

# medico competente



# JOURNAL

## in questo numero

- La collaborazione del Medico Competente alla valutazione dei rischi: risultati questionario ANMA

---

- Il giudizio di idoneità al lavoro dell'infortunato/tecnopatico avviato alle cure termali
- Il vaccino Herpes Zoster

---

- Il congedo di maternità

---

- Formazione ECM obbligatoria in tema di radioprotezione richiesta a tutti i medici

---

- Malattia mentale, disagio psichico. Resoconto del Convegno di Desio



Iscriviti o rinnova subito!

[CLICCA QUI - Campagna Associativa](#)



## SOMMARIO

4/2022

### 4 **Editoriale**

- di Franco Massironi

### 5 **In primo piano**

- La collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi: risultati questionario ANMA

### 8 **Contributi**

- Il giudizio di idoneità al lavoro dell'infortunato/tecnopatico avviato alle cure termali  
- Il vaccino Herpes Zoster

### 17 **Documentazione medica**

- Il congedo di maternità

### 18 **ANMA Informa**

- Formazione ECM obbligatoria in tema di radioprotezione richiesta a tutti i medici

### 20 **Eventi ANMA**

- Malattia mentale, disagio psichico. Resoconto del convegno di Desio

### 21 **Da leggere in poltrona**

Carissimi lettori,  
con il numero 4/2022 completiamo un altro anno del nostro apprezzato Journal.

**N**ell'articolo in primo piano viene evidenziata la questione riguardante la collaborazione del Medico Competente alla Valutazione dei Rischi. Grazie ai Colleghi che hanno risposto al questionario, pubblichiamo quindi i risultati frutto di un lavoro di equipe ANMA: i dati statistici che emergono sono molto interessanti e ci devono far riflettere su quanta strada ci sia ancora da fare per affermare il ruolo del Medico Competente come figura centrale e insostituibile nel processo di Valutazione del Rischio. Purtroppo sono ancora molti i Datori di lavoro e gli RSPP che spesso non richiedono la partecipazione alla valutazione del rischio (questa mancanza di coinvolgimento è stata rilevata dal 70% degli intervistati) ma, semplicemente pretendono che il Medico Competente controfirmi il documento di valutazione del rischio (DVR) lasciando al Medico Competente solo il compito di redigere il piano sanitario utilizzando il DVR.

Riportiamo, inoltre, due articoli inediti, interessanti e di attualità: uno sul giudizio di idoneità al lavoro dell'infortunato/tecnopatico avviato alle cure termali e uno sul Herpes Zoster e l'attuale possibilità di effettuare la vaccinazione contro questa malattia molto dolorosa e invalidante, che spesso colpisce i nostri lavoratori più anziani e gli immunodepressi.

Come di consueto, abbiamo messo in evidenza i più importanti articoli pubblicati nel nostro sito (non dimentichiamo anche la campagna associativa 2023 che consente di rinnovare o effettuare l'iscrizione ad ANMA per far parte dell'Associazione più rappresentativa dei Medici Competenti con vantaggi esclusivi per i Soci) e chiudiamo il Journal con l'invito ad una riflessione sull'Essere nella rubrica "Da leggere in poltrona".

Buona lettura

**Franco Massironi**  
*Medico Competente,  
Responsabile del Comitato di Redazione*

# La collaborazione del Medico Competente alla valutazione dei rischi: risultati questionario ANMA

La collaborazione del Medico Competente alla valutazione dei rischi aziendali è un tema di forte interesse, molto sentito e spesso controverso.

In particolare è sempre stato dibattuto il ruolo del Medico Competente all'interno del processo stesso di valutazione. Il decreto 81/08 pone l'accento sull'importanza del ruolo che il Medico Competente dovrebbe avere all'interno del processo di valutazione, ma aldilà di quanto scritto a livello legislativo, fattivamente cosa significa "collaborare" alla valutazione del rischio? L'impressione è che il quadro sia molto variabile nelle differenti realtà aziendali e territoriali. Per cercare di approfondire meglio il discorso ed avere un barometro della situazione tra i medici competenti, ANMA ha formulato un questionario proprio riguardante il ruolo del Medico Competente nelle aziende con particolare riferimento alla valutazione del rischio cui hanno risposto ben 200 medici competenti in tutta Italia. I risultati più salienti saranno di seguito esposti e commentati, partendo proprio dal significato stesso di collaborazione. Un primo dato che sicuramente emerge dal questionario è la mancata soddisfazione della maggior parte dei medici competenti riguardo la tipologia di "collaborazione" alla valutazione del rischio. A domanda specifica, solo

il 12,5% dei MC ha risposto di essere soddisfatto delle modalità di collaborazione con RSPP e datore di lavoro e meno del 20% ritiene che i DVR siano appropriati ed efficaci. Questo riflette la sensazione di non centralità e scarsa rilevanza che il Medico Competente spesso (se non sempre) sente riguardo il suo ruolo nella valutazione del rischio. Il Medico Competente, nella maggior parte dei casi, sente di non aver partecipato in maniera valida alla stesura del DVR né di aver avuto in qualche modo l'opportunità di far valere le proprie personali valutazioni. La maggior parte dei medici competenti quindi non sente il DVR come "proprio" e da questo sicuramente in parte ne deriva la scarsa soddisfazione. Dall'altra parte è chiaro che il medico sarebbe una risorsa importantissima nella definizione delle modalità di valutazione, delle tipologie di indagini, nella lettura dei risultati ed interpretazione degli stessi. Va da sé quindi che un DVR che by-passi la parte medica rischi di risultare carente e inappropriato nel descrivere le diverse realtà lavorative all'interno di un'azienda quantomeno da un punto di vista metodologico. A mettere ancora di più l'accento su questo rischio è il fatto che solo poco

più del 20% dei medici competenti che hanno risposto al questionario afferma l'esistenza di una procedura dedicata dall'azienda alla valutazione del rischio. Questo è probabilmente vero soprattutto nelle piccole e medie imprese che pur avendo dimensioni ridotte singolarmente, occupano complessivamente una buona parte della forza lavoro in Italia e in Europa. In queste realtà, spesso per problematiche di natura economica, una appropriata e completa valutazione del rischio non sembra essere prioritaria come dimostrato anche dalla letteratura. In uno studio italiano del 2009<sup>1</sup> condotto consultando i medici competenti di più di 600 piccole e medie imprese è emerso come i DVR siano spesso carenti nelle descrizioni delle attività lavorative e nelle misure dell'esposizione. Uno studio tedesco più recente (2016)<sup>2</sup> è sulla stessa linea d'onda e segnala come un grande numero di aziende (quasi il 50% del campione di ditte dello studio, soprattutto con meno di 50 dipendenti) non abbia neanche un documento di valutazione del rischio e un'altra buona quota ce l'abbia incompleto. Un dato interessante che emerge da questo studio è come la presenza del Medico del Lavoro aumenti la possibi-

lità che il DVR sia fatto bene. Quindi in una dimensione in cui la valutazione del rischio non sembra prioritaria e in cui spesso e volentieri le figure deputate alla sicurezza possono dedicarci solo poco tempo (spesso RSPP sono i datori di lavoro o lavoratori stessi) la differenza potrebbe e dovrebbe proprio farla il Medico Competente come figura più qualificata (spesso anche l'unica) nel campo della prevenzione e tutela della salute.

Il problema principale che emerge dalle risposte al questionario sembra però riguardare il processo di risk assessment. E' proprio nel processo di definizione del rischio che il Medico Competente si sente maggiormente emarginato. In questa specifica sessione del questionario i medici competenti hanno inequivocabilmente espresso un giudizio negativo riguardo il loro coinvolgimento nel processo di valutazione del rischio. Fortemente indicativa a mio modo di vedere è la risposta alla domanda riguardante il coinvolgimento del Medico Competente nel momento dell'introduzione di un nuovo processo produttivo o modalità organizzativa o sostanza utilizzata: solo un terzo circa dei colleghi segnala che il proprio parere viene richiesto sem-

pre o comunque spesso mentre in quasi il 30% dei casi il parere del medico è richiesto raramente o addirittura non lo è proprio. In quei casi in cui il Medico Competente è coinvolto, comunque raramente lo è dall'inizio del processo (meno di un quarto dei medici) e sempre altrettanto raramente riceve le schede di sicurezza dei prodotti in uso. Ancora più netto se vogliamo, e da un certo punto di vista indicativo, è il discorso riguardante lo scarso coinvolgimento del Medico Competente nelle parti "pratiche" della valutazione del rischio e cioè quelle "sul campo" come per esempio la misurazione vera e propria dell'entità del rischio, la scelta delle analisi da eseguire o anche solo la valutazione dei risultati delle indagini di igiene industriale eseguite. Più del 40% dei medici competenti ritengono di non essere coinvolti o comunque raramente coinvolti in queste attività, a fronte di meno di un quarto di colleghi che viene spesso o sempre chiamato in causa. Quanto detto sino ad ora porta quindi i medici competenti a considerare il loro ruolo superficiale nella maggioranza dei casi. Due terzi di quanti hanno risposto infatti ritiene il proprio ruolo nella valutazione del rischio di tipo marginale oppure addirittura semplicemente formale. Solamen-

te il 35% circa dei medici oggetto del questionario ritiene il proprio ruolo sostanziale. La situazione che emerge dalle risposte a questa parte del questionario riflette quindi una realtà già ampiamente nota nella quale in gran parte dei casi il Medico Competente riceve il DVR già redatto e solo ed esclusivamente per la firma obbligatoria per legge ma raramente viene contattato per averne un suo contributo. Su di chi sia la responsabilità di questa situazione naturalmente i medici competenti non ha dubbio alcuno: sono gli RSPP o i datori di lavoro che non li hanno coinvolti (100% dei casi), in nessun caso i medici ritengono di non aver dato la propria disponibilità (0%). Il quadro che emerge è quindi quello di un Medico Competente che solo in rari casi è coinvolto nella valutazione dei rischi aziendali e ancor meno frequentemente ne è coinvolto dall'inizio del processo, momento in cui si definiscono le modalità e gli strumenti. Un momento questo fondamentale in cui il Medico Competente dovrebbe e potrebbe invece far valere le sue conoscenze aiutando a scegliere le modalità e gli strumenti più adeguati per valutare in maniera coerente ed appropriata tutti i rischi lavorativi. All'interno di questo quadro non stupisce che nella

**Tabella 1 - Risposta dei MC ai principali quesiti del questionario ANMA: risk assessment**

QUESITO	RISPOSTA POSITIVA (sì / spesso)	RISPOSTA NEGATIVA (no / raramente/ talvolta)
Informazioni in occasione di modifiche (nuove sostanze o impianti o organizzazione era)	37%	63%
Richiesta di parere MC sulle modifiche	34,5%	65,5%
Ricezione schede di sicurezza	31%	69%
Coinvolgimento fin dall'inizio del processo	23%	77%
Coinvolgimento nel processo di misurazione dell'entità del rischio	26,5%	73,5
<b>QUESITO RIASSUNTIVO</b>	<b>RISPOSTA POSITIVA ruolo sostanziale</b>	<b>RISPOSTA NEGATIVA ruolo marginale / formale</b>
Valutazione del MC riguardo il suo ruolo nella valutazione del rischio	35,5%	64,5%

maggior parte dei casi non vengano definiti dal datore di lavoro nella lettera di incarico tempi e modalità della partecipazione del Medico Competente alla valutazione del rischio e men che meno un compenso economico per la stessa. E' chiaro che un Medico Competente che entri nella valutazione del rischio fin dal primo momento partecipandone in maniera attiva debba utilizzare importanti risorse in termini di impegno e tempo. Risorse queste ultime che secondo più del 70% dei medici che hanno risposto al questionario non vengono né stabilite come tempo né corrisposte economicamente.

Ma se da una parte i medici competenti si sentono svuotati della loro professionalità e del loro ruolo di responsabilità nella valutazione dei rischi lavorativi dell'azienda, dall'altra parte, in maniera se vogliamo paradossale, non si sentono comunque meno efficaci nella loro capacità di "gestire" i rischi all'interno dell'azienda (risk management). Per 2/3 dei medici competenti infatti il contenuto dei DVR è comunque sufficiente a quantificare l'esposizione ai rischi dei lavoratori e, conseguentemente, a definire un protocollo sanitario coerente. Sullo stesso piano, la quasi totalità dei colleghi ritiene di riuscire ad emettere

giudizi di idoneità calibrati sulle condizioni di rischio. Quindi il Medico Competente, pur non coinvolto nella valutazione del rischio e nella stesura del relativo documento, si sente comunque in grado di "maneggiare" i rischi lavorativi riuscendo a definire precisamente le mansioni o gruppi omogenei e a stendere un piano sanitario coerente. Un momento fondamentale in questo processo appare essere quello della riunione periodica e del sopralluogo dove il Medico Competente ha la reale possibilità di confrontarsi direttamente con le altre figure dell'organigramma della sicurezza, come indicato da 3/4 dei medici competenti che hanno risposto al questionario. Nel sopralluogo il Medico Competente può valutare direttamente l'appropriatezza di quanto valutato nel DVR vedendo la realtà e l'ambiente lavorativo con i propri occhi, mentre nella riunione periodica (che spesso avviene contestualmente) il medico potrà esprimere le proprie opinioni direttamente a datore di lavoro e RSPP che devono essere presenti.

L'impressione finale che lascia il questionario e le sue risposte è che ancora debba essere fatta molta strada per affermare il ruolo del Medico Competente come figura centrale e insostituibile

nel processo di valutazione del rischio. Ancora troppo spesso il medico è visto come superfluo se non addirittura come un ostacolo nel processo di valutazione del rischio. Ancora troppo spesso si identifica il Medico Competente solo ed esclusivamente come esecutore della sorveglianza sanitaria. La visione del Medico Competente come consulente globale e risorsa attiva fin dall'inizio nella valutazione del rischio ancora tarda ad affermarsi. Per questo è fondamentale l'impegno del Medico Competente per non arrendersi a questa visione, non demandare ad altre figure quella che deve essere un'importante prerogativa del nostro mestiere e ribaltare la percezione che i medici competenti hanno, agli occhi dei datori di lavoro e RSPP, di essere solo meri esecutori di visite mediche e non professionisti sanitari coinvolti nella gestione del rischio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mosconi G, Bartolucci GB, Apostoli P. Il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio. *G Ital Med Lav Erg* 2014; 36:2, 69-77.
2. Lenhardt U, Beck D. Prevalence and quality of workplace risk assessments - Findings from a representative company survey in Germany. *Safety Science* 86 (2016); 48-56.

**Tabella 2 - Risposta dei MC ai principali quesiti del questionario ANMA: risk assessment**

QUESITO	RISPOSTA POSITIVA (sì / spesso)	RISPOSTA NEGATIVA (no / raramente/ talvolta)
DVR sufficiente a quantificare esposizione ai rischi per mansione e definire protocollo sanitario	67%	63,3%
Capacità del MC di esprimere giudizi di idoneità coerenti alle condizioni di rischio sulla base del DVR	92%	8%
Definizione nella lettera di incarico di modalità e tempi per la valutazione dei rischi	14,2%	85,8%
QUESITO RIASSUNTIVO	RISPOSTA POSITIVA MC come professionista sanitario	RISPOSTA NEGATIVA MC come mero esecutore di visite
Percezione da parte del datore di lavoro e di SPP del ruolo del MC	57,4%	42,6%

Contributo presentato al Seminario INAIL

# Patologie professionali e cure termali: conoscenze attuali e nuovi orizzonti

Ischia, 30 giugno 2022

Le attuali domande di salute nei luoghi di lavoro configurano sempre più la dimensione di una medicina non più “di settore”, cioè non limitata ai potenziali danni derivanti da tradizionali esposizioni professionali, ma risentono della crescente osmosi di problematiche comuni, anche per un progressivo azzeramento della distanza figurativa tra ambiente di lavoro ed ambiente di vita.

## Premessa

Desidero esprimere innanzitutto un convinto apprezzamento per la validità di un’iniziativa da parte di INAIL su questo tema, che si misura paradossalmente proprio da una sostanziale assenza di rilevanti casistiche di collaborazione tra il mondo dell’impresa e le strutture territoriali dedicate alle cure ed ai trattamenti termali.

Anche un veloce sondaggio condotto personalmente tra i colleghi medici competenti (MC) in altre Regioni, anche con forte vocazione al termalismo, non ha condotto ad un contributo statistico sostanziale, limitandosi a casi

sporadici di lavoratori con dermopatie ovvero con problemi di natura ORL, che comunque avevano dato un buon riscontro, sia per addivenire ad un pieno recupero dell’idoneità lavorativa, sia per una maggiore tolleranza ad alcuni DPI (guanti, inserti auricolari, ecc.).

Pertanto i contenuti del presente contributo saranno forse non proprio coincidenti con il tema assegnato, ma sicuramente utili per una riflessione più generale sui temi della collaborazione tra aziende e territorio.

## Il contesto organizzativo e demografico

Da anni le indagini periodiche della

EU-OSHA sulla epidemiologia dei disturbi correlati al lavoro, nonché i dati INAIL sul riconoscimento delle malattie professionali riguardano proprio le malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (cioè patologie che possono sicuramente beneficiare del trattamento termale) come il problema di salute più comune legato al lavoro in Europa.

Traendo qualche numero dalla pubblicazione dei dati aggregati di sorveglianza sanitaria inviati dai MC all’INAIL (allegati 3B, anno 2018), in forza dell’art. 40 del D.lgs. 81/09, si apprende che vi sono circa 6 milioni di lavoratori sottoposti a sorveglianza per rischio ergonomico (movimentazione carichi o sovraccarico arti superiori) oltre a circa



2 milioni visitati per l'impegno posturale (vedi tabella 2). Di questa popolazione si calcola che circa il 10% (poco più di 800 mila) ha problematiche fisiche che impediscono di formulare un giudizio di idoneità alla mansione.

A questa già vasta potenziale platea si aggiunge un numero sicuramente significativo di lavoratori vittime di infortuni traumatici, che richiedono spesso periodi più o meno lunghi di riabilitazione neuromotoria prima di riprendere con sicurezza la propria attività. Un momento di possibile collegamento tra MC e strutture di riabilitazione - mediato magari proprio da INAIL - potrebbe essere la visita al rientro del lavoratore dopo i canonici 60 gg. di assenza, per la rivalutazione dell'idoneità. Sempre su questo tema un cenno va fatto anche alla particolare contingenza che abbiamo vissuto con la recente pandemia da SARS\_COV\_2, che ha determinato una vera esplosione del lavoro da remoto, che si suppone prevarrà negli scenari organizzativi futuri come una modalità di svolgimento del lavoro "smart" per quanto attiene i consumi e la sostenibilità ambientale, ma da attenzionare per le presumibili criticità legate all'eccessiva sedentarietà ed il problematico controllo dell'ergonomia del posto di lavoro.

Assistiamo peraltro da anni a mutamenti organizzativi nei quali nonostante la contrazione del settore secondario e specialmente dell'industria «pesante», l'aumento dei livelli di ausiliazione e automazione dei processi, nonché la crescita dell'integrazione nelle linee di produzione delle tecnologie informatiche stiano determinato la progressiva riduzione delle attività che implicano elevati livelli di stress fisico, *i Disturbi Muscolo Scheletrici continuano a rappresentare il problema di salute legato al lavoro più comune nell'UE.*

Non è inoltre superfluo ricordare in questa sede come sia profondamente modificato da qualche anno il contesto demografico nel quale si muove la nostra economia, con un innalzamento medio dell'età pensionabile che comporta lavoratori mediamente più anziani e maggior frequenza di lavoratori portatori di patologie cronico degenerative. Lo stesso miglioramento delle cure determina la presenza attiva di lavoratori «ammalati» sul posto di lavoro, tra i quali lavoratori che si sottopongono a terapie anche debilitanti (chemioterapiche, immunosoppressive), ovvero lavoratori con esiti di interventi chirurgici rilevanti (per neoplasie, protesizzazioni, trapianti).

D'altra parte il territorio offre una potenziale sponda anche con le strutture termali per mettere in pratica un fondamentale indirizzo della Commissione Europea negli ambienti di lavoro: «**L'invecchiamento attivo e in buona salute esercita un impatto positivo sul mercato del lavoro, sui tassi di occupazione e sui sistemi di protezione sociale...**» (Libro verde sull'invecchiamento demografico, Gennaio 2021).

### Le possibili sinergie

Gli operatori della prevenzione negli ambienti di lavoro - in primis i MC - sono quindi chiamati a rendersi attivi su vari fronti per abbracciare a tutto tondo una politica di Total Worker Health, che necessita una maggiore conoscenza del territorio e delle sue potenzialità in termini di diagnosi, cura e riabilitazione.

Oltretutto viviamo in un Paese ricco di sorgenti termali (secondo i dati del Rapporto Federterme 2011 le imprese italiane classificate come aziende termali sono 378 ed offrono, complessivamente, 27.867 posti letto), con una tradizione millenaria al riguardo ed

**Tabella 2 – Distribuzione per tipologia di rischio dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, dei visitati nel 2018 e dei giudizi di inidoneità e di idoneità parziali**

Descrizione rischio	Totale lavoratori soggetti a sorv. sanit.	Totale lavoratori visitati	Totale lavoratori con idoneità parziali	Totale lavoratori con inidoneità
Movimentazione manuale dei carichi	6.362.558	4.083.513	473.860	7.268
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	2.520.141	1.762.525	164.012	2.822
Agenti chimici	2.579.109	1.992.153	218.024	2.778
Amianto	21.990	17.755	2.292	19
Agenti biologici	2.581.665	1.690.173	173.317	3.288
Videoterminali	4.497.422	1.420.904	194.346	587
Vibrazioni corpo intero	1.045.898	832.972	83.806	1.493
Vibrazioni mano braccio	1.068.450	894.456	101.009	1.431
Rumore	2.707.460	2.225.978	433.876	2.848
Radiazioni ottiche artificiali	201.781	158.124	17.203	145
Radiazioni ultraviolette naturali	256.234	177.717	17.164	652
Microclima severo	1.137.538	883.006	85.736	2.023
Atmosfere iperbariche	3.726	3.024	200	15
Lavoro notturno > 80gg/anno	1.264.811	625.896	57.283	1.301
Altri rischi evidenziati da V.R.	4.030.076	2.807.579	297.829	5.262
Rischi Posturali	3.103.207	2.189.047	189.535	3.231
Agenti cancerogeni	130.922	104.115	13.411	130
Agenti mutageni	23.399	16.310	2.485	23
Campi Elettromagnetici	108.234	71.061	8.250	75
Infrasuoni/Ultrasuoni	3.712	2.743	101	2
Silice	30.122	23.494	4.109	67
<b>Totale complessivo</b>	<b>33.678.455</b>	<b>21.982.545</b>	<b>2.537.848</b>	<b>35.460</b>

una consolidata offerta di prestazioni convenzionate con il SSN.

La realtà vissuta da noi MC è invece quella di una scarsa consuetudine nelle aziende nel rapportarsi con le strutture termali territoriali ai fini della gestione clinica e/o medico-legale di lavoratori infortunati e/o tecnopatici. Si ricordano personalmente solo iniziative di welfare aziendale (datate anni '90...) volte a concedere giorni di ferie suppletive per i trattamenti termali autorizzati ai lavoratori dall'INPS.

Eppure dal punto di vista preventivo, quale valore aggiunto può derivare al sistema da un MC impegnato soltanto nell'attività di sorveglianza sanitaria?

Nella gerarchia delle obbligazioni in capo al MC la normativa (art 25) gli attribuisce innanzi tutto lo svolgimento di un insieme di ruoli collaborativi:

- b) *Reinserimento lavoratori disabili*
- c) *Iniziativa promozione della salute*

I punti b) e c) possono sicuramente rendersi più efficaci con le opportune sinergie da sviluppare con il territorio, ed in questo riteniamo essenziale il coinvolgimento di tutta la Medicina di prossimità (a partire dai Medici di Medicina Generale), che non si basi però sulla buona volontà e disponibilità dei singoli, ma che abbia una volta per tutte una regia dalle Istituzioni.

Sviluppare una Medicina "di settore" in ambito professionale oggi non ha più senso vista la crescente osmosi di problematiche di salute esistenti con l'ambiente di vita: sappiamo che per *l'attesa di vita in buona salute* è fondamentale la gestione di una serie di fattori di rischio spesso conseguenti a comportamenti e stili di vita non virtuosi, e questi fattori aumentano il rischio d'insorgenza delle

patologie croniche certamente *in misura maggiore dei rischi lavorativi*.

Dalla tabella a fondo pagina (fonte OMS) risulta che al sovrappeso, alla sedentarietà e all'iperglicemia, tre fattori di rischio correlabili al lavoro agile, è complessivamente attribuibile più del 20% del totale degli «anni di vita in buona salute persi» (DALY: Disability Adjusted Life Years)

Insomma il rapporto tra MC e salute collettiva si va a connotare ormai da anni con una deriva "sociale" che travalica i confini ormai sfumati degli ambienti di lavoro e rende ragione del suo "ruolo pubblicistico" ormai anche giurisprudenzialmente riconosciuto (con oneri oltre che onori...).

La recente crisi pandemica non ha fatto altro che rendere più evidente questo

ruolo - che è a mio avviso ad un punto di non ritorno - anche con precise prese di posizione del MinSal, tra le quali sottolineerei il contenuto della Circolare del 29/04/2020 (*Indicazioni operative relative alle attività del medico competente*). Qui si afferma che: "L'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro... ha, con maggiore valenza di sempre, un duplice obiettivo:

*Tutela salute e sicurezza del lavoratore*

#### **Tutela della collettività**

*Se il ruolo del medico competente risulta di primo piano nella tutela della salute e sicurezza sul lavoro nell'ordinarietà dello svolgimento delle attività lavorative, esso si amplifica nell'attuale momento di emergenza pandemica, periodo durante il quale egli va a confermare il proprio ruolo di "consulente globale" del datore di lavoro»*

## Conclusioni

I documenti istituzionali più attuali, con i quali i MC ritengono di confrontarsi nel breve periodo per le attività di prevenzione e tutela della salute "globale", sono il *EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2021-2027* ed il *Piano Nazionale della Prevenzione*

*2020-2025*, che si articola nei singoli *Piani Regionali della Prevenzione*.

In tali documenti si riafferma l'importanza di anticipare e gestire i cambiamenti nel nuovo mondo del lavoro determinati dalle transizioni verde, digitale e demografica; della necessità dell'approccio multidisciplinare, inter-settoriale e coordinato (*Health in all Policies*), che si propone il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso la *Promozione della Salute*. L'ambiente di lavoro - in particolare - viene definito come setting privilegiato per tali interventi in quanto:

- in esso facilmente è possibile raggiungere ampie fasce di popolazione adulta,
- i vari soggetti vi trascorrono gran parte del loro giorno e sono periodicamente controllati.
- prendono forma reti sociali naturali,
- il lavoratore è inserito in un assetto organizzativo e in una dinamica relazionale.

Tra le tematiche da sviluppare per una politica efficace di promozione della salute viene richiamata anche la necessità di facilitare l'accesso ai servizi delle ASL ed in genere del SSN in un'ottica inter-settoriale, che richiama proprio il tema

odierno di un lavoratore che deve essere indirizzato nelle buone pratiche di prevenzione o quanto meno di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute. Il mondo delle imprese deve impegnarsi in tal senso orientando le proprie risorse per una prevenzione che non riconosca più il limite del rischio propriamente professionale, mentre la sanità pubblica deve garantire supporto e collaborazione inserendo tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) tali prestazioni.

L'auspicio è quindi di disporsi tutti per una maggiore collaborazione e sinergia di sistema, magari in una rinnovata cornice organizzativa e normativa che esprima una *regia dedicata allo sviluppo di tali reti territoriali*, per non "abbandonare" il lavoratore (tecnopatico o meno) quando termina il suo orario lavorativo.

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

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di lavoro in Italia, sullo sfruttamento e sulla sicurezza dei luoghi di lavoro pubblici e privati - Senato della Repubblica XVIII legislatura  
Relazione intermedia sull'attività svolta - Seduta del 20 aprile 2022  
Atti parlamentari Doc. XXII-bis n. 9

EU-OSHA - Il mantenimento prolungato della postura in piedi statica al lavoro  
Effetti sulla salute e buone pratiche .

Il mantenimento prolungato della seduta statica al lavoro  
Effetti sulla salute e suggerimenti di buone pratiche

(<http://europa.eu>). 2021. © Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, 2021

Commissione Europea

Libro verde sull'invecchiamento demografico - Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni -

Bruxelles, 27.1.2021

<https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12722-Green-Paper-on-Ageing>

Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria.  
Piano Nazionale della Prevenzione 2020 - 2025

Regione Campania - Delibera n. 600 del 28/12/2021

Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

Allegato 2 - Quadro generale e struttura del PRP 2020-2025

<http://burc.regione.campania.it>

# L'Herpes Zoster è una patologia dolorosa e invalidante che colpisce principalmente soggetti immunodepressi e si manifesta nel 10-20% di coloro che hanno contratto la varicella in passato: inquadramento clinico ed efficacia del vaccino per prevenire l'insorgere dell'infezione virale.

*n.b.: i link riportano a dati aggiornati in tempo reale*

 I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele	<b>Guida al vaccino anti Herpes Zoster (HZ)</b>	Agosto 2022
--	---	-------------

## 1. Introduzione

L'**Herpes Zoster** (HZ), comunemente conosciuto anche come Fuoco di Sant'Antonio, è una patologia acuta a eziologia virale determinata dalla riattivazione del **Varicella Zoster Virus** (VZV), virus a DNA appartenente alla famiglia degli *Herpesviridae*. L'infezione primaria, conosciuta comunemente come varicella, è una delle più comuni malattie esantematiche che si manifestano durante l'infanzia e si associa all'induzione di una elevata immunità cellulo-mediata (CMI) specifica. Il virus, dopo la risoluzione clinica della patologia, risale lungo i nervi sensitivi e rimane quiescente nei gangli sensitivi delle radici dorsali del midollo spinale e/o dei nervi cranici, dove dà luogo all'infezione latente.

Nel 10-20%<sup>1</sup> di coloro che hanno contratto la varicella in passato, quando l'ospite si viene a trovare in una condizione di vulnerabilità (normalmente per il declino della CMI, la cui causa nella maggior parte dei casi risiede nell'immunosenescenza naturale), il VZV inizia a replicare e a diffondersi in senso antidromico fino alle terminazioni sensitive cutanee, dando luogo alle manifestazioni nervose e cutanee a distribuzione dermatomica che caratterizzano l'herpes zoster.

Riferimenti autorevoli:

- ISS ([link](#))
- CDC USA ([link](#))
- Dati sull'efficacia e sicurezza vaccinale: website EMA ([vaccino vivo attenuato](#) e [vaccino ricombinante](#))

## 2. Epidemiologia

L'incidenza dell'HZ è simile in tutto il mondo e non presenta andamento stagionale ed epidemico, ma **correla con l'età** della popolazione. Ogni anno vengono generalmente descritti nella letteratura internazionale 2-3 casi ogni 1.000 soggetti di età compresa tra 21 e 50 anni, 5 casi ogni 1.000 soggetti tra 51 e 60 anni e 6-7 casi ogni 1.000 soggetti tra 71 e 90 anni. Circa 1 individuo su 4 sviluppa HZ nel corso della vita<sup>2,3</sup> e due terzi dei casi si verificano in individui di età superiore a 50 anni. È quindi prevedibile nei prossimi anni un aumento della patologia visto l'invecchiamento della popolazione. In Italia, dove le persone di età superiore ai 50 anni sono più di 24 milioni, si stima che ogni anno si verifichino almeno 157.000 nuovi casi di zoster con un'incidenza di 6,3/1.000/anno<sup>1</sup>.

## 3. Manifestazioni cliniche e complicanze

HZ si manifesta inizialmente con **dolore** di intensità variabile e/o disestesie in sedi tipiche quali tronco e regione oculare. Dopo 2-3 giorni, nella medesima sede compare un'**eruzione cutanea** caratterizzata generalmente da gruppi di vescicole su una base eritematosa, che continua a formarsi senza superare la linea mediana. Le zone colpite risultano essere iperestesiche e il dolore può raggiungere intensità anche elevate. L'eruzione di regola evolve in 7-10 giorni verso la formazione di croste e in 2-4 settimane avviene la guarigione completa.



Classico HZ del tronco [link](#)



HZ del trigemino con manifestazioni cutanee [link](#)



HZ oftalmico (captazione di fluorescina) [link](#)

Altre forme di HZ, in sedi meno tipiche del distretto toraco-lombare, sono:

- **Herpes Zoster oftalmico:** interessamento del ganglio di Gasser, con dolore ed eruzione vescicolare intorno all'occhio e sulla fronte, nel territorio di distribuzione della branca oftalmica del V nervo cranico (trigemino). La malattia oculare può essere grave ed esitare in uveiti ricorrenti, che possono portare alla formazione di esiti cicatriziali e compromettere la funzione visiva.
- **Herpes Zoster oticus** (o genicolato o sindrome di Ramsay-Hunt): viene colpito il ganglio genicolato. Si verificano otalgia, paralisi facciale, e talvolta vertigini. Si ha un'eruzione vescicolare nel canale uditivo esterno e si può avere ageusia

La complicanza più frequente dell'HZ (incidenza del 10% in coloro che sono stati affetti da herpes zoster<sup>2</sup>) è la **nevralgia post-erpetica** (PHN). La PHN è una sindrome neuropatica caratterizzata da dolore lungo le terminazioni nervose cutanee che può manifestarsi come uno o più accessi dolorosi o parossistici, brucianti o lancinanti, a insorgenza spontanea, associati a parestesie, disestesie, allodinia\* e iperalgesia. La gestione della PHN è complessa e la cura non sempre efficace.

\* *dolore suscitato da uno stimolo che normalmente non è in grado di provocare una sensazione dolorosa*

Altre complicanze dell'HZ (CDC [link](#)) sono:

- sovrainfezioni batteriche (ad es. da stafilococco aureo o da streptococchi)
- paralisi dei nervi cranici o periferici
- coinvolgimento viscerale (ad es. meningoencefalite, polmonite, epatite e necrosi retinica acuta)

Sono disponibili per la cura dell'HZ diversi farmaci antivirali (acyclovir, valacyclovir e famciclovir, a prescrizione medica), in grado di ridurre durata e sintomi, soprattutto se assunti entro 72 ore dalla comparsa dell'eruzione cutanea.

#### 4. Categorie a rischio

L'insorgenza di HZ è nel 90% dei casi legata all'età **avanzata**<sup>2</sup>, mentre nella restante percentuale di casi è ascrivibile a condizioni particolari di comorbidità e immunocompromissione dovuta a differenti cause (vedi Cap. 5 Indicazioni).

#### 5. Indicazioni nazionali e regionali

Dal 2016 il vaccino vivo attenuato anti-herpes zoster è stato inserito nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (**PNPV** **2017-2019** [link](#)) per tutti i soggetti dai 65 anni di età e dai 50 anni di età per soggetti fragili.

Nel **PNPV 2023-2025** (revisione 30.12.2022 [NdR: questo paragrafo è stato modificato a gennaio 2023]) -in via di approvazione- sono riportate le seguenti indicazioni per il vaccino anti-zoster:

##### **Adulti di età ≥60 anni**

• *Vaccinazione anti Herpes Zoster: 1 dose o 2 dosi in base al vaccino utilizzato, a partire dal compimento di 65 anni. Le vaccinazioni per soggetti a rischio per condizioni patologiche e loro conviventi*

*Vaccinazione anti-zoster*

*La vaccinazione è raccomandata ai seguenti soggetti:*

- *Soggetti con diabete mellito*
- *Soggetti con patologia cardiovascolare previa valutazione del rischio*
- *Soggetti con BPCO e asma bronchiale*

*È raccomandata per le seguenti ulteriori seguenti condizioni, purché venga utilizzato il vaccino ricombinante adiuvato (RZV):*

- *Soggetti con immunodeficienza congenita/acquisita o destinati a terapia immunosoppressiva*
- *Soggetti con insufficienza renale cronica ed in dialisi*
- *Soggetti con recidive o con forme particolarmente gravi di Herpes Zoster*

*Si sottolinea che il vaccino a virus vivo attenuato (ZVL) è indicato dai soggetti di 50 e più anni, mentre quello adiuvante ricombinante a partire dai 18 di età.*

**Posologia:** ZVL singola dose. RZV due dosi (0, 2-6 mesi). Nei soggetti che sono o che potrebbero diventare immunodeficienti o immunodepressi a causa di malattia o terapia e che trarrebbero beneficio da una schedula accelerata, la seconda dose di RZV può essere somministrata da 1 a 2 mesi dopo la dose iniziale.

**Regione Lombardia** ([link](#)) offre gratuitamente il vaccino alle seguenti categorie di soggetti:

1. Cittadini di almeno 65 anni di età
2. Soggetti di età pari o superiore a 50 anni affetti da diabete mellito o BPCO o patologia cardiovascolare
3. Soggetti di età pari o superiore a 18 anni fragili per le seguenti patologie:
  - Diabete mellito complicato
  - Patologia cardiovascolare - classe NYHA  $\geq 3$
  - BPCO e asma severo (FEV1 60-80%)
  - Immunodeficienza congenita/acquisita o destinati a terapia immunosoppressiva
  - Forme particolarmente gravi di herpes zoster

Per le categorie 1 e 2 possono essere usati entrambi i vaccini, per la categoria 3 solo il vaccino ricombinante (N.B. negli Usa il vaccino vivo attenuato non è più disponibile "Zostavax is no longer available for use in the United States, as of November 18, 2020" [link](#)).

Non è raccomandata la somministrazione nelle donne in gravidanza (per mancanza di studi specifici).

In Regione Lombardia il vaccino è offerto gratuitamente alle categorie sopra elencate (vedi cap. 5). Nel territorio della propria ATS è possibile prenotare l'appuntamento presso il centro vaccinale della ASST di riferimento (ad es. per Milano: [link](#)).

L'Ospedale San Raffaele contribuisce alla vaccinazione con vaccino ricombinante adiuvato presso la U.O. di Malattie Infettive (San Raffaele Turro), Ambulatorio Pro-V.

Call Center Prenotazioni Tel. 02.2643.4180. Per informazioni [malattie.infettive@hsr.it](mailto:malattie.infettive@hsr.it).

## 6. Vaccini disponibili

Attualmente sono disponibili due vaccini, Shingrix® (GlaxoSmithKline) e Zostavax® (Merck), che hanno caratteristiche differenti, riassunte nella tabella sottostante<sup>3,4</sup>.

	SHINGRIX®		ZOSTAVAX®	
<b>Tipologia di vaccino</b>	Ricombinante adiuvato		Vivo attenuato	
<b>Indicazioni terapeutiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adulti di età pari o superiore a 50 anni</li> <li>• adulti di età pari o superiore a 18 anni ad aumentato rischio di HZ</li> </ul>		Adulti di età pari o superiore a 50 anni	
<b>Posologia</b>	Due dosi da 0.5 mL ciascuna, a 2 mesi di distanza		Singola dose da 0.65 mL	
<b>Modalità di somministrazione</b>	Somministrazione esclusivamente intramuscolare, preferenza deltoide		Somministrazione intramuscolare o sottocutanea	
<b>Efficacia<sup>5*</sup></b>	50-59 aa	96.6%	50-59 aa	NA
	60-69 aa	97.4%	60-69 aa	64%
	70-79 aa	90.0%	70-79 aa	41%
<b>Effetti collaterali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molto comuni: cefalea, sintomi gastrointestinali, mialgia, artralgia, reazione al sito di iniezione.</li> <li>• Non comuni: artralgia, linfadenopatia.</li> <li>• Rari: reazioni di ipersensibilità, orticaria, angioedema.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuni: cefalea, rash, artralgia, mialgia, reazione al sito di iniezione.</li> <li>• Non comuni: linfadenopatia (cervicale, ascellare), nausea.</li> <li>• Rari: varicella o herpes zoster post-vaccino, reazioni di ipersensibilità, orticaria nel sito di iniezione, retinite necrotizzante.</li> </ul>	

\* Il dato di efficacia è da intendersi come riduzione dell'incidenza di herpes zoster nel gruppo sottoposto a ciclo vaccinale rispetto al placebo, follow-up 3.8 anni. Per approfondimenti si rimanda al punto 5 dei riferimenti.

## 7. Interazione con altri vaccini

Attualmente i dati disponibili<sup>6</sup> dimostrano che è possibile la co-somministrazione del vaccino ricombinante adiuvato (Shingrix®) con i seguenti:

- Vaccino anti-SARS-Cov-2/COVID-19<sup>7</sup>
- Vaccino anti-influenzale (inattivato, non adiuvato)
- Vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico 23-valente (PPV23)
- Vaccino anti difterite, tetano, pertosse (componente acellulare dTpa ad antigene ridotto)

È inoltre possibile, per i soggetti già in precedenza vaccinati con il vaccino anti-herpes zoster vivo attenuato, iniziare il ciclo vaccinale con il vaccino ricombinante adiuvato.

## 8. Conclusioni

L'herpes zoster è una patologia dolorosa e invalidante, spesso associata a gravi complicanze (quali la nevralgia post erpetica), che colpisce principalmente soggetti anziani e/o immunocompromessi.

Oggi è possibile **prevenire** l'insorgenza di herpes zoster con la vaccinazione.

In Regione Lombardia il vaccino è offerto gratuitamente alle categorie sopra elencate (vedi cap. 5). Nel territorio della propria ATS è possibile prenotare l'appuntamento presso il centro vaccinale della ASST di riferimento (per Milano, ad es. [link](#)) oppure anche presso il nostro istituto (vedi cap. 5).

Sulla base dei dati forniti da diversi studi, il vaccino ricombinante adiuvato si è dimostrato efficace e con un elevato profilo di sicurezza, ed è pertanto raccomandata la sua somministrazione alle categorie di popolazione a rischio, compresi i soggetti immunocompromessi (in quanto non è "vivo attenuato" ed è adiuvato); inoltre la sua efficacia è duratura nel tempo.

## Riferimenti

- 1 La prevenzione vaccinale dell'herpes zoster in Italia. Sintesi delle evidenze scientifiche. *Riv Soc Ital Med Gen* 2014. [https://www.simg.it/Riviste/rivista\\_simg/2014/03\\_2014/5.pdf](https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2014/03_2014/5.pdf).
- 2 Bonezzi C, Demartini L, Magni A. La nevralgia post-erpetica. 2020; 27.
- 3 Zostavax. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zostavax>.
- 4 Shingrix. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/shingrix>.
- 5 Syed YY. Recombinant Zoster Vaccine (Shingrix®): A Review in Herpes Zoster. *Drugs and Aging* 2018; 35: 1031–40.
- 6 EMA. Shingrix - riassunto delle caratteristiche del prodotto. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/shingrix-epar-product-information\\_it.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/shingrix-epar-product-information_it.pdf).
- 7 Regione Lombardia - DG Welfare. Nota prot G1.2022.0017712 del 12/04/2022.

# Congedo di maternità

L'INPS ha pubblicato la Circolare n. 106 che indica le nuove modalità per la fruizione della flessibilità del congedo di maternità e per l'esercizio della facoltà di astenersi dal lavoro esclusivamente dopo l'evento del parto:

- viene meno l'obbligo di produrre all'INPS la documentazione sanitaria che attesti l'assenza di pregiudizio per la salute della gestante e del nascituro per continuare l'attività lavorativa nel corso dell'ottavo e del nono mese di gravidanza;
- permane, invece, l'obbligo di produrre tale documentazione sanitaria ai Datori di Lavoro e ai Committenti.

[CLICCA QUI - Testo integrale della Circolare](#)



# Formazione ECM obbligatoria in tema di radioprotezione richiesta a tutti i medici

È stata evidenziata da vari organi istituzionali, soprattutto dagli OMCeO Provinciali, l'obbligo di aggiornamento in tema di radioprotezione alla luce del D. Lgs. 101/2020. Questa ulteriore formazione diventa quindi requisito obbligatorio per "essere in regola" con la formazione continua; ha come tema la radioprotezione del paziente; è prevista per tutte le figure mediche nella misura (almeno) del 10% del fabbisogno individuale previsto per il triennio di riferimento attuale (01/01/2020 – 31/12/2022).

ANMA sta costituendo *partnership* formative con le Associazioni Scientifiche e Professionali di riferimento nell'area della Radioprotezione, accordi assolutamente necessari per l'erogazione di questa specifica formazione e per affrontare il tema con un taglio peculiare – e quindi utile – per il Medico Competente. I tempi per la concretizzazione delle *partnership* e la conseguente realizzazione di eventi ECM non sono immediati per cui invitiamo gli Associati di fruire delle opportunità offerte dagli Ordini provinciali dei Medici, inoltre segnalandovi [questo Corso erogato da FNOMCeO](#) come particolarmente utile e fruibile (FAD asincrona della durata di 8 ore per 8 Crediti ECM). Dal prossimo triennio invece immaginiamo di offrirvi eventi *ad hoc* alla stregua di quanto facciamo da venti anni.

Ricordiamo che, rispetto ai 150 Crediti ECM genericamente indicati come obiettivo formativo, è necessario visitare [il proprio "cassetto" Co.Ge.A.P.S.](#) per verificare il fabbisogno triennale individuale e quindi a quanti Crediti effettivamente corrisponde il vincolo del 10% sul tema della radioprotezione.

Alla luce del bonus *ex L. 77/2020* (riduzione di un terzo del fabbisogno per gli effetti della pandemia nell'anno 2020) *dovrebbero* essere necessari al massimo 10 Crediti per risultare a norma, il condizionale perché ciascuno ha un suo proprio obiettivo ECM per ottenere la certificazione della formazione continua.



# Piano Formativo 2023

Disponibile a breve  
il calendario  
dei corsi regionali

[CLICCA QUI - Piano Formativo 2023](#)

# Malattia mentale, disagio psichico. Resoconto dal Convegno di Desio

Il 24 novembre si è svolto presso l'Aula Magna dell'Ospedale di Desio (ASST Brianza), ospiti del Prof. Paolo Mascagni, il convegno dal titolo "Malattia mentale, disagio psichico e lavoro: criticità e suggerimenti metodologici per una buona pratica del medico competente", promosso dalle Sezioni territoriali Lombarde di ANMA e SIML.

Il convegno ha offerto un inquadramento generale di molti aspetti relativi a queste problematiche con una lezione magistrale della Prof.ssa Cristina Colombo (Istituto Scientifico Universitario Ospedale San Raffaele - Milano) a cui sono seguiti interventi sulle modalità per il riconoscimento dell'invalidità e per l'avviamento a lavoro protetto, la presentazione della BEP di ANMA, le esperienze di Regione Lombardia nella presa in carico del Lavoratore.

La seconda parte del pomeriggio di lavori, introdotta dalla presentazione di casi da parte di MC associati ad ANMA, è stata di discussione e dialogo per trovare modalità concrete per i MC per interloquire con il Collega psichiatra di riferimento / con le Strutture di cura (centri di salute mentale), con i Servizi di accompagnamento al lavoro per i disabili e con UOML e PSAL.

Grande partecipazione all'evento: circa 100 Medici presenti, e tra questi molti giovani Specializzandi in Medicina del Lavoro delle Università di Milano, Brescia e Varese. Non è possibile qui riportare tutti i contenuti

ma vogliamo offrire 3 spunti emersi:

- la malattia mentale è molto variegata, il malato mentale abitualmente trova giovamento dal lavoro ma è necessario che siano effettuate le corrette valutazioni per inserimento e mantenimento al posto di lavoro utilizzando al meglio anche i supporti sociali;
- la valutazione della compatibilità al lavoro (validità, capacità, idoneità, rischio per terzi) del Lavoratore con malattia mentale è complessa, non può essere in capo ad una sola figura (al MC in particolare) ma richiede il coinvolgimento di più funzioni sia interne che esterne alla realtà aziendale;
- questo lavoro di *équipe* multidisciplinare spesso non viene attuato, parimenti restano non attivati i percorsi di inserimento pur previsti dalle norme; nonostante l'assenza di questi supporti il MC, come dimostrato dai casi presentati ai aula – così ha sottolineato in chiusura la Prof.ssa Angela Pesatori (Presidente SIML lombarda) -, sa giocare in prima persona per valutare e favorire le possibilità di un'attività lavorativa proficua sia dal punto di vista professionale che di miglioramento clinico per questi Lavoratori fragili.

Con le autorità sanitarie presenti è stata condivisa la necessità di dare un maggiore impulso allo sviluppo di una sinergia forte fra territorio e Istituzioni, condizione necessaria e quanto mai urgente per poter offrire risposte concrete ai soggetti interessati da questa delicata problematica.

*Nell'ombra dei secoli si è ormai dileguata  
quella notte in cui, stanca di male e affanno,  
la terra posò nelle braccia del cielo, e nel silenzio  
nacque Dio-è-con-noi.*

*Molte cose oggi non sono, che erano possibili ieri:  
i re più non scrutano i cieli,  
e i pastori non ascoltano nel deserto  
come gli angeli parlino del Signore*

*Ma ciò che di eterno in quella notte fu rivelato  
non può essere ormai più corrotto dal tempo;  
e il Verbo nato in quell'èvo remoto, sotto a una greppia,  
ti rinasce nuovo nell'anima.*

*Si – Dio è con noi: ma non già sotto l'azzurro padiglione,  
non al di là dei confini dei mondi innumerevoli,  
non nel perfido fuoco, e non nel fiato delle tempeste,  
non chiuso nella sopita memoria dei secoli.*

*È qui Egli, adesso; e tra l'effimera vanità,  
nel torrente torbido delle ansie della vita, tu possiedi  
un segreto onnigioioso: impotente è il male,  
e eterni noi siamo: Dio è con noi*

*(Vladimir Solovèv)*

## MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 4/2022

### PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Sede legale: Via Melchiorre Gioia n. 82, 20125 - Milano (MI)

Sede operativa: P.zza Alessandro Manzoni n. 2 20014 - Nerviano (MI)

Tel. +39 0331 1521840 - Fax +39 0331 1521841

 e-mail: [segreteria@anma.it](mailto:segreteria@anma.it)  web: [www.anma.it](http://www.anma.it)

 [facebook.com/anmamedici](https://facebook.com/anmamedici)

 [twitter.com/anmamedici](https://twitter.com/anmamedici)

 [instagram.com/anma\\_medici](https://instagram.com/anma_medici)

 [youtube.com anma - medici del lavoro e competenti](https://youtube.com/anma-medici-del-lavoro-e-competenti)

Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

**DIRETTORE RESPONSABILE:** Eugenio Andreatta

**RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE:** Franco Massironi

**COMITATO DI REDAZIONE:** Giuseppe Briatico

Vangosa, Gino Barral, Danilo Bontadi, Umberto

Candura, Azelio De Santa, Daniele Ditaranto, Pier

Agostino Gioffré, Pietro Antonio Patanè, Marco Saettone

**MARKETING E COMUNICAZIONE:** Serena Trinccanato



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 9001:2015

certificato Certiquality n.7344

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

**PRESIDENTE:** Pietro Antonio Patanè

**VICE PRESIDENTE:** Alessandra Vivaldi

**SEGRETARIO NAZIONALE:** Pier Agostino Gioffré

**CONSIGLIERI:** Danilo Bontadi, Gilberto Marcello Boschioli, Rino Donghi, Franco Massironi, Lorenzo Palamà, Massimo Sabbatucci, Salvatore Talierno, Viglienghi Francesco

**COLLEGIO DEI PROBIVIRI:** Eugenio Maria Capodicasa, Antonino Iacino, Andrea Giuliano Verga

**COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:** Paolo Sanchioli, Giuseppe Sozzi, Giuseppe Striuli

### SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

#### Abruzzo

Segr. Alessandro Stillone

#### Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

#### Emilia Romagna

Segr. Corrado Bellet  
in attesa di insediamento

#### Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

#### Liguria

Segr. Carlo Valchi

#### Lombardia

Segr. Maria Assunta Morfea  
in attesa di insediamento

#### Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

#### Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

#### Puglia e Lucania

Segr. Eric Alexander Tantimonaco

#### Toscana

Segr. Bellucci Luigi Pietro

#### Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

#### Umbria

Segr. Anselmo Farabi

#### Veneto

Segr. Giovanna Contin

Dal 2022, la quota associativa annuale di adesione ad ANMA per i Medici Competenti è di € 120,00. 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](http://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](http://www.anma.it))
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano  
Codice IBAN: IT55 056 9601 6000 0001 4539 X22



# Rimani in contatto con ANMA

Seguici sui nostri canali social e scopri ogni giorno nuovi contenuti



FACEBOOK



TWITTER



INSTAGRAM



YOUTUBE

Iscriviti alla newsletter per ricevere informazioni e notizie aggiornate!

[www.anma.it](http://www.anma.it)



# Le Convenzioni ANMA al servizio dei soci



[CLICCA QUI - Scopri tutti i vantaggi](#)



Associazione Nazionale  
MEDICI D'AZIENDA  
E COMPETENTI

[www.anma.it](http://www.anma.it)