di accreditamento e di profilazione degli utenti sono lunghe e poco intuitive. La guida per l'iscrizione al

portale è di 27 pagine e in alcune circostanze tale guida non è stata sufficiente per completare l'iscrizione. Se si dispone di credenziali SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale) le procedure di accreditamento si snelliscono notevolmente ma rimane comunque una certa macchinosità nella procedura di gestione dei profili degli utenti abilitati all'uso della piattaforma.

Ho invece trovato di aiuto le indicazioni di supporto alla compilazione della checklist, la facilitazione del calcolo degli eventi sentinella e i numerosi esempi di interventi correttivi contenuti nel manuale.

Le cose fatte partono da lontano e quindi dall'inizio del processo di valutazione: in questo senso la costituzione di un gruppo di gestione della valutazione, competente e attivo e un'efficace campagna di sensibilizzazione ed informazione sul tema a tutta la popolazione aziendale (una descrizione del perché e del che cosa sarà fatto, anche per mezzo di una sintetica ma chiara e-mail) rappresentano i capisaldi di quella che sarà una valida valutazione del rischio da stress lavoro correlato.

La seconda parte del contributo ANMA dedicato alla formazione-informazione del lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminale' ai sensi di D.Lgs.81/08 e s.m.i..

2/3 La tutela del videoterminalista

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

4 - Esercizi e raccomandazioni comportamentali

Per la prevenzione dei disturbi oculo visivi sono già state ricordate diverse tecniche: di seguito vengono illustrati alcuni esercizi che consentono di rilassare l'organo della vista durante le pause dall'attività al videoterminale.

Per quanto riguarda i disturbi muscolo-scheletrici, vengono descritti alcuni esercizi dedicati alla colonna cervicale. Tuttavia va ricordato che sono raccomandati nell'arco della giornata cambi di postura, movimenti degli arti e piccoli spostamenti seguendo, se possibile, lo schema seguente: 60 % del lavoro seduti, 30 % in piedi, 10 % di spostamenti. Successivamente vengono illustrate regole per prevenire disturbi da sovraccarico vocale, per il corretto uso delle cuffiette auricolari e la prevenzione delle patologie venose a carico degli arti inferiori.

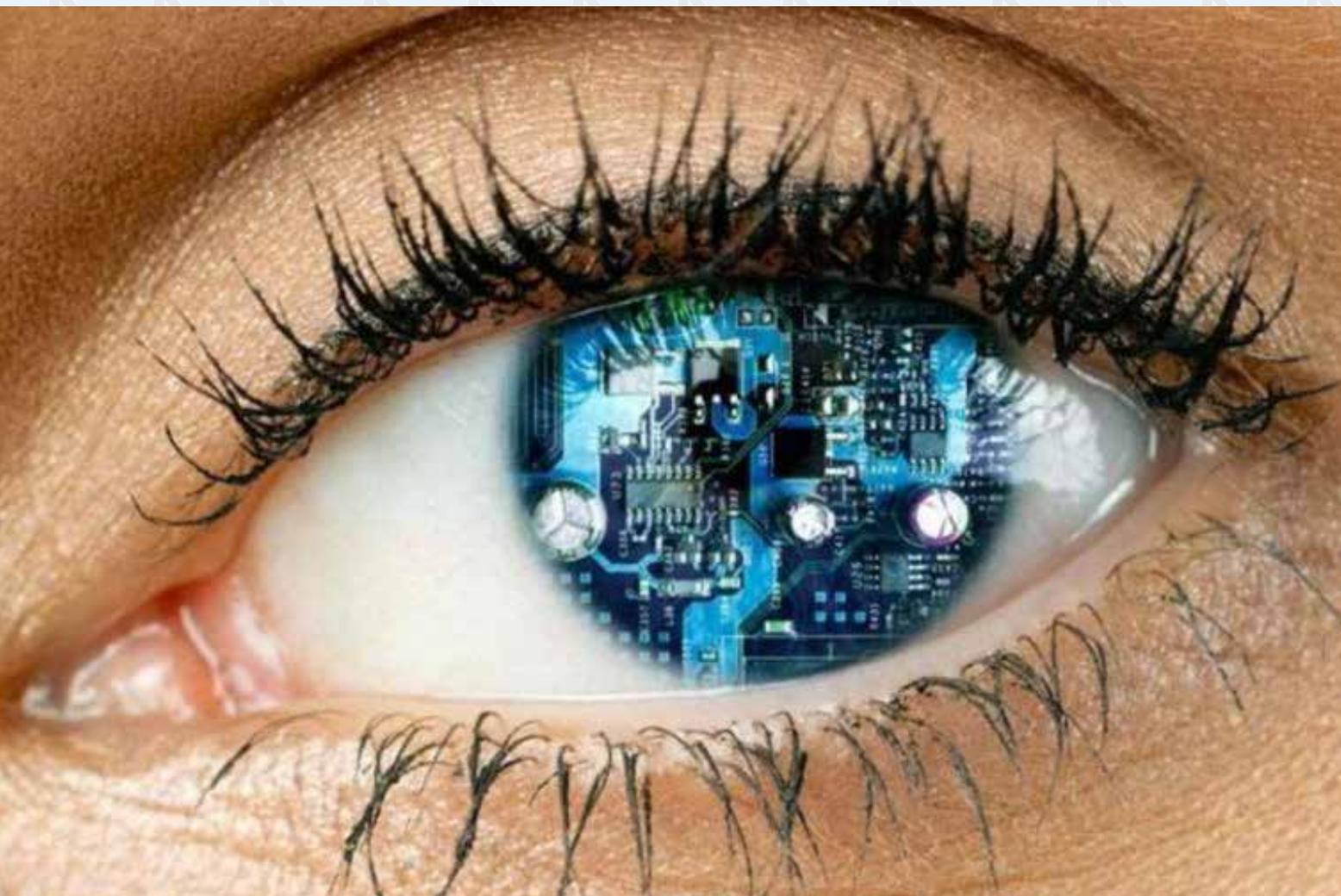
Esercizi di rilassamento per gli occhi:

- **Palming:** coprire entrambi gli occhi chiusi con i palmi delle mani, senza esercitare una pressione su di essi: quanto più nero e profondo è il colore di fondo, tanto maggiore sarà il rilassamento che si ottiene;

- **Blinking:** ammiccare con gli occhi, vale a dire battere le palpebre rapidamente due o più volte, evitando di eseguire l'operazione con sforzo;
- **Sunning:** quando possibile, esporre gli occhi alla luce solare a palpebre chiuse per alcuni minuti senza eccedere;
- **Washing:** lavare le palpebre con acqua fredda ogni qual volta si ha la sensazione di affaticamento visivo unita ad arrossamento degli occhi, bruciore o senso di eccessiva lacrimazione.

Esercizi di rilassamento per il collo:

- **"come Totò":** ritrarre il mento indietro, poi tornare in posizione normale, spingere il mento in avanti, poi tornare in posizione normale. Ripetere 10 volte.
- scrivere nell'aria, con la punta del naso, i numeri da 1 a 9 per finire con lo 0. "Scrivere" lentamente e col movimento più ampio possibile. Ripetere più volte al giorno.
- in posizione seduta, intrecciare le mani sulla nuca e tirare lentamente il capo verso il basso, senza imprimere troppa forza. Restare con il capo chinato per 10 secondi, quindi rialzare lentamente il capo ed eseguire nuovamente l'esercizio. Ripetere alcune volte.
- Mantenendo la schiena eretta, inclinare la testa all'in-



dietro ed effettuare una rotazione del capo sul collo, senza forzare, dapprima in senso orario e poi in senso antiorario. Ripetere alcune volte.

- Mantenendo la schiena eretta, volgere alternativamente il capo verso destra e verso sinistra, senza forzare. Ripetere alcune volte.

Regole per la prevenzione dei disturbi da sovraccarico vocale:

- ridurre il consumo di sostanze disidratanti come alcool, antistaminici, menta. Sono inoltre sconsigliati il the ed il caffè, anche per l'azione diuretica, mentre è consigliata l'acqua per mantenere una buona idratazione.
- non schiarire continuamente la voce.
- non parlare a lungo con tono di voce forzato o alterato, senza adeguate pause o con rumore di fondo.
- non alzare la voce parlando al telefono, né forzare l'atteggiamento del collo parlando al telefono.
- non sforzare la voce se già malati o affetti da raucedine e soprattutto non fumare.
- riconoscere le situazioni di stress: porta a irrigidire la mandibola, il collo e il tronco, bloccare il diaframma, innalzare il tono di voce e ridurre le pause, con allungamento delle frasi.

- riconoscere che alcuni farmaci (anche di medicine "alternative") influiscono sulla nostra voce.
- conservare ritmi sonno-veglia regolari.
- parlare "sul fiato" (respirando adeguatamente e rispettando posizioni corrette per la funzione del diaframma e dei muscoli respiratori).
- riposare la voce. Evitare di canticchiare fra sé oppure leggere a voce sommessa. Programmare, se possibile, 5' di silenzio ogni 10' di parlato.

Consigli per il corretto uso delle cuffie:

- regolare il volume di ascolto all'inizio di ogni chiamata in funzione del volume di voce dell'interlocutore;
- mantenere durante la conversazione un volume di voce moderato per contenere il ritorno in cuffia della propria voce ed il rumore di fondo ed evitare un feedback negativo per cui i colleghi alzano il volume della voce e sono costretti ad aumentare il volume di ascolto;
- nel caso di uso di cuffie monoaurali, alternare l'auricolare sulle due orecchie bilanciando la fatica uditiva durante il turno lavorativo;
- per ridurre il rumore di fondo, non fermarsi a chiacchierare vicino alle postazioni in occasione dei cambi di turno;

- comunicare prontamente al team leader eventuali shock acustici per consentire la tempestiva verifica dell'efficienza dei limitatori di livello sonoro o eventuali guasti e difetti della cuffia per la sua manutenzione o sostituzione;
- posizionare correttamente il microfono davanti alla bocca per non comprometterne l'efficacia;
- mantenere ben pulito il microfono avvalendosi delle salviette detergenti disponibili.

Regole per la prevenzione dei disturbi legati alla circolazione venosa:

- ai primi segnali di insufficienza venosa, oltre che nei casi di ridotta statura, richiedere la pedana poggiapiedi;
- durante le posizioni prolungate di immobilismo effettuare episodicamente dei piccoli movimenti delle gambe: ruotare e flettere le caviglie;
- evitare di stare in piedi fermi nella stessa posizione per lungo tempo;
- Per la lavoratrice in gravidanza occorre evitare le posizioni di lavoro incongrue o gravose, favorendo frequenti cambi della postura. E' ovviamente esclusa la possibilità di lavorare nel turno di notte e di svolgere movimentazione manuale dei carichi anche saltuariamente (oltre 3 Kg).

Se l'adozione delle sopra citate misure comportamentali non si rivela efficace per la gestione della problematica, è possibile coinvolgere il medico competente, richiedendo anche una visita 'su richiesta', con l'eventuale ricorso ad un approfondimento specialistico.

5 - L'uso di computer portatili, pc-tablet e smartphone

I problemi correlati all'uso dei **computer portatili**, sempre più diffusi anche nelle postazioni fisse, possono derivare dall'uso intenso della tastiera integrata e del touchpad, non indicati per un impiego prolungato, che richiedono la 'fornitura di tastiera, di mouse o altro dispositivo di puntamento esterni nonché di idoneo supporto che consenta il corretto posizionamento dello schermo' (par. 1 f Allegato XXXIV).

Inoltre, essendo il computer portatile utilizzato spesso in trasferta presso postazioni improvvisate, è importante selezionare la corretta posizione per evitare l'assunzione di posture incongrue per troppo tempo ed il rischio di riflessi sullo schermo o abbagliamento per l'operatore.

I **pc-tablet**, così come gli smartphone, costituiscono "attrezzature munite di un piccolo dispositivo di visualizzazione" (< 10 pollici), che rimangono escluse dal campo di applicazione del Titolo VII, Attrezzature munite di videoterminale, ai sensi di art.172, comma 2, lettera d, D.Lgs.81/08 e s.m.i.. Tuttavia il loro utilizzo determina una accentuazione dei rischi oculovisivo (minore distanza con maggiore sforzo in accomodazione e convergenza, schermi lucidi con elevata probabilità di riflessi sullo schermo) e muscolo-scheletrico ad arti superiori e colonna per la presenza di una tastiera 'touch' poco ergonomica e comunque non adatta ad un utilizzo intenso. Perciò si raccomandano l'effettuazione di pause più frequenti rispetto all'uso di un personal computer e l'adozione di alcuni accorgimenti a

Decalogo per la prevenzione dei disturbi da utilizzo professionale di smartphone (Pavione, 2012, modificato)

1. Leggere attentamente le istruzioni del proprio smartphone prima dell'uso.
2. Alternare le altre dita all'uso del pollice, utilizzando entrambe le mani, se possibile.
3. Effettuare una breve pausa ogni 5 minuti di uso continuativo e comunque limitare una sessione a 20 minuti al massimo.
4. Utilizzare una tastiera esterna ogni volta che è possibile, privilegiando comunque l'uso del computer da tavolo per invio/ricezione e mail.
5. Utilizzare lo smartphone per brevi risposte, o per rapide consultazioni, cercando di evitare la digitazione di lunghi testi.
6. Limitare la flessione anteriore del capo: può incrementare disturbi e dolori al collo.
7. Se possibile, utilizzare lo smartphone con avambracci appoggiati ad un piano e non 'sospesi'.
8. Sospendere l'uso di smartphone nel caso di comparsa di sintomatologia tipica al pollice e correggere immediatamente la postura se compaiono disturbi a carico di collo o arti superiori.
9. Effettuare periodicamente esercizio fisico mirato soprattutto alla muscolatura della mano e del collo ('stretching').
10. Informare il medico competente, anche nell'ambito di eventuale 'visita su richiesta' (art.41.2,c.D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), nel caso di persistente sintomatologia correlata all'uso di smartphone.



seconda dell'uso in lettura o in digitazione che richiedono rispettivamente una angolazione di 135° e 160° rispetto al piano di lavoro.

Il PDA-phone (Personal Digital Assistant), ormai comunemente 'smartphone', è un computer palmare di dimensioni contenute a cui si aggiunge la funzione di telefono.

Così come i pc-tablet, gli smartphone possono costituire una fonte di rischio da sovraccarico biomeccanico per arti superiori (tendinite del pollice) e colonna cervicale (Sindrome 'text neck'), oltre che sollecitare l'apparato visivo in modo decisamente superiore ad un VDT/PC di tipo desktop.

Per entrambi i fattori di rischio è necessario regolamentare l'utilizzo con pause adeguate, favorire l'assunzione di una postura corretta e preferire, ogni qual volta è possibile, l'utilizzo di un computer da tavolo.

A tal proposito si rimanda al decalogo sul corretto utilizzo dello smartphone (Pavione et Al., 2012, modificato) (vedi pagina a fianco).

Lo smartphone aziendale viene spesso utilizzato come telefono cellulare 'tradizionale', sia fuori sede che nell'ambito della propria postazione di lavoro, esponendo l'operatore al relativo campo elettromagnetico.

Due recenti sentenze hanno condannato l'INAIL a riconoscere una indennità per malattia professionale, Neurinoma del n. acustico, ritenendo come "plausibile" e "probabile" il nesso causale tra uso prolungato e 'diretto' del cel-

lulare e comparsa della neoplasia, producendo un discreto allarme sociale.

Il nesso di causalità fra onde RF (radiofrequenza) ed insorgenza di neoplasie cerebrali in realtà non è stato mai accertato all'interno della Comunità scientifica internazionale. Tuttavia, in attesa di eventuali conferme, è opportuno assumere le necessarie cautele, a tutela della salute dei lavoratori e delle responsabilità del datore di lavoro.

Perciò oltre a inserire nel Documento Valutazione Rischi l'uso di dispositivi portatili che emettono RF (cellulari, smartphone, cordless), si rende necessaria una policy aziendale che contenga le seguenti misure preventive promosse dall'azienda e adottate dagli utilizzatori:

- Dotare i dispositivi aziendali di auricolare 'con filo' in modo da evitare l'accostamento all'orecchio. In caso di momentanea indisponibilità tenere l'apparecchio distante almeno 1 cm dall'orecchio alternando il lato.
- Evitare di tenere i dispositivi accesi vicino ai genitali ed al cuore (tasca pantaloni e giacca)
- Evitare un uso eccessivo dei dispositivi, limitandone l'uso a 2 ore/giorno complessive
- Evitare telefonate o simili per tempi prolungati (non superare i 15 minuti), soprattutto se il segnale è 'debole', lasciando un congruo spazio di riposo tra una chiamata e l'altra.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla Best Experienced Practices ANMA, Indicazioni comportamentali per lavoratori che utilizzano telefono cellulare, MCJ n°1/2017.

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 3/2018

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



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 Certquality 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

L'eroe silenzioso

“...Fino all'ultimo Giuseppe ha amato tutti, la sua adorata famiglia, i suoi parenti, i tanti figli che ha curato ed accompagnato per il suo lavoro da pediatra. Giuseppe affrontava la giornata con un alto senso del dovere, come padre, marito, membro della comunità parrocchiale e come medico. Giuseppe è vivo perché ha amato, è con noi. Le grandi acque non possono travolgere l'amore...”. (dall'omelia dell'Arcivescovo di Palermo, Monsignor Corrado Lorefice).

Giuseppe Liotta, 40 anni, era un pediatra e lavorava in ospedale a Corleone, provincia di Palermo. Ha perso la vita per il suo senso del dovere, per il volere andare a tutti i costi al lavoro, per curare i suoi piccoli pazienti, nonostante gli fosse stato sconsigliato a causa del nubifragio che si stava abbattendo su Palermo il 3 novembre scorso.

Il suo corpo è stato ritrovato in un vigneto dopo 4 giorni di ricerche condotte da un centinaio di persone fra soccorritori e volontari: era rimasto impigliato nei rami e poi sballottato sulle rocce dalla piena del torrente Frattina per 8 chilometri.

Anche questo è un infortunio sul lavoro, impressionante e inaccettabile, che ha colpito un Collega, ma soprattutto una persona speciale.

Un pensiero ed una preghiera per Giuseppe e la sua famiglia.



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**

CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2019

[CLICCA QUI PER INFORMAZIONI](#)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI





www.anma.it