MARZO 2019 / Anno 24, N. 2/2019

GIORNALE PROFESSIONALE E SCIENTIFICO / OCCUPATIONAL PHYSICIAN SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL JOURNAL

medico competente JOURNAL

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

in questo numero

Giudizio di inidoneità: ricollocamento e "accomodamento ragionevole". Le circolari INAIL.

Alcol e droghe - Le Relazioni 2018 Al Parlamento. Considerazioni e commenti - Prima parte

Il supporto psicologico in azienda

Lo smart working ideale è... L'home working?

10 domande a Vittorio Uva

Da leggere in poltrona: Ricostruire l'Europa

ANMA - Congresso Nazionale 2019

Congresso Nazionale: grande successo a Milano Marittima

Sabato 1 giugno si è concluso al palazzo dei congressi di Milano Marittima il nostro XXXII congresso nazionale: tre giorni di intensi lavori che hanno visto l'alternanza di interventi da parte di illustri relatori. Il congresso, di estrema rilevanza per la medicina del lavoro, ha messo al centro del dibattito della prima sessione il tema della responsabilità professionale degli esercenti delle professioni sanitarie (la cosiddetta legge Gelli) con l'estensore della legge in videoconferenza e presenti in sala gli esponenti delle istituzioni interessate. Nelle sessioni successive, con i massimi esperti dei settori, sono state presentate le BEPs su alcuni dei principali argomenti di interesse pratico: la valutazione dell'esame spirometrico, l'iter valutativo del rischio e dell'idoneità dei lavoratori notturni, le difficoltà interpretative e di gestione della dermatopatie professionali. La platea si è confermata viva e dinamica, coinvolta dai moderatori che hanno gestito con perizia confronti e discussioni. I numeri dell'evento sono importanti: quasi 300 partecipanti iscritti, 27 relatori, 21 interventi, 20 ore di attività formative erogate ai medici già inseriti nella professione e recepite da giovani che stanno terminando il loro percorso formativo. L'evento ha decretato ancora una volta il successo di ANMA che propone annualmente alta qualità formativa improntata alla massima pragmaticità e conferma lo stretto rapporto esistente con le istituzioni.

CLICCA QUI - Segui su Facebook lo speciale sul congresso #anma19

SOMMARIO
2-2019

4 **In primo piano**
Giudizio di inidoneità: ricollocamento e "accomodamento ragionevole". Le circolari INAIL.
A. Colafigli

10 **Attualità**
Alcol e droghe: le relazioni 2018 al Parlamento. Considerazioni e commenti
Prima parte
G. Briatico

18 **Contributi**
Il supporto psicologico in azienda
M. Servadio

20 **Ufficio e salute**
Lo smart working ideale è ... l'home working?
P. Santucci

20 **10 domande a...**
Intervista al dott. Vittorio Uva, Psichiatra e psicoterapeuta Centro Sperimentale di Medicina Psicosomatica Integrata
A cura della Redazione ANMA

35 **Da leggere in poltrona**
Ricostruire l'Europa
D. Bontadi

A. Colafigli, Dirigente Medico I Livello,
INAIL Direzione Territoriale Padova-Rovigo.

Giudizio di inidoneità: ricollocamento e "Accomodamento ragionevole". Le circolari INAIL.

Nel corso degli ultimi anni le norme nazionali in materia di reinserimento lavorativo del disabile si sono gradualmente allineate ai livelli previsti dalle disposizioni internazionali in tema di parità di trattamento delle persone con disabilità, tanto che è diventato un obbligo di legge "**l'accomodamento ragionevole** nei luoghi di lavoro".

1) PREMESSA

Nel corso degli ultimi anni le norme nazionali in materia di reinserimento lavorativo del disabile si sono gradualmente allineate ai livelli previsti dalle disposizioni internazionali in tema di parità di trattamento delle persone con disabilità, tanto che è diventato un obbligo di legge "l'accomodamento ragionevole nei luoghi di lavoro".
La svolta decisiva, o meglio l'ultima tappa legislativa, è stata la legge di stabilità 2015 (L.190/2014) che ha attribuito all'INAIL competenze in materia di reinserimento ed integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, disponendo che l'attuazione degli interventi sia a carico del bilancio dell'Istituto.
L'istituto, nel dar seguito alle disposizioni di legge, ha emanato delle specifiche norme:

- la circolare n° 51 del 30.12.2016 relativa al "regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità";
- la circolare n° 30 del 25.07.2017 che tratta dell'inserimento in una nuova occupazione delle persone con disabilità da lavoro;
- la circolare n° 6 del 26.02.2019 che introduce importanti modifiche al regolamento per il reinserimento e l'integrazione delle persone con disabilità.

Obiettivo del presente lavoro è illustrare i contenuti delle suddette circolari, proprio come previsto dal testo stesso dei regolamenti INAIL, in quanto per una riuscita dell'intero processo relativo all'inserimento lavorativo è necessario partire innanzitutto con una adeguata informazione nei confronti dei soggetti chiamati in causa onde promuovere il coinvolgimento attivo dei singoli attori del processo (INAIL, datore di lavoro, lavoratore, medico competente e medico SPISAL).
Nello specifico risulta di fondamentale importanza, come si avrà modo di evidenziare più avanti, l'instaurarsi di una fattiva collaborazione tra me-

dici INAIL e medici competenti in vista degli adempimenti e dei percorsi previsti dalle circolari INAIL in materia di reinserimento lavorativo.
Attraverso l'azione congiunta dell'INAIL con le parti datoriali e l'apporto tecnico del medico competente, è possibile allineare il nostro Paese ai livelli previsti dalle disposizioni internazionali in tema di parità di trattamento delle persone con disabilità, essendoci tutti i presupposti per realizzare accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro.

2) GIUDIZIO DI INIDIDONEITÀ: RICOLLOCAMENTO E "ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE"

Prima di procedere ad illustrare le circolari INAIL, è necessario soffermarsi su tre punti preliminari che sono propedeutici e basilari per l'argomento in trattazione, e cioè il giudizio di inidoneità, il ricollocamento e l'accomodamento ragionevole.

Solo partendo da questi tre punti è possibile comprendere l'innovazione contenuta nelle circolari soprattutto in termini di opportunità non solo per il disabile da lavoro ma anche per le parti datoriali.

a) Giudizio di inidoneità
In merito al giudizio di inidoneità, in questo contesto ci si limita a ricordare che si tratta di uno dei giudizi che può esprimere il medico competente nell'ambito dell'attività prevista dell'art. 41 del D. Lgs. 81/2008 (e successive modifiche) in relazione alla mansione specifica del lavoratore e che può essere un giudizio di inidoneità temporanea o permanente.
È importante partire da questo aspetto valutativo, non solo in quanto è il punto di partenza secondo un ordine di consequenzialità logica e temporale per presentare i successivi due punti in trattazione, ma anche perché, come si avrà modo di illustrare più avanti, costituisce una delle condizioni essenziali, anzi la condizione indispensabile (accanto al giudizio di idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni) per mettere in moto il meccanismo previsto per la realizzazione di un progetto di reinserimento lavorativo delle persone con disabilità da lavoro dal regolamento INAIL illustrato nella circolare n° 51 del 2016.

b) Ricollocamento
La sussistenza di un giudizio di inidoneità alla mansione specifica richiama inevitabilmente il problema del ricollocamento, ossia di quali siano le possibilità per il lavoratore di ritornare nella posizione lavorativa che gli compete.
Infatti ai sensi dell'art. 42 del D. Lgs. 81/2008, come modificato dal D. Lgs 106/2009, il datore di lavoro a fronte di un giudizio di inidoneità (ma analogamente di idoneità parziale con limitazioni e prescrizioni) attua le misure indicate dal medico competente e adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori, garantendo il trattamento corrispondente alla mansione di provenienza.
Inoltre, ai sensi dell'art. 4 comma 1 della L. 68/99, l'inidoneità intervenuta per infortunio o malattia pro-

fessionale non può costituire giustificato motivo di licenziamento quando il lavoratore può essere addetto a mansioni equivalenti oppure, in loro mancanza, a mansioni inferiori all'ultima svolta.
Da ciò deriverebbe l'obbligo del datore di lavoro di cercare nell'ambito dell'attività aziendale una ricollocazione adeguata alle nuove condizioni di salute del lavoratore divenuto inidoneo alla mansione specifica e, solo laddove si sia provveduto ad una ricerca, condotta in modo corretto ed equo, che alla fine non abbia dato esito positivo nel riscontro di una ricollocazione appropriata al disabile, sarà possibile ricorrere come rimedio inevitabile al licenziamento del lavoratore.

In merito a questo delicato punto, che contempera il conflitto tra diritto alla salute e al lavoro e quello al libero esercizio dell'impresa, ci sono state nel corso degli anni varie pronunce giurisprudenziali con una svolta decisiva negli ultimi anni.
Infatti, mentre in una prima fase la giurisprudenza, in assenza di mansioni disponibili cui potesse essere utilmente adibito il lavoratore, ha ritenuto ammissibile il licenziamento del lavoratore stesso per impossibilità sopravvenuta della prestazione, riconducibile al giustificato motivo oggettivo ai sensi dell'art. 3 della L. 604/1966, del tutto recentemente, prendendo le mosse dalla Direttiva 2000/78/CE (recepita in Italia con il D. Lgs. 216/2003), ha affermato che il lavoratore inidoneo alla mansione a causa di salute potrebbe venire a trovarsi in una condizione di disabilità nel senso inteso dalle fonti dell'Unione Europea.
Aderendo a tale orientamento, il datore di lavoro non potrà più semplicemente limitarsi a verificare – così come richiesto dall'art. 42 del D. Lgs. 81/2008 e dall'orientamento giurisprudenziale sinora prevalente – la sussistenza di eventuali postazioni lavorative (riferite a mansioni equivalenti o inferiori) che siano vacanti e compatibili con le limitazioni del lavoratore, ma dovrà valutare la possibilità di adottare "accomodamenti ragionevoli" per favorire il rientro al lavoro delle persone disabili.

c) Accomodamento ragionevole
Si è quindi arrivati al terzo punto che prelude alla disamina delle circolari INAIL in materia di reinserimento lavorativo: "l'accomodamento ragionevole".
Per comprendere il corretto significato della terminologia è necessario riportarsi a due fondamentali fonti normative internazionali:

1) la Direttiva 2000/78/CE, che delineò un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro con l'intento di bandire ogni forma di discriminazione che potesse limitare la possibilità di occupazione delle persone in Europa;
2) la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13.12.2006, entrata in vigore il 03.05.2008, che può considerarsi, a tutti gli effetti, il primo grande trattato sui diritti umani nel nuovo millennio.

La Direttiva Europea diede precise indicazioni agli Stati membri sulla parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, soffermandosi in particolare anche sui rischi di eventuali discriminazioni riconducibili alla disabilità.
Alquanto significativi al riguardo sono alcuni considerando del testo, quale ad esempio il (16): *"La messa a punto di misure per tener conto dei bisogni dei disabili sul luogo di lavoro ha un ruolo importante nel combattere la discriminazione basata sull'handicap*"; o, ancora di più nello specifico per l'argomento in trattazione, il (20): *"È opportuno prevedere misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'handicap, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento*" ed il (21): *"Per determinare se le misure in questione danno luogo a oneri finanziari sproporzionati, è necessario tener conto in particolare dei costi finanziari o di altro tipo che esse comportano, delle dimensioni e delle risorse finanziarie dell'organizzazione o dell'impresa e della possibilità di ottenere fondi pubblici o altre sovvenzioni."*
Questa è la prima anticipazione del cosiddetto accomodamento ragionevole, ossia l'inserimento lavorativo di una persona disabile non deve essere effettuato senza tenere in alcuna considerazione l'organizzazione dell'impresa abbinata alla situazione della persona con ridotte capacità lavorative.

Tale definizione venne chiaramente ripresa all'art. 5 della Direttiva:
"Soluzioni ragionevoli per i disabili. Per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste soluzioni ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili."

Passando alla disamina dei contenuti della Convenzione ONU, è opportuno ricordare innanzitutto che tale Convezione si apre con la dichiarazione che il suo scopo *"è promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità*"; quindi all'articolo 2 precisa che il concetto di disabilità non va considerato quale tratto caratterizzante la persona, ma, piuttosto, *"una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale: vengono definite 'persone con disabilità' tutte coloro che hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società*

su una base di eguaglianza con gli altri" (art. 1, comma 2).
Tra le definizioni di cui all'articolo 2 di detta Convenzione si ritrova, in successione, proprio la definizione di "accomodamento ragionevole"; in essa si legge infatti che "accomodamento ragionevole indica le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un carico sproporzionato o eccessivo, ove ve ne sia necessità in base a casi particolari, per assicurare alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e libertà fondamentali".

Un ulteriore richiamo agli accomodamenti ragionevoli è previsto anche nell'art. 27, lett. I) ove si legge che gli Stati Parti devono garantire e favorire l'esercizio del diritto al lavoro per tutti, prendendo appropriate iniziative, comprese le misure legislative, "in particolare al fine di garantire che siano forniti accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro".

d) L'accomodamento ragionevole nell'iter normativo italiano

Dopo questo inquadramento storico e giuridico sulla definizione di accomodamento ragionevole, è necessario ripercorrere l'iter normativo italiano in merito al recepimento delle direttive internazionali in materia di tutela dei disabili nei luoghi di lavoro.
Solo così da un lato si può cogliere il non completo recepimento o meglio il ritardo dell'accoglimento dei contenuti delle suddette norme internazionali e dall'altro si comprende il perché dell'improvviso cambio di rotta della giurisprudenza (sul punto dei licenziamenti di soggetti giudicati inidonei alla specifica mansione) successivamente all'aggiornamento della normativa nazionale ai contenuti della Direttiva Europea e alla Dichiarazione ONU, con l'introduzione dell'obbligo di verificare la possibilità di adottare accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro.
Nel D. Lgs. 216/2003, attuativo della Direttiva 2000/78/CE, l'Italia, rifacendosi al considerando (22) della Direttiva *"La presente direttiva lascia impregiudicate le legislazioni nazionali in materia di stato civile e le prestazioni che ne derivano"*, valutò che le norme vigenti all'epoca fossero più che sufficienti per potersi considerare pienamente adempiente:

- la L. 104/92 dava una chiara definizione di disabilità cui veniva data estrema attenzione al fine di evitare qualsiasi forma di discriminazione;
- la L. 68/1999 disciplinava in modo sufficientemente chiaro ed esaustivo il collocamento mirato dei disabili, disponendo il regime delle assunzioni obbligatorie e attivando i servizi per il collocamento obbligatorio e l'avviamento al lavoro, nonché esoneri, agevolazioni e sanzioni;

pertanto non venne recepito e normato il riferimento all'accomodamento ragionevole, o meglio, usando la terminologia vigente all'epoca della Direttiva CE, qualsiasi riferimento a "soluzioni ragionevoli" da adottarsi nei luoghi di lavoro.

Successivamente la L. 18/2009 di ratifica della Convenzione ONU del 13.12.2006 sui diritti delle persone con disabilità mancò ancora una volta di introdurre qualsiasi riferimento all'accomodamento ragionevole.
Questo argomento fu quindi sempre eluso dalla legislazione nazionale italiana, tanto che nel 2011 la Commissione Europea aprì una procedura d'infrazione a carico del nostro Paese per il mancato recepimento della Direttiva 2000/78/CE proprio nella parte dedicata all'accomodamento ragionevole. Contro di essa l'Italia si difese adducendo la completezza e l'ampiezza delle norme adottate nel tempo, tra cui per l'appunto le già ricordate Leggi 68/1999 e 104/1992, ma anche il successivo D. Lgs. n. 81/2008.

Ciò non fu ritenuto sufficiente, tanto che la Commissione decise di proporre ricorso avanti la Corte di Giustizia, volto a far dichiarare che l'Italia era venuta meno agli obblighi di cui all'art. 5 della Direttiva stessa. In particolare, la Commissione evidenziò che, di fatto, la Legge n. 68/1999 si applica solo ad alcune categorie di disabili e di datori di lavoro, non prevedendo soluzioni ragionevoli in relazione a tutti gli aspetti del rapporto di lavoro.
Ne seguì la soccombenza dell'Italia, nella causa C-312/11, Commissione/Italia: nella cui sentenza definitiva si legge in particolare: "l'Italia non ha correttamente trasposto l'art. 5 della Direttiva 2000/78/CE in materia di provvedimenti da adottarsi da parte di tutti i datori di lavoro in favore dei lavoratori disabili"

In una successiva sentenza relativa alle cause C-335/11 e C-337/11, nei confronti di due altri Paesi della Comunità Europea si legge, quale ulteriore riferimento al nostro Paese, che, contrariamente a quanto esposto dall'Italia, *"non è sufficiente disporre misure pubbliche di incentivo e di sostegno, ma è compito degli Stati membri imporre a tutti i datori di lavoro l'obbligo di adottare provvedimenti efficaci e pratici, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, a favore di tutti i disabili, che riguardino i diversi aspetti dell'occupazione e delle condizioni di lavoro e che consentano a tali persone di accedere ad un lavoro, di svolgerlo, di avere una promozione o di ricevere una formazione"*.

A fronte di queste sentenze il legislatore italiano con il D.L. 76/2013 dal titolo: "Primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale" convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 99/2013, legiferò che "all'articolo 3 del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216 (che aveva recepito la direttiva 2000/78/CE) dopo il comma 3 è inserito il seguente:
"3-bis. *Al fine di garantire il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad adottare accomodamenti ragionevoli, come definiti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata ai sensi della Legge 3 marzo 2009, n. 18, nei luoghi di lavoro, per garantire alle persone con disabilità la piena eguaglianza con gli altri lavoratori. I datori di lavoro pubblici devono provvedere all'attuazione del presente comma*

senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente".

Quindi l'"ove possibile" di cui all'art. 42 del D. Lgs. 81/2008 diventa necessariamente, per il datore di lavoro, un "è tenuto ad adottare", nel senso che egli non può più solo limitarsi a "cercare" ma deve "trovare" una collocazione appropriata per il lavoratore che è stato giudicato non più in grado di svolgere la mansione specifica a lui attribuita.

Resta da chiarire il limite entro il quale le soluzioni individuate possano considerarsi "ragionevoli"; ed il riferimento si ritrova proprio nell'art. 5 della Direttiva 2000/78/CE nel punto in cui precisa che i provvedimenti da adottare per i disabili non possono richiedere un onere finanziario sproporzionato per il datore di lavoro; lo stesso articolo precisa che le soluzioni non sono sproporzionate *"allorché l'onere – economico – è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello stato membro a favore dei disabili"*.

In tal senso può essere letto il contenuto della Legge di stabilità 2015 L. 190/2014 che al art. 1 comma 166 attribuisce all'INAIL : "*… competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, da realizzare con progetti personalizzati mirati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento e per l'abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro, con interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma è a carico del bilancio dell'Inail, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica*".
Ed infatti, come specificato nel testo stesso della premessa della Circolare INAIL n. 51 del 2016, *"nell'ambito del predetto quadro normativo comunitario e nazionale, al fine di evitare che il diritto dei disabili da lavoro possa essere compresso o vanificato per difficoltà di ordine economico-finanziario addotte dai datori di lavoro a giustificazione dell'inerzia nell'adozione di accomodamenti ragionevoli, è stato introdotto l'articolo 1, comma 166, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, che, pur non attuando una traslazione di obblighi dal datore di lavoro all'INAIL, attribuisce all'Istituto un ruolo di sostegno al reinserimento e all'integrazione lavorativa, ponendo a carico del bilancio dell'Istituto esclusivamente gli oneri connessi agli interventi ivi indicati*".

3) L'INAIL E LE COMPETENZE ATTRIBUITEGLI IN MATERIA DI REINSERIMENTO E DI INTEGRAZIONE LAVORATIVA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ DA LAVORO

A seguito della Legge di stabilità l'INAIL si attiva: a luglio del 2016 esce la Determina Presidenziale n. 258/216 sul "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro", che fissa le linee guida fondamentali per la stesura della successiva Circolare 51/2016 sulla conservazione del posto di lavoro e a luglio del

2017 esce la Circolare 30/2017 sull'inserimento in una nuova occupazione. Tuttavia gli sforzi programmatici messi in atto dall'Istituto con i suddetti provvedimenti non hanno dato i risultati attesi; pertanto, dopo due anni dall'entrata in vigore della Circolare 51/2016, viste le difficoltà incontrate nel dar luogo ad un congruo numero di progetti di reinserimento lavorativo rispetto alle attese della Direzione Centrale, esce la Determina Presidenziale n. 527/2018 che propone delle modifiche al flusso operativo per la realizzazione dei progetti di reinserimento lavorativo; queste nuove linee programmatiche di modifica, assieme alle indicazioni contenute nella Legge finanziaria del 2019 (L. 145/2018) relative agli ulteriori interventi di supporto economico posti a carico dell'INAIL, costituiscono i presupposti alla stesura della nuova Circolare 6/2019 in materia di reinserimento lavorativo

Tutta questa premessa è indispensabile per evidenziare la complessità della materia, non tanto negli intenti propositivi quanto nella difficoltà di realizzazione degli stessi, soprattutto in riferimento alla necessità di coinvolgere tutte le parti chiamate in causa per il raggiungimento degli obiettivi
La costruzione dell'impianto infatti non è semplice e richiede gradualità e fasi sperimentali con necessità di revisioni e modifiche dell'assetto.
Si deve inoltre precisare che, data la recente emanazione della Circolare 6/2019, ci si trova ora di fronte ad una fase di apparente stand-by tra gli indirizzi (o meglio le linee) previste con la Circolare 51 e le modifiche intervenute nel programma attuativo.
Pertanto l'analisi delle circolari INAIL implicherà necessariamente da un lato l'evidenziazione degli aspetti normativi tuttora in corso e dall'altro l'illustrazione delle modifiche in programma.
Infine, prima di passare definitivamente agli aspetti applicativi illustrati dalle Circolari, è necessario chiarire, come chiaramente formulato dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'Istituto (ancora nella seduta del 18.06.2015), che l'avvio dell'impianto delle nuove attività attribuite all'INAIL per i programmi del reinserimento lavorativo dei disabili da lavoro deve essere distinto in due diverse fattispecie

- La prima riguarda il reinserimento lavorativo per garantire la continuità lavorativa al lavoratore infortunato o tecnopatico nell'ambito della stessa azienda: quindi la **conservazione del posto di lavoro** (impianto della circolare 51/2016).
- La seconda riguarda la ricollocazione in azienda diversa da quella di provenienza: quindi i programmi finalizzati al **reinserimento in una nuova occupazione** (impianto della circolare 30/2017)

I) CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

L'argomento è ampiamente trattato dalla Determina Presidenziale 258 dell'11.07.2016, dalla Circolare 51/2016 e dalla nuova Circolare 6/2019.
Riprendendo lo schema desumibile dalla stessa Circolare 51/2016 si procederà ad illustrare l'argomento per punti, al fine di una lettura più chiara ed agevole.

a. Scopo degli interventi previsti nel Regolamento:
In fase di prima applicazione il regolamento disciplina gli interventi mirati alla conservazione del posto di lavoro per dare sostegno alla continuità lavorativa dell'assicurato e per continuare ad usufruire dell'esperienza e delle conoscenze del lavoratore, o nella stessa mansione o in una mansione diversa.

b. Soggetti destinatari:

- tutti i lavoratori con disabilità da lavoro che, a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale e delle conseguenti menomazioni, necessitano di interventi mirati per consentire o agevolare la prosecuzione dell'attività lavorativa;
- gli stessi possono accedere agli interventi indipendentemente dal grado di inabilità (anche a seguito di un aggravamento, anche solo funzionale, correlato a un precedente evento lesivo, pur in assenza di una nuova valutazione del danno da parte dell'INAIL);
- possono essere sia lavoratori subordinati e parasubordinati che autonomi.

La condizione necessaria per accedere agli interventi è la esistenza di un **giudizio formulato dal medico competente** (ex art. 41 del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) o dal **Servizio di prevenzione dell'ASL**, (ex art. 5, co. 2, L. n. 300/1970) da cui risulti, in relazione alla mansione specifica:

- l'idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- ovvero l'inidoneità temporanea o permanente del lavoratore.

Sono esclusi i dipendenti delle amministrazioni statali ed altri soggetti che, sebbene tutelati dall'INAIL, non sono qualificabili a tutti gli effetti come lavoratori e cioè gli studenti ed i lavoratori in ambito domestico come colf e casalinghe.

c. Datore di lavoro:
Il datore di lavoro è quello dell'unità produttiva presso la quale il disabile da lavoro svolgeva abitualmente la propria attività lavorativa al verificarsi dell'infortunio o della MP o al manifestarsi dell'aggravamento delle limitazioni funzionali preesistenti e conseguenti all'evento lesivo verificatosi anche presso altro datore di lavoro.
I requisiti del titolare dell'impresa sono i seguenti:

- essere in regola con l'iscrizione ai pubblici registri o Albi obbligatori;
- essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti (no liquidazione volontaria o procedura concorsuale);
- essere in regola con il DURC (Documento Unico di Regolarità Contributiva);
- non aver riportato condanne per i reati ex art. 61 comma 1 del D. Lgs. 81/2008.

d. Tipologia degli interventi
1) *interventi di superamento e di abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro*

Si tratta ad esempio di: inserimento di rampe o di dispositivi di sollevamento verticale (piattaforma elevatrice, servoscala, ecc.); adeguamento dei percorsi orizzontali e dei corridoi di accesso alla postazione di lavoro; modifica del locale ascensore o inserimento di un nuovo ascensore; modifica dei servizi igienici o inserimento di un nuovo servizio igienico accessibile dalla postazione di lavoro;
modifica o automazione delle porte o degli infissi; adeguamento dei terminali degli impianti; interventi domotici con conseguente adeguamento degli impianti.

2) *interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro.*
Si tratta, a titolo esemplificativo, di adozione di arredi, di strumenti quali ausili o dispositivi a supporto di deficit sensoriali o motori e di strumenti di interfaccia macchina-utente.

3) *interventi di formazione* che comprendono sia gli interventi personalizzati di addestramento all'utilizzo delle postazioni e delle relative attrezzature di lavoro connessi ai predetti adeguamenti, sia quelli di formazione e tutoraggio utili ad assicurare lo svolgimento della stessa mansione o la riqualificazione professionale funzionale all'adibizione ad altra mansione.
La formazione e/o l'addestramento devono essere funzionali al reinserimento del lavoratore nella stessa mansione o all'adibizione dello stesso ad altra mansione e possono riguardare sia l'addestramento all'utilizzo degli adattamenti introdotti che la formazione e il tutoraggio per lo svolgimento della mansione, nonché la riqualificazione professionale finalizzata all'adibizione ad altra mansione.

e. Copertura finanziaria e misura massima della spesa sostenuta dall'INAIL
Il Regolamento, nell'ambito di ciascun Progetto, aveva fissato limiti massimi complessivi di spesa rimborsabile dall'INAIL, differenziati per tipologia di interventi e pari a:

- 95.000 Euro per tutti gli interventi di superamento e di abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro;
- 40.000 Euro per tutti gli interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro;
- 15.000 Euro per tutti gli interventi di formazione.

Per quanto riguarda gli interventi di superamento e di abbattimento delle barriere architettoniche e quelli di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro, è rimborsato al datore di lavoro il 100% dei costi degli interventi.
Relativamente, invece, agli interventi di formazione, nel rispetto della normativa comunitaria vigente, l'importo che l'INAIL può rimborsare al datore di lavoro è pari al 60% del costo degli interventi.
Il Piano esecutivo (di cui si parlerà più avanti) non poteva essere presentato se i costi previsti superavano i suddetti limiti di spesa.
Allo scopo di facilitare l'accesso alle misure di sostegno garantite dall'Istituto, la Determina 52/2018 e la Circolare 6/2019, pur senza modificare l'importo massimo di spesa complessivamente sostenibile da parte dell'INAIL, pari a 150.000 Euro, hanno eliminato il frazionamento dell'importo complessivo in distinte voci di spesa, lasciando invariato soltanto il limite di 15.000 Euro fissato per gli interventi di formazione.
Il residuo importo di 135.000 Euro potrà essere utilizzato indifferentemente sia per gli interventi di superamento e di abbattimento delle barriere architettoniche nei luoghi di lavoro sia per quelli di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro.
Hanno inoltre consentito la presentazione del piano esecutivo anche nel caso in cui i costi in esso indicati superino il limite massimo di spesa fissato dalle disposizioni regolamentari, fermo restando che le somme eccedenti il predetto limite rimangono a carico del datore di lavoro.

f. Il progetto di reinserimento lavorativo personalizzato
Il Regolamento prevede che gli interventi necessari al reinserimento della persona con disabilità sul luogo di lavoro siano individuati nell'ambito di un progetto di reinserimento lavorativo personalizzato. Tale progetto prevede innanzitutto la valutazione, a cura dell'équipe multidisciplinare, del profilo psicofisico, funzionale e lavorativo della persona (ICF); inoltre deve contenere gli obiettivi, le caratteristiche e le specificità necessarie al datore di lavoro per la predisposizione del Piano esecutivo, nonché i tempi massimi di realizzazione per garantire il più tempestivo reinserimento lavorativo dell'assicurato.

In base ai contenuti della Circolare 51/2016, il progetto di reinserimento lavorativo viene elaborato dall'Équipe multidisciplinare di I livello della sede competente per domicilio del lavoratore integrata dalla Consulenza tecnica per l'accertamento dei rischi e prevenzione (CONTARP regionale) e dalla Consulenza tecnica per l'edilizia (CTE regionale), con il coinvolgimento diretto del lavoratore e con la partecipazione attiva del datore di lavoro, a garanzia dell'effettiva realizzabilità degli interventi ed in considerazione del fatto che l'obbligo di adozione degli accomodamenti ragionevoli è posto a carico del datore di lavoro stesso.

g. Modalità operative per la realizzazione del progetto e degli interventi di reinserimento
Si tratta di una parte alquanto complessa, proprio per la difficoltà di costruire un impianto che riesca a coinvolgere tutte le parti interessate, pertanto la descrizione delle modalità operative del progetto di reinserimento lavorativo contenuta nel testo della Circolare 51/2016 risulta assai articolata.

Non è questo l'ambito di discussione del flusso operativo previsto dall'INAIL nella circolare 51/2016, già modificato con la Circolare 6/2019, per snellire le procedure sia a livello Istituzionale che alle parti datoriali, anche perché al di là di ogni altra considerazione resta il fatto che lo schema stabilito dalla Circolare 51/2016 è tuttora in essere.

Detto modello prevede, per la realizzazione del progetto e degli interventi di reinserimento, cinque diverse fasi distinte in relazione alle competenze delle strutture territoriali e allo specifico apporto professionale delle figure coinvolte:

1) Avvio dell'elaborazione del Progetto sulla base dell'analisi e delle esigenze;
2) Predisposizione del Progetto e del piano esecutivo;
3) Verifica e approvazione del Progetto e del piano esecutivo;
4) Realizzazione degli interventi di reinserimento lavorativo;
5) Rendicontazione e rimborso degli interventi realizzati.

Ogni fase richiede diverse competenze tecnico-professionali e comporta quindi un diverso apporto partecipativo delle strutture territoriali e regionali dell'INAIL che dovranno di volta in volta interfacciarsi con l'assicurato e con i datori di lavoro.

1) Avvio dell'elaborazione del Progetto sulla base dell'analisi e delle esigenze

Ogni fase ha le sue difficoltà sia dal punto di vista tecnico che organizzativo, ma il momento più complesso ed al tempo stesso fondamentale, sia per la pianificazione dei diversi interventi partecipativi che per il coordinamento delle parti coinvolte (compresa l'area medica), è l'avvio dell'elaborazione del Progetto.

A tal fine la circolare prevede innanzitutto un'ampia gamma di ipotesi informative sia alla generalità dei datori di lavoro (ma anche alle associazioni datoriali operanti sul territorio ed ai patronati), che a quelli direttamente interessati per l'accadimento di eventi infortunistici rilevanti (o meglio per gli eventi infortunistici che hanno come conseguenza una inabilità temporanea lavorativa superiore ai 60 giorni).

Come sottolineato nel testo della circolare e come chiaramente emerge nel relativo allegato (allegato n° 1), tale informativa deve essere priva di riferimenti a uno specifico evento lesivo e deve contenere le disposizioni sul regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro.

Il successivo punto su cui la circolare entra nel merito dell'informativa ai datori di lavoro riguarda invece una specifica comunicazione contenente nell'oggetto anche il nome e cognome dell'infortunato, il suo codice fiscale ed il numero del sinistro INAIL.

L'inoltro di detta specifica comunicazione è parte integrante ma essenziale per l'avvio del progetto di reinserimento lavorativo.

Il punto nodale della circolare che richiama tutte le parti coinvolte in questo step iniziale è il primo capoverso di pag. 11 che, data l'importanza, si riporta di seguito:

"Quale altra iniziativa a cura della Sedi, è previsto l'invio di un'ulteriore comunicazione (allegato 2) al datore di lavoro, laddove in occasione dell'accertamento postumi conseguenti un infortunio sul lavoro o una malattia professionale, il dirigente medico e l'assistente sociale, a seguito di un'apposita valutazione del profilo delle capacità utili alla ripresa del lavoro, evidenzino una condizione di difficoltà del lavoratore che, a fronte di un giudizio sull'idoneità alla mansione specifica formulato dal medico competente o dagli uffici dell'ASL, potrebbe rendere eventualmente necessaria l'adozione di interventi a sostegno del reinserimento nel posto di lavoro".

Gli attori designati e le relative attività sono posti, apparentemente, su uno stesso piano temporale; non è indicata ad esempio la modalità per raccordarsi con il medico competente e gli uffici dell'ASL.

Nell'ordine logico degli step necessari per dare l'avvio al Progetto, come spunto interpretativo di peculiare interesse, si potrebbe quasi intravvedere l'idea di un'apertura comunicativa tra il dirigente medico INAIL e il medico competente (quale utile occasione di scambio di informazioni sul lavoratore e l'ambiente lavorativo).

Un dato è certo: la *"conditio sine qua non"* per l'elaborazione del Progetto, vuoi che lo chieda il datore di lavoro, vuoi che lo chieda il lavoratore, è come indicato nel successivo paragrafo 6.1: "un giudizio di idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni, ovvero di inidoneità temporanea o permanente alla mansione specifica".

2) Predisposizione del Progetto e del piano esecutivo

Per la predisposizione del Progetto è necessario che:

- Il datore di lavoro manifesti la sua volontà a collaborare con l'INAIL nell'individuare gli interventi necessari al reinserimento del lavoratore infortunato, comunicando la propria adesione e fornendo le prime informazioni quali:
  - nominativo del suo eventuale referente;
  - possesso dei requisiti previsti dal Regolamento;
  - mansione specifica svolta dal lavoratore.
- Il lavoratore faccia formale richiesta alla Sede competente INAIL di poter beneficiare degli interventi previsti dal Regolamento

In presenza di tali presupposti il responsabile del processo lavoratori convoca l'équipe di I livello che deve:

- acquisire le risultanze della visita medica effettuata dal Medico Competente o dal Servizio dell'ASL;
- rilevare i bisogni e le esigenze del lavoratore;
- coinvolgere le consulenze tecniche (CONTARP/CTER) in base al tipo di intervento;
- effettuare, se opportuno, sopralluogo nell'ambiente di lavoro;
- acquisire i bisogni e le necessità del DL;
- richiedere al DL documentazione utile (es. DVR);
- definire il Progetto indicando gli interventi necessari al reinserimento.

In fase di **definizione** nel Progetto devono essere individuati, con il DL, gli interventi da realizzare indicando: obiettivi, caratteristiche e specificità, tempi massimi di realizzazione.

La **sintesi del Progetto**, sottoscritta dall'équipe, deve essere trasmessa dal Responsabile del processo lavoratori al DL e al Lavoratore per la condivisione.

Condiviso il Progetto, il Responsabile del processo lavoratori comunica al datore di lavoro che può procedere alla predisposizione del **piano esecu-**

tivo indicando la documentazione da allegare.
Il datore di lavoro predispone il piano esecutivo allegando tre preventivi di spesa (ora un unico preventivo di spesa che può anche superare, come da modifica intervenuta con Circolare 6/2019, il limite massimo di spesa fissato dalle disposizioni regolamentari).

3) Verifica e approvazione del Progetto e del piano esecutivo
Con la trasmissione del Progetto, del piano esecutivo e del parere dell'équipe multidisciplinare alla Direzione territoriale è avviato il procedimento per l'approvazione degli interventi di reinserimento lavorativo, che prevede due fasi distinte:

- La verifica della rispondenza del Progetto e del piano esecutivo alle disposizioni regolamentari, a cura della Direzione territoriale competente;
- L'approvazione del Progetto e del piano esecutivo, a cura della Direzione Regionale competente.

Il procedimento deve concludersi entro 60 giorni dalla data di ricevimento del Progetto e piano esecutivo da parte della Direzione territoriale.
Se approvato viene emesso un **provvedimento di autorizzazione**.

4) Realizzazione degli interventi di reinserimento lavorativo
Solo dopo la ricezione del provvedimento di autorizzazione il datore di lavoro può dare inizio alla **realizzazione degli interventi** previsti per la realizzazione del Progetto.
Gli interventi devono essere eseguiti conformemente a quanto definito nel Progetto di reinserimento personalizzato e nel relativo piano esecutivo e secondo le modalità ed entro i termini stabiliti nel provvedimento di autorizzazione.
È necessario dare adeguata e tempestiva informazione nel caso di imprevisti, di nuove esigenze o di situazioni circostanziali che possano comportare o non comportare modifiche alle tipologie degli interventi autorizzati.

5) Rendicontazione e rimborso degli interventi realizzati
Il rimborso delle spese anticipate per la realizzazione del Progetto deve essere richiesto dal datore di lavoro alla Direzione regionale entro la data massima per la rendicontazione indicata nel provvedimento stesso.
Il datore di lavoro può chiedere il rimborso al completamento di ciascun intervento o successivamente alla realizzazione di tutti gli interventi previsti.
Alla richiesta vanno allegati i seguenti documenti:

- gli originali delle fatture quietanzate;
- la copia dell'estratto del c/c bancario o postale, da cui risultino i pagamenti;
- la documentazione e le certificazioni previste per la realizzazione del Progetto indicate in fase di condivisione del Progetto di reinserimento lavorativo personalizzato.
- una dichiarazione del lavoratore attestante l'effettiva fruizione degli interventi oggetto della rendicontazione.

La Direzione Regionale, effettuate le opportune verifiche, emette il provvedimento di accoglimento della richiesta di rimborso delle spese sostenute e dispone il pagamento secondo le modalità indicate dal datore di lavoro stesso nella richiesta.

h. Modifiche apportate dalla Circolare 6/2019
Le modifiche riguardano:

1. L'eliminazione del frazionamento dell'importo complessivo, in distinte voci di spesa, per tipologia di intervento (già illustrata);
2. La possibilità che il **Progetto di reinserimento lavorativo personalizzato sia proposto direttamente dal datore di lavoro**;
3. La semplificazione degli adempimenti posti a carico del datore di lavoro per accedere alle misure di sostegno previste dal Regolamento (già illustrata):
   - unico preventivo di spesa da allegare al piano esecutivo;
   - i costi indicati possono superare il limite massimo di spesa fissato dalle disposizioni regolamentari;
4. La disciplina dei casi in cui il datore di lavoro, prima che sia attivato o che sia concluso l'ordinario procedimento per la trattazione dei progetti di reinserimento, per **ragioni di necessità e urgenza**, abbia realizzato accomodamenti ragionevoli finalizzati a garantire il tempestivo reinserimento della persona con disabilità da lavoro;
5. il **rimborso del 60% della retribuzione corrisposta dal DL** alla persona con disabilità da lavoro destinataria di un progetto di reinserimento lavorativo che alla cessazione dell'inabilità temporanea assoluta non possa attendere al lavoro senza la realizzazione degli interventi individuati nell'ambito del predetto Progetto.

Progetti di reinserimento lavorativo personalizzati proposti dai datori di lavoro (art. 2. circolare n. 6 del 26 febbraio 2019)
L'innovazione ha trovato piena conferma nell'articolo 1, comma 533, della L. 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge finanziaria del 2019) laddove è espressamente previsto che "i progetti di reinserimento possono essere proposti dai datori di lavoro e sono approvati dall'INAIL".
L'intervento legislativo è orientato quindi a valorizzare il ruolo propositivo dei datori di lavoro riservando all'INAIL la fase di approvazione del Progetto stesso.
In tali casi, il Progetto presentato dal datore di lavoro verrà direttamente valutato da parte dell'équipe multidisciplinare di I livello, anche supportata dalle Consulenze tecniche dell'Istituto.
La valutazione verte in termini di *"coerenza degli interventi con la finalità che essi siano idonei a far fronte alle limitazioni funzionali che rendono difficoltoso o che impediscono il reinserimento lavorativo del destinatario degli interventi stessi"*.

Casi di necessità ed urgenza
(art. 3 Circolare n. 6 del 26 febbraio 2019)
Il Regolamento di cui alla Circolare 51/2016 non conteneva alcuna disposizione per la disciplina dei casi in cui il datore di lavoro, per ragioni di necessità e urgenza, si trovasse nel-

la condizione di dover realizzare accomodamenti ragionevoli prima che l'iter procedimentale, previsto dal regolamento stesso, fosse stato avviato o, comunque, fosse pervenuto alla fase di autorizzazione del Progetto di reinserimento.
Per tale motivo il datore di lavoro avrebbe potuto trovarsi nella situazione di dover attendere il completamento dell'iter amministrativo di approvazione del Progetto di reinserimento prima di poter procedere alla realizzazione di qualsivoglia accomodamento ragionevole.
Ne poteva conseguire o un pregiudizio per il lavoratore disabile o una rinuncia alle misure di sostegno economico garantite dall'Istituto, qualora il datore di lavoro avesse invece avviato o effettuato degli accomodamenti senza essersi rivolto all'INAIL o senza aver atteso l'iter procedurale descritto.

Per questi casi di necessità ed urgenza sono previste due diverse fattispecie:

1) Casi in cui il datore di lavoro, per ragioni di necessità e urgenza, abbia realizzato gli interventi necessari al reinserimento lavorativo della persona con disabilità da lavoro prima di essersi rivolto all'Istituto ai fini dell'elaborazione del Progetto personalizzato o prima dell'approvazione del Progetto da lui stesso proposto.

Tale fattispecie potrà riguardare solo gli interventi realizzati o dopo l'adozione della Determinazione 527/2018 o precedenti purché non prima dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 166, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (1 gennaio 2015).
Per gli interventi realizzati il datore di lavoro potrà chiedere il rimborso delle spese sostenute alla Direzione Regionale INAIL competente indicando le ragioni di necessità e urgenza sottese alla realizzazione degli interventi stessi e rendicontando le spese sostenute per la loro realizzazione.
Pervenuta la documentazione necessaria, la Direzione Regionale, ove necessario anche avvalendosi delle professionalità in esse collocate, procede alle relative verifiche.
In esito alle attività di verifica, la Direzione Regionale adotta nei confronti del datore di lavoro il provvedimento di accoglimento o di diniego della richiesta di rimborso.

2) Casi in cui il datore di lavoro, per ragioni di necessità e urgenza, abbia realizzato, prima del provvedimento autorizzativo, soltanto alcuni degli interventi previsti nel Progetto personalizzato successivamente autorizzato.

In tali casi, concluso positivamente l'iter procedimentale previsto o dalla Circolare 51/2016 per i Progetti elaborati dall'Istituto o dalla presente Circolare per i Progetti proposti dal datore di lavoro, la Direzione Regionale dispone il rimborso dei costi sostenuti dal datore di lavoro includendo anche quelli relativi agli interventi anticipatamente realizzati per ragioni di necessità e urgenza, purché adeguatamente motivati.

Rimborso del 60% della retribuzione (art. 7 Circolare n. 6 del 26 febbraio 2019)
L'articolo 1, comma 533, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 ha introdotto una nuova misura di sostegno al reinserimento lavorativo preveden-

do che *"la retribuzione corrisposta dal datore di lavoro alla persona con disabilità da lavoro destinataria di un progetto di reinserimento mirato alla conservazione del posto di lavoro che alla cessazione dello stato di inabilità temporanea assoluta non possa attendere al lavoro senza la realizzazione degli interventi individuati nell'ambito del predetto progetto è rimborsata dall'INAIL al datore di lavoro nella misura del 60 per cento di quanto effettivamente corrisposto. […] Le retribuzioni rimborsabili sono quelle corrisposte dalla data di manifestazione della volontà da parte del datore di lavoro e del lavoratore di attivare il progetto e fino alla realizzazione degli interventi in esso individuati e, comunque, per un periodo non superiore ad un anno."*

L'INAIL nell'accogliere tale disposto di legge ha dato le seguenti indicazioni:

- il rimborso può essere riconosciuto al datore di lavoro esclusivamente con riferimento a progetti per la conservazione del posto di lavoro e non è applicabile ai casi di nuova occupazione di un disabile da lavoro disoccupato.
- Il destinatario del Progetto di reinserimento sarà dunque un nuovo infortunato o un tecnopatico che, alla cessazione dello stato di inabilità temporanea assoluta, non possa attendere al lavoro senza la realizzazione degli interventi individuati nell'ambito del Progetto stesso.
- Le retribuzioni rimborsabili sono soltanto quelle corrisposte per periodi lavorativi successivi al 1° gennaio 2019, data di entrata in vigore della disposizione in esame.
- Le retribuzioni rimborsabili sono soltanto quelle corrisposte per remunerare le prestazioni lavorative rese a decorrere dalla data di una chiara manifestazione di volontà da parte del lavoratore e del datore di lavoro di attivazione di un Progetto di reinserimento lavorativo.

II) REINSERIMENTO IN UNA NUOVA OCCUPAZIONE

Per gli interventi finalizzati alla ricerca di nuova occupazione, l'INAIL non può operare interagendo soltanto con il datore di lavoro tenuto ad adottare gli accomodamenti ragionevoli, considerato che la competenza primaria in materia di politiche attive del lavoro è affidata ad altri soggetti pubblici. In attesa della definizione di ulteriori accordi normativi, l'Istituto ha ritenuto necessario attivare, in via sperimentale, misure a sostegno dell'inserimento lavorativo in nuova occupazione, laddove sussista l'incontro tra domanda da parte della persona con disabilità da lavoro e offerta di lavoro da parte di un datore di lavoro, anche a seguito dell'attività dei servizi a tal fine preposti.

La relativa disciplina della materia è contenuta nella Circolare 30/2017.

I soggetti destinatari sono le persone con disabilità da lavoro per eventi lesivi tutelati dall'INAIL che vengano assunte con contratti di lavoro subordinato per l'adibizione a una attività lavorativa.

Sono esclusi, così come previsto per i Progetti relativi alla conservazione del posto di lavoro, i soggetti non qualificati come lavoratori (es. studenti e casalinghe) e i dipendenti delle amministrazioni statali assicurati attraverso la speciale gestione per conto dello Stato.

Sono esclusi anche i lavoratori autonomi.

Per accedere ad eventuali sostegni da parte dell'Istituto è necessaria una richiesta del datore di lavoro che manifesti la volontà di collaborare attivamente con l'Istituto e con il lavoratore all'elaborazione del progetto di inserimento lavorativo.

Alla richiesta andrà allegato l'esito della visita medica preventiva in fase preassuntiva (del medico competente o dei competenti uffici delle ASL) dal quale emerge un giudizio di idoneità parziale permanente con prescrizioni o limitazioni.

La richiesta del datore di lavoro dovrà contenere informazioni indispensabili quali:

- la mansione specifica cui sarà adibito il lavoratore,
- la tipologia di contratto,
- la durata,
- la sede di lavoro e della relativa unità produttiva (per garantire l'appropriatezza degli interventi da individuare nell'ambito del Progetto stesso)

L'emissione del provvedimento con il quale L'INAIL autorizza il datore di lavoro a realizzare la fase esecutiva del Progetto di reinserimento lavorativo personalizzato è condizionata dalla presentazione del contratto di lavoro contenente gli elementi comunicati ai fini dell'elaborazione del Progetto stesso.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124: "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali". Articoli 66, numero 5), 86, 89 e 127.

Legge 20 maggio 1970, n. 300: "Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento". Articolo 5, comma 2.

Decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38: "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n.144. Articoli 13 e 24.

Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro. Articolo 5.

Decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216 e successive modificazioni: "Attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro". Articolo 3, comma 3 bis come modificato dalla legge 9 agosto 2013, n. 99. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, recante primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (Iva) e altre misure finanziarie urgenti". Articolo 9, comma 4 ter

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81: "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modificazioni. Articoli 41 e 61.

Legge 3 marzo 2009, n. 18: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità".

Legge 9 agosto 2013, n. 99: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, recante primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti". Articolo 9, comma 4 ter.

Legge 23 dicembre 2014, n. 190: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)". Articolo 1, comma 166.

Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150: "Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014 n.183". Articoli 1, 4, 14, 26 e 32.

Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151: "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n.183". Articoli 1, 5 e 8.

Determina del Presidente dell'Inail dell'11 luglio 2016 n. 258: "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro" in attuazione della legge 23 dicembre 2014, n.190, articolo 1, comma 166.

Circolare 30 dicembre 2016, n. 51: "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro. Legge 23 dicembre 2014, n.190, articolo 1, comma 166".

Circolare 25 luglio 2017, n. 30: "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro. Legge 23 dicembre 2014, n.190, articolo 1, comma 166. Inserimento in nuova occupazione a seguito dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro".

Determinazione del Presidente dell'Inail 19 dicembre 2018, n. 527: "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro", in attuazione dell'art.1, comma 166, legge 23 dicembre 2014, n.190. Modifiche agli articoli 5, 6 e 9.

Legge 30 dicembre 2018, n. 145: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021". Articolo 1, comma 533

BIBLIOGRAFIA

Comunicazioni

DAL POZZO C., COLAFIGLI A., MANZONI A., MATTIA C.F., Accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro nell'attuale normativa: il ruolo dell'INAIL e del medico competente.
80° Congresso Nazionale SIMLII, Padova 20-22 settembre 2017.

DAL POZZO C., COLAFIGLI A., REASONABLE accommodation in the workplace in Italy: new policy and role of Workers' Compensation Authority (INAIL).
Congresso internazionale EUMASS 2018 Building bridges between science and practice, Maastricht, 4-6 ottobre 2018.

DAL POZZO C., COLAFIGLI A., Circolare n° 51 del 2016: prime esperienze e riflessioni sul flusso operativo."
XII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale, Bologna 28-30 novembre 2018.

Articoli

BRUZZONE S., L'inclusione lavorativa e gli "accomodamenti ragionevoli": prime riflessioni, in http://www.bollettinoadapt.it 17 maggio 2016.

D'ORSI F., FRASCHERI C., Accomodamento ragionevole limiti e opportunità, in "Ambiente&sicurezza sul lavoro", EPC editore, n. 2, febbraio 2018, pagg. 14-27.

CARRELLA G., L'accomodamento ragionevole nei luoghi di lavoro, in www.superabile.it 20 marzo 2019.

Giuseppe Briatico-Vangosa, Past President ANMA

Prima parte

Alcol e droghe. Le relazioni 2018 al Parlamento. Considerazioni e commenti.

Pubblichiamo la prima parte di un prezioso contributo dedicato alle tradizionali **relazioni istituzionali sul tema alcol e droghe** in Italia con riferimento all'anno 2017. Di seguito commenti e considerazioni relative agli interventi illustrati dal Ministro della Salute in materia di alcol e problemi alcol correlati.

Premessa

Come da prassi istituzionale anche per l'anno 2018 il Ministero della Salute, attraverso la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria Ufficio 6, ha pubblicato l'annuale Relazione sugli interventi realizzati in materia di alcol e problemi alcol correlati attuati nel 2017, mentre il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha presentato i dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia sempre riferito all'anno 2017.
Sono due Documenti ponderosi che fotografano la condizione della popolazione del nostro Paese attraverso rilievi statistici ed epidemiologici per verificare il risultato delle attività di prevenzione attuate e per tracciare i successivi percorsi necessari per contrastare l'uso e gli effetti delle sostanze di abuso.

Le pubblicazioni, di interesse per ogni figura sanitaria, rivestono particolare rilievo per noi Medici Competenti. Esse sono strumento per approfondire gli aspetti che hanno una ricaduta sulla nostra professione: i modelli di consumo; le classi di età per genere; il riconoscimento dei consumatori a rischio; la dipendenza; la morbilità e la mortalità correlate; gli effetti sulla sicurezza stradale e sul lavoro con i riflessi sulla sicurezza dei terzi; la pianificazione degli interventi di educazione sanitaria, di contrasto, di informazione e formazione programmati nei rispettivi Piani Nazionali.

Le Relazioni confermano che il fenomeno del consumo di sostanze alcoliche e di sostanze stupefacenti è rilevante per il nostro Paese. Non forniscono, purtroppo, elementi sufficienti per stimare la portata del fenomeno della dipendenza che invece ci coinvolge. Infatti, si ricavano solo alcuni riferimenti indiretti leggendo le statistiche sull'accesso al Pronto Soccorso, sulla morbilità e sulla mortalità e sulla incidentalità stradale.
Non trova spazio la relazione tra accadimenti infortunistici e utilizzo di sostanze di abuso né, tanto meno, al risultato della nostra attività.
Eppure, il Medico Competente produce una massa di dati che vanno dispersi. Pensiamo solo agli oltre 2,8 milioni di lavoratori visitati per il "rischio infortunistico, prima detto per i terzi" e sottoposti ai controlli di legge. Ci stupisce che i Ministeri competenti non sentano l'esigenza di incanalare ed orientare la platea dei Medici Competenti ad

una fattiva collaborazione che superi il compito meramente istituzionale.
Ciononostante, i dati pubblicati sono un'utile guida per svolgere in modo informato e consapevole il nostro ruolo come richiesto dal comma 4 dell'articolo 41 del Dlgs 81/08 ("Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti") e gli applicativi relativi ai diversi Schemi d'Intesa.

Di seguito cercheremo quindi di evidenziare le parti di maggior interesse per la nostra attività.

Le Relazioni sono consultabili sul sito del Ministero della Salute e su quello del Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri.

PARTE 1

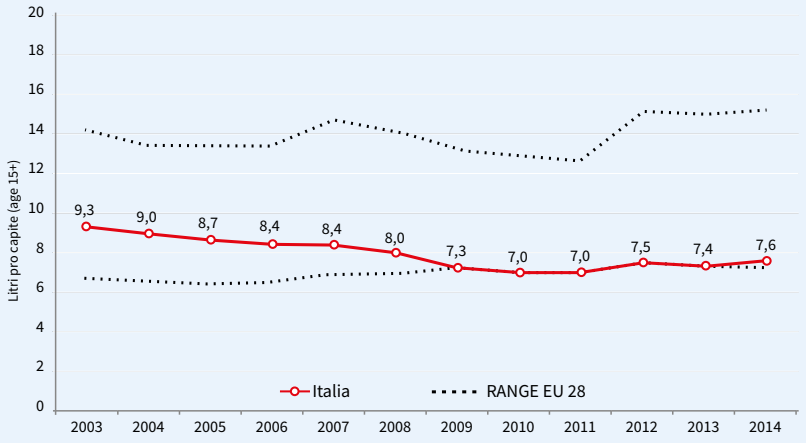
RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125. LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI anno 2018

Il Documento presenta in modo analitico quattro Parti che forniscono un quadro d'insieme sullo stato del consumo di sostanze alcoliche e dei problemi alcol correlati e precisamente: I. Il quadro epidemiologico; II. I servizi alcologici e l'utenza; III. Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.03.2001 N. 125; IV. I consumi alcolici, i modelli di consumo nelle regioni e il Progetto nazionale Alcol.

Di seguito si riportano alcuni elementi ritenuti più utili.

I. Il quadro epidemiologico.
Come si legge nella premessa alla Relazione a firma della Ministro Grillo, il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana, negli anni più recenti sta decisamente mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni soprattutto se si considera che, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti, condizio-

Fig. 1 - Trend di consumo di alcol (espresso in litri pro capite di alcol puro) in Italia



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (20 dicembre 2016).

ne ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.
Secondo i dati acquisiti dall'ISTAT, nel corso del 2017, il 65,4% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 534 mila persone) ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (78,1%) rispetto alle femmine (53,5%).
Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 612 mila persone) beve quotidianamente, di cui il32,2% tra i maschi e l'11,2% tra le femmine. (Fig. 1)

Nell'anno 2017 si osserva un aumento rispetto all'anno precedente del consumo annuale (dal 64,7% al 65,4%). Su questo dato pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 43,3% al 44%), mentre sono stabili gli altri tipi di consumo (consumo giornaliero e consumo fuori pasto).

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un cambiamento nelle abitudini a consumare le bevande alcoliche in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44enni si registra un maggior calo di consumo alcolico giornaliero; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.
Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti nel tipo di bevande consumate: la diminuzione di vino e birra, il robusto aumento di altri alcolici (aperitivi alcolici, amari, superalcolici). (Tab. 1)

L'Indicatore di sintesi

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcologia (SIA) e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ha costruito un indicatore di sintesi, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana e individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di comportamenti di consumo a rischio, che comportano, come sappiamo, non solo rischi per la salute del singolo bevitore, ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere.
Tale indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: a) il consumo abituale e quotidiano eccedentario e b) il binge drinking.
Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero quale livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi. Di conseguenza sono a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica. Per le altre classi di età sono da considerare a maggior rischio: a) gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA); b) le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno. (Fig. 2)

L'indicatore di sintesi ha evidenziato per il 2017 la prevalenza dei consuma-

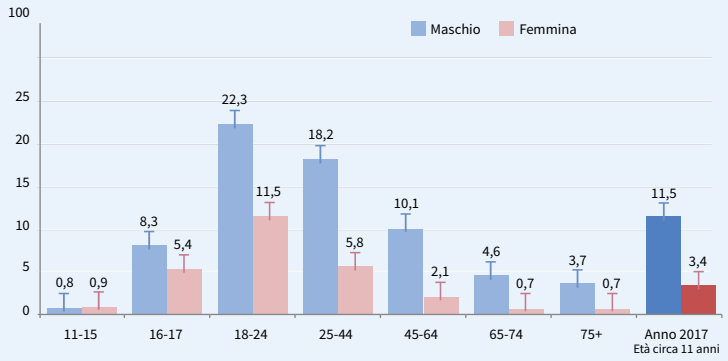
Tab 1 - Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2017 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e Femmine	
	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni
Vino	65,7	28,2	40,3	10,4	52,6	19,0
Birra	63,4	8,3	33,5	1,6	48,0	4,9
Aperitivi, amari, superalcolici	56,5	1,2	31,9	0,2	43,8	0,7
TOTALE	**78,1**	**32,2**	**53,5**	**11,2**	**65,4**	**21,4**

Fonte: Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2017

tori a rischio del 23,6% per uomini e dell'8,8% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che, nel 2017, non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica.

Fig. 2 - Prevalenza (%) di consumatori binge drinking per genere e classe di età (2017)



Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'alcol dipendenza

La Relazione fa presente che l'alcol dipendenza rimane a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano.

Nel 2017 sono stati presi in carico presso i servizi (che sono ad oggi 495) 67.975 soggetti, di cui il 27,1% di utenti nuovi mentre la quota restante è formata da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il 75,1% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% dei soggetti trattati. Non è da sottovalu-

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
291.0	Delirium da astinenza da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool
291.81	Astinenza da alcool
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool

Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
303.0	Intossicazione acuta da alcool
303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione

Abuso di alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
305.00	Abuso di alcool, non specificato
305.01	Abuso di alcool, continuo
305.02	Abuso di alcool, episodico
305.03	Abuso di alcool, in remissione

Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
357.5	Polineuropatia alcoolica

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
425.5	Cardiomiopatia alcoolica

Gastrite alcoolica	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia

Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
571.0	Steatosi epatica alcoolica
571.1	Epatite acuta alcoolica
571.2	Cirrosi epatica alcoolica
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato

Effetti tossici dell'alcool	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcooli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato

Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicamenti	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool

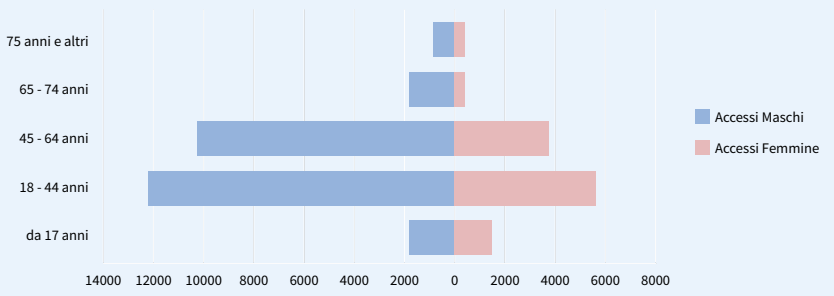
tare la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 17,4%.
La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (48,1%), seguito dalla birra (27,1%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente e molto variabile regione per regione (il testo presenta un'ampia documentazione). Il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud.

Pensiamo di interesse riportare la tabella (v. Tab. a pagina precedente), di diagnosi utilizzata nei Pronto Soccorso.

Gli accessi in Pronto Soccorso nel 2017 sono stati 39.182, caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol.
Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che il 64% degli accessi avviene in codice verde, il 20% in codice giallo, il 13,5% in codice bianco e il 2% in codice rosso. Si rileva che al 14,5% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato; a seguire in ordine di frequenza, al 14,29% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,8% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. Il 59,75% degli accessi arriva in PS con il 118, mentre il 30,3% arriva al PS con mezzi propri. Infine, si rileva che il 76% degli accessi in PS con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 13,5% degli accessi viene ricoverato. (v. Fig. 3)
La morbosità e la mortalità alcol correlata sono altri indicatori importanti, così come l'analisi del fenomeno riguardante l'incidentalità stradale.

Le tabelle qui a fianco illustrano la distribuzione delle diagnosi ospedaliere e delle cause di mortalità.

Fig. 3 - Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2017



Tab 1 - Diagnosi principali più frenquenti - Anno 2017

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale accessi sul totale degli accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL,NON SPECIFICATO	14,50%
305.02	ABUSO DI ALCOOL,EPISODICO	14,29%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,80%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,53%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,NON SPECIFICATA	8,98%
305.01	ABUSO DI ALCOOL,CONTINUO	7,46%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,EPISODICA	6,67%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	3,41%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,CONTINUA	2,80%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	2,75%
291.89	ALTRI DISTURBI DEL SONNO INDOTTI DA ALCOOL	1,28%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,27%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,14%
535.30	GASTRITE ALCOOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,96%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	0,91%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,89%
305.03	ABUSO DI ALCOOL,IN REMISSIONE	0,73%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,IN REMISSIONE	0,67%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,63%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,NON SPECIFICATA	0,63%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Tab 2 - Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine, Italia, anno 2015.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	17,1	45	20,1	219	17,7
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	35	3,4	5	2,2	40	3,2
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	2	0,9	12	1,0
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	11	1,1	2	0,9	13	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	766	75,4	166	74,1	932	75,2
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	15	1,5	4	1,8	19	1,5
Totale decessi		1.016	100	224	100	1.240	100

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

Di grande rilievo per la nostra professione è il tema degli incidenti stradali alcol correlati. È un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, pur con le persistenti lacune informative causate dalla mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti.

Dalle statistiche pubblicate da Carabinieri e Polizia Stradale, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, risulta che nell'anno 2017 gli incidenti stradali per

i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza sono stati 4.575 su un totale di 58.583 incidenti, in aumento rispetto al 2015. (v. Tab. 3)

III. Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.03.2001 N. 125

Di nostro interesse è la lettura degli interventi programmati nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), che possono esserci di guida nelle attività informative e formative:

"Informazione /educazione

Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere.

Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata.

2. Bere e guida

Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani.

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

3. Ambienti e luoghi di lavoro

Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.

Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio."

Il **Piano Nazionale di Prevenzione** (PNP) per il quinquennio 2014-2018, è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017. Il PNP individua, principalmente in due macro-obiettivi, le strategie di prevenzione del consumo dannoso e rischioso di alcol da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive. Essi sono: macro-obiettivo 1 - "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT"; macro-obiettivo 2 – "Prevenire la dipendenza da sostanze".

Nel Documento si legge che le strategie individuali sono essenzialmente focalizzate sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) e su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi "life skills education" e "peer education". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza.

Pertanto, tra le azioni suggerite dal nuovo PNP vi è l'applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) da attuarsi nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, **Medici Competenti**, ecc.).

È utile sapere che nei **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA - DPCM del 12 gennaio 2017) è stata inserita l'offerta di ***counseling* individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del consumo rischioso di alcol.

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni, al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo.

Le **Campagne di Comunicazione** del Ministero hanno l'obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere empowerment, far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari. È interessante considerare l'iniziativa ***Alcohol Prevention Day***, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (AICAT) ed EUROCARE.

La parte IV dedicata ai consumi alcolici, i modelli di consumo nelle regioni e il Progetto nazionale Alcol, su cui non ci addentriamo e lasciamo alla curiosità del Lettore, sviluppa la situazione territoriale. Oltre a quanto descritto nella Relazione, è possibile approfondire l'argomento sul sito: www.epicentro.iss.it/alcol.

Tab 3 - Incidenti stradali con lesioni alla persona rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2017 (Valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada *(a)*	Incidenti stradali con lesioni a persone	*Incidenti stradali mortali*	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) *(b)*	2.912	*49*	57	4.903
Art. 186	*2.594*	*40*	*46*	4.285
Art. 186 bis	*318*	*9*	*11*	*618*
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	**32.533**	***1.241***	***1.327***	**50.999**
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	**9,0**	**3,9**	**4,3**	**9,6**

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2017.
(b) Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186); Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose (Art.186 bis).
Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica".

M. Servadio, Psicoterapeuta e Psicologo del Lavoro e delle Organizzazioni, esperto in Psicologia della Salute organizzativa, www.servadioepartners.com

Il supporto psicologico in azienda

Il primo soccorso emotivo è spesso richiesto in situazioni di crisi, che possono manifestarsi ad esempio nel post rapina, nella minaccia di suicidio di un lavoratore, nel supporto ai parenti della vittima, nel supporto ai colleghi testimoni di un episodio traumatico, ecc... Approfondiamo in particolare la forma di supporto psicologico che entra in gioco durante un'emergenza.

Il supporto psicologico in azienda può essere richiesto da diversi stakeholders aziendali, tra i quali:

- Medico Competente
- Datore di Lavoro
- Responsabile Risorse Umane
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
- Responsabile della Gestione delle emergenze

Se si manifesta una situazione di emergenza, ad esempio un incendio, un terremoto o un'emergenza di tipo sanitario, le emozioni diventano più intense, le tempistiche di intervento devono essere immediate e la comunicazione diventa un fattore critico per il successo o per l'insuccesso di un'operazione d'evacuazione o di salvataggio. Ecco allora che la pianificazione e la capacità di gestire diverse tecniche di comunicazione, rappresentano le scelte strategiche essenziali per fronteggiare e gestire una situazione di emergenza.
In contesti come un'emergenza, in cui si presentano quindi scenari anomali, di forte entità, e che devono essere risolti nel minor tempo possibile, l'efficacia di una comunicazione dipende dai tre fattori seguenti:

- la conoscenza dell'ambiente da parte del personale coinvolto nello scenario, e, in particolar modo dei suoi rischi
- la conoscenza dei comportamenti più appropriati per la gestione di quella specifica criticità
- il controllo emotivo, per quanto possibile e variabile da situazione a situazione

In generale, la comunicazione è quello che permette di creare rapporti e collaborazioni, saper disarmare momenti di difficoltà e di conflitto; con la comunicazione di possono costruire e distruggere significati, e dalla comunicazione possono cambiare, in bene o in male, le opinioni dei partecipanti a una qualsiasi discussione.

È noto che la parola sia l'elemento che nettamente ci distingue dagli altri animali, e questo ci porta spesso ad enfatizzare l'importanza del contenuto verbale all'interno di un messaggio comunicativo. Spesso non siamo neppure consapevoli di quanto sia importante comprendere ciò che gli altri ci vogliono comunicare, senza che ce lo esprimano verbalmente. Pertanto, tendiamo a sottovalutare la componente non verbale, cioè il "come" ci si dice qualcosa, che al contrario rappresenta il 93% dell'impatto comunicativo.

Gli Psicologi dell'Emergenza sanno bene come in molti scenari di emergenza (appunto un grosso incendio, un terremoto, un'alluvione, o comunque un evento inaspettato che ha provocato vari danni a persone, strutture e cose) la sola presenza degli operatori psicologi può essere un elemento di contenimento e di rassicurazione importante. Coloro che sono coinvolti nel processo d'assistenza e di soccorso debbono però essere preparati ad operare in contesti disallineati rispetto a situazioni standard, devono possedere strumenti per effettuare in tempi brevi ma efficaci interventi, sia sulla singola persona che sulla popolazione che ha subito un trauma. I tempi ristretti, il contesto anomalo, le forti emozioni che si manifestano, i molteplici fattori organizzativi che in generale si devono affrontare, sono tutti elementi che rendono indispensabile l'utilizzo di tecniche di comunicazione che permettono di comprendere i bisogni dell'interlocutore, anche in assenza di una verbalizzazione.

In situazioni d'emergenza, a causa delle proprie esperienze personali o semplicemente anche per motivi caratteriali, non tutti riescono ad instaurare un dialogo sereno o sono così "aperti" ad entrare in sintonia con uno sconosciuto. Quando i comportamenti vengono totalmente condizionati dalle emozioni, e quando i fenomeni di panico deformano i normali ritmi d'azione, è di fondamentale importanza conoscere quasi anticipatamente le azioni che "le vittime" sceglieranno di manifestare in tali circostanze e il riuscire a capire i loro bisogni istantanei.

Il Primo Soccorso Psicologico è un modello di intervento di sostegno psicosociale rivolto ai superstiti e ai familiari delle vittime immediatamente dopo un disastro o una maxi-emergenza.
Il suo obiettivo è quello di mitigare lo stress acuto psicologico derivante dal coinvolgimento in un evento avverso rispondendo ai bisogni dei superstiti e promuovendone il funzionamento adattivo, la percezione di sicurezza e il progressivo ritorno alla normalità.

Il Primo Soccorso Psicologico si compone di nove moduli:

1) primo contatto e aggancio
2) protezione e sicurezza
3) ricongiungimento familiare e contenimento nel lutto
4) stabilizzazione emotiva
5) raccolta di informazioni e valutazione
6) strategie di gestione dello stress
7) normalizzazione delle reazioni acute
8) collegamento con la rete sociale e i servizi territoriali
9) promozione del senso di efficacia e dell'empowerment

In generale, avere consapevolezza della propria reazione emotiva in caso di una specifica emergenza aiuta a prevenire ulteriori criticità e a modificare la nostra risposta nel caso quella originale in cui non sia del tutto adeguata alla situazione.

In conclusione, in situazioni d'emergenza è importante potenziare le capacità di individuazione delle strategie comunicative più appropriate alla situazione, valutarne le relative implicazioni, e avere consapevolezza del proprio ruolo professionale e dell'importanza dell'equilibrio psicologico che dobbiamo essere in grado di mantenere con i soggetti coinvolti nello scenario anomalo.

BIBLIOGRAFIA

"Il Primo Soccorso Psicologico nelle maxi emergenze e nei disastri" di L. Pierantoni, G. Prati, L. Palestini 2008.
Comunicazioni: servadio@servadioepartners.com

P. Santucci, Consigliere ANMA, Genova

Lo smart working ideale è ... l'home working?

Lo "smart working", in italiano 'lavoro agile', è una modalità di svolgimento dell'attività lavorativa saltuariamente effettuata al di fuori dei locali dell'impresa e con l'uso di tecnologie informatiche in remoto. Si tratta di un'attività diversa dal cosiddetto "telelavoro", in quanto non vi è una "continuativa prestazione lavorativa sempre nello stesso luogo".

Lo smart working

Lo "smart working", in italiano 'lavoro agile', è una modalità di svolgimento dell'attività lavorativa saltuariamente effettuata al di fuori dei locali dell'impresa e con l'uso di tecnologie informatiche in remoto. Si tratta di un'attività diversa dal cosiddetto "telelavoro", in quanto non vi è una "continuativa prestazione lavorativa sempre nello stesso luogo".

Lo "smart working" è una modalità di lavoro innovativa basata su un forte elemento di flessibilità, in modo particolare di orari e di sede. Alle persone viene lasciata ampia libertà di auto-organizzarsi a patto che portino a termine gli obiettivi concordati e stabiliti nelle scadenze previste, collaborando con i propri colleghi.

Tuttavia i lavoratori in regime di "smart working" devono cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro ai sensi dell'art.22 Legge n°81 del 22 maggio 2017: *"Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore che svolge la prestazione in modalità di lavoro agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro".*

Perciò, nell'ambito di una ampia libertà organizzativa e di scelta dell'ambiente di lavoro, l'operatore deve individuare locali rispondenti a criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza come indicato nella 'policy aziendale' con particolare riguardo alla propria integrità psico-fisica.

L'azienda interessata ad avviare un progetto di 'smart working' si trova, in definitiva, a gestire una modalità di lavoro innovativa, non standardizzabile e caratterizzata da numerose variabili, per di più senza il supporto di una letteratura consolidata in tema di salute e sicurezza.

L'esperienza sul campo: dalla formazione-informazione alla sorveglianza sanitaria

Partendo da queste premesse il Medico competente ed il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione di un azienda multinazionale con 1000 dipendenti e sede a Genova hanno avviato la loro esperienza di gestione della salute e della sicurezza degli smart workers.

In merito agli aspetti formativi, alle misure preventive-protettive o alla eventuale formulazione di una sorveglianza sanitaria mirata, sono subito emerse le difficoltà legate alla mancanza di una stabile valutazione dei rischi specifici, dovuta alla stessa 'natura agile' della mansione: ambienti variabili, non predefiniti e spesso non destinati alla specifica attività.

Per tale considerazione il Legislatore (art.22 Legge 81/2017) ha puntato molto sulla cooperazione dei lavoratori nell'attuare le misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.
Sulla base della disposizione legislativa, è stata predisposta una articolata **attività formativa-informativa** dedicata a molteplici aspetti legati sia alla sicurezza dei 'potenziali' ambienti di lavoro sia ai rischi per la salute, ipotizzando prima di tutto la possibile amplificazione dei rischi tradizionali che caratterizzano l'attività del lavoratore 'stanziale' al videoterminale (art. 174 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.):

- rischi per la vista e per gli occhi
- problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale
- rischi relative alle condizioni ergonomiche e di igiene ambientale.

Trattandosi di attività lavorativa svolta al di fuori dei locali dell'impresa e con l'uso di tecnologie informatiche in remoto, possono risultare accentuati molteplici aspetti: dalla precarietà della postazione alla ridotta attenzione ai principi ergonomici (scorretto 'layout'), dall'ambiente inadeguato dal punto di vista climatico e illuminotecnico alla carente organizzazione del lavoro.
Schematicamente sono state prese in considerazioni le seguenti criticità per quanto riguarda il 'rischio salute':

- **l'affaticamento oculo-visivo** dell'operatore ('astenopia occupazionale'), può essere accentuato dalla presenza di riflessi sullo schermo e/o abbagliamenti dell'operatore in funzione dell'ubicazione delle fonti di luce naturale (raccomandata 'a lato' dell'operatore) e artificiale (mantenere sostanziale omogeneità nei rapporti di luminanza all'interno del Campo Visivo Professionale dell'operatore). Inoltre il pc portatile deve essere dotato di schermo rivestito della tradizionale pellicola opaca 'non riflettente', che riduce i riflessi causati dalle fonti di luce circostanti (pc serie 'office'), particolarmente utile per l'uso in ambiente esterno. Con l'utilizzo di schermi portatili e perciò a distanza più ravvicinata, diventa decisivo intervallare la visione di oggetti o immagini lontane, oltre 5 metri, in modo da compensare lo sforzo visivo in costante convergenza ed accomodazione. Durante le pause è preferibile evitare il mantenimento dell'impegno 'visivo protratto statico e ravvicinato', non utilizzando perciò altri dispositivi come lo smartphone, per esempio.
- L'utilizzo di una seduta non conforme all'allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i. può incrementare **disturbi muscolo-scheletrici** a carico di arti superiori e colonna vertebrale se non favorisce l'adozione della postura ideale. Inoltre l'utilizzo prolungato di un pc portatile con tastiera integrata e touchpad può favorire disturbi a carico del distretto mano-polso', richiedendo la 'fornitura di tastiera, di mouse o altro

dispositivo di puntamento esterni'. Infine, eventuali prescrizioni pre-esistenti formulate dal medico competente devono essere soddisfatte anche nell'effettuazione del lavoro agile: p.es. uso 'mini mouse', tappetino poggia polsi, ecc.

- L'**aspetto organizzativo** dovrebbe trarre beneficio dal lavoro in modalità smart working, a condizione che l'operatore possa contare su adeguato collegamento e supporto aziendale e sia in grado di garantirsi pause adeguate per qualità e quantità, ricordando l'ampia autonomia che gli consente la specifica attività.
- I principali disagi legati all'**ambiente** possono derivare da aspetti climatici, rumore di fondo o inquinamento in generale. Per quanto riguarda l'aspetto microclimatico, le temperature elevate o umidità insufficiente possono favorire l'insorgenza di astenopia. Perciò vanno evitate correnti d'aria, getti diretti provenienti da bocchette dell'aria condizionata, ambienti in cui non è garantita la periodica manutenzione dell'impianto di climatizzazione.
- Il **rumore** di fondo se eccessivo (oltre 60 dBA) può costituire un fattore disturbante la prestazione di lavoro intellettuale e perciò va mantenuto al livello più basso possibile.
- Il lavoratore deve prestare attenzione, soprattutto se portatore di 'pace-maker' o 'defibrillatore', affinché il luogo prescelto per l'attività in "smart working" non sia esposto ad un significativo rischio da campi elettro magnetici con riferimento al D.Lgs.81/08 e s.m.i..
- In considerazione della possibile attività in ambienti esterni diventa decisiva la periodica pulizia di strumenti e piano di lavoro, sia per la prevenzione nell'ambito del **rischio biologico** o di **allergeni**, sia per l'adeguata efficienza della stessa strumentazione informatica. Inoltre bisogno tenere in debita considerazione l'esposizione a **radiazioni ottiche naturali** (luce solare: rischi per cute, luce blu, ecc.) e le possibili cattive **condizioni meteoclimatiche**.

In definitiva, le principali difficoltà per attenuare le conseguenze sulla salute possono derivare dalla 'scelta' di strumenti, arredi o ambienti inadeguati con particolare riferimento alle posture incongrue ed all'affaticamento oculovisivo. Inoltre, possono costituire fonti di disagio sia una carente organizzazione del lavoro che un insufficiente supporto da parte dell'azienda con percezione di 'isolamento' da parte dell'operatore.

Nell'esperienza specifica l'informativa di Legge è stata integrata da un vero e proprio percorso formativo-informativo realizzato dalle Direzioni Human Resources e Information Technology, dal Servizio Prevenzione e Protezione e dal Medico competente, realizzato attraverso n°12 sessioni formative 'frontali' con l'ausilio di numerose slides, rimaste a disposizione dei partecipanti.
Le sessioni hanno abbracciato ovviamente numerosi temi, dal contratto al supporto informatico, fino alla tutela di sicurezza e salute con approfondimento dei rischi sopra descritti.
Al termine di ogni sessione, come previsto dal Decreto Legge, i lavoratori hanno ricevuto l'informativa scritta in materia di salute e sicurezza e firmato la modulistica contrattuale.

La **sorveglianza sanitaria**, già in atto ai sensi di art.176 D.Lgs.81/08 e s.m.i., è rimasta invariata per i lavoratori impegnati nello smart working alla luce delle seguenti considerazioni.
Dall'esame dei 'possibili' rischi legati al 'lavoro agile' non sono emersi elementi utili a giustificare una modifica o integrazione del protocollo sanitario.
Nel corso dei primi mesi di smart working la tradizionale sorveglianza sanitaria non ha registrato criticità, inoltre non sono state necessarie 'visite su richiesta' correlate al lavoro in modalità 'agile'.
Certamente alcune problematiche potrebbero delinearsi sul medio lungo termine, perciò gli smart workers, mantenendo l'abituale attività 'stanziale' nel 60-80 % dell'orario di lavoro (3-4 giorni alla settimana), proseguono la tradizionale sorveglianza sanitaria, anche allo scopo di monitorare le eventuali conseguenze della 'attività agile'.

Lo smartphone aziendale

Una trattazione a parte richiede l'utilizzo dello smartphone aziendale, uno strumento ormai irrinunciabile a disposizione della maggior parte degli 'smart worker'.
Lo smartphone, così come il **pc-tablet**, costituisce "attrezzatura munita di un piccolo dispositivo di visualizzazione" (< 10 pollici), che rimane 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 raccomanda l'effettuazione di pause più frequenti rispetto all'uso di un personal computer. Per l'utilizzo del pc-tablet si suggeriscono diverse impostazioni, a seconda dell'uso in lettura o in digitazione, rispettivamente con angolazione di 135° e di 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.

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.

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 cellulare 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.

Al di là della specifica trattazione nel Documento Valutazione Rischi l'uso di dispositivi portatili che emettono RF (cellulari, smartphone, cordless), richiede 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 risposo tra una chiamata e l'altra.

Insieme al tablet lo smartphone aziendale propone la problematica del '**tecno-stress**': un disturbo causato dall'uso scorretto ed eccessivo di tecnologie dell'informazione e di apparecchi informatici e digitali. Lo stress origina dalla necessità di adattarsi ai continui e rapidi processi tecnologici che caratterizzano modelli comportamentali indotti da nuovi ed efficienti modelli di organizzazione del lavoro.
Nella specifica esperienza il rischio non è stato considerato significativo, tenuto conto della sostanziale continuità con l'attività svolta in sede, nel corso dello stesso orario, con il vantaggio di una maggiore autonomia organizzativa in ambiente selezionato da ciascun operatore. Inoltre va precisato che ogni smart worker ha ricevuto un pc portatile con un sistema integrato di telefonia, che consente di attenuare i rischi di sovraccarico oculo visivo e muscolo-scheletrico rispetto all'utilizzo dello smartphone, peraltro disincentivato dalla stessa azienda.

L'esperienza sul campo: il questionario

L'originalità dell'esperienza, l'assenza di una letteratura consolidata in tema di salute e sicurezza nello smartworking e l'eventualità di una revisione dell'approccio prevenzionistico hanno suggerito la somministrazione di un questionario mirato, in occasione dello svolgimento della sorveglianza sanitaria, al fine di acquisire un feed back in merito agli effetti sulla salute a breve termine della nuova mansione agile.
Medico competente e RSPP hanno prodotto un questionario semplice, ridotto a pochi items, allo scopo di ricevere un ritorno mirato sulla sede di svolgimento del 'lavoro agile', sui disturbi oculovisivi e muscoloscheletrici, sullo stress percepito e infine sullo smart working, quale modalità di lavoro che aiuta la conciliazione delle esigenze di vita e di lavoro.

Il questionario è stato somministrato nel corso dell'anno 2018 ed all'inizio del 2019 ai lavoratori con almeno tre mesi di attività da smart worker, che si presentavano in successione alla visita periodica di Legge.

I lavoratori esclusi dal progetto, circa 200, sono promoter/venditori che lavorano prevalentemente a casa, ispettori nave (cantiere), addetti al servizio posta, receptionist, manutentori, dipendenti con meno di sei mesi di anzianità lavorativa e stagisti.
Circa il 20 % del personale, candidabile allo smart working, non ha aderito al progetto, che al momento attuale vede coinvolti oltre 500 lavoratori in costante aumento. La mancata somministrazione del questionario a questi lavoratori, incontrati durante le visite mediche, ha rappresentato l'occasione per conoscere le motivazioni della mancata adesione.
Si tratta di soggetti che risiedono vicinissimi alla sede, che riferiscono particolari situazioni personali (giovani che vivono ancora in famiglia, lavoratori domiciliati lontano dalle proprie famiglie, neo-padri), oppure che presentano la necessità di svolgere la propria attività a stretto contatto con i colleghi per un supporto immediato, un confronto 'de visu', la consultazione di documenti cartacei.

L'esperienza sul campo: i risultati

Al momento attuale hanno compilato il questionario, dopo breve informazione su modalità e scopi, tutti gli smart workers visitati nel periodo indicato: n°190 lavoratori (n. 133 femmine e n. 57 maschi) con fasce di età maggiormente rappresentate fra 35 e 45 anni. (v. Fig. 1 - Fig. 2)

La risposta al primo quesito sulla sede di svolgimento dello smart working si è rivelata, forse, la più sorprendente.
All'unanimità il luogo di lavoro si è concretizzato nella propria abitazione, dove evidentemente i lavoratori hanno potuto predisporre un lay out adeguato, secondo le indicazioni fornite, e godere delle maggiori comodità. In 2 soli casi su 190 la scelta é ricaduta sull'ufficio di un famigliare, oppure sulla 'seconda casa'.. (v. Fig. 3)

Il secondo quesito sulla variazione dell'affaticamento visivo nella attività di smart working ha evidenziato un peggioramento in pochissimi casi, soltanto

Smart working: questionario anonimo conoscitivo

a cura del Medico competente e del RSPP di Costa Crociere spa

Per favore, compilare e rispondere alle domande scrivendo di seguito al quesito e/o barrando la casella corrispondente. Grazie.

Data / /

Età _____ Genere ☐ M ☐ F

1) Quante giornate ha trascorso in smart working ed in quanti mesi fino ad oggi?

Circa _____ giorni in _____ mesi di smart working.

2) Quali ambienti ha scelto di solito per l'attività di smart working?

☐ casa propria altro _____

3) A livello di affaticamento visivo, rispetto a quando svolgeva il lavoro tradizionale, ad oggi riscontra un quadro complessivamente

☐ invariato ☐ peggiorato ☐ migliorato

4) A livello di affaticamento muscolo scheletrico (collo, spalle, gomiti, polsi e mani), rispetto a quando svolgeva il lavoro tradizionale, ha riscontrato un quadro complessivamente

☐ invariato ☐ peggiorato ☐ migliorato

5) A livello di 'stress lavorativo', rispetto a quando svolgeva il lavoro tradizionale, ha riscontrato una situazione

☐ invariato ☐ peggiorato ☐ migliorato

6) Con riferimento a questa iniziale esperienza lo 'smart working' può aiutare la conciliazione di esigenze lavorative e personali?

☐ sicuramente sì ☐ probabilmente sì ☐ probabilmente no ☐ sicuramente no

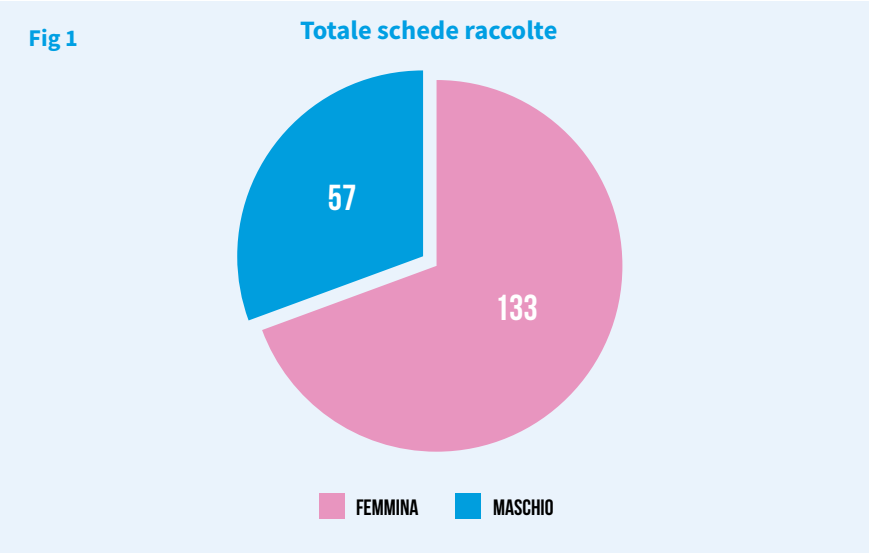
Eventuali note esplicative

_____

_____

_____

_____



in 9 casi (4,7 %), un miglioramento in 33 casi (17,4 %) ed una situazione invariata in 147 lavoratori (77,4 %). Un solo maschio non ha risposto al quesito (0,5 %). (v. Fig. 4)

Il terzo quesito sulla variazione dell'affaticamento muscolo-scheletrico ha evidenziato una situazione invariata in 139 lavoratori (73,2 %), un peggioramento in 13 casi (6,8 %) ed un miglioramento in 38 casi (20 %). (v. Fig. 5)

Tali dati dimostrano l'esistenza di pochissimi casi in cui è comparso un disagio sul versante oculovisivo oppure muscolo scheletrico, per difficoltà, verosimilmente iniziali, nel ricreare le condizioni ergonomiche ideali, che andranno monitorate nel tempo. A margine delle visite mediche alcuni lavoratori hanno riferito di non aver ancora acquisito una seduta adeguata oppure di prevedere un miglioramento complessivo della 'postazione domestica' con lo spostamento nella stanza più adeguata.
Ma il dato più eclatante é costituito dalle percentuali pari a 94,8 % (oculovisivo) e 93,2 % (muscolo-scheletrico) di lavoratori che percepiscono un quadro invariato, o addirittura migliorato, su entrambi gli apparati. Un successo favorito probabilmente dalla corretta organizzazione del lay out con piena autonomia nella gestione delle pause e dall'utilizzo di un sistema integrato di telefonia che riduce il sovraccarico muscolo-scheletrico di colonna cervicale ed arto superiore.

Sullo stress lavorativo percepito, quarto quesito, 40 lavoratori (21,1 %) hanno evidenziato un quadro invariato, ben 150 un miglioramento (78,9 %) e nessuno un peggioramento (0 %). Si osservi che la percentuale di donne che evidenzia una riduzione del livello di stress è superiore a quella degli uomini (81,9 % vs 71,9 %). (v. Fig. 6)

Questi dati sembrano svelare il vero vantaggio dello 'smart working' per l'operatore con riferimento alle osservazioni libere contenute nel questionario: minore stress dovuto a maggiori autonomia e tempo a disposizione, minori spostamenti ed interruzioni in un ambiente personalizzato.
L'ultima domanda, quinto quesito, sulla conciliazione di esigenze lavorative e personali, attraverso lo 'smart working', riveste un significato più ampio e riepilogativo dei dati precedenti.
I lavoratori hanno risposto tutti affermativamente con 174 'si' (91,6 %) e 15 'probabilmente sì' (7,9%). Si segnala soltanto n°1 caso particolare (0,5 %), poiché ha barrato entrambe le risposte (probabilmente si, probabilmente

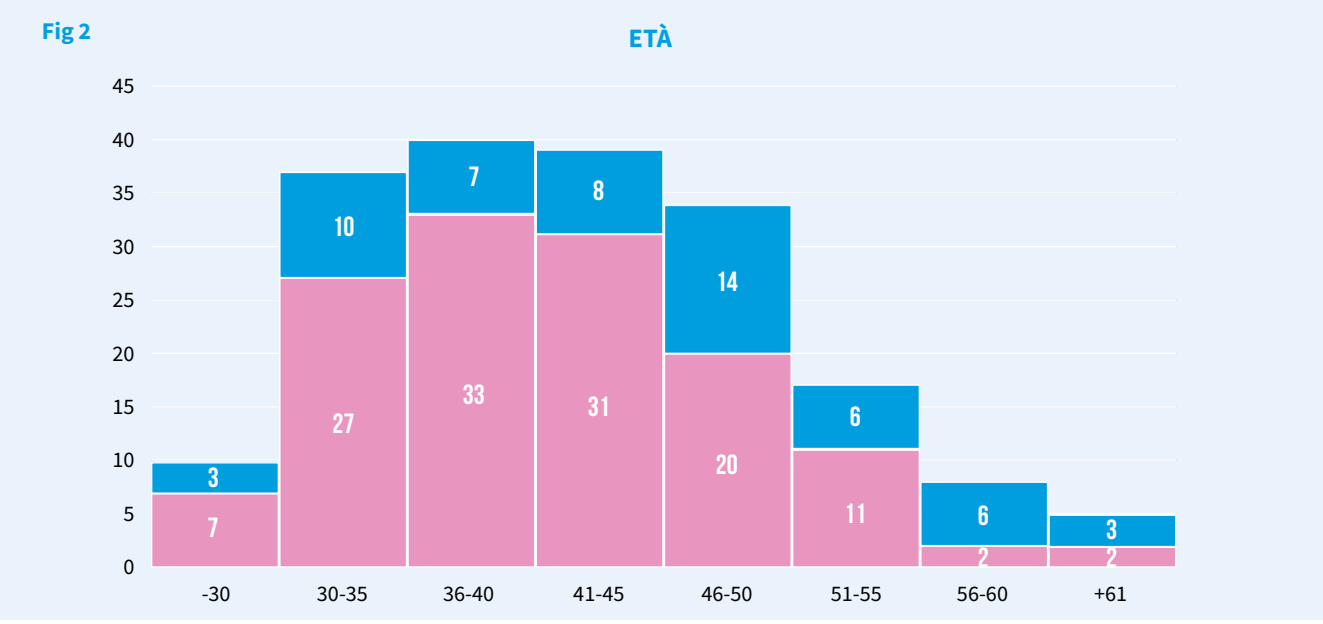


Fig 3

	Sede: Casa propria	Sede: 2ª casa - ufficio famigliare
MASCHIO	132	1
FEMMINA	56	1

Fig 4

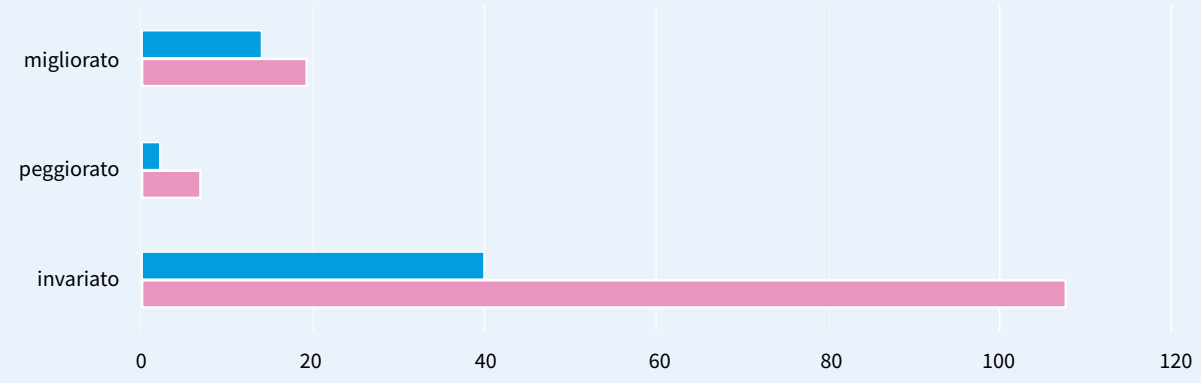


Fig 5

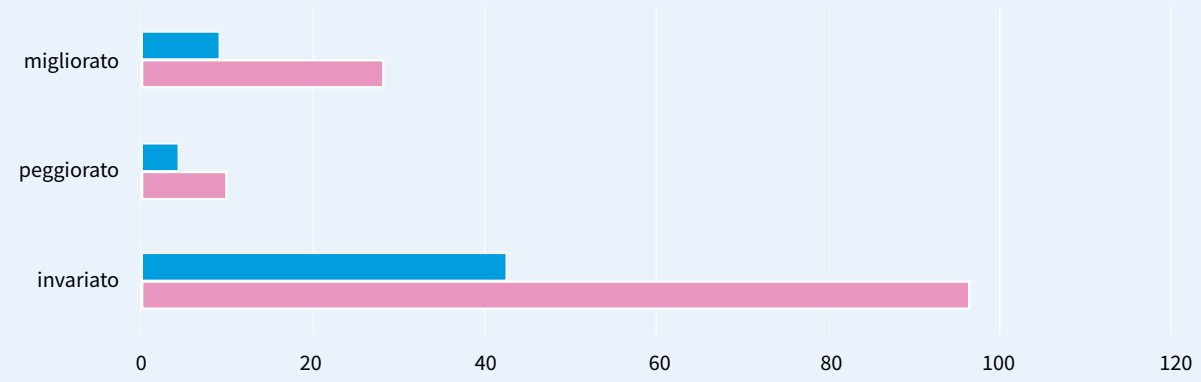
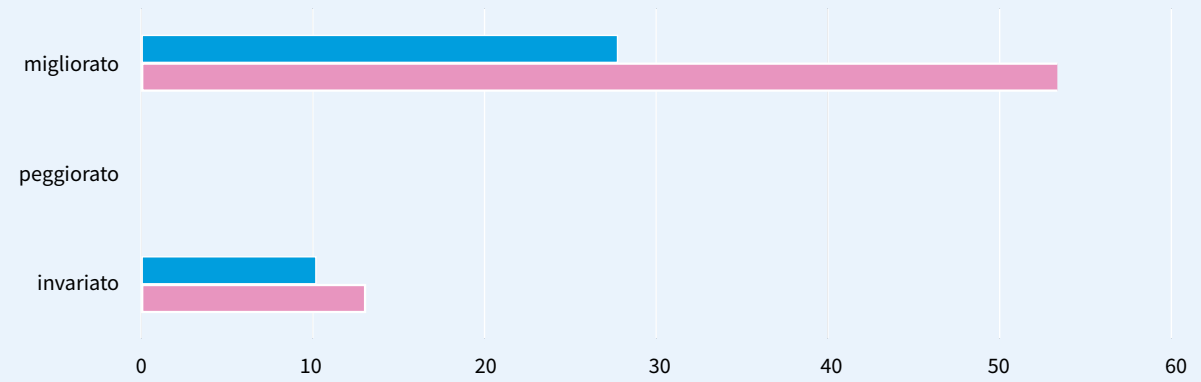


Fig 6



no) evidenziando perciò una posizione dubbia o comunque incerta.
E' interessante approfondire il dato di genere: la percentuale dei 'sì decisi' allo smart working è maggiore fra le donne (97 %), che fra gli uomini (78,9 %).

Considerazioni finali

Il questionario, relativo a 190 casi su oltre 500 lavoratori con esperienza di smart working, offre un dato parziale, ma significativo nel fornire una percezione della salute psicofisica percepita durante lo smart working, grazie ai dati estremamente favorevoli oltre ogni ottimistica previsione.
Il dato più sorprendente, trattandosi di 'lavoro agile', proviene dalla scelta pressoché unanime della propria abitazione come sede di 'smart working', unitamente alla sostanziale stabilità o riduzione dei livelli di affaticamento muscolo-scheletrico e oculovisivo.
In pratica gli smart workers dimostrano una elevata attenzione verso l'ergonomia delle proprie postazioni e le raccomandazioni tecnico-organizzative formulate nel corso della informativa di Legge, che si è conseguentemente tradotta in una scelta stanziale e domestica.
Perciò, l'iperdinamismo evocato dalla natura stessa dello smart working, appare in questo caso inadeguato alle esigenze del lavoratore videoterminalista formato e 'responsabile', che peraltro presenta un vissuto professionale di norma 'stanziale'.
In sintesi, il lavoratore preferisce trasformarsi, per uno o due giorni alla settimana, in una sorta di 'home worker', al fine di rispettare gli standard richiesti, garantendosi buoni livelli di confort, addirittura superiori alla propria sede lavorativa in alcuni casi.
E la scelta appare vincente se il 78,9 % di lavoratori riferisce attenuazione dello stress lavorativo, con una punta dell'81,9 % nella popolazione femminile, ed il 99,5 % ritiene lo smart working un valido aiuto per la conciliazione della vita lavorativa e personale.
Le motivazioni di questi numeri possono essere individuate fra i commenti che diversi lavoratori hanno redatto nel campo libero della scheda.
I vantaggi risiedono principalmente nell'incremento del tempo a disposizione con annullamento degli spostamenti e abbattimento dei relativi costi, nella possibilità di gestire piccole attività personali (esercizio fisico o spesa sotto casa, brevi commissioni o attività domestiche) e nella maggiore concentrazione sul compito lavorativo in un contesto silenzioso e personalizzato, anche 'climaticamente'.
Dal punto di vista della collettività si possono evidenziare altri vantaggi: riduzione del traffico veicolare e perciò dell'inquinamento ambientale, maggiore disposizione di posti auto in centro. Perciò il progetto ha contributo ad alleviare, per quanto possibile, i notevoli disagi della città di Genova a seguito della tragedia del Ponte Morandi.
Va anche sottolineato che la direzione aziendale ha concesso un terzo giorno settimanale di smart working, insieme al supporto psicologico del caso, ai lavoratori residenti nella cosiddetta 'zona rossa'.

Inoltre la possibilità di svolgere la giornata di smart working con preavviso al proprio responsabile di sole 24 ore, si è rivelata spesso utile nel caso di allerta meteo, con ricadute favorevoli sia per il singolo che per la collettività, soprattutto in termini di viabilità e sicurezza.

I risultati del questionario testimoniano in definitiva il successo del progetto 'smart working' nell'ambito della salute psicofisica percepita, dopo che era stato 'misurato' dall'Azienda un significativo aumento della produttività nell'ambito del progetto pilota.
Entrambi i successi trovano spiegazione nella meticolosa e appassionata preparazione del progetto, promosso dalla direzione aziendale, e nella interpretazione responsabile, attenta e spesso entusiasta del ruolo di 'smart workers' da parte dei lavoratori.
In conclusione, l'interrogativo del titolo 'Lo smart working ideale é.. l'home working?' trova chiaramente una risposta affermativa, almeno per quanto riguarda questa fortunata esperienza, perché ha prodotto reali benefici per tutti: lavoratori, azienda e.. città di Genova.

Ringraziamenti
Si ringrazia Emilio Pavone, RSPP di Costa Crociere Spa, per la raccolta e l'elaborazione dei dati.

BIBLIOGRAFIA

1. Boschiroli G.M., indicazioni comportamentali per lavoratori che utilizzano telefono cellulare. ANMA BEP- Best Experienced Practices. Medico Competente Journal, n°1/2017.
2. Sacco A., I videoterminali negli ambienti di lavoro, Dalla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria, Collana di Psicologia e medicina del lavoro, Edizioni FS, Milano, 2018.
3. Pavione E., Santucci P., La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori nell'uso della tastiera, del mouse e del PDA-phone: una esperienza in una azienda multinazionale. Medico competente Journal n°4/2012.
4. 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.
5. Santucci P., Il videoterminalista e il decreto Legislativo 81/2008, Orientamenti operativi per il medico competente, ANMA Editore, 2009.
6. Santucci P., 'Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP (Best Experienced Practices) per il videoterminalista', XXX Congresso nazionale Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA), Napoli, 9 giugno 2017.
7. Santucci P., Corso di aggiornamento per il Medico Competente, Aggiornamenti in tema di videoterminalista: recenti acquisizioni sui rischi dell'attività lavorativa con videoterminali, Taranto, 23 febbraio 2018.
8. Santucci P. con la collaborazione di Pavione E., Implicazioni per la sorveglianza sanitaria, Dossier Ambiente n°124, Smart Working, IV trimestre 2018, anno XXXI.
9. Servadio M., Tecnostress: lo stress lavoro-correlato connesso all'uso delle nuove tecnologie digitali. Medico Competente Journal n°1/2015.

In questo numero parliamo di patologie psichiatriche

Intervista al dott. VITTORIO UVA

Psichiatra e psicoterapeuta

Centro Sperimentale di Medicina Psicosomatica Integrata.

1 MCJ - Dottor Uva, la sua esperienza è vastissima, in ambito pubblico e privato, spaziando dalla psicogeriatria al tema delle dipendenze: quali sono le problematiche principali di cui si è occupato negli anni?

VU – Nel corso degli anni mi sono occupato come psichiatra e psicoterapeuta in generale di tutte le patologie psichiatriche più frequenti (dal disturbo da attacchi di panico alla depressione al disturbo bipolare). Sicuramente ho approfondito negli ultimi 20 anni la gestione ed il trattamento farmacologico di pazienti con malattie degenerative che presentano gravi anomalie comportamentali con disturbi psichiatrici secondari, naturalmente non perdendo di vista il disagio giovanile in parte collegato all'abuso di sostanze.

2 MCJ - Ha seguito anche casi di re-inserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti o comunque di consumatori di sostanze alcoliche oppure stupefacenti?

VU – Nell'ambito della mia attività privata ho seguito pazientiz con problemi d'abuso di sostanze sempre con l'obiettivo di recuperare una stabilità sul piano lavorativo, e comunque partendo dalla disponibilità e dall'assoluta motivazione da parte del paziente a farsi aiutare; senza questo banale ma fondamentale presupposto non è possibile intervenire come terapeuta e curante a formulare un progetto serio ed efficace che comunque deve sempre essere individualizzato: l'intervento terapeutico non può essere uguale per tutti.

3 MCJ - Lei ha pubblicato decine di articoli, è stato docente in molti corsi rivolti a medici e paramedici e recentemente ha svolto attività divulgativa nelle scuole, quali sono i temi di maggiore attualità che lei approfondisce nell'ambito delle dipendenze?

VU- Nell'ambito delle dipendenze oggi si assiste ad un fenomeno sociale preoccupante che è quello della normalizzazione, prefigurando consumatori di sostanze che conducono una vita normale ed integrata nel tessuto sociale e lavorativo e vivono questa situazione come naturale e non patologica; a questo si aggiunge il problema della poliassunzione cioè l'assunzione di più sostanze; questa nuova patologia di consumatore è dotato di una forte autogestione ed autocontrollo convinto che sia possibile unire i piaceri della droga ad una vita sana e normale negando la pericolosità e i danni irreversibili che si possono presentare.

4 MCJ - Dal suo osservatorio specialistico come sono cambiate negli anni le sostanze stupefacenti ed i loro effetti?

VU - Rispetto al passato oggi assistiamo all'uso massiccio di cocaina e droghe sintetiche con azione eccitante quale ecstasy ed i suoi derivati anche se purtroppo l'eroina sta prepotentemente risalendo la china. In questo ambito emergono sempre più atteggiamenti di perdita del controllo con impulsività ed atteggiamenti violenti conseguenza delle sostanze sintetiche utilizzate. Questo cambiamento riguarda anche la cannabis per diversi motivi: il primo è che il principio THC risulta come concentrazione molto superiore rispetto al passato con evidenti disturbi psichici come stati psicotici o deliranti, il secondo motivo riguarda il fatto di tagliare la cannabis con sostanze sintetiche facilmente reperibili sul mercato con conseguenze devastanti sul piano psichico e neurologico; l'aspetto più inquietante è l'assunzione inconsapevole di droghe sintetiche altamente tossiche spacciate per cannabis; questo è il motivo per cui non si può parlare di droghe leggere non pericolose: tutte le sostanze d'abuso sono dannose nessuna esclusa.

5 MCJ - E come vede le 'nuove' dipendenze, dalle sostanze sintetiche al gioco d'azzardo?

VU - Sicuramente sono un'emergenza sociale soprattutto per quanto riguarda le droghe sintetiche che coinvolgono in gran parte anche i minori. In merito alla ludopatia corre l'obbligo di una premessa: nella letteratura scientifica e nella pratica clinica, la nozione di dipendenza viene sempre più utilizzata per spiegare anche sintomatologie derivanti dalla ripetizione di altre attività per lo più socialmente accettate, che non implicano l'assunzione di una sostanza; si parla infatti di nuove dipendenze comportamentali e si riferiscono ad una vasta gamma di comportamenti, tra esse le più note e maggiormente indagate sono il Gioco D'azzardo Patologico (GAP), lo shopping compulsivo, le dipendenze da Tecnologia (internet, telefonini...) ed alcuni disturbi alimentari; tali patologie presentano le stesse caratteristiche cliniche dell'abuso di sostanze.

6 MCJ - Lei si occupa in particolare di dissuefazione al tabagismo nel Centro Sperimentale di Medicina psicosomatica Villa Sormani Uva, impiegando un metodo realizzato da suo padre il dott. Gaetano Uva negli anni '70, di che cosa si tratta?

VU - Il trattamento di dissuefazione da tabagismo consiste in una seduta d'ipnosi vigile, che attraverso un comando suggestivo, elimina l'automatismo mentale e la gestualità che porta il fumatore ad accendere una sigaretta dietro l'altra, risolvendo la dipendenza psicologica legata al gesto meccanico di fumare; quello che si vuole è riportare il pz. ad una situazione in cui la sigaretta perda bruscamente tutti quei valori imposti da anni di assuefazione e costume. A quel punto il pz. ritroverà la sensazione negativa che prova chi non sa fumare e sentirà il gusto e l'olfatto sgradevolmente colpiti dalla sua stessa sigaretta; a questo punto si arriva con un' ipnosi leggera, che sgombri completamente il subconscio dell'individuo. Viene inoltre illustrata al fumatore la problematica inerente l'astinenza da nicotina con relativi consigli specifici per superarla.

7 MCJ - È vero che ha adottato con successo la stessa metodologia nei confronti di lavoratori all'interno delle proprie aziende?

VU - Sì, è stata una esperienza altamente formativa e positiva con una elevata percentuale di successo svolta all'interno dell'azienda.

8 MCJ - Restando nell'ambito delle aziende, quali sono state le occasioni di 'contatto' con i medici competenti e quali i casi più interessanti trattati in sinergia con loro?

VU - All' interno delle Aziende come fuori dall'ambito lavorativo emerge nella collettività il disagio psichico che porta i medici competenti a consultare lo psichiatra per svariati motivi; sicuramente la depressione e l'abuso di sostanze sono le condizioni più comuni.

9 MCJ - A proposito dei casi di 'acrofobia' nei luoghi di lavoro, quali consigli pratici per i medici competenti che gestiscono il rischio 'lavoro in quota'?

VU - L' importante è chiedere una visita specialistica psichiatrica, permettendo di inquadrare meglio il disturbo che può essere dovuto a diversi fattori.

10 MCJ - Per concludere, quale bilancio possiamo formulare sulla 'salute mentale' della nostra società e perciò della popolazione al lavoro?

VU - Vorrei rispondere con una citazione di Tolstoj : "Possiamo vivere nel mondo una vita meravigliosa se sappiamo lavorare ed amare, lavorare per coloro che amiamo e amare ciò per cui lavoriamo".

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 2/2019

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

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

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

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

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

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

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Friuli Venezia Giulia
Segr: Piero Patanè

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
Segr. Rocco Lorenzo

Toscana
Segr: Andrea Bigotti

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

La quota associativa annuale di adesione ad ANMA per i Medici Competenti è di € 100,00. Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.
Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati.
Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Notizie, aggiornamenti e commenti, foto e filmati.

Seguici su

FACEBOOK TWITTER YOUTUBE

www.anma.it

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

Un'Europa da ricostruire

San Benedetto trovò il mondo sociale e materiale in rovina, e la sua missione fu di rimetterlo in sesto. Non con metodi scientifici, ma con mezzi naturali. Non accanendosi con la pretesa di farlo entro un tempo determinato o facendo uso di un rimedio straordinario o per mezzo di grandi gesta, ma in modo così calmo, paziente, graduale, che ben sovente si ignorò questo lavoro fino al momento in cui lo si trova finito. (…)
Uomini silenziosi si vedevano nella campagna o si scorgevano nella foresta scavando, sterrando e costruendo e altri uomini silenziosi, che non si vedevano, stavano seduti nel freddo del chiostro affaticando i loro occhi e concentrando la loro mente per copiare e ricopiare penosamente i manoscritti che avevano salvato. Nessuno di loro protestava su ciò che faceva. Ma poco per volta, i boschi paludosi divenivano eremitaggio, casa religiosa, masseria, abbazia, villaggio, seminario, scuola e infine città

(John Henry Newman, Historical Studies II)

CAMPAGNA ASSOCIATIVA 2019

CLICCA QUI PER INFORMAZIONI

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

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

Associazione Nazionale
MEDICI DíAZIENDA
E COMPETENTI
www.anma.it