Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.
NUMERO 2/2013



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

Numero 2/2013
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE
Paolo Santucci

COMITATO DI REDAZIONE
Giuseppe Briatico Vangosa
Gino Barral
Danilo Bontadi
Umberto Candura
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto
Piero Patanè
Marco Saettone

REALIZZAZIONE GRAFICA
Martino Segato per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova
email: cuslpadova@gmail.com

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

ANMA

www.anma.it

Presidente
Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente
Umberto Candura

Segretario
Daniele Ditaranto

Consiglieri
Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio

(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 20012-2016)

La quota associativa annuale per i **Medici Competenti** è di **€ 100,00**
Per gli **Specializzandi in Medicina del Lavoro** non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi **gratuitamente**.
(l'iscrizione o il rinnovo, previa registrazione al portale www.anma.it, possono essere effettuati tramite bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: **IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22**)
o bollettino postale sul C/C n. **11199205**

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
Segr. Antonio Lo Izzo

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

Allegato 3B... (la storia continua)

Siamo giunti ad agosto e la piattaforma INAIL accetta regolarmente l'immissione dei dati relativi all'allegato 3 B, contrariamente a quanto dichiarato nella riunione del 24 aprile u.s. al Ministero della Salute, e mai ufficialmente smentito, che fissava il termine al 30 giugno e quindi l'impossibilità successiva di accedere alla piattaforma stessa.

Siamo senza parole e senza comunicazioni ufficiali su come procedere.

Per adesso non possiamo che ricordare l'impegno di ANMA, che ad inizio giugno ha inviato alcune note ai rappresentanti delle Istituzioni e degli Enti interessati all'elaborato telematico dell'allegato 3B (ved. sito anma.it), e successivamente ha scritto ai Ministri della Salute e del Lavoro per portare a conoscenza di un livello istituzionale più alto, la grave situazione venutasi a creare con una gestione affrettata e confusa da parte degli uffici di Loro pertinenza, della piattaforma informatica, dei tempi e delle modalità, scelte per la compilazione dell'allegato 3B.

Ecco il testo di accompagnamento alla lettera indirizzata ai Ministri il 12 giugno 2013 con le richieste più urgenti. Di seguito la lettera integrale.

Illustrissimi Ministri,

dopo aver letto la recente Circolare emanata in data 10/06/2013 dal Dipartimento della Sanità Pubblica (DGPRE 00133313-P-10/06/2103), ci sentiamo in dovere di rivolgere alla Vostra autorevole attenzione le problematiche applicative dell'articolo 40 (Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale) del D. Lgs. 81/08 (il cosiddetto Testo Unico Salute e Sicurezza sul lavoro) che stanno creando notevoli tensioni al medico competente e conseguente conflittualità nei confronti delle Istituzioni.

La circolare citata è per noi irricevibile per una serie di motivazioni fra cui il mantenimento della sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro in caso di non trasmissione dei dati richiesti dal cosiddetto Allegato 3 B entro il termine del 30 giugno p.v. a fronte del rilascio avvenuto soltanto il 31 maggio u.s. dell'applicativo telematico predisposto dall'INAIL.

Tale applicativo, seppur lodevole, presenta le fisiologiche problematiche di uno nuovo strumento informatico, che abbiamo puntualmente comunicato sia ad INAIL che alla Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute chiedendo la proroga dei termini e la sospensione della sanzione.

La pubblicazione della Circolare prima richiamata ha letteralmente gelato la

fiducia dei medici competenti.

Ci sentiamo quindi in dovere come loro rappresentanti di inviare una formale istanza chiedendo:

- ***la proroga del periodo di sperimentazione per consentire l'effettiva attivazione di un tavolo tecnico tra le istituzioni e le associazioni scientifiche mirato non soltanto a mettere a punto la piattaforma informatica, ma soprattutto ad aprire una discussione sulle finalità della trasmissione e quindi sulla struttura ed i contenuti dell'Allegato 3B;***
- ***la proroga della scadenza per la trasmissione dei dati al 31 dicembre 2013;***
- ***l'abrogazione della sanzione prevista dall'art. 58, comma 1, lettera e) che, anche se parzialmente ridimensionata dal D. Lgs. 106/09, rimane spropositata se rapportata alle dichiarate finalità epidemiologiche della disposizione.***
- ***in subordine la sospensione della sanzione anche per l'esercizio 2013, visto che i criteri per la trasmissione dei dati sono stati resi noti dopo la fine dell'anno di riferimento (2012).***

Vorremmo anche far notare l'onerosità di questo adempimento, che fatalmente ricade sui costi dell'impresa. Nostri consulenti di SDA-Bocconi hanno stimato che esso comporterebbe un onere complessivo attorno ai 2,7 miliardi di euro.

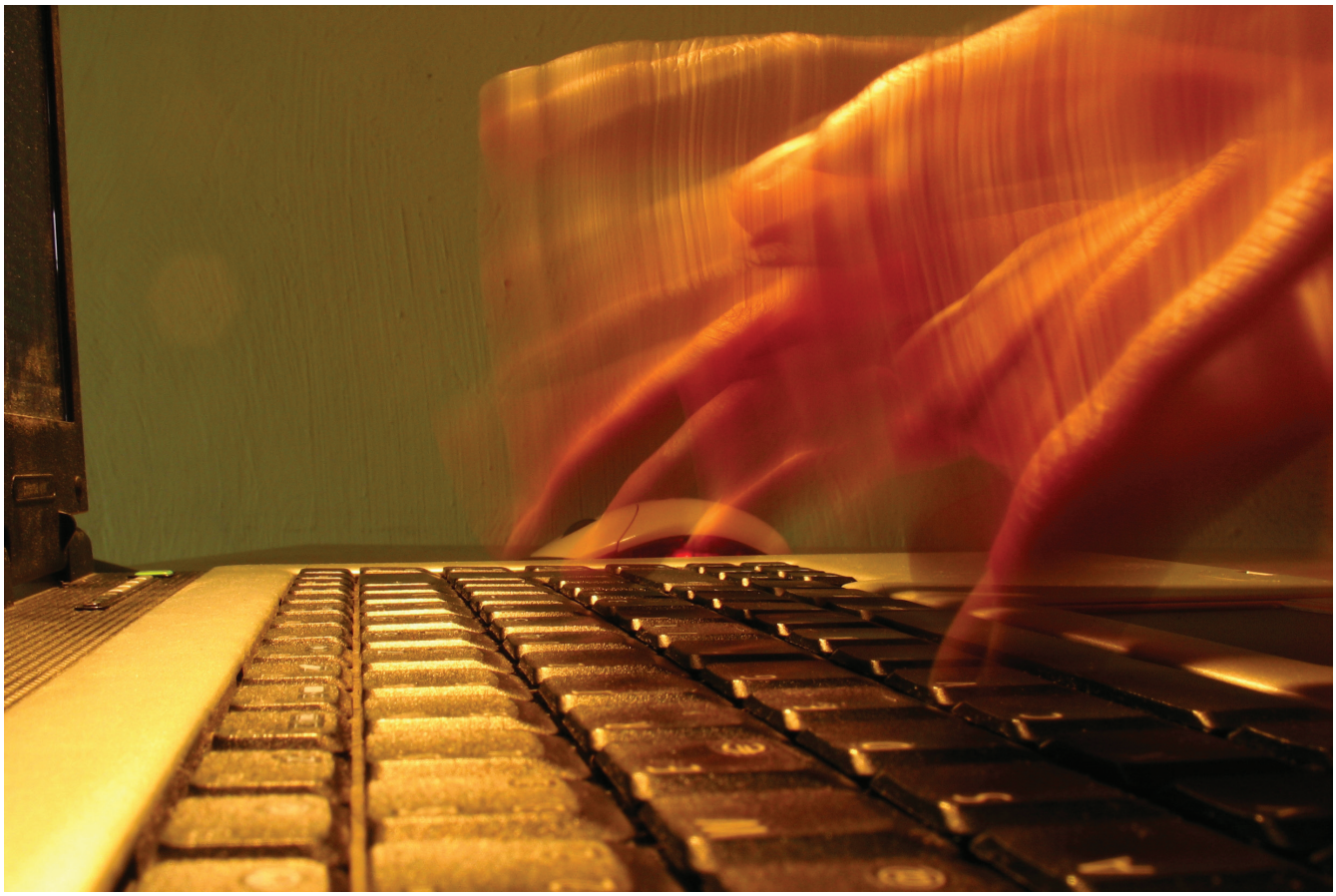
Le motivazioni articolate a supporto di quanto detto sono espresse nel documento che alleghiamo.

Confidando nell'accoglimento della nostra istanza e, ribadendo la nostra piena disponibilità ad un dialogo costruttivo atto al miglioramento della tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro e dei rapporti tra il medico competente e servizio sanitario nazionale, porgiamo i nostri migliori saluti.

Per il Consiglio Direttivo dell'ANMA – Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Il Presidente

Dr. Giuseppe Briatico-Vangosa



Al Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin

Al Ministro del Lavoro
Prof. Enrico Giovannini

e per conoscenza
Al Ministero della Salute - Dipartimento di sanità pubblica e dell'inovazione - Direzione generale della prevenzione.
Al Ministero del Lavoro - Direzione generale delle relazioni industriali e dei rapporti di lavoro
Al Ministero del Lavoro - Direzione generale per l'attività ispettiva.
Al coordinamento Tecnico delle regioni - presso la regione Veneto - Direzione prevenzione.
All'INAIL - Direzione centrale prevenzione.
Alla Presidenza di Confindustria
Al Presidente SIMLII

Loro Sedi
Oggetto: richieste in merito all'applicazione dell'articolo

Illustrissimi Ministri,
ci sentiamo in dovere di rivolgere alla Vostra autorevole attenzione le problematiche applicative dell'articolo 40 (Rapporti del medico competente con il Servizio sanitario nazionale) del D. Lgs. 81/08 (il cosiddetto Testo Unico Salute e Sicurezza sul lavoro) che stanno creando notevoli tensioni al medico competente e conseguente conflittualità nei confronti delle Istituzioni, dopo aver letto la recente Circolare emanata in data 10/06/2013 dal Dipartimento della Sanità Pubblica (DGPRE 00133313-P-10/06/2013) per noi irricevibile.

La norma sopra richiamata dà obbligo al medico competente di trasmettere "entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informa-

zioni … (omissis) secondo il modello in allegato 3 B", **la cui violazione prevede la sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro** (la sanzione di maggior importo per il medico competente)
Già nel 2010 la trasmissione dei dati richiesti dall'allegato 3 B dell'articolo 40 creò non poche difficoltà e confusione, tanto che la trasmissione dei dati fu sospesa. Nell'occasione la nostra Associazione chiese che fosse messo a disposizione un applicativo ad hoc su piattaforma telematica.
A seguito della pubblicazione del DM del 9 luglio 2012 si sono riaperti i termini per la trasmissione dei dati con scadenza 30 giugno p.v. e nel contempo, il 31 maggio u.s., INAIL ha rilasciato in rete un applicativo per la compilazione in rete dell'allegato prima citato.
Dal 31 maggio i medici competenti hanno iniziato ad inserire i dati loro richiesti incontrando le fisiologiche difficoltà di un sistema in rodaggio che però sta rallentando la possibilità di utilizzo dell'applicativo e dunque il rispetto dei termini stabiliti dalla legge. Si sta dunque creando una situazione davvero paradossale e senza difesa certa, con la possibilità di essere pesantemente sanzionati.
E' improponibile concedere meno di 30 giorni per adempiere ad un obbligo, poi aggravato dalle fisiologiche difficoltà di un nuovo applicativo informatico su cui tutti devono prendere confidenza.

Alle difficoltà operative segnalate si aggiungono le perplessità ad oggi irrisolte sulla significatività dello strumento, nonostante l'ANMA abbia avanzato una serie di proposte finalizzate a rendere coerente il sistema di raccolta e di trasmissione dei dati con i dichiarati obiettivi epidemiologici per la realizzazione della mappatura territoriale dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro, la struttura e l'impostazione dell'Allegato 3B sono ancora quelli di uno strumento per il controllo sull'operato dei medici competenti e delle aziende ponendo fondati dubbi anche sulla sua legittimità dal punto di vista giuridico.

A ciò si aggiungono le riflessioni sul costo dell'operazione. Nostri consulenti di SDA-Bocconi hanno sottolineato l'onerosità di questo adempimento, che fatalmente ricade sui costi dell'impresa, che comporterebbe un onere complessivo stimabile attorno ai 2,7 miliardi di euro.

Considerato l'insieme di questi aspetti e le numerose segnalazioni che stiamo ricevendo sulle difficoltà operative nell'utilizzo e nella funzionalità dello strumento telematico messo a disposizione in via sperimentale, che abbiamo puntualmente segnalato agli Enti competenti, chiediamo:

- **la proroga del periodo di sperimentazione per consentire l'effettiva attivazione di un tavolo tecnico tra le istituzioni e le associazioni scientifiche mirato non soltanto a mettere a punto la piattaforma informatica, ma soprattutto ad aprire una discussione sulle finalità della trasmissione e quindi sulla struttura ed i contenuti dell'Allegato 3B;**
- **la proroga della scadenza per la trasmissione dei dati al 31 dicembre 2013;**
- **l'abrogazione della sanzione prevista dall'art. 58, comma 1, lettera e) che, anche se parzialmente ridimensionata dal D. Lgs. 106/09, rimane spropositata se rapportata alle dichiarate finalità epidemiologiche della disposizione.**
- **in subordine la sospensione della sanzione anche per l'esercizio 2013, visto che i criteri per la trasmissione dei dati sono stati resi noti dopo la fine dell'anno di riferimento (2012).**

Ci teniamo a precisare che la posizione dell'ANMA sui rapporti tra il medico competente e servizio sanitario nazionale è pubblica fin dai tempi della discussione del D. Lgs. 81/08. Consideriamo l'art. 40 come l'occasione per la creazione di una sinergia tra i settori pubblico e privato finalizzata all'ottimizzazione della catena di azioni volte a realizzare la prevenzione e la promozione della salute del cittadino-lavoratore.
Alla luce degli eventi che si sono succeduti in questi anni riteniamo che questa occasione sia stata finora perduta, per cui nella comunità dei medici competenti, prevale la convinzione che l'art. 40 sia soltanto un ulteriore inutile appesantimento di un'attività già for-

temente burocratizzata e che la sua finalità rimanga del tutto ambigua.

Gli eventi di questi ultimi mesi non hanno certamente aiutato a rasserenare il clima.
Sempre in relazione a questo aspetto, stanno creando sconcerto e disorientamento le comunicazioni che alcune ASL stanno inviando ai medici competenti del loro territorio invitandoli a trasmettere i dati non attraverso la piattaforma informatica, ma tramite posta elettronica a dei loro indirizzi indicati nella comunicazione.

Inoltre sta suscitando viva preoccupazione il tema della sospensione della sanzione.
Infatti l'ambiguità del comma 4 dell'art. 4 del DM 9 luglio 2012 ha generato interpretazioni discutibili da parte di alcune ASL. L'ANMA ha chiesto con forza la sospensione della sanzione per tutto l'esercizio 2012. La recente Circolare emanata in data 10/06/2103 dal Dipartimento della Sanità Pubblica (DGPRE 00133313-P-10/06/2013) disillude ogni aspettativa confermando che *"la sospensione della sanzione, a carico dei medici competenti che non abbiano ottemperato all'obbligo di cui al comma 1 dell'articolo 40, risulta pertanto prevista* ***in ragione di possibili difficoltà non preventivate*** *che abbiano ostacolato o impedita la raccolta e la trasmissione telematica delle informazioni".*
Ad oggi si continuano a registrare difficoltà che, come ripetuto più volte, sono a nostro parere "fisiologiche" e quindi del tutto prevedibili, tanto che se ne sarebbe dovuto tener conto già dall'origine e su di esse ricalcolare la data di scadenza dell'adempimento.

Infine suscita perplessità il termine del 25 agosto 2013 per il periodo transitorio di sperimentazione.
E' un termine troppo vicino al 30 giugno 2013 e a ridosso del legittimo periodo delle ferie estive per consentire ai sensi dell'art. art. 4, commi 1 e 3 del DM 9 luglio 2012, considerato anche il periodo feriale, una valutazione approfondita sulla rispondenza dell'Allegato **"a criteri di semplicità e certezza nella raccolta e nelle modalità di trasmissione delle informazioni"** tenuto anche conto del fatto che la valutazione e le eventuali modifiche riguarderebbero anche l'Allegato 3 A (cartella sanitaria e di rischio).

Confermando la nostra piena disponibilità a collaborare con tutte le Istituzioni, auspichiamo l'apertura di un tavolo con il coinvolgimento delle associazioni scientifiche e professionali finalizzato a definire ed a condividere gli obiettivi di una relazione tra medico compe-



tente e servizio sanitario nazionale basata su criteri di sostenibilità, efficacia ed efficienza.

Ringraziando per l'attenzione e in attesa di riscontro inviamo i nostri migliori saluti

A nome del Consiglio Direttivo dell'Associazione ANMA

Il Presidente
Dr. Giuseppe Briatico-Vangosa



ANCORA QUALCHE RIFLESSIONE SU RUOLO, MERCATO ED AGGIORNAMENTO DEL MC

Umberto Candura,
Vice Presidente ANMA



Prosegue il dibattito sull'evoluzione del profilo operativo del Medico Competente (MC) e sulla dinamica del mercato nel quale si muove. Ritengo che l'ultimo Congresso Nazionale ANMA a Castiadas abbia rimosso anche le ultime resistenze da parte dei più scettici sulla opportunità di confrontarci sugli scenari futuri – con l'ausilio di esperti di economia sanitaria come gli studiosi del CERGAS – per orientare correttamente le scelte operative e di contenuto della professione.

La storia è nota : si parte da una precisa intenzione di collegare gli standard della professione del MC ai criteri imperanti della qualità (Padova, 2000), con l'auspicio di sviluppare buone pratiche e conoscenze – tratte da esperienze sul campo e dal confronto con esperti di altre discipline - su tematiche anche non strettamente sanitarie (gestione, normative, comunicazione, economia, ecc.), per adeguarsi alle nuove richieste del mercato ed occupare nuovi spazi ed aree di "competenza", nonché rispondere al meglio alle istanze della nuova stagione normativa (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.), con relativa giurisprudenza emergente.

Le resistenze al cambiamento però non mancano : perché affannarsi tanto nel qualificare, aggiornare o anche ripensare ad una nuova identità professionale per una figura come quella del medico competente, tuttora protetta da una normativa "amica", e che tutto sommato riesce a reggere il confronto con i "nuovi entranti" provenienti da altre specialità mediche?

A dire il vero altra riflessione ri-

corrente riguarda il paradosso tra domanda (che rimane alta) ed offerta (comunque limitata) di servizi in Medicina del Lavoro, i quali ancorchè privi in alcuni casi di requisiti qualitativi certi, vengono magari svenduti con costi da outlet, in barba a qualsiasi elementare legge di mercato.

Eppure bisogna riconoscere che – nonostante ormai un lustro di crisi economica alle spalle – il tema della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SSL) non ha certo perso posizioni nel dibattito sociale e nelle iniziative di legge, comportando anzi per il mondo imprenditoriale un ulteriore sforzo economico ed organizzativo a causa di alcune recenti istanze normative (citiamo ad esempio l'insieme delle norme che hanno regolamentato il rischio "lavorativo" da sostanze d'abuso, ovvero il recente Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 sulla formazione dei dirigenti, preposti e lavoratori ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/08).

La percezione del paradosso è anche qui evidente: una crescente consapevolezza dell'importanza –oltre che sociale – anche economico/produttiva della SSL, con una specifica letteratura tecnica dedicata ai suoi vantaggi competitivi sul mercato, ed una diffusa strategia aziendale (soprattutto nelle PMI o nella P.A.) che privilegia spesso scelte puramente economiche nelle politiche di SSL delle imprese. Salvo poi – con fare apparentemente schizoide – cedere alle lusinghe delle certificazioni e profondere risorse e persone, per presentarsi al mercato con il bollino blu dell'impresa all'avanguardia per le politiche di prevenzione e tutela ambientale.

Anche il MC si interroga quindi se effettivamente la qualità delle prestazioni in questo campo si traduce in un fattore competitivo e di successo economico per la sua figura, per contrastare quel rispetto pedissequo della norma che – sappiamo – tende a massificare, oppure se in definitiva conviene tenersi ben care rendite di posizione "all'ombra" del cappello normativo, e puntare sulla politica del "low price, low value".

Ricordiamoci sempre che il sistema Italia si basa su una polverizzazione di attività che vede il 94,9% delle aziende sotto i 10 dipendenti, che impiegano più di 8 milioni di lavoratori (il 47% della forza complessiva, dati ISTAT 2010). Difficile, anche se non impossibile, fare "cultura" e tentare una reale "integrazione" nel sistema aziendale in contesti così ridotti, nei quali un approccio di rispetto formale della norma è spesso dominante.

Ebbene, sempre per tenere il livello del discorso su un piano molto prosaico, basterebbe però vedere l'impianto sanzionatorio dell'art. 58, che, oltre alle pene detentive, distribuisce ammende da 800 a 4000 euro per inadempienze puramente formali, per riflettere su scelte commerciali troppo spregiudicate. Forse proprio questo sistema sanzionatorio, unito ad una certa aggressività di alcuni organi di controllo ed a una certa giurisprudenza locale molto "creativa" a proposito delle responsabilità, non aiuta ad educare i soggetti coinvolti verso gli obiettivi di efficienza ed efficacia della tutela della salute dei lavoratori, posti alla base della stessa normativa. Gli oneri puramente formali della stessa – è ormai pacifico – svolgono essenzialmente una funzione di potenziale trappola sanzionatoria e di conflittualità con gli OdV, e sono sempre meno un riferimento per le buone prassi , cioè per quelle azioni preventive, citate anche dal TU, dettate delle migliori conoscenze esistenti in un determinato ambito operativo.

E' opinione condivisa ad esempio che la gestione dei documenti sanitari (Allegato 3A) , sia in corso di sorveglianza sanitaria che al cessare della stessa, comporti formalità di tipo burocratico che sollevano perplessità sulla loro reale necessità ed efficacia.

Si ribadisce che le possibili semplificazioni – in parte già avviate tra mille polemiche dagli artt. 32 e 35 del DL 69/2013 – ci vedono oltremodo favorevoli nell'ottica di liberare tempo e risorse per gli adempimenti che abbiamo definito più sostanziali ed ad "alto valore aggiunto" : analisi organizzativa e valutazione del rischio, prevenzione di comportamenti a rischio, formulazione di pareri tecnici sul reinserimento di lavoratori fragili, definizione di procedure, contatti con Enti di controllo e di certificazione, ecc.

Peraltro dobbiamo ammettere che il tanto auspicato ruolo "propositivo" del MC – invocato anche da recente giurisprudenza – non si concilia certo con la presenza in azienda "mordi e fuggi", con la perversa ricerca di compensare un mercato asfittico, basato sul numero di visite ed esami, con una medicalizzazione che compensi la miseria della singola prestazione.

Le opportunità dettate dalla particolare contingenza

economica e sociale non sfuggono : sta a noi cercare di trasformare alcune criticità in occasioni di crescita.
Cito qualche esempio:
Codificare al meglio la nostra disciplina a partire dalla collaborazione preliminare alla valutazione del rischio : è percepibile il progressivo spostamento della ricerca verso la variabile soggettiva di tolleranza al rischio (genere, provenienza, patologie), rispetto all'oggettività legata a sostanze, ambiente, organizzazione, ecc.
Articolare l'impronta sociale della professione attraverso maggiori sinergie con il territorio, ovvero trasmettere nella collettività i valori ed i princìpi della Medicina del Lavoro
Sviluppare la ricerca di settore (Università ed altre partnership territoriali cercasi) : richiamare la leva competitiva della qualità nelle prestazioni di SSL,
Migliorare - diversificando - l'offerta dei servizi mediante iniziative di sana imprenditorialità tra MC ,
Sviluppare un ruolo proattivo per iniziative di promozione della salute e di welfare aziendale , per promuovere la work ability in popolazioni sempre più anziane .

Uno sguardo all'Europa, proposto sempre dall'intervento congressuale del prof. Del Vecchio a Castiadas, sollecita a qualche riflessione sulle attuali richieste del "cliente impresa": l'indagine Esener 2012 tra le imprese sui rischi nuovi ed emergenti conferma una rarefazione dei rischi tradizionali ed un interesse sulla SSL che va al di là degli obblighi normativi, anche e soprattutto da parte delle PMI. Mentre i rischi tradizionali interessano sempre meno, le nuove criticità rappresentano un'area di potenziale interesse e sviluppo (stress lavoro-correlato, ma anche bullismo, prevaricazioni, molestie), ed emerge un interesse sempre maggiore per un welfare centrato sull'azienda (tra i 5 e i 10 milioni di italiani fruisce di un assistenza integrativa, per lo più aziendale, prevista già in 76 CCNL di diversi settori).

L'analisi del mercato attuale pone al MC ancora un'opzione "cliente" rappresentata direttamente dal Datore di Lavoro: in tal caso conta sempre più la fidelizzazione portata dall'esperienza, la capacità di affrontare problematiche complesse (il problem solving), di offrire servizi integrati ed attivare reti professionali, di inserirsi nelle complesse dinamiche delle relazioni personali in azienda.

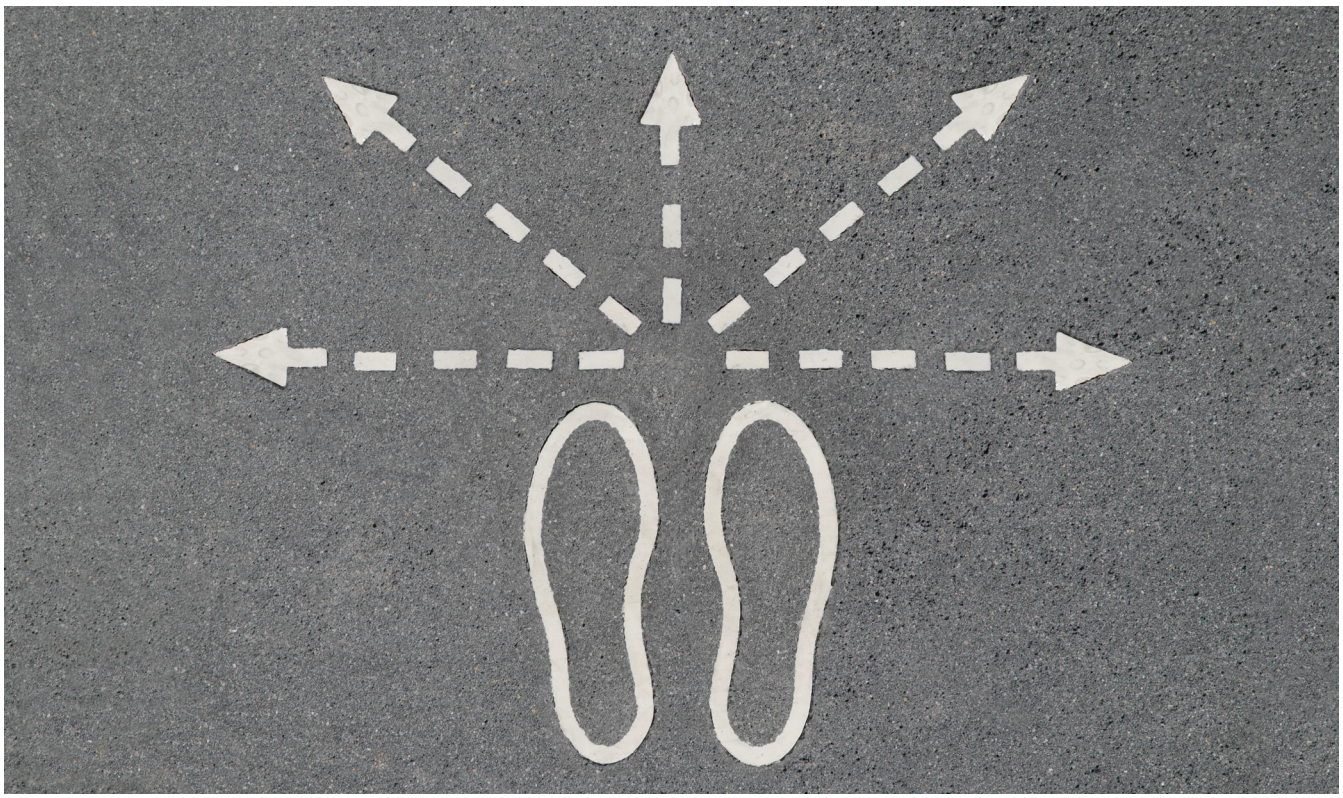
L'altra opzione "cliente" – che nelle stime degli esperti tenderà a guadagnare sempre più fette di mercato – è la Società (intesa come Centro di Servizi integrati o Centro Sanitario), la quale rappresenta un mercato problematico per il MC laddove è defocalizzata rispetto ad un core rappresentato dalla Medicina del Lavoro (MdL), che non è rappresentata nel proprio sistema di valori, e compete quindi complessivamente sui prezzi, puntando a margini operativi su altri servizi (facility management).
La Società di Servizi diventa un mercato possibile invece laddove:

- è radicata nel settore della MdL e nei suoi valori ,
- punta sulla creazione di valore attraverso la sinergia tra le diverse componenti (sorveglianza sanitaria, formazione, sicurezza tecnica, gestione documentale, ecc.)
- si approccia al DDL come partner globale e non come semplice fornitore di servizi

Da questo cliente viene richiesto al MC l'esperienza (utile, ma non sempre necessaria) , capacità di integrarsi nella formula imprenditoriale, duttilità e flessibilità nei comportamenti e nelle relazioni, capacità negoziale con il cliente finale, competenze specifiche di settore, e – non ultima – la capacità di generare valore per la società ed il DDL (doppia fedeltà).

Le possibili criticità le conosciamo e vanno superate con un percorso di crescita condiviso : la competizione per la ripartizione del valore generato, le formule di remunerazione, la negoziazione con il cliente finale, la necessità di mantenere un mercato sufficientemente diversificato.

Ora, prima ancora di intervenire sulle modalità di erogazione delle prestazioni, e sulla necessità auspicata dagli esperti di creare soggetti economici in grado di intercettare la richiesta di servizi integrati del cliente DDL, rimane prioritaria a mio avviso un'azione decisa di cambiamento culturale sul singolo professionista, sia esso destinato o meno a durare come tale. L'attuale debolezza culturale va intesa proprio come lentezza, rispettivamente, ad adeguare conoscenze e modificare atteggiamenti rispetto al nuovo ruolo ed al nuovo mercato.
Naturalmente l'ANMA è impegnata su questi obiettivi ambiziosi, sia nell'interlocuzione istituzionale con le



parti sociali, sia nel programmare attività di aggiornamento professionale ECM , nei quali gli argomenti di tipo clinico e quelli tecnico operativi vengono trattati sempre con taglio pratico e con un occhio alle aspettative riposte nel ruolo del MC.

Un futuro… già presente quindi offre strategie di sviluppo basate su :

- un'espansione del campo di intervento : ampliare l'area di potenziale applicazione della nostra competenza tecnica (anche nel mondo esterno alla "fabbrica"),
- un rafforzamento delle basi del sapere , senza escludere lo sviluppo di una consapevolezza del valore socioeconomico del servizio offerto

E nella convinzione sempre più fondata che il rispetto della norma non basta, sia come driver del successo economico, sia come risposta alle nuove richieste imposte dall strategicità del ruolo, il programma di aggiornamento associativo ECM proseguirà per l'anno 2014 proponendo moduli di rivisitazione attuale dei compiti tipici del MC , di gestione dei lavoratori appartenenti a categorie con varia suscettibilità, di confronto con altre specialità mediche per l'approfondimento di tecniche diagnostiche e strumentali, ovvero per analizzare quadri clinici emergenti che possono interferire con le idoneità lavorative.

Altri temi proponibili, in quanto legati a sollecitazioni sempre più attuali, sono quelli legati alle tecniche formative (il MC come formatore : i requisiti, le tecniche, gli ambiti di intervento) ovvero al confronto con il mondo delle certificazioni aziendali, con il coinvolgimento sempre più diretto sul tema della responsabilità aziendale.

SEMPLIFICARE E SBUROCRATIZZARE L'ATTIVITA' DEL MEDICO COMPETENTE

Ditaranto D.,
Coordinatore Gruppo di lavoro ANMA



Alcune considerazioni preliminari

Quando lo scorso autunno leggemmo nel disegno di legge (d.l.) sul c.d. "pacchetto semplificazioni" la parte dedicata alla materia della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, da addetti ai lavori, ne condividemmo gli obiettivi esplicitati nella relazione di accompagnamento e buona parte dei contenuti.

Tuttavia, proprio in quanto addetti ai lavori, scrivemmo che da quel momento avremmo dovuto anche vigilare per evitare che qualcuno, facendosi prendere la mano, buttasse via il bambino con l'acqua sporca.

Infatti siamo pienamente consapevoli che in una materia così delicata la "semplificazione" non può e non deve significare il venir meno al rispetto dei livelli inderogabili di tutela raggiunti attraverso il recepimento delle direttive comunitarie di riferimento e finalizzati a garantire l'effettività dei diritti costituzionali sanciti dagli artt. 32 (1) e 41 (2).

Riteniamo che in tale materia "semplificare" e "sburocratizzare" significhi invece individuare ed eliminare tutti quegli adempimenti ridondanti o inutili che ostacolano o compromettono il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità, efficacia ed efficienza delle azioni del sistema di prevenzione aziendale.

Com'era già avvenuto per il c.d. decreto "Semplifica Italia", il "pacchetto semplificazioni" era maturato nell'ambito di un tavolo tecnico al termine di un confronto tra istituzioni e vari portatori di interesse.

Anche se non coinvolti in quel tavolo, non ci ha sorpreso che alcune delle misure di semplificazione proposte dal d.l. riguardassero proprio il medico competente (MC), uno dei protagonisti del sistema di prevenzione aziendale, impegnato in attività nelle quali l'esigenza di una semplificazione degli adempimenti "burocratici" e "documentali" è tema in forte evidenza.

Infatti, in relazione all'ampliamento degli obblighi e dei compiti determinato dagli artt. 25, 40 e 41 del D. Lgs. 81/08 (di seguito TUSSL), sono aumentati gli adempimenti e, conseguentemente, anche i casi, non solo correlati alla sorveglianza sanitaria, in cui il MC ha la necessità di documentare e quindi di attestare le attività effettuate, anche a fronte dei rischi comportati da un impianto sanzionatorio anch'esso rafforzato ed incentrato prevalentemente sugli aspetti formali (art. 58).

Il "problema" non è tanto il dover documentare quello che si è fatto, anzi una fase documentale ispirata a criteri di qualità è parte integrante di ogni attività professionale.

Il "problema" è la pervasività raggiunta anche nell'attività del MC degli adempimenti con una valenza puramente formale che distolgono tempo e risorse dall'attuazione di quelli sostanziali.

Emblematico di questa situazione è il risultato delle risposte alla domanda, effettuata nel corso dell'indagine sulla figura del MC commissionata lo scorso anno al CERGAS, sull'entità del "peso degli adempimenti burocratici sul tempo della visita medica": quasi il 40% degli intervistati ha risposto che quel peso supera il 50%. (3)

E' evidente che si tratta di una situazione insostenibile: il tempo e l'attenzione del MC al posto d'essere dedicati al lavoratore, sono espropriati dalla compilazione dell'Allegato 3A e dalla preoccupazione di incorrere in una sanzione.

Ma allora a che cosa serve e, quindi, a chi deve servire la cartella sanitaria e di rischio? Non dovrebbe essere innanzi tutto uno strumento per il lavoro del MC? Non a caso la prossima relazione congressuale sarà incentrata proprio sull'Allegato 3A.

Dal TUSSL emerge la volontà del legislatore di facilitare l'integrazione del MC nel sistema di prevenzione aziendale.

In particolare è stato più volte rimarcato il rafforzamento della figura del MC per l'estensione del suo ruolo dagli ambiti della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la sorveglianza sanitaria, verso il campo della prevenzione primaria finalizzata alla valutazione ed alla gestione dei rischi e quindi all'attuazione delle attività di tutela sostanziali e strategiche.

E' stata anche sottolineata l'attribuzione al ruolo del MC di un'impronta sempre più "sociale" e "globale", di "risorsa" per il miglioramento complessivo della tutela e della promozione della salute del cittadino-lavoratore.

Tutto questo risulta in sintonia non solo con i "doveri ed i compiti degli operatori di medicina del lavoro" indicati nel Codice Etico dell'ICOH (4), i cui principi sono esplicitamente richiamati dall'art. 39, comma 1 del TUSSL sullo svolgimento dell'attività di MC, ma anche con il percorso sulla qualificazione professionale del MC perseguito e sviluppato dall'ANMA fin dalla sua fondazione attraverso la produzione di documenti, la partecipazione ai tavoli tecnici e, specialmente, il forte impegno per la formazione e l'aggiornamento professionale messo in campo dal 2002 quando diventò provider ECM.

Pertanto dal contesto giuridico ed istituzionale emerge una figura di MC fortemente chiamata a dare il suo "valore aggiunto" non soltanto con l'attuazione della sorveglianza sanitaria (incentrata sul lavoratore), ma anche attraverso l'impegno in quella complessa rete di ruoli collaborativi e relazionali, in cui il TUSSL l'integra, aventi una valenza "sostanziale" in quanto "strategici" per il successo del sistema di prevenzione aziendale (5).

Quindi cosa significa "semplificare" e "sburocratizzare" nell'attività del MC?

Innanzi tutto significa ristabilire degli equilibri e delle priorità nei tempi e nei compiti con la finalità di spostare il baricentro delle sue attività dagli adempimenti meramente formali a quelli sostanziali effettivamente orientati alla tutela ed alla promozione della salute.

Spostare l'attenzione dalla "carta" al lavoratore e all'ambiente di lavoro, significa poter basare la propria attività sulle "evidenze" e, quindi, essere messo nelle condizioni di poter essere "efficace" ed "efficiente", facendo le cose giuste ("appropriate") per raggiungere gli obiettivi con l'impiego delle minori risorse possibili.

L'obiettivo della "semplificazione" nella legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro

L'obiettivo della "semplificazione degli adempimenti meramente formali" previsto dall'art. 1 della legge n. 123/07 di delega al Governo per la riforma della normativa in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, non è stato sempre centrato nel TUSSL ed anche le sue successive modificazioni ed integrazioni attraverso il c.d. "decreto correttivo" 106/09, non hanno apportato decisivi miglioramenti da questo punto di vista.

Non ha quindi sorpreso che nell'ambito del d.l. recante "Nuove disposizioni di semplificazione amministrativa a favore dei cittadini e delle imprese", presentato lo scorso 16 ottobre dal precedente Governo, il Capo I° fosse dedicato proprio al tema della "Semplificazione di adempimenti formali in materia di sicurezza sul lavoro".

Si trattava di un intervento auspicato da più parti ed il Governo, evidentemente sensibile alle annose critiche provenienti da vari portatori di interesse sull'eccessivo "carico burocratico" comportato dal TUSSL, aveva alla fine deciso di mettere mano alla materia.

D'altra parte l'intervento si inseriva in un'ampia cornice di analoghi orientamenti giuridici ed istituzionali:

- proseguiva l'opera intrapresa con il decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5 (c.d. "Semplifica Italia");
- risultava in sintonia con analoghe iniziative allo studio della UE per la semplificazione degli adempimenti burocratici e documentali in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- era in accordo con il documento approvato dalle parti sociali l'11 febbraio 2009 presso il CNEL (6) sulla "semplificazione degli adempimenti dell'impresa relativi alle comunicazioni alla pubblica amministrazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro".

Come si evince dalla relazione di accompagnamento, scopo del provvedimento era il rafforzamento dell'effettività degli aspetti sostanziali della sicurezza attraverso la semplificazione degli adempimenti formali (c.d. "burocrazia del lavoro") e degli oneri informativi (verso la P.A.) consentendo, in tal modo, ai datori di lavoro di concentrare attenzione, risorse e attività sul corretto adempimento degli obblighi sostanziali (ad es. valutazione e gestione dei rischi e sorveglianza sanitaria) e di realizzare un risparmio in oneri amministrativi stimato in 4,6 miliardi di Euro.

Come sappiamo l'iter del disegno di legge sul c.d. "pacchetto semplificazioni" si è impantanato nelle vicende che hanno caratterizzato gli ultimi mesi della vicenda politica nazionale.

Nel momento in cui scriviamo non sappiamo se il provvedimento è entrato o entrerà nell'agenda politica del nuovo Governo.

E' tuttavia evidente che si sono ulteriormente aggravate le situazioni di contesto socio-economico che l'avevano motivato nella precedente legislatura: necessità, derivante anche da precisi impegni internazionali, di ridurre gli oneri amministrativi per dirottare risorse alla ripresa economica.

Il medico competente nel "pacchetto semplificazioni"

Nel Capo I° del d.l. sono di peculiare interesse per il MC:

- l'articolo 1 "Misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata";
- l'articolo 2 "Misure di semplificazione in materia di sorveglianza sanitaria e in relazione ai rapporti tra medico competente e servizio sanitario nazionale".

<u>Articolo 1 "Misure di semplificazione per le prestazioni lavorative di breve durata</u>

Integra l'art. 13 del TUSSL con il comma 13-bis che prevede l'emanazione di un decreto interministeriale volto a definire le misure di semplificazione degli adempimenti relativi all'informazione, formazione e sorveglianza sanitaria nei casi in cui la prestazione del lavoratore presupponga una permanenza nei luoghi di lavoro di breve durata (per un periodo non superiore a cinquanta giornate lavorative nell'anno solare di riferimento).

Evidentemente il legislatore è consapevole delle problematiche implicate dalle disposizioni dell'art. 3 sul campo d'applicazione del TUSSL con particolare ri-

ferimento ai contratti di lavoro stagionale, occasionale ed a quelli di somministrazione che, regolamentati dal comma 5, "scaricano" sull'utilizzatore tutti gli obblighi di sicurezza.
In realtà già dai tempi della legge 196/97 (c.d. "pacchetto Treu") e, successivamente, con l'emanazione del D. Lgs. 276/03 (c.d. "legge Biagi"), sono state via via evidenziate dagli addetti ai lavori varie criticità nella gestione delle tutele nelle tipologie contrattuali introdotte da queste norme.
Oltre ai problemi di natura organizzativa, si è sempre più diffusa la consapevolezza dello scarso valore, ai fini dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di prevenzione, della reiterazione in tempi brevi per motivi solo formali degli stessi adempimenti sanitari e formativi.
Come si desume dalla relazione di accompagnamento, lo scopo delle misure di semplificazione è quindi quello di evitare di fare ripetere, per ragioni meramente formali, adempimenti già attuati dallo stesso o da altri datori di lavoro come ad esempio sottoporre il lavoratore alla visita medica per l'accertamento dell'idoneità ad ogni nuova prestazione lavorativa anche di pochi giorni, o ripetere un programma formativo riferito ad un'analoga attività nel medesimo settore produttivo.
Si colloca in questo alveo il recente decreto interministeriale del 27 marzo 2013, predisposto ai sensi dell'art. 3, comma 13 del TUSSL sul tema della semplificazione in materia di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria nel settore agricolo per le prestazioni che non superano le 50 giornate l'anno.
Al di là di alcune perplessità, è indubbio che il decreto, prendendo atto delle specificità di un settore come quello agricolo caratterizzato dalla stagionalità degli interventi e quindi dalla temporaneità e ripetitività delle prestazioni lavorative, cerca di semplificare il sistema e di togliere alibi ai comportamenti evasivi non rari in questo settore.
Pertanto consideriamo del tutto condivisibile nel merito la ratio di questi provvedimenti finalizzati a limitare la pletora di visite mediche e di accertamenti clinici (esami del sangue e strumentali) cui, per ragioni meramente formali di applicazione rigorosa dei dettati del TUSSL, possono essere sottoposti i lavoratori stagionali o somministrati.
Per quanto riguarda il metodo, riteniamo condivisibile l'approccio del decreto del 27 marzo 2013 per cui l'idoneità espressa in occasione della visita medica è valida per un certo arco temporale (nel caso specifico per due anni: art. 2, comma 2).
Un approccio alternativo potrebbe essere: stante lo stesso profilo di rischio professionale, l'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica può essere basato sull'esame della documentazione sanitaria pregressa.
Ovviamente sia il primo che il secondo approccio presuppongono che la copia della cartella sanitaria e di rischio accompagni il lavoratore lungo il suo percorso lavorativo.

Articolo 2 "Misure di semplificazione in materia di sorveglianza sanitaria e in relazione ai rapporti tra medico competente e servizio sanitario nazionale

Sostituisce il testo del comma 2-bis dell'art. 40 rimandando ad un decreto, da adottare entro il 31 dicembre 2013, per la definizione, secondo criteri di semplicità e comprensibilità, dei contenuti degli Allegati 3A e 3B e delle modalità di trasmissione (di quest'ultimo) che non possono riguardare elementi già in possesso della P.A.
Fino all'entrata in vigore del decreto, l'articolo prevede l'applicazione delle disposizioni di cui al DM 9 luglio 2012.
Quindi, a distanza di poche settimane dalla pubblicazione sulla G.U. del DM 9 luglio 2012 che, ai sensi dell'art. 40, comma 2-bis, aveva definito i contenuti degli allegati 3A e 3B, il Ministero del Lavoro interveniva nuovamente sulla materia rimandando ad un nuovo decreto e ad un nuovo termine (31/12/2013) per la loro ulteriore rivisitazione.
Vale la pena ricordare che nella bozza del d.l. che era girata su vari tavoli nel mese di settembre, in realtà l'art. 40 era stato stravolto: soppressione dei commi 1 e 2 e riscrittura del comma 2-bis ma con riferimento ai soli contenuti dell'Allegato 3A perché l'Allegato 3B veniva soppresso in quanto "previsione – oggetto di forti critiche da parte delle stesse associazioni mediche – in forza della quale i medici competenti sono tenuti a predisporre una assai onerosa relazione annuale da trasmet-

tere alla ASL, nella quale riproporre dati, relativi alla sorveglianza sanitaria, già in possesso delle Pubbliche Amministrazioni".
D'altra parte anche lo schema del 27 marzo 2009 del decreto integrativo e correttivo del D. Lgs. 81/08 prevedeva all'articolo 23 l'abrogazione dell'art. 40 per eliminare "una problematica trasmissione di dati…privi di rilevanza in termini epidemiologici e che, quindi, appare un inutile appesantimento dell'attività del medico competente e della pubblica amministrazione…".
Come sappiamo l'art. 40 non è stato abrogato dal "decreto correttivo" 106/09 che l'ha invece integrato con il comma 2-bis ed ha parzialmente ridimensionato la sanzione prevista per la sua violazione che, tuttavia, rimane spropositata specialmente se rapportata alle dichiarate finalità epidemiologiche della disposizione.
L'attesa del decreto previsto dal comma 2-bis protrattasi fino al luglio scorso, combinata con la sospensione degli obblighi di redazione e trasmissione dell'Allegato 3B fino alla sua data di entrata in vigore, hanno evitato l'invio dell'Allegato 3B relativo agli esercizi 2009, 2010 e 2011 di sorveglianza sanitaria.
Come sappiamo non è così per l'esercizio 2012.

L'articolo 40 e l'Allegato 3B

La posizione dell'ANMA sui rapporti tra il MC ed il SSN è pubblica fin dai tempi della discussione del TUSSL e così sintetizzabile: in un quadro di progressiva riduzione delle risorse disponibili, il MC può essere, a sua volta, una "risorsa" per il SSN per l'ottimizzazione sui versanti pubblico e privato della catena di azioni volte a realizzare la prevenzione e la promozione della salute del cittadino-lavoratore.
Al di là della discussione sul "ruolo pubblicistico" del MC, consideriamo l'art. 40 come l'occasione per la creazione di una sinergia tra i settori pubblico e privato finalizzata a realizzare un approccio integrato di fronte alle crescenti aspettative di tutela e promozione della salute.
Alla luce degli eventi che si sono succeduti in questi anni riteniamo che questa occasione sia stata finora perduta.
Conseguentemente nella comunità dei MC prevale la convinzione che l'art. 40 sia soltanto un ulteriore inutile appesantimento di un'attività già fortemente burocratizzata e che la sua finalità rimanga del tutto ambigua.
Infatti dello "schema" di Allegato 3B predisposto nel 2009 dal Coordinamento Tecnico delle Regioni, criticammo in particolare l'ambiguità: rispetto all'obiettivo epidemiologico dichiarato nella relazione di accompagnamento per la realizzazione della mappatura territoriale dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro, la sua struttura e la sua impostazione tradivano chiaramente la volontà di disporre di uno strumento di controllo dell'operato del MC e delle aziende (come in effetti è avvenuto in alcuni casi).
Durante la partecipazione al tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute per la definizione dei contenuti degli Allegati 3A e 3B ai sensi dell'art. 40, comma 2-bis, abbiamo avanzato una serie di proposte concrete finalizzate a rendere coerente il sistema di raccolta e di trasmissione dei dati con le finalità epidemiologiche dichiarate.
Nel corso della discussione abbiamo manifestato in varie occasioni le nostre perplessità sul nuovo modello che andava definendosi non discostandosi sostanzialmente dalla versione del 2009 e senza tenere in adeguata considerazione le proposte delle associazioni scientifiche.
L'attualità è nota: la disponibilità del modello rivisitato di Allegato 3B a seguito della pubblicazione del DM 9 luglio 2012 e la fruibilità della piattaforma informatica gestita tecnicamente dall'INAIL per il suo invio, rendono nuovamente operativo l'art. 40, ma in un clima in cui resta un "nervo scoperto" nella comunità dei MC.
Ricordiamo tutti le difficoltà, la disorganizzazione e la scarsa collaborazione che nel 2009 accompagnarono la trasmissione dell'Allegato 3B.
Pertanto la disponibilità di un sistema informativo unico a livello nazionale per la trasmissione dei dati è un passo avanti significativo che avevamo auspicato. Ovviamente resta la preoccupazione che il sistema non si riveli sempre di facile uso ed il timore che non preveda tutte le casistiche.
La fase sperimentale servirà anche a rilevare queste criticità che soltanto l'operatività sul campo permetterà di evidenziare.
Attorno al modello dell'Allegato 3B, permangono molte perplessità.



L'art. 3, comma 2 del DM 9 luglio 2012 parla esplicitamente di trasmissione di dati "utilizzabili a fini epidemiologici", ma la struttura e l'impostazione dell'Allegato non si discostano sostanzialmente da quelle dello "schema" del 2009.

Quindi restano ancora sul tappeto i dubbi e le perplessità che dal 2009 animano il vivace dibattito sulla reale finalità della trasmissione.

Abbiamo sentito le istituzioni ribadire le finalità puramente epidemiologiche della trasmissione dei dati in occasione dei vari incontri organizzati nei giorni scorsi nelle sedi dell'INAIL per la presentazione della piattaforma informatica.

La "cartina di tornasole" sarà nei prossimi mesi (ma molto più probabilmente nei prossimi esercizi).

Ovviamente monitoreremo la situazione ed in funzione degli accadimenti valuteremo le decisioni da assumere.

Per quanto riguarda la sospensione della sanzione, come sappiamo l'ambiguità del comma 4 dell'art. 4 del DM 9 luglio 2012 ha suscitato interpretazioni discutibili da parte di alcune ASL.

In occasione della riunione presso il Ministero della Salute dello scorso 24 aprile, abbiamo chiesto con forza la sospensione della sanzione per tutto l'esercizio 2012.

Nella "nota informativa" trasmessa dal Ministero lo scorso 8 maggio, che anticipa il contenuto di una lettera circolare chiarificatrice, leggiamo: *"la sospensione della sanzione per la mancata trasmissione dei dati entro il 30 giugno, opera senza limiti temporali, in quanto misura tesa a garantire una generale condizione esimente per il medico competente* ***che si sia trovato nella condizione di non poter adempiere ad un suo obbligo non per proprie responsabilità omissive, ma per contingenti oggettive difficoltà operative nell'utilizzo/funzionalità dello strumento telematico messo a disposizione in via sperimentale,*** *stante l'incombenza della scadenza tassativa fissata per la trasmissione dei dati".*

Quindi la deroga non è generalizzabile, ma opera senza limiti temporali soltanto nei confronti di chi si è trovato nella condizione di non poter adempiere all'obbligo per le difficoltà operative incontrate nell'utilizzo dello strumento informatico messo a disposizione in via sperimentale.

Un'altra criticità da considerare è il termine del 27 agosto 2013 del

periodo transitorio di sperimentazione.
E' un termine troppo vicino al 30 giugno 2013 per consentire, considerato anche il periodo feriale, una valutazione approfondita sulla rispondenza dell'Allegato "a criteri di semplicità e certezza nella raccolta e nelle modalità di trasmissione delle informazioni" tenuto anche conto del fatto che la valutazione e le eventuali modifiche riguardano anche l'Allegato 3A (art. 4, commi 1 e 3 del DM 9 luglio 2012).
E' quindi auspicabile un prolungamento del periodo di sperimentazione per consentire l'effettiva attivazione di un tavolo tecnico tra le istituzioni e le associazioni scientifiche mirato non soltanto a mettere a punto la piattaforma informatica, ma soprattutto ad aprire una discussione sulle finalità della trasmissione e quindi sulla struttura ed i contenuti dell'Allegato 3B.

L'articolo 25, comma 1, lettera e)

Un'altra faccia della semplificazione delle attività del MC è la "facilitazione" dell'attuazione degli adempimenti.
Da questo punto di vista è emblematico il caso dell'art. 25, comma 1, lettera e): il MC *"consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, copia della cartella sanitaria e di rischio e gli fornisce le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima…"*.
Non mettiamo in discussione la ratio della disposizione che consideriamo del tutto condivisibile tenuto anche conto di quanto affermato precedentemente a proposito della razionalizzazione della sorveglianza sanitaria nelle prestazioni lavorative di breve durata.
Il problema è come renderla effettiva.
Innanzi tutto va rimarcato che nonostante l'art. 18, comma 1, lettera g-bis), nelle aziende non è tuttora pratica diffusa la comunicazione al MC delle cessazioni dei rapporti di lavoro che, in genere, vengono "scoperte" in occasione della programmazione della sorveglianza sanitaria.
In secondo luogo, se il significato della disposizione fosse quello della consegna della cartella al lavoratore da parte del MC in modo "personale" e "contestuale" alla cessazione del suo rapporto di lavoro, dobbiamo ammettere che nella stragrande maggioranza delle organizzazioni non sarebbe possibile ottemperarle. I motivi sono molteplici:

- la presenza discontinua, spesso episodica del medico nell'impresa sulla base del modello organizzativo di gran lunga prevalente che si è formato dall'introduzione del D. Lgs 626/94;
- il ricorso alle tipologie contrattuali previste dal D. Lgs. 276/2003, che comportano un elevato turnover del personale;
- la presenza di organizzazioni complesse con uno o più MC che seguono varie filiali/unità produttive dislocate sul territorio.

Pertanto, esclusi i casi in cui è obbligatoria la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro, nei quali la consegna della copia della cartella sanitaria e di rischio può essere contestuale alla visita (anche se non sempre alla cessazione), oppure i casi, ormai rari, in cui la presenza del MC nell'impresa è settimanale o addirittura giornaliera, in tutti gli altri è impossibile essere tempestivi e la cartella viene in genere consegnata al lavoratore tramite posta raccomandata, talvolta anche dopo mesi dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.
D'altra parte dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, è del tutto irragionevole che il MC si attivi apposta per adempiere a questo compito formale con aggiustamenti spesso difficili dell'agenda e con ulteriori oneri per il datore di lavoro.
Alcune imprese si sono organizzate con procedure ispirate dall'art. 30 del D. Lgs. 196/2003, ricorrendo alla nomina di incaricati del trattamento che si muovono attenendosi a delle rigorose istruzioni.
Tuttavia, considerata la molteplicità delle situazioni e che si tratta di un obbligo sanzionato in capo al MC (7), riteniamo che la facilitazione consista nel lasciare al MC la discrezionalità di poter assolvere all'obbligo anche mediante la consegna della documentazione al termine di ogni accertamento di sorveglianza sanitaria, assicurando in tal modo al lavoratore una puntuale e trasparente informazione e fornendogli contestualmente "le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima".
Peraltro, nella logica del problem solving, attualmente questa modalità è già spesso adottata dai MC, ma necessita comunque di una regolamentazione per evitare

che una lettura troppo formale e rigorosamente letterale della norma faccia scattare la sanzione.
D'altra parte il lavoratore non è un soggetto "passivo" nell'ambito del sistema di prevenzione aziendale.
Infatti, ai sensi dell'art. 20, comma 1, deve prendersi "cura della propria salute" e, in base al comma 2, lettera a) del medesimo articolo, deve "contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro".

Conclusioni

L'eliminazione degli adempimenti inutili o ridondanti e la facilitazione dell'attuazione di altri, hanno lo scopo di permettere al MC di concentrare l'attenzione sugli aspetti sostanziali della sua attività mettendolo nelle condizioni di poter rispondere adeguatamente alle crescenti aspettative verso un ruolo sempre più complesso ed orientato verso una "medicina nei luoghi di lavoro".
Lo spostamento del baricentro della sua attività verso gli adempimenti strategici per il raggiungimento degli obiettivi del sistema di prevenzione aziendale, ha una valenza cruciale per il miglioramento delle condizioni di lavoro e, quindi, per la realizzazione negli ambienti di lavoro delle condizioni idonee sia al mantenimento in attività di lavoratori sani, sia a facilitare l'integrazione di quelli "fragili".
In tal modo il MC può contribuire alla creazione di condizioni favorevoli alla "reciproca promozione tra salute e lavoro", aspetto che va assumendo sempre maggiore importanza alla luce delle prospettive socio-economiche dovute alla crisi ed ai rapidi cambiamenti in atto nella struttura demografica e negli assetti occupazionali della popolazione italiana.

(1) la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;

(2) l'iniziativa economica è libera, ma non può svolgersi in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana;

(3) nel settore sanitario il tema della eccessiva burocratizzazione del lavoro è in forte evidenza. Recentemente l'associazione dei primari oncologi ospedalieri (CIPOMO) ha denunciato che le pratiche burocratiche assorbono la metà del loro tempo di lavoro sottraendolo alla diagnostica ed alla cura dei pazienti oncologici (Quotidiano Sanità 23/05/2013);

(4) nel Codice si vedano in particolare gli articoli 1 "Obiettivi del ruolo di consulenza" e 2 "Conoscenza e competenza";

(5) a tale proposito è emblematica la recente sentenza n. 1856 del 15 gennaio 2013 della Cassazione Penale: il medico competente ha "inosservato l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi…per aver omesso di individuare e considerare il rischio biologico e chimico". Da ciò la non considerazione nel documento di valutazione dei rischi del rischio biologico e chimico" e la mancata individuazione e previsione di "misure di contenimento del rischio biologico e del rischio di inalazione dei gas di scarico";

(6) Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro;

(7) nel D. Lgs. 626/94 la consegna della copia della cartella sanitaria e di rischio al lavoratore al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, era un obbligo in capo al datore di lavoro (art. 4, comma 8).

L'uso delle Lavagne Interattive Multimediali nella scuola: efficacia didattica e affaticamento visivo

Paolo Traù,
Optometrista,
Pesaro

In questo numero la rubrica 'Ufficio & Salute' ospita un contributo molto interessante che ci porta nel mondo della scuola, affrontando il tema dell'utilizzo della Lavagna Interattiva Multimediale (LIM), ma nel futuro interesserà sempre più spesso gli uffici, se pensiamo che questo strumento è stato concepito proprio per l'aggiornamento e la formazione in azienda. La relazione è stata presentata al IX Congresso Nazionale della Società Optometrica Italiana (Roma, 30 settembre - 1 ottobre 2012) e con il supporto della stessa Società si è trasformata in 'Progetto LIM', assumendo le caratteristiche di 'studio multicentrico' poiché sono state già avviate con questo protocollo nuove valutazioni in altre quattro scuole italiane.



Abstract

L'uso delle Lavagne Interattive Multimediali comporta numerosi vantaggi per l'insegnamento rispetto alla tradizionale lavagna di ardesia, ma anche aspetti critici riconducibili a possibili livelli elevati di impegno visivo con conseguente affaticamento sia visivo che mentale come per tutti i sistemi Visual Display Unit. Data l'ormai assidua presenza delle lavagne digitali nelle scuole, si pongono interrogativi sulle eventuali conseguenze di un' installazione non ottimale e sull'uso non consapevole da parte degli utenti, siano docenti o discenti. Lo studio si propone di considerare l'approccio utilizzato al nuovo medium e le relazioni con le eventuali problematiche visive risultanti.

Introduzione

Dalla sua comparsa intorno al 2006 la Lavagna Interattiva Multimediale o LIM ha conquistato un posto importante nelle strategie pedagogiche scolastiche. Progettata inizialmente per scopi prevalentemente formativi nell'impresa, ad oggi numerose ricerche ne confermano la validità didattica non solo in funzione della capacità attrattiva e motivazionale ma anche in considerazione di un più ampio valore di apprendimento interattivo (1) e, non secondariamente, nelle situazioni di incompleta abilità multisensoriale o di disturbi dell'apprendimento (DSA) (2). L'investimento in tecnologia è stato più grande e precoce in paesi come l'Inghilterra dove le LIM o meglio le Inter Active Whiteboards rappresentano ormai uno strumento didattico imprescindibile. In altri paesi europei come la Spagna e l'Italia, grazie a diversi progetti varati, nel caso dell'Italia, dal MIUR e dalla Comunità Europea, negli ultimi anni si è avuto un aumento considerevole del numero delle lavagne interattive installate nelle scuole italiane (3). I progetti di formazione del corpo docente hanno coinvolto un numero elevatissimo di insegnanti, ad oggi oltre 500.000. Questi hanno seguito un coaching di formazione a partire da un ridotto numero di tutors che hanno poi formato a loro volta altri insegnanti e così via per costituire un nucleo di operatori didattici "specializzati" in ogni scuola. Per gli insegnanti l'approccio alle Tecnologie di Informazione e Comunicazione o TIC è stato definito come "dell'insegnare facendo", un interessante crescendo di coinvolgimento e partecipazione non del tutto esente da salti di conoscenza come spesso avviene per le innovazioni.

Se è giustificata l'enfasi e l'ampio spazio di discussione che a livello scientifico internazionale è stato dato agli aspetti didattici riguardo alle LIM, non è giustificabile la mancanza di informazioni a riguardo delle modalità di utilizzo dello strumento in senso ergonomico e sulle eventuali conseguenze di un uso non corretto, in considerazione soprattutto della particolare fase evolutiva del campione umano considerato.

I saggi scientifici e gli articoli disponibili sull'argomento, oltre che le schede tecniche fornite dai produttori, segnalano e rimarcano l'importanza del setting, inteso come ambiente operativo, e in modo particolare delle variabili ambientali come la luce e la disposizione dei banchi. Senza però entrare mai nello specifico dell'arduo tema dell'illuminamento ambientale se non con considerazioni dettate dal buon senso, utili ma sicuramente non esaustive; mentre a riguardo della miglior disposizione dei banchi nell'aula, sembra destare qualche interesse solo la modalità che faciliti l'interrelazione sociale fra gli alunni (4).

Quanto, invece, questi aspetti attinenti al setting interferiscano con la percezione visiva richiedendo, nel caso, maggior impegno visivo e mentale e inducendo probabilmente un livello di affaticamento più elevato del dovuto o di quello auspicabile, resta ancora da stabilire.

La LIM è un grande schermo tattile delle dimensioni di una lavagna tradizionale ma anche di più, ed è collegato ad un Personal Computer. Sullo schermo-lavagna appare tutto ciò che è sul monitor del computer del docente, oppure è possibile visualizzare contenuti digitali di vario tipo con i quali interagire direttamente sullo schermo utilizzando le dita o un simil-pennarello per cliccare, scrivere, cancellare, trascinare e manipolare qualsiasi tipo di oggetto digitale (5).

Nelle aule scolastiche le LIM sono collocate negli ambienti preesistenti con l'intento di generalizzarne l'uso. Quegli istituti che ne possiedono in numero limitato tendono ad assegnare un'aula specifica per questo uso, utilizzata poi a rotazione. A riguardo dell'ambiente operativo, in questo caso l'ambiente in cui si svolge l'attività didattica, è da considerare la definizione di Tessmer e Harris (1992) secondo cui: "L'ambiente in cui si apprende è lo spazio fisico assegnato all'apprendimento. Esso esercita una potente influenza sull'apprendimento e sul comportamento anche se non ne siamo consapevoli e né possiamo scegliere di ignorarlo. Meglio ancora: l'ambiente assegnato all'apprendimento deve essere progettato in modo da avere apprendimento con minimo stress e massima efficacia. L'introduzione di un media in un ambiente (lavagna, computer, monitor o altro) altera la natura dell'ambiente stesso. Ne consegue che l'inserimento prudente di un media permette di coordinarlo con i processi sensoriali di base. Un mezzo tecnologico che aggiunge, abbagliamento, rumore o calore eccessivo comporta un vizio e quindi un decadimento dell'efficacia di quello stesso ambiente. Da qui la necessità di formulare delle linee guida che riconoscano

1. La funzionalità degli esseri umani
2. Come agiscono gli strumenti didattici (6)".

Considerazioni che meritano senz'altro studio e approfondimento.

Obiettivi

Lo scopo dello studio è considerare l'uso delle Lavagne Interattive Multimediali nell'attività didattica scolastica, le relazioni con alcuni aspetti visivi che possono ridurre l'efficacia dello strumento stesso e l'eventuale affaticamento visivo che consegue. L'ipotesi è la seguente: le condizioni di uso dello strumento LIM non controllate e/o ottimizzate secondo le attuali conoscenze relative ai dispositivi Visual Display Unit inducono disconfort visivo (7, 8, 9, 10).
Lo studio è di tipo descrittivo in quanto le relazioni fra le variabili considerate, come le caratteristiche individuali dei soggetti o le caratteristiche degli ambienti, sono fisse; viene ricercato un nesso di causalità ma non c'è manipolazione delle variabili stesse. E' auspicabile una seconda fase dello studio o un nuovo e più completo studio in cui l'ipotesi tenga in considerazione il livello delle caratteristiche individuali dei soggetti coinvolti e le variazioni legate alle condizioni ambientali considerate. Per questo e per altri motivi più avanti esposti il presente studio non può considerarsi esaustivo dell'argomento. Anche l'analisi statistica si ferma ad una statistica descrittiva considerata l'elevata diversità degli ambienti operativi, le caratteristiche intrinseche delle diverse LIM in commercio e l'esiguo campione degli insegnanti intervistati.

Metodo

Come campione è stata scelta la Scuola Elementare G. Rodari di Pesaro poiché è una scuola capofila per i progetti LIM a livello provinciale, dispone infatti di un numero elevato di strumenti: ogni aula è dotata di LIM. Una presenza importante se si considera la media nazionale che va da 1 a 4 lavagne per scuola. In questo modo gli studenti dalla prima alla quinta elementare, fanno uso regolare della lavagna digitale secondo, comunque, un criterio di discrezionalità lasciato agli insegnanti, oggetto anch'esso di considerazioni.
La scuola è articolata su tre sezioni A, B, C dalla prima alla quinta per un totale di 12 classi . Ogni classe è formata mediamente da 24 bambini. La scuola è sita in ambiente cittadino aperto, non ci sono edifici tutt'intorno che possono schermare o riflettere l'irraggiamento solare ed è disposta lungo un asse Est-Ovest. Le aule sono disposte su due piani lungo l'asse principale dell'edificio affiancate e separate da un unico corridoio centrale. Le finestrature sono esposte in parte a Sud e in parte a Nord.
Sulla base delle attuali normative nazionali sulla sicurezza sui luoghi di lavoro per la parte che riguarda l'uso dei videoterminali (7, 8, 9), sulla base di criteri ergonomici degli ambienti relativi all'apprendimento (11) e dei criteri del Visual Task Analysis (12), si è cercato di stabilire uno standard di riferimento rispondente a un criterio di semplicità operativa e applicativa, sia per ciò che riguarda l'ambiente operativo (setting) in cui sono inserite le LIM, che per le modalità d'uso degli strumenti stessi. Per la valutazione dell'illuminamento artificiale è stato utilizzato un luxmetro Lux Lightmeter (Centrostyle). La valutazione sul grado di ottimizzazione degli ambienti operativi si basa sull'individuazione di alcuni parametri fisici ambientali ritenuti significativi qui di seguito elencati, osservati e valutati da un osservatore esperto durante il sopralluogo e con l'ausilio di una documentazione fotografica, con lo scopo di compilare una sorta di "pagella" delle aule secondo lo schema di valutazione qui sotto esposto.

Definizione delle condizioni che garantiscano un livello di ottimizzazione ambientale considerabile standard o sufficiente

Scala di valutazione:
(3 punti) eccellente, (2 punti) buono, (1 punti) sufficiente, (0 punti) insufficiente

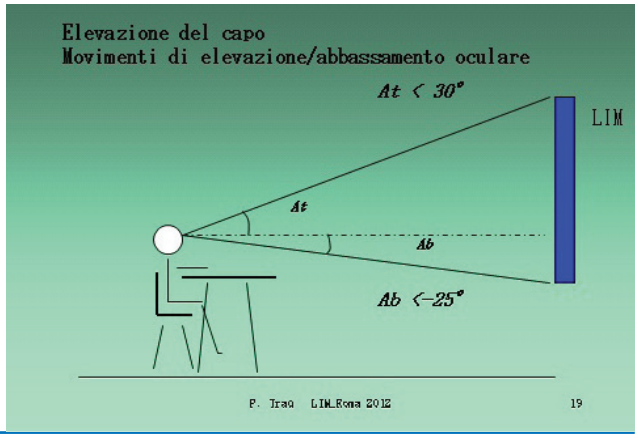
Parametri fisici oggetto di valutazione :

- Disposizione della lavagna rispetto alla platea secondo tre parametri:

1. Altezza del bordo superiore per gli occupanti la prima fila (top < 30°); 20/10°(3 punti); 20/30° (1 punto); >30° (0 punti); **(A_t)**

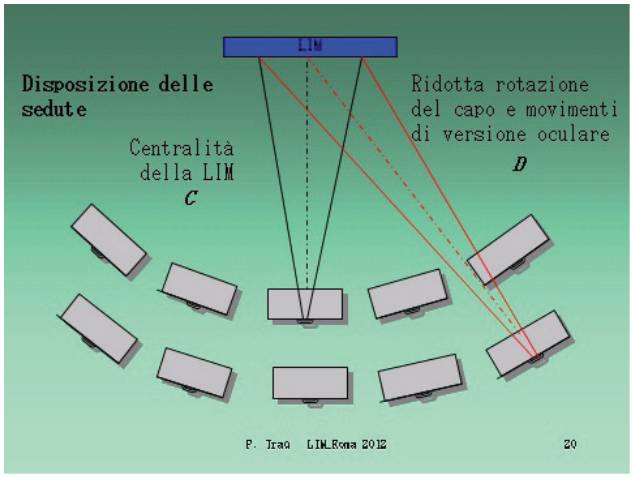
2. Altezza del bordo inferiore per gli occupanti la prima fila (bottom < - 25°); 0/-10° (2 punti); -10/-20° (1 punto); -20/-25° (0 punti); **(A_b)**

3. Centralità rispetto al "nucleo principale" (i 2/3 stimati degli alunni), della platea (side < 60); 0/20° (3 punti); 20/30° (2 punti); 30/40° (1 punto); 40/60° (0 punti); **(C)**



• Disposizione delle sedute secondo un criterio che ritiene migliore quella disposizione che comporta una ridotta attività di rotazione del capo e dei movimenti di versione oculare nell'osservare la LIM rispetto alla posizione primaria di letto-scrittura considerando un "nucleo principale" (i 2/3 stimati degli alunni).

0/15° (3 punti); 15/30° (2 punti); 30/60°(1 punto) 60/90° (0 punti); **(D)**



• Illuminamento ambientale e fonti

1. Finestrature : collocazione della LIM rispetto alle fonti luminose naturali secondo un criterio di efficacia che prevede un buon livello di illuminamento ambientale, una buona diffusione della luce, riflessi luminosi ridotti come possibili cause di fenomeni di abbagliamento cronico e acuto. **(F)**

Lavagna con finestre disposte lateralmente (3 punti)
Lavagna con finestra sulla parete opposta (1 punto)
Lavagna sullo sfondo delle finestre (0 punti)

Sistemi di schermatura della luce naturale: presenza, assenza ed efficacia relativa. **(S)**

Presente ed efficace (schermatura totale) 3 punti
Presente e relativamente efficace (schermatura parziale) 2 punti
Presente e scarsamente efficace (schermatura insufficiente) 1 punto
Non presente 0 punti

1. Illuminamento artificiale: in considerazione dell'uso in assenza o in presenza di scarsa illuminazione naturale. Efficacia. **(I)**

Presente ed efficace (illuminamento efficace e diffusione omogenea) 3 punti
Presente e relativamente efficace (illuminamento o diffusione migliorabile) 2 punti
Presente e scarsamente efficace (illuminamento o diffusione non sufficiente) 1 punto
Non presente 0 punti

• Caratteristiche favorevoli dell'ambiente come:

Assenza di superfici riflettenti.
Colori chiari e caldi alle pareti.
Mobilio di colore chiaro.
Sono risultate costanti in tutte le aule.

Fra gli elementi non ambientali:

• I tempi di utilizzo del sistema:

1. 1 ora continuativa
2. 2 ore con intervallo di 15 min.
costituiscono un riferimento ottimale (11).

Risultati e valutazioni

Aule valutate 12
Punteggio Min. 6
Punteggio Max 16 (range 10)
Punteggio più frequente (moda) 13
Mediana 9.5
Media aritmetica 10,42

L'Illuminamento artificiale a livello dei banchi in prossimità degli apparecchi illuminanti è risultato mediamente di 200 lux con minimo di 120 lux e un massimo di 250 lux contro i 300/500 lux previsti dalla norma (12).

Aula	At	Ab	C	D	F	S	I	TOT
II B	3	2	3	3	3	1	1	16
V B	1	2	3	3	3	1	1	14
III B	3	2	3	3	1	0	1	13
III A	3	2	3	2	3	1	1	13
Aula s.n.	0	2	3	2	3	2	1	13
I A	0	2	1	1	1	2	1	10
V C	0	2	3	2	1	0	1	9
I B	0	1	2	1	1	2	1	8
IV B	0	2	2	2	1	0	1	8
IV A	0	2	1	2	1	1	1	8
II A	0	2	1	0	1	2	1	7
V A	1	2	0	1	1	0	1	6

Tab.1 Osservazioni ordinate per punteggio totalizzato

Aula	At	Ab	C	D	F	S	I	TOT
Min	0	0	0	0	0	0	0	0
Max	3	2	3	3	3	3	3	20

Tab.2 Ipotesi di confronto teorico

Per ottenere un'ipotesi di confronto reale si è cercato di stabilire, considerando i parametri ambientali individuati, un livello minimo accettabile di ottimizzazione dell'ambiente operativo.

La valutazione nasce dal presupposto ergonomico di contenere l'impegno visivo limitando le interferenze ambientali ed evitando le condizioni poco fisiologiche.

	At	Ab	C	D	F	S	I	TOT
	1	1	1	2	1	2	2	10

Tab.3 Livello minimo di ottimizzazione del *setting*

Il punteggio totale che consegue da queste valutazioni è quindi 10.

Al di sotto di questo limite l'ambiente è da considerarsi sfavorevole.

Per le valutazioni delle modalità d'uso si è ricorso alla somministrazione di un questionario agli insegnanti con sette items con domande a risposta scalata ed una aperta per stimolare suggerimenti, su argomenti inerenti come da Tabella 4. Per le risposte è stata utilizzata una scala tipo Likert su quattro livelli di giudizio dalla negazione (no, mai) all'affermazione piena (sì, spesso).

Domanda	N°	Tema della domanda
Nello svolgersi della normale attività didattica giornaliera la Lim viene utilizzata per un periodo di:	1	Tempi
Nell'attività didattica con Lim vengono inserite metodicamente delle pause?	2	Modi
Durante lo svolgersi delle lezioni con l'ausilio della Lim i bambini si sono mai lamentati di disturbi di affaticamento (mal di testa, sfuocamento della visione, bruciore agli occhi, ecc.)?	3	Presenza di disturbi
Ritenete la Lim un sistema affaticante per la vista dei bambini?	4	Valutazione a priori dell'insegnante sull'eventuale affaticamento visivo
Nel caso siate a conoscenza di un problema visivo di un bambino, adottate delle cautele nei suoi confronti durante l'uso della Lim?.	5	Cautele adottate
L'illuminazione dell'aula, artificiale o naturale che sia, ritenete sia importante per l'efficacia dello strumento Lim?	6	Valutazione a priori dell'insegnante sull'importanza dell'illuminazione
La gestione dell'illuminazione dell'aula, sia artificiale che naturale, durante l'uso della Lim ha mai rappresentato un problema nella vostra esperienza?	7	Esperienze dell'insegnante legate all'illuminazione

Tab. 4 Questionario insegnanti

	Item	Risposta				
1	Tempo d'uso	< 1 ora	1 ora	2 ore	> 2 ore	
		0	0	8	12	
2	Inserimento pause	1/2 ora	1 ora	2 ore	Casuale	
		3	4	0	16	
3	Presenza disturbi v.	Mai	Raramente	A volte	Spesso	
		14	6	0	0	
4	Lim affaticate?	No	Poco	T. Lunghi	Si	
		15	2	3	0	
5	Cautele in caso di p.v	No	Si			*
		10	9			
6	Importanza illuminaz.	No	Poco	Importante	M. Import.	
		0	1	11	8	
7	Illuminazione è prob.	Mai	Raramente	A volte	Spesso	
		3	5	9	3	

Tab. 5 Risultati del questionario insegnanti (*) Non risposta

Discussione dei risultati

La LIM è uno strumento effettivamente molto interessante e può costituire un punto di svolta nella didattica scolastica e non solo. Come per tutti i Visual Display Unit la sua efficacia può essere ridotta o vanificata da una modalità d'uso che non tiene conto degli aspetti funzionali della percezione visiva che implicano un aumento dell'impegno visivo, più specificatamente:

- condizioni visive soggettive
- scarsa ottimizzazione ambientale.

Tralasciando in questo studio la prima condizione, è a proposito della seconda che, nella situazione considerata, si possono fare numerosi rilievi. Infatti, secondo il presunto criterio formulato la metà delle aule non rientrerebbe nel livello sufficiente di ottimizzazione o al contrario, solo la metà delle aule sarebbero sufficientemente ottimizzate.

Aula	At.	Ab	C	D	F	S	I	Tot.
II B	3	2	3	3	3	1	1	16
V B	1	2	3	3	3	1	1	14
Aula s.n.	0	2	3	2	3	2	1	13
III A	3	2	3	2	1	1	1	13
III B	3	2	3	3	1	0	1	13
I A	0	2	1	1	3	2	1	10
V C	0	2	3	2	1	0	1	9
IV A	0	2	1	2	1	1	1	8
IV B	0	2	2	2	1	0	1	8
I B	0	1	2	1	1	2	1	8
II A	0	2	1	0	1	2	1	7
V A	1	2	0	1	1	0	1	6

Le criticità, relative a quelle aule che non raggiungono lo standard, riguardano:

- l'altezza del bordo superiore della lavagna per la prima fila di banchi (At), in conseguenza di un'eccessiva vicinanza dei banchi rispetto alla lavagna stessa o di un assemblaggio ad altezza eccessiva;
- la disposizione delle sedute (D) del nucleo considerato principale della classe (2/3 del totale) che non rispetta la condizione di non obbligare gli studenti ad una elevata torsione del capo e degli occhi per seguire le immagini sulla lavagna rispetto alle posizioni di letto-scrittura;
- i sistemi di schermatura della luce naturale ben rappresentano la scarsa dimestichezza con i fenomeni di abbagliamento acuto e cronico e gli effetti conseguenti. Ben otto aule sul totale di dodici non raggiungono il valore minimo;
- l'illuminazione artificiale non è in grado di influenzare, in meglio o in peggio, i cambiamenti di illuminazione degli ambienti a causa dei pochi elementi illuminanti disposti, funzionanti ma, di scarsa potenza ed efficacia.

Le condizioni di illuminazione degli ambienti sono, a questo punto, scarsamente omogenee, variabili e poco controllabili, con la conseguenza che la variazione di contrasto delle immagini proiettate alla lavagna ne riduce il risalto e la fruibilità. Gli ambienti presentano forti disomogeneità luminose che richiedono continui adattamenti visivi. Si aggiunga a questo che una caratteristica delle LIM è la relativamente bassa risoluzione delle immagini proiettate. Il risultato è un effetto "flou", una lieve sfocatura, che può mantenere in tensione il sistema accomodativo dell'osservatore.

Per gli elementi non ambientali:

- dalle risposte del questionario si evince che ad un uso giornaliero molto spesso superiore le due ore non corrisponde una consapevolezza dell'importanza delle pause come invece avviene obbligatoriamente negli ambienti di lavoro con sistemi computerizzati.

La prassi che vede l'insegnante al centro di un nuovo sistema informativo affidandogli competenze specifiche come l'inserimento di un nuovo media nell'ambiente operativo sembra essere afflitto dai seguenti limiti:

- scarsa sensibilità alle problematiche visive in generale;
- gestione delle problematiche visive con un criterio sintomatologico, cioè soltanto nel caso di evidenti sintomi;
- mancanza di figure-consulenti che abbinino competenze tecnico-informatiche a quelle funzionali;

Conclusioni

La scarsa considerazione della funzionalità visiva è un problema culturale che viene da lontano. La mancanza di evidenza di un fatto, nel nostro caso la stanchezza visiva nei giovani studenti che usano per tempi lunghi i sistemi informatici descritti, può far pensare in prima analisi con ragionevole sicurezza all'inconsistenza del problema. D'altra parte l'evidenza scientifica ha portato a considerare le attrezzature Visual Display Unit fonti di disagio, affaticamento visivo e mentale per coloro che ne fanno uso prolungato. Per il lavoratore soggetto alle leggi sulla sicurezza la soglia di attenzione che comporta l'applicazione della vigilanza sanitaria sono mediamente le quattro ore giornaliere al videoterminale. L'A. ritiene che le attuali due ore giornaliere di uso rilevate dalle risposte degli insegnanti possano essere paragonate alle quattro del lavoratore, se non altro per una doverosa cautela verso la delicatezza del campione.

La scarsa divulgazione degli aspetti funzionali della visione ha come conseguenza il mancato controllo di quei fattori che potenzialmente interferiscono sui processi. Si rammenta che, sempre in ambito lavorativo, almeno sulla carta, è obbligatorio il monitoraggio di situazioni del tutto analoghe con valutazioni fini e gravi responsabilità nel caso

di inadempienza.
Può apparire paradossale, inoltre, che all'interno di un disegno globale di sviluppo tecnologico caratterizzato da grandi investimenti e cambiamenti strutturali si possano manifestare vuoti di conoscenza di una certa entità con ricadute, probabilmente, sull'efficacia del disegno stesso.
In questo studio si è cercato di costruire uno strumento pratico per la valutazione di situazioni in apparenza complesse poiché richiedono competenze di tipo didattico, informatico, funzionale per essere implementate in modo corretto. Rimanendo la collaborazione fra esperti nei rispettivi campi la migliore soluzione al problema, gli aspetti di base possono però essere per lo meno considerati con l'ausilio di linee guida come quelle che seguono.
D'altra parte non sarebbe giusto considerare i risultati positivi raggiunti, pur sempre la metà delle aule risulterebbero sufficientemente ottimizzate, un evento casuale. In presenza di così scarse indicazioni e nozioni tecniche al riguardo del setting e delle modalità d'uso, un approccio ai problemi teso al "far bene" e a cercare di capire "come funziona" può essere stato una bussola per molti insegnanti. E' auspicabile, a questo punto, un passo in avanti dall'empirismo al metodo, considerando acquisite le nozioni atte al miglioramento dei problemi affrontati anche sotto forma di semplici indicazioni che possono diventare patrimonio comune e regole di buona pratica.

Ringraziamenti:
Si ringrazia la Dirigente Scolastica dell'Istituto Omnicomprensivo "L. Pirandello" di Pesaro Giuliana Ceccarelli e l'insegnante Claudia Alessandrini la cui sensibilità e disponibilità hanno reso lo studio possibile.

Linee guida essenziali per un corretto uso dei sistemi informatici nella didattica

1. La percezione visiva è alla base dell'efficacia del sistema LIM. Tutte quelle situazioni che interferiscono sulla visione possono essere causa di: affaticamento visivo e mentale, riduzione dell'efficacia del sistema stesso e alterazione dello stato di benessere dell'individuo che ne usufruisce.
2. Un individuo che si appresta ad un impegno visivo è bene che abbia conoscenza dei potenziali effetti che questo comporta.
3. Il sistema visivo è il tramite dello sforzo che si va a compiere: un sistema privo di difetti, anomalie, alterazioni è il prerequisito per un buon risultato. Il controllo della visione è il primo passo per il miglioramento dell'efficienza. Va fatto presso specialisti competenti per il problema specifico.
4. L'ambiente influisce sul risultato: le condizioni di illuminazione degli ambienti operativi devono tenere in considerazione i seguenti aspetti:
   - assenza di fonti o zone luminose ad elevata intensità che possono produrre abbagliamento
   - riduzione delle disomogeneità luminose nell'ambiente
   - illuminamento generale sufficiente a lettura e scrittura
5. Disposizione delle sedute in modo da rispettare
   - Una posizione ottimale rispetto allo schermo
   - Una rotazione del capo e degli occhi non eccessiva.
6. La gestione delle pause implica una programmazione del lavoro consapevole dei livelli di impegno visivo richiesto dal tipo di attività svolta e dall'ambiente in cui si opera.

Bibliografia/Sitografia

1-3 - Iannicelli C., Tecnologie didattiche e LIM nel panorama internazionale pag10, pag.11; www.edscuola.it/archivio/software/ tecnologie_didattiche_e_LIM.pdf

2 - Alessandrini C., DSA e lavagne interattive: strumenti compensativi nella prassi didattica, in Form@re. Open Journal per la formazione in rete n. 64 novembre 2009 http://formare.erickson.it/wordpress/it/2009/dsa-e-lavagne-interattive-strumenti-compensativi-nella-prassi-didattica/

4- Baldascino R., LIM. Ambienti integrati di apprendimento. Costruire contesti per sviluppare competenze, Tecnodid editrice, Napoli 2011 (http://formare.erickson.it/wordpress/it/2009/lim-e-ambienti-integrati-di-apprendimento-aida/)

5 - Cecchini P., Angelucci P.e Della Concordia Basso M. "Lim e aula digitale Inclusiva: Multimedialità e multimodalità per la partecipazione di tutti gli alunni" in "Tecnologie educative per l'integrazione – Studi e Documenti degli Annali della Pubblica Istruzione", Le Monnier, n. 127/2009 pag.83 www.asphi.org/IntervisteASPHI-2/Paola&Piero2.pdf

6 - Tessmer, M., Harris D., Analysing the Instructional Setting: Environmental Analysis. Kogan Page Ltd., 120 Pentonville Road, London N1 9JN, England, United Kingdom pag. 15, pag.18. Analysing the Instructional

7 - The EU Directive 90/270/EEC on the Minimum Health and Safety Requirements for Work with Display Screen Equipment

8- Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n° 81, Titolo VII e Allegato XXXIV

9 - AA VV , Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali SIMLII Volume 3°, anno 2003

10 - ILO, Ginevra ,Working with display units, Occupational Health Series n° 61 , 1989

11 - McVey, G.F.(1971). Sensory factors in the classroom learning environment. Washington, DC:NEA. Pag. 1049-1058

12- J.W. Grundy (1997) Visual Task Analisys http://www.jwgrundy.co.uk/occupational_vision.htm

13 - UNI EN 12464-1 Illuminazione dei posti di lavoro, pag. 8-18-20.

E' successo a... Castiadas (CA)

XXVI Congresso nazionale ANMA, 30 maggio – 1 giugno 2013

ATTUALITÀ

Paolo Santucci

Consigliere Nazionale ANMA

'Semplificare' è stata la parola d'ordine, il comune denominatore del 26° Congresso nazionale presso il grazioso Sant'Elmo Beach Hotel, a pochi metri dal mare cristallino della baia di Castiadas in provincia di Cagliari.
La sessione d'esordio, dedicata all'impatto occupazionale delle vestibolopatie, dopo un ampio ed elevato approfondimento specialistico da parte del Prof. Comacchio, Clinica ORL Ospedale di Padova, ha proposto un modello di approccio al rischio di caduta dall'alto, nell'ambito del lavoro in quota, a cura del Gruppo di lavoro ANMA rappresentato da Marco Saettone, Consigliere nazionale ANMA. La presentazione, frutto di modifiche e integrazioni di un documento ANMA prodotto nel 2005, ha illustrato un modello di gestione del rischio 'lavoro in quota' che coinvolge il medico competente dalla collaborazione alla valutazione dei rischi fino alla scelta dei Dispositivi di Protezione Individuale, dalla formazione-informazione del lavoratore alla 'discussa' sorveglianza sanitaria. Discussa perché messa in dubbio, su questi aspetti, da diversi Organi di Vigilanza in Italia, ma non dal Dott. Marracini Responsabile SPRESAL Cagliari che si è quasi stupito dell'impegno profuso dal Gruppo di Lavoro ANMA nel 'dimostrare' la necessità di visitare il lavoratore esposto a questo specifico 'rischio infortunistico'. "Tutto ciò che serve per tutelare salute e sicurezza del lavoratore deve essere fatto": questo il messaggio dello SPRESAL di Cagliari, questo è anche l'auspicio che ANMA da tempo rivolge ad ogni interlocutore istituzionale.
Nella sessione sulla semplificazione dell'attività del medico competente si sono succeduti gli interventi della Dr.ssa Guardavilla Giurista e di Daniele Ditaranto Segretario nazionale ANMA, caratterizzati da estrema puntualità nel rievocare la Normativa vigente, con le sue incongruità e contraddizioni, seguiti dall'intervento 'effervescente' di Gilberto Boschiroli, memoria storica dell'ANMA e in questo caso fustigatore di Leggi, 'leggine' e soprattutto... 'cartelle sanitarie di rischio', che ha strappato gli applausi dell'uditorio.
Nella seconda parte della mattinata il Rappresentante della Direzione Centrale Prevenzione INAIL, Dott. Fabio Rosario Lo Faro, ha illustrato la piattaforma INAIL predisposta al ricevimento degli allegati '3 B' da parte dei medici competenti. Il Dott. Marchiori, Conferenza Stato-Regioni, in un intervento preordinato ha rassicurato sull'impegno a trovare la forma giuridica più idonea per sancire definitivamente l'assenza di sanzioni per l'intero periodo di sperimentazione dell'invio dell'allegato 3 B. Inoltre ha dichiarato piena disponibilità a riflettere sulla cartella sanitaria informatizzata unica sul territorio nazionale con adozione del sistema di codificazione delle patologie 'ICD-10' proposto da G. Boschiroli.

Nel corso della discussione, come previsto molto vivace e partecipata, sono emerse novità interessanti, pur rimanendo una incertezza di fondo su alcuni



aspetti operativi. La principale é stata rivelata dal Dott. Marchiori che ha precisato: chi dispone dei dati, di cui all'allegato 3 B, in propri 'fogli excel' può inviarli alle ASL di competenza, adempiendo così all'obbligo di Legge introdotto dall'art.40 D.Lgs.81/08 e s.m.i.. Il Dott. Lo Faro ha aggiunto che i tecnici stanno lavorando proprio su questo aspetto, affinché in futuro la piattaforma INAIL possa utilizzare i dati presenti negli allegati 3 B inviati dai medici competenti nei principali formati.

Nel pomeriggio dedicato alle riflessioni sull'evoluzione della figura del medico competente, Umberto Candura, Vicepresidente ANMA, ha ricordato le criticità del ruolo del medico competente nell'attuale difficile contesto. Successivamente il Prof. Del Vecchio (SDA Bocconi) ha proseguito l'interessantissima ricerca iniziata un anno fa al Congresso di Milano, offrendo uno fotografia aggiornata del 'mercato' del medico competente, che ha coinvolto questa volta anche i datori di lavoro, con alcune indicazioni utili alla nostra categoria al fine di conseguire una maggiore competitività.

Salvo Taliercio, Consigliere nazionale ANMA, ha riferito i risultati sorprendenti di un recentissimo simposio, tenutosi a Roma e dedicato al welfare aziendale 'personalizzato', che dimostrano benefici raddoppiati rispetto ai costi, derivanti prevalentemente dall'aumento di produttività.

La discussione ha coinvolto diversi partecipanti e relatori che hanno offerto spunti finalizzati ad una maggiore affermazione del medico competente nella complessa situazione economica attuale. Al termine della sessione è stato presentato il collega Gioffré, medico specializzando a Roma, che cura da sei mesi la rassegna bibliografica per il nostro sito www.anma.it .

La giornata si è conclusa con l'assemblea dei soci che, dopo alcune richieste di chiarimento, è culminata con l'approvazione all'unanimità del consuntivo 2012, con un attivo di circa 37.000 €, e della previsione di bilancio 2013.

La mattina di venerdì incentrata sulle patologie professionali della spalla è stata inaugurata dal Dott.Carlo Maria Manca, Responsabile Sovrintendenza Medica Regionale INAIL, che ha presentato alcuni dati epidemiologici interessanti sulle malattie professionali di questo distretto. Il Dott. Natale Battevi, Unità EPM Università di Milano, dopo una carrellata sui principali metodi di valutazione del rischo da sovraccarico dell'arto superiore, ha ricordato il corretto approccio alla sorveglianza sanitaria partendo dalla 'anamnesi strutturata'.

Il Dott. Stefano di Fabio, Dipartimento Ortopedia Ospedale di Belluno, ha descritto alcuni casi clinici emblematici, interessanti anche per l'approfondimento della semeiotica locale e della diagnostica per immagini. Una delle novità emerse riguarda la tendinite calcifica la cui patogenesi sembra indipendente dalla 'dinamica' professionale. Una sessione perciò coinvolgente che ha tenuto incollati alle poltrona fino alla fine i numerosi partecipanti: peccato soltanto per l'assenza del momento di sintesi finale, prodotto dal tradizionale Gruppo di Lavoro ANMA, che costituisce sempre il valore aggiunto della sessione.

In conclusione, un Congresso ricco e concreto, a misura di medico competente, e perciò nel solco della tradizione ANMA.

Grazie a tutti coloro che hanno collaborato. Ma un particolare ringraziamento va questa volta al Comitato scientifico dell'Associazione, motore di ogni Congresso nazionale, che da tempo non sbaglia un colpo nella scelta dei Relatori e dei relativi temi da approfondire, sempre di grande impatto sulla nostra attività professionale.



A cura di Piero Patanè

Le risposte ai quesiti di interesse generale tratte da www.anma.it

ANMA RISPONDE

Allegato 3B

Un collega che era presente nella sede INAIL di Bolzano alla presentazione delle procedure per l'utilizzo della piattaforma ha posto il seguente quesito: "Il medico competente ottempera alla legge inviando i dati richiesti dall'allegato 3 B direttamente all'ASL di competenza e quindi non utilizzando la piattaforma INAIL?" La risposta è stata affermativa. Cosa ne pensate? Ringrazio dell'attenzione e saluto cordialmente. G.Toninelli

E' così. Non lo pensiamo noi, lo dice la legge.

Allegato 3B

L'allegato 3b va inviato anche per le ditte per cui nel 2012 non sono state eseguite visite in quanto non in scadenza(videoterminalisti ecc…) o per altri vari motivi? Se nel corso del 2012 il medico compente è cambiato chi deve inviare l'allegato 3b il medico competente all'inizio del 2012 o chi è subentrato? Cordiali saluti. Graziano Limido

Va comunque inviato. Ogni medico poi deve compilare per quanto attiene la parte di sorveglianza sanitaria da lui svolta nel 2012, fosse anche parziale.

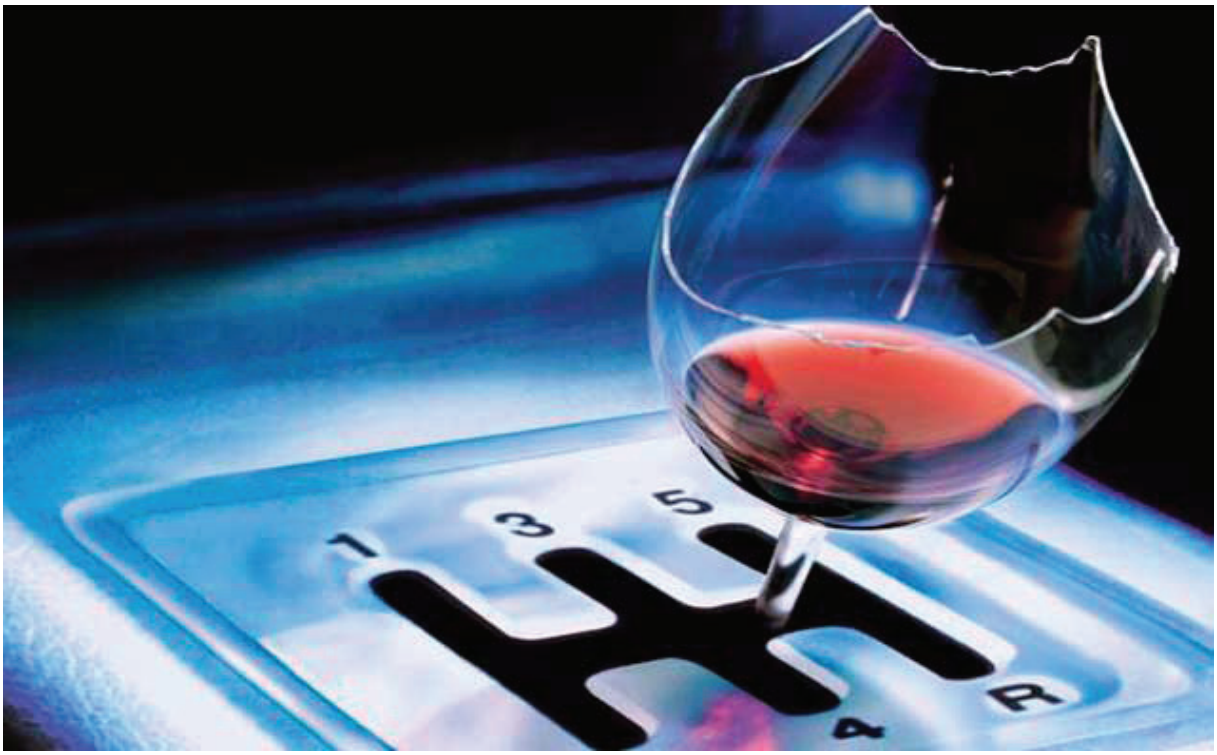
Controlli alcolemia

Vorrei sapere se è obbligatorio effettuare controlli di laboratorio per assunzione di alcool su dipendenti che utilizzano macchine per la movimentazione di merci o su dipendenti che usano la vettura aziendale. Grazie

Risposta a cura di Marco Saettone

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano con Provvedimento del 16 marzo 2006 ha individuato le attivita' lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumita' o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125 .
L'elenco delle attività lavorative prevede al punto 8) mansioni inerenti attivita' di trasporto:
lettera a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali e' richiesto il possesso della patente di guida categoria B
lettera p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci

Inoltre l'art. 41 comma 4 del D. Lgs. 81/08 prevede che le visite mediche … nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento … siano altresì



finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza …

In entrambi i casi i lavoratori dovranno dunque essere informati del divieto e della possibilità di essere sottoposti da parte del MC ad accertamenti per verificare il rispetto del divieto e l'assenza di condizioni di alcol dipendenza.
Le modalità di esecuzione di questi accertamenti sono state definite da alcune delibere regionali o sono lasciate alla discrezione del MC: si conviene peraltro che sia indispensabile che il MC partecipi ai programmi di informazione e formazione dei lavoratori; che raccolga una accurata anamnesi mirata utilizzando questionari ad Hoc (Audit C); che escluda in sede di E.O. segni o sintomi di anche sospetto abuso alcolico; che proceda alla determinazione della alcolemia o della presenza di alcol nell'aria espirata; che ricorra, in presenza di alterazioni dell'emocromo e della funzionalità epatica, alla determinazione di indicatori enzimatici di abuso alcolico (CDT)
Il programma degli accertamenti sanitari dovrà essere allegato al DVR, condiviso con il DL e il RSPP e presentato agli RLS.

Allegato 3B

Oggi 14 Luglio 2013 non riesco più ad accedere alla piattaforma inail per inserire i dati dell'allegato B, Mi era parso invece di capire che si potesse anche successivamente alla data del 30 Giugno… per chi non avesse fatto in tempo ad inserire tutte le aziende come si deve procedere?

Provato adesso 14 luglio ore 22.00 e funziona … bisogna insistere. Sul resto siamo in attesa di news.

DA LEGGERE IN POLTRONA

A cura di Danilo Bontadi

COME USCIRE A RIVEDER LE STELLE?

Non possiamo pretendere che le cose cambino,
se continuiamo a fare le stesse cose.
La crisi è la più grande benedizione
per le persone e per le nazioni, perché la crisi porta progressi.
La creatività nasce dall'angoscia
come il giorno nasce dalla notte oscura.
E' nella crisi che sorge l'inventiva,
le scoperte e le grandi strategie…
Finiamola una volta per tutte con l'unica crisi pericolosa,
che è la tragedia di non voler lottare per superarla

(Albert Einstein)

