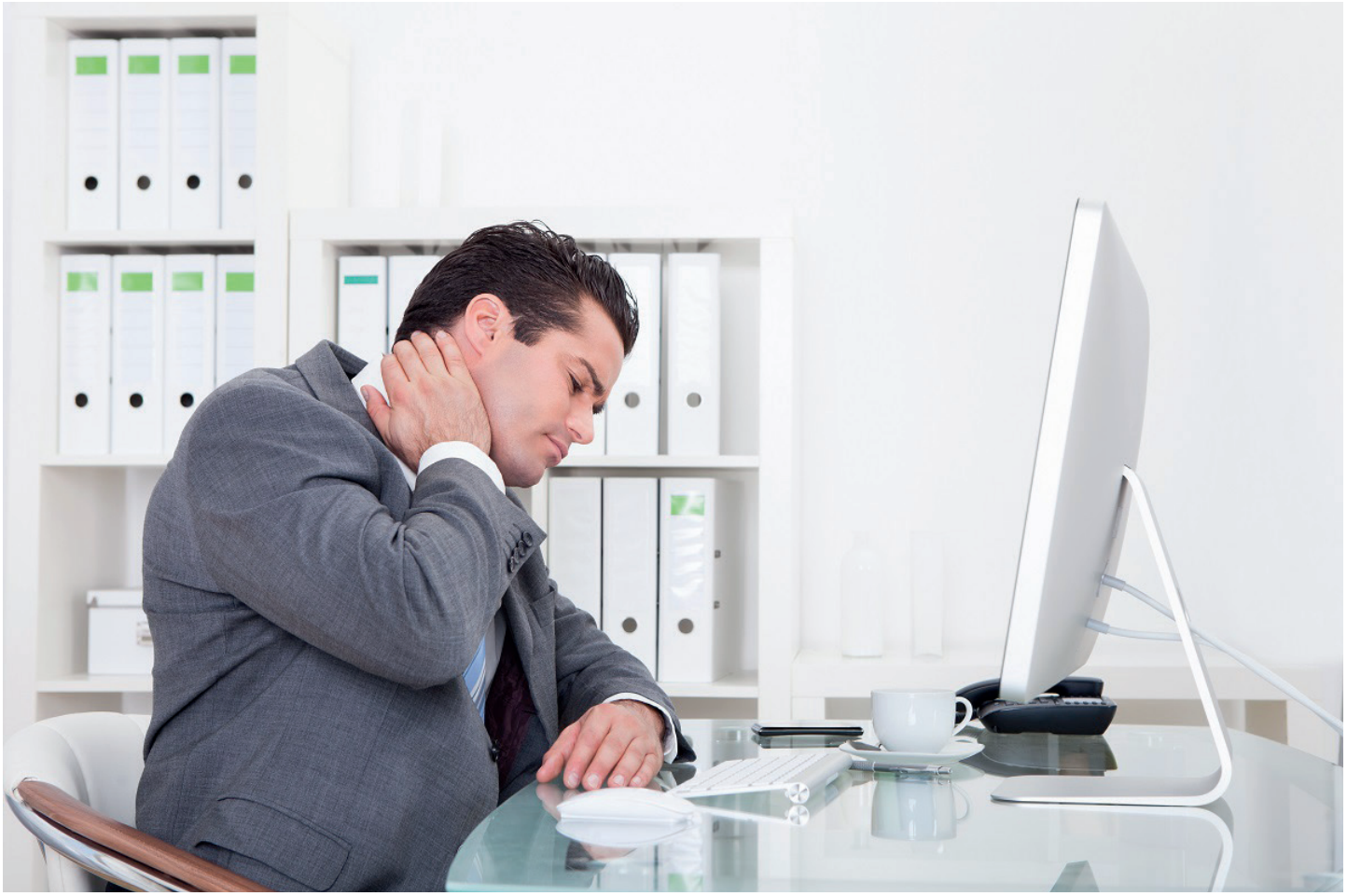
IN PRIMO PIANO

L’utilità della sorveglianza sanitaria del videoterminalista

Paolo Santucci, Consigliere ANMA
Pier Agostino Gioffré, ANMA Lazio

Perché il Medico Competente visita il *videoterminalista?
Perché deve ottemperare ad un obbligo di legge, precisamente l’ art.176 comma 1 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.:
“I lavoratori sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all’ articolo 41, con particolare riferimento:
a) ai rischi per la vista e per gli occhi;
b) ai rischi per l’ apparato muscolo-scheletrico.”
Perciò si tratta soltanto di un obbligo formale? Uno sterile recepimento della Normativa?

CONTINUA A LEGGERE A PAGINA 4...



MEDICO COMPETENTE JOURNAL
ANNO 21 NUMERO 1/2016

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

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano, Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
internet: www.anma.it

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

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

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE:
Paolo Santucci

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

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trincanato

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)*

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

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

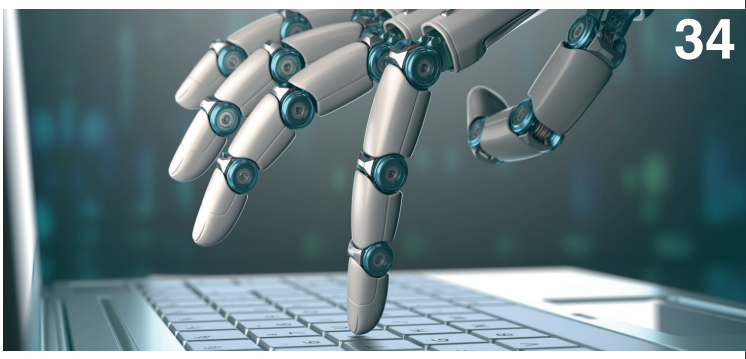
TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

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.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it., anche la registrazione o la conferma dei propri dati. Il pagamento dell' iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:
- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22









SOMMARIO



IN PRIMO PIANO

4 L'utilità della sorveglianza sanitaria del videoterminalista

CONTRIBUTI

14 - Sindrome delle apnee ostruttive notturne: l'esperienza di area vasta 1 dell'asur marche
- I D.P.I., Dispositivi di Protezione Individuale

ATTUALITA'

22 - Certificazione di infortunio e di malattia professionale: nuova procedura e nuovi obblighi
- Chiarimenti applicativi art. 21 del Decreto Legislativo n.151 del 2015

UFFICIO E SALUTE

27 Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti

ANMA RISPONDE

24 Le risposte dei nostri esperti ai quesiti di interesse generale

INTERVISTA

42 Dieci domande a…

DA LEGGERE IN POLTRONA

44 Testi brevi o estratti letterari tratti da libri, discorsi e scritti

L'utilità della sorveglianza sanitaria del videoterminalista

Paolo Santucci, Consigliere ANMA
Pier Agostino Gioffré, ANMA Lazio

No. Come vedremo oltre, la letteratura scientifica, confortata dalla pratica quotidiana, ci insegna che i benefici di tale attività si possono registrare concretamente, sia per attenuare i disturbi per la vista e gli occhi, sia per prevenire problemi muscolo-scheletrici, ma, indirettamente, anche in altre problematiche, quale per esempio lo stress lavoro-correlato.
A livello europeo viene ribadito che la sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti é considerata un elemento chiave per la tutela della salute oculo-visiva di questi lavoratori: infatti vengono raccomandati aggiornamenti delle linee guide nazionali più datate, realizzate in Gran Bretagna, Francia e Spagna, ed auspicata una linea guida europea per la gestione del lavoratore videoterminalista (1).
In Italia si tratta della mansione probabilmente più diffusa, almeno 16 milioni di operatori (2). Tuttavia, i dati forniti dai medici competenti all'INAIL nel 2013, ai sensi di art.40 D.Lgs.81/08 e s.m.i. (3), riferiscono che meno di tre milioni di videoterminalisti sono sottoposti a sorveglianza sanitaria, evidenziando una mancanza di tutela per larga parte di questa popolazione lavorativa.

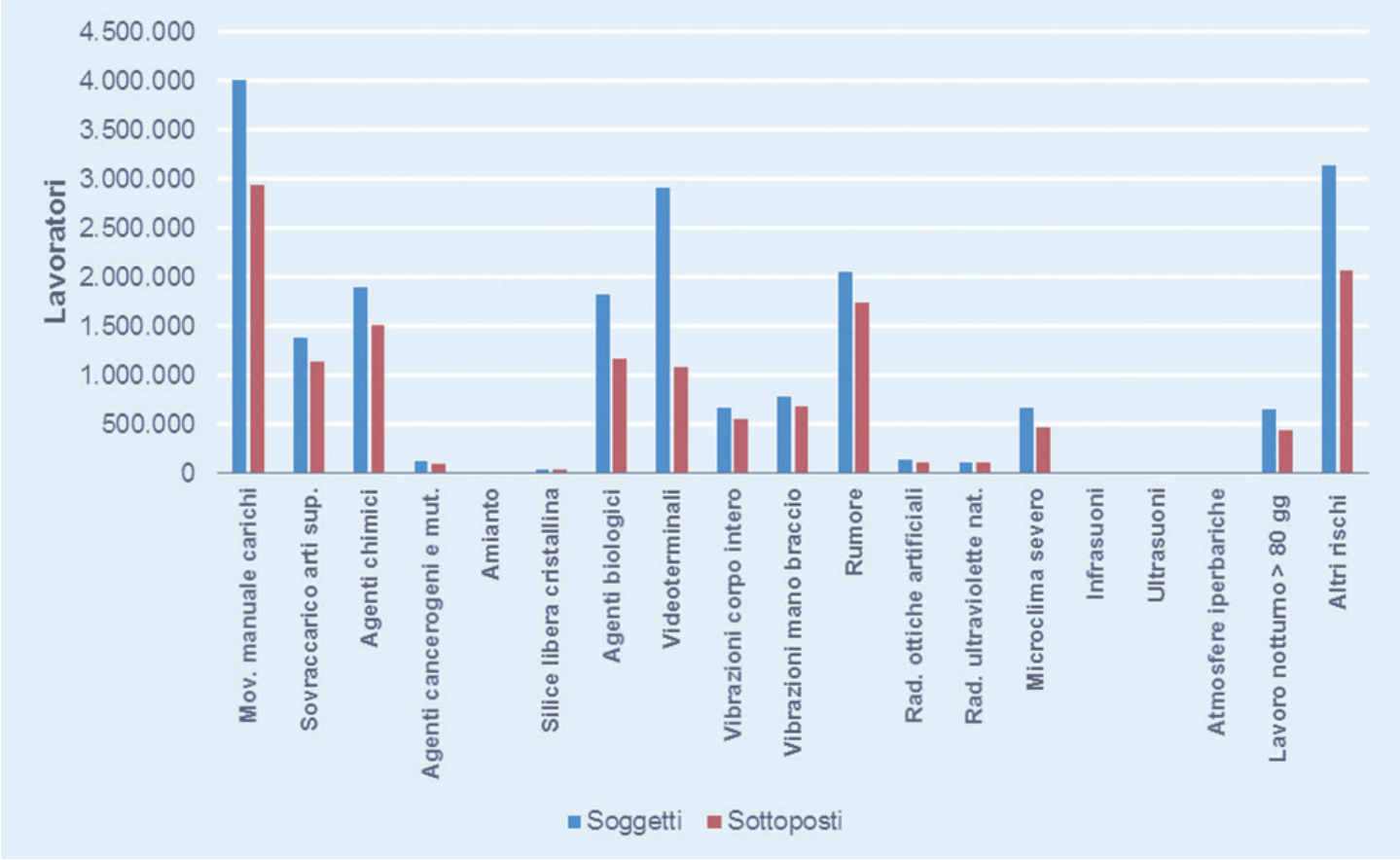


Tabella tratta da: *Allegato 3 B del D.Lgs.81/08. Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art.40.Coordinamento Tecnico Interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro, Ministero della Salute, INAIL, Italia, 2013.*
**lavoratore che utilizza il videoterminale per almeno 20 ore settimanali dedotte le pause (art.173, comma 1, lettera c, D.Lgs.81/08 e s.m.i.)*

Se si considera che lo screening ergoftalmologico viene non raramente condotto con modalità inadeguate (4, 5), si evince come una efficace sorveglianza sanitaria, per qualità e quantità, potrebbe risultare decisiva per la salute di questi lavoratori, assumendo una autentica 'rilevanza sociale'.
Purtroppo l'importanza di tale potenziale impatto spesso non viene percepita per almeno tre motivi:
-1 Diversi Consulenti della sicurezza e/o Responsabili/Addetti dei Servizi di Prevenzione e Protezione, portatori di una cultura prevalentemente antinfortunistica e perciò orientati maggiormente sul versante 'sicurezza', piuttosto che 'salute', percepiscono come poco rilevanti i rischi attribuibili alla figura del videoterminalista.
-2 I documenti di valutazione dei rischi risentono di tale impostazione culturale, poco influenzata dalla ridotta collaborazione (colposa o dolosa) dei medici competenti, e risultano spesso deludenti nella parte dedicata al lavoro in ufficio o comunque alle postazioni dotate di videoterminale, a vantaggio della componente cosiddetta 'produttiva' dell'azienda.
-3 I medici competenti non avvertono l'esigenza di una sorveglianza 'di sostanza', mirata ed efficace, al di là del rispetto 'formale' dell'obbligo di Legge.
Inoltre si rivelano spesso poco formati/addestrati ai fini della realizzazione di un corretto screening ergoftalmologico: i tests possono essere effettuati superficialmente e talvolta delegati a personale paramedico non qualificato.
In alcuni casi lo screening viene 'automaticamente' delegato allo specialista oculista che, al di là della indubbia competenza oftalmologica, non possiede gli elementi per studiare l'organo della vista inserito nello specifico contesto lavorativo, sia ambientale che organizzativo, come richiesto dalla Normativa. Inoltre la valutazione clinico funzionale del rachide e degli arti superiori, spesso attivata in altri contesti produttivi, viene di solito sottovalutata nello studio del lavoratore videoterminalista.
Perciò è curioso notare come in una fase di forte innovazione tecnologica nel mondo del lavoro, caratterizzata dall'introduzione di dispositivi elettronici con schermi di visualizzazione di ogni genere e dimensione, vengano a mancare i presupposti culturali e didattici che dovrebbero invece spingere verso l'applicazione rigorosa del tradizionale percorso, compreso fra la valutazione dei rischi e la formulazione del giudizio di idoneità al lavoro specifico.
E in questo percorso la fase culminante dell'azione del medico competente è rappresentata dalla sorveglianza sanitaria. Una sorveglianza attivata poco e, a volte, male nella realtà, a quanto risulta dalla letteratura e dall'esperienza quotidiana in azienda.

SORVEGLIANZA SANITARIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI RISCHI PER L'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

Nell'ambito dell'apparato muscolo-scheletrico si riscontrano abitualmente patologie correlate all'utilizzo del videoterminale:
- a livello scientifico internazionale in ampie revisioni della letteratura (6),
- nella norma tecnica ISO 11228 –3, che raccomanda per la valutazione del rischio il metodo OCRA (7)
- nell'ambito delle Linee Guida nazionali (2, 8, 9, 10)
- in campo assicurativo nazionale, attraverso la Tabella INAIL delle Malattie Professionali.

A proposito della Tabella, di cui al D.M. 9 aprile 2008, la voce n°78 prevede "malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore per lavorazioni svolte in modo non occasionale che comportano movimenti ripetuti o mantenimento di posture incongrue".
Mentre nell'Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia (art. 139 del Testo Unico approvato con DPR n°1124/65 e s.m.i.), è presente la "sindrome da sovraccarico biomeccanico polso-mano", lista I, malattie da agenti fisici con origine lavorativa "di elevata probabilità", correlata alle "posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo".
Inoltre si moltiplicano le segnalazioni, ed a volte i riconoscimenti da parte INAIL, di sindrome del tunnel carpale e di tendinopatie del distretto mano-polso fra i videoterminalisti, mentre ha fatto scuola il caso di una 'Sindrome pronatoria dell'arto superiore' per 'overusing da mouse' riconosciuta da una Sentenza ad un videoterminalista bancario.
Perciò, al di là della Normativa vigente, la letteratura scientifica e le Norme tecniche, le Linee guida e le Tabelle INAIL, sia delle 'malattie professionali' che delle malattie 'per le quali è obbligatoria la denuncia', unitamente alla pratica quotidiana sul territorio, richiedono una sorveglianza sanitaria mirata in grado di prevenire il manifestarsi di quadri clinici conclamati, cogliendone i sintomi ed i segni più precoci.
Poiché, secondo INAIL, "la posizione seduta mantenuta per tempi prolungati in posizione fissa e l'utilizzo prolungato del 'mouse' e della 'tastiera' possono determinare un sovraccarico funzionale a carico del rachide e degli arti superiori, la sorveglianza sanitaria dovrà comprendere anche un'ac-

curata valutazione dei distretti interessati che tenga conto anche dei fattori predisponenti personali nonché delle abitudini voluttuarie" (9).
Peraltro anche la letteratura internazionale dimostra un incremento dei disturbi a collo e spalle fra i videoterminalisti (11) ed una associazione fra uso del videoterminale e disturbi muscolo-scheletrici, in particolare dolore o rigidità del collo con prevalenza pari al 59,3 % (12).
Mentre in Italia il Tribunale di Asti, con sentenza del 22/10/10 seppure relativa ad attività 'produttiva' (ma si presta perfettamente al lavoro di ufficio), si è spinto molto avanti, citando per la prima volta delle 'Linee Guida' (10): "…il medico competente ha il dovere di eseguire controlli periodici ma anche mirati nei confronti di lavoratori affetti da patologie (malattie muscolo-scheletriche); tali patologie possono essere sia legate al lavoro sia del tutto sconnesse dall'attività lavorativa; ha il compito specifico di valutare le singole postazioni di lavoro in relazione alle specifiche malattie dalle quali è affetto il lavoratore…".
Infatti la realtà quotidiana offre sempre più spesso all'attenzione dei medici competenti quadri clinici extraprofessionali, a volte caratterizzati da importanti disabilità, a carico di arti superiori e/o della colonna, che presentano importanti ricadute sull'operatività al videoterminale. Ciò accade perché le disabilità più gravi, provenienti dalla 'produzione', vengono spesso avviate negli uffici, per lo svolgimento di mansioni al videoterminale, dopo adeguata riqualificazione.
Tuttavia, anche per attrezzature dotate di un 'piccolo dispositivo di visualizzazione' (< 10 pollici), come smartphone (PDA-phone) e 'tablet', appare ragionevole procedere ad una valutazione del rischio, ed eventualmente implementare una sorveglianza sanitaria nel caso di un utilizzo superiore alle 20 ore settimana, considerato che, al di là della problematica del sovraccarico biomeccanico, questi 'devices' possono sollecitare anche l'apparato visivo in modo superiore ad un VDT/PC di tipo desktop (2).
Al di là della sorveglianza sanitaria, l'azione preventiva del medico competente deve essere integrata dagli altri obblighi previsti dall'art.25, comma 1, ma, per il rischio specifico, sembrano particolarmente utili le seguenti attività:
- 'formatore', in merito a diverse problematiche muscolo-scheletriche tra cui spicca senza dubbio la sottovalutata 'postura incongrua statica e protratta'.
- 'collaboratore' alla valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, per esempio con metodologia OCRA, che favorisce la conseguente realizzazione del corretto 'lay out'
- 'consulente' nella scelta delle sedute e nella selezione di strumenti e dispositivi più idonei per la specifica attività al videoterminale, con particolare riguardo ai casi di disabilità
- 'sentinella', considerando l'incremento di postazioni dotate di VDT/PC montate su macchinari e linee di produzione industriali, che operano in contesti ambientali assai diversi da quelli cosiddetti "d'ufficio" e con caratteristiche di insufficiente progettazione ergonomica (2).
Perciò, sia riferimenti di letteratura scientifica che sentenze, sia pareri autorevoli che esperienze 'sul campo' spingono coerentemente verso una rinnovata attenzione su alterazioni/patologie extraprofessionali, o anche soltanto predisposizioni individuali, che in ambito lavorativo possono favorire l'insorgenza, o anche soltanto il peggioramento, di manifestazioni da sovraccarico biomeccanico.
Per fornire una idea della ricaduta che la sorveglianza sanitaria potrebbe riservare alla salute del videoterminalista in ambito muscolo-scheletrico, si può citare una recentissima indagine ANMA, che evidenzia una prevalenza di idoneità con prescrizione di un ausilio e/o di un 'mouse mirato', secondo i criteri proposti dalla stessa Associazione (13), in n°21 casi su n°235 lavoratori videoterminalisti visitati, pari all'8,94 %, se si considerano soltanto le prescrizioni riferite a problematiche a carico di arti superiori e colonna vertebrale (14).



Perciò, circa un videoterminalista visitato ogni undici, beneficia di una prescrizione che attenua le conseguenze della propria problematica muscolo-scheletrica e non potrebbe essere attivata senza una attenta sorveglianza sanitaria mirata. Se si proietta il dato sulla popolazione nazionale 'virtuale' di videoterminalisti, si tratterebbe di quasi un milione e mezzo di lavoratori potenzialmente coinvolti nella prevenzione di patologie/disfunzioni muscolo-scheletriche, ma probabilmente sono molti di più se si considera che i lavoratori dell'indagine sono in realtà 'selezionati', poiché da tempo formati-informati e impegnati in postazioni conformi alle indicazioni dell'allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i..

E' stata proprio la diffusione di problematiche legate all'utilizzo dell'arto superiore, soprattutto patologie di origine comune e talvolta in disabili, a promuovere una ampia condivisione fra i soci ANMA mirata alla realizzazione di uno strumento pratico di orientamento per i medici competenti: una 'griglia', unica nel suo genere, che propone per diversi quadri clinici la prescrizione di un tipo di mouse e/o di un ausilio, utili alla formulazione di un corretto giudizio di idoneità alla mansione specifica (13).

Ma quale standard, quale riferimento per la valutazione clinico-funzionale del rachide e degli arti superiori?



La letteratura scientifica nazionale è concorde nell'indicare le pubblicazioni dell'Unità di Ricerca EPM (epmresearch.org) e le Linee Guida SIMLII sugli UEWMSD's (10) come riferimenti per l'efficace gestione delle problematiche distrettuali nella figura del videoterminalista.

Ma ritornando, in conclusione, all'esperienza pratica quotidiana, non può non venire in mente l'amara considerazione di uno dei massimi esperti di salute negli uffici, il prof. Bruno Piccoli: "Durante la configurazione di nuovi uffici, raramente si pone l'uomo al centro del percorso progettuale, per non parlare di quelli di vecchia concezione, dove l'uomo è spesso abbandonato ai suoi disagi operativi senza una adeguata tutela a favore della sua salute e del suo rendimento" (BenEssere Milano, 2013).

SORVEGLIANZA SANITARIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI RISCHI PER LA VISTA E PER GLI OCCHI

Entrando nel merito dei disturbi a vista ed occhi, proprio in questi ultimi anni sono state prodotte diverse pubblicazioni internazionali (15, 16), dedicate al ruolo di rischi ambientali, ma anche 'professionali' come 'la visione ravvicinata, protratta e statica', riprese anche dalle più recenti Linee Guida SIMLII (2), con riferimento all'aumento considerevole della prevalenza della miopia nella popolazione.

Le teorie si riferiscono alle cause che, al di là dell'aspetto genetico, starebbero alla base di una 'miopia evolutiva', favorita dal lavoro prossimale, denominata anche 'accomodativa' o pseudo-miopia, che attraverso un andamento altalenante potrebbe cronicizzarsi, fino a produrre un difetto di rifrazione pari a mezza diottria, al massimo una diottria (17).

Perciò, se un 'danno permanente' da miopizzazione è stato smentito dagli studi longitudinali di trent'anni fa, almeno per quanto riguarda l'uso professionale del computer (18, 19, 20), non sono ancora disponibili studi mirati, che analizzino adulti impegnati in lavori a basso impegno visivo occupazionale, 'versus' soggetti esposti a intenso impegno visivo occupazionale, soprattutto tablet e smartphone, che peraltro richiedono attenzione anche sul versante muscolo-scheletrico (2).

Tra le forme di miopia maggiormente correlabili alla 'visione prossimale' vi è senz'altro la 'miopia adulta tardiva', la forma di miopia meno influenzabile da fattori genetici che compare dopo i 40 anni e non può avere legami con il processo di scolarizzazione.

Si tratta perciò della miopia da monitorare, per in-



dividuare un eventuale legame con l'intenso impegno visivo occupazionale, che ha evidenziato una prevalenza pari all'1 % in una popolazione di videoterminalisti all'interno di una indagine ANMA (21). Perciò, di fronte a nuove ipotesi eziologiche che coinvolgono aspetti ambientali e professionali, appare necessario rilanciare l'azione preventiva del medico competente, incentrando la sorveglianza sanitaria anche sul monitoraggio dei casi di 'miopia acquisita' e contribuendo così a comprendere come si sta modificando l'occhio umano, da 'cacciatore' a 'colletto bianco', a seguito dell'intenso e crescente utilizzo delle nuove tecnologie.

Ma al di là delle teorie fondate su 'aspetti ambientali o professionali', rimane al centro della sorveglianza sanitaria del videoterminalista l'obiettivo della diminuzione dei casi di astenopia che la letteratura nazionale degli anni '90 poneva anche al 40-50 % di prevalenza ed ora in alcuni studi scende al 20% e anche a percentuali molto più basse (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Questo risultato non è casuale e nasce dall'impegno profuso negli ultimi decenni da coloro che intendono andare oltre l'assenza di malattia, puntando al raggiungimento di una condizione di benessere lavorativo per il videoterminalista, uno dei principali obiettivi del medico competente negli uffici, affinché le storiche definizioni dell'OMS (29), evocate regolarmente in ogni consesso scientifico, trovino riscontro anche nella realtà pratica.

Infatti non va dimenticato che nelle popolazioni non (o non correttamente) sorvegliate, i principali disturbi/disagi, evidenziati dalla letteratura scientifica sono sempre presenti. Secondo l'INAIL "Mal di testa, rigidità della nuca, bruciore agli occhi, lacrimazione, dolori in corrispondenza di spalle, braccia e mani sono disturbi che più frequentemente interessano gli addetti ai videoterminali. Negli ultimi anni questi disturbi sembrano essere più frequenti e ciò può essere spiegato da un lato con la maggiore diffusione del videoterminale, dall'altro con ritmi di lavoro più stressanti" (8).

La problematica dell'affaticamento oculo-visivo rimane tuttora di estrema attualità e conseguentemente la sua attenuazione deve costituire ancora oggi il 'goal' dell'azione preventiva del medico competente negli uffici con riferimento alle più avanzate definizioni di 'astenopia occupazionale' (2).

In campo internazionale l'insieme dei disturbi oculovisivi occupazionali è compreso nella definizione di Computer Vision Syndrome (CVS), la 'combinazione fra le problematiche oculo-visive e l'utilizzo del computer', che colpisce fra il 64 % ed il 90 % degli operatori ed è causata principalmente da alterazioni dell'apparato oculomotore o del film lacrimale, il 'dry eye', da alterato ammiccamento (30).

Questi ultimi possono arrivare a giustificare oltre il 30 % dei casi di astenopia occupazionale (31) e coinvolgono a pieno titolo lo specialista oftalmologo, mentre le alterazioni dell'oculomotricità richiedono una particolare attenzione nel corso dello screening ergoftalmologico del medico competente e talvolta il successivo intervento dell'ortottista.
In ogni caso deve essere rafforzato il ruolo consulenziale del medico competente, per esempio in occasione della sorveglianza sanitaria, ma preferibilmente nell'ambito della formazione-informazione dei lavoratori prevista per Legge. L'acquisizione delle tecniche di rilassamento, ormai indispensabili nel minimizzare le conseguenze dell'impegno visivo 'protratto, statico e ravvicinato' e l'adozione di una maggiore distanza 'occhi-schermo', al fine di attenuare l'attività di accomodazione e convergenza oculare, soprattutto con l'attuale utilizzo di schermi dalle grandi dimensioni, rappresentano al giorno d'oggi le principali priorità (21, 30, 32, 33).
Inoltre non va sottovalutato l'apporto del medico competente in merito agli aspetti illuminotecnici, generalmente sottovalutati nonostante le precise indicazioni dell'allegato XXXIV D.Lgs. 81/08 e s.m.i., che può produrre ricadute favorevoli nell'obiettivo della riduzione dell'affaticamento oculo-visivo del videoterminalista.
Pertanto il ruolo che può svolgere attualmente il medico competente è maggiormente decisivo, rispetto al passato, nell'ambito dell'utilizzo professionale di schermi di grandi, medie o piccole dimensioni, dal computer 'oled' da polso ('smartwatch') fino al 'computer-occhiale' (Eyeglass-embedded computers) o al maxi-schermo ('videowall'), che sottendono attività lavorative sempre più 'agili', tra tecnologia e flessibilità ('smart working').
Ma quale tipo di sorveglianza sanitaria é raccomandabile per il videoterminalista?
E' nota da tempo la dubbia affidabilità dei tests di screening ergoftalmologico eseguiti attraverso l'utilizzo di ortoanalizzatori (4, 5). Inoltre é risaputo che alcune aziende ricorrono direttamente alla visita specialistica oculistica come primo accertamento di routine, sottovalutando il fatto che l'oftalmologo tende 'il più delle volte ad escludere soltanto la presenza di alterazioni patologiche a carico dell'apparato visivo' (33).
Questa prassi prospetta, al di là della scarsa conoscenza della Normativa, l'esistenza di una carenza formativa da parte di diversi medici competenti, evidentemente non attrezzati a realizzare il corretto approccio verso lo screening ergo-oftalmologico.
E' evidente che soltanto la conoscenza delle singole postazioni di lavoro, dell'assetto illuminotecnico e dell'organizzazione del lavoro, arricchita dai rilievi della sorveglianza sanitaria clinico-strumentale, può garantire il migliore risultato in termini di prevenzione di disturbi e malattie lavoro-correlate, oppure di verifica della compatibilità alla mansione nei casi di disabilità, fermo restando la possibilità di un approfondimento diagnostico specialistico in casi selezionati.
In merito alla dubbia affidabilità dei test eseguiti con ortoanalizzatori, proprio questa criticità ha spinto ANMA ad approfondire la problematica fino alla proposta di un modello di screening ergoftalmologico con strumentazione manuale (34). Il modello non ha ancora ricevuto una validazione statistica definitiva, ma deriva da pubblicazioni fondamentali degli anni '90 (24, 35), presenta nei primi risultati una incoraggiante attendibilità e trova peraltro riscontro nelle indicazioni delle recentissime Linee Guida SIMLII (2), dove sono proposti test e strumenti analoghi indicati per l'utilizzo da parte del medico competente.
Naturalmente l'acquisizione di una adeguata abilità nell'esecuzione del test di funzione visiva 'manuale' passa attraverso un momento di formazione teorico-pratica, oltre che ad una nuova sensibilità verso le problematiche del videoterminalista. A questo proposito è da tempo attivo un modulo specifico all'interno dei corsi di aggiornamento ANMA, a cura di medico competente e ortottista, che nel periodo 2012-2016 ha già coinvolto 230 medici competenti in diverse città italiane.
Per quanto riguarda i criteri di idoneità alla mansione specifica, alla prova 'del campo' dimostra inalterata efficacia la proposta operativa ribadita nelle recenti Linee Guida SIMLII 2013.
La conclusione del paragrafo dedicato 'ai rischi per la vista e gli occhi' non può che produrre una valutazione in chiaroscuro, se si fotografa la situazione attuale. Si intrecciano infatti forti perplessità sul livello di conoscenza delle problematiche specifiche, anche da parte di Addetti ai lavori, che condiziona inevitabilmente la 'attuale gestione', con la possibilità di grandi margini di miglioramento e conseguenti traguardi ambiziosi ipotizzabili per la tutela dei lavoratori interessati.
Tuttavia in un contesto piuttosto incerto sulle possibili cause professionali di alcune forme di miopia e sull'attribuzione di importanti compiti professionali nel recepimento della Normativa, sulla efficace valutazione dei rischi negli uffici e sul coinvolgimento nella sorveglianza sanitaria dell'intera popolazione italiana di videoterminalisti, si può affermare che "a monte di tutto c'è una cronica mancanza di cultura visiva che considera l'atto visivo sempre e comunque un atto del tutto istintivo. Da ciò consegue la superficialità nell'affrontare il problema a tutti i livelli. .." (33).

AFFATICAMENTO MENTALE E STRESS LAVORO CORRELATO: I FATTORI PSICOSOCIALI

Nella realtà quotidiana del lavoro al videoterminale, caratterizzata non raramente da riduzione del personale e frequenti 'straordinari', picchi di attività stagionale e deficit di comunicazione, tra i principali fattori psicosociali che favoriscono l'insorgenza di stress lavoro-correlato emergono 'intensità del carico e dei ritmi di lavoro', 'scarso controllo dei processi di lavoro e impossibilità di partecipare alle decisioni', 'monotonia e scarsezza di contenuti'.

E vanno inoltre ricordati il ruolo dei fattori psico-sociali nella individuazione di casi di astenopia significativa (2) e le evidenze scientifiche più recenti che intrecciano disturbi muscolo-scheletrici e stress lavorativo (2, 36).

Perciò una maggiore accuratezza nella sorveglianza sanitaria del lavoratore 'videoterminalista', può tradursi in una maggiore attenzione verso il rischio stress, che ancora oggi non viene valutato in profondità, alla luce dei risultati collocati stabilmente in 'fascia verde' nella stragrande maggioranza dei Documenti di valutazione dei rischi sparsi nel territorio nazionale.

La sorveglianza sanitaria del videoterminalista permette allora di raccogliere elementi utili e di attuare un monitoraggio prezioso, che consente al medico competente di riconoscere disturbi e/o malattie lavoro associate riguardanti principalmente i sistemi neuropsichico, cardiocircolatorio, gastrointestinale, immunologico e muscoloscheletrico.

In questo modo uno strumento di prevenzione secondaria e terziaria come la sorveglianza sanitaria può fungere da feed-back per una più appropriata prevenzione primaria del rischio stress lavoro-correlato (37).

Ma allargando l'osservazione ad altri dispositivi come tablet e smartphone (PDA-phone) non si può non pensare allo spazio crescente che sta conquistando il 'tecno-stress': un disturbo causato dall'uso scorretto ed eccessivo di tecnologie dell'informazione e di apparecchi informatici e digitali. Lo stress origina dalla necessità di adattarsi ai continui e rapidi processi tecnologici che caratterizzano modelli comportamentali indotti da nuovi ed efficienti modelli di organizzazione del lavoro (38).

PROBLEMATICHE AMBIENTALI: DALLA MCS ALLE NANOPARTICELLE PRODOTTE DEI TONER

Non devono essere sottovalutate le possibili ricadute della sorveglianza sanitaria sulla salute dei videoterminalisti in merito ad alcuni aspetti ambientali ancora controversi o comunque non del tutto chiariti nel lavoro di ufficio.

E' il caso della MCS (Sindrome della Sensibilità Chimica Multipla), la cui eziologia non è ancora accertata, ma che si può definire come un quadro sintomatologico caratterizzato da reazioni negative dell'organismo ad agenti chimici ed ambientali presenti a concentrazioni generalmente ben tollerate dalla maggior parte dei soggetti (39).

Nella realtà quotidiana i riscontri di questa patologia sono rari od eccezionali, ma a maggior ragione il monitoraggio di questi casi sul territorio potrebbe concorrere a meglio definire i contorni della Sindrome stessa.

Una patologia emergente, correlata al lavoro negli uffici, è la Lipoatrofia Semicircolare, caratterizzata da depressioni orizzontali della cute 'a banda', soprattutto sulla superficie anteriore e laterale delle cosce, la cui eziologia non è stata definitivamente chiarita.

Tra le cause sono state ipotizzate l'accavallamento protratto delle gambe e l'utilizzo di sedute rigide dal bordo sottile, la bassa umidità relativa e le cariche elettrostatiche, ma in un recente studio caso-controllo con prevalenza della LS pari all'1,8 %, sono stati individuati, quali fattori di rischio, il genere femminile ed i microtraumi ripetuti della coscia contro il bordo del piano di lavoro (40). Tuttavia, gli stessi autori auspicano ulteriori studi per avere conferma di un quadro clinico certamente sottostimato, se si considera la popolazione lavorativa potenzialmente esposta.

Ancora più complesso risulta lo studio degli effetti sulla salute dovuti all'esposizione alle nano-particelle, un gruppo eterogeneo di particelle dal diametro inferiore a 100 nanometri, che durante l'utilizzo di stampanti passa dai 5.000 circa 'di fondo' fino alle 60.000 particelle/cm^3. Tale dato può assumere una rilevante importanza, considerando lo studio sperimentale che ha dimostrato l'insorgenza di fibrosi polmonare in cavie esposte ad aerosol di nanoparticelle prodotte da toner di stampanti in funzionamento (41, 42).

Perciò la sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti dovrebbe costituire, soprattutto in questo caso, uno strumento decisivo per monitorare vaste popolazioni potenzialmente esposte al rischio e comprendere nel medio-lungo periodo le conseguenze sulla salute che possono provocare le nuove tecnologie.

CONCLUSIONI

In questo contributo sono state portate diverse argomentazioni di varia estrazione (accademica e istituzionale, professionale e scientifica) a sostegno della necessità di una sorveglianza sanitaria del

videoterminalista più consapevole ed efficace rispetto al passato, in una parola, 'utile' ad elevare i livelli di salute dei lavoratori interessati.
E di solito, quando si rendono possibili tali obiettivi sono gli stessi datori di lavoro, ed ovviamente anche i lavoratori, ad adoperarsi volentieri in questa direzione, poiché si può concretizzare un vantaggio pratico, un 'ritorno', al di la dello stretto adempimento di Legge.
Perciò l'approccio tradizionale, ma più profondo e mirato, verso questa figura professionale, dall'individuazione dei rischi fino alla formulazione dell'idoneità, può produrre numerosi vantaggi, soprattutto attraverso una adeguata sorveglianza sanitaria:

- prevenzione di patologie comuni, oppure lavoro correlate, e verifica della compatibilità fra disabilità presenti e richieste della mansione, soprattutto sul versante muscolo-scheletrico, a conferma di quel 'ruolo sociale', che sempre più spesso viene evocato per la figura del medico competente
- approfondimento di quadro clinici a carico di arti superiori e rachide che confliggono con l'operatività del videoterminalista, consentendo di definire specifici criteri di idoneità e di individuare gli ausili più indicati, al fine della corretta gestione delle più diffuse menomazioni, arricchendo una letteratura scientifica del settore ancora troppo povera
- acquisizione di dati statistico-epidemiologici, utili a chiarire l'eziologia di una alterazione visiva in espansione, quale è la miopia adulta tardiva, sospettata di essere correlata all'impegno visivo protratto, statico e ravvicinato
- promozione del benessere oculovisivo del videoterminalista, ormai costantemente 'connesso' in un continuo 'sforzo visivo prossimale', che si intreccia con l'esposizione spesso extra-lavorativa verso dispositivi di uso quotidiano quali smartphone (PDA-phone) e tablet.
- individuazione dei casi correlabili con varie problematiche degli ambienti di ufficio non ancora chiarite, dalla MCS, alla Lipodistrofia Circolare, alle patologie correlate alle nano-particelle.

L'auspicio conclusivo consiste in una nuova presa di coscienza, prima di tutto di natura culturale. Non possono più essere sottovalutati nel XXI secolo i rischi che propongono le nuove attrezzature dotate di dispositivi di visualizzazione di varie forme e dimensioni e, più in generale, caratterizzano il lavoro in ufficio, che coinvolge diversi milioni di lavoratori in Italia.
La priorità è rappresentata dal rilancio di una sorveglianza sanitaria efficace che, unitamente a tutte le altre azioni preventive previste per Legge, consenta alla nostra disciplina di progredire e non trovarsi più impreparata di fronte a nuovi rischi ed a crescenti richieste di salute.



BIBLIOGRAFIA

1. Mar Seguí M.D., Ronda E., Wimpenny P., Inconsistencies in guidelines for visual health surveillance of VDT workers, J Occup Health. 2012;54(1):16-24. Epub 2011 Dec 10.
2. Piccoli B. et Al., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
3. Allegato 3 B del D.Lgs.81/08. Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art.40.Coordinamento Tecnico Interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro, Ministero della Salute, INAIL, Italia, 2013.
4. Piccoli B., Funzioni visive e attività lavorative. Impegno visivo ed ambiente di lavoro: valutazione e quantificazione, Seminari di Medicina del Lavoro 2006, Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli studi di Genova, Genova 7 giugno 2006.
5. Totaro B., Assini R., Consonni D., Guzzi C., Troiano P., Dal Pozzo R., D'Orso M., Bergamaschi A., Piccoli B., Adeguatezza e affidabilità dell'ortoanalizzatore ergovision nel giudizio di idoneità specifica, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
6. Ijmker S., Huysmans M., Blatter B.M., van der Beek A.J., van Mechelen W., Bongers P.M., Should office workers spend fewer hours at their computer? A systematic review of the literature, Occup. Environ. Med. Published Online First: 9 November 2006.
7. ISO 11228-3:2009, Ergonomics - Manual Handling- Part 3: Handling of low loads at high frequency.
8. INAIL, Il lavoro al videoterminale, 2010.
9. INAIL, I protocolli di sorveglianza sanitaria nelle strutture INAIL, 2010.
10. Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco A., Draicchio F., Mattioli S., Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo-scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (UEWMSD's) PIME, Pavia 2003.
11. Fredriksson K., Alfredsson L., Ahlberg G., Josephson M. , Kilbom A., E Wigaeus Hjelm E., Wiktorin C., Vingård E., Work environment and neck and shoulder pain: the influence of exposure time. Results from a population based case-control study, Occup Environ Med 2002;59:182-188 doi:10.1136/oem.59.3.182.
12. Iwakiri K., Mori I., Sotoyama M., Horiquchi K., Ochiai T., Joonai H., Saito S., Survey on Visual and Musculoskeletal Symptoms in VDT Workers, SANGYO EISEIGAKU ZASSHI, Vol. 46 (2004) No. 6 P 201-212.
13. Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°2/2015, giugno 2015.
14. Santucci P., Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di video terminalisti, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°1/2016, marzo 2016.
15. Vitale S., Sperduto R. D., Ferris F.L. Increased Prevalence of Myopia in the United States Between 1971-1972 and 1999-2004. Arch Ophthalmol 2009; 127: 1632-1639.
16. Morgan I.G., Ohno-Matsui K., Saw S-M, Myopia. The Lancet, 2012, 379: 1739 – 1748.
17. Ong, E. and Ciuffreda, K. J. - Accomodation, Nearwork and myopia. Optometric extension Program. 1997.
18. Bagolini B., Ricci B., Molle F., Lepore D., Study on ocular motility in Telephone Company employees working with video display units: preliminary conclusions, Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 49-68.
19. Scullica L., Rechichi C., The influence of refractive defects on the appearance of asthenopia in subjects employed at videoterminals (epidemiologic survey on 30.000 subjects), Bollettino di Oculistica 1989; Anno 68, Suppl.7: 25-48.
20. Rechichi C., Scullica L., VDU work - Longitudinal survey on refractive defects, Acta ophthalmologica Scandinavica 1996, 74: 629-631.
21. Santucci P., Miopia tardiva, miopia occupazionale?, in: Ufficio e Salute, Medico competente Journal n°4/2015, dicembre 2015.
22. Assini R., Gallo E., Cavallo D., Zimbelli P.L., Piccoli B.: Applicazione del Decreto Legislativo 626/94 in una collettività di lavoratori del settore bancario-assicurativo: risultati di un'esperienza sul campo. G. Ital. Med. Lav. Erg; 25:2, 199 (2003).
23. Cassina T., La sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti, analisi dei risultati registrati in SISINFO 626 – periodo 2 luglio 2001 – 31 dicembre 2003. Medico Competente Journal, ottobre 2002, n°2/2002.
24. Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergoftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.
25. Piccoli B., Gratton I., Pierini F., Catenacci G., Raimondi E., Farulla A., Asthenopia and objective ophthalmological findings in a population of 2058 VDT operators in Lombardy, G Ital Med Lav. 1989 Nov;11(6): 267-71.
26. Quintili M., Presto M., Anagni C., Beccia G., Lepre L., Masci O.: Alterazioni del visus in un gruppo di operatori addetti al VDT. Contributo casistico. Atti 58° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, Bologna, 1003-1007 (1995).

27. Taino G., Ferrari M., Imestad I.J., Fabris F., Imbriani M., Astenopia e lavoro al videoterminale: studio di una popolazione di 191 lavoratori esposti al rischio mediante somministrazione di questionario anamnestico mirato e valutazione oftalmologia, G Ital Med Lav Erg 2006; 28:4, 487-497 © PI-ME, Pavia 2006.
28. D'Orso M.I ., Assini R., Gallo E., Magrini A., Bergamaschi A., Piccoli B., La valutazione ergoftalmica preventiva dei posti di lavoro nei call center: un valido strumento di prevenzione dei disturbi astenopici occupazionali, G Ital Med Lav Erg 2007; 29:3, www.gimle.fsm.it.
29. WHO, World Health Organisation, Organizzazione Mondiale della Sanità, Conferenza Mondiale di Alma Ata, 1978.
30. Rosenfield M., Computer vision syndrome: a review of ocular causes and potential treatments. Ophthalmic Physiol Opt 2011, 31, 502–515.
31. Nakaishi H., Yamada Y., Abnormal tear dynamics and symptoms of eyestrain in operators of visual display terminals, Occup Environ Med 1999; 56 : 6–9.
32. Iwasaki T., Tawara A., Miyake N., Reduction of asthenopia related to accomodative relaxation by means of far point stimuli, Acta Ophthalmologica Scandinavica, 2005.
33. Traù P., Il lavoro al videoterminale e le competenze dell'optometrista, P.O. Professional Optometry, Febbraio 2009.
34. Santucci P., Ruolo del medico competente ed efficacia dello screening ergoftalmologico di primo livello nel videoterminalista, Seminario ANMA 'Lavoro in ufficio: problematiche emergenti e nuove soluzioni', Arenzano (GE) 19 ottobre 2012.
35. Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle provincie Autonome, Sicurezza e Salute nei luoghi di lavoro, Linee Guida per l'applicazione del D.Lgs. 626/94, Regione Emilia Romagna, 1999.
36. Siegrist J, Challenges of measuring stress at work: an illustration based on the effort-reward imbalance model, Congresso Nazionale ANMA, Roma, 2014.
37. Torri P., Il contributo del Medico Competente nella valutazione e gestione dello stress, Seminario ANMA, 'Stress lavoro-correlato: Rischio inevitabile? Soluzioni possibili?', Venezia, 25/9/2015.
38. Servadio M., Tecnostress: lo stress lavoro-correlato connesso all'uso delle nuove tecnologie digitali, Medico Competente Journal, n°1/2015.
39. Cavallo D.M., Carrer P., Liotti F., Muzi G., Qualità dell'aria degli ambienti confinati non industriali: indicazioni per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria. 67° Congresso nazionale SIMLII,Monitoraggio biologico e ambienti confinati non industriali: aggiornamenti e prospettive, Sorrento, 3-6 novembre 2004, G Ital Med Lav Erg 2004; 26:4, FSM PIME, Pavia ottobre-dicembre 2004.
40. Reinoso-Barbero L., González-Gómez M.-F., Bélanger-Quintana D., Piñaga-Solé M., Fernández- Fernández M., Garrido-Astray M.-C., Capapé-Aguilar A., Mota-Olmeda A., Díaz-Garrido R., Gómez-Gallego F., Bandrés-Moya F., Sanz-González J., Case-control Study of Semicircular Lipoatrophy, a New Occupational Disease in Office Workers, J Occup Health 2013; 55: 149–157.
41. Magrini A., Nanoparticelle - Aspetti di interesse per il medico del lavoro – parte 1,Giornate liguri di medicina del lavoro, Genova, SIMLII Liguria, 21 maggio 2014.
42. Pietroiusti A., Tossicologia nano particelle, Giornate liguri di medicina del lavoro, Genova, SIMLII Liguria, 21 maggio 2014.

CONTRIBUTI

Sindrome delle apnee ostruttive notturne: l'esperienza di AREA VASTA 1 DELL'ASUR MARCHE

Paola Grossi, Lory Santarelli : Medicina del Lavoro, Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Università Politecnica delle Marche, Ancona. E-mail: l.santarelli@univpm.it ; paola.grossi81@gmail.com
G.Cappelli, E. Carlotti : Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 1, Dipartimento di Prevenzione. U.O.C Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro. E-mail: eugenio.carlotti@sanita.marche.it ; giorgio.cappelli@sanita.marche.it
P. Marchionni : Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 1, U.O.C Medicna Legale, Presidente Commissione Medica Locale Patenti di Guida. E-mail: paolo.marchionni@sanita.marche.it
G.Tagliavento P.F. Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, Regione Marche. E-mail: giuliano.tagliavento@regionemarche.it

SOMMARIO
La sindrome delle apnee ostruttive notturne (Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS) è un disturbo causato da episodi ripetuti di ostruzione parziale (ipopnea) o completa (apnea) del flusso aereo a livello delle vie aeree superiori, che determinano ipossiemia e frammentazione del ritmo fisiologico del sonno (1). Tale sindrome implica una serie di conseguenze che influenzano profondamente in senso negativo la qualità della vita, come la sonnolenza diurna ed effetti endocrini e metabolici (2).
Un sintomo generalmente presente è rappresentato dall'eccessiva sonnolenza diurna che si rende evidente soprattutto nei momenti di rilassamento/inattività presenti nella vita quotidiana. Quando tale sintomo diviene estremo, il paziente può addormentarsi anche quando è richiesto il mantenimento di un elevato livello di attenzione o partecipazione sociale e vigilanza, ad es. durante una conversazione, mentre mangia o mentre cammina o mentre guida (3). Tuttavia, la frequenza di apnee e ipopnee durante il sonno espressa come indice orario (AHI: Apnea Hypopnea Index) non necessariamente correla con la severità dei sintomi, in diversi casi, gli individui affetti non dichiarano alcun sintomo né confermano le osservazioni del bed partner (ovvero della persona che dorme accanto al paziente, che è sempre opportuno interpellare nella fase di raccolta dei dati anamnestici). L'AHI esprime la gravità della patologia, considerando valori inferiori/pari a 5 come normali, compresi tra 5 e 15 come OSAS lieve, compresi tra 15 e 30 come OSAS moderato, superiori a 30 come OSAS grave.
Da un punto di vista fisiologico le ripetute apnee e ipopnee determinano uno sforzo respiratorio notturno con possibili modificazioni della frequenza cardiaca e aumento dei valori pressori arteriosi durante il sonno, compromissione dell'ossigenazione notturna e frammentazione del sonno nella sua ciclicità di fasi. In Italia, la OSAS colpisce in forma sintomatica circa il 4% della popolazione maschile e circa il 2% della popolazione femminile (complessivamente circa 2 milioni di soggetti); le conseguenze comprendono sensazione di sonno notturno non riposante, facile stancabilità, eccessiva sonnolenza diurna, diminuzione dei tempi di reazione e disturbi della memoria. Inoltre è dimostrato che la sonnolenza diurna conseguente alla deprivazione di sonno riscontrabile in alcuni pazienti con OSAS ha un impatto negativo sulla loro capacità di condurre veicoli (4), determinando un importante fattore rischio per incidenti stradali: si stima infatti che circa il 20% degli incidenti stradali siano correlati a problematiche del sonno.
La scelta terapeutica è vasta (diversa in relazione alla causa che determina l'ostacolo al passaggio di aria nelle vie respiratorie) e le terapie sono spesso risolutive; un presidio fondamentale nella terapia è rappresentato dalla ventilazione non invasiva che permette la correzione degli eventi respiratori mediante erogazione di pressione positiva continua (CPAP), che agisce mantenendo pervie le vie aeree (tramite immissione di aria al loro interno) quando queste avrebbero tendenza a collassare Tale approccio consente di ottenere un beneficio basato su una duplice azione: da un lato la riduzione della resistenza al passaggio dell'aria, dall'altro una maggiore stimolazione dei meccanocettori presenti a livello delle vie aeree (5); ciò

comporta un controllo ottimale della sintomatologia, riducendo il rischio di complicanze (compresi infortuni lavorativi e incidenti stradali) e comorbidità e ripristinando una buona qualità della vita del paziente.
Nell'ambito della medicina del lavoro e più in generale della medicina preventiva tale patologia riveste un ruolo fondamentale, specie nell'espletamento di mansioni ove sia richiesto un particolare livello di attenzione e vigilanza. Date le gravi ripercussioni degli effetti della patologia sulla salute e sulla sicurezza del lavoratore e sulla sicurezza della collettività (in ordine alla sicurezza stradale), il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'ASUR Area Vasta 1, unitamente alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida, ha strutturato un percorso sinergico con lo scopo di sottoporre a screening per OSAS quegli utenti titolari di patente di guida a uso "professionale" tenuti al rinnovo della stessa presso la sopracitata CML (per motivi anagrafici e/o legati a patologia).

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Con la determina n°915/2014, che fa riferimento a una convenzione stipulata tra l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) - Area Vasta 1, l'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM) e l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) sede provinciale di Pesaro e Urbino, è stato ufficializzato un progetto pilota avviato presso la stessa ASUR dall'anno 2012. Il progetto, che ha coinvolto l'ambulatorio di Medicina del Lavoro e la Commissione Medica Locale Patenti di Guida della Area Vasta 1, è finalizzato a sottoporre a visita medica di screening per OSAS i soggetti titolari di patenti di categoria superiore alla B (C, D, E), di categoria B a uso professionale o segnalati dalla Motorizzazione Civile per revisione della patente a causa di "colpo di sonno" alla guida.
I soggetti istituzionali coinvolti hanno reso possibile la realizzazione del progetto sia attraverso il contributo economico finalizzato a implementare la strumentazione già presente in Area Vasta 1, sia attraverso la partecipazione attiva, ai fini della conduzione delle visite di screening, in affiancamento ai Dirigenti Medici ASUR preposti alla conduzione del progetto, della raccolta dati e della trattazione di casi clinici complessi, di un medico in formazione specialistica in Medicina del Lavoro presso l'Università Politecnica delle Marche. Tale progetto assume particolare rilevanza nel recepimento della Direttiva Europea 2014/85 UE che ha stabilito limitazioni alla guida per i soggetti affetti da OSAS (Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 22 Dicembre 2015, pubblicato in GU in data 13 gennaio 2016) (6).
L'accertamento dei requisiti fisici e psichici ai fini del conseguimento dell'idoneità alla guida è di prassi condotto presso medici autorizzati dislocati sul territorio ("medici monocratici"); è invece demandato alla



CML nel caso di minorati, invalidi e soggetti nei confronti dei quali l'esito di accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere dubbi nel merito dell'idoneità e della sicurezza alla guida (ovvero nei casi di patologie che comportino compromissione della capacità di guida, soprattutto in termini di alterazione della funzione motoria, deficit di vigilanza, rallentamento ideomotorio, deficit del visus, cardiovasculopatie diabete mellito, ecc.).
Lo scopo dello studio, monocentrico e trasversale, è quello di valutare la prevalenza di OSAS in una popolazione selezionata di lavoratori e di prendere in analisi i principali dati relativi alle comorbidità (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, stroke, patologie metaboliche).

MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra il 01/01/2012 e il 31/12/2015, sono stati sottoposti a screening per OSAS 638 soggetti adulti aventi patenti di categoria superiore alla B, di categoria B a uso professionale o segnalati dalla Motorizzazione Civile per revisione della patente per "colpo di sonno" alla guida.
Lo screening è stato condotto attraverso la compilazione di cartelle cliniche in formato cartaceo, in cui venivano raccolti i dati anagrafici del soggetto, unitamente a sintomi e segni clinici "sospetti" per OSAS:

- Sintomi rilevanti considerati:
  Russamento abituale (tutte le notti) e persistente (da almeno 6 mesi)
  Pause respiratorie nel sonno riferite dal partner
  Risvegli con sensazione di soffocamento
- Segni antropometrici patognomonici
  BMI > 29
  Circonferenza collo: maschi > 43 cm/ femmine > 41
  Angolo collo-mento > 100°
  Classificazione Mallampati

Oltre ai dati (sintomi e segni) di cui sopra, è stata eseguita la somministrazione della scala di Epworth, strumento validato che ha lo scopo di indagare la presenza di sonnolenza diurna, attraverso 8 domande a cui il paziente deve attribuire un punteggio valutativo per ciascuna da 0 a 3, in base alla probabilità di addormentamento nelle diverse situazioni indicate (7).

Scala di epworth

Seduto mentre leggi	0	1	2	3	
Guardando la Tv		0	1	2	3
Seduto inattivo in un luogo pubblico (teatro, riunione...)		0	1	2	3
Come passeggero in auto per 1 ora senza sosta		0	1	2	3
Sdraiato per riposare nel pomeriggio		0	1	2	3
Seduto, parlando con qualcuno		0	1	2	3
Seduto tranquillamente dopo un pranzo senza alcolici		0	1	2	3
In auto, fermo per pochi minuti nel traffico	0	1	2	3	

Legenda:
0 nessuna probabilità
1 bassa probabilità
2 discreta probabilità
3 elevata probabilità

La valutazione clinica si conclude con la non indicazione (in caso di screening a esito negativo) o la indicazione (in caso di screening a esito positivo) al monitoraggio strumentale notturno sulla base della ricorrenza di uno o più dei seguenti casi, adottati secondo le linee guida AIPO-AIMS (3) o in alternativa considerando discriminante la sola scala di Epworth:
a) russamento abituale e persistente, da solo o con altri sintomi e/o segni;
b) almeno 2 sintomi diversi dal russamento abituale e persistente;
c) 1 sintomo diverso dal russamento abituale e persistente + almeno 2 segni;
d) 1 sintomo diverso dal russamento abituale e persistente + almeno 1 segno in soggetto nel quale il russamento non è accertabile (assenza di partner);
e) punteggio scala di Epworth > 10
Il monitoraggio strumentale notturno è stato condotto attraverso la registrazione poligrafica condotta durante il riposo notturno al domicilio del paziente attraverso uno strumento di terzo o quarto livello in base

alle indicazioni cliniche con cui è stato possibile definire la conferma o l'esclusione della diagnosi di OSAS secondo i criteri AIPO-AIMS (8).
In caso di positività agli esami strumentali poligrafici per diagnosi di OSAS, i pazienti sono stati inviati presso gli ambulatori specialistici (pneumologici e/o ORL e/o cardiologici e/o neurologici, in base agli esiti del monitoraggio), con lo scopo di essere inseriti in terapia con C-PAP (laddove indicata) o comunque trattati in relazione alle indicazioni presentate dalla patologia in atto. Qualora vi fosse indicazione alla terapia con C-PAP, veniva richiesto al soggetto di produrre la documentazione clinica che attestasse compliance alla terapia (ovvero impiego della C-PAP per almeno 4 ore a notte per il 70% delle notti) e rientro dell'indice di apnea-ipopnea (AHI) a valori non patologici (≤5 eventi/ora/notte).

RISULTATI E CONCLUSIONI

Su un totale di 638 soggetti sottoposti a visita di screening per OSAS, di cui 623 maschi e 15 femmine, 175 soggetti (pari al 27,4% del totale) erano risultati positivi allo screening; a 112 soggetti tra quelli risultati positivi allo screening (pari al 64% del totale ed al 17% globale riferito al campione di 638), a seguito all'esecuzione di monitoraggio cardiorespiratorio notturno, è stata posta diagnosi di OSAS. Tra i 112 soggetti cui è stata posta diagnosi di OSAS, 63 di essi (pari al 56% del totale) presentavano almeno una comorbidità (ipertensione, cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, ictus cerebri e NIDDM): 58 soggetti (pari al 51,8% del totale degli affetti) presentavano concomitante diagnosi di ipertensione arteriosa, 19 soggetti (pari al 17% del totale degli affetti) presentavano una storia di cardiopatia ischemica, 3 soggetti (pari al 2,7% del totale degli affetti) avevano precedentemente conseguito una diagnosi di fibrillazione atriale, 4 soggetti (pari al 3,6% del totale degli affetti) riportavano in anamnesi un episodio di ictus cerebri, 20 soggetti (pari al 18% del totale degli affetti) avevano una concomitante diagnosi di patologia metabolica (ivi inclusi disordini del metabolismo glucidico –ovvero NIDDM- e del metabolismo degli acidi urici), 47 soggetti (pari al 42% del totale degli affetti) avevano una familiarità per patologie cardiovascolari. Dai risultati si evince che molti soggetti presentavano più patologie concomitanti.
In conclusione, anche il nostro studio conferma che la OSAS è una patologia ampiamente diffusa e la cui prevalenza risulta sottostimata nella popolazione generale e lavorativa. La prevalenza ipotizzata negli studi fino ad ora pubblicati si aggira intorno al 20%, quella rilevata al nostro studio è del 17%, mentre solo il 4% della popolazione generale ha ad oggi conseguito una diagnosi di OSAS (9,10). Va precisato comunque che nella lettura e interpretazione dei risultati dello studio occorre tenere conto del fatto



che i soggetti sottoposti a visita medica di screening per OSAS sono stati reclutati non a partire dalla popolazione generale, ma da un particolare sottogruppo selezionato dalla popolazione generale: sono soggetti per la cui formulazione del giudizio di idoneità alla guida è chiamata a esprimersi la CML (e non il medico monocratico), poiché sono affetti da patologie tra cui rientrano le comorbidità della OSAS; molti di loro sono conducenti di mezzi pesanti su tratti a lunga percorrenza e, a causa di ritmi di lavoro serrati e ritmi di vita irregolari, risentono di una conseguente alterazione dei ritmi circadiani in rapporto biunivoco con una cattiva igiene del sonno.



Dai risultati di cui sopra emerge inconfutabilmente l'importanza di una diagnosi e di un inquadramento clinico della OSAS sia per le patologie cardiovascolari e metaboliche cui la OSAS si può associare, sia per le possibili conseguenze infortunistiche (anche nei confronti di soggetti terzi) derivanti dalla eccessiva sonnolenza diurna sul posto di lavoro; pertanto è indispensabile che nell'ambito della sorveglianza sanitaria il Medico Competente valuti l'eventuale presenza della patologia e si impegni nell'attenta ricerca di segni e sintomi che possano sostenerne il sospetto clinico, anche interpellando il bed partner (se presente), al fine di far conseguire la diagnosi anche a quell'ampio gruppo di soggetti pauci/nulli sintomatici per i quali il trattamento della patologia consentirà un duplice vantaggio: da un lato la riduzione del rischio per la sicurezza legato alla mansione specifica (es. rischio incidenti stradali per lavoratori autisti), dall'altro la tutela della salute con il controllo di comorbidità cardiovascolari e metaboliche.

In definitiva è indispensabile che il Medico Competente, nell'ambito delle visite previste dalla sorveglianza sanitaria ex art. 41 del Testo Unico (11), prenda in considerazione gli elementi che possano deporre a favore del sospetto di OSAS ai fini della corretta formulazione del giudizio di idoneità lavorativa. Occorre nondimeno che sia inserito a pieno diritto, vista l'importanza del suo ruolo, in un circuito virtuoso di un'organizzazione a rete che permetta un corretto inquadramento diagnostico e una conseguente adeguata gestione terapeutica dei lavoratori affetti da OSAS, anche ai fini della loro ripresa dell'attività lavorativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Costa G, Accattoli MP, Garbarino S Magnavita N, Roscelli F. Sleep disorders and work: guidelines for health surveillance, risk, management and prevention. Med Lav 2013; 104 (4): 251-266.
2. Garbarino S, Nobili L, Costa G (Eds.). Sleepiness and Human Impact Assesment. Springer 2014; 340 p. ISBN 978-88-470-5387-8.
3. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. Pizza F, Contardi S, Mondini S, Cirignotta F.G. Impact of sleep deprivation and obstructive sleep apnea syndrome on daytime vigilance and driving performance: a laboratory perspective. Ital Med Lav Ergon 2012; 34(3 Suppl):375-7.
5. Rapoport DM, Garay SM, Goldring RM. Nasal CPAP in obstructive sleep apnea: mechanisms of action. Bull Eur Physiopathol Respir. 1983; 19(6):616-20.
6. Decreto 22 dicembre 2015, Recepimento della direttiva della Commissione 2014/85/UE recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida. (16°00299). Gazzetta Ufficiale Serie Generale n° 9 del 13 gennaio 2016. http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/01/13/16A00299/sg%20;jsessionid=DGpJ1p2qe-Vb57kc8V+RHQ_.ntc-as1-guri2b.
7. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991; 14(6):540-5.
8. American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep 1999; 22: 667-89
9. Maspero C, Giannini L, Galbiati G, Rosso G, Farronato G. Obstructive sleep apnea syndrome: a literature review. Minerva Stomatol. 2015;64(2):97-109.
10. Redline S. Epidemiology of sleep-disordered breathing. Semin Respir Crit Care Med 1998; 19: 113-22.
11. D.Lgs. 9 aprile 2008, n°81. Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Gazzetta Ufficiale n°180 del 05 agosto 2009.

CONTRIBUTI

I D.P.I. Dispositivi di Protezione Individuale - (I parte)

Gino Barral, ANMA Piemonte

Parlando di DPI si deve partire dalla sua definizione: per DPI si intende qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciare la sicurezza o la salute durante il lavoro.
E' quindi indispensabile che le attrezzature in oggetto abbiano una funzione specifica in materia della protezione della salute e della sicurezza del lavoratore.
Quali sono i principali problemi che solitamente emergono durante l'uso dei DPI?

1. Mancata messa a disposizione
2. Mancato utilizzo e omessa vigilanza
3. Dpi non idonei

Dove interviene il medico competente? Proviamo a vedere cosa ci dice il decreto su questi temi.

1. Mancata messa a disposizione

Il D.Lgs.81/08 nell'art.18 intitolato "Obblighi del datore di lavoro e del dirigente" al comma 1 lettera d precisa che il Datore di Lavoro deve "fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale……"
La giurisprudenza ha individuato tra i responsabili dell'obbligo chi è dotato di poteri decisionali e di spesa

2. Mancato utilizzo o omessa vigilanza

Per quanto riguarda il mancato utilizzo dei DPI quando i medesimi sono stati messi a disposizione dal Datore di lavoro deve essere preso in considerazione l'art. 20 intitolato "Obblighi dei lavoratori" dove al punto 2 si legge che i lavoratori devono in particolare "osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale" (lettera b), "utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e, nonché i dispositivi di sicurezza" (lettera c) e "utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione" (lettera d);
Il già citato art. 18 "Obblighi del datore di lavoro e del dirigente" alla lettera f precisa che egli deve "richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione;
Sul tema del mancato utilizzo ed omessa vigilanza viene reso corresponsabile il preposto nell'art 19 "Obblighi del preposto" in quanto nella lettera a chiarisce che il preposto deve "sovrintendere e vigilare sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione e, in caso di persistenza della inosservanza, informare i loro superiori diretti;
Dunque si può concludere che il datore di lavoro, i dirigenti e i preposti devono, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze, devono disporre ed esigere che i singoli lavoratori osservino le norme di igiene e sicurezza
Per adempiere a tale obbligo, anche mediante opportuni mirati controlli, il datore di lavoro deve usare tutta l'autorità di cui è investito, adottando, se necessario, provvedimenti sanzionatori a carico dei lavoratori riottosi, fino a giungere, nei casi più gravi, alla misura del licenziamento per



giusta causa (Sentenza Cassazione n. 18615 del 5 agosto 2013 – Ricorrente e controricorrente) Quindi sui primi 2 punti (messa a disposizione e utilizzo/vigilanza) RSPP e MC non entrano in gioco e dunque il medico competente può limitarsi a sensibilizzare e consigliare l'utilizzo dei DPI

3. DPI non idonei

Sulla scelta di idonei DPI si può sottolineare come nell'art.18 "Obblighi del datore di lavoro e del dirigente" al Comma 1 lettera d precisa che il datore di lavoro deve fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale, sentito il responsabile del servizio di prevenzione e protezione e il medico competente, ove presente".

Ma chi stabilisce, dove, se e quando i DPI sono necessari e idonei?

L'art.77 dedicato alla scelta dei DPI parla nuovamente di "Obblighi del datore di lavoro" che nel punto uno precisa che "effettua l'analisi e la valutazione dei rischi che non possono essere evitati con altri mezzi" (lettera a), "individua le caratteristiche dei DPI necessarie affinché questi siano adeguati ai rischi di cui alla lettera a), tenendo conto delle eventuali ulteriori fonti di rischio rappresentate dagli stessi DPI" (lettera b), "valuta, sulla base delle informazioni e delle norme d'uso fornite dal fabbricante a corredo dei DPI, le caratteristiche dei DPI disponibili sul mercato" (lettera c) e "aggiorna la scelta ogni qualvolta intervenga una variazione significativa negli elementi di valutazione" (lettera d).

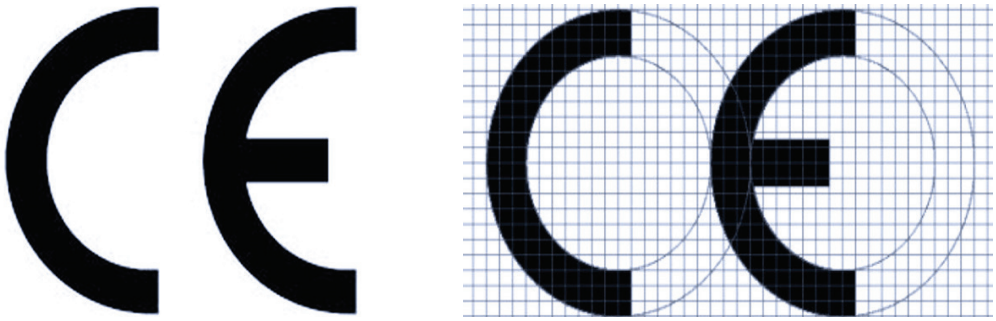
L'articolo al punto 2 precisa ancora che "Il datore di lavoro, anche sulla base delle norme d'uso fornite dal fabbricante, individua le condizioni in cui un DPI deve essere usato, specie per quanto riguarda la durata dell'uso, in funzione di: entità del rischio (lettera a), frequenza dell'esposizione al rischio (lettera b), caratteristiche del posto di lavoro di ciascun lavoratore (lettera c), prestazioni del DPI (lettera d). Quindi è il Datore di Lavoro che, nella valutazione dei rischi, deve identificare i DPI IDONEI e lo deve fare considerando il DVR come Documento di riferimento e NON come "pratica nel cassetto".

Dovendo dunque il medico competente collaborare col datore di lavoro alla valutazione dei rischi (D.Lgs.81/08 Art.77 - Modalità di effettuazione della valutazione rischi). Si raccomanda ai medici competenti di non dimentica che prima di decidere di usare un DPI deve essere valutato se è soddisfatto quanto previsto dall'articolo 15 – "Misure generali di tutela" quando specifica col comma 1 che deve prima essere effettuata "la riduzione dei rischi alla fonte" (lettera e) e che "la priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale" (lettera i).

Si ricorda poi che i DPI devono:

- Essere conformi alle norme di cui al D.Lgs 475/'92 (marchio CE di conformità);
- Essere adeguati ai rischi da prevenire, senza comportare di per sé un rischio maggiore;
- Essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro;
- Tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore;
- Poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità;
- Devono assicurare una protezione adeguata contro i rischi
- Devono rispettare i principi di ergonomia
- Devono avere livelli di protezione quanto possibile elevati
- Le classi di protezione devono essere adeguate ai diversi livelli di rischio
- Vi deve essere assenza dei rischi e altri fattori di disturbo "autogeni"
- I materiali sostitutivi devono essere appropriati
- La superficie di ogni parte di un DPI a contatto con l'utilizzatore deve essere adeguata
- Non devono esserci ostacoli massimi ammissibili per l'utilizzatore
- Il confort ed efficacia devono essere elevati
- Devono avere leggerezza e solidità di costruzione
- La marcature di conformità deve essere CE

Marcatura CE di un DPI: contraffazione marchio CE
Come si differenzia la marcatura CE dal simbolo Chine Export? Come si vede dalle figure il marchio CE ha una costruzione ben precisa che definisce in modo geometrico i rapporti tra le due lettere.



Vanno poi fatte alcune precisazioni con alcune domande: Cosa vuol dire che un DPI è marcato CE? La marcatura "CE" è sinonimo di sicurezza? Un DPI CE protegge sicuramente il lavoratore? Si ricorda che il simbolo CE viene posto sui DPI quando i medesimi rispondono ad un criterio di sicurezza e pertanto devono sempre essere attentamente lette le indicazioni del costruttore per capire se i medesimi ci proteggono effettivamente dal rischio che è stato individuato (ad esempio un guanto può essere marchiato CE se rispetta la normative CE delle taglie e non avere di fatto altra caratteristica protettiva)

I DPI sono suddivisi in quattro categorie

1. Classe o categoria "O"
   - DPI progettati e fabbricati per le forze armate e per uso privato
   - DPI per il salvataggio di persone imbarcate
   - Prodotti regolamentati da altre Direttive Specifiche
2. Classe o categoria "I"
   - DPI di progettazione semplice destinati a salvaguardare la persona da rischi di danni fisici di lieve entità (cappelli, occhiali, guanti,…)
3. Classe o categoria "II"
   - DPI che non rientrano nelle altre due categorie (tutti i DPI che proteggono l'udito)
   - Classe o categoria "III"
   - DPI di progettazione complessa destinati a salvaguardare da rischi di morte o di lesioni gravi e di carattere permanente. Questi DPI devono essere utilizzati nei casi in cui non è possibile percepire tempestivamente il verificarsi istantaneo di effetti lesivi. (apparecchi filtranti, DPI per cadute dall'alto, isolanti…)

Certificazione di infortunio e di malattia professionale: nuova procedura e nuovi obblighi

Dal 22 marzo l'obbligo di inviare il certificato medico del lavoratore, vittima d'infortunio o di malattia professionale, non ricade più sul datore di lavoro (come riportato dal D.Lvo 1124/65) ma sul medico o sulla struttura sanitaria che per prima presta assistenza, secondo le modalità previste dalla circolare n. 10 del 21 marzo 2016.
Il medico segnalatore o il legale rappresentante della struttura sanitaria per ottenere l'abilitazione ai servizi online deve inviare apposita richiesta alla sede Inail competente per territorio.
La circolare 7348 del 17 marzo del Ministero della Salute riporta che l'obbligo s'intende correttamente assolto dal medico quando la compilazione del certificato e l'invio siano avvenuti entro le ore 24 del giorno successivo all'intervento di prima assistenza. In caso di malattia professionale l'invio del certificato medico vale, ai fini assicurativi e per le malattie contenute nell'elenco di cui all'art 139 T.U. 1124/1965, anche ai fini dell'adempimento dell'obbligo di denuncia.

Dal 22 marzo 2016 l'omissione della denuncia ai sensi dell'art.139 del T.U., rappresenta un obbligo sanzionato per il medico, mentre in precedenza la redazione di tale certificazione (ai sensi dell'art.53 del T.U. n.1124/1965 in merito sia all'infortunio sul lavoro e sia alla malattia professionale) rimaneva solamente per il sanitario un obbligo deontologico.

A carico del datore di lavoro resta l'obbligo di inoltrare la denuncia di infortunio all'Istituto entro due giorni e di malattia professionale entro cinque giorni da quello in cui ne ha avuto notizia.



Chiarimenti applicativi art. 21 del Decreto Legislativo n.151 del 2015

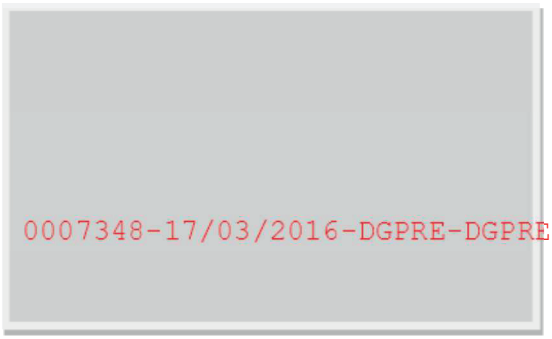
Con l'entrata in vigore dell'articolo 21 del decreto legislativo 151/2015 - Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183, vengono introdotte numerose novità in merito alla certificazione sanitaria in ambito lavorativo.
A seguito di alcune richieste di chiarimento pervenute al Ministero della salute, la Direzione Generale della prevenzione sanitaria ha emesso una circolare per assicurare una corretta e univoca lettura delle disposizioni contenute nell'art. 21 comma 5.

DI SEGUITO CIRCOLARE MINISTERO DELLA SALUTE



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma



Alla FNOMCeO
presidenza@pec.fnomceo.it

Al Ministero del Lavoro
Direzione Generale della tutela delle
condizioni di lavoro e delle relazioni industriali
dgtutelalavoro@pec.lavoro.gov.it

Agli USMAF-SASN
INDIRIZZI IN ALLEGATO

All'INAIL
Direzione Centrale Rapporto Assicurativo SEDE

E p.c. All'Ufficio Legislativo
SEDE

Alla Direzione Generale
delle Professioni Sanitarie SEDE

Oggetto: Chiarimenti applicativi art. 21 del Decreto Legislativo n.151 del 2015.

In vista dell'imminente entrata in vigore dell'articolo 21 del decreto legislativo 151/2015 recante: "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183", ed in particolare del comma introdotto ex novo dopo il settimo comma dell'all'articolo 53,del DPR 1124/1965, che testualmente recita:

«Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore.

Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione.

La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, di cui ai commi ottavo e nono, è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore. I dati delle certificazioni sono resi disponibili telematicamente dall'istituto assicuratore ai soggetti obbligati a effettuare la denuncia in modalità telematica, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni»;

sono pervenute alla scrivente Direzione Generale richieste di chiarimento in ordine all'effettiva portata dei nuovi obblighi, introdotti dalla sopracitata norma.

In particolare la FNOMCeO ha prospettato, quale possibile lettura della disposizione in parola, che: "l'art 21, stabilendo che il primo medico che assista una vittima di infortunio sul lavoro o malattia professionale, sia obbligato ad effettuare l'invio telematico della relativa certificazione, che diventa equivalente ad una denuncia di infortunio", ponga problemi di carattere tecnico e pratico, "quali la necessità di accreditamento per tutti gli iscritti agli albi al sistema telematico INAIL per l'invio delle certificazioni, e l'onere di disporre di apparati tecnologici e connettività fissa e mobile, da approntare non per lo specifico svolgimento della propria attività professionale, ma solo nell'eventualità di un possibile evento di soccorso".

Al riguardo appare pertanto necessario fornire alcuni chiarimenti, al fine di assicurare una corretta ed univoca lettura delle predette disposizioni.

Preliminarmente va precisato che il generico riferimento a "qualunque medico", contenuto nella disposizione, non attiene a tutti i medici iscritti all'ordine che occasionalmente potrebbero, in situazioni di urgenza o di emergenza, essere chiamati ad intervenire per prestare un primo soccorso ad un soggetto vittima di infortunio.

E’ da ritenere infatti che il riferimento a “ qualunque medico” è necessariamente da circoscrivere alla sola previsione di richiesta di intervento professionale che rientri in una prestazione inquadrabile come “prima assistenza”, intesa quale prestazione professionale qualificata rientrante nell’ambito di procedure organizzative strutturate per fornire assistenza medica, anche solamente di base.

Ne consegue che l’intervento di prima assistenza, realizzandosi all’interno di una cornice organizzativa strutturata , non presuppone necessariamente la disponibilità personale e continuativa di apparati tecnologici e di connettività fissa e mobile da parte del medico.

Per ottemperare all’obbligo previsto di compilazione e trasmissione telematica della certificazione, risulta infatti sufficiente la disponibilità di tale connettività nell’orario di prestazione dell’attività professionale resa presso la relativa struttura di appartenenza (studio medico, ambulatorio o struttura ospedaliera), a cui può rivolgersi il soggetto infortunato o colpito da malattia professionale, per ottenere una prima assistenza.

Limitandosi la norma a disporre semplicemente la contestualità temporale della compilazione e della trasmissione telematica della certificazione da parte dei soggetti tenuti (medico o struttura di appartenenza), senza la esplicita individuazione di un termine temporale da rispettare, si ritiene che tale termine possa essere ragionevolmente individuato, con riferimento al termine massimo di 48 ore previsto dalla lettera r) dell’art. 18 del D.l.gs 81/08, nell’arco temporale massimo delle ore 24 del giorno successivo alla prestazione effettuata.

Il Direttore Generale
*f.to Dott. Raniero Guerra

**“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993”*



Idoneità con prescrizioni mirate a problematiche a carico di arti superiori e rachide in una popolazione di videoterminalisti

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

INTRODUZIONE

Il rapporto fra utilizzo professionale del mouse e disturbi o patologie degli arti superiori non gode di una sufficiente attenzione nel panorama scientifico nazionale e internazionale (1), considerato che si tratta del principale strumento di lavoro in sedici milioni di postazioni stimate sul territorio nazionale (2).
Il medico competente, alle prese quotidianamente con la figura del videoterminalista, non dispone di strumenti, ovvero di indicazioni operative, utili a formulare una eventuale prescrizione di fronte a disturbi o disfunzioni a carico degli arti superiori, con particolare riferimento all'utilizzo del mouse (1).
Con riferimento alle indicazioni della Tabella ANMA più aggiornata (3) è stata condotta una indagine verso una popolazione di videoterminalisti, nell'ambito della sorveglianza sanitaria svolta ai sensi di art. 176, comma 1 D.Lgs.81/08 e s.m.i., allo scopo di individuare i casi di idoneità con prescrizioni relative a menomazioni, o comunque disturbi, dell'apparato muscolo-scheletrico limitato ad arti superiori e rachide.
L'obiettivo consiste perciò nell'approfondire, dal punto di vista quali/quantitativo, i casi che si avvantaggiano dalla idoneità con prescrizioni, al fine di attenuare, o eliminare, la relativa sintomatologia, oltre a prevenire riacutizzazioni e cronicizzazioni della menomazione.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SPECIFICO

Con riferimento agli articoli 174 e 176 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i., l'analisi del posto di lavoro dotato di videoterminale deve riguardare in particolar modo i "problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico, alle condizioni ergonomiche…" con sorveglianza sanitaria mirata "ai rischi per l'apparato muscolo-scheletrico".
Per la valutazione del rischio è stata utilizzata la metodologia OCRA (OCcupational Repetitive Actions), che risulta di impiego relativamente semplice e soprattutto evidenzia una correlazione con diagnosi di WMSD's (Work-related Musculo Skeletal Disorder's) in soggetti a rischio (4).

CHECK LIST OCRA	OCRA INDEX	FASCE	RISCHIO
FINO A 7,5	> 2,2	VERDE	ACCETTABILE
7,6-11	2,3 - 3,5	GIALLO	MOLTO LIEVE (border line)
11,1 -14,0	3,6 – 4,5	ROSSO LEGGERO	LIEVE
14,1 – 22,5	4,6 – 9	ROSSO MEDIO	MEDIO
> 22,6	> 9,1	VIOLA	ELEVATO

Metodologia ocra - occupational repetitive actions. Check list e punteggio ocra sono divisi in cinque fasce e ritenuti significativi (certezza) oltre 14,0, per la check list, ed oltre 4,5 per l'indice di rischio ocra.

Essendo l'impegno degli arti superiori al videoterminale generalmente asimmetrico, con l'arto dominante caricato dell'impegno alla tastiera ed al mouse, la check list OCRA ha evidenziato un 'punteggio reale postazione' piuttosto diverso fra gli arti.
Di seguito la tabella che specifica i valori della Check-list OCRA, misurati nell'azienda oggetto dell'indagine e suddivisi per mansione.

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

Punteggio Check list OCRA

I parametri sono chiaramente in fascia verde, tuttavia il dato dell'arto superiore dominante per il tele seller si avvicina alla 'fascia gialla' che parte da 7,6 .
Considerando che l'azienda in questione ha una storia di frequenti sopralluoghi congiunti MC e RSPP, ripetute analisi delle postazioni dotate di videoterminale e periodici momenti di formazione-informazione, in anticipo rispetto all'attuazione dell'art.37 D.Lgs.81/08 e s.m.i., si può ipotizzare che in altri analoghi ambiti lavorativi gli stessi parametri possano presentare valori anche sensibilmente maggiori.



DAL SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI AL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

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

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

I segmenti corporei maggiormente interessati sono collo, schiena, spalle, braccia e mani. La sintomatologia è in genere rappresentata da formicolii, intorpidimento, rigidità e dolore, prevalentemente connessi ad affaticamento muscolare e ad infiammazione delle strutture tendinee coinvolte.
Le cause principali sono così schematizzate (2):

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

La sorveglianza sanitaria ha perciò lo scopo di prevenire l'insorgere di alterazioni o addirittura di patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate, ma è evidente che nella grande maggioranza dei casi le idoneità con prescrizioni riguarderanno menomazioni di origine 'comune' le cui caratteristiche vanno a confliggere con le richieste della mansione specifica.
L'esame clinico segue lo schema proposto dalle Linee guida SIMLII 2013 (2) con riferimento all'obiettività illustrata nella scheda di registrazione dell'Unità di ricerca EPM (www.epmresearch.com) ed ai criteri di 'idoneità con prescrizione', riferiti in particolar modo all'utilizzo del mouse, proposti recentemente da ANMA (3).
La tabella ANMA, non esaustiva e tanto meno definitiva, riassume alcune evidenze, più empiriche che scientifiche, quale sintesi dei dati offerti dalla letteratura e dalle esperienze 'sul campo'. Infatti va ricordato che le indicazioni sul giudizio di idoneità in questo ambito "non scaturiscono solo da evidenze scientifiche, ma anche, e talora soprattutto, dall'esperienza e dalla conoscenza dei problemi" (Linee guida SIMLII, 5).

Condizione/patologia	Modello di mouse consigliato	Eventuali ulteriori prescrizioni
Mano piccola (taglia< 7)	Mini mouse	-
Tendinopatia estensore dita o tendinite estens. 2°dito	Mini mouse	Nel caso di tendinite estens. 2° dito, impostazione del mouse su 'modalità mancino': uso 3° dito con 2° dito a riposo
Malattia di De Quervain	Mouse-trackball oppure mini-mouse	Nel caso di uso di mini-mouse è conveniente aumentare la 'sensibilità' del dispositivo limitandone così i movimenti
Osteoartrosi- rizoartrosi	Mini mouse (?)	-
Sindrome del Tunnel carpale	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizzare l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°
Cisti sinoviale del polso	Mini mouse o Mouse tradizionale con tappetino	Tappetino poggia polso: neutralizza l'estensione della mano, mantenendo angolazione polso-mano a 180°. Nel caso di cisti ventrale evitare il contatto con il poggia polso posizionandolo sotto la porzione di avambraccio immediatamente prossimale.
Sindrome pronatoria, tendinite estensori avambraccio, epicondilite laterale	Vertical mouse, o 'Hand shoes mouse', o joy stick mouse	Con 'mouse tradizionale' si consiglia almeno l'uso di tappetino poggia polso per ridurre tensione tendini estensori
Tendinite cuffia rotatori	Mouse tradizionale	Corretto appoggio dell'avambraccio, uso tappetino poggia polso, aumento 'sensibilità' del mouse per limitare i movimenti della spalla
Deficit complessivo (osteoarticolare o neurologico) dell'arto superiore dominante	Mouse da valutare caso per caso	Adozione restman. Ulteriori dispositivi o accorgimenti da valutare caso per caso
Sovraccarico/contrattura m.trapezio, paracervicale	Mouse tradizionale	Evitare spalle 'arcuate', corretto appoggio dell'avambraccio (fra polso e gomito) con uso tappetino poggia polso
Dermatite da nickel	Mouse di colore bianco	-

Tabella ANMA tratta da: Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi. MCJn°2/2015.

MATERIALI E METODI

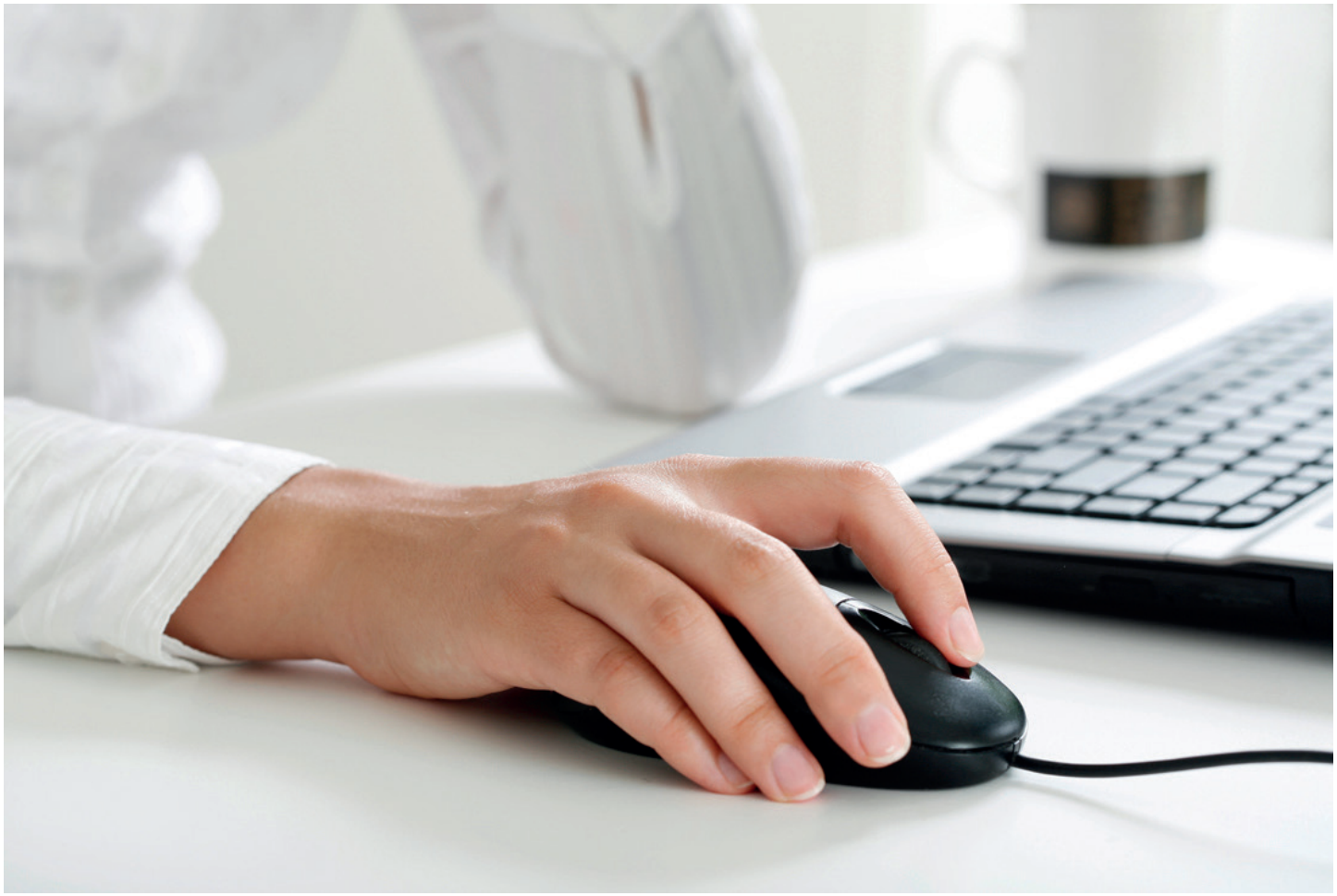
Tra le categorie di lavoratori che operano negli uffici di una società multinazionale con circa 900 lavoratori e sede a Genova, sono state selezionate le mansioni di 'tele seller' e 'office worker', poiché 'stanziali' e quasi sempre impegnate nelle proprie postazioni, rispetto ad altre categorie quali 'inspector', 'auditor' o 'mobile worker', ed esposte al videoterminale ben oltre le 20 ore settimanali.

In particolare l'Office Worker svolge la propria attività quasi esclusivamente in ufficio con postazione individuale dotata di videoterminale. L'orario di lavoro è generalmente di 8 ore con pausa pranzo di un'ora. L'attività consiste, al di là delle peculiarità del dipartimento di appartenenza, nell'inserimento e controllo di dati, compilazione di report, invio e ricezione di e-mail. In alcuni dipartimento è previsto l'uso contemporaneo del telefono per contatti con clienti. Non sono previste contrattualmente pause di lavoro per l'uso del videoterminale, perciò ogni lavoratore può organizzare in autonomia il lavoro inserendo le interruzioni di Legge (15 minuti ogni 2 ore) in base alla consultazione e/o stampa di documenti, all'interazione di persona e/o telefonica con colleghi e clienti esterni.

Il Teleseller svolge la propria attività esclusivamente in ufficio con postazione individuale dotata di videoterminale. E' in costante contatto telefonico con clienti esterni e interni con controllo e inserimento dati ed invio/ricezione e mail. Tutti gli operatori hanno in dotazione cuffia auricolare per rispondere al telefono con uso contemporaneo di tastiera e mouse. L'orario di lavoro può variare con turni di 4, 6, 8 ore secondo il contratto di lavoro. Per la particolare tipologia di lavoro che non consente interruzione dall'uso del videoterminale, sono previste pause contrattuali obbligatorie di 15 minuti ogni due ore con distacco dalla postazione in area relax e una pausa pranzo di almeno un'ora a circa metà turno per i turni che superano le 6 ore.

I parametri relativi alle idoneità con prescrizione, riferite a problematiche ad arti superiori e colonna vertebrale, sono stati estrapolati dai dati anonimi e collettivi presentati al termine dell'anno 2015 in occasione della riunione annuale ex art.35 D.Lgs.81/08 e s.m.i..

Lo scopo dello studio é calcolare la prevalenza e valutare dal punto di vista quali-quantitativo le singole prescrizioni, approfondendo i criteri di idoneità adottati dal medico competente con riferimento alla Tabella ANMA (3).



I RISULTATI

Nell'arco dell'anno 2015 sono stati visitati complessivamente n°280 lavoratori (114 maschi e 166 femmine).
Trascurati i lavoratori afferenti ad altre mansioni sono state considerate le visite mediche effettuate a n°235 lavoratori (86 maschi e 149 femmine), suddivisi fra 204 office worker e 31 teleseller.
I lavoratori che hanno ricevuto un giudizio di idoneità con almeno una prescrizione relativa a problematiche dell'arto superiore e rachide sono n°21 (4 maschi e 17 femmine, rispettivamente il 4,65 % ed il 11,41 % della propria popolazione), comprendenti n°30 prescrizioni:

- n°14 lavoratori (3 maschi e 11 femmine) con monoprescrizione
- n°5 lavoratori (1 maschio e 4 femmine) con doppia prescrizione
- n°2 lavoratori (2 femmine) con tripla prescrizione.

Le idoneità, tutte relative a visite periodiche, con prescrizione relative a office worker sono n°18 (3 maschi e 15 femmine), mentre a teleseller n°3 (1 maschio e due femmine).
Perciò tra gli office worker la prevalenza dei casi con prescrizione è pari al 8,82 %, tra i teleseller è pari al 9,68 %.
La prevalenza complessiva di casi di idoneità con prescrizioni di almeno un ausilio e/o di un 'mouse mirato' nella popolazione lavorativa visitata nel corso dell'anno 2015 é pari all'8,94 %, che corrisponde ad 1 lavoratore visitato ogni 11.
Di seguito la 'Tabella risultati' relativa ai n°21 lavoratori che evidenziano complessivamente n°30 prescrizioni.
La prescrizione che ricorre più spesso è costituita dall'uso del tappetino poggia polso (n°11), seguita dalla cuffietta monoaurale (n°5): insieme costituiscono la metà delle prescrizioni accertate.

Iniziali – sesso– età	Prescrizioni	Note
AM – F	Uso cuffietta auricolare	
AFPC – F	Pause 10 min/ora e uso minimouse	
BB – F	Uso cuffietta auricolare	
BM – F	Cuscino lombare	Supporto lombare montato sullo schienale per accentuare il sostegno della lordosi lombare
CS – F	Uso tappetino poggiapolso per mouse	
CC – F	Uso 'minimouse'	
CL – F	Uso cuffietta auricolare	
DC – M	Uso 'restman' arto superiore dx	Prescr. seduta non imbottita per patologia dermatol. Coesistente
DS – F	Uso cuffietta auricolare	
DA – M	Uso tappetino poggiapolso per mouse	
FR – M	Uso seduta ergonomica personalizzata (SEP)	La seduta presenta regolazione ulteriore in 'antero-posteriore'

LL – F	Uso cuffietta auricolare, uso tappetino poggia polso e 'minimouse'	
MA- F	Uso tappetino poggiapolso e 'minimouse'	
PG – M	Uso tappetino poggiapolso e 'minimouse'	
PM- F	Uso tappetino poggiapolso per mouse	
RF – F	Uso tappetino poggiapolso per mouse	
SJ – F	Uso tappetino poggiapolso per mouse	
TL – F	Pausa 10 min/ora e tappetino poggiapolso per mouse	Prescritta pedana poggiapiedi per patologia neurologica coesistente.
TA – F	Pausa 10 min/ora, possibilità cambio postura frequente, uso cuscino lombare o SEP	
TS – F	Uso tappetino poggiapolso per mouse e tastiera	Prescritta pedana poggiapiedi per patologia vascolare venosa coesistente.
VL- F	Uso tappetino poggiapolso per mouse	

Tabella risultati

CONSIDERAZIONI

Nonostante ricorra annualmente in ogni azienda la presentazione dei risultati anonimi e collettivi della sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, con conseguente abbondante disponibilità di dati, non emergono dalla letteratura nazionale statistiche relative alla formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica di videoterminalista nell'ambito delle problematiche a carico di arti superiori e rachide.

Di solito si riscontrano le prevalenze dei lavoratori affetti semplicemente da disturbi, o da patologie muscolo scheletriche, eventualmente correlabili all'attività al videoterminale (6, 7, 8).

Perciò non è possibile procedere ad un paragone con i dati prodotti da questa indagine, che appare perciò 'unica' nel suo genere.

In ogni caso la prevalenza di 21 casi di idoneità con prescrizione relativa ad arti superiori e rachide, su 235 lavoratori visitati, pari al 9% circa della popolazione di videoterminalisti, testimonia della significativa ricaduta su questa categoria delle problematiche muscolo-scheletriche.

Si tratta evidentemente di menomazioni, o disturbi, 'comuni', considerando che il documento di valutazione dei rischi evidenzia un dato non significativo (OCRA check list verde).

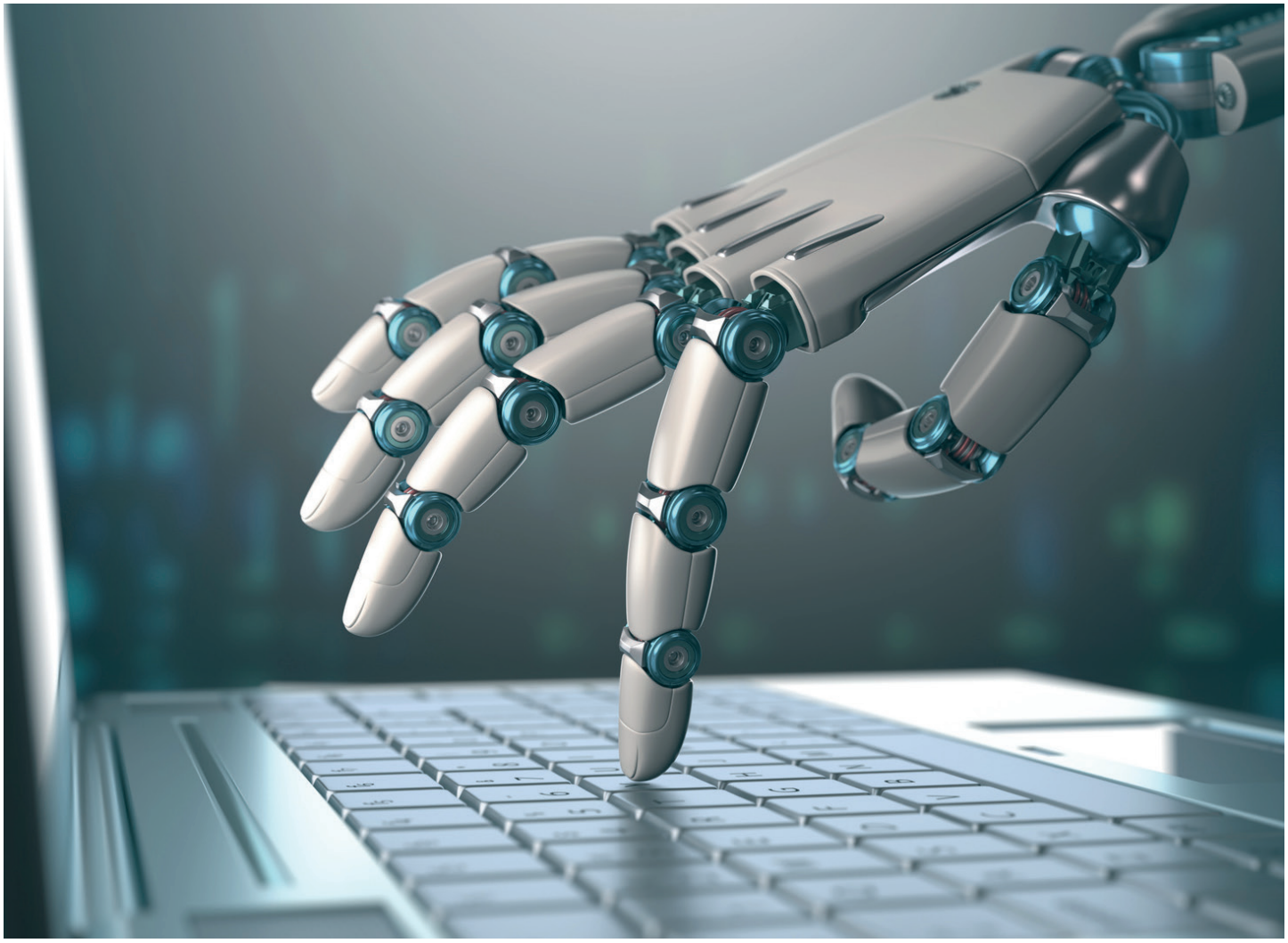
Inoltre va sottolineato che in 16 anni di consulenza del medico competente in questa azienda multinazionale è noto soltanto un caso isolato di denuncia di M.P. Sindrome del tunnel carpale, respinta dall'Ente assicuratore, mentre non risultano segnalazioni di malattie presenti nell'Elenco 'per le quali è obbligatoria la denuncia', ai sensi e per effetto dell'articolo 139 del T.U. approvato con DPR n°1124 del 30 giugno 1965 e s.m.i..

Perciò il dato di prevalenza pari al 9 % non è trascurabile, ma potrebbe risultare anche più elevato in altre popolazioni lavorative non soggette ad una attenta valutazione del rischio, con analisi delle singole postazioni dotate di videoterminale e periodica formazione-informazione.

Tuttavia proiettando il dato sulla popolazione nazionale stimata di videoterminalisti si tratterebbe di quasi un milione e mezzo di lavoratori potenzialmente coinvolti nella prevenzione di patologie/disfunzioni muscolo-scheletriche, circa un operatore ogni undici visitati.

Tale dato prospetta allora la possibilità di una notevole riduzione dei costi sociali (produttività, assenteismo, diagnostica, terapie mediche/chirurgiche, ospedalizzazione), con riferimento alle principali

menomazioni riscontrate, a condizione che venga svolta una sorveglianza sanitaria efficace, seguendo gli indirizzi scientifici più avanzati (art.25, comma 1 D.Lgs.81/08 e s.m.i.).
Un altro dato interessante è rappresentato dai n°17 casi di lavoratrici con idoneità con prescrizioni, su 149 visitate, che corrispondono ad una prevalenza del 11,41 % (4,65 % fra i maschi), a conferma di una netta preferenza delle problematiche muscolo-scheletriche verso il sesso femminile (5).
Inoltre tra le idoneità con prescrizioni multiple, vi é soltanto n°1 maschio, a fronte di n°7 femmine.
Si osserva come la prevalenza delle idoneità con prescrizione sia paragonabile, nelle due categorie di lavoratori, anche se leggermente maggiore tra i tele seller (9,68 vs 8,82 %), a conferma di una chiara corrispondenza con l'indice di rischio (Check list OCRA, 7 vs 6,125 per l'arto sup. dominante), che 'pesa' il sovraccarico biomeccanico all'arto superiore.
Entrando nel merito dei singoli casi, la prescrizione che ricorre più spesso è rappresentata dall'uso del tappetino poggia polso (n°11 su n°32 prescrizioni).
Il tappetino poggia polso viene prescritto soprattutto per abolire l'estensione del carpo, rispetto all'avambraccio, ridurre la pressione all'interno del tunnel carpale (Sindrome del Tunnel carpale) ed attenuare la tensione dei tendini estensori (tendinopatia estensori, cisti tendinee, per esempio). Tuttavia il beneficio è generalmente evidente in ogni patologia che coinvolga braccio ed avambraccio poiché, creando un ulteriore punto di appoggio (di 'scarico'), si attenua la tensione di tutte le strutture mio tendinee dell'apparato estensore (3).
L'utilizzo della cuffietta auricolare, prescritto in n°5 casi, è già prevista per la mansione 'teleseller', considerando la durata complessiva delle telefonate che copre quasi interamente il turno di lavoro.
Nell'ambito della mansione 'office worker' l'utilizzo del telefono è largamente minoritario rispetto all'orario di lavoro, tuttavia la presenza di alcune menomazioni, o comunque di disturbi nella regione collo-spalla, può indurre la prescrizione di uso di una cuffietta auricolare, individuata e fornita a cura del datore di lavoro. Il vantaggio consiste nell'evitare una postura incongrua prodotta dall'inclinazione laterale del capo e dall'innalzamento della testa dell'omero per 'bloccare' la cornetta del telefono. Del resto è noto da diversi anni che tale postura incongrua provoca l'insorgenza di disturbi dolorosi alla colonna cervicale, alla spalla e al gomito con possibilità di lesioni discali o muscolo tendinee nelle stessi sedi. Perciò secondo una pubblicazione del 2005, dedicata alla formazione nei call center, 'si rende indispensabile l'utilizzo degli auricolari da parte delle persone che utilizzano il telefono almeno tre ore la giorno' (9).
Perciò tale prescrizione sarà inserita nel prossimo aggiornamento della Tabella ANMA (3) al fine di tutelare videoterminalisti affetti da problematiche muscolo-tendinee nella regione collo-spalla e discali-cervicali, che non hanno in dotazione le cuffiette auricolari (3).
Analogamente a quanto viene prescritto nel caso di problematiche oculo-visive con astenopia associata, sono state prescritte empiricamente 'pause di 10 minuti ogni ora' rispetto all'uso del videoterminale in presenza di patologie quali 'sclerosi multipla', 'fibromialgia' ed esiti chirurgici alla colonna per introduzione 'barra di Harrington'. La finalità è quella di offrire ristoro a n°3 operatrici, affette da profonda astenia e/o dolorabilità non facilmente controllabili nei quadro clinici sopra indicati.
In n°4 casi è stato prescritto un 'mini-mouse', il mouse di dimensioni inferiori, generalmente in dotazione al pc portatile. Premesso che non sono noti studi statistici in letteratura, in un articolo pubblicato sul MCJ n°3/2014 emerge una chiara preferenza verso il 'mini-mouse', rispetto ai tradizionali modelli 'neri' di maggiori dimensioni comunemente forniti dalle aziende, da parte delle operatrici addette al videoterminale, spesso con mano di taglia inferiore rispetto al sesso maschile.
Ma il beneficio più eclatante è stato osservato in tutte le n°10 operatrici selezionate (scala del dolore soggettiva), affette da disturbi o patologie a carico dei tendini estensore del carpo, abduttore lungo ed estensore breve del pollice, cisti tendine e sinoviali dorsali (10).
Il cuscino lombare è un supporto imbottito che viene 'fissato' sullo schienale per accentuare il sostegno della lordosi lombare di fronte ad una menomazione locale, oppure nella perdita di 'sostegno' dello schienale per usura, in attesa della sostituzione con seduta integra.
Nelle due idoneità con prescrizioni il cuscino lombare è stato prescritto in un caso di spondilolistesi L5-S1 con lombalgia riacutizzata da recente trauma locale e in una lombalgia cronicizzata da esiti chirurgici per introduzione 'barra di Harrington', in attesa dell'acquisizione di una seduta ergonomica personalizzata.
E' stata definita 'seduta ergonomica personalizzata' (SEP) quella seduta che presenta regolazioni ulteriori, rispetto a quelle minime previste di Legge ai sensi di allegato XXXIV D.Lgs.81/08 e s.m.i. e Decreto 2 ottobre 2000, utili a migliorare la postu-



ra in quadri clinici di particolare gravità.
La statistica comprende due casi (lombalgia cronicizzata da esiti chirurgici per introduzione 'barra di Harrington' e da spondilo artrosi in ernie discali multiple) in cui è stata prescritta, in sostituzione alla seggiola base 'tradizionale', una seduta di ottima qualità che prevede anche una regolazione in direzione antero-posteriore dello schienale, garantendo un supporto lombare maggiormente personalizzabile.
Di entrambi i presidi sopradescritti non sono note pubblicazioni scientifiche a sostegno e perciò sono stati prescritti sulla base dell'esperienza del medico competente dopo aver esaminato la documentazione esibita, visitato e consultato i lavoratori interessati.
Non sono noti studi sugli effetti derivanti dall'utilizzo di supporti per l'avambraccio, come per esempio il 'restman'. Questo supporto è stato prescritto empiricamente, poiché ha fornito buoni riscontri in alcuni casi di operatori affetti da importanti problematiche subacute nella regione collo-spalla e braccio, quali discopatie cervicali con brachialgie e tendinite della cuffia dei rotatori.
Verosimilmente il beneficio nasce dall'incremento della 'scarico' sul piano di lavoro dell'avambraccio, che produce alleggerimento e sollievo per le strutture interessate.
Nell'unico caso presente in statistica, caratterizzato da una epicondilite acuta-subacuta, è stato riscontrato notevole beneficio, unitamente a trattamenti terapeutici e ad uso di tutore.
Si osserva infine, come quasi tutte le prescrizioni erano già presenti, almeno dalla visita medica precedente, e che tutti i 21 giudizi di idoneità con prescrizione siano relativi a visite periodiche. Questo dato conferma la costanza delle principali problematiche ma anche il beneficio, o comunque l'attenuazione del disconfort, riscontrato alle visite di controllo con l'adozione dei relativi presidi.

CONCLUSIONI

La prevalenza di n°21 casi di idoneità con prescrizioni, relative a problematiche di arto superiore e colonna, su n°235 videoterminalisti visitati, pari al 9% circa della popolazione indagata, testimonia della significativa ricaduta su questa categoria delle menomazioni, e/o disturbi, muscolo-scheletrici, a volte anche neurologici, che nell'ambito della mansione di videoterminalista trovano una occasione di insorgenza o il consolidamento di disabilità.
Perciò a fronte dei milioni di videoterminalisti impegnati in Italia, l'adozione di presidi mirati ai singoli

casi che evidenziano un duraturo beneficio per il lavoratore, concorre significativamente a ridurre i costi sanitari e l'assenteismo con conseguente incremento della produttività aziendale.
Tuttavia, questa scommessa può essere vinta se i medici competenti si dimostrano in grado di rispondere alla crescente domanda di salute, anzi di benessere, da parte dei lavoratori, attraverso una sorveglianza sanitaria più consapevole ed orientata a criteri di idoneità condivisi e mirati alle necessità dei singoli casi.
Il ruolo del medico competente è recentemente accompagnato da attese importanti da parte degli interlocutori sociali. La stessa normativa sempre più attenta ad una reale efficacia dell'azione preventiva (multidisciplinare) in ambito lavorativo, postula anche un ampliamento concettuale della mission in termini di salute e sicurezza , che non si limita certo entro i confini – peraltro fisicamente e giuridicamente sempre più sfumati – dell' ambiente di lavoro, ma contribuisce positivamente al benessere della collettività. E nella società sempre più spesso si comincia ad intuire la grande potenzialità che ha la figura del medico competente nel condizionare positivamente lo stato di salute dell'intera collettività (11).

BIBLIO/SITOGRAFIA

1) Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primi orientamenti operativi, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°4/2014, dicembre 2014.
2) Piccoli B., Battevi N., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
3) Santucci P., Videoterminalista, 'mouse' e idoneità: primo aggiornamento sugli orientamenti operativi in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°2/2015, giugno 2015.
4) Colombini D., Occhipinti E., Grieco A.: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.
5) - Apostoli P., Bovenzi M., Occhipinti E., Romano C., Violante F., Cortesi I., Baracco, F., Draicchio, Mattioli S., 'Linee Guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper Extremity Work-related Musculoskeletal Disorders – UE WMSDs'). S.I.M.L.I.I., Fondazione S. Maugeri, Consorzio per l'accreditamento e aggiornamento in Medicina del Lavoro, PI-ME Pavia, 2003.
6) Ijmker S., Huysmans M., Blatter B.M., van der Beek A.J., van Mechelen W, Bongers P.M., Should office workers spend fewer hours at their computer? A systematic review of the literature, Occup. Environ. Med. Published Online First: 9 November 2006.
7) Fredriksson K., Alfredsson L., Ahlberg G., Josephson M. , Kilbom A., E Wigaeus Hjelm E., Wiktorin C., Vingård E., Work environment and neck and shoulder pain: the influence of exposure time. Results from a population based case-control study, Occup Environ Med 2002;59:182-188 doi:10.1136/oem.59.3.182.
8) Iwakiri K., Mori I., Sotoyama M., Horiquchi K., Ochiai T., Joonai H., Saito S., Survey on Visual and Musculoskeletal Symptoms in VDT Workers, SANGYO EISEIGAKU ZASSHI, Vol. 46 (2004) No. 6 P 201-212.
9) Goi A., Lavorare al call center, Manuale di formazione e autoformazione, Franco Angeli, 2005.
10) Santucci P., Pavione E., Bontadi D., Idoneità del videoterminalista con prescrizione uso 'mini-mouse': prima esperienza sul campo, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°3/2014, settembre 2014.
11) Candura U., La comunicazione formale ed istituzionale del Medico Competente verso il territorio: tra obblighi e buone prassi, in: Ufficio e Salute, Medico Competente Journal, n°4/2015, dicembre 2015.



LA **TABELLA ANMA** É UNO STRUMENTO FINALIZZATO AD ORIENTARE IL MEDICO COMPETENTE NELLA COMPILAZIONE DEL **GIUDIZIO DI IDONEITÀ** CON RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DEL MOUSE (RIF. MCJ N°4/2014):

SE HAI UN CONTRIBUTO DA INVIARE IN MERITO O VUOI COLLABORARE ALL'AGGIORNAMENTO DELLA TABELLA ANMA INVIA UNA MAIL A:

UFFICIOESALUTE@ANMA.IT

ANMA RISPONDE



A cura di Piero Patanè, Consigliere Nazionale ANMA

LAVORATORI CON VOUCHER



D: Formulo nuovamente la domanda posta tempo fa per cui non ho ricevuto risposta (forse non è mai arrivato il quesito). Cosa devono fare azienda e medico competente riguardo i lavoratori pagati con Voucher. Detti lavoratori spesso lavorano per alcuni mesi presso la stessa ditta ma non vengono segnalati al medico che pertanto non li sottopone a sorveglianza sanitaria. Come sono considerati al fine della sorveglianza sanitaria? Ringraziando per la risposta porgo cordiali saluti.

R: Comunque i lavoratori con Voucher sono equiparabili ai dipendenti e, per ambiente di lavoro, direttive, organizzazione e quindi potenziali rischi lavorativi sono sotto la responsabilità di un Datore di Lavoro. Quindi, se esposti, i lavoratori pagati con Voucher devono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria. (articolo 3, comma 8 decreto 81/2008)

ECM E MATERNITA'

D: Buongiorno, sono un medico competente socio ANMA, ho conseguito il master abilitante alle funzioni di medico competente nel 2013. Per il 2014 e 2015 sono in regola con gli ecm ora sono in maternita' e la data presunta del parto e'ad aprile, mi chiedevo se anche per il 2016 devo conseguire i 50 crediti ecm previsti o ne sono esonerata. E poi il modulo di autocertificazione per il triennio 2014- 2016 dove lo trovo e a chi lo devo spedire? Regna il caos assoluto tanto che nemmeno il mio ordine di appartenenza ha saputo rispondermi. Grazie e cordiali saluti

R: Gentilissima, auguri e buon proseguimento;
la risposta è nelle determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 23/07/-10/10/2014 e del 1/07/2003 di cui si riporta stralcio:
DETERMINA DELLA CNFC 23 LUGLIO 2014 – 10 OTTOBRE 2014 IN MATERIA DI CREDITI FORMATIVI ECM
Art. 1 (Obbligo formativo triennio 2014-2016)
1. L'obbligo formativo standard per il triennio 2014-2016 è pari a 150 crediti formativi.
2. È prevista la possibilità per i professionisti sanitari per il triennio 2014-2016, in virtù della formazione effettuata nel triennio precedente (2011-2013), di avvalersi di una riduzione fino a 45 crediti, secondo gli stessi criteri relativi alle riduzioni individuati dalla determina della CNFC del 17 luglio 2013.
3. L'obbligo formativo individuale è determinato all'inizio del triennio sottraendo dall'obbligo formativo standard le riduzioni calcolate secondo la tabella sotto riportata:

Crediti acquisiti nel triennio 2011-2013	Fabbisogno triennale 2014-2016	Fabbisogno annuale 2014-2016
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5

Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5

4. Fermo restando l'obbligo di conseguire 150 crediti formativi nel triennio, i liberi professionisti hanno la possibilità di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera flessibile.

Art. 2 (Certificazione per il triennio 2014-2016)

1. Al termine del triennio 2014-2016, il professionista sanitario può richiedere i seguenti documenti:
a) attestato di partecipazione al programma ECM;
b) certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo.
2. L'attestato di partecipazione al programma ECM contiene esclusivamente l'indicazione del numero di crediti conseguiti qualora gli stessi non soddisfino l'obbligo formativo individuale nel triennio.
3. Il certificato sancisce il completo soddisfacimento dell'obbligo formativo nel triennio.
4. Solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla CNFC, concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell'obbligo formativo individuale triennale. Il mancato raggiungimento dell'obbligo formativo individuale con crediti conformi alle regole, non consente di ottenere la Certificazione ECM di conformità, anche con un numero di crediti superiori all'obbligo formativo.
5. I documenti di cui sopra sono rilasciati da Ordini e Collegi professionali per quanto riguarda gli esercenti professioni sanitarie regolamentate e ordinate, dalle Associazioni maggiormente rappresentative degli esercenti le professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per quanto riguarda gli iscritti alle stesse, e dalla Segreteria della Commissione nazionale per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non sono iscritti alle Associazioni ora citate.

DETERMINA DELLA CNFC DEL 17 luglio 2013 – Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all'estero, Autoapprendimento

§2. Esenzioni

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni, i professionisti sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale a seguito di: a. congedo maternità obbligatoria: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni b. congedo parentale: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni



PIÙ NOMINE DI MEDICI COMPETENTI E MEDICO COORDINATORE

D: avendo più di una unità produttiva sul territorio nazionale volevo sapere se per le visite mediche dei lavoratori è possibile nominare più medici competenti grazie per la risposta

R: Certamente sì ed un medico coordinatore in conseguenza L'art. 39 comma. 6 del D.Lgs. n. 81/2008, che recita: "nei casi di aziende con più unità produttive, nei casi di gruppi d'imprese nonché qualora la valutazione dei rischi ne evidenzi la necessità, il datore di lavoro può nominare più medici competenti individuando tra essi un medico con funzioni di coordinamento."



COMUNICAZIONE CREDITI ECM

D: I crediti Ecm conseguiti nel 2015 vanno comunicati? Se si, entro quale data? Cordiali saluti S.Castelli

R: No, si comunicano quelli del triennio (l'esercizio attuale è 2015 -2016 – 2017). Quando sarà ora daremo ampia notizia.

CONTENUTI DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE E COMUNICAZIONE

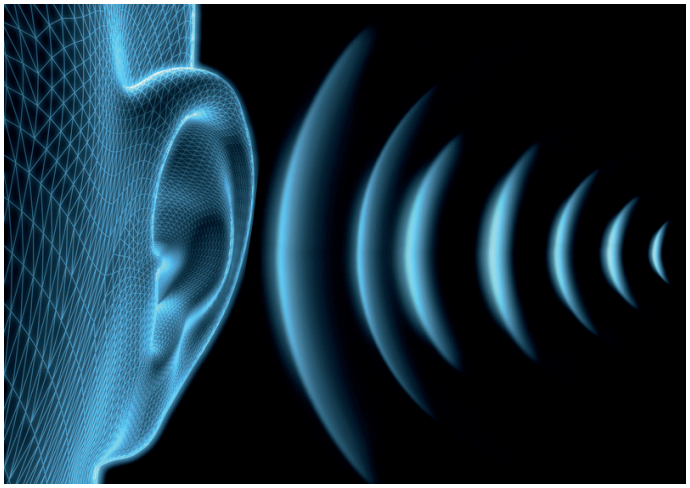
D: Mi viene richiesto da un RSPP di un Istituto di credito l'indicazione nel giudizio d'idoneità del protocollo sanitario effettuato ai dipendenti privo comunque dell'indicazione dei risultati rivenienti, giustificando tale richiesta con la considerazione che i dati contenuti nel giudizio si riferiscono ai requisiti minimi che esso deve contenere. Chiedo se tale interpretazione è condivisibile o gli eventuali motivi di non condivisione. Cordiali saluti Dott. Giuseppe Briatico Vangosa MEDICO CHIRURGO Spec. in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica V.le Magna Grecia 318 – 74100 Taranto Tel./FAX 0997399442

R: I contenuti minimi obbligatori richiesti per la comunicazione scritta del giudizio di idoneità (certificato di idoneità) sono dettagliati nell'all. A; li pubblichiamo in calce e come vede non c'è il protocollo sanitario.
Certo sono i contenuti minimi, si può aggiungere altro. Circa l'utilità di aggiungere informazioni bisogna condividere eventualmente con il DL (cosa c'entra l'RSPP? Prima o poi si occuperanno del loro lavoro?).
Nel caso di un istituto di credito poi, in cui il rischio preponderante è il VDT e il cui protocollo sanitario è dettato dalla legge (il MC può declinare in modo più o meno approfondita la valutazione visiva, ma sempre orientandola all'aspetto ergoftalmologico) questa richiesta appare quanto meno curiosa.
Riassumendo: i contenuti minimi non lo richiedono, eventuali informazioni aggiuntive sono a discrezione del MC o se richieste dal DL devono essere ragionevoli e condivise .
CONTENUTI DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO All. 3A
D.lgs. 9 Aprile 2008, n. 81 – Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro –
CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE:
GENERALITÀ DEL LAVORATORE
RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA
REPARTO3, MANSIONE E RISCHI
GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA
DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ
SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (periodicità)
FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE
FIRMA DEL LAVORATORE13
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

SORVEGLIANZA SANITARIA PONY EXPRESS

D: Ho intenzione di aprire una azienda che fornisca un servizio di pony express su scooter di nostra proprietà, anche in orario serale fino a mezzanotte. I lavoratori che svolgeranno questa mansione sono soggetti a sorveglianza sanitaria? Grazie

R: Risponde il dott. Paolo Santucci:
A proposito di conducenti di autoveicoli aziendali ANMA ha già risposto in data 18/1/2015 (ved. rischi 'mobile workers').
Nel caso di conducenti 'su due ruote', la differenza principale é costituita dal raggio d'azione ben più ridotto e dal chilometraggio più modesto, perciò il livello dei rischi ne esce ridimensionato, pensando soprattutto al 'rischio infortunistico stradale'.
Inoltre per la conduzione di scooter (Pat.A) viene a cadere la verifica di esclusione di consumo bevande alcoliche e alcoldipendenza.
In conclusione, se nel documento di valutazione dei rischi non emergono rischi significativi, come movimentazione manuale carichi o lavoro notturno/a turni, microclima severo o vibrazioni 'corpo intero', a titolo di esempio, la sorveglianza sanitaria non é dovuta'.



VALUTAZIONE RUMORE E DPI

D: Ai fini della sorveglianza sanitaria , la valutazione del rumore è quella con i DPI o quella senza? Io penso sia quella senza i DPI , poichè,altrimenti,il Datore di lavoro preferirebbe acquistare archetti o cuffie invece di procedere ad audiometrie e modifiche lavorative per abbattere il rumore: Ringrazio Roberto Manzi

R: Basta leggere il D.Lvo 81/2008 di cui si riportano alcuni stralci facilmente reperibili:
Articolo 190 – Valutazione del rischio
1. Nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 181, il datore di lavoro valuta l'esposizione dei lavoratori al rumore durante il lavoro prendendo in considerazione in particolare:
a) il livello, il tipo e la durata dell'esposizione, ivi inclusa ogni esposizione a rumore impulsivo;
b) i valori limite di esposizione e i valori di azione di cui all'articolo 189;
c) tutti gli effetti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori particolarmente sensibili al rumore, con particolare riferimento alle donne in gravidanza e i minori;
d) per quanto possibile a livello tecnico, tutti gli effetti sulla salute e sicurezza dei lavoratori derivanti da interazioni fra rumore e sostanze ototossiche connesse con l'attività svolta e fra rumore e vibrazioni;
e) tutti gli effetti indiretti sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori risultanti da interazioni fra rumore e segnali di avvertimento o altri suoni che vanno osservati al fine di ridurre il rischio di infortuni;
f) le informazioni sull'emissione di rumore fornite dai costruttori dell'attrezzatura di lavoro in conformità alle vigenti disposizioni in materia;
g) l'esistenza di attrezzature di lavoro alternative progettate per ridurre l'emissione di rumore;
h) il prolungamento del periodo di esposizione al rumore oltre l'orario di lavoro normale, in locali di cui è responsabile;
i) le informazioni raccolte dalla sorveglianza sanitaria, comprese, per quanto possibile, quelle reperibili nella letteratura scientifica;
l) la disponibilità di dispositivi di protezione dell'udito con adeguate caratteristiche di attenuazione.
Articolo 193 – Uso dei dispositivi di protezione individuali
1. In ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 18, comma 1, lettera d)83, il datore di lavoro, nei casi in cui i rischi derivanti dal rumore non possono essere evitati con le misure di prevenzione e protezione di cui all'articolo 192, fornisce i dispositivi di protezione individuali per l'udito conformi alle disposizioni contenute nel Titolo III, capo II, e alle seguenti condizioni:
a) nel caso in cui l'esposizione al rumore superi i valori inferiori di azione il datore di lavoro mette a disposizione dei lavoratori dispositivi di protezione individuale dell'udito;
b) nel caso in cui l'esposizione al rumore sia pari o al di sopra dei valori superiori di azione esige che i lavoratori utilizzino i dispositivi di protezione individuale dell'udito;

c) sceglie dispositivi di protezione individuale dell'udito che consentono di eliminare il rischio per l'udito o di ridurlo al minimo, previa consultazione dei lavoratori o dei loro rappresentanti; d) verifica l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale dell'udito. 2. Il datore di lavoro tiene conto dell'attenuazione prodotta dai dispositivi di protezione individuale dell'udito indossati dal lavoratore solo ai fini di valutare l'efficienza dei DPI uditivi e il rispetto del valore limite di esposizione. I mezzi individuali di protezione dell'udito sono considerati adeguati ai fini delle presenti norme se, correttamente usati, e comunque rispettano le prestazioni richieste dalle normative tecniche.

PRASSI PER L'INSERIMENTO DI UN COLLEGA CON SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE NEL LAVORO DI MEDICO COMPETENTE

D: Buongiorno, vorrei collaborare con un giovane collega che a giugno si specializzerà in igiene. Per poter lavorare come medico competente deve fare il master di un anno oppure è già possibile solo con la specializzazione in igiene inserirlo nello staff e quindi avere la possibilità di farlo lavorare? Per quanto riguarda gli ECM e l'iscrizione all'elenco dei medici competenti quale è l'iter da seguire? Grazie, sperando di essere stata chiara nell'esposizione dei quesiti che mi sembrano importanti al fine di poter inserire un nuovo collega nella carriera di medico competente.

R: Caro Collega la specializzazione in igiene non è requisito sufficiente per poter svolgere la funzione di medico competente. Infatti l'art. 38 del Dlgs. 81/08 (Titoli e requisiti del medico competente) recita

"medici in possesso dei titoli di cui al comma 1, lettera d) (ovvero la specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale), sono tenuti a frequentare appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca di concerto con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali".

Da ciò lo specialista in igiene può svolgere attività di medico competente (e cioè il medico nominato dal datore di lavoro per svolgere tutti i compiti ed attività previsti dalla legge compreso l'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica) solo dopo aver superato il prescritto master.

Collaborare SI PUO' (effettuare esami … etc …) come qualsiasi altro collega, facendo riferimento all'apposito testo di legge

Articolo 39 – Svolgimento dell'attività di medico competente

5. Il medico competente può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della collaborazione di medici specialisti scelti

in accordo con il datore di lavoro che ne sopporta gli oneri

Per gli ecm: dopo il master gli verranno fornite tutte le informazioni e credenziali dallo stesso ente erogatore. Tra l'altro dovrà fare una parte del master come tirocinio.

Per gli ecm: dopo il master gli verranno fornite tutte le informazioni e credenziali dallo stesso ente erogatore. Tra l'altro una parte del master dovrà essere fatto come tirocinio.



INTERVISTA



Dieci domande a…

Dott. Massimo Servadio, psicologo del lavoro e delle organizzazioni, Tecnico della prevenzione, esperto in Psicologia della Sicurezza Lavorativa - Servadio & Partners, Genova, servadio@servadioepartners.com

1-MCJ: Nelle problematiche che trattano quotidianamente i medici competenti i risvolti psicologici sono ormai all'ordine del giorno. Quale contributo può offrire uno psicologo del lavoro in azienda?
Lo Psicologo del Lavoro in Azienda ha la possibilità di offrire diversi contributi in tema di fattore umano: innanzitutto a livello organizzativo nel decifrare la complessità organizzativa, in tema di dinamiche relazionali, benessere organizzativo, organizzazione resiliente
In secondo luogo, supportando i gruppi di lavoro nel raggiungimento degli obiettivi, agendo come facilitatore o coach, in ultimo ma non per ultimo, offrendo spazio di ascolto al singolo lavoratore.

2-MCJ: Come 'vede' l'impostazione della Commissione consultiva in merito alla valutazione del rischio stress, in prima battuta, dei 'soli' dati oggettivi?
L'impostazione data dalla Commissione consultiva ha il carattere di proposta di linea guida sulla quale poi costruire il percorso più adatto rispetto all'organizzazione in esame, che nella mia esperienza non contempla unicamente i soli dati oggettivi, ma in rispetto alla definizione del "fenomeno stress", squisitamente percettivo, attiva fin da subito il coinvolgimento dei lavoratori.





3-MCJ: Come giudica la diffusissima metodologia INAIL per la valutazione dello stress lavoro-correlato in azienda?
Un punto di partenza; lo strumento di per sé può essere anche un buon strumento preliminare (in riferimento alla parte delle liste di controllo), dipende dalle modalità con le quali viene impiegato, evitando per esempio l'eccessiva autoreferenzialità del Datore di Lavoro sul tema.

4-MCJ: come commenterebbe la pletora di valutazione in 'fascia verde' che ormai si riscontra in (quasi) tutti i documenti di valutazione dei rischi?
"La prateria verde" è spesso il sintomo di autoreferenzialità valutativa del Datore di Lavoro

5-MCJ: Quale impressione ha tratto dalle collaborazioni con i medici competenti nella sua esperienza personale?
La mia collaborazione con i Medici competenti si può racchiudere sinteticamente in:
" Non è di mia competenza"
" E' solo di mia competenza"
" Collaboriamo?" ed è quella che preferisco.

6-MCJ: Ha qualche consiglio da offrire ai medici competenti per la gestione del lavoratore affetto da turbe psichiche e quali insegnamenti ha tratto dalle sue esperienze?
Un piccolo consiglio: approfondire in maniera sistemica sia la dimensione lavorativa che quella personale e ricorre alla consulenza specialista (psicologo, psichiatra).

7-MCJ: Da 'formatore di formatori', qual è la prima cosa che suggerirebbe ai medici competenti, che spesso rivestono il ruolo di formatori dei lavoratori?
Di pensare all'apprendimento da scaturire nei destinatari più che alla propria perfomance personale.

8-MCJ: Lei si occupa di 'coaching'. Di che cosa si tratta e quali obiettivi si può prefiggere in azienda uno psicologo del lavoro specializzato in questo campo?
E' un attività di allenamento per le persone in cambiamento di ruolo o consolidamento di ruolo in azienda; si può fare ad una persona o ad un team (team coaching) e mira a potenziare le competenze sociotecniche, quali ad esempio la comunicazione, la gestione delle relazioni, il processo decisionale.

9-MCJ: Nel suo campo che cosa si intende per 'lavoratore difficile'?
Un lavoratore spesso estraneo al gruppo di lavoro per sua scelta o per scelta di altri: è una mina vagante e l'organizzazione deve capire che è importante prendere in carico la situazione perché gli effetti di una "mala gestio" potrebbero essere devastanti a tutti i livelli dell'organizzazione stessa.

10-MCJ: Quanto è difficile mettere in pratica gli insegnamenti che caratterizzano la sua professione proprio nell'organizzazione della sua società?
Difficile.. anch'io ho bisogno di Consulenti Esperti e Competenti!

DA LEGGERE IN POLTRONA



A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

UN ITALIANO SERIO

"Il laboriosissimo popolo italiano è, ohimè, affetto da una pesante pigrizia mentale: non vuol pensare, preferisce trovare tutto pensato. Alzarsi la mattina e leggere sul giornale quello che la direzione centrale ha pensato per lui." (…)

"Liberiamoci di quella parte peggiore di noi stessi che è in agguato dentro ciascuno di noi e aspetta uno squilla, un inno, uno sventolar di bandiera per levarsi la giacca, rimboccarsi e maniche e fare la nuova storia d'Italia." (…)

"Liberiamoci di quella parte peggiore di noi stessi: guardiamoci allo specchio e ridiamo della nostra tracotanza, della nostra retorica. Guardiamoci allo specchio dell'umorismo. Così come poso fare io, cittadino niente, che – quando mi specchio e vedo sul mio viso un truce cipiglio – scuoto il capo sorridendo e dico: "Giovannino quanto sei fesso!"

Giovanni Guareschi, "Italia provvisoria"

