

medico competente



JOURNAL

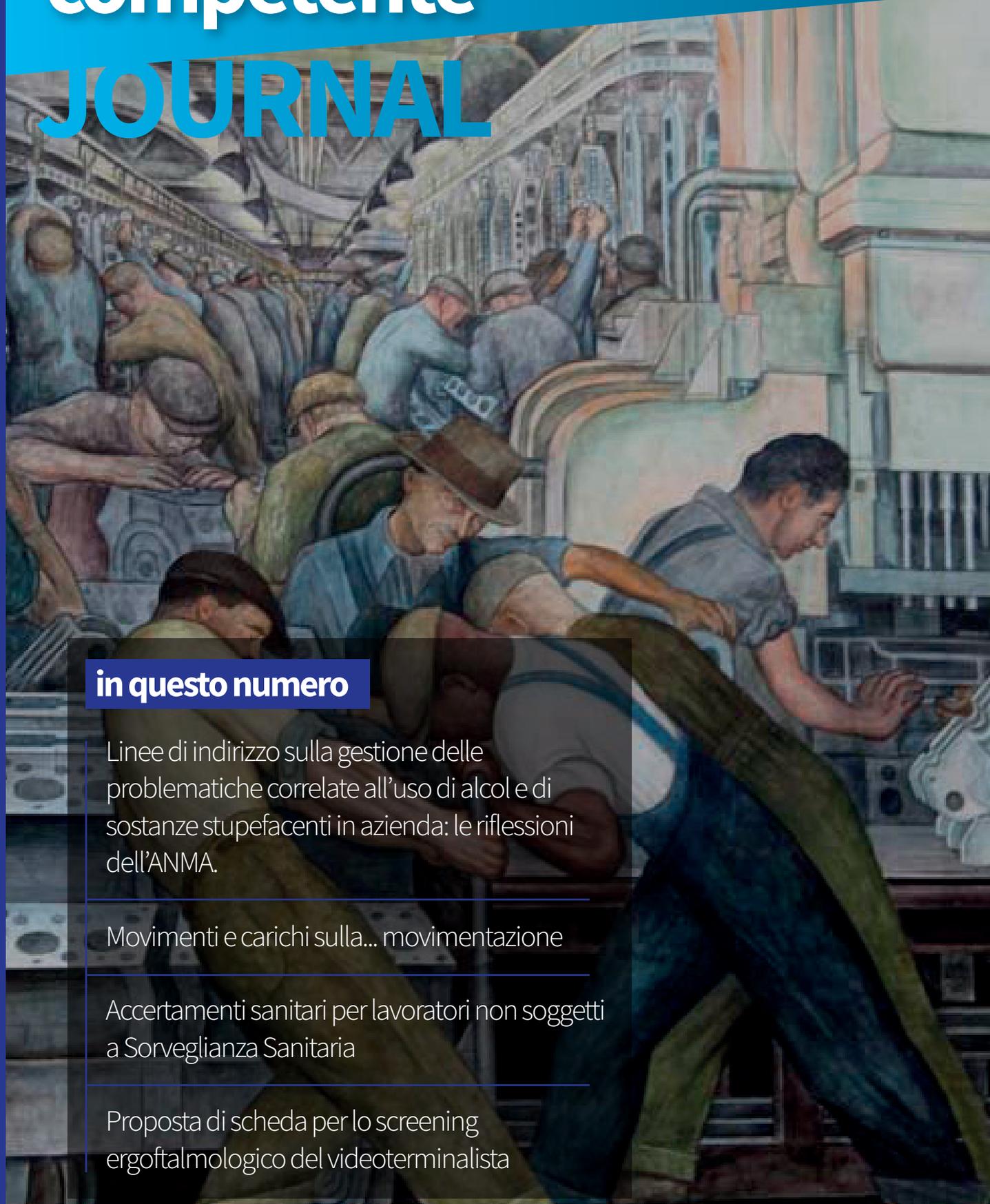
in questo numero

Linee di indirizzo sulla gestione delle problematiche correlate all'uso di alcol e di sostanze stupefacenti in azienda: le riflessioni dell'ANMA.

Movimenti e carichi sulla... movimentazione

Accertamenti sanitari per lavoratori non soggetti a Sorveglianza Sanitaria

Proposta di scheda per lo screening ergofoamlogico del videoterminalista



XXXII Congresso Nazionale



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

30.31 MAGGIO > 1 GIUGNO 2019

PALAZZO DEI CONGRESSI. MILANO MARITTIMA

BEST PRACTICES:

LE LINEE GUIDA

PER IL MEDICO

COMPETENTE

E IL LORO POTERE

ESIMENTE

PER LA

RESPONSABILITÀ

PROFESSIONALE

PRESENTAZIONE

Quest'anno il 32° Congresso Nazionale ANMA civedrà nell'accogliente cornice di Milano Marittima da giovedì 30 maggio a sabato 1 giugno.

La nostra ben collaudata formula organizzativa ci impegnerà in 4 sessioni articolate in tre giorni, e di queste la prima sarà dedicata ad un tema istituzionale di indubbio interesse ed attualità, che conferisce il titolo all'intera manifestazione.

Riteniamo infatti che una delle innovazioni normative di maggiore importanza degli ultimi anni sia stata l'approvazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24 in tema di responsabilità professionale degli esercenti delle professioni sanitarie (c.d. Legge Gelli), che fra l'altro dispone che il professionista sanitario che ottemperi ad istruzioni operative che si sostanziano in Linee Guida o Buone Prassi possa essere esente da responsabilità per colpa in sede giudiziaria.

Ciò ha avviato un percorso che ha portato anche ANMA ad essere riconosciuta come Società Scientifica autorizzata ad elaborare Linee Guida, ai sensi del D.M. MinSal del 02/08/2017.

Discuteremo con esponenti delle Istituzioni interessate, a partire dall'estensore della legge, quali possibili ricadute dobbiamo attenderci anche nella nostra professione in relazione al possibile potere esimente di Linee Guida debitamente validate, quali le loro modalità di estensione, l'importanza di un approccio multidisciplinare e l'iter di approvazione, cosa può cambiare infine nel sistema di controllo. Ma soprattutto daremo nuovo impulso alle nostre Best Experienced Practices (BEP) che possono rappresentare l'humus per promuovere le future Linee Guida per il Medico Competente.

Con questo spirito propositivo affronteremo infatti nelle sessioni "tecniche" successive tre temi di grande interesse pratico: la valutazione dell'attualità dell'esame spirometrico nella odierna sorveglianza sanitaria dei lavoratori, l'iter valutativo del rischio e dell'idoneità quando si lavora di notte, le difficoltà interpretative e di gestione della dermatopatie professionali.

Arrivederci a Milano Marittima!

UMBERTO CANDURA
Presidente ANMA



SOMMARIO

1-2019

4 **In primo piano**

Linee di indirizzo sulla gestione delle problematiche correlate all'uso di alcol e di sostanze stupefacenti in azienda: le riflessioni dell'ANMA.

10 **Contributi**

Movimenti e carichi sulla... movimentazione
A cura del Gruppo di Lavoro ANMA

18 **Facciamo il punto**

Accertamenti sanitari per lavoratori non soggetti a Sorveglianza Sanitaria
M. Saettone

20 **Ufficio e salute**

Proposta di scheda per lo screening ergofoamologico del videoterminalista
P. Santucci, C. Baghino, F. Calabrò, M. Ferrante, A. Pignatari

20 **Dalla redazione**

Lettera aperta da un "giovane" Medico del Lavoro.
P.A. Patanè

35 **Da leggere in poltrona**

D. Bontadi

Linee di indirizzo sulla gestione delle problematiche correlate all'uso di alcol e di sostanze stupefacenti in azienda: le riflessioni dell'ANMA.

Nel luglio 2017 il Ministero della Salute aveva pubblicato e inviato al Coordinamento delle Regioni un Documento di modifica degli Schemi d'Intesa del 2006, del 2007 e del 2008 relativo alla modifica dell'impianto normativo e delle procedure accertative da attuare per le categorie di lavoratori addetti a mansioni a rischio, nonché della "filosofia" dell'approccio preventivo.

Già in quella occasione la nostra Associazione aveva manifestato una serie di preoccupazioni sulla efficacia delle misure preventive elencate, prima fra tutte la fattibilità della nuova procedura.

Da qualche mese il Documento viene ripresentato all'ordine del giorno degli incontri tra Ministero della Salute e Coordinamento Regionale, subendo costantemente un rinvio.

A questo punto gradiremmo condividere questa riflessione con i nostri

Associati e con l'intera platea del Medico Competente per raccogliere suggerimenti e precisazioni senz'altro utili per formare un documento che esprima compiutamente la nostra posizione nella logica della Best Experienced Procedure



INDIRIZZI PER LA PREVENZIONE DI INFORTUNI GRAVI E MORTALI CORRELATI ALL'ASSUNZIONE DI ALCOLICI E DI SOSTANZE STUPEFACENTI, L'ACCERTAMENTO DI CONDIZIONI DI ALCOLDIPENDENZA E DI TOSSICODIPENDENZA E IL COORDINAMENTO DELLE AGIONI DI VIGILANZA (VERSIONE 2007)

OSSERVAZIONI

CONSIDERAZIONI GENERALI

La Bozza esplicita fondamentalmente due obiettivi:

- a) *prevenire gli infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti;*

Per soddisfare questo obiettivo bisogna partire dall'intercettazione del lavoratore in condizioni psichiche alterate dovute ad assunzione di sostanze (alcol e/o droghe) e la sua esclusione temporanea dalla mansione a rischio.

È la *conditio sine qua non* per prevenire ed evitare l'infortunio.

La Bozza al punto *"i criteri e le procedure per i controlli sanitari effettuati dal medico competente"* esplicita la procedura accertativa:

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

Incongruenza?

I test rapidi di screening sono caratterizzati da un'alta sensibilità e una bassa specificità, *"motivo per cui da un lato -in caso di positività - non sono idonei a comprovare con certezza un'effettiva assunzione in assenza di analisi di conferma, ma dall'altro -in caso di negatività- risultano sufficientemente affidabili nell'escludere l'avvenuta assunzione di alcolici e/o sostanze stupefacenti e psicotrope. Per tali motivi, nella valutazione clinica dell'idoneità alla mansione specifica per la verifica di assenza di condizioni di assunzione di sostanze (alcol/droghe), l'esecuzione del test può fornire al Medico Competente un semplice supporto orientativo"*.

b) procedere all'accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza.

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

- la prima ed immediata considerazione che scatta è che il Medico Competente ha la responsabilità e l'onere di “accertare l'assenza di condizioni di dipendenza” e non più il Servizio pubblico per le Dipendenze come disposto dallo Schema d'Intesa del 2007;
- una seconda osservazione nasce dal bisticcio tra quanto sopra (accertare l'assenza di condizioni di dipendenza) e la successiva specifica che *“le visite mediche di sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08 sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”*. Ma allora il Medico Competente deve accertare o meno l'assenza di condizioni di dipendenza a sostanze psicotrope e stupefacenti?
- Un terzo appunto sulla periodicità delle visite mediche di sorveglianza sanitaria la cui *“frequenza è stabilita dal Medico Competente in funzione degli esiti della valutazione del rischio di assunzione di sostanze e comunque con periodicità almeno triennale”*.
- Su quale base scientifica questa affermazione?
- La letteratura sull'argomento insegna che nel mondo la pratica del *“Workplace Drug Testing”* non ha regole, salvo la prassi di ricercare le sostanze nelle urine.



Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> • L'accorpamento in un unico elenco (tabella A) delle attività/mansioni che “comportano gravi conseguenze per l'incolumità e la salute del lavoratore, degli altri lavoratori e dei terzi” è un'iniziativa logica, sollecitata, attesa e giustificata dalla considerazione che “l'alterazione delle condizioni psicofisiche che alcol e droghe sono in grado di determinare, rappresentano un identico fattore di rischio di infortunio grave e mortale per i lavoratori e per i terzi”. • Questa iniziativa permetterà di analizzare con cura il risultato statistico delle idoneità ad alcol e stupefacenti riferito agli allegati 3B. È infatti sorprendente che sia così ampia la forchetta tra i non idonei per il rischio alcol e i non idonei per il rischio stupefacenti (3.76% contro 0.33% rispettivamente). L'utilizzo di una procedura “blindata” nel caso degli stupefacenti forse giustifica il risultato. Il ricorso ad un'unica tabella di rischio e ad una procedura accertativa codificata rimoduleranno il risultato. • L'iniziativa di introdurre un protocollo a valenza nazionale per evitare interpretazioni e applicazioni differenziate. • Lo sfoltimento del documento che rende sufficientemente puntuale e didascalica l'attribuzione di compiti e responsabilità. • L'esplicitazione di uniformare comportamenti e modus operandi degli organi di vigilanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fattibilità applicativa È l'immediato punto di debolezza che risalta. Infatti l'applicazione della norma, la sua efficienza ed efficacia, sembra essere calibrata su organizzazioni produttive e di servizio di ampie dimensioni, dotate di un presidio sanitario stabile quando, in effetti, il nostro tessuto produttivo è costituito per oltre il 90% da piccole imprese parcellizzate sul territorio nazionale e dove il MC agisce episodicamente, come dimostrato dalle indagini e le inchieste sulle caratteristiche della sua attività. Rasenta la pura fantasia immaginare che il MC possa rendersi disponibile ad intervenire in “fase acuta”, tenendo anche in conto le caratteristiche dell'offerta economica del mercato attuale. • <u>Attualità d'uso, accertamento dell'idoneità e il suo perdurare, accertamento di assenza di condizioni di dipendenza.</u> Questo è a nostro parere lo snodo della problematica, come discusso prima. L'invito è sistematizzare la materia, dipanare la matassa che, così come attualmente posta, mette in difficoltà il Medico Competente riconosciuto <i>dominus</i> di tutto l'iter valutativo e diagnostico e del destino del lavoratore. È un compito gravoso che deve essere supportato da esplicite garanzie pena un atteggiamento burocratico e difensivo che confligge con il Codice ICOH a cui è richiamato il Medico Competente nel primo periodo del capitolo della Bozza dedicato ai criteri e procedure per i controlli sanitari da effettuare.



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

La nostra Associazione si è sempre resa disponibile a dare il proprio contri-

buto per il successo della prevenzione, della tutela della salute e della sicurezza, per l'educazione e la promozione della salute. In effetti le risposte a questa nostra disponibilità sono state modeste e frammentarie.

Rinnoviamo comunque la nostra disponibilità a collaborare su un tema che è particolarmente complesso per i risvolti etici e sociali che comporta. Il Medico Competente ha dimostrato equilibrio. Saggezza e competenza professionale nell'applicare lo schema d'intesa 2007, grazie anche ad una procedura accertativa dettagliata e al

serrato confronto informativo e formativo che l'ANMA ha dedicato ai propri Associati e non solo.

Esprimiamo le nostre profonde perplessità sul cambiamento proposto dall'emanando documento e rinnoviamo il nostro impegno a formare una proposta di successo nell'interesse del lavoratore a rischio e della comunità sociale su cui ricadono pesanti ripercussioni.

*IL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMA
Milano, 13 marzo 2019*





DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA
Via Novara,3 20832 - DESIO
Tel. 0362/304872-3-6- 7 email segreteria.prevenzione@aslmb.it
protocollo@pec.ats-brianza.it

ATS Brianza



Pr. 0027137/19 del 03/04/2019
Classificazione 2.2.2
IPA: ATSMB AOO: ATSMB-MB

AI MEDICI COMPETENTI
LORO SEDI

Ai Responsabili UOS PSAL ATS Brianza
LORO SEDI

e- mail

Oggetto: Verifica dei documenti abilitativi per la guida dei veicoli a motore adibiti a trasporto persone

A seguito dell'episodio occorso a Milano lo scorso 20 marzo, nel corso del quale un conducente con precedenti di abuso di sostanze alcoliche si è reso responsabile di gravissimi reati minacciando la vita degli studenti trasportati, la Prefettura ha richiesto la verifica sulla scrupolosa applicazione delle disposizioni in materia di accertamento e controllo dell'idoneità fisica e psico-attitudinale alla guida; fermo restando quanto previsto dal decreto ministeriale 23 febbraio 1999 n° 88, si rammenta ai medici competenti la necessità di formulare il giudizio di idoneità dopo aver effettuato tutti gli accertamenti indicati dal DLgs 81/08 e norme collegate in tema di mansioni che prevedono la sorveglianza sanitaria e l'esecuzione di controlli per alcol dipendenza e assunzione di sostanze psicotrope.

L'organo di vigilanza nei luoghi di lavoro di questa ATS effettuerà rigorosi controlli mirati ad accertare l'effettivo adempimento di quanto sopra indicato.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti

Il Direttore UOC
Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro
Dr. Roberto Agnesi

Il Direttore del Dipartimento
Igiene e Prevenzione
Dr.ssa Nicoletta Castelli

Responsabile del procedimento: Dr.ssa Nicoletta Castelli (0362/304816)
Referente pratica: Antonina Panessidi (0362/304871)

Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza
Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969
Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 – 23900 Lecco
protocollo@pec.ats-brianza.it

Movimenti e carichi sulla... movimentazione

Siamo stati invitati dal Coordinamento Regionale ad esprimere le nostre osservazioni sul documento “Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico”.

Abbiamo raccolto ben volentieri l'invito e, come da nostra prassi, abbiamo stimolato i nostri Associati a ragionare sul testo che ci è stato proposto, agendo in gruppi di lavoro. Di seguito il risultato del nostro ragionamento, diviso in due parti: la prima è la risposta inviata al Coordinamento, mentre nella seconda si dettagliano i fattori di successo che abbiamo letto nel Documento e le criticità intraviste per la sua fattibilità. Poniamo all'attenzione dei nostri Lettori la nostra riflessione che vuole essere una guida per ricevere osservazioni e suggerimenti dai nostri Lettori. L'importanza dell'argomento richiede la condivisione dei Medici Competenti.

Parte prima: la posizione ANMA sul Documento

ANMA, a seguito dell'invito ricevuto dal Suo Ufficio, ha organizzato alcuni gruppi di lavoro per analizzare e valutare la fattibilità del Documento attraverso il coinvolgimento della “base”, ovvero dei Medici Competenti che operano in azienda.

I gruppi di lavoro hanno evidenziato numerosi punti di debolezza e la conclusione che emerge dalla elaborazione

delle osservazioni raccolte porta all'invito di ri-meditare il Documento.

Raccogliamo l'invito dei nostri Associati che sollecitano un “gruppo di lavoro” partecipato dalle Associazioni mediche e tecniche coinvolte nell'argomento, quali ad esempio la SIE, le Associazioni di Medicina del lavoro (ANMA, SIML) e delle discipline ortopediche, dei professionisti della valutazione del rischio, con lo scopo di rivisitare la materia alla luce delle più recenti acquisizioni tecnico-scientifiche e delle esperienze.

È anche emersa la proposta di attivare una policentrica con lo scopo di raccogliere, a campione su base volontaria e senza “intenti investigativi”, elementi per validare l'indirizzo metodologico proposto.

Infatti, a parere dell'ANMA, il Documento “Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria di soggetti esposti a rischio di sovraccarico biomeccanico” presenta una serie di criticità su cui sarebbe utile confrontarsi nell'intento di migliorare il sistema di valutazione del rischio e le successive azioni di sorveglianza sanitaria.

I campi da esplorare e su cui fare una riflessione partono dalle modalità di valutare il rischio.

La prima riflessione riguarda l'analisi del “Cruscotto di monitoraggio INAIL degli allegati 3B” riferita ai dati inseriti nel 2017 che, a nostro avviso, pone già alcune considerazioni proprio sulla valutazione del rischio.

In tabella 1 qui a fianco si legge, infatti, che circa il 63% della popolazione soggetta a sorveglianza sanitaria lo sarebbe per il rischio “movimentazione manuale dei carichi” e “sovraccarico biomeccanico degli arti superiori” (7.964.965/12.66.214).

Dei soggetti visitati di tale insieme, ben il 78,15% (5.508.450/7.047.796) lo è stato per i rischi in oggetto. Al 43,62 di tale gruppo è stata attribuita una idoneità parziale (557.090/1.277.023), mentre gli idonei sono stati il 42,6% (9.351/22.021)

Pur consapevoli che i pericoli in questione sono oggi prevalenti nel complesso dei rischi occupazionali, ci chiediamo se le percentuali in gioco siano davvero espressione di una reale esposizione al rischio o, piuttosto, di una sovrastima che deriva da una attività di valutazione del rischio applicata in modo approssimativo. Infatti, il Medico Competente quando riesce a entrare efficacemente nel processo di valutazio-



Tab. 1:

Numero lavoratori esposti a rischio e soggetti a sorveglianza sanitaria. Anno 2018 (dati 2017 inseriti in piattaforma INAIL)

Descrizione rischio	FEMMINE	MASCHI	Totale	Visitati FEMMINE	Visitati MASCHI	TOTALE Visitati	Idoneità parziali F	Idoneità parziali M	Totale idonei parziali	Inidoneità FEMMINE	Inidoneità MASCHI	TOTALE Inidoneità
Movimentazione manuale dei carichi	1.866.284	3.738.312	5.604.596	1.005.985	2.852.135	3.858.120	114.694	299.399	414.093	2.486	4.275	6.761
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	886.633	1.473.736	2.360.369	510.783	1.139.547	1.650.330	46.737	96.260	142.997	950	1.640	2.590
TOTALE	2.752.917	5.212.048	7.964.965	1.516.768	3.991.682	5.508.450	161.431	395.659	557.090	3.436	5.915	9.351
Dato nazionale (tutti i rischi)	5.051.704	7.617.510	12.669.214	2.282.823	4.764.973	7.047.796	369.685	907.338	1.277.023	8.157	13.864	22.021
%	54,49	68,42	62,88	66,44	83,77	78,15	43,66	43,60	43,62	42,12	42,66	42,46

ne del rischio (evento epico!) si rende conto che, ad esempio, l'algoritmo per la valutazione del rischio da movimentazione dei pesi si basa su parametri inesatti o mal interpretati. La forchetta si allarga a fronte di rischi a carico del sistema mano-braccio. Uno per tutti la ripetitività dell'operazione.

Inoltre, è fondamentale chiarire la valenza degli standard ISO: hanno valenza cogente o sono volontari?

Sia ben chiaro che non è nostra intenzione mettere in discussione le metodologie di analisi del rischio.

La questione però non è indifferente per i risvolti operativi che comporta dato che la valutazione del rischio, ovvero il passaggio da pericolo a rischio, è la "cerniera", come siamo soliti dire, di ogni successiva azione a monte e a valle del rischio stesso.

Abbiamo discusso con gli Specialisti Ortopedici il "quadro epidemiologico di

riferimento" delle patologie in questione. La loro conoscenza è molto distante e diversa dalla nostra. Sarebbe opportuno un up-dating prima di sviluppare azioni di sorveglianza sanitaria.

Analogamente, i Colleghi Ortopedici ci invitano ad allinearci ai criteri anamnestici e clinici proposti dalle loro Società Scientifiche in riferimento agli indirizzi internazionali e da loro utilizzati nella pratica clinica. Utilizzare dall'intero sistema criteri validati e confrontabili in ogni fase (attività del Medico Competente, degli specialisti, dei servizi delle UOML o similari e di quelli della vigilanza, dell'INAIL, del patronato) è certamente un fattore critico di successo per migliorare la prevenzione, per mitigare l'impatto della problematica, per orientare le soluzioni organizzative.

È ben noto come l'educazione alla salute e la promozione della salute siano

momenti fondamentali della prevenzione, rappresentandone l'indispensabile kick off nell'ambito che stiamo trattando. Sarebbe vincente mettere il Medico Competente, ausiliato dagli Esperti del settore, in condizione di sviluppare queste attività focalizzandole alle reali condizioni di rischio, realizzando in tal modo una realistica ed efficace prevenzione a tutto vantaggio delle persone al lavoro.

In ultimo, i Gruppi di lavoro si sono interrogati sul "valore normativo del documento" che è fondamentale sia esplicitato con chiarezza, paventando la preoccupazione che possa andare ad integrare il Dlgs. 81/08.

Certi della attenzione del Suo Ufficio porriamo i nostri migliori saluti, nell'auspicio che il Medico Competente possa esprimere al meglio il proprio ruolo preventivo e sociale.



GRUPPI DI LAVORO ANMA SUL DOCUMENTO:

“Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico - Rif. Doc Regionale”

SPUNTI PER UNA RIFLESSIONE

FATTORI DI SUCCESSO	CRITICITÀ DI FATTIBILITÀ
<p>1) Analisi epidemiologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riferirsi a valutazioni epidemiologiche è ovviamente fondamentale per indirizzare azioni preventive e proporre ed attuare modelli fattibili; - l'osservazione deve poggiare sulla classificazione del rischio che però non deve risentire di apporto soggettivo. 	<p>1) Criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sola emersione delle malattie professionali - attraverso la denuncia - è fuorviante. Crea un BIAS di raccolta del dato (nella denuncia ci sono interessi molto diversi). Non viene applicata la finalità di conoscenza e studio dei fenomeni previsti dalla Legge 38/200 (la segnalazione ha fini epidemiologici e non ha fini medico legali). La denuncia ha 3 aspetti: medico legali con il riconoscimento della malattia, assicurativi/indennizzativi, di responsabilità e penali; - La Valutazione dei Rischi: il metodo OCRA non ha una valutazione scientifica e spesso sovrastima e soprattutto è critico il suo utilizzo. Non è previsto il confronto/utilizzo con altri metodi di valutazione del rischio. - Studi solo anamnestici sui non esposti sono poco utili al Medico Competente che si trova invece sussistato da indagini (RMN, TC) che nell'80% dei casi mostrano alterazioni il cui significato non è chiaro. In questo modo il campione aziendale sarà sempre in eccesso di patologia. Cosa vuol dire poi “notevole scostamento” fra frequenze nell'Allegato 5? Quando è <u>notevole</u>? - Non si parla dei fattori non professionali (età, sesso, genere, costituzione, abitudine e stili di vita- vedi sport - patologie e traumi). Malattie a genesi multifattoriali. - Dal punto di vista epidemiologico, c'è un delta tra denuncia e riconoscimento. In media: una malattia professionale riconosciuta su 3 denunciate. - Denuncia è legata a fattori non scientifici. I dati epidemiologici non chiariscono chi denuncia, quanto denuncia, quanto viene riconosciuto e i criteri di riconoscimento, con differenze territoriali fra ATS e sedi INAIL.
<p>2) Finalità della sorveglianza sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criteri e periodicità - la collaborazione del Medico Competente alla individuazione e miglioramento della postazione di lavoro - finalità collettive 	<p>2) Criticità:</p> <p>Manca la definizione di suscettibile e i criteri di valutazione. Non viene considerata la % elevatissima di aziende di piccole dimensioni. L'organizzazione non dipende solo dal medico competente, anzi!</p> <p>Nei riferimenti degli indici c'è differenza tra le linee guida precedenti e le attuali: sembra accettabile il lavoro con Indice di rischio elevato >3. Non si capisce perché se un indice ha già valore inferiore ad 1 bisogna abbassarlo ulteriormente per tutelare gli ipersuscettibili. Finalità di studio per gruppo omogeneo e produzione di dati per uso collettivo.</p>

3) Organizzazione della sorveglianza sanitaria

- a) riconoscimento del ruolo del Medico del Lavoro nella strategia di prevenzione nelle patologie da sovraccarico biomeccanico
- b) tentativo di dare un indirizzo generale su tutto l'ambito di intervento del Medico del Lavoro
- c) desiderio di dare uniformità sul territorio nazionale
- d) attenzione rivolta al problema principale che il medico del lavoro deve affrontare tenendo conto anche dell'invecchiamento della popolazione lavorativa
- e) tentativo di standardizzazione degli strumenti utili al Medico Competente
- f) presa in considerazione delle patologie degli arti inferiori (anche se con criticità)
- g) poter far emergere patologie di nicchia
- h) tentativo di aumentare la collaborazione tra le diverse figure coinvolte nella prevenzione (omogeneità a livello nazionale, dato che in Lombardia era già in atto)
- j) metodologia che permette confronto tra Medico Competente

3) Criticità:

- 1) Diffomità nella stratificazione del rischio nelle differenti linee di indirizzo a livello regionale e nazionale e anche all'interno della stessa regione
- 2) Diffomità nella indicazione della tipologia e periodicità degli accertamenti sanitari previsti nelle differenti linee di indirizzo a livello regionale e nazionale e anche all'interno della stessa regione
- 3) Difficoltà nell'avere, soprattutto nelle piccole realtà, una corretta valutazione del rischio per applicare la sorveglianza sanitaria nel rispetto delle linee di indirizzo
- 4) Pesantezza dell'accertamento sanitario previsto (sia questionario che visita) sia come tempo da dedicare che come complessità con il conseguente appesantimento di oneri a carico dell'azienda.
- 5) Necessità di lavorare con specialisti sia ai fini del corretto inquadramento diagnostico che ai fini della definizione dell'idoneità, del trattamento del caso e del reinserimento nella attività lavorativa
- 6) Metodo prolisso che richiede un significativo impegno di tempo da dedicare alla singola visita
- 7) Somministrazione dei questionari ad ogni visita: eseguibile in prima visita e quando si presentano nuove malattie.
- 8) Prevedere possibilità di auto-somministrazione di alcune parti dei questionari.
- 9) Prevalenza Disturbi/patologie "Se la prevalenza dei disturbi/patologie è superiore a 2 volte quella dei gruppi di riferimento, si consiglia al MC una segnalazione al DDL per una eventuale revisione del DVR": possibilità di inserimento nella relazione annuale, con possibilità di scelta autonoma del Medico Competente delle modalità di informare il DDL.
- 10) Periodicità: sottolineare una maggiore discrezionalità da parte del Medico Competente nella scelta della periodicità (lasciare solo come indicazione di massima annuale/biennale).
- 11) È possibile una variazione della periodicità in base a indicatori Soggettivi, che sovrastimano e non sono basati su Health Based Medicine?
- 12) "Soglia positiva": molto discutibile, esempio "1 settimana di dolore negli ultimi 12 mesi / almeno 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi".
- 13) Difficoltà nel reperire i reali giorni di malattia effettuati per assenza dovuta a malattie muscolo-scheletriche.
- 14) Arto inferiore: le indicazioni di sorveglianza sanitaria per esposti a sovraccarico biomeccanico arti inferiori molto aleatorie (Tipologia di esposizione- DVR?) non possono essere accettate. 15 rampe di scale sono indicate come salutari in tutto il mondo. Qui è la divisione soggettiva per 2 di un unico articolo che dava 30 rampe come a rischio. Metà della popolazione mondiale sarebbe da sottoporre a sorveglianza sanitaria.

	<p>15) Aumento dei costi per le aziende per incremento del numero delle visite, del tempo dedicato alla SS, degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici.</p> <p>16) Confronto con non esposti poco fattibile</p> <p>17) La “classificazione operativa” delle patologie è aleatoria e non esiste in nessun ICD. Non può essere riportata oggi in una linea di indirizzo. O viene tolta o viene modificata con l’ICD.</p>
<p>4) “Gudizio di idoneità lavorativa specifica”</p> <p>Valutazione dei rischi con focus sulle patologie</p> <p>Norme ISO : LI <0,6 maschi; 0,4 LI femmine esempio</p> <p>Questionario anamnestico/clinico in allegato</p> <p>Rivalutazione del lavoratore con patologia per verifica delle limitazioni e prescrizioni date, al fine di correggere eventuali disagi/disturbi</p> <p>Sistema di gestione delle Idoneità Lavorative condiviso fra gli attori della prevenzione: MC/DDL/RSPP/RLS. Per garantire l’efficacia dell’intervento e dell’abbinamento lavoratore con limitazioni/compiti lavorativi e contemporaneamente utilizzare come risorsa la competenza del lavoratore stesso, è utile una collaborazione continua tra MC, RSPP, Direzione Professioni Sanitarie e Coordinatore di reparto.</p> <p>Modelli di gestione condivisa sono peraltro richiamati anche dalla normativa vigente in materia (ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA-SGS: art.30 –DLgs 106/09)</p> <p>Presupposta adeguata conoscenza a monte del processo lavorativo;</p> <p>Gestione delle limitazioni, sia mediante condivisione dei GI con il SSP (i.e. mediante vidimazione dello stesso da parte delle figure coinvolte o proceduralizzazione)</p> <p>Follow up dopo rilascio limitazioni e/o ricollocazione</p>	<p>4) Criticità</p> <p>Difficile pensare alla scomposizione dell’individuo considerandolo “spacchettabile”</p> <p>Assenza di criteri standardizzati e validati per poter classificare le patologie in lieve/media/grave</p> <p>Difficoltà di interpretazione Univoca con Standardizzazione con aggancio alla tabella di riferimento delle patologie lievi/medie/ gravi</p> <p>Troppo rigido l’intervallo di tempo potrebbe ripercuotersi sul Medico Competente.</p> <p>Difficoltà di realizzazione della Mappatura rischi per singola mansione e correlazione con compiti lavorativi/ patologie.</p> <p>Monitoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> - È fondamentale sottolineare che i criteri di definizione di valori “accettabili” di carico sollevato per soggetti con patologie del rachide derivano da un’ipotesi empirica. - Definizione generica di patologia - In alcune realtà non si possono applicare degli indici di riferimento (NIOSH, Ocra, MAPO) - Laddove gli indici sono calcolabili spesso non abbiamo valutazione dei rischi “ben fatte” - Carezza del dettaglio del mansionario - Presenza di compiti complessi all’interno delle mansioni, ma per un tempo limitato - I criteri di idoneità non sono così definiti rispetto alla realtà lavorativa <p>- Rivalutazione delle “Linee guida regionali per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori” la cui validità è stata confermata con decreto n. 7661/2015 “Aggiornamento Decreto Direttore Generale Sanità n. 3958 del 22/04/2009”, considerato che queste poggiano su quanto segue:</p> <p><i>Va evidenziato che i posti/compiti potenzialmente adatti a soggetti portatori di UL – WMSD hanno, di massima, le seguenti caratteristiche di esposizione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - frequenza di azione non superiore a 20 azioni/minuto; - uso di forza degli arti superiori minimale e comunque inferiore al 5% della massima capacità individuale di esposizione; - assenza sostanziale di posture e movimenti che comportino “elevato impegno” delle principali articolazioni, soprattutto per l’articolazione portatrice di patologie;

	<ul style="list-style-type: none"> - presenza, all'interno di ogni ora di lavoro, di un adeguato tempo di recupero. Qualora la postura non risulti ottimale, va di conseguenza suggerito di "rallentare" la frequenza di azione ponendo altresì particolare attenzione alle caratteristiche cliniche del soggetto da inserire. - Si sottolinea la necessità di rimarcare l'importanza del passaggio di informazioni, circa cambio mansioni o cambiamenti nell'esposizione dei rischi. - Di difficile applicazione descrizione delle occasioni (operazioni/compiti lavorativi) nella limitazione senza dettagliato mansionario. - Quanto il livello di rischio può essere ridotto dall'introduzione di pause compensatorie (i.e. traino e spinta con fermata) - Assenza di base scientifica nell'identificazione dei limiti espositivi, identificando dei cut off per gli indici sintetici di rischio, senza adeguato support (perché 0.4 o 0.6 quando <1 rischio assente?) <p>È aleatoria la definizione di patologie di lieve, medie e grave entità per patologie del rachide, spalla e ginocchia, quali le basi scientifiche?</p>
--	---

<p>All. 5) Analisi gruppi di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - fa riferimento alla popolazione generale - utile per i dati anonimi collettivi 	<p>ALL. 5) Criticità:</p> <p>Non applicabile per i piccoli numeri Pericolosa la trasposizione dei dati generali per la valutazione del singolo caso</p>
---	--

PROPOSTE

<ul style="list-style-type: none"> - Valorizzazione del Medico Competente nella diagnosi e non come esecutore di denuncia/segnalazione - Valorizzare la differenza tra la segnalazione del caso a fini epidemiologici e la denuncia a fini assicurativi/indennizzativi e di colpa (lesioni gravi) - Esplicitare meglio nella sorveglianza sanitaria il significato e l'uso dei questionari. - Motivare, sviluppare la raccolta dati ai fini dell'aumento della conoscenza delle patologie da sovraccarico. Utile avviare uno studio policentrico per mettere a regime la successiva applicazione. <ol style="list-style-type: none"> 1) Avere un criterio univoco per le indicazioni da seguire che tenga conto delle linee guida delle Società Scientifiche 2) Avere indicazioni di concreta fattibilità tenendo anche conto delle differenti realtà lavorative in cui il medico del lavoro opera (semplificazione degli interventi) 3) Avere uno strumento più agile (corretto e proporzionato alle competenze del medico del lavoro e al tempo di esercizio della sorveglianza sanitaria) che consenta di identificare i soggetti meritevoli di approfondimento specialistico. 4) Mantenere una periodicità degli accertamenti di base triennale tenendo conto dell'età 5) Interpellare/discutere medici competenti prima di emettere le Linee Guida 6) Aumentare le necessità della collaborazione tra Medico Competente e Medico di base, soprattutto per la parte anamnestica 7) Necessaria rivalutazione delle classificazioni per Patologia che appaiono fatte secondo un criterio di Imaging ed empirico. Rendere le classificazioni patologiche compatibili con le classificazioni delle altre discipline specialistiche specifiche (es. ortopedia) 8) Introdurre/Pensare ad una griglia di valutazione dei risultati dei questionari Anamnestico/clinico e che possa essere riconducibile alla griglia delle patologie rivista. 9) Evitare che le nuove linee guida divengano uno strumento coercitivo e sanzionatorio per il Medico Competente.
--

FATTORI DI SUCCESSO	CRITICITÀ DI FATTIBILITÀ
<ul style="list-style-type: none"> a) Considerare patologie differenti b) Avere indirizzi comuni 	<ul style="list-style-type: none"> a) La linea di indirizzo va applicata non rigidamente, ma adattandola b) La terminologia utilizzata (definizioni) e le classificazioni indicate non trovano riscontro nel confronto con altre discipline specialistiche con cui si opera (fisiatri, ortopedici) c) Il concetto espresso di soglia negli allegati non appare condiviso da altre discipline d) I dati raccolti non aiutano a prendere decisioni in ambito medico legale e assicurativo. e) Strumenti troppo pesanti nello svolgimento delle attività di sorveglianza sanitaria f) I questionari anamnestici e di rilevazione dell'obiettività mancano di molti sintomi e segni per molti distretti.
PROPOSTE	
<ul style="list-style-type: none"> a) Utilizzo delle linee di indirizzo come progetto per avere maggiori informazioni e non come obbligo cogente nella attività di sorveglianza sanitaria b) Dare un termine temporale alla prova di applicazione delle linee guida c) Dare maggiore spazio alla collaborazione specialistica all'interno delle linee di indirizzo e nella elaborazione dell'allegato d) Considerare la presenza anche di altri questionari anamnestici e) Avere migliori indicazioni dalla iniziativa nelle attività di prevenzione secondaria e terziaria del Medico del lavoro 	





CRITERI INAIL PER IL RICONOSCIMENTO DELLE M.P. - Rif. Doc Regionale: 50-51

FATTORI DI SUCCESSO	CRITICITÀ DI FATTIBILITÀ
<p>Valutazione del rischio specifico legato alla attività lavorativa/mansione; che tenga in considerazione fattore genere e dato anagrafico</p> <p>Correlazione tra esposizione e Patologie e distretto Anatomico.</p> <p>Denuncia basata su criteri oggettivi:</p> <p>Iter clinico e diagnostico</p> <p>La certificazione di malattia va trasmessa all'INAIL per il riconoscimento dell'inabilità temporanea</p>	<p>Cronologia: tempo congruo entro quanto riteniamo sia corretto eseguire mp</p> <p>Accertamenti oggettivi non criteri soggettivi:</p> <p>Valutazione parte del Medico Competente di indicare accertamenti clinici Diagnostici, (a carico del DATORE di Lavoro)</p> <p>Tab Mal. Prof. prevedono tempi di Indennizzabilità delle patologie professionali per le quali il Medico Competente è comunque obbligato ad adempire alla denuncia</p> <p>Arco temporale dopo la cessazione dell'esposizione al rischio professionale, fino a quando denunciabile</p> <p>Presenza di fattori con causalità che possono favorire l'insorgenza della patologia prof. Concausa / condizione / Occasione</p> <p>Gli adempimenti medico legali, come già giustamente riportato, sono privi di coraggio e non indicano alcun criterio per la segnalazione. È solo un gran riportare di normativa. Così fatti ne abbiamo già moltissimi.</p>
PROPOSTE	
<p>Unico atto semplice che racchiuda i tre adempimenti certificato, denuncia e referto</p> <p>Chiari Criteri, indicazioni anche temporali, per la segnalazione della patologia professionale.</p> <p>Possibilità a seguito di una segnalazione di malattia prof. Conoscere la conclusione dell'iter della valutazione da parte degli organi proposti.</p> <p>Riflessione sull'utilità ad oggi nel quadro normativo della malattia professione, epidemiologico, medico legale solo questi?</p>	

Da questo numero il Journal disporrà di una nuova rubrica con la quale cercheremo di definire alcuni aspetti della nostra attività professionale che escono dalla normale routine e possono presentare qualche insidia. A volte ci vengono richieste prestazioni ai limiti del riferimento normativo: possiamo/dobbiamo eseguirle? Come possiamo motivare un eventuale rifiuto o giustificare la prestazione? Come dovremo documentarla?

Ritenendo che sia molto importante creare una rete comunicativa costante con i nostri lettori per condividere questi aspetti, daremo spazio a quanti vorranno segnalarci i loro casi spiegando come li hanno gestiti e dando così la possibilità a tutti i colleghi di acquisire un sapere sempre più mirato e puntuale. Siamo certi che anche questa iniziativa godrà del vostro supporto.

Per richiedere informazioni e proporre contributi scrivere a: segreteria@anma.it indicando nell'oggetto il titolo della rubrica MCJ "Facciamo il punto"

Facciamo il punto

M. Saettone Medico Competente, Consigliere nazionale ANMA

Accertamenti sanitari per lavoratori non soggetti a Sorveglianza Sanitaria

Quale reazione professionale intercorre tra il Medico competente e il Lavoratore non soggetto a sorveglianza sanitaria che chiede di essere visitato? L'accertamento è dovuto? Deve essere concluso con un atto formale? Deve essere espresso un giudizio di idoneità allo svolgimento lavorativo?

Il D. Lgs. 81/08 e s.m.i. non fornisce un chiaro riferimento normativo, pertanto è necessario cercare la risposta attraverso un più articolato passaggio legislativo: Articolo 32 Cost.: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Art.23 Cost.: "Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge".

Quindi affinché un cittadino italiano sia obbligato a fare qualcosa è necessa-

rio sempre individuare una legge: Principio di riserva di legge Art 5 Legge 300/70 Statuto dei lavoratori.

Accertamenti sanitari: «Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente ... Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico...

Non sono quindi consentiti gli accertamenti sanitari che "soddisfano la curiosità del datore di lavoro" ...

La Riserva di legge che oggi invece obbliga il datore di lavoro a tutelare la si-

curezza e salute dei lavoratori, attraverso la valutazione di tutti i rischi, la loro eliminazione o riduzione e la sorveglianza sanitaria, quando necessaria, è rappresentata dal D. Lgs. 81/08 e s.m.i. Il medico competente:

D. Lgs. 81/98 art. 25 comma 1 lettera b: il MC programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41

D. Lgs. 81/08 art. 41 comma 1: la sorveglianza sanitaria è effettuata dal MC: lettera a: nei casi previsti dalla normativa vigente :

- Esposizione ai rischi di cui ai Titoli 6-7-8-9-10 del D. Lgs. 81/08 ... Rischi "normati"



- Esposizione ad altri rischi per la salute e sicurezza che siano inseriti nel DVR e per i quali sussista un rischio residuo che renda necessaria la sorveglianza sanitaria: “rischi non normati”.

Lettera b: qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal MC correlata ai rischi lavorativi.

Se per il rischio non è prevista la sorveglianza sanitaria e nel caso la richiesta sia fatta dal Datore di Lavoro, cade il principio di riserva di legge, soprattutto se in assenza di consenso da parte del lavoratore.

Se invece la richiesta è fatta dal lavoratore, anche se per un rischio per il quale non è prevista la sorveglianza sanitaria, il medico deve (art. 41 c.1 L.b) sottoporlo a visita. In questo caso infatti il consenso del lavoratore è implicito al concetto di “visita a richiesta”.

Il medico competente dovrà definire se si tratta di:

- visita richiesta da lavoratore esposto a rischi lavorativi correlabili alla mansione o comunque responsabili di peggioramento della sua salute (art.41 c.2 L.c)
- visita richiesta per un problema non correlabile all'attività lavorativa

Il primo caso rappresenta occasione di eventuale rivalutazione del DVR sul rischio sottostimato e pone il problema della espressione di un giudizio di idoneità per un rischio basso, forse sottovalutato o quanto meno incerto, che andrà comunque espresso (anche ricorrendo ad accertamenti di secondo livello con specialisti di branca o suggerendo al datore di lavoro il ricorso alla Struttura Pubblica ex art. 5 L 300/70) perché ogni visita ex art. 41 c.2 comporta una ‘conclusione’ e una indicazione di scadenza secondo le modalità indicate dal c6 dello stesso articolo ... Il medico competente deve sbilanciarsi ... ex lege o ... obtorto collo !

... Stiamo però esprimendo un giudizio

di idoneità per l'esposizione ad un rischio per il quale non è prevista la sorveglianza sanitaria e quindi l'obbligo del lavoratore (art. 20 c.2 L i) a sottoporvisi e l'obbligo per il datore di lavoro di farla eseguire e rispettarne l'esito (art 18 c.1)

Nel secondo caso invece, quando il problema rappresentato dal lavoratore non è correlabile ai rischi lavorativi, la visita assumerà il significato di “colloquio chiarificatore” attraverso il quale il medico competente dovrà/potrà suggerire al lavoratore un diverso percorso diagnostico terapeutico o aiutarlo ad individuare altro Ente a cui rivolgere istanza o, nei casi sempre più frequenti di problemi attitudinali e disagio psichico, suggerire al DL l'effettuazione di una visita medica ex art. 5 L. 300/70 per la definizione del caso e la valutazione dell'idoneità del lavoro.

P. Santucci, medico del lavoro, ANMA Liguria, Genova (Coordinatore)

C. Baghino, ortottista Istituto David Chiossone, Genova

F. Calabrò, medico del lavoro ed oftalmologo, ANMA Lombardia, Milano

M. Ferrante, medico del lavoro ed oftalmologo, ANMA Lazio, Roma

A. Pignatari, medico del lavoro, ANMA Emilia Romagna, Bologna.

Proposta di scheda per lo screening ergo oftalmologico del videoterminista

Dalla pubblicazione della ‘scheda medica mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminista’, durante il Seminario ANMA del 2003, sono trascorsi oltre 15 anni, durante i quali l’attività al videoterminale si è diffusa rapidamente in ogni ambito lavorativo, attraverso nuovi strumenti tecnologici, spesso all’interno di rinnovate organizzazioni del lavoro.

Perciò, come già accaduto per l’attività di formazione-informazione (Medico Competente Journal, numeri 2, 3, 4 del 2018) si rende necessario un rinnovamento dello strumento a disposizione del medico competente per l’effettuazione dello screening ergo oftalmologico, rispondendo alle richieste di semplificazione e ‘di supporto’ sollevate da diversi medici competenti in occasione dei corsi di aggiornamento ANMA. Perciò si è formato un gruppo di lavoro, composto da due oftalmologi che svolgono anche attività di medici competenti, due medici competenti ‘esperti’ della materia ed una ortottista co-autrice del modulo formativo ANMA, al fine di proporre un aggiornamento della scheda dedicata allo screening ergo oftalmologico ‘manuale’.

Storia della ‘Scheda medica mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminista’.

La ‘scheda medica mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminista’ viene proposta per la prima volta nel 2003 (1) sulla base dell’esperienza dell’autore, con riferimento alle Linee Guida delle ‘Regioni’ (2) ed attraverso l’elaborazione del protocollo di Colombini et Al. (3). Successivamente la scheda viene inserita nella monografia ANMA del 2009 dedicata al videoterminista (4), illustrata in occasione del Seminario di Arenzano del 2012 (5) e proposta come modello di riferimento nell’apposito modulo all’interno dei

corsi di aggiornamento ANMA, che ha formato oltre 300 medici competenti in tutta Italia. Nel 2013 le Linee Guida SIML (6) illustrano, per la prima volta, gli esami oftalmici eseguibili dal medico competente, avvallando l’impostazione di uno screening ergo oftalmologico eseguito tramite strumentazione ‘manuale’ e fornendo nuovo impulso all’aggiornamento della ‘scheda’. Infine nel 2017 una ‘scheda medica mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminista’, comprensiva della parte ‘muscolo-scheletrica’, è stata inserita nella presentazione delle Best Experienced Practices ANMA in occasione del XXX Congresso nazionale: “Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP per il videoterminista” (7). Perciò, oltre quindici anni di esperien-



za sul campo e di costante aggiornamento della letteratura, intendono portare un valore aggiunto alla sorveglianza sanitaria del 'videoterminalista', ma anche orientare il medico competente nell'approccio che lo tutela maggiormente alla luce della recente pubblicazione della cosiddetta 'Legge Gelli'. Infatti la Legge 8/3/2017 n°24, attenua notevolmente le responsabilità del sanitario che segue nel proprio operato "le raccomandazioni previste dalle linee guida".

In sintesi, la finalità della 'scheda' consiste nel mettere a disposizione del medico competente uno strumento moderno, ma anche affidabile e sostenibile, che consenta di rispondere alle sfide poste dall'utilizzo di nuove tecnologie nell'ambito della gestione dei

'rischi per la vista e gli occhi'.

Dalla legislazione allo screening ergofoamologico

Il medico competente sottopone a sorveglianza sanitaria il lavoratore "che utilizza un'attrezzatura munita di videoterminali, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni di cui all'art.175 D.Lgs.81/08 e s.m.i. alla sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41..", dove per 'interruzioni di cui all'art.175' si intende una pausa ovvero un cambiamento di attività che, in assenza di una relativa disposizione contrattuale, corrisponde a quindici minuti ogni cento-

venti minuti di applicazione continuativa al videoterminale.

Ai sensi di art.176.1 D.Lgs.81/08 e s.m.i. i lavoratori sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria, di cui all'articolo 41, con particolare riferimento:

a) ai rischi per la vista e per gli occhi; ...

In merito ai 'rischi per la vista e per gli occhi' la sorveglianza sanitaria si concretizza nell'esecuzione dello screening ergofoamologico (dall'inglese to screen = selezionare) che non consiste nella diagnosi o nella cura della patologia oftalmologica di competenza dello 'specialista', bensì nella 'selezione' dei casi, come avviene in altri campi della medicina del lavoro, che presentano alterazioni anatomico-funzionali, astenopia, quadri meritevoli di



approfondimento e/o trattamento specialistico, connessi in tutto o in parte con il lavoro.

L'attenzione principale si sofferma nell'accertamento di assenza di fenomeni di disagio, di conferma dell'idoneità al lavoro e di eventuale formulazione di prescrizioni, basandosi sul quadro clinico-funzionale del lavoratore e soprattutto sulle caratteristiche dei compiti lavorativi assegnati, contribuendo eventualmente, proprio ad una più precisa valutazione di tali caratteristiche. In sintesi, l'attenzione del medico competente deve essere rivolta alla prevenzione di qualsiasi effetto negativo sulla salute e sul benessere correlato all'uso prolungato di videoterminali (6).

Per raggiungere tali obiettivi lo screening deve comprendere una serie di 'test oftalmici' che valutano in particolare modo la 'messa a fuoco' e la 'motilità oculare estrinseca', che entrano in gioco nell'impegno visivo protratto statico e ravvicinato, tipico del lavoro al videoterminale.

Entrando nello specifico, le Linee Guida delle Regioni (Conferenza dei Presidenti delle Regioni, 1999) già vent'anni fa raccomandavano di effettuare una visita medica che includa, al fine di un adeguato inquadramento delle condizioni visive del soggetto (2):

- anamnesi ergofoftalmologica comprendente, oltre alla anamnesi oftalmologica (patologica prossima e remota), anche una precisa valutazione dei rapporti tra esposizione e caratteristiche della sintomatologia visiva ed oculare riferita (astenopia occupazionale), al fine

di rilevare elementi di incompatibilità verso il lavoro che dovrà essere svolto o che è normalmente effettuato;

- esame della refrazione ed eventuale correzione;
- esame di annessi e segmento anteriore e posteriore;
- valutazione delle forie, della stereopsi e del punto prossimo di convergenza;
- valutazione del senso cromatico.

Più recentemente le Linee Guida SIML (6) hanno confermato sostanzialmente tale impostazione. Dopo aver ritenuto l'ortoanalizzatore 'non adeguato per la valutazione dell'idoneità specifica di operatori videoterminalisti', propongono nell'Allegato 9 una serie di 'Test oftalmici eseguibili dal medico del lavoro competente'.

Si tratta della misurazione di acuità visiva per lontano e per vicino tramite ottotipo, valutazione della sensibilità ai colori (Test di Ishihara) ed altri test, quali Cover test, Test di Lang II, Misurazione del Punto Prossimo di Convergenza (PPC) e Punto Prossimo di Accomodazione (PPA).

Tuttavia le stesse Linee guida ritengono che le visite oculistiche 'possano' sostituire lo screening del medico competente e raccomandano, ma non ritengono indispensabile, la visita specialistica oculistica nell'ambito dell'accertamento di 1° e di 2° livello.

In questa sede si ritiene di ribadire l'importanza dell'approfondimento oftalmologico di casi selezionati nell'ambito dell'accertamento di 2° livello e nel contempo la titolarità dello screening di 1° livello per il medico competente formato, addestrato ed

integrato nel sistema di prevenzione aziendale, come avviene in altri campi della medicina del lavoro.

Va precisato che lo specialista oculista, al di là della indiscussa competenza oftalmologica, non possiede gli elementi per studiare 'in autonomia' l'organo della vista inserito nello specifico contesto lavorativo, sia ambientale che organizzativo, come richiesto dalla Normativa vigente (D. Lgs.81/08 e s.m.i.).

Perciò lo specialista oftalmologo deve essere supportato nella propria attività di 2° livello attraverso la formulazione di un quesito argomentato e mirato.

Prima di approfondire i test proposti dallo screening ergofoftalmologico può essere utile riprendere alcune definizioni (6) V. pag. a fianco.

Modello di screening ergofoftalmologico

Lo screening ergofoftalmologico proposto in questo contributo si articola in una parte anamnestica, generale e mirata, e in una sezione clinico-strumentale.

La scheda si suddivide schematicamente in cinque paragrafi:

- Dati personali della postazione e della mansione
- Anamnesi generale e mirata
- Questionario sintomatologico mirato (misurazione astenopia)
- Test di funzione visiva con 'set manuale'
- Conclusioni
- Giudizio di idoneità.

DEFINIZIONI

Ametropia

Si intende la presenza di un difetto di rifrazione. In questa condizione il fuoco principale del sistema diottrico oculare cade su un piano anteriore o posteriore rispetto a quello retinico.

Ambliopia

Condizione di più o meno marcata riduzione della funzione visiva non correggibile con lenti oftalmiche a tempiale o a contatto, attribuibile ad alterazioni della motilità oculare (ambliopia strabica) o a difetti rifrattivi elevati (ambliopia anisometropica).

Astigmatismo

Ineguale potere rifrattivo dei meridiani corneali: invece di un singolo fuoco si formano due fuochi principali. A seconda della posizione si distinguono diversi tipi di astigmatismo: miopico semplice o composto, ipermetropico semplice o composto, misto. Si corregge con lenti cilindriche, positive per ipermetropia e negative per miopia.

Convergenza

La convergenza è un movimento riflesso di adduzione (rotazione verso l'interno), simultaneo e sincrono dei globi oculari, controllato da un centro nervoso situato nella corteccia occipitale. Esso si attiva durante la visione ravvicinata ed ha lo scopo di far convergere i due assi visivi sull'oggetto osservato, in modo che l'immagine venga a cadere esattamente sulle fovee (aree deputate alla "visione distinta" ove massimo è il potere di separazione retinico).

Diottria (D)

È l'unità di misura del potere (convergente o divergente) delle lenti che non ha rapporto diretto con i 'decimi' con cui viene misurata l'acuità visiva.

Eteroforia

È uno strabismo latente: la deviazione all'interno viene denominata esoforia, all'esterno exoforia, verso l'alto iperforia e verso il basso ipoforia. Eterotropia, o strabismo, è l'incapacità a mantenere una visione binoculare.

Ipermetropia

Ametropia in cui i raggi luminosi provenienti dall'infinito (occhio in riposo accomodativo), convergono su un fuoco situato posteriormente al piano retinico. L'ipermetropia viene corretta con lenti sferiche (sf) positive (+); cioè con lenti che determinano un aumento della convergenza dei raggi luminosi in modo da farli cadere sulla retina.

Lenti corneali

Classificate come rigide (non gas permeabili e gaspermeabili), meno confortevoli richiedono minore manutenzione, e morbide (settimanali e giornaliere), più confortevoli ma anche difficili da gestire.

Lenti 'progressive' o 'multifocali'

Caratterizzate da potere variabile: parte superiore (visione da lontano), centrale (visione intermedia), inferiore (da vicino). Lenti a ridotta multifocalità, o 'office', destinate prevalentemente all'uso in ufficio.

Miopia

Ametropia in cui i raggi luminosi provenienti dall'infinito (occhio in riposo accomodativo) convergono su un fuoco situato anteriormente al piano retinico. La miopia viene corretta con lenti sferiche (sf) negative (-); cioè con lenti che determinano una riduzione della convergenza dei raggi luminosi in modo da farli cadere sulla retina.

Motilità oculare

L'esame della motilità oculare ha lo scopo di valutare eventuali anomalie della posizione degli occhi nelle nove posizioni di sguardo. Una perfetta coordinazione dei sei muscoli oculomotori estrinseci permette il mantenimento di una visione binoculare singola (VBS) in tutte le posizioni di sguardo.

Presbiopia

Con l'età si allontana progressivamente il punto prossimo (cioè il punto più vicino) al quale l'occhio riesce autonomamente a mettere a fuoco. Questo processo diventa "critico" per la visione, allorché il punto prossimo supera le abituali distanze di lavoro/lettura per vicino del soggetto. Generalmente ciò accade intorno ai 45 anni, con variazioni individuali, e quando il punto prossimo oltrepassa i 50-60 cm. La presbiopia necessita di essere corretta con lenti specifiche di tipo sferico il cui potere cambia in funzione dell'età e delle necessità visive del soggetto.

L'impostazione dello screening riconduce alla stessa definizione di ergoftalmologia, lo studio delle interazioni fra apparato oculo-visivo dei lavoratori ed attività lavorativa svolta, con riferimento alla postazione occupata dal singolo operatore, alla tipologia di lavoro e più in generale alle 'richieste della mansione'.

Per tale motivo è prevista la raccolta di dati quali il tipo di attività, le caratteristiche della postazione, le dimensioni dello schermo e la distanza rispetto agli occhi, la durata di esposizione settimanale al videoterminale.

Le anamnesi familiare, fisiologica, patologica e rifrattiva, rivestono particolare importanza nel corso della 'visita preventiva' e precedono la valutazione dell'astenopia occupazionale, che completa la raccolta dei dati necessari alla corretta effettuazione del test di funzione visiva.

ASTENOPIA OCCUPAZIONALE

Astenopia è il termine di derivazione greca (a, alfa privativo – stenos, forza, potenza, energia – opis, vista) che può essere sinonimo di 'fatica visiva'.

Le Linee Guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro (2013) hanno definito l'astenopia occupazionale "Un'associazione di sintomi e/o segni causata da fattori e compiti lavorativi che, eventualmente combinati con le caratteristiche oftalmiche del soggetto, favoriscono l'insorgenza o la reiterazione di un insieme di sintomi e/o segni oculari e/o visivi che, talvolta, possono comportare anche disturbi generali".

Asthenopia Occupazionale		Provvedimenti da parte del medico competente
Frequenza	Livello	
< 1 volta / settimana	Trascurabile	Nessuno
1-2 volte / settimana	Lieve	Possibili
3 volte / settimana	Moderata	Necessari
4-5 volte / settimana	Intensa	Necessari e urgenti

Classificazione dell'astenopia occupazionale, Linee Guida SIMLII, 2013

Per una efficace gestione dello screening ergoftalmologico è imprescindibile la valutazione della 'astenopia significativa'. La soglia di questo parametro è determinata attraverso il questionario sintomatologico mirato con il riscontro di "almeno 2 sintomi oculo-visivi (frequenza di insorgenza di almeno tre volte la settimana e durata di almeno 1 ora), in presenza di almeno un segno obiettivo correlato ai sintomi (per definire livelli di astenopia moderati od intensi)" (6).

L'importanza della soglia di astenopia significativa è legata soprattutto alla gestione della periodicità di visita e dei criteri di formulazione del giudizio di idoneità, proposti dalle Linee Guida SIML, ed al monitoraggio di un mirato benessere oculo-visivo degli operatori in funzione dell'attività al videoterminale.

Perciò il calcolo della prevalenza dell'affaticamento oculo-visivo può costituire un dato prezioso anche nell'ambito della presentazione dei risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art.25.1, i, nel corso della riunione annuale (art.35 D.Lgs.81/2008) (4).

Il metodo richiede l'utilizzo di un set composto da 'strumenti manuali' allo scopo di misurare principalmente:

- **la refrazione (messa a fuoco)**
- **la motilità oculare (capacità dei due occhi di lavorare assieme),**

poiché si tratta delle funzioni dell'occhio maggiormente coinvolte nell'impegno visivo protratto, statico e ravvicinato.

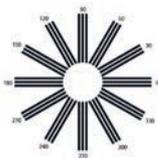
Il test di funzione visiva prevede l'utilizzo dei seguenti strumenti: frontofocometro, ottotipo per lontano e per vicino con raggiera per individuazione astigmatismo, Tavole di Hishihara, mire dal colore tenue, Lang stereo test, paletta oclusore, Stecca prismatica di Berens.



- > I dati relativi al potere diottrico delle lenti si raccolgono a livello anamnestico o tramite misurazione con **frontifocometro**



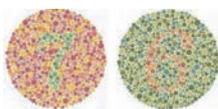
- > Valutazione della acuità visiva per vicino e lontano, con correzione e senza, mono e binoculare, tramite **ottotipo** dedicato.
- > Acuità: capacità di discriminare i minimi dettagli di un carattere ad una certa distanza.



- > Individuazione di astigmatismo con **ottotipo lontano/vicino**: 'raggiera'
- > Indicare il/i segmento/i che viene/vengono visto/i diversamente dagli altri (p.es. maggiore 'spessore').



- > Ispezione segmento anteriore (eventuale uso di **minitorcia**)
- > Segnalare alterazioni anatomiche, p.es. iperemia congiuntivale, calazio, ptosi, fascicolazioni palpebrali, anisocoria, ecc.



- > Senso cromatico (**Tavole di Ishihara**)
- > Individuazione di eventuale discromatopsia/ anomalia con almeno 6 tavole: la n°1, una fra 2/3/4, 6/7/8/9, 10/11/12/13, 14/15/16/17 e 18/19/20/21.



- > Visione di profondità p.v. tramite 'stereo test' (Lang stereotest).
- > Riconoscimento delle immagini tridimensionali su 'cartolina' a distanza di circa 35-40 cm..



- Motilità oculare estrinseca con **mira non luminosa** (colore tenue).
- > Verifica di eventuali 'deviazioni' nelle nove posizioni dello sguardo: verso l'alto, al centro e in basso in tre direzioni: destra, centro, sinistra.
 - > Punto prossimo di convergenza: si avvicina la mira verso gli occhi, entrambi aperti, per indicare quando appare sdoppiata.
 - > Punto prossimo di accomodazione: per ciascun occhio si avvicina la mira, indicando a quale distanza viene percepita come 'sfuocata'.



- > Cover-uncover test con **paletta occlusore**
- > Coprire e scoprire l'occhio che sta fissando una mira a 30 cm.



Convergenza con **prisma di Berens**

- > Indicare quando 'sdoppia' la mira, scorrendo il prisma con 'base' esterna davanti a OD (dal basso in alto) e a OS (dall'alto in basso).

Al termine del test sono previste le conclusioni e la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. In questo spazio viene indicata anche l'eventualità di un approfondimento specialistico.

Di seguito vengono elencati i criteri di formulazione del giudizio e di invio a specialista oftalmologo (6).

CRITERI DI FORMULAZIONE GIUDIZIO DI IDONEITA' (A, B, C, D, E)

A - Idoneità senza prescrizioni con periodicità di Legge.

B - Idoneità con prescrizione di controllo del MC con frequenza ravvicinata ('di solito' biennale se inizialmente quinquennale) in presenza delle seguenti disfunzioni o patologie (eventuale accertamento oftalmologico a giudizio del MC):

- deficit del visus permanenti nonostante correzione
- difetti refrattivi elevati
- presbiopia oltre 2 D
- significativi difetti ortottici
- patologie oculari croniche con significative implicazioni evolutive riguardanti la funzionalità visiva o l'astenopia
- utilizzo abituale di lenti corneali

C - Idoneità con prescrizione di controllo del MC con frequenza ravvicinata (di solito biennale) in presenza di disfunzioni o patologie sopra citate ed astenopia significativa associata e prescrizione di pause (generalmente 10 minuti/ora) e/o riduzione fino a 4 ore al dì del tempo di esposizione a VDT.

D - Non idoneità temporanea

- affezioni oculari acute

E - Non idoneità definitiva

- una volta stabilita in visus inferiore a 2/10, attualmente l'introduzione di ausili software/hardware dedicati ha reso eccezionali i casi di incompatibilità alla mansione.

CRITERI DI INVIO ALLO SPECIALISTA OFTALMOLOGO

- sintomi astenopici significativi
- visione binoculare con correzione in uso $\leq 7/10$ per lontano e/o II°DW o equivalente per vicino
- presenza di anomalie obiettive a carico della superficie oculare e/o degli annessi
- patologie oculari significative, riferite anamnesticamente o di cui si sospetti la presenza.

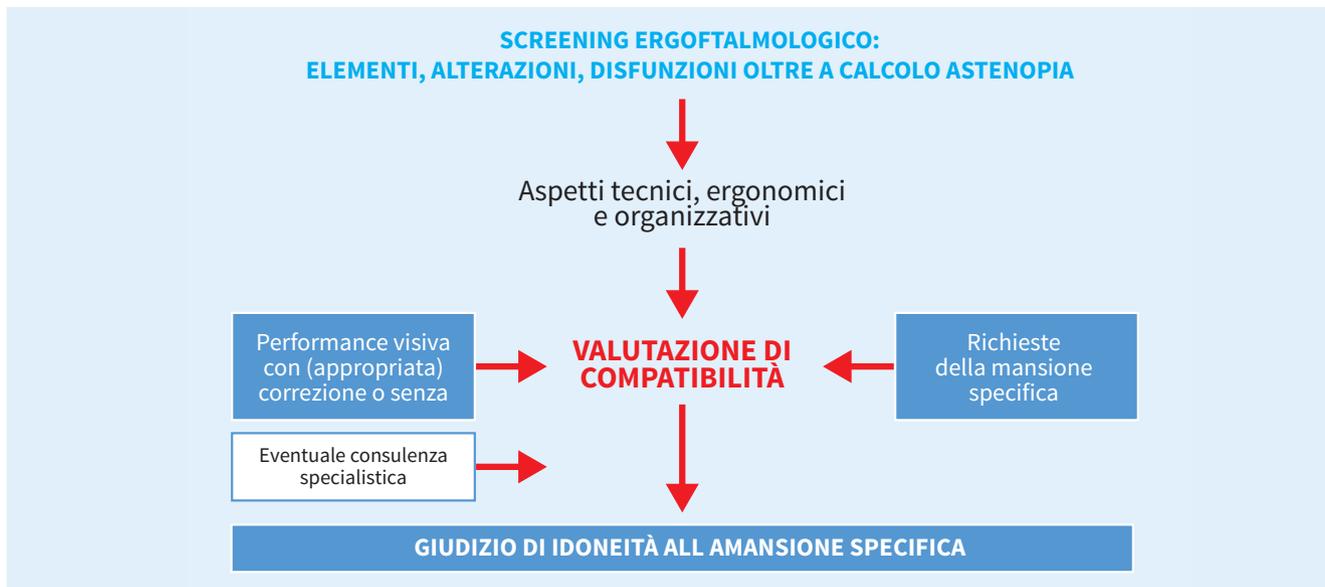
In sintesi, lo screening deve dimostrare una buona capacità di selezione dei casi da approfondire con lo specialista, per eventuali diagnosi precoci, prescrizioni di correzioni ottiche o training ortottico, e da gestire con la formulazione di un eventuale giudizio di idoneità condizionata secondo l'orientamento di autorevoli Linee Guida.

A supporto dell'attività del medico competente vengono infine indicati sulla 'scheda' i parametri di riferimento per la corretta esecuzione dei diversi test nell'ambito dello screening ergofoftalmologico.

Conclusioni

L'illustrazione dello screening ergoftalmologico ha evidenziato che l'obiettivo finale non consiste nella formulazione della diagnosi o nella cura della patologia oftalmologica, bensì nella ricerca del benessere oculovisivo dell'operatore attraverso un approccio complessivo, interdisciplinare e con l'eventuale supporto della consulenza specialistica.

Condizione necessaria è che il medico competente sia formato, addestrato ed integrato nel sistema di prevenzione aziendale poiché la conoscenza 'tecnico-organizzativa' dell'ambiente di lavoro, e in particolare delle singole postazioni dotate di videoterminale, costituisce un elemento fondamentale, che completa i dati raccolti nel corso dello screening ergoftalmologico.



Inoltre, il modello illustrato ha lo scopo di stimolare il medico competente all'esecuzione di uno screening maggiormente approfondito e consapevole, che consenta di 'parlare la stessa lingua' dei Colleghi oftalmologi, ma anche di rapportarsi, se del caso, con altri professionisti della materia, quali ortottisti ed ottici-optometristi, allo scopo di favorire un approccio interdisciplinare. E una impostazione con tali modalità si rende necessaria in considerazione dei temi di crescente attualità, che ci offre la letteratura scientifica specialistica, riferita anche ad attività e ad ambienti di lavoro: dagli effetti della 'luce blu' alla rapida diffusione della miopia nella popolazione mondiale.

In conclusione, il modello di screening ergoftalmologico si propone come la migliore risposta possibile alle richieste della legislazione vigente ed alle sollecitazioni della letteratura scientifica in tema di 'lavoro al videoterminale', alle esigenze dei medici competenti soggetti alla nuova normativa in termini di responsabilità professionale ed alle istanze di aziende e lavoratori sempre più coinvolti nelle innovative organizzazioni del lavoro e nelle moderne tecnologie dell'era 4.0.

BIBLIOGRAFIA

1. Santucci P., Elaborazione di una "scheda medica" mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista (D.L. 626/94 e successive modifiche), "Workshop. Il lavoro d'ufficio: dalla valutazione dei rischi alla sorveglianza sanitaria", AC Hotel, Genova 12 dicembre 2003.
2. Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, Linee guida per l'applicazione del D.L. 626/94, seconda edizione, Regione Emilia Romagna, AUSL Ravenna, 1999.
3. Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergoftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPEL n°3-4, 1997.
4. Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.
5. Santucci P., Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista, Seminario ANMA 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano (GE) 19 ottobre 2012.
6. Piccoli B., Battevi N., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
7. Santucci P., "Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP per il videoterminalista", XXX Congresso nazionale ANMA, Napoli, 9 giugno 2017.

Allegato alla CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

(barrare la voce corrispondente)

Data ____/____/20____ Nominativo _____ Et  ____ Azienda _____
Anzianit  uso VDT: _____ mesi/anni,

POSTAZIONE DI LAVORO

Attivit  prevalente al VDT: data entry/caricamento dati progettazione/ grafica
 cad/cam battitura testi consultazione programmazione mobile worker
 Altro _____

Postazione di lavoro correttamente impostata: s  no

Dimensione schermo: ____ pollici. Distanza occhi-schermo: ____ cm

Tempo medio di utilizzo giornaliero: 2-4 ore 4-6 ore > 6 ore

ANAMNESI FAMILIARE MIRATA

negativa ipertensione arteriosa diabete malattie oculari

Specificare _____

ANAMNESI FISIOLGICA MIRATA

Farmaci: oftalmotossici quali _____ allergie quali _____

menopausa a _____ anni gravidanza: _____ settimana.

Attivit  extralavorative: uso pc portatile/fisso _____ h/die; tablet _____ h/die smartphone _____ h/die.

ANAMNESI PATOLOGICA MIRATA

gravi patologie infettive/neurologiche ipertensione arteriosa diabete/endocrinopatie

dislipidemie sinusite dermatiti carcinosi traumi cranici vasculopatie

connettiviti/patologie autoimmuni

Altro _____

APPARATO OCULO-VISIVO

congiuntivite strabismo/disturbi ortottici cataratta glaucoma

cheratocono retinopatie laser per correzione miopia interventi chir.oftalmologici

Altro _____

ANAMNESI RIFRATTIVA

emmetrope oppure non porta lenti correttive .

Deficit visivo: miopia astigmatismo miopico semplice / composto

ipermetropia astigmatismo ipermetropico semplice/composto/misto

Lenti correttive in uso (frontofocometro): OD: _____ sf OD: _____ cil ;

OS: _____ sf OS: _____ cil. (Lenti add.OD __ OS __)

Lenti solo per presbiopia OD: _____ sf OS _____ sf.

Uso L.A.C Uso L.M.F Uso L.A.C.M.F.

Utilizzo delle lenti con il lavoro al VDT: s , costante s , saltuario no.

Note: _____

Sintomatologia oculovisiva o generale (durante/al termine dell'attività lavorativa):

- Astenopia trascurabile: sintomi correlabili <1 volta/settimana
- Astenopia lieve: almeno 2 sintomi per 1ora, almeno 1-2 volte/ settimana
- Astenopia significativa: almeno 2 sintomi per 1ora, almeno 3 volte / settimana
- Astenopia intensa: almeno 2 sintomi per 1ora, tutti i giorni lavorativi.

DISTURBI	<1 v/mese	1 v/mese	1-2 v/sett.	3-4 v/sett.	Tutti i giorni
Arrossamento	■	■	■	■	■
Brucciore	■	■	■	■	■
Dolore oculare	■	■	■	■	■
Irritazione/prurito	■	■	■	■	■
Lacrimazione	■	■	■	■	■
Pesantezza	■	■	■	■	■
Secchezza occhi	■	■	■	■	■
Alterazione battito ciliare	■	■	■	■	■
Ridotta velocità di lettura	■	■	■	■	■
Calo visivo	■	■	■	■	■
Visione sfocata	■	■	■	■	■
Diplopia	■	■	■	■	■
Fotofobia	■	■	■	■	■
McCullogh/aloni colorati	■	■	■	■	■
Scotomi/miodesopsie	■	■	■	■	■
Restringimento cono visivo	■	■	■	■	■
Cefalea	■	■	■	■	■
Debolezza	■	■	■	■	■
Digestione lenta/nausea	■	■	■	■	■
Vertigine	■	■	■	■	■
Rossore/irritazione viso-mani	■	■	■	■	■

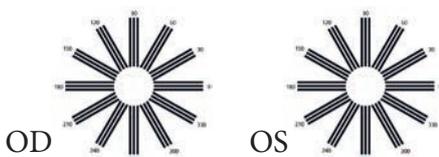
Test di funzione visiva 'base'

Visus naturale P.L.: OD ___/10 OS ___/10 Binoculare ___/10
 Visus corretto P.L.: OD ___/10 OS ___/10 Binoculare ___/10
 Visus naturale P.V.: OD ___DW-J OS ___DW-J Binoculare ___DW-J
 Visus corretto P.V.: OD ___DW-J OS ___DW-J Binoculare ___DW-J

Individuazione astigmatismo per:

lontano

vicino



Osservazione degli annessi e del segmento anteriore:

OD _____
OS _____

Senso cromatico (tavole di Ishihara): normale discromato anomalia /psia
 deficit R/V deficit totale

Motilità oculare: normale alterata _____
Diplopia si no

Punto Prossimo di Convergenza (P.P.C.): ottimo buono discreto scarso assente
Note: _____

Punto Prossimo di Accomodazione (P.P.A.): OD _____ cm. OS _____ cm.

Stereopsia (Lang Stereo Test): positivo parz. positivo negativo

Cover test: P.V.: OD _____ foria _____ OS _____ foria _____

Convergenza (prismi) P.V. naturale: normale ai limiti inferiori insufficiente
Convergenza (prismi) P.V. con lenti: normale ai limiti inferiori insufficiente

CONCLUSIONI _____
 Richiesta visita oculistica* _____

GIUDIZIO:*

IDONEO IDONEO PARZIALE _____
 TEMPORANEO _____ GIORNI/SETTIMANE/MESI
 PERMANENTE _____
 CON PRESCRIZIONI / CON LIMITAZIONI _____

NON IDONEO
 TEMPORANEO _____ GIORNI/SETTIMANE/MESI
 PERMANENTE _____

PERIODICITA' VISITA: (MESI) 60 24 12 6 3 _____

Il medico competente

*Si rimanda a Linee Guida S.I.M.L. per criteri di invio ad oculista e formulazione giudizio di idoneità.

I tests di funzione visiva con event. correzione in uso	Per lontano	Per vicino
Visus naturale, o con correzione in uso, con ottotipo	> o = 6/10 con ottotipo a 3 o 5 metri	> o = II DeWecker; > o = 2 Jaeger, ottotipo a 33 cm.
Individuazione di astigmatismo con ottotipo lontano/ 'raggiera' nel cerchio	Individuare eventuali errori di lettura con lettere simili	Indicare il/i segmento/i che viene/vengono visto/i diversamente dagli altri (p.es. maggiore 'spessore').
Ispezione segmento anteriore (event. uso di minitorcia)	---	Segnalare eventuali alterazioni anatomiche, p.es. iperemia congiuntivale, calazio, ptosi, fascicolazioni palpebrali, anisocoria, ecc.
Senso cromatico, tavole di Ishihara	---	Individuazione di eventuale discromatopsia/ anomalia con almeno 6 tavole: la n°1, una fra 2/3/4, 6/7/8/9, 10/11/12/13, 14/15/16/17 e 18/19/20/21.
Motilità oculare (mira non luminosa colore tenue)	---	Verifica di eventuali 'deviazioni' nelle nove posizioni dello sguardo: verso l'alto, a dx, centro, sx, davanti, a dx, centro, sx e in basso, a dx, centro, sx
Punto prossimo di convergenza con mira colorata (tenue)	---	Si avvicina la mira verso gli occhi, entrambi aperti, per indicare quando appare sdoppiata. PPC < 5 cm ottimo, 5-10 cm buono, 10-13 cm discreto, > 13 cm scarso, assente.
Punto prossimo di accomodazione con mira chiara non luminosa	---	Per ciascun occhio si avvicina la mira, indicando a quale distanza viene percepita come 'sfuocata'. V.N. PPA per età: 20aa 10 cm.; 30aa 15cm; 40aa 22 cm; 45aa 28cm; 50aa 40cm; 55aa 57 cm; 60aa 100cm; 65aa 200cm.
Stereopsi - Lang Stereo test	---	Riconoscimento delle immagini tridimensionali a distanza di circa 35 cm.
Cover test con paletta occlusore	---	Coprire e scoprire l'occhio che sta fissando una mira a 30 cm.: se 'fermo' o devia all'interno/esterno <10° = ortoforia; se devia > 10° = exo foria lieve; se devia > 30° = exoforia ampia**.
Convergenza con prismi di Berens	---	Indicare quando 'sdoppia' la mira, scorrendo il prisma con 'base' esterna davanti a OD (dal basso in alto) e a OS (dall'alto in basso). VN: > 18; deficit lieve 10-18; deficit elevato <10 DP.**

** Generalmente ad una exoforia ampia (cover test) e/o deficit grave della convergenza si associa 'astenopia significativa': in questi casi viene raccomandato training ortottico dopo eventuale approfondimento specialistico.



Lettera aperta da un “giovane” Medico del Lavoro.

“... voglio una vita spericolata”

Abbiamo notizia che un Tavolo Tecnico, istituito dal Ministero della Salute e dal Coordinamento regionale con la partecipazione anche di altre componenti tecniche (SIML, ANMA), sta lavorando per disciplinare a livello nazionale la procedura del ricorso avverso il giudizio del Medico ex art. 41 comma 9 del D.Lgs. 81/08”, alla luce della sua disomogenea applicazione.

Del tutto recentemente abbiamo ricevuto da una nostra Associata la richiesta di pubblicare una lettera aperta indirizzata ai nostri Colleghi che operano nei servizi di vigilanza.

È un contributo che riteniamo sia da divulgare senza alcun intento di rivendicazione, ma con spirito di condivisione delle problematiche che ogni giorno ci troviamo ad affrontare nel nostro lavoro giustamente definito “tra tutela della salute e diritto al lavoro”

“A tutti i COLLEGHI delle asl/ats.

Perché è questo che siamo, colleghi.

Medici, prima che competenti, prima che upg. Quindi, indipendentemente dai ruoli, Colleghi.

E, sempre indipendentemente dal fatto di operare “sul territorio” piuttosto che in ambito del servizio di Vigilanza, in quanto Medici, credo che il nostro giuramento ci debba portare, nell’interesse della

persona, ad essere super partes.

Ma questo, essendo Medici del LAVORO (e non del lavoratore, né del datore di lavoro), risulta sempre più difficile.

Mi interrogo, e interrogo Voi, sul nostro ruolo. Che spesso si interseca, ma, invece di convergere, sul fine comune, quello della tutela della Salute, finisce per divergere. E le conseguenze possono portare all’effetto contrario.

Inserirsi nel contesto aziendale, e promuovere la Cultura della Salute e Sicurezza, è un processo lento, fatto di piccoli passi, conquiste quotidiane (in termini di fiducia) che richiedono però un oneroso lavoro.

Lavoro che può essere spazzato via in un attimo.

Riporto qui un recente episodio che, oltre all’estrema amarezza, lascia molte domande.

Uomo di 57 anni, visita preassuntiva per posizione in mobilificio, con esposizione a rischio da mmc. Scoliosi e positività all’esame obiettivo del rachide. Giudizio di idoneità: idoneo con limitazione: evitare mmc>15 kg (considerata età, ipersuscettibilità e clinica).

Lo stesso fa ricorso avverso al mio giudizio con la seguente conclusione: idoneo. Giudizio basato sulla richiesta di copia della Cartella Sanitaria senza approfondimenti circa le condizioni espositive legate alla mansione né tramite richiesta documentale (DVR, indagine specifica condotta per la MMC mediante metodo NIOSH) né mediante eventuale sopralluogo. Neppure è stato richiesto confronto verbale, al



momento della riunione della Commissione o successivamente.

Trascorsi mesi ricevo lettera dell'avvocato del dipendente visitato, che mi richiede risarcimento per mancata assunzione.

Le domande.

1. Medicina del Lavoro e Preventiva. Questo mi è stato insegnato. Prevenzione primaria = non esporre un individuo ipersuscettibile ad un rischio, onde evitare il verificarsi di patologia professionale.

2. Considerare le differenze, per genere ed età.

Quindi, anche per il mio lavoro futuro, posso considerare idoneo un uomo di 57 anni, con scoliosi, e sintomatico, alla mmc?

Dopo la ricezione, da parte mia e dell'azienda, della suddetta rivendicazione da parte del dipendente, mi è stato sottolineato, da parte del Datore di Lavoro: "Dottoressa, per l'avvenire, nei casi dubbi, forse è meglio chiedere consulto allo specialista ortopedico."

Dunque,

3. quale la credibilità del mio ruolo!? Delle mie valutazioni?

4. Che richieste posso avanzare, per migliorare le condizioni di lavoro a fronte di un invecchiamento della popolazione lavorativa, ad esempio mediante ausili / automazioni? (non necessarie se non considerato limite di peso, anche solo per età).

Mi ritrovo invece a "difendermi" dalle conseguenze di un giudizio espresso, a mio avviso, nella tutela della Salute del lavoratore, in base a principi di prevenzione primaria.

Quali le basi, scientifiche, cliniche (paziente visitato?) e tecniche (effettuato sopralluogo dell'ambiente di lavoro?), a base dell'idoneità, espressa dai COLLEGHI dell'Organo di Vigilanza? Quale la tutela del lavoratore? Quale lo stimolo all'implementazione, all'innovazione aziendale?

Da ultimo, sarebbe stato rilasciato lo stesso giudizio, dalla Commissione, in visita periodica, dopo qualche anno di esposizione?

Queste le domande, che sperano di trovare risposte sostanziali, e non nella forma che troppo spesso vincola e condanna, noi medici competenti, che ci barcameniamo giornalmente, tra tutela della Salute e diritto al lavoro.

Una "giovane" Collega

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 1/2019

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 Certiquality n.7344

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

PRESIDENTE: Umberto Candura

VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè

SEGRETARIO: Ditaranto Daniele

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Talierno, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)

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

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

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

Liguria

Segr. Carlo Valchi

Lombardia

Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia

Segr. Piero Patanè

Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania

Segr. Rocco Lorenzo

Toscana

Segr. Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

Umbria

Segr. Anselmo Farabi

Veneto

Segr. Piero Patanè

La quota associativa annuale di adesione ad ANMA per i Medici Competenti è di € 100,00. Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati.

Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22



Notizie, aggiornamenti e commenti, foto e filmati.

Seguici su



FACEBOOK



TWITTER



YOUTUBE

www.anma.it

... Ormai era emergenza in tutto il quartiere. Ma essendo spenti i televisori e le radio, nessuno sapeva se fosse stato chiesto lo stato di emergenza. Non si sapeva se le istituzioni comunali, regionali e statali tacevano o, nel caso parlassero, che cosa stessero dicendo, quali soluzioni prevedevano, quali aiuti. Né si sapeva cosa ne pensassero gli esperti e come commentassero i fatti gli opinionisti, visto che, per il black-out, si viveva in un gran silenzio stampa. L'unico rumore era il ritmico e ovattato rumore della pioggia che batteva sulle strade e sui vetri. Non sapendo i cittadini nulla di nulla, non ci furono polemiche, ricorsi, querele, denunce o che altro. Nessuno venne ritenuto responsabile di niente, né il sindaco, né il parroco, né l'assessore, né l'ingegnere che aveva costruito i ponti, né chi presiedeva alla manutenzione degli argini. Pioveva e basta e siccome pioveva così tanto e nessuno aveva mai visto piovere così tanto, non ci si stupiva che i fiumi straripassero, i campi si allagassero, i tombini non tenessero e la città fosse invasa dall'acqua. Sembravano cose molto naturali. Nemmeno si aspettava l'intervento o il soccorso di nessuno. E quando arrivarono i vigili del fuoco, la Protezione Civile e volontari di ogni genere, gli abitanti del Bussolo furono piacevolmente sorpresi e lavorarono insieme gli uni con gli altri ...

(P. Mastrocola: Leone pagg. 192-193)



La mattina di Pasqua è deceduta la collega dott.ssa VITA MARZIA, socia di Padova da molti anni e membro del Collegio dei Probiviri di Anma.

La dott.ssa Marzia è stata sempre molto attenta e attiva alla realtà associativa, a livello territoriale, in Veneto e a livello nazionale. La ricordiamo certamente per la sua preparazione e dedizione ma anche come persona mite positiva e disponibile. Positività, di cui ci dicono gli amici padovani, forte anche di una profonda fede cristiana, ci ha dato testimonianza anche in questa breve e dolorosa malattia.

CONVENZIONI 2019

SCONTI E AGEVOLAZIONI PER I SOCI

Con il rinnovo o la nuova iscrizione ad ANMA è possibile accedere alle Convenzioni riservate ai Soci ANMA 2019.

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.



ECOSTORE SRL

Eco Store è la catena di negozi in franchising, presente in tutta Italia, specializzata nella vendita di consumabili re-use per stampanti, in particolare di rigenerati e compatibili garantiti dal suo stesso marchio.



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 2019 vai alla sezione **CONVENZIONI del sito www.anma.it**

CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2019

[CLICCA QUI PER INFORMAZIONI](#)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI





Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

www.anma.it