

# medico competente



# JOURNAL

## in questo numero

- Una riforma di sistema e un nuovo paradigma per gli accertamenti sanitari sui lavoratori
- Circolare aggiornamento Misure di Prevenzione Anticovid-19
- Il lavoro al videoterminale
- Il Piano Formativo 2023
- Intervista al Presidente ANMA a Radio24

# I vaccini

sono una componente chiave dell'assistenza sanitaria primaria e sono fondamentali per la prevenzione e il controllo delle epidemie di malattie infettive.

## Referenze

[https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)



**VIATRIS**



## SOMMARIO

3/2023

### 4 **In primo piano**

- Una riforma di sistema e un nuovo paradigma per gli accertamenti sanitari sui lavoratori

### 13 **Dalle Istituzioni**

- Circolare aggiornamento Misure di Prevenzione Anticovid-19

### 14 **Contributi**

- Il lavoro al videoterminale

### 25 **Piano Formativo 2023**

### 26 **ANMA comunica**

- Intervista del Presidente ANMA a Radio24

### 29 **Da leggere in poltrona**



Già dalla **prima lettura** del D.L. 48/2023 ci eravamo resi conto delle novità importanti per il Medico Competente ed in generale per il sistema di prevenzione nelle 'piccole' modifiche al D.Lgs. 81/08. Le successive interpretazioni, gli interventi che sui siti si sono rincorsi a sottolineare e ad auspicare ulteriori modifiche, non ci hanno distolto dal riconoscere che proprio nel "nuovo" art. 18, comma 1, lett. a) del Decreto 81 si introduceva la novità di maggior portata: incompleta per alcuni, inefficace per altri, temuta per molti.

Il nostro giudizio sulla modifica dell'art.18 è invece positivo e si configura come un cambio di passo profondo per la sorveglianza sanitaria e quindi per il MC.

Abbiamo chiesto all'Avvocato Giovanni Scudier di intervenire su questi aspetti, su cui a lungo abbiamo discusso anche in occasione del **36° Congresso ANMA di Lecce**. Ci ha inviato questo articolo a nostro avviso di ampio respiro culturale e giuridico; lo condividiamo con i Medici Competenti per incrementare la consapevolezza del nostro compito e del nostro valore.

Pietro Antonio Patanè - Presidente ANMA

## LA NUOVA SORVEGLIANZA SANITARIA DOPO LA LEGGE N. 85/2023:

# Una riforma di sistema e un nuovo paradigma per gli accertamenti sanitari sui lavoratori

25 luglio 2023 - Giovanni Scudier, Avvocato, Studio Legale C&S Casella e Scudier – Padova

La Legge n. 85/2023 ha convertito in legge il D.L. n. 48/2023, confermando le modifiche del D.Lgs. n. 81/08 che riguardano il Medico Competente e la sorveglianza sanitaria. La riforma comporta un cambio di approccio alla valutazione dei rischi, con un impatto profondo sul sistema del Decreto 81/08 e una nuova prospettiva verso gli accertamenti sanitari sui lavoratori, che supera il divieto dell'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori.

### La conversione in legge conferma la "nuova" sorveglianza sanitaria

La Legge 3.7.2023 n. 85 ha convertito il D.L. n. 48/23, il cosiddetto Decreto Lavoro.

E' stato convertito in legge anche l'art.

14 del D.L., che aveva introdotto modifiche agli articoli 18, 21, 25, 37, 71, 72, 73 e 87 del D.Lgs. n. 81/08; queste modifiche sono state sostanzialmente confermate in sede di conversione, salvi soltanto pochi ritocchi su alcuni articoli e l'aggiunta di una modifica all'art. 98 sui requisiti del Coordinatore per la Sicurezza nei cantieri.

Tra gli interventi del Decreto Legge che

la conversione ha lasciato immutati, è compreso quello a nostro avviso più significativo, e cioè l'ampliamento della sorveglianza sanitaria di cui al "nuovo" art. 18, comma 1, lett. a) del Decreto 81.

Quali sono i punti salienti della modifica normativa?

Rinviando anche ai contenuti di un nostro precedente commento al D.L. 48<sup>1</sup>, che rimane attuale essendo rimasta



prevention

uguale la norma dopo la conversione, i contenuti della nuova norma si possono riassumere nei punti che seguono.

a) La norma modificata è l'art. 18 del Decreto 81/08, che contiene gli obblighi del datore di lavoro e dei dirigenti, ma il vero oggetto della riforma è la disciplina della sorveglianza sanitaria.

b) Si ampliano i casi nei quali vige l'obbligo di nomina del MC per il datore di lavoro, il quale vi deve provvedere "nei casi previsti dal presente decreto legislativo e qualora richiesto dalla valutazione dei rischi di cui all'articolo 28"; il MC a ciò appositamente nominato deve eseguire la sorveglianza sanitaria quando la valutazione dei rischi lo richiede. Oggetto principale della modifica normativa è dunque l'allargamento dell'ambito di applicazione della sorveglianza sanitaria: essa va effettuata non più soltanto nei casi in cui la legge la prevede espressamente, ma anche in relazione a tutti i rischi (i) che la valutazione dei rischi accerta come presenti nel luogo di lavoro, e (ii) per i quali la tutela dei lavoratori esposti a quei rischi richiede una sorveglianza sanitaria.

c) Il legislatore allarga la sorveglianza sanitaria, e quindi la tutela dei lavoratori, non già aggiungendo nuovi "casi previsti dalla legge" secondo la previ-

gente impostazione, bensì collegando in maniera esplicita e definitiva la sorveglianza sanitaria alla valutazione dei rischi.

d) La riforma coinvolge anche le organizzazioni dove il MC è già stato nominato, il quale ora può, e allo stesso tempo deve, effettuare la sorveglianza sanitaria (non solo per i rischi normati, ma anche) per i rischi emersi in sede di valutazione dei rischi.

e) Per le organizzazioni in cui non è presente un MC, la norma anche dopo la conversione lascia irrisolto il tema delle modalità di effettuazione di questa nuova valutazione dei rischi, che è finalizzata ai profili sanitari, ma viene eseguita senza la collaborazione di un MC.

Questo è il quadro di sintesi delle novità, destinate ad avere un forte impatto pratico in termini di ampliamento dell'ambito della sorveglianza sanitaria; peraltro questa modifica ha un significato rilevante anche in termini complessivi di sistema, perché tocca nel profondo il tema della valutazione dei rischi, del suo rapporto con la sorveglianza sanitaria, del ruolo del MC nel contesto aziendale.

Occorre dunque soffermarsi su questi aspetti per valutare, assieme alle impli-

cazioni pratiche, il significato che la riforma può assumere nella evoluzione complessiva del sistema disegnato dal Decreto 81 nonché nella disciplina degli accertamenti sanitari sui lavoratori.

### Il superamento della contrapposizione "rischi normati/rischi non normati".

Il legislatore ha scelto di superare il criterio della sorveglianza basata su un elenco chiuso di casi, valorizzando invece i risultati della valutazione dei rischi.

Il primo effetto di questa scelta è che essa pone fine alla distinzione tra "rischi normati" e "rischi non normati" e alla discussione sulla assoggettabilità alla sorveglianza sanitaria di questi ultimi.

Come noto, negli ultimi anni si è sviluppato un dibattito interpretativo tra la tesi che riteneva che la sorveglianza sanitaria dovesse limitarsi ai soli "rischi normati", cioè i soli rischi elencati dal legislatore, e la tesi secondo cui poteva (doveva?) invece estendersi anche ai "rischi non normati", quelli che vengono evidenziati dalla valutazione dei rischi e presentano caratteristiche tali da

rendere necessaria una sorveglianza sanitaria anche nel silenzio del legislatore.

La prima tesi escludeva la sorveglianza sanitaria dei rischi non normati in forza di una lettura rigorosa e restrittiva dell'art. 41 comma primo lettera a), accompagnata dal richiamo all'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori; la seconda tesi la ammetteva in base ad una lettura coordinata del Decreto 81 e alcuni dati testuali espliciti.

Il dibattito aveva coinvolto innanzitutto gli stessi organi istituzionali.

Nel senso della ammissibilità, alcuni anni orsono INL, nella sua circolare 12 ottobre 2017, prot. 3<sup>2</sup> affermava che *“la sorveglianza sanitaria dei lavoratori, così come declinata dall'art. 41 del D.Lgs n. 81/2008, diviene un obbligo nel momento in cui la valutazione dei rischi evidenzia la necessità di sottoporre il lavoratore a sorveglianza sanitaria”*; argomentava che *“tale obbligo non è però esplicitamente individuato da un'unica disposizione normativa ma, almeno nel Titolo I del D.Lgs. 81/2008, vi sono almeno tre fattispecie cui ricondurre i comportamenti omissivi dell'obbligo in esame, fattispecie dotate ognuna di una diversa previsione sanzionatoria”*; tra queste fattispecie citava l'art. 18 comma 1 lettera c), *“nei casi in cui si debba valutare lo stato di salute del lavoratore, al fine dell'affidamento dei compiti specifici, che non dipendono dai rischi presenti nell'ambiente di lavoro, ma dalla capacità del lavoratore stesso di svolgerli (es. lavori in quota, lavori in sotterraneo o in ambienti chiusi in genere, lavori subacquei, ecc.)”*.<sup>4</sup> In sostanza, muovendo dalla prospettiva della sanzione, INL affermava che la sorveglianza sanitaria dei rischi non normati risponde ad un obbligo del datore di lavoro, e che come tale essa è considerata dall'art. 18 lettera c), con conseguente disciplina sanzionatoria.

In senso negativo si pronunciava invece con l'Interpello n. 2/2022 la Commissione per gli interpellati in materia di salute e sicurezza sul lavoro, rispondendo a specifico quesito sul punto<sup>3</sup>: dopo una elencazione delle norme di riferimento – articoli 2, 18 comma 1 lettera a), 18 comma 1 lettera c), articolo 20 comma 2 lettera i), 25, 28, 41 comma 1 e 2 - concludeva che *“allo stato, in considerazione della complessa e articolata normativa vigente, cui fa peraltro riferimento l'articolo 41, comma 1, lettera a)*

*del decreto legislativo n. 81/2008, la sorveglianza sanitaria debba essere ricondotta nell'alveo del suddetto articolo 41”*. Non diversamente, l'Interpello n. 2/2023, a fronte di un quesito invero non altrettanto specifico<sup>4</sup>, rispondeva che *“la Commissione ritiene che, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lett. a)...la nomina del medico competente sia obbligatoria per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dall'art. 41...e che, pertanto, il medico competente collabori, se nominato, alla valutazione dei rischi di cui all'art. 17”*.

E' significativo, negli Interpelli, il richiamo formale al testo dell'art. 41 del Decreto 81, perché la lettera di questa norma ha sempre costituito il principale baluardo della interpretazione restrittiva, unitamente al divieto di visite mediche sui lavoratori da parte del datore di lavoro sancito dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori, considerato come una sorta di principio di chiusura del sistema.<sup>5</sup>

Vero è però che nel Decreto 81/08 non mancavano le norme per addivenire ad una conclusione diversa: innanzitutto le norme, quali gli art. 25 e 28, che legano strettamente il MC alla valutazione dei rischi; ancora, il già ricordato art. 18 comma 1 lettera c) con l'obbligo incondizionato di tutelare i lavoratori tenendo conto *“delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e sicurezza”*. Vi erano poi alcuni dati testuali ancora più espliciti nel prevedere la sorveglianza sanitaria anche per i rischi non elencati dal legislatore: in particolare l'Allegato 3B, che richiede al MC di fornire informazioni sui dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, menziona anche rischi non normati (microclima severo, infrasuoni, ultrasuoni) nonché, esplicitamente, *“altri rischi evidenziati dalla valutazione dei rischi”*.

L'esigenza di sorveglianza dei rischi non normati è stata evidenziata anche in diversi documenti delle società scientifiche (ANMA, Manuale del Medico Competente) e degli organismi associativi interdisciplinari (CIIP, Primo Documento di Consenso sulla Sorveglianza Sanitaria, 2020).

Peraltro, mentre si dibatteva se fosse lecito o meno visitare un lavoratore esposto ad un rischio non normato, la giurisprudenza penale non ha mai mostrato alcuna incertezza nel ritenere quella visita uno strumento di tutela dei lavo-

ratori e nel sanzionarne la omissione, indipendentemente dal tipo di rischio, assumendone quindi implicitamente la piena liceità e anzi la doverosità.

In punto di responsabilità per morte o lesione del lavoratore, infatti, più sentenze hanno ritenuto penalmente rilevante la omessa sorveglianza sanitaria anche in caso di rischi non normati; anzi il tema della distinzione tra rischi normati e rischi non normati non risulta neppure mai sviluppato in tale contesto. Così, è stato ritenuto responsabile di omicidio colposo il datore di lavoro che non aveva sottoposto a visita medica un lavoratore morto per un colpo di calore mentre raccoglieva angurie nelle ore centrali di un giorno in cui vi era una temperatura esterna molto elevata ed un alto tasso di umidità<sup>6</sup>; ancora, per un infortunio mortale occorso ad un lavoratore diabetico, intento ad effettuare una lavorazione in quota, che precipitava dalla scala sulla quale era salito in conseguenza dell'urto proveniente da un camion deputato allo scarico di materiale nell'area cantiere, il datore di lavoro veniva sì condannato per non aver verificato la sicurezza dell'area di cantiere, ma veniva individuato come profilo di colpa anche la *“violazione della prescrizione del medico competente che vietava al dipendente di effettuare lavori in quota”*: conclusione di per sé incompatibile con la tesi che vieta la sorveglianza, giacché in questo caso, trattandosi di rischio non normato, una sorveglianza sanitaria non avrebbe dovuto neppure esistere, né una prescrizione del MC.

La scelta del D.L. 48 e della legge di conversione 85/2023, dunque, non rappresenta una *“novità”* per l'ordinamento, se per novità intendiamo l'introduzione di qualcosa che non esisteva; ma è certamente una novità, anzi una grande novità, avere tradotto in norma di diritto positivo quella che fino ad ora era una conclusione possibile, già di fatto applicata in più contesti, ma non univoca.

D'ora in poi non potranno più esserci dubbi di sorta sulla liceità (ma anche sulla doverosità) della sorveglianza sanitaria sui rischi non elencati dal legislatore, e quindi sulla liceità della condotta del datore di lavoro e del MC che la effettuano (ma anche sulla responsabilità omissiva se non la effettuano).

La questione diventa, quali sono questi rischi, come individuarli, chi deve farlo.

## La nuova distinzione tra “rischi nominati” e “rischi valutati” e l’esigenza di un nuovo approccio alla valutazione dei rischi

Come detto in una precedente nota, non avremo più la contrapposizione “rischi normati/rischi non normati”; abbiamo invece la distinzione tra “rischi nominati” e “rischi valutati”: i primi sono quelli espressamente elencati dal legislatore, i secondi sono quelli che emergono dalla valutazione dei rischi. Di fatto, tutti i rischi, per i quali la sorveglianza sanitaria vale a tutelare il lavoratore, devono ricevere sorveglianza sanitaria; siano essi nella legge o meno. Per certi versi, la vecchia normativa era meno problematica, almeno per quanti volevano aderire alla tesi più restrittiva: poiché a guidare la sorveglianza sanitaria era solo il legislatore, eventuali rischi pur valutati come esistenti e rilevanti potevano essere ignorati ai fini della sorveglianza, con la motivazione che il legislatore vietava di sorvegliarli. Solo quanti aderivano alla tesi più estensiva si ponevano il problema di come valutare questi rischi, e quale disciplina di sorveglianza adottare.

Ora la regola generale, valida per tutti, è che a “guidare” la sorveglianza sanitaria non è più il legislatore (o meglio, non è più solo il legislatore), ma è la valutazione dei rischi di ogni singola organizzazione: e ciò cambia completamente la prospettiva, per il datore di lavoro che effettua la valutazione del rischio.

Innanzitutto, diventa un obbligo *cercare* i rischi non nominati: se un rischio esiste ma non viene individuato, la mancata sorveglianza sanitaria che ne deriva non può più trovare giustificazione nella mancata previsione da parte del legislatore, e integra invece una omissione.

Dopodiché, individuati i rischi non nominati, occorre *valutarli nella prospettiva della sorveglianza sanitaria*: una volta accertato che un certo rischio esiste, non si tratta più soltanto di individuare le misure di prevenzione, ma occorre anche decidere se esso richiede o no una sorveglianza sanitaria (in ragione del grado di esposizione, delle condizioni personali del lavoratore, e così via).

Un punto, a questo riguardo, è importante sottolineare: un rischio non nominato, che venga individuato come esistente, non necessariamente va fatto oggetto di sorveglianza sanitaria; potrebbe essere che le condizioni non lo richiedano.

Se volessimo tradurre questa situazione attraverso la rappresentazione del rapporto tra il DVR e il Protocollo Sanitario, sicuramente il legame tra i due documenti si rafforza, ed a questo legame occorrerà dedicare massima attenzione; però la riforma non li rende necessariamente identici e sovrapponibili: certamente un rischio contemplato nel Protocollo non può non esserci nel DVR, ma è altrettanto vero che un rischio potrebbe essere contemplato e gestito nel DVR ma non essere presente nel Protocollo Sanitario, se si ritiene che non richieda sorveglianza. Questo apre un ulteriore fronte che meriterà approfondimento futuro, che riguarda le modalità di redazione dei due documenti, posto che ragionevolmente sarà opportuno, se non addirittura necessario, esplicitare le motivazioni delle scelte compiute ai fini della sorveglianza sanitaria.

## La valutazione dei rischi “non nominati” nelle organizzazioni prive di MC

La riforma avrà un impatto diverso sulle organizzazioni già dotate di MC e su quelle che ne sono prive.

Le organizzazioni in cui un MC è già presente apparentemente non sono interessate dalla riforma, posto che la lettera a) dell’art. 18 disciplina una fase che esse hanno già superato e cioè la nomina del MC; ma in realtà, come già si è avuto modo di osservare in sede di primo commento, anche qui l’effetto è grande, e consiste nell’obbligo – non più oggetto di dubbio - di sottoporre a sorveglianza sanitaria tutti i rischi valutati che lo richiedono, e non soltanto i rischi nominati dal legislatore; l’effetto anzi è ancora più grande se si considera cosa questo significa in termini di assetto generale del sistema di sicurezza aziendale e il salto di qualità che ne deriva in termini di collaborazione del MC alla valutazione dei rischi.

Per le organizzazioni in cui il MC non è

stato nominato (cioè quelle senza rischi normati, nelle quali finora la valutazione dei rischi non ha evidenziato l’esistenza di nessuno dei rischi per i quali la legge espressamente chiede la sorveglianza sanitaria), vale naturalmente altrettanto il principio della estensione ai rischi non normati; qui però la riforma pone anche un altro ed assai rilevante problema, che è insieme di natura concettuale ed organizzativa.

Il nuovo art. 18 mette in capo a queste organizzazioni, in pratica, due obblighi: un primo obbligo, valutare tutti i rischi in una prospettiva nuova e cioè per cercare se vi siano rischi, pur non nominati dal legislatore, che richiedono sorveglianza sanitaria; un secondo obbligo, in caso di esito positivo della ricerca, di nominare il MC per effettuare su questi rischi la sorveglianza sanitaria.

Il primo obbligo è, con tutta evidenza, la sfida più immediata per queste organizzazioni; è una sfida complessa, perché richiede di rivedere la valutazione dei rischi già compiuta, ponendosi in una prospettiva nuova che non è più soltanto “prevenzionale” in senso stretto; ma è anche la sfida allo stato più difficile da gestire, per la incompiutezza della riforma sul punto.

Praticamente tutti i commentatori hanno evidenziato l’anomalia di una norma che da un lato impone di nominare il MC quando questa necessità deriva dalla valutazione dei rischi, e quindi sostanzialmente richiede una valutazione dei rischi eseguita nella prospettiva della materia sanitaria; però dall’altro lato la stessa norma richiede che questa valutazione dei profili sanitari venga eseguita da una organizzazione (da un datore di lavoro) priva di un soggetto avente la professionalità e le conoscenze necessarie per farlo, quale è appunto il MC.

Chi collabora con il datore di lavoro per valutare i rischi e decidere se richiedono sorveglianza sanitaria? Nelle organizzazioni dove già c’è il MC, lo fa quest’ultimo, naturalmente; nelle altre, la norma non lo dice.

Certo, la valutazione dei rischi viene effettuata dal datore di lavoro in collaborazione con il RSPP; questa è la regola generale e naturalmente vale anche in questo caso.

La questione è, se il datore di lavoro e il RSPP siano in possesso delle conoscen-



ze necessarie per adempiere in maniera adeguata all'obbligo che si impone loro. Una prima osservazione è che, tra i rischi non nominati dal legislatore (quelli che fino ad oggi abbiamo chiamato i rischi non normati) ce ne sono alcuni assurti a rango di rischi "tipici", per così dire, nel senso che oramai comunemente il mondo degli operatori li associa all'idea della sorveglianza sanitaria; si pensi ad esempio al rischio di caduta dall'alto per lavoratori affetti da diabete, epilessia, malattie psichiche, cardiopatie; si pensi ai rischi da stress termico e da colpo di calore; non mancano anzi pubblicazioni, anche da parte di organismi istituzionali, che prevedono la sorveglianza sanitaria. Per questi rischi, non nominati ma comunque noti, il compito richiesto al datore di lavoro e al suo RSPP potrebbe apparire più semplice, e tutto sommato predeterminato; il pericolo però è di incorrere in una sorta di automatismo in cui il MC viene nominato, e la sorveglianza effettuata, a prescindere da una valutazione reale di quel rischio e della sua conformazione all'interno di ogni singola organizzazione.

Oltre a questi, ci sono però molti altri rischi che non sono altrettanto tipicamente conosciuti, né altrettanto approfonditi dalla dottrina scientifica; non sono già esplorati, e gli aspetti sanitari

di questi rischi, anche nei loro elementi di base, sono sconosciuti al datore di lavoro e al RSPP per formazione personale, per professione, per conoscenze. Infine, indipendentemente dalla "novità" o meno dei singoli rischi, il datore di lavoro e il RSPP non dispongono delle informazioni che il MC invece possiede perché, in ragione del suo ruolo, le ricava direttamente dai lavoratori stessi in occasione della visita; e sono informazioni fondamentali per valutare questi rischi in funzione del loro impatto sanitario sui lavoratori. Non a caso, una parte molto rilevante della discussione sui rischi non normati ha sempre riguardato, più ancora che rischi particolari in sé considerati, l'incidenza delle condizioni personali del lavoratore rispetto a rischi noti.

Queste considerazioni ci dicono che, quando ci si pone la questione se il datore di lavoro e il suo RSPP sono in grado di fare ciò che il legislatore chiede loro, il vero tema sul tavolo è quello del significato ultimo della presenza del MC nelle organizzazioni.

Questo conduce a ricordare che la collaborazione del MC alla valutazione dei rischi, prevista più volte nel Decreto 81, esprime uno dei tratti essenziali del sistema che il Decreto 81 stesso ha disegnato; nella prospettiva della salute, intesa come tutela del lavoratore in

chiave sanitaria, la funzione del *medico* è essenziale da un lato per il patrimonio di conoscenze professionali che lo contraddistinguono, dall'altro lato per il patrimonio di informazioni individuali che egli, in ragione del suo essere medico, a ciò qualificato, è legittimato a raccogliere dal lavoratore.

Anche qui, è stata la giurisprudenza dei casi concreti ad avere colto – meglio del legislatore, verrebbe da dire – il significato ultimo della presenza del MC al fianco del datore di lavoro all'interno di una organizzazione aziendale.

Fin dal 2008, e riferendosi addirittura al Decreto 626/94, la Suprema Corte sanciva che *"il legislatore...ha inteso evidentemente individuare la figura di un medico di qualificata professionalità, in grado di diventare il collaboratore del datore di lavoro e del responsabile del Servizio di prevenzione e protezione aziendale"*<sup>78</sup>.

Successivamente, la giurisprudenza ha via via definito la figura del MC sottolineando che, ai fini della valutazione dei rischi, il MC non è soltanto un collaboratore del datore di lavoro, ma un collaboratore necessario, e lo è perché è qualificato: *"è evidente, avuto riguardo all'oggetto della valutazione dei rischi, che il datore di lavoro deve essere necessariamente coadiuvato da soggetti quali, appunto, il 'medico competente', porta-*

tori di specifiche conoscenze professionali tali da consentire un corretto espletamento dell'obbligo mediante l'apporto di qualificate cognizioni tecniche<sup>9</sup>; ciò che contraddistingue il MC è la "sottoposizione al datore di lavoro dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione dei rischi che coinvolgono le sue competenze in materia sanitaria"<sup>10</sup>; con la ulteriore fondamentale sottolineatura, come poco sopra si ricordava, che «in tema di valutazione dei rischi, il 'medico competente' assume elementi di valutazione non soltanto dalle informazioni che devono essere fornite dal datore di lavoro, ma anche da quelle che può e deve direttamente acquisire di sua iniziativa, ad esempio ... perché fornitegli direttamente dai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria."<sup>11</sup>

La necessità di un collaboratore qualificato per la valutazione dei rischi<sup>12</sup>, dunque, emerge con forza dal sistema, ed è una delle linee fondanti del Decreto 81 che però, nella attuazione concreta di oltre quindici anni di applicazione, è rimasta molto indietro, poco applicata quando non totalmente ignorata; una delle ragioni "normative" di questo ritardo è certo il *vulnus* iniziale, consistente nell'aver previsto il MC come collaboratore del datore di lavoro nella valutazione dei rischi, ma senza far-

ne un elemento costitutivo del sistema di sicurezza aziendale e configurandolo piuttosto come una sorta di elemento occasionale.

La riforma dell'art. 18 lettera a) costringe tutti a fare i conti con questa anomalia; che non è anomalia del sistema, pensato anzi per una pienezza di tutela senza vuoti, ma è anomalia della norma, là dove il Decreto 81 non ha previsto la nomina del MC come regola generale. Da un lato il nuovo art. 18 corregge in parte l'anomalia della norma, perché il legame tra valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria ora è sancito come regola generale, per tutte le organizzazioni; però non la corregge fino in fondo, anzi almeno in parte la ripropone, e la rende più manifesta, perché lascia il datore di lavoro privo, almeno in una prima fase di valutazione dei rischi, di quello che dovrebbe essere il suo naturale, necessario collaboratore.

Forse dal punto di vista operativo si affermerà, nella prassi, una sorta di valutazione in due fasi: una prima fase sarebbe svolta con il supporto "atecnico" e non istituzionalizzato al datore di lavoro da parte di un medico in possesso dei requisiti propri del MC (anche se ciò non garantirebbe la completezza ed efficacia di collaborazione propria del MC, posto che mancherebbe

quantomeno, per quanto approfondita sia la collaborazione, tutto il patrimonio di conoscenza che deriva al MC dalla conoscenza delle cartelle sanitarie dei lavoratori); in una seconda fase, che ci sarebbe soltanto nel caso in cui risultasse necessario nominare un MC, quest'ultimo una volta in carica svolgerebbe gli obblighi suoi propri, ivi inclusa la collaborazione alla valutazione dei rischi. Si arriverebbe così a definire la sorveglianza sanitaria soltanto dopo che le conclusioni raggiunte dal datore di lavoro nella prima fase saranno state verificate dal MC, che potrà validarle e farle proprie, ma anche modificarle o smentirle.

Si può dunque affermare che la riforma è rimasta a metà, perché lascia irrisolto il problema di come compiere la valutazione dei rischi quando il MC non c'è; ma va anche osservato che, se il problema della mancata previsione di un MC si pone in maniera nuova e ben più perentoria rispetto al passato, è perché il nuovo art. 18 impone che la valutazione dei rischi serva a definire la sorveglianza sanitaria: e questo è, per il sistema del Decreto 81, un grandissimo passo in avanti e un radicale mutamento di prospettiva.

---

### Una riforma "di sistema"

---

La modifica dell'art. 18 lettera a), così come le altre modifiche del Decreto 81, è stata introdotta senza una particolare enfasi, all'interno di un "Decreto Lavoro" che ha ricevuto molta più attenzione, da parte dei commentatori, per altre materie in esso contenute.

Al basso profilo, per così dire, della riforma si aggiunge il fatto che essa ha una estensione limitata, nel senso che è stato modificato soltanto l'art. 18, che non è neppure la norma direttamente preposta alla materia della sorveglianza sanitaria, senza coinvolgere le altre norme ad essa collegate, prima tra tutte l'art. 41 comma 1.

Si è visto inoltre che è una riforma incompleta, perché prevede la valutazione dei rischi finalizzata alla sorveglianza sanitaria, ma non dà al datore di lavoro gli strumenti più adeguati per farlo, non prevedendo la nomina del MC se non dopo la valutazio-



ne anziché prima di essa.

A fronte di questi aspetti i commentatori si sono divisi tra chi, dando alla riforma un giudizio negativo, la ha considerata una impropria fuga in avanti (soprattutto facendo leva sull'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori) e chi invece ne ha condiviso la direzione, reputandola però una occasione mancata per portare finalmente a compimento il sistema con l'inclusione a tutti gli effetti del MC nel sistema aziendale.

A nostro avviso, ciò che va evidenziato della legge n. 85/2023 è che, pur con innegabili limiti, essa contiene comunque le caratteristiche di una riforma "di sistema", che tocca gli assi portanti del sistema di sicurezza e salute delle organizzazioni disegnato dal Decreto 81, e che appare capace di determinare una ulteriore evoluzione nella tutela rispetto al tema degli accertamenti sanitari sui lavoratori.

Non è di ostacolo a questo giudizio il mancato intervento sull'art. 41; secondo alcuni commentatori, essendo rimasto invariato, esso confermerebbe la continuità dell'assetto precedente o comunque sarebbe in grado di neutralizzare l'effetto del nuovo art. 18, anche solo perché ne renderebbe dubbia la portata. Così però non è: l'art. 41 prevede che la sorveglianza sanitaria si effettua "nei casi previsti dalla normativa vigente", e la normativa vigente prevede che essa si effettua, oltre che nei casi espressamente previsti, anche quando ciò è richiesto dalla valutazione dei rischi; è quindi cambiata la normativa vigente, e con essa il perimetro della sorveglianza sanitaria; non è necessario abrogare l'art. 41 lettera a) né inserire anche in esso il richiamo alla valutazione dei rischi.

Come abbiamo già scritto in un precedente commento, proprio il nuovo art. 18 lettera a) si pone come norma che raccorda esplicitamente l'art. 41 lettera a) con l'art. 28 che impone la valutazione di tutti i rischi; la nuova norma diventa la chiave di lettura che unisce assieme l'art. 2 lettera m) il quale associa la sorveglianza sanitaria ai rischi professionali nell'ambiente di lavoro, l'art. 20 che prevede l'obbligo dei lavoratori di sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal Decreto 81 o comunque disposti dal MC, l'art. 25 e l'art. 29 che prevedono la collaborazione del MC alla valuta-

zione dei rischi, e ancora l'art. 18 lettera c) che impone di affidare i compiti ai lavoratori tenendo conto delle condizioni degli stessi "in rapporto alla loro salute e sicurezza". Questo raccordo si esplicita in un criterio, un metodo, una regola: la sorveglianza sanitaria deve essere effettuata tutte le volte che la valutazione dei rischi lo richiede.

La riforma, insomma, presenta a nostro avviso un innegabile rilievo sistematico: sia perché riguarda la chiave di volta dell'intero Decreto e cioè la valutazione dei rischi; sia perché certifica definitivamente la connessione della sorveglianza sanitaria con la valutazione dei rischi; sia perché così facendo sancisce in maniera inequivocabile che la sorveglianza sanitaria è uno strumento fondamentale e imprescindibile di tutela del lavoratore.

Quanto al primo aspetto, il nuovo art. 18 lettera a) costituisce senza possibilità di smentita un fondamentale passo avanti del legislatore per quanto riguarda l'oggetto e le finalità della valutazione dei rischi; la consueta affermazione secondo cui tutto, nel Decreto 81, ruota intorno alla valutazione dei rischi, trova ora ragione di essere anche rispetto ai profili sanitari della valutazione; si rende effettiva quella valutazione dei rischi in prospettiva sanitaria che fino ad oggi è rimasta quasi nell'ombra. Come si è visto, proprio il valore profondamente innovativo di questa scelta ne evidenzia paradossalmente l'incompletezza, per essersi il legislatore fermato in mezzo al guado quanto alla necessaria presenza del MC fin da principio ai fini della collaborazione alla valutazione dei rischi. Tuttavia, il principio è sancito; e se è vero che, nel concreto, il datore di lavoro dovrà trovare il modo di farsi supportare in questa "nuova" valutazione dei rischi, nondimeno è innegabile che la valutazione dei rischi non sarà più quella di prima.

Questo ci conduce al secondo aspetto di rilievo sistematico, e cioè che la sorveglianza sanitaria a sua volta non sarà più la meccanica applicazione di un Protocollo Sanitario a rischi per così dire calati dall'alto tramite la previsione normativa; la sorveglianza sanitaria sarà al tempo stesso il presupposto, l'obiettivo ed il completamento della valutazione dei rischi. Avere reso norma di legge il collegamento tra valutazione

e sorveglianza dei rischi costringe tutte le parti a considerare le due attività come un tutt'uno; viene meno l'equivoco normativo che ha consentito il proliferare di fenomeni patologici in cui la effettuazione degli "atti medici" (la visita) è attività separata ed autonoma dalla effettuazione della "collaborazione alla valutazione".

Il terzo aspetto di questa riforma "di sistema" è che da essa scaturisce la consacrazione della sorveglianza sanitaria come momento fondamentale di tutela del lavoratore, ed in pari tempo la certificazione che il sistema di sicurezza e salute aziendale - inteso come l'insieme dei soggetti (datore di lavoro, MC, RSPP, ecc.) e delle azioni (valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria, ecc.) - è lo strumento cui la legge attribuisce l'esercizio di quella tutela.

Se un'organizzazione valuta un rischio come esistente, e se ritiene che tale rischio richieda sorveglianza sanitaria, non occorre più il "permesso" del legislatore per effettuare la sorveglianza; la sorveglianza sanitaria sulla persona del lavoratore non solo è lecita, ma è doverosa; la sua omissione non è osservanza di un divieto (di visitare il lavoratore quando la legge non lo prevede), bensì al contrario violazione di un obbligo. Che questo significhi un innalzamento del livello di tutela dei lavoratori riesce difficile da contestare; la salute dei lavoratori viene sorvegliata rispetto a tutti i rischi che l'organizzazione rileva, e non solo rispetto a quelli che il legislatore prescrive<sup>13</sup>.

Il paradosso della posizione restrittiva, che vietava la sorveglianza sanitaria dei "rischi non normati" (e così pure della tesi di chi ha criticato la riforma proprio per il superamento della lista bloccata dei "rischi normati"), è che di fatto privava i lavoratori della tutela che, per i rischi non normati, il sistema aziendale poteva e voleva garantire<sup>14</sup>.

In termini di sistema, la situazione ora si capovolge; la tutela dei lavoratori diventa massima perché la sorveglianza sanitaria non può né deve avere buchi di sorta: tutti i rischi che lo richiedono devono essere sorvegliati.

Ciò impone di interrogarsi, ed è l'ultimo profilo di sistema che va necessariamente affrontato, sul significato attuale del divieto contenuto nell'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori.

## La sorveglianza sanitaria e l'art. 5 Statuto dei Lavoratori: salute vs dignità? Una nuova chiave di lettura

L'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori (legge n. 300/1970), sancisce il divieto di accertamenti sanitari sui lavoratori da parte del datore di lavoro, il quale deve rivolgersi al medico pubblico<sup>15</sup>.

Questa norma ha da sempre rappresentato, assieme all'art. 41 che ne veniva considerata la deroga, il fondamento della tesi contraria all'estensione della sorveglianza sanitaria al di fuori dei soli casi espressamente elencati dal legislatore. Secondo la tesi restrittiva, andava cercata in questa norma anche la soluzione al problema della sorveglianza sui rischi non normati: il datore di lavoro avrebbe dovuto richiedere la visita al medico pubblico, in quanto è l'unico autorizzato dall'art. 5 a visitare il lavoratore. I soli casi di visita fuori dell'art. 5 erano i casi sanciti dall'art. 41 del Decreto 81, da intendersi come una deroga del tutto eccezionale al divieto di visita di cui all'art. 5 Statuto Lavoratori.<sup>16</sup>

Come noto, il divieto sancito nell'art. 5 fu introdotto a tutela del lavoratore in un contesto storico e normativo in cui non esisteva l'impianto di sorveglianza sanitaria disegnato dal legislatore soltanto più tardi, a partire dal D.Lgs. n. 277/1991 e poi con il D.Lgs. n. 626/94 e il D.Lgs. n. 81/08. La *ratio* del divieto era di tutelare *“la libertà e la dignità del lavoratore, in modo da impedire che gli imprenditori possano ricorrere ad accertamenti sanitari diretti, per mezzo di medici di loro fiducia, per soddisfare interessi estranei alla verifica dell' idoneità fisica dei lavoratori, con conseguente offesa appunto alla dignità e libertà di costoro (Cass. Pen. Sez. III, 30/5/80).”*<sup>17</sup>

Rispetto a tale scenario, la introduzione di un sistema aziendale “istituzionalizzato” e contraddistinto dalla presenza di un MC specificamente regolamentato, ha rappresentato senza possibilità di smentita una profonda svolta, che la stessa giurisprudenza penale ha sottolineato<sup>18</sup>; anzi, la figura del MC è soltanto uno degli elementi di rottura del precedente sistema, inserita in un contesto organizzativo, procedimentale, contestuale che è completamente diverso

da quello esistente negli anni '70.

La scelta del legislatore italiano, in linea con quello europeo, è stata quella di affidare la tutela del lavoratore, dal punto di vista sanitario, all'organizzazione cui il lavoratore appartiene; lo ha fatto attraverso una pluralità di regole, di requisiti, di procedure, di forme di controllo interno ed esterno che, nel loro insieme, assicurano l'effettivo esercizio della sorveglianza sanitaria ma al tempo stesso garantiscono che essa avvenga nel rispetto della persona del lavoratore, in tutti i suoi profili.

In questo nuovo contesto, nessuno dubita del fatto che rimane tuttora vietato porre in essere iniziative di controllo sanitario del lavoratore compiute fuori delle regole e per finalità estranee a quelle perseguite dall'ordinamento.

Ma potevano, anche prima di questa riforma, considerarsi fuori delle regole e aventi finalità estranee alla tutela del lavoratore, e quindi vietate, le visite eseguite (con le modalità, le procedure e le forme rigorosamente previste dal Decreto 81) per assicurare tutela al lavoratore contro rischi non inclusi in un elenco scritto dal legislatore?

La tesi restrittiva era in questo senso, come si è visto; essa considerava l'art. 41 (e cioè la visita fatta dal MC) come la eccezione rispetto alla regola dell'art. 5 (la visita del medico pubblico). In pratica, la regola era il divieto di visita, a tutela della dignità del lavoratore; l'eccezione era la visita del MC, giustificata dalla tutela della salute del lavoratore; ma trattandosi di eccezione, solo il legislatore la poteva prevedere.

Ma quando, con l'evoluzione delle conoscenze e la sistematizzazione scientifica dei rischi non normati, è divenuta evidente la necessità, per la tutela della salute del lavoratore, di visite anche fuori dei casi dell'art. 41, il problema si è posto in tutta la sua portata: si poteva ancora considerarle vietate in ragione della tutela della dignità di quello stesso lavoratore? L'effetto non voluto della impostazione restrittiva era quella di ingenerare una contrapposizione tra salute e dignità del lavoratore, dove per tutelare la seconda (vietando le visite da parte del MC) si pregiudica la prima (privando il lavoratore della tutela garantita da una sorveglianza sanitaria effettuata su tutti i rischi che la richiedono).

A nostro avviso, già prima della riforma esistevano le condizioni per considerare la sorveglianza sanitaria come una integrazione, anzi addirittura come una attuazione dell'art. 5 dello Statuto, e non più come una “deroga”.

Lo esige innanzitutto la finalità ultima del sistema, che è quella di tutelare la salute dei lavoratori; lo consentiva sul piano letterale l'interpretazione che rinveniva nello stesso Decreto 81 il fondamento normativo alla sorveglianza; lo giustificava anche la considerazione che la sorveglianza sanitaria non è solo “visita”, e comunque non è mai visita effettuata in maniera impropria, incompleta, sommaria; la visita è l'approdo ultimo (ma in realtà periodico nel tempo) di un sistema complesso, e di un complesso di regole e di tutele con il quale lo stesso legislatore ha via via sancito la liceità degli accertamenti sanitari compiuti dal datore di lavoro e non esclusivamente dal medico pubblico.

Il passo compiuto dal legislatore con la modifica dell'art. 18 lettera a), a nostro avviso, rappresenta l'ulteriore e definitiva conferma di questa interpretazione, ed è la chiave definitiva per una nuova lettura dell'art. 5 dello Statuto: ora è definitivamente sancito che la sorveglianza sanitaria secondo il Decreto 81 è la regola, e non l'eccezione; essa si applica a tutti i rischi valutati, non solo a casi singoli elencati dal legislatore.

Con la riforma, al datore di lavoro (e quindi all'organizzazione di cui quello è l'espressione apicale, e che comprende anche il RSPP, il MC e tutto il sistema delle regole) viene assegnata la funzione di assicurare che la salute del lavoratore sia sorvegliata per tutti i rischi che la possono esporre a pregiudizio: non è più il legislatore l'unica entità che decide ciò che è necessario per la tutela della salute del lavoratore.

Questo significa avere sancito definitivamente, anche per i profili sanitari, la centralità fondamentale del sistema di sicurezza e salute istituito da ogni organizzazione aziendale.

Alla fine, si tratta né più né meno di una ulteriore espressione e attuazione del principio di fondo, quello della valutazione dei rischi; è un ulteriore tassello nel completamento di un sistema che il Decreto 81 aveva lasciato a metà. Tra l'altro, è un tassello quanto mai attuale, necessario per affrontare al me-

glio la sfida della individuazione, valutazione e gestione dei “nuovi rischi”, spesso contraddistinti proprio da rilevanti implicazioni di natura sanitaria che coinvolgono nel senso più stretto la persona dei lavoratori. È uno dei profili più interessanti della riforma, dove essa dovrebbe poter produrre i suoi effetti di maggiore crescita della tutela dei lavoratori, garantendone una sorveglianza in continuo divenire, con una tempestività ed un aggiornamento ben superiori a quelli di una lista normativa bloc-

cata e da integrare di volta in volta con specifiche norme di legge. Certo è una riforma incompleta, perché non ha voluto indicare in maniera esplicita qual è lo strumento operativo di cui il datore di lavoro si avvale (il MC, collaboratore qualificato necessario, per logica e per necessità dovrebbe essere nominato prima della valutazione, e non dopo); ma è una incompletanza destinata verosimilmente ad essere superata, forse dal legislatore stesso o forse prima ancora dalle soluzioni che

la prassi saprà trovare.

La riforma, in conclusione, non compromette né indebolisce il ruolo dell'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori a presidio della libertà e dignità dei lavoratori; semmai ed al contrario, ne diventa garanzia di effettiva attuazione attraverso la valorizzazione definitiva della sorveglianza sanitaria come necessario completamento della valutazione dei rischi e come strumento di ogni singola organizzazione per la tutela, anche “sanitaria”, dei propri lavoratori.

## NOTE

1. “D.L. 48/2023 – Modifiche al D.Lgs. n. 81/08 – Prime note sulle principali novità per il MC e per la sorveglianza sanitaria”, in *MC Journal*, n. 2-2023, p. 17; v. anche <https://www.casellascudier.it/modifiche-al-decreto-81-08-prime-note-sulle-nuove-norme/>
2. “Indicazioni operative sulle sanzioni da applicare in caso di omessa sorveglianza sanitaria dei lavoratori.”
3. “Se l’obbligo di sorveglianza sanitaria: 1) sia da collegarsi rigidamente all’interno delle previsioni di cui all’articolo 41...2) ovvero se, ai sensi dell’art. 18, comma 1 lettera c), il datore di lavoro debba, in generale, tenere conto delle condizioni dei lavoratori in rapporto alla loro salute e sicurezza e della loro capacità di svolgere compiti specifici, garantendo conseguentemente una sorveglianza sanitaria programmata dal medico competente in funzione dei rischi globalmente valutati per la mansione specifica e non limitata alle previsioni di cui all’articolo 41.”
4. “Se il combinato disposto degli articoli 25, comma 1, lettera a) – 18, comma 1, lettera a) – 29, comma 1, del decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 determini l’obbligo per il datore di lavoro di procedere, in tutte le aziende ed in particolare nelle Istituzioni Scolastiche, alla nomina preventiva del medico competente al fine del suo coinvolgimento nella valutazione dei rischi, anche nelle situazioni in cui la valutazione dei rischi non abbia evidenziato l’obbligo di sorveglianza sanitaria.”
5. Secondo R. GUARINIELLO, *La visita medica preventiva in Cassazione, Nota a sentenza Cass. Pen., sez. III, 3 maggio 2021 n. 16664*, in *ISL*, n. 7/2021, pag. 379, l’art. 18, comma 1, lettera c) è “norma di per sé idonea a rendere obbligatoria la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente al di fuori dei casi espressamente e tassativamente previsti dall’art. 41, comma 1, D.Lgs. n. 81/2008. Il fatto è che l’art. 5 Statuto dei Lavoratori vieta gli accertamenti sanitari sui lavoratori da parte del datore di lavoro, e che a questo divieto deroga l’art. 41, comma 1, D.Lgs. n. 81/2008, norma dunque applicabile ai soli casi espressamente e tassativamente previsti.”
6. Cass. Pen., Sez. IV, 29 settembre 2009, n. 38157: “La raccolta delle angurie nella situazione ambientale accertata era di certo attività lavorativa faticosa. Ad essa, quindi, era connesso un rischio per la salute che era da considerare prevedibile dal datore di lavoro. Questi era in colpa perché... non aveva valutato il rischio in cui era esposto il -ommissis-, tenuto anche conto della sua corporatura che influiva sull’eliminazione del calore in eccesso... Peraltro, aveva il dovere di sottoporre il -ommissis- a visita medica per controllare che fosse idoneo a svolgere un lavoro faticoso al sole in estate.”
7. Cass. Pen., Sez. IV, 1404/2023: “Il ricorrente, nella sua posizione di garante dell’incolumità del lavoratore avrebbe dovuto verificare la sicurezza dell’area di cantiere... Peraltro il dipendente, a causa delle sue condizioni fisiche, essendo affetto da diabete, non poteva essere adibito a lavorazioni in quota (“la dott.ssa -ommissis- aveva espressamente prescritto all’operaio -ommissis- il divieto di lavori in altezza perché affetto da diabete, con una valutazione glicemica di 130 milligrammi per litro, e di conseguenza a rischio di un calo glicemico di una iperglicemia che può essere causa di perdita di equilibrio e caduta a terra.”
8. Cass. Pen., Sez. III, 2 luglio 2008, n. 26539; più recentemente nello stesso senso Cass. Pen., Sez. III, 14 febbraio 2017 n. 6885.
9. Cass. Pen., sez. III, 27 aprile 2018 n. 38402; conforme Cass. Pen., sez. III, 15.1.2013 n. 1856. Entrambe le sentenze indicano come conseguenza la necessità di “una effettiva integrazione nel contesto aziendale”.
10. Cass. Pen., Sez. III, 15 gennaio 2013, n. 1856, *cit.*
11. Ancora Cass. Pen., sez. III, 27 aprile 2018 n. 38402 e Cass. Pen., Sez. III, 15 gennaio 2013, n. 1856, *cit.*
12. Come si è visto, la giurisprudenza penale in punto di responsabilità era già orientata in questo senso.
13. Per una panoramica della giurisprudenza sull’argomento v. G. SCUDIER, *La collaborazione del Medico Competente alla valutazione dei rischi: analisi della giurisprudenza*, in *MC Journal*, n. 4-2021, p. 6 e in <https://www.casellascudier.it/medico-competente-e-valutazione-del-rischio/>
14. Per ovviare a questa grave criticità della tesi restrittiva, così R. GUARINIELLO, *Nota a sentenza cit.*: “Al di fuori di tali casi – cioè i casi di sorveglianza previsti espressamente dalla legge, NdA - l’unica strada percorribile è quella del controllo sanitario sull’idoneità affidato, non già al medico competente nominato dal datore di lavoro, bensì al medico pubblico in linea con il comma 3 dell’art. 5 Statuto dei Lavoratori. Ed è semmai in questo alveo che potrebbe avviarsi il discorso sulla violazione dell’art. 18, comma 1, lett. c), D.Lgs. n. 81/2008, nell’ipotesi in cui il datore di lavoro e il dirigente non si preoccupino di richiedere al medico pubblico il giudizio sull’idoneità sanitaria del lavoratore alla mansione specifica al di fuori dei casi contemplati dall’art. 41, comma 1”.
15. Art. 5: “1. Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente.  
2. Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda.  
3. Il datore di lavoro ha la facoltà di far controllare l’idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico.”
16. Cfr. nota 13. Sul piano pratico, ne deriverebbe la impossibilità di impiego del lavoratore fino all’esito della visita a fronte di una verosimile indisponibilità del sistema pubblico a soddisfare la richiesta; sul piano teorico ne deriverebbe un giudizio espresso senza la conoscenza del sistema aziendale e delle sue peculiarità. Di fatto, la vicenda storica dei rischi non normati mostra che la soluzione adottata è stata un’altra; la stessa, si ribadisce, presa dalla giurisprudenza penale a presupposto delle proprie decisioni.
17. Cass. Pen., sez. III, 27 gennaio 1999, n. 1133 in una fattispecie di effettuazione sistematica di test di gravidanza e di esami di ricerca di oppiacei nelle urine, praticati all’insaputa degli interessati.
18. Cass. Pen., Sez. III, 2 luglio 2008, n. 26539, *cit.*: “tra le innovazioni più significative del D.Lgs. n. 626 del 1994 vi è senz’altro quella di definire, nel solco già tracciato dal D.Lgs. n. 277 del 1991, ruolo, requisiti, responsabilità, compiti e funzioni del medico competente.”

# Circolare aggiornamento Misure di Prevenzione Anticovid-19

Il Ministero della Salute ha emanato in data 11/08 una Circolare ad oggetto "Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2", in applicazione dell'art. 9 del D.L. 10/8/23 n. 105, mediante la quale ha eliminato la misura dell'isolamento come segue:

## PERSONA CON DIAGNOSI CONFERMATA DI COVID-19

Le persone risultate positive ad un test diagnostico molecolare o antigenico per **SARS-CoV-2** non sono più sottoposte alla misura dell'isolamento.

Si raccomanda, comunque, di osservare le medesime precauzioni valide per prevenire la trasmissione della gran parte delle infezioni respiratorie.

In particolare è consigliato:

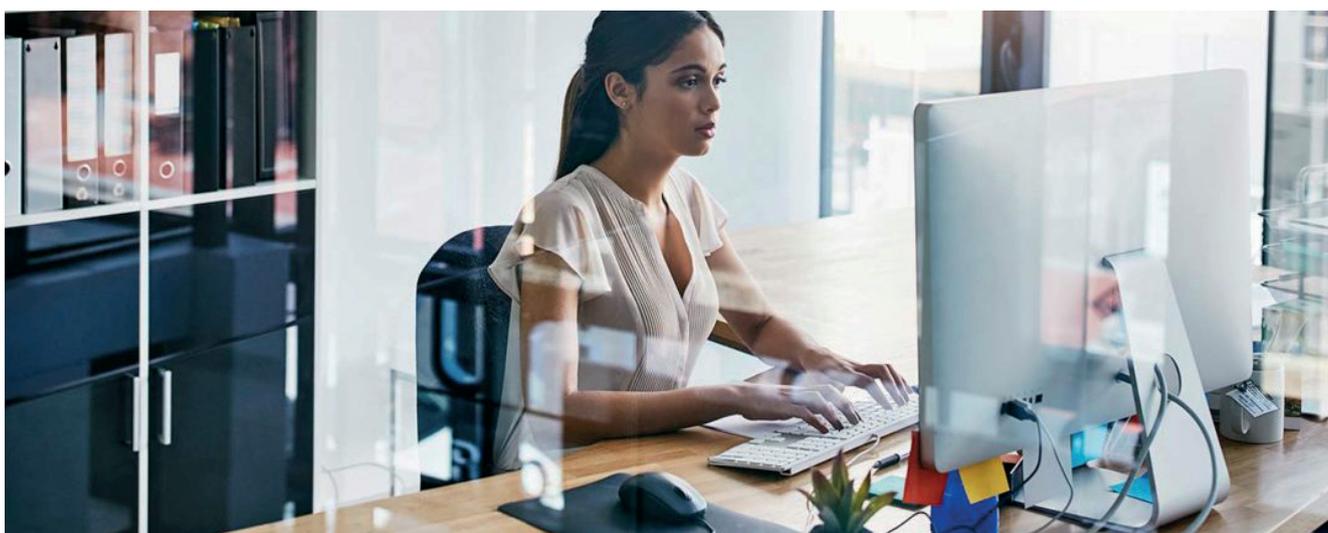
- Indossare un dispositivo di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o FFP2), se si entra in contatto con altre persone.
- Se si è sintomatici, rimanere a casa fino al termine dei sintomi.
- Applicare una corretta igiene delle mani.
- Evitare ambienti affollati.
- Evitare il contatto con persone fragili, immunodepresse, donne in gravidanza, ed evitare di frequentare ospedali o RSA. Questa raccomandazione assume particolare rilievo per tutti gli operatori addetti all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, che devono quindi evitare il contatto con pazienti a rischio.
- Informare le persone con cui si è stati in contatto nei giorni immediatamente precedenti alla diagnosi, se anziane, fragili o immunodepresse.
- Contattare il proprio medico curante se si è persona fragile o immunodepressa, se i sintomi non si risolvono dopo 3 giorni o se le condizioni cliniche peggiorano.

Per quanto riguarda le persone con diagnosi confermata di Covid-19 ricoverate in ospedale oppure ospiti di RSA si rimanda alle norme fin qui attuate.



# Il lavoro al videoterminale

Aggiornamenti su idoneità, mouse e altri presidi mirati a problematiche muscolo-scheletriche degli arti superiori e della colonna cervicale.



## Introduzione

Questo contributo costituisce l'ideale prosecuzione di un percorso inaugurato 10 anni fa con la pubblicazione dell'articolo 'Videoterminalista, mouse e idoneità: primi orientamenti operativi' (1). L'esigenza nasce dalle rapide trasformazioni tecnologiche del mondo del lavoro che coinvolgono milioni di lavoratori in Italia e chiedono risposte quotidiane ai medici competenti impegnati in ogni ambiente in grado di ospitare una postazione, fissa o mobile, dotata di videoterminale.

E forse non è superfluo ricordare che il 'puntatore', oppure 'mouse' per comodità, è uno strumento di lavoro come un altro, di cui è ovviamente responsabile il datore di lavoro, attraverso i propri collaboratori, il Servizio di Prevenzione e Protezione ed, in particolare, il medico competente, per i riflessi sull'apparato

muscoloscheletrico a fronte dei rischi legati a movimenti ripetitivi ed a posture incongrue (2).

Naturalmente le attività svolte in remoto non consentono un 'controllo totale' da parte del datore di lavoro e richiedono un diverso approccio nella valutazione complessiva dei rischi, necessario anche per l'International Labour Office che raccomanda un 'remote ergonomic risk assessment' (3). Questo tema meriterebbe un approfondimento a se stante, perciò si rimanda ad un contributo dedicato (4).

Tuttavia l'eventuale prescrizione, da parte del medico competente, di un presidio mirato alla riduzione dei disturbi ed alla prevenzione di riacutizzazioni/cronicizzazioni di quadri clinici muscolo-scheletrici può costituire un punto fermo, spendibile in ogni 'ambiente operativo', anche all'esterno della sede aziendale nell'ambito del cosiddetto 'la-

voro ibrido', suddiviso fra sede aziendale e domiciliare.

E a proposito di 'lavoro ibrido' l'INAIL nell'ambito dell'utilizzo del pc portatile ha puntualizzato un aspetto spesso oggetto di discussione legato all'uso del 'puntatore': dal punto di vista ergonomico, l'utilizzo del mouse esterno è da preferire al touchpad integrato nella tastiera ([www.inail.it](http://www.inail.it)).

Anche per questa ragione il 'mouse' assume un ruolo sempre più rilevante nella strumentazione dell'addetto al videoterminale e conseguentemente nella gestione dei rischi legata a questa mansione.

## Nuovi scenari nel lavoro al videoterminale

Il moltiplicarsi delle postazioni dotate di videoterminale sotto la spinta della

digitalizzazione di 'Impresa 4.0', la diffusione di tablet e smartphone aziendali per gli utilizzi più disparati, le organizzazioni del lavoro sempre più dinamiche e fluide, l'introduzione del 'lavoro agile',

dilagato con il lockdown e poi consolidato nella fase dell'emergenza pandemica, hanno amplificato la portata delle problematiche muscolo-scheletriche (e non soltanto) già trattate nei contributi

precedenti (1, 5, 6, 7, 8). Ma sono palpabili anche le conseguenze sul piano sociale ed economico, che vengono riassunte nella tabella seguente.

## I NUMERI IN ITALIA

### Lavoratori impiegati in remoto:

- da 570.000 nell'anno 2019 a 6 milioni e mezzo durante il 'lockdown' 2020.
- Per l'anno 2023 si stima un lieve incremento del numero di smart workers stabilizzati (3,63 milioni di lavoratori) in conseguenza della costante crescita del lavoro agile nelle grandi imprese, che lo adottano nella percentuale del 91% con 9.5 giorni di lavoro da remoto, in media, al mese.

### Le ricadute economiche per lavoratori e aziende:

- un lavoratore che opera due giorni a settimana da remoto risparmia in media circa 1.000 euro all'anno (diminuzione dei costi di trasporto) ed incrementa i costi dei consumi domestici (luce e gas) di circa 400 euro, producendo perciò un risparmio di 600 euro l'anno.
- Per l'azienda consentire ai dipendenti di svolgere le proprie attività lavorative fuori della sede per 2 giorni a settimana permette di ottimizzare l'utilizzo degli spazi, riducendo i consumi e con un risparmio potenziale di circa 500 euro l'anno per ciascuna postazione. Se si aggiunge la riduzione degli spazi della sede del 30%, il risparmio può aumentare fino a 2.500 euro l'anno a lavoratore.

Fonte: Osservatorio Smart Working, Politecnico di Milano, [www.osservatori.net](http://www.osservatori.net).

La percezione ormai diffusa è che il 'lavoro ibrido' rappresenti un punto di 'non ritorno' e che questa modalità di lavoro costituisca, e soprattutto costituirà, una delle principali richieste degli assunti di 'millennials' e perciò una importante attrattiva per i migliori talenti.

Le aziende, tramite i diversi collaboratori, dovranno conseguentemente fare i conti con la gestione dei rischi correlati al 'lavoro ibrido', valutando adeguatamente, non soltanto gli aspetti muscolo-scheletrici oggetto di questo contributo, ma anche quelli oculo visivi e soprattutto psico-sociali.

### I contributi della letteratura scientifica e delle Istituzioni internazionali

Il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi/patologie muscolo-scheletriche non gode di una sufficiente attenzione nel panorama scientifico, soprattutto nella individuazione di soluzioni personalizzate per l'attenuazione dei sintomi.

Tuttavia, a livello internazionale, sono in aumento le indagini, incentrate per lo più sul binomio 'comfort e performance' nell'utilizzo del puntatore, che vengono riprese nel capitolo di approfondimento sulle prescrizioni.

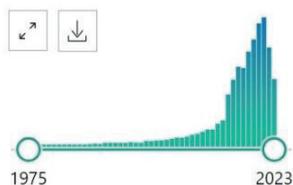
A livello istituzionale il cosiddetto 'smart working emergenziale' ha rappresentato uno stimolo decisivo per una nuova consapevolezza sui rischi specifici, sia fisici che psicosociali, sfociata nella produzione di documenti ed iniziative, dedicate ai rischi per la sicurezza e la salute nel lavoro a distanza e nella digitalizzazione delle imprese.

L'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) già nel 2003 (9) metteva in guardia dalle 'prolungate sedute statiche' e i movimenti ripetitivi di mano e polso con utilizzo di tastiera e puntatore. Nel 2021 la stessa EU-OSHA sottolineava i rischi da sovraccarico muscolare statico e posture scomode, raccomandando la realizzazione di una postazione di lavoro ergonomica e personalizzabile, così da favorire la corretta postura lavorativa (10), mentre l'ILO rimarcava che anche 'strumenti inadeguati' nella postazione di

lavoro domestica (teleworking) possono favorire 'musculoskeletal disorders' (3). Un'altra pubblicazione EU-OSHA (11) evidenziava come il lavoro statico e prolungato a bassa intensità fosse una delle cause di insorgenza di patologie muscolo-scheletriche con specifico riferimento agli 'office workers', oltre a sottolineare il reciproco rinforzo tra disturbi muscolo-scheletrici e fattori psicosociali.

Per arrivare ai giorni nostri, EU-OSHA ha lanciato la Campagna per il triennio 2023-2025 "Lavoro sano e sicuro nell'era digitale", che evidenzierà l'impatto della digitalizzazione sui luoghi di lavoro e le relative sfide e opportunità in materia di sicurezza e salute sul lavoro (SSL), compreso il 'lavoro a distanza'.

In ambito nazionale l'interesse su questi temi è tuttora piuttosto ridotto, tuttavia due recenti eccezioni sono rappresentate dal testo, 'I videoterminali negli ambienti di lavoro' (12), che produce alcune indicazioni sull'utilizzo di mouse e tastiera nell'ambito di due paragrafi dedicati, e dal Manuale di Ergonomia Industriale (13), che affida ad un intero capitolo l'analisi ergonomica dei compiti eseguiti al videotermineale, approfondendo la per-



- Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review.**  
1  
Cite Waersted M, Hanvold TN, Veiersted KB.  
BMC Musculoskelet Disord. 2010 Apr 29;11:79. doi: 10.1186/1471-2474-11-79.  
Share PMID: 20429925 [Free PMC article.](#) [Review.](#)  
Results show limited evidence for a causal relationship between **computer** work per se, **computer mouse** and keyboard time related to a diagnosis of wrist tendonitis, and for an association between **computer mouse** time and forearm disorders. Limited ...

sonalizzazione dei dispositivi informatici proprio attraverso la "Tabella degli orientamenti operativi" nella versione 2016 (7).

Peraltro l'attenzione alle prescrizioni di puntatori e supporti mirati è ampiamente giustificata, dato che il 'mouse' rappresenta il principale 'strumento di lavoro' nell'ambito della mansione più diffusa nel territorio nazionale. Infatti sono 4,5 milioni i videoterminalisti sorvegliati in Italia secondo i dati trasmessi dai medici competenti tramite l'allegato 3 B con riferimento all'anno 2018 (Report INAIL 2019, [www.inail.it](http://www.inail.it)), anche se le stime si spingono ad ipotizzare fino a 20 milioni di addetti al videoterminale (14).

Per di più il medico competente è alle prese con figure professionali molto diverse fra loro e perciò con esigenze spesso differenti ai fini prevenzionistici: dal tradizionale lavoro al videoterminale in ufficio (p.es. contabilità) alla videosorveglianza (dal controllo del territorio o dei voli alla regia televisiva), dalla conduzione delle attività in produzione all'utilizzo dei dispositivi portatili da parte del mobile worker (manutentore, impiegato commerciale, ecc.), dalla conduzione di mezzi in remoto (escavatori, gru, navi, ecc.) alle diverse forme di lavoro agile (15).

### Le necessità del medico competente e lo scopo di questo contributo

Il medico competente professionista, spesso solo nella propria attività presso le aziende, necessita di indicazioni operative aggiornate e pratiche, utili a formulare una eventuale prescrizione di fronte a disturbi/disfunzioni, ma a volte anche a malattie, a carico degli arti superiori o del rachide cervicale, correlati o meno all'utilizzo del mouse o della tastiera, che confliggono con le attività al videoterminale.

Naturalmente va ricordato che tale compito rappresenta l'ultimo atto di un percorso, che parte dalla valutazione di tutti i rischi legati alla postazione ed alla attività lavorativa con il coinvolgimento delle diverse Figure della prevenzione aziendale, prevede a volte l'intervento di Consulenti esterni (ergonomo, tecnico della prevenzione, ecc) ed arriva alla sorveglianza sanitaria con l'eventuale apporto di medici specialisti di branca, quali per esempio il fisiatra o l'ortopedico, in base alla scelta terapeutica che supporta il singolo caso, riabilitativa o chirurgica.

In questo articolo viene presentata la versione aggiornata della tabella di riferimento, ferma al 2016 (7), sulla base degli elementi che hanno offerto negli ultimi anni il progresso tecnologico e le esperienze dirette sul campo, al fine di fornire risposte pratiche alle necessità del medico competente.

Inoltre, quale esempio operativo, viene verificata la prevalenza quali/quantitativa delle prescrizioni mirate in una popolazione di videoterminalisti già sottoposta alla stessa analisi in occasione della sorveglianza sanitaria svolta 6 anni prima, ai sensi di D.Lgs.81/08 e s.m.i. (8). Si tratta di un confronto stimolante poiché consente di paragonare le prescrizioni formulate nella azienda multinazionale oggetto della indagine durante il 2016 e poi nel corso del 2022, vale a dire al termine di un periodo molto particolare, comprendente il lavoro in remoto durante le 'ondate pandemiche' (full smartworking: 2020-2021) e la modalità operativa 'ibrida' post-emergenziale (remote working al 50%: dal 2022 ad oggi).

### Valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico

In una delle precedenti pubblicazioni (8) è stata illustrata la valutazione del

**Tabella 1 - Punteggio Check list OCRA**

MANSIONE	ARTO SUPERIORE DOMINANTE	ARTO SUPERIORE NON DOMINANTE
Office worker	6,125	2,85
Teleseller	7	4

rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, realizzata nell'azienda interessata dallo studio tramite la metodologia OCRA (Occupational Repetitive Actions), con punteggi di Check List rassicuranti, in fascia verde, seppure vicino alla 'gialla' (che inizia da 7,5) per l'arto dominante nella mansione più impegnativa di teleseller. Si tratta dell'addetto al 'contact center', che opera su tempi contingentati, perciò con maggiore continuità e minore autonomia, e presenta il parametro più elevato con riferimento a possibili posture incongrue e ripetitività dei gesti (vedi Tabella 1).

Un aggiornamento della specifica valutazione non si è reso ancora possibile a causa della emergenza pandemica e del protrarsi della modalità di lavoro in 'full smart working', mentre il ricorso attuale al lavoro in remoto al 50 %, eccetto pochi casi di smart working al 100% a causa di 'fragilità', richiederà un nuovo approccio complessivo al fine di approfondire le problematiche fisiche e psicosociali nel particolare contesto del 'lavoro ibrido'.

Va comunque precisato che la popolazione oggetto dell'indagine partecipa periodicamente ad un percorso formativo (in presenza o tramite corso on line), mirato ai rischi correlati al lavoro al videoterminale, e si avvantaggia di un sopralluogo annuale, condotto unitamente da RSP e MC, comprendente l'analisi delle singole postazioni dal punto di vista ergonomico, sia posturale che illuminotecnico.

Le indicazioni agli operatori sulle corrette posture ed il rispetto delle pause, rappresentano infatti un pre-requisito essenziale, previsto per Legge, che deve essere sempre presente in un programma ciclico di formazione-informazio-

ne, curato/erogato dal medico competente e/o da altro esperto della materia.

### Dai rischi alla formulazione del giudizio di idoneità secondo la Tabella

Per le Linee Guida SIMLII 2013 (2) l'impegno richiesto all'apparato muscolo-scheletrico di un operatore addetto al videoterminale si riassume in:

- una postura assisa protratta;
- un possibile uso intensivo della tastiera e dei sistemi di puntamento.

I segmenti corporei maggiormente interessati sono collo, schiena, spalle, braccia e mani. La sintomatologia è in genere rappresentata da formicolii, intorpidimento, rigidità e dolore, prevalentemente connessi ad affaticamento muscolare e ad infiammazione delle strutture tendinee coinvolte.

Le cause principali sono così schematizzate:

- posizioni di lavoro inadeguate per disergonomie della postazione di lavoro (caratteristiche strutturali e posizionamento degli arredi e delle apparecchiature);
- mantenimento della posizione operativa di lavoro per molte ore, con poche interruzioni;
- movimenti ripetitivi e rapidi (digitazione, microscivolamenti e pressioni), esercitati manualmente su tastiera e con sistemi di puntamento vari.

La sorveglianza sanitaria ha perciò lo scopo di prevenire l'insorgere di alterazioni o addirittura di patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate, ma è evidente che nella grande maggioranza dei casi le idoneità con prescrizioni ri-

guarderanno menomazioni di origine 'comune' le cui caratteristiche possono confliggere con le richieste della mansione specifica.

L'esame clinico eseguito agli addetti al videoterminale segue lo schema proposto dalle Linee guida SIMLII 2013 (2) con riferimento all'obiettività illustrata nella scheda di registrazione dell'Unità di ricerca EPM (www.epmresearch.com) ed alle prescrizioni suggerite dalla tabella (7).

La pluriennale attività specialistica sul campo, che comprende l'osservazione di migliaia di lavoratori, sia durante le visite mediche, sia in occasione dei sopralluoghi per l'analisi ergonomica delle postazioni, ha contribuito alla realizzazione della 4<sup>a</sup> edizione degli 'orientamenti operativi' che:

- tengono conto della specifica Norma tecnica, ISO 9241, pur se limitata ad una descrizione dei supporti per tastiera e puntatore
- schematizzano le più recenti evidenze, sia empiriche quotidiane che scientifiche, offerte dalla letteratura (ved. riferimenti bibliografici)
- aggiornano alcune impostazioni delle versioni precedenti, per esempio, a proposito della scelta del puntatore nel caso di rizartriosi
- introducono nuovi modelli di 'mouse' non ancora sperimentati, ma meritevoli di citazione e di attenzione nel prossimo futuro.

Le indicazioni della Tabella, seppure selezionate e condivise, vanno sempre contestualizzate caso per caso, considerando i compiti e la mansione specifica, l'organizzazione del lavoro e soprattutto l'esito della visita medica mirata, eseguita dal medico competente incaricato per la sorveglianza sanitaria di Legge, che rimane l'unico responsabile della prescrizione inserita nel giudizio di idoneità.

E' infatti un aspetto condiviso che le

indicazioni sul giudizio di idoneità in questo specifico ambito “non scaturiscono solo da evidenze scientifiche, ma anche, e talora soprattutto, dall’esperienza e dalla conoscenza dei problemi” (16). Alla pagina seguente la versione aggiornata della Tabella, 4ª edizione.

## Materiali e metodi dell’indagine

Come avvenuto al termine dell’anno 2016, sono stati raccolti i dati relativi alla sorveglianza sanitaria svolta nel 2022 nei confronti di una popolazione di addetti al videoterminale appartenenti ad azienda multinazionale con oltre 1100 lavoratori suddivisi fra 444 maschi e 712 femmine. L’età media dei maschi è 44 anni, delle femmine 41, l’anzianità lavorativa media è di 10 anni sia fra i maschi che le femmine.

Quasi tutti i lavoratori (sono escluse soltanto le mansioni di ‘ispettore’ e mobile worker’ con poche decine di addetti), rientrano nella definizione di lavoratore al videoterminale, superando ampiamente le 20 ore settimanali di utilizzo, ai sensi di art.173, comma 1 lettera c, D.Lgs.81/08 e s.m.i. e sono suddivisi in due mansioni, office worker e teleseller.

L’office Worker lavora per 8 ore con pausa pranzo di un’ora. L’attività consiste, al di là delle peculiarità del dipartimento di appartenenza, nell’inserimento e controllo di dati, compilazione di report, invio e ricezione di e-mail. In alcuni dipartimenti è previsto l’uso contemporaneo del telefono per contatti con clienti. Non sono previste contrattualmente pause di lavoro per l’uso del videoterminale, perciò ogni lavoratore può organizzare in

autonomia il lavoro inserendo le interruzioni di Legge (15 minuti ogni 2 ore) in base all’attività svolta.

Sia l’office worker, sia il teleseller hanno in dotazione cuffia auricolare per rispondere al telefono con uso contemporaneo di tastiera e mouse e generalmente utilizzano il pc portatile nella postazione domestica ed il pc portatile con tastiera e monitor esterni in ufficio. In sede l’attività del teleseller si svolge esclusivamente nell’ambito della propria postazione. E’ in costante contatto telefonico con clienti esterni e interni con controllo e inserimento dati ed invio/ricezione e mail. Per la particolare tipologia di lavoro che non consente interruzione dall’uso del videoterminale, sono previste pause contrattuali obbligatorie di 15 minuti ogni due ore con distacco dalla postazione in area relax e una pausa pranzo di almeno un’ora a circa metà turno per i turni che superano le 6 ore.

I dati relativi alle idoneità con prescrizione per problematiche sostanzialmente muscolo-scheletriche a carico di arti superiori e colonna cervicale, sono stati estrapolati dai dati anonimi e collettivi presentati al termine dell’anno 2022 in occasione della riunione annuale ex art.35 D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Si precisa che ai fini di questa indagine comparativa non sono state considerate le prescrizioni relative ad altri aspetti posturali, circolatori venosi, organizzativi, ecc. (p.es. uso pedana, pause più frequenti, seggiole personalizzate, ecc.), mentre non sono più previste prescrizioni relative alla cuffietta auricolare, poiché già fornite a tutti gli operatori dopo la promozione dello smart working in epoca pre-pandemica.

## Risultati e considerazioni sui dati

Nell’arco dell’anno 2022 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria, ai sensi di Legge, n°362 lavoratori con n° 29 formulazioni di prescrizioni mirate, equivalenti all’8,08% (vedi Tabella 2).

Il principale dato scaturito dal confronto fra la sorveglianza sanitaria 2022 ed il 2016 riguarda la prevalenza delle prescrizioni: 8,08 % vs 6,72 %.

Un incremento del 20 % circa risulta certamente significativo e può trovare come possibile giustificazione, oltre all’invecchiamento della popolazione lavorativa (nella maggior parte si tratta degli stessi lavoratori visitati con cadenza biennale a 6 anni di distanza), il ricorso al ‘full smart working’ per quasi due anni, a partire dal ‘lockdown’ della primavera 2020, e l’attuale attività in remoto al 50 %, nonostante la ‘preparazione’, dal punto di vista formativo ed organizzativo, garantita anzitempo dall’azienda.

Questi elementi hanno verosimilmente determinato una attività lavorativa più continuativa in ambito domestico, adattato per l’occasione e spesso caratterizzato da ambiente, piani di lavoro e sedute inadeguate, con la probabile adozione di posture meno corrette per arti superiori e colonna cervicale.

Entrando nello specifico, sembra che il genere maschile abbia sofferto maggiormente questo disagio, passando dal 3 % al 5 % circa di prevalenza dei casi di prescrizione, mentre l’incremento per le femmine è contenuto, passando dal 9 % al 10 % circa (vedi Tabella 2).

Le prescrizioni nel corso dell’anno 2022 riguardano per la maggior parte

**Tabella 2 - Numero dei casi di prescrizione confrontati a 6 anni di distanza**

Anno	N° visitati	Maschi	Femmine	N° casi e % di prescrizioni sui visitati	Prescrizioni fra Maschi	Prescrizioni fra Femmine
2022	359	138	221	29 = 8,08%	7 = 5,07%	22 = 9,95%
2016	342	131	211	23 = 6,72%	4 = 3,05%	19 = 9,00%

**Tabella 3 - Tabella aggiornata degli “orientamenti operativi”, 4ª edizione**

Condizione / Patologia	Modello di mouse Consigliato / Prescelto	Note	
<p><b>Mano piccola: &lt; 8ª taglia (S-Small nella classificazione internazionale)</b></p>	<p>Mini mouse</p>	<p>È importante la scelta personalizzata anche in base alla forma della mano</p>	
<p><b>Tendinopatia estensore dita o tendinite estens. 2° dito</b></p>	<p>Mini mouse oppure Mouse tradizionale con tappetino poggia-polso</p>	<p>Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su ‘modalità mancino’: uso 3° dito con 2° dito a riposo</p>	
<p><b>Malattia di De Quervain (tenosinovite abduktore lungo ed estensore breve del pollice)</b></p>	<p>Mouse-trackball (‘pallina’ centrale, modello ambidestro personalizzabile)</p>	<p>Nel caso di uso di mouse è utile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aumentare la ‘sensibilità’ del dispositivo limitando così i movimenti orizzontali</li> <li>- evitare modelli di ‘piccole dimensioni’ in caso di rizoartrosi.</li> </ul>	
<p><b>Rizoartrosi (artrosi trapezio-metacarpale)</b></p>	<p>oppure Mouse che consente appoggio del pollice (thumb scoop)</p>		
<p><b>Sindrome del Tunnel carpale</b></p>	<p>Mini mouse, Mouse tradizionale con tappetino poggia-polso o mouse verticale (obliquo)</p>	<p>Tappetino poggia-polso: neutralizzare l’estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Mantenere il polso neutro anche nel caso di vertical mouse.</p>	
<p><b>Cisti del polso (ventrale o dorsale): sinoviale, gangliare, tendinea</b></p>	<p>Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino poggia-polso</p>	<p>Tappetino poggia-polso: neutralizza l’estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Nel caso di cisti ventrale evitare il contatto con il cuscinetto, posizionandolo sotto la porzione di polso più vicina.</p>	

Condizione / Patologia	Modello di mouse Consigliato / Preselto	Note	
<p><b>Sindrome pronatoria, tendinite estensori avambraccio, epicondilite (laterale)</b></p>	<p><b>Mouse verticale (obliquo) o joy stick mouse</b></p>	<p>Se l'epicondilite colpisce l'arto che aziona la tastiera si consiglia un modello 'ad onda' ('curved keyboard').</p>	
<p><b>Tendinite cuffia rotatori</b></p>	<p>Mouse tradizionale</p>	<p>Corretto appoggio dell'avambraccio, uso tappetino poggia polso, aumento 'sensibilità' del mouse per limitare i movimenti della spalla</p>	
<p><b>Importante deficit/ disfunzione arto superiore dominante (p.es. osteoarticolare e neurologico o da patologia della colonna cervicale)</b></p>	<p>Mouse da valutare caso per caso</p>	<p>Adozione restman. Ulteriori dispositivi o accorgimenti da valutare caso per caso</p>	
<p><b>Sovraccarico/contrattura m.trapezio, muscolatura paracervicale</b></p>	<p>Mouse tradizionale</p>	<p>Evitare spalle 'arcuate', corretto appoggio dell'avambraccio sul piano di lavoro (circa metà fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso</p>	
<p><b>Ipotermia da utilizzo prolungato del mouse: 'mano fredda'</b></p>	<p>Mouse verticale (obliquo)</p>	<p>E' suggerito il mouse verticale, ma potrebbe essere sufficiente mantenere la postura corretta con il mouse tradizionale.</p>	

**Tabella 4 - Tipologia di prescrizione confrontata a 6 anni di distanza, suddivisa fra maschi e femmine**

Tipologia di prescrizione	N° casi 2022 N° visitati	N° casi 2016 Maschi
Tappetino poggia polso per mouse	18 (13 F; 5 M)	13 (9 F; 4 M)
Tappetino poggia polso per mouse e per tastiera	1 F	3 F
Mini mouse	7 (6 F; 1 M)	2 F
Mouse verticale (obliquo)	3 (2 F; 1 M)	0
Tappetino poggia polso + mini mouse	0	3 F
Restman	0	1 F
Restman + tappetino poggia polso	0	1 F

il tappetino poggia-polso, poi seguono l'utilizzo del 'mini-mouse' ed il 'mouse verticale-obliquo' (vedi Tabella 3 - 4).

Il confronto qualitativo fra le prescrizioni, a distanza di 6 anni, evidenzia una presenza sostanzialmente stabile del tappetino poggia polso ed una maggiore diffusione del 'mini mouse' e del mouse verticale-obliquo, a fronte di specifici disagi o disturbi che vengono approfonditi nel paragrafo successivo (Tabella 4). Si osserva una crescente preferenza per l'utilizzo di singoli presidi, piuttosto che in combinazione, e la 'scomparsa' del supporto 'restman' che rappresenta una soluzione soprattutto in quadri clinici, a carattere sub-acuto, a carico di colonna cervicale e spalla, evidentemente assenti nel corso del 2022.

I risultati di questa statistica eseguita ai margini della sorveglianza sanitaria ai sensi di Legge, perciò semplice e comunque 'limitata' nella disponibilità dei dati, vengono proposti soprattutto allo scopo di riflettere sul consolidamento sostanziale delle prescrizioni, ma anche sui cambiamenti indotti da una nuova organizzazione caratterizzata dal 'lavoro ibrido', dopo un periodo di 'full smart working' emergenziale predisposto dall'azienda oggetto della indagine, che ha prodotto inevitabili ricadute su diversi aspetti, tra cui le problematiche descritte a carico dell'apparato muscoloscheletrico.

Inoltre i dati prodotti dalla indagine

possono costituire un utile di riferimento per le buone prassi dei medici competenti, che seguono popolazioni analoghe ed intendono accogliere i criteri suggeriti dalla tabella nella versione più aggiornata e monitorare le relative prescrizioni nel tempo.

Naturalmente uno studio condotto su alcune centinaia di lavoratori, che ricoprono sostanzialmente la stessa mansione, richiederebbe ulteriori indagini 'più complete' su varie ed ampie popolazioni di videoterminalisti, in considerazione dell'incremento degli addetti e della diffusione dei dispositivi informatici, spesso portatili ed utilizzati al di fuori degli uffici, che verosimilmente introdurranno ulteriori problematiche legate all'evoluzione organizzativa e tecnologica.

Infine va precisato che la prescrizione dei presidi illustrati non può essere considerata una soluzione terapeutica, bensì una azione coadiuvante, comunque efficace perché si concretizza durante l'intera giornata lavorativa, che può integrare l'azione condotta dai curanti, dal medico di famiglia all'ortopedico ed al fisiatra, in una costruttiva collaborazione di cui si avvantaggia il paziente-lavoratore.

### Considerazioni sulle prescrizioni

L'analisi delle singole prescrizioni conferma il **tappetino poggia polso per**

**mouse** quale presidio di gran lunga più diffuso. Inoltre, se comprendiamo anche la prescrizione associata al tappetino poggia polso per tastiera si tratta di circa 2/3 dei casi di lavoratori con prescrizione: 14 femmine e 5 maschi (Tabella 4).

Il tappetino poggia polso, sia per mouse che per tastiera, viene prescritto soprattutto per abolire l'estensione del carpo, rispetto all'avambraccio, ridurre la pressione all'interno del tunnel carpale (responsabile dell'infiammazione tendinea con pressione sul n. mediano che produce la Sindrome del Tunnel carpale- STC) ed attenuare la tensione sui tendini estensori (tendinite e cisti tendinee, per esempio) (17). Nella eventualità di un impaccio per le ridotte dimensioni della superficie del tappetino (pad), è possibile incrementare la sensibilità del mouse, riducendone così il movimento.

A proposito di Sindrome del Tunnel Carpale, si tratta della patologia che più spesso è accostata all'utilizzo del mouse nel lavoro al videoterminale, e tale possibile correlazione per il genere femminile è ribadita anche da una recente indagine (18).

Tuttavia la letteratura scientifica rimane contraddittoria nel merito della relazione fra questa patologia e il lavoro al videoterminale. A titolo di esempio si può citare un articolo nazionale del 2020 (19) che nega il nesso di causalità con qualsiasi patologia muscolo-sche-

letrica degli arti superiori ed un altro internazionale precedente di alcuni anni (20), che evidenzia invece una prevalenza elevata della STC fra i videoterminalisti con rischio relativo che aumenta con l'incremento delle ore di esposizione.

Al di là della dibattuta eziologia professionale, si osserva generalmente un maggiore confort nell'utilizzo del tappetino poggia polso da parte di 'soggetti sani', poiché, realizzando un ulteriore punto di sostegno, si attenua la tensione di tutte le strutture miotendinee dell'apparato estensore dell'arto superiore (5). Peraltro sono numerose le indagini che ribadiscono l'importanza di garantire una adeguata postura con relativo appoggio, al piano di lavoro e con eventuale supporto dedicato, per la prevenzione di disturbi all'arto superiore ed al collo (21, 22, 23, 24).

La prescrizione del 'mini mouse' (il modello di dimensioni ridotte generalmente associato al pc portatile) ha registrato un lieve incremento, ma non più in associazione con il tappetino poggia-polso e con netta prevalenza per il genere femminile (Tabella 4).

Evidentemente tale presidio si è dimostrato efficace nel ridurre la tensione dell'estensore del carpo, presente soprattutto nella mano piccola che utilizza mouse di medio-grandi dimensioni, portando beneficio nei casi di tendinite, cisti dorsali di mano e polso, e Malattia di De Quervain (25).

Va ricordato che tale presidio può portare beneficio 'a costo zero', se fornito agli operatori, e soprattutto operatrici, con mano piccola, vale a dire taglia inferiore a 8, oppure Small nella classificazione internazionale. E finalmente alcune case costruttrici stanno introducendo il concetto di mouse personalizzato per misura e forma, allargando l'offerta di modelli alternativi sul mercato (26), come del resto era stato auspicato già nella prima pubblicazione dedicata al tema 10 anni fa (1).

A proposito di M. di De Quervain (tenosinovite abduktore lungo ed estensore breve del pollice) e di Rizoartrosi (artrosi trapezio-metacarpale) non sono stati ancora prodotti orientamenti univoci. Perciò, vengono indicate due soluzioni da contestualizzare caso per caso, allo scopo di risparmiare il pollice

della mano che utilizza il mouse:

- **mouse-trackball**, è presente una 'pallina-puntatore' centrale, modello ambidestro personalizzabile, che richiede l'utilizzo prevalente di indice e medio (12)
- **mouse con thumb scoop**, che consente l'appoggio (lo scarico) del pollice su un piccolo 'scavo' dedicato (scoop). Se si incrementa la 'sensibilità' del dispositivo, vengono limitati i movimenti orizzontali e perciò lo sforzo di tutte le dita.

Nella indagine del 2022 ha registrato un importante incremento (da 0 a 3) la prescrizione del **mouse 'verticale'**, o più precisamente **'mouse obliquo'** ('slanted') (Tabella 4). Si tratta di un modello che, rispetto al mouse tradizionale (orizzontale o flat), 'alza' la parte radiale del polso rispetto al piano di lavoro, fino ad un massimo di 60°, annullando quella pronazione che può contrastare la guarigione di una epicondilita o comunque di un tendinite dell'estensore dell'avambraccio. Il mouse obliquo ha evidenziato beneficio anche in qualche caso di Sindrome del Tunnel Carpale, se l'operatore mantiene la neutralità della articolazio-

Tastiera Split



Mouse bar



Tastiera "a onda"



Mouse 3D



ne radiocarpica, vale a dire a 180°. In realtà sono diversi i contributi che hanno evidenziato una preferenza per il mouse obliquo poiché riduce il carico dell'arto superiore, in particolare dell'avambraccio (12), ed un beneficio in termini ergonomici e di performance (27, 28).

Tuttavia, pur trattandosi di uno tra i modelli più apprezzati dal punto di vista 'ergonomico', vanno tenuti in considerazione alcuni aspetti, per esempio la dimensioni del 'corpo' del mouse, poiché una mano piuttosto piccola potrebbe trovarsi a disagio, impugnando un mouse di grandi dimensioni. Inoltre sembra sconsigliabile l'utilizzo di un mouse obliquo nel caso di M. di De Quervain, nelle tendiniti dorsali della mano, ed anche nel caso di rizoartrosi, soprattutto quando è richiesta una 'presa' stretta, che può incrementare la tensione delle strutture tendinee interessate e riacutizzare la flogosi a livello trapezio metacarpale.

L'utilizzo del mouse tra gli operatori è stimato essere quasi tre volte quello della tastiera (27), tuttavia non va sottovalutato il tema della postura delle mani impegnate con la cosiddetta 'keyboard'.

Perciò nei casi sopra descritti che si

avvantaggiano dall'uso del mouse obliquo, può essere consigliabile anche una **tastiera 'a onda'**, oppure 'dimezzata' ('curved' o 'split'), poiché riduce la pronazione dell'avambraccio, rispetto alla tastiera tradizionale piatta (flat), analogamente a quanto avviene con il mouse obliquo (slanted) (29).

La **tastiera split**, o 'dimezzata', può essere personalizzabile al punto da annullare ogni estensione o deviazione ulnare della mano, rispetto all'avambraccio, realizzando una neutralità del polso, teoricamente ideale, in attesa di osservazioni e studi più approfonditi dedicati al tema 'alternative keyboard' (30).

Mouse emergenti, Roller bar o '**mouse bar**'. Si tratta di un nuovo sistema di puntamento comprendente alcuni comandi al centro di un supporto per la tastiera, corrispondenti ai tradizionali tasti del mouse e ad altre funzioni, ed un 'rullo' lungo il bordo del supporto appoggiato alla tastiera, che consente di muovere il puntatore. In pratica una specie di mouse integrato nel sistema tastiera, che tuttavia non ha evidenza al momento concreti vantaggi ergonomici (31).

**Mouse 3D.** La modellazione tridimensionale nella computer grafica 3D, è il

processo che definisce una forma tridimensionale, generata su computer in uno spazio virtuale, utilizzando particolari software. I puntatori specifici per la modellazione, cosiddetti 'mouse 3D', presentano caratteristiche diverse dai comuni 'mouse':

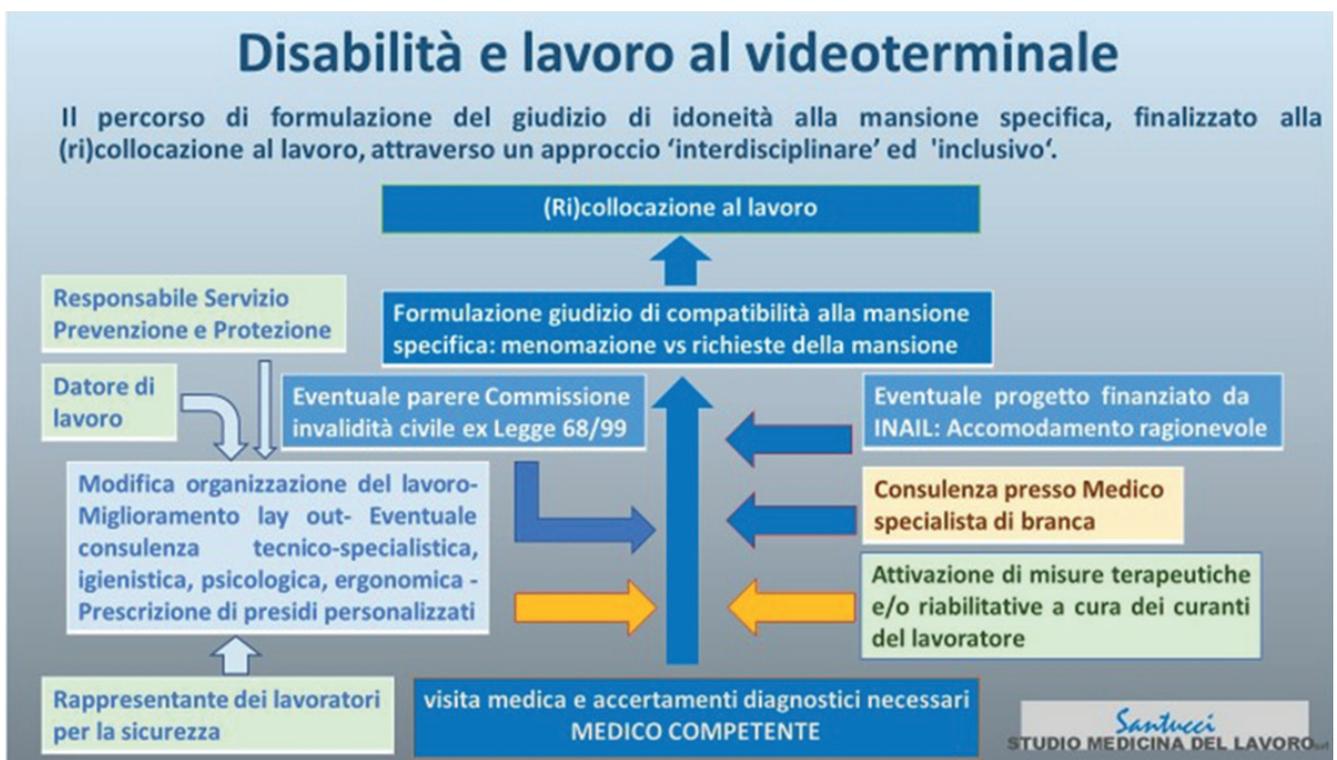
- forme variabili
- impugnatura particolare
- operatività bimanuale.

Tali variabili rendono il mouse 3D oggetto di attenzione per il rischio di problematiche muscolo-scheletriche correlate, tuttavia non sono note 'osservazioni' sul campo e tanto meno pubblicazioni dedicate.

Merita una nota a margine la problematica della colonna cervicale (cervicalgia in artrosi, discopatie, ecc) che sembrerebbe pressoché assente nella gestione dei presidi sopra elencati.

Il motivo risiede nella scarsa efficacia che può portare, per esempio, un mouse particolare nella postura della colonna cervicale, mentre questo segmento scheletrico può trarre notevole beneficio da altri aspetti.

Per esempio, il collo può trarre grande beneficio dalla corretta postura (l'importanza della formazione-informazio-



ne!) nell'utilizzo dei dispositivi portatili (citiamo per tutte la prevenzione della 'Sindrome text neck' così frequente fra i più giovani) e dalla scelta efficace dell'occhiale multifocale, in base all'utilizzo di un desktop o di un laptop, con relativa regolazione in altezza dello schermo.

Tuttavia nel caso di riacutizzazioni di disturbi cervicali (o della spalla) con frequente brachialgia, l'operatore può trarre giovamento dall'utilizzo di un **restman**, vale a dire di un supporto imbottito, che consente l'appoggio totale, e perciò il massimo 'scarico', dell'avambraccio appoggiato.

Tale rimedio, unitamente al corretto posizionamento delle spalle ed all'incremento della sensibilità del mouse, può garantire così un'importante alleggerimento della sintomatologia nella fase sub-acuta, consentendo la compatibilità con lo svolgimento della mansione in attesa di una soluzione eziologica (ved. tabella).

Peraltro numerosi autori, già citati a proposito della Sindrome del Tunnel Carpale, hanno ribadito la notevole importanza dell'appoggio sul piano di lavoro, o tramite supporto dedicato, nella prevenzione e nella attenuazione dei disturbi a carico di colonna cervicale ed arto superiore nel suo complesso.

La 'mano fredda'. L'ipotermia della mano, la cosiddetta 'mano fredda' dopo utilizzo prolungato del mouse, è lamentata da alcuni soggetti soprattutto di sesso femminile e probabilmente è determinata da una alterazione della circolazione arteriosa locale, che si accentua a causa di una postura scorretta dell'arto superiore, per esempio appoggiando il solo polso al piano di lavoro (oppure non appoggiandolo) e mantenendo il gomito 'più basso'. Una indagine ha comunque evidenziato una riduzione del fenomeno utilizzando proprio il mouse verticale (obliquo), rispetto al mouse tradizionale (orizzontale) <sup>(32)</sup>.

---

## Conclusioni

---

Se vi sono dubbi sul rapporto di causalità fra attività al videoterminale e malattie muscoloscheletriche, è invece

consolidata l'evidenza di disturbi a collo e spalle, polsi e mani con una prevalenza variabile ma consistente (3, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 35).

Tra gli obiettivi principali del medico competente, che sorveglia gli addetti al videoterminale, spicca la riduzione dei disturbi che confliggono con l'attività lavorativa e la prevenzione di riacutizzazioni o cronicizzazioni di quadri clinici muscolo-scheletrici, eventualmente presenti agli arti superiori o alla colonna cervicale.

Nel monitoraggio decennale svolto verso una azienda multinazionale oggetto dell'indagine, i casi di lavoratori che beneficiano dalla prescrizione di un presidio mirato o di un mouse particolare, in base alle alterazioni/patologie indicate nella *tabella 2*, sono compresi fra il 7 e l'8 % circa.

Perciò, se fossero esatte le stime di circa 16-20 milioni di videoterminalisti in Italia, sarebbe di circa un milione e mezzo il numero di lavoratori su scala nazionale, che possono beneficiare di un corretto approccio prevenzionistico. Inoltre l'azione del medico competente, che si avvantaggia di visite mediche obbligatorie per Legge verso soggetti che non sempre si recano dal proprio sanitario, può integrare un processo di sensibilizzazione del paziente-lavoratore in grado di consentire ai colleghi-curanti sia la diagnosi specialistica, che un eventuale trattamento terapeutico in una fase precoce.

Il moderno target del medico competente consiste nella 'persona al lavoro' che, attraverso la sorveglianza sanitaria, e più in generale la consulenza, si avvantaggia di un approccio prevenzionistico che garantisce la migliore compatibilità fra quadro clinico e richieste della mansione e la possibilità di un (ri) collocamento adeguato nelle situazioni di vera e propria disabilità.

E si ricorda che questi casi devono essere gestiti, recependo gli adempimenti di Legge in merito all'accomodamento ragionevole, mirando perciò all'inserimento, o re-inserimento, del lavoratore ai sensi della Legge di stabilità 2015 (L.190/2014).

A tal proposito si pensi ai lavoratori colpiti da una malattia invalidante oppure da esiti infortunistici a carico degli arti superiori che, dopo un adeguata riqualificazione, vengono ricollocati

nell'ambito di una mansione impiegativa, a volte nella stessa azienda.

Ad ogni modo, attuando una sorta di 'micro-accomodamento' per ogni caso meritevole di supporto e caratterizzato dall'inquadramento diagnostico e dalla prescrizione del presidio con eventuale supporto specialistico, si può realizzare una notevole riduzione dei costi sociali, considerate le ripercussioni negative su diagnosi e terapie tardive con ridotta produttività ed incremento dell'assenteismo.

A questo proposito l'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, nello specifico del lavoro al videoterminale svolto in remoto (teleworking), raccomanda la necessità di interventi di adattamento delle postazioni di lavoro, al fine di prevenire il peggioramento di malattie muscolo-scheletriche preesistenti (36).

Tuttavia la condizione indispensabile per approdare ad un risultato efficace è che si completino i consueti passaggi, ormai consolidati nella Legislazione nazionale vigente, dalla valutazione dei rischi all'adozione di misure preventive e protettive, tra le quali spicca una efficace sorveglianza sanitaria in base alle Linee Guida e gli Orientamenti scientifici più accreditati (16, 37) e la corretta formulazione dei giudizi di idoneità al lavoro specifico, che può trovare un utile riferimento nella tabella compresa in questo contributo (Art.25, Titolo VII e allegato XXXIV del Lgs.81/08 e s.m.i.). Ma questa nuova scommessa può essere vinta soltanto se i medici competenti, e mi rivolgo in particolar modo ai più giovani, si dimostreranno in grado di rispondere alla crescente domanda di salute e benessere proveniente dalla 'persona al lavoro' in ogni ambito lavorativo.

1. Santucci P, Videoterminalista, mouse e idoneità: primi orientamenti operativi. *Medico competente Journal*, n°4/2014.
2. 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.
3. International Labour Office, Healthy and safe telework, Technical brief — GENEVA, 2021.
4. Bisio C., Santucci P., La Campagna europea EU OSHA 2023-2025: digitalizzazione dei luoghi di lavoro. Nuovi rischi fisici, crescenti aspetti psicosociali, attività in remoto, realtà virtuale: quali strumenti per una valutazione integrata dei rischi? Club sicurezza, Confindustria Genova, 29/6/2023.
5. Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi in: *Ufficio e Salute, Medico Competente Journal*, n°2/2015, giugno 2015.
6. Santucci P., Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti, in: *Ufficio e Salute, Medico Competente Journal*, n°1/2016, marzo 2016.
7. Santucci P., Videoterminalista: 'mouse', seduta e idoneità. Terza edizione degli orientamenti operativi, in: *Ufficio e Salute, Medico Competente Journal*, n°3/2016, settembre 2016.
8. Santucci P., Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti: 2<sup>a</sup> parte, in: *Ufficio e Salute, Medico Competente Journal*, n°4/2016, dicembre 2016.
9. European Agency for Safety and Health at Work, Office Ergonomics, E facts-13, 2003
10. European Agency for Safety and Health at Work, Prolonged static sitting at work. Health effects and good practice, 2021.
11. European Agency for Safety and Health at Work, New forms of work in the digital era: implications for psychosocial risks and musculoskeletal disorders, Discussion Paper, 2021.
12. Sacco A., I videoterminali negli ambienti di lavoro. Dalla valutazione del rischio alla sorveglianza sanitaria, FS Edizioni, 2018.
13. Baracco A., Bechis M., Spada S., Manuale di ergonomia industriale, CSAO, Torino, 2019.
14. McKinsey Global Institute. A future that works: Automation, employment and productivity, 2017.
15. Santucci P., Proposta di classificazione delle mansioni al videoterminalista. *Medico Competente Journal*, n°1/2018.
16. Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco A., Draicchio F., Mattioli S.. Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs), Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Fondazione Salvatore Maugeri, PI-ME, 2003.
17. Feathers D.J., Kimberly Rollings K., Alan Hedge A., Alternative computer mouse designs: performance, posture, and subjective evaluations for college students aged 18-25. *Work*. 2013;44 Suppl 1:S115-22.
18. Riccò M., Cattani S., Signorelli C., Personal risk factors for carpal tunnel syndrome in female visual display unit workers. *Int J Occup Med Environ Health*, 29(6): 927-936, 2016.
19. Meroni M., Battevi N., Vitelli N., Indagine epidemiologica sulle patologie e sui disturbi muscoloscheletrici degli arti superiori in un gruppo di 2022 videoterminalisti. *Med Lav* 2020; 101 (4): 276-285, 2020.
20. Ali K.M., Sathiyasekaran B.W., Computer professionals and Carpal Tunnel Syndrome (CTS), *Int J Occup Saf Ergon*, (12), 319-325, 2006.
21. Kiss P., De Meester M., André Kruse A., Chavée B., Braeckman L., Neck and shoulder complaints in computer workers and associated easy to assess occupational factors--a large-scale cross-sectional multivariate study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012 Feb;85(2):197-206.
22. Onyebeke L.C., Young J.G., Trudeau M.B., Dennerlein J.T., Effects of forearm and palm supports on the upper extremity during computer mouse use. *Appl Ergon*. 2014 May;45(3):564-70.
23. Sako S., Sugiura H., Tanoue H., Kojima M., Kono M., Inaba R., Electromyographic analysis of relevant muscle groups during completion of computer tasks using different computer mouse positions. *Int J Occup Saf Ergon*. 2017 Jun;23(2):267-273.
24. Nakatsuka K., Tsuboi Y., Okumura M., Murata S., Isa T, Kawaharada R., Matsuda N., Uchida K, Horibe K, Kogaki M., Ono R., Association between comprehensive workstation and neck and upper-limb pain among office worker. *J Occup Health*. 2021 Jan;63(1): e12194.
25. Santucci P., Pavione E., Bontadi D., Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo, in: *Ufficio e Salute, Medico Competente Journal*, n°3/2014, settembre 2014.
26. [www.logitech.com](http://www.logitech.com). Ultimo accesso 15/09/2023.
27. Odell D., Johnson P., Evaluation of flat, angled, and vertical computer mice and their effects on wrist posture, pointing performance, and preference. *Work*. 2015;52(2):245-53.
28. Gaudez C., Cail F., Effects of mouse slant and desktop position on muscular and postural stresses, subject preference and performance in women aged 18-40 years. *Ergonomics* 2016 Nov;59(11):1473-1486.
29. Smith M.J., Karsh B.T., Conway F.T., Cohen W.J., James C.A., Morgan J.J., Sanders K., Zehel D.J., Effects of a split keyboard design and wrist rest on performance, posture, and comfort. *Hum Factors*. 1998 Jun; 40(2): 324-36.
30. Marklin RW, Simoneau GG, Design features of alternative computer keyboards: a review of experimental data, *Review J Orthop Sports Phys Ther*. 2004 Oct;34(10):638-49.
31. Garza J.L.B., Young J.G., A literature review of the effects of computer input device design on biomechanical loading and musculoskeletal outcomes during computer work. *Work*. 2015;52(2):217-30.
32. Reste J., Zvagule T., Kurjane N., Martinsone Z., Martinsone I., Seile A., Vanadzins I., Wrist Hypothermia Related to Continuous Work with a Computer Mouse: A Digital Infrared Imaging Pilot Study. *Observational Study Int J Environ Res Public Health*. 2015 Aug 7;12(8):9265-81.
33. Jensen C., Finsen L., Søgaard K., Christensen H., Musculoskeletal symptoms and duration of computer and mouse use. *International Journal of Industrial Ergonomics*. Vol.30, Issues 4-5, Oct-Nov 2002, Pag. 265-275.
34. Klussmann A., Gebhardt H., Liebers F., Rieger M.A., Musculoskeletal symptoms of the upper extremities and the neck: a cross-sectional study on prevalence and symptom-predicting factors at visual display terminal (VDT) workstations. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008 Jun 27;9:96.
35. Iwakiri K., Mori I., Sotoyama M., Horiguchi K., Ochiai T., Jonai H., Saito S.. Survey on visual and musculoskeletal symptoms in VDT workers. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2004 Nov;46(6):201-12.
36. European Agency for Safety and Health at Work. Home-based teleworking and preventive occupational safety and health measures in European workplaces: evidence from ESENER-3. *European Risk Observatory, Report*, 2021.
37. Piccoli B., Battevi N., Coggiola M., Colais L., D'Orso M.I., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Rebecchi M.T., Russo M., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Funzione visiva ed uso occupazionale di videoterminali: orientamenti ed indicazioni pratico-applicative per l'attività professionale del medico del lavoro e del medico competente, SIML 2020.



# Piano Formativo 2023

L'offerta formativa ANMA rivolta al Medico Competente prosegue con i corsi organizzati dalla [Sezione Regionale Marche](#) in programma il 23 settembre e il 14 ottobre e dalla [Sezione Regionale Campania](#) il 7,14, e 21 ottobre: si parlerà, tra l'altro, di Lavoratori stranieri, radioprotezione medica, total worker health, "nuova" Sorveglianza Sanitaria, aspetti economici e giuridici della professione.

A breve sarà la volta di altri appuntamenti formativi, anche in modalità FAD, con percorsi adeguati ed efficaci mirati per i Medici Competenti, progettati e realizzati tenendo conto dei bisogni formativi dei nostri Associati, e non solo, per garantire una crescita professionale costante e una sempre maggiore expertise nel campo della Medicina del Lavoro.

Vai al **Piano Formativo ANMA 2023** per tutti gli approfondimenti dal link qui sotto.

**CLICCA QUI - Piano Formativo 2023**

# Il Presidente ANMA intervistato a Radio24

Il Presidente dott. Patanè è stato chiamato a partecipare con una rapida intervista al programma **Effetto giorno** di **Radio24** con alcune domande a proposito di caldo intenso e attività lavorative, ascolta la registrazione sui nostri Social.



FACEBOOK



TWITTER



INSTAGRAM



YOUTUBE



LINKEDIN

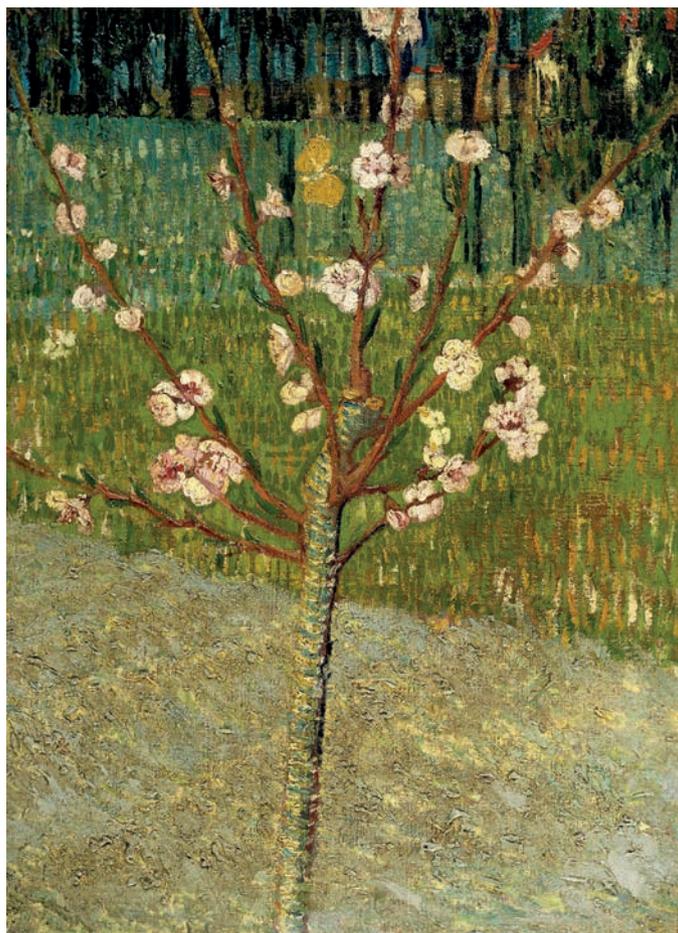
[CLICCA QUI - Ascolta la puntata integrale](#)



## ***Io sono***

*Senza quell'unico piccolo germogliare della speranza,  
che evidentemente chiunque può spezzare,  
senza quella tenera gemma cotonosa,  
che il primo venuto può far saltare con l'unghia,  
senza quella gemma,  
che ha l'aria di non essere nulla, che non sembra nulla,  
tutta la mia creazione non sarebbe che un legno morto*

Charles Péquy – Notre Jeunesse (1910)



**Vincent van Gogh** - *Almond tree in blossom* (1888)

## MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 3/2023

### 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 Trincanato



ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2015

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



# Rimani in contatto con ANMA

Seguici sui nostri canali  
social e scopri ogni giorno  
nuovi contenuti



FACEBOOK



TWITTER



INSTAGRAM



YOUTUBE



LINKEDIN

Iscriviti alla newsletter per ricevere  
informazioni e notizie aggiornate!

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

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



*Il più grande gruppo italiano al servizio della salute dei cittadini e delle imprese*

## IL GRUPPO

---

Il Gruppo Bialalisi nasce a metà degli anni settanta a Lissone (MB) con l'obiettivo di offrire servizi diagnostici efficienti, di elevata qualità e a costi contenuti.

## LE STRUTTURE

---

Oggi, Bialalisi è presente in ben 9 Regioni, soddisfacendo le esigenze dei cittadini con oltre 16 milioni di esami diagnostici l'anno. Punto di forza di Bialalisi è la ramificazione dei suoi centri sul territorio che consentono l'accesso a prestazioni sanitarie con standard qualitativi elevati e senza lunghi tempi d'attesa per l'utente.





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