Medico Competente Journal

Giornale Professionale e Scientifico

Occupational Physician Scientific and Professional Journal

Aprile 2012
Anno 18, Numero 1/2012



ANMA RELAZIONE 2011 2

- RELAZIONE ANNUALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA ESERCIZIO 2011

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI 6

- Commento alla recente sentenza del Tribunale di Pisa
- L'idoneità alla guida in medicina del lavoro (III parte : la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria)
- Gli Accordi Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 sulla formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro-RSPP

UFFICIO & SALUTE 30

- Tenosinovite cronica del polso in operatrice di contact center

ATTUALITÀ 34

- Presentazione Congresso Anma 2012
- Tra crisi, criticità e tariffe

ANMA RISPONDE 44

DA LEGGERE IN POLTRONA 46

- Audaci Genziane

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

Federata FISM:
Federazione Italiana Società Medico Scientifiche

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

ANMA è un marchio registrato

PER IL 25° L'ANMA VA AL GALOPPO !

ASSOCIATI O RINNOVA LA TUA ISCRIZIONE ENTRO IL 30 APRILE.

PER TUTTO IL 2012 POTRAI USUFRUIRE DEI VANTAGGI DEL SOCIO ANMA.



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI



" La scheda di iscrizione della XXV edizione del Congresso Nazionale è disponibile nel sito www.anma.it

Ti aspettiamo a Milano dal 14 al 16 giugno 2012! "

Medico Competente Journal

Notiziario A.N.M.A.

Numero 1/2012



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

Numero 1/2012
Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n°4
tel. 02/86453978 - fax 02/86913115
e-mail: maurilio@mclink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE
Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE
Paolo Santucci

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

REALIZZAZIONE GRAFICA
Marco Rossettini,
Alberto Manfrinati per
CUSL Nuova Vita Coop. Sociale
via Belzoni 162, Padova
email: info@cuslpadova.it

TIPOGRAFIA
Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)

Associazione Nazionale MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

ANMA

www.anma.it

Presidente
Giuseppe Briatico Vangosa

Vice Presidente
Umberto Candura

Segretario
Daniele Ditaranto

Consiglieri
Briatico Vangosa Giuseppe, Aversa Luigi, Barral Gino, Bontadi Danilo, Boschiroli Gilberto, Candura Umberto, Ditaranto Daniele, Farabi Anselmo, Gilioli Gianni, Guiducci Grazia, Origlia Francesco, Patanè Piero Antonio, Saettone Marco, Santucci Paolo, Taliercio Salvatore
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il quadriennio 2008-2012)

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

SEZIONI TERRITORIALI

Campania
Segr. Francesco Gazzerro

Emilia Romagna
Segr. Francesco Origlia

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Piemonte
Segr. Valter Brossa

Puglia e Lucania
dimissionario Luca Convertini

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

RAPPRESENTANZE

Bologna
Segr. Grazia Guiducci

Frosinone
Segr. Antonio Palermo

Imperia
Segr. Ezio Grosso

Massa Carrara
Segr. Maurizio Bonci

Modena
Segr. Gianni Gilioli

Reggio Emilia
Segr. Giuseppe Giubbarelli

Sardegna
Segr. Carlo De Martino

Taranto
Segr. Massimo Sabbatucci

Toscana
Segr. Andrea Bigotti

RELAZIONE ANNUALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA ESERCIZIO 2011

ANMA è dal dicembre 2010 provider accreditato provvisorio ECM con numero di riferimento 670.
ANMA è provider nazionale settoriale per la professione "medico chirurgo" e per
la disciplina "medicina del lavoro e sicurezza nei luoghi di lavoro"
In tale veste, nell'anno 2011, ha erogato 37 eventi formativi di cui 35 eventi RES e 2 eventi FAD. In dettaglio dei 35 eventi RES: 27 sono stati i corsi, 7 i seminari e il congresso nazionale dell'Associazione.

Il "piano formativo ECM" deciso all'interno dell'ANMA è stato interamente realizzato e ha colto, fra l'altro, gli obiettivi dichiarati nel Manuale della Qualità secondo la norma ISO 9001:2008. ANMA infatti è certificata UNI EN ISO 9001:2008.

Si anticipa e si precisa che <u>tutti i partecipanti hanno acquisito i crediti formativi.</u>

A) <u>Elenco degli eventi realizzati</u>

TOTALE EVENTI: 37 (35 RES e 2 FAD)

TOTALE ORE EROGATE: 606 (589 RES e 17 FAD)

TOTALE CREDITI EROGATI: 785.0 (668.0 RES e 17.0 FAD) TOTALE PARTECIPANTI: 1641 (1410 RES e 231 FAD)
ORE FORMATIVE COMPLESSIVAMENTE EROGATE: 22132 RES e 2315 FAD

CREDITI FORMATIVI COMPLESSIVAMENTE EROGATI: 22615.1 RES e 2315.0 FAD RAPPORTO ORA/N. CREDITI = 0.977
RAPPORTO PARTECIPANTE/N. CREDITI ACQUISITI = 15.15

COSTO UNITARIO CREDITO = Euro 9,44

COSTO ORARIO FORMAZIONE = Euro 10,99

TABELLA DEGLI EVENTI ECM EROGATI DA ANMA NELL'ANNO 2011 RIEPILOGO TRATTO DALLA BANCA DATI ECM NAZIONALE



Prvd	Cod. Evento	Ed	Tipo	Titolo	Sede	Inizio	Fine	Cred.	Ore
670	2008	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	MILANO	19/02/2011	12/03/2011	23,5	20
670	2008	2	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	MILANO	16/04/2011	30/04/2011	23,5	20
670	2008	3	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	MILANO	30/04/2011	21/05/2011	23,5	20
670	2009	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	TARANTO	19/02/2011	09/04/2011	23,5	20
670	2010	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	TORINO	19/02/2011	09/04/2011	23,5	20
670	2011	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	PERUGIA	25/02/2011	01/04/2011	23,5	20
670	2013	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICO COMPETENTE	SALERNO	26/02/2011	23/04/2011	23,5	20
670	2208	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	PADOVA	26/02/2011	07/05/2011	23,5	20
670	2209	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	ROMA	08/03/2011	21/05/2011	23,5	20
670	2210	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	ANCONA	04/03/2011	25/03/2011	23,5	20
670	2210	2	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	ANCONA	06/05/2011	21/05/2011	23,5	20
670	2211	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	GENOVA	19/03/2011	30/04/2011	23,5	20
670	2378	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	BOLOGNA	12/03/2011	06/05/2011	23,5	20
670	2378	2	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICO COMPETENTE	BOLOGNA	16/04/2011	30/04/2011	23,5	20
670	2378	3	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICOCOM-PETENTE	RAVENNA	28/04/2011	28/05/2011	23,5	20
670	2378	4	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO2011 PERILMEDICO COMPETENTE	MODENA	04/05/2011	21/05/2011	23,5	20
670	6088	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTOPERIL-MEDICOCOMPETENTE	TARANTO	31/05/2011	01/06/2011	18,5	16
670	6413	1	RES	LASOCIETÀDELLE24 ORE:MODELLIORGANIZZATIVIPE-RLAGESTIONEDELLASALUTEDEILAVO RATORI-ILLAVORONOTTURNOEATTI RNIEDELCOMPARTOOSPEDALIERO	CASTELLANETA	02/06/2011	02/06/2011	5	5
670	6413	2	RES	LASOCIETÀDELLE24 ORE:MODELLI	CASTELLANETA	04/06/2011	04/06/2011	5	5

TABELLA DEGLI EVENTI ECM EROGATI DA ANMA NELL'ANNO 2011
RIEPILOGO TRATTO DALLA BANCA DATI ECM NAZIONALE



Prvd	Cod. Evento	Ed	Tipo	Titolo	Sede	Inizio	Fine	Cred.	Ore
				ORGANIZZATIVIPERLAGESTIONE-DELLASALUTEDEILAVORATORI-ILLAVORONOTTURNOEATURNIE-DELCOMPARTOOSPEDALIERO					
670	6415	1	RES	LAGESTIONESULLAVORODELPAZI-ENTEAFFETTO DADISAGIPSICHICI	CASTELLANETA	02/06/2011	02/06/2011	5	5
670	6415	2	RES	LAGESTIONESULLAVORODELPAZI-ENTEAFFETTO DADISAGIPSICHICI	CASTELLANETA	04/06/2011	04/06/2011	5	5
670	6429	1	RES	24°CONGRESSONAZIONALEAN-MA-ETICANELLAPROFESSIONE-DELMEDICOCOMPETENTE	CASTELLANETA	02/06/2011	04/06/2011	2,4	12
670	6954	1	RES	MEMORIALFRANCOD'ANDREA-RICER-CAELAVOROPERLAPREVENZIONE	VENEZIA	27/05/2011	27/05/2011	8	8
670	7679	1	FAD	ILMEDICOCOMPETENTEE LAFORMAZIONEALPRIMOSOC-CORSOINAZIENDA		15/06/2011	15/12/2011	12	12
670	8221	1	RES	GLISTRUMENTIGIURIDICINECES SARIPERLOSVOLGIMENTODELL/ ATTIVITÀDI MEDICOCOMPETENTE	TORINO	11/07/2011	11/07/2011	4	4
670	8222	1	RES	STRESSLAVORO-CORRELATO.INDI-CAZIONIOPERATIVEPERIL MEDICOCOMPETENTE	ANCONA	30/09/2011	30/09/2011	5	5
670	8580	1	FAD	FONDAMENTIDIBIOMECCANI-CADELLACOLONNAVERTEBRA-LEAPPLICATIALLAVISITAMED-ICAINAZIENDA		22/07/2011	16/12/2011	5	5
670	8753	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	SALERNO	24/09/2011	29/10/2011	23,5	20
670	8760	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	ANCONA	17/09/2011	29/10/2011	23,4	20
670	9398	1	RES	CORSODI AGGIORNAMENTOPERILMEDI-COCOMPETENTE	TORINO	17/09/2011	29/10/2011	23,4	20
670	9427	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	ROMA	08/10/2011	26/11/2011	23,4	20
670	9963	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	PADOVA	16/09/2011	28/10/2011	23,4	20
670	10608	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE-¡ILRUOLODELMEDICO COMPETENTE¡	GENOVA	21/10/2011	02/12/2011	23,4	20
670	10923	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	MILANO	10/09/2011	12/11/2011	23,4	20
670	11656	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	PERUGIA	14/10/2011	25/11/2011	23,4	20
670	11658	1	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	BOLOGNA	01/10/2011	03/12/2011	23,4	20
670	11658	2	RES	CORSODIAGGIORNAMENTO-PERILMEDICOCOMPETENTE	ORDINEDEIMEDICIDIRIMINI	12/10/2011	15/12/2011	23,4	20

B) Confronto tra il programmato nel Piano formativo 2011 ed il realizzato nell'anno 2011.

Tutti gli eventi programmati nel piano formativo proposto per l'anno 2011 sono stati realizzati. Oltre a quanto programmato sono stati realizzati altri 3 eventi RES (seminari) e sono state svolte complessivamente 9 repliche.

C) Numero di partecipanti per ogni evento, numero di partecipanti a cui sono stati attribuiti i crediti, numero di partecipanti che non hanno acquisito i crediti.

(…)

D) <u>Rilevazioni statistiche finalizzate al miglioramento dell'attività formativa</u>

Si dettagliano i risultati statistici ottenuti:

- dall'analisi dei dati derivanti dai questionari sulla qualità percepita
- dall'analisi del questionario di soddisfazione del cliente, erogato ai sensi delle procedure interne come definite dal Manuale Qualità ANMA ai sensi della norma ISO 9001:2008

(…)

Per tutti gli eventi di corsistica è stato superato il grado di soddisfazione dell'80% quale indice stabilito come standard nel nostro Manuale della Qualità. Pertanto non si ritiene al momento di dover effettuare particolari interventi correttivi o integrativi.
Il Congresso Nazionale è stato l'unico evento che non ha raggiunto gli standard prefissati. Non si ritiene però di dover intervenire con particolare correttivi poiché, come noto, un evento congressuale ha più connotazione comunicativa che formativa. Inoltre la congressistica tradizionale non è per ANMA strategica ai fini formativi e di aggiornamento professionale.



Milano, 18 febbraio 2012

CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Anna Guardavilla

giurista, Comitato scientifico ANMA

Commento alla recente sentenza del Tribunale di Pisa 7 dicembre 2011 n. 1756, che segue a Trib. Pisa 13 aprile 2011 n. 399, sul "contenuto" dell'obbligo del medico competente di collaborare alla valutazione dei rischi. Cenni a Trib. Asti 22 ottobre 2010.

Premesse

E' stata recentemente depositata una importante sentenza del Tribunale di Pisa (**Trib Pisa, Sez. Pen., 7 dicembre 2011 n. 1756**) che fa il punto sulle modalità **con cui va adempiuto** da parte del medico competente l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi.

Tale sentenza segue ad una precedente pronuncia emessa dal medesimo Tribunale (**Trib Pisa, Sez. Pen., 13 aprile 2011 n. 399**) che aveva per la prima volta condannato un medico competente per il reato contravvenzionale costituito dalla violazione dell'art. 25 comma 1 lett. a) (in comb. disp. con l'art. 58) del D.Lgs. 81/08.

Ricordiamo che, ai sensi di tale norma, il Medico Competente *"collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività **di formazione e informazione** nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale"* e che tale disposizione **è** sanzionata con la pena alternativa dell'*"arresto fino a tre mesi o ammenda da 400 a 1.600 euro, "con riferimento alla valutazione dei rischi""*.

Trib Pisa, Sez. Pen., 13 aprile 2011 n. 399

Procedendo nell'analisi in ordine cronologico a partire dalle pronunce più risalenti, andiamo ad esaminare la (prima) sentenza del Tribunale di Pisa del **13 aprile 2011**, di cui la più **recente pro**nuncia del medesimo Tribunale rappresenta – come vedremo più avanti - uno sviluppo avanzato per organicità ed ampiezza.

In tale prima pronuncia, il Giudice di Pisa ha affermato responsabilità di un medico competente *"imputato della contravvenzione di cui all'art. 25 c. 1 lett. a) D.Lvo 81/2008, in relazione all'art. 58 co. 1 lett. c), perché **in qualità di medi**co competente della ditta ometteva di collaborare attivamente alla valutazione dei rischi aziendali, infatti il documento di valutazione dei rischi generale dell'azienda datato 11 settembre 2009 e sottoscritto dall'imputato presentava incongruenze e lacune rispetto all'organizzazione del primo soccorso e delle emergenze, non tenendo in considerazione per l'attività di montaggio dei ponteggi delle attrezzature e dei DPI necessari al salvataggio e le loro modalità **di utilizzo, presen**tava incongruenze in relazione all'esposizione quotidiana al rumore e alle vibrazioni ed infine descriveva un livello di rischio da movimentazione dei carichi modesto senza giustificare le motivazioni che hanno reso necessaria la sorveglianza sanitaria per rischio movimentazione dei carichi per tutti i lavoratori."*

Più nello specifico, *"gli organi ispettivi hanno verificato alcune incongruenze tra quanto risulta nel documento di valutazione dei rischi aziendali rispetto al protocollo sanitario adottato dal medico. Peraltro, a seguito delle prescrizioni formulate dall'USL, la ditta ha provveduto ad inviare un documento che teneva conto esattamente delle indicazioni del medesimo organo ispettivo, il che conferma l'esattezza delle stesse".*

Risulta pertanto *"accertata la penale responsabilità dell'imputato, cui – nella sua qualità di medico della ditta – competeva lo specifico compito di assicurare il rispetto della normativa di settore. L'accertamento operato dall'USL ha consentito di appurare le negligenze nella collaborazione attiva circa la valutazione dei rischi aziendali, sotto il profilo specifico in materia di sicurezza e di igiene del lavoro, non avendo l'imputato provveduto a individuare esattamente il grado di rischio connesso alla movimentazione dei carichi, all'esposizione quotidiana dei dipendenti al rumore e alle vibrazioni, con quelle incongruenze e lacune individuate dal personale ispettivo, come richiesto e imposto in via normativa con finalità di salvaguardia dell'incolumità dei lavoratori."*

Dalla documentazione acquisita *"discende l'applicabilità al caso di specie della norma esattamente individuata dal PM nel capo di imputazione [art. 25 lett. a), n.d.r.], la cui assoluta violazione costituisce un fatto accertato in corso di udienza."*

Fondamentale risulta pertanto, in questa pronuncia, il concetto di **consequenzialità logica tra l'attività di collaborazione alla valutazione dei rischi e le altre attività svolte dal medico competente e in particolar modo quelle previste dall'art. 25 comma 1 lett. a)** (nessuna delle quali tuttavia "assorbe" le altre, pur essendo contenute nelle medesima norma, come sottolineato dalla più recente sentenza del Trib. Di Pisa, v. oltre), quali ad esempio la programmazione della sorveglianza sanitaria mediante elaborazione del protocollo sanitario e la collaborazione alla *"organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro"*; concetto ripreso e più ampiamente sviluppato dalla sentenza che andiamo ora a prendere in esame.

Trib Pisa, Sez. Pen., 7 dicembre 2011 n. 1756

Con questa sentenza il Tribunale di Pisa ha condannato l'imputata nella sua qualità **di medico com**petente di un'azienda esercente l'attività **di conservazione, imma**gazzinamento e commercio di pellami, per il reato di mancata collaborazione con il datore di lavoro alla valutazione dei rischi.

Il sopralluogo effettuato dall'ASL aveva evidenziato *"la presenza di fattori di rischio rappresentati:*

1) dal rischio biologico derivante dalla presenza sul pavimento di diffusi residui organici (sangue, brandelli di carne, liquidi biologici) prodotti dalle cataste di pelli sottoposte a salatura (si veda a questo proposito l'esauriente documentazione fotografica approntata nell'occasione);

2) dal rischio di scivolamento derivante dalla stessa circostanza di cui sopra;

3) dal rischio di inalazione dei gas di scarico prodotti dai carrelli elevatori utilizzati all'interno del capannone aziendale;

4) dal rischio di cadute dall'alto derivanti dall'utilizzo di un soppalco non protetto."

In tale occasione era stata altresì accertata *"la mancata istituzione del servizio di primo soccorso dato che non era stato sostituito il lavoratore che vi era addetto, nel frattempo collocato a riposo."*

A livello documentale, inoltre, di fronte alla richiesta dell'ASL di esibire il documento di valutazione dei rischi il datore di lavoro aveva prodotto invece una semplice autocertificazione e non era stato *"in grado di documentare - mediante referti di analisi, predisposizione di misure sanitarie ecc. - che quei rischi fossero stati effettivamente individuati e controbilanciati con idonee misure di tutela sanitaria."*

A seguito delle prescrizioni impartite dall'ASL al datore di lavoro e al medico competente, era stato redatto, con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e proiezione e del medico competente, il documento di valutazione dei rischi.

In merito a tale DVR, il Tribunale osserva che "*detto documento non ovviava agli specifici rilievi formulati dagli organi di vigilanza dal momento che - per rimanere agli addebiti concernenti la figura del medico competente - non individuava né prevedeva misure di contenimento del rischio biologico e del rischio di inalazione dei gas di scarico (si veda la copia del D.V.R. prodotta in atti e si esaminino in particolare, per l'assoluta mancata considerazione del rischio biologico e chimico, i capitoli dedicati alla "Fase di lavoro: magazzini e depositi" – […] - e "Attrezzatura: carrello mobile elevatore"[…])."*

A seguito di un secondo sopralluogo finalizzato ad accertare se le prescrizioni impartite fossero state o meno adempiute, l'ASL, ritenendo che per quanto riguardava il medico competente esse non lo erano state, segnalava il fatto alla Procura della Repubblica.
A ciò seguiva, oltre ad una seconda memoria difensiva (una prima era stata inviata a seguito del primo sopralluogo dell'ASL), *"un documento intitolato "integrazione al documento di valutazione dei rischi […] col quale essa [l'imputata – medico competente, n.d.r.] prendeva finalmente in considerazione il rischio biologico, per il quale prescriveva come contromisura una terapia vaccinale, il rischio di inalazione dei gas di scarico, per il quale prescriveva analisi più approfondite da parte del datore di lavoro sulle conseguenze dell'impiego dei carrelli elevatori, e infine dava atto di aver provveduto a formare con un corso di 12 ore un nuovo addetto al servizio di primo soccorso."*
Con questa integrazione documentale veniva – tardivamente – adempiuto da parte dell'imputata all'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi *"che le incombeva"* – sottolinea il Tribunale – *"invece fino ab origine."*



Ricostruiti così i fatti, il Tribunale ricorda che con l'entrata in vigore del decreto correttivo n. 106/2009 è stata introdotta – mediante modifica dell'art. 58 del D.Lgs. 81/08 - la sanzione penale dell'arresto o dell'ammenda a carico del Medico Competente per l'omessa collaborazione alla valutazione dei rischi e commenta nel modo che segue la *ratio* di tale modifica legislativa alla luce dell'evoluzione normativa che ad essa ha condotto a partire dal 1994 fino al 2009: *"L'incriminazione di che trattasi si muove chiaramente nel solco di una* ***linea di tendenza già accennata dal D. Lvo 19.9.1994 n° 626*** *(che all'art. 17 lett. a prevedeva la collaborazione del medico competente "alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori"), linea di tendenza* ***rafforzata dal D. Lvo 2008/81*** *(che ha ampliato l'ambito di intervento del medico competente, la cui collaborazione in materia di valutazione dei rischi è ora richiesta non più soltanto in vista della "predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psicofisica dei lavoratori", ma anche della "programmazione della sorveglianza sanitaria" della "attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori" e della "organizzazione del servizio di primo soccorso"),* ***e infine culminata nell****'art. 35 del* ***D.Lvo 2009/106*** *che ha presidiato con la sanzione penale l'inosservanza dell'obbligo di collaborazione di cui sopra."*
Guardando alla figura di Medico Competente che emerge da tale evoluzione normativa, il Giudice di Pisa sottolinea che *"in estrema sintesi si può dunque affermare che i più recenti interventi del legislatore hanno* ***sensibilmente modificato la figura professionale del medico competente,*** *aggiungendo alle sue tradizionali attribuzioni in materia di sorveglianza sanitaria (quali tipicamente esplicate con le visite di idoneità,* ***la tenuta delle cartelle sanitarie, la compilazione delle statistiche epidemiologiche ecc.)*** *il* ***nuovo ruolo di consulente del datore di lavoro in materia di valutazione dei rischi.***"

La sentenza non dimentica di sottolineare che tale evoluzione, che è passata attraverso la modifica legislativa dell'art. 58 del decreto 81/08 ad opera del decreto 106/2009, non è stata esente da critiche da parte di autorevoli osservatori, ricordando che *"come evidenziato dai commentatori più avvertiti, è indubbio che si sia creata per questo verso una evidente disarmonia all'interno del sistema di prevenzione e protezione dal momento che tra le due figure professionali ugualmente gravate del ruolo di ausiliario del datore di lavoro in materia di valutazione dei rischi (il responsabile del servizio di prevenzione e protezione previsto dall'art. 33 e il medico competente) è stato assegnato rilievo penale solo alla mancata collaborazione di quest'ultimo, e non invece a quella del primo."*

Tuttavia, prosegue il Tribunale, preso atto che questo è il *"sistema normativo oggi vigente"* occorre concentrare la propria attenzione sull'aspetto più problematico della questione che è quello rappresentato dalla ***"individuazione dell'esatto contenuto precettivo della norma, stante l'evidente genericità del modello di condotta sanzionato come doveroso."***

Ciò che va chiarito infatti non è la *ratio* della norma incriminatrice che è secondo il Giudice di Pisa *"quella di stimolare, con la comminatoria della sanzione penale, l'adeguamento della figura del medico competente alle nuove attribuzioni - e in definitiva alla* ***nuova mentalità professionale*** *- che gli sono state assegnate)",* bensì è il "contenuto" dell'obbligo, ovvero in cosa consista la "collaborazione" alla valutazione dei rischi.

Nel far questo, il Tribunale anzitutto si pronuncia in merito ad un argomento difensivo dell'imputata secondo cui "essendo la T. [azienda] esonerata dall'obbligo di redigere il D.V.R. ai sensi dell'art. 29 comma 5 del D. Lvo 2008/81, stante il numero dei lavoratori dipendenti inferiore a 10, difetterebbe per ciò stesso il presupposto dell'obbligo del medico competente di collaborare alla sua formazione."

Secondo il Giudice di Pisa *"l'argomento è manifestamente infondato dal momento che* ***le modalità semplificate di valutazione dei rischi previste dall'art. 29 5° comma, se da un lato legittimano il datore di lavoro a non redigere un formale D.V.R. emettendo in sua vece una semplice autocertificazione, dall'altro lato non lo esonerano dall'obbligo di procedere comunque alla valutazione dei rischi, alla quale il medico competente deve dunque prestare la sua doverosa collaborazione."***
Viene a questo proposito fatto riferimento alla relativamente recente sentenza **Cass. Pen. 3.3.2011 n. 23968** che ha stabilito che *"integra il reato previsto dall'art. 4 comma secondo del D. Lgs. 19.9.1994 n° 626 l'omessa elaborazione del documento di valutazione dei rischi da parte del datore di lavoro di un'azienda che occupi fino a dieci addetti, in quanto le modalità semplificale di adempimento degli obblighi in materia di valutazione dei rischi, previste per tali aziende dal comma undicesimo della citata disposizione, non esonerano il datore di lavoro dall'obbligo di predisporre e tenere il predetto documento."*
Tale sentenza della Cassazione, di cui il Giudice di Pisa cita solo la massima, prosegue poi affermando che *"il comma 11 dell'art. 4 cit. [dell'abrogato D.Lgs. 626/94, ora - in via di continuità normativa - art. 29 D.Lgs. 81/08] prevedeva effettivamente che il datore di lavoro delle aziende che occupassero fino a dieci addetti non era soggetto agli obblighi di cui ai commi 2 e 3 e quindi era esonerato, in particolare, dal predisporre e tenere il documento di valutazione dei rischi nel contenuto di cui al secondo comma; documento questo più complesso perché doveva contenere una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute durante il lavoro, nella qua-*

le sono specificati i criteri adottati per la valutazione stessa; l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione e dei dispositivi di protezione individuale, conseguente alla valutazione suddetta; il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza. Ma ciò **non esonerava an***che il datore di lavoro dal predisporre e tenere il documento di valutazione dei rischi nel contenuto meno analitico di cui al comma 1; documento che doveva comunque contenere la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro. L'obbligo di valutazione dei rischi e di elaborazione del relativo documento* **è ora confermato** *dal D.Lgs. n. 81 del 2008, artt. 17 e 28 ed il successivo art. 29, comma 5, prevede parimenti modalità* **semplificate** *di adempimento di tale obbligo per i datori di lavoro che occupano fino a dieci dipendenti."*

(Si veda a questo proposito www.anma.it, *La collaborazione alla VR da parte del MC in aziende autocertificate,* Nota a Cass. Pen. n. 23968/2011, a cura di A. Guardavilla, con cui immediatamente a seguito dell'emanazione di tale sentenza si richiamava già l'attenzione sul fatto che *"la prassi di non redigere il documento di valutazione dei rischi nelle aziende in regime di autocertificazione rappresenta una prassi contra legem da parte del datore di lavoro"* e soprattutto sul fatto che il medico competente ha in ogni caso l'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi.)

Una seconda argomentazione difensiva giudicata infondata dal Tribunale di Pisa è **quella secon**do cui "posto che il medico competente non potrebbe surrogarsi nell'adempimento di un obbligo di facere proprio dell'imprenditore, la responsabilità della mancata predisposizione del D.V.R. da parte della T. non potrebbe in nessun caso essere fatta ricadere sull'odierna imputata." L'infondatezza di tale questione, secondo il Giudice, è basata sul fatto che *"ciò che si chiede al medico competente non è infatti l'adempimento di un obbligo altrui (la redazione del D.V.R.). ma lo svolgimento del* ***proprio obbligo di collaborazione, vale a dire l'esauriente sottoposizione al datore di lavoro dei rilievi e delle proposte in materia di valutazione dei rischi che coinvolgono le sue competenze professionali in materia sanitaria.***"

E la sentenza prosegue, con parole che rivestono una grandissima importanza ai fini della determinazione di quel "contenuto" dell'obbligo di cui si diceva: ***"una volta che il medico competente abbia assicurato quanto sopra, egli ha esaurito il perimetro della sua condotta doverosa, con l'ovvia conseguenza che l'eventuale ulteriore inerzia del datore di lavoro diverrebbe costitutiva di esclusiva responsabilità penale di quest'ultimo*** *ai sensi dell art. 55 1° comma lett. a) del D. Lvo 2008/81 che sanziona la mancata effettuazione della valutazione dei rischi da parte dell'imprenditore.*

Nel caso di specie non si contesta intatti alla F. [l'imputata, n.d.r.] la mancata elaborazione del D.V.R. da parte della T., ma la mancata evidenziazione dei rischi biologico e chimico che costei, quale medico competente, avrebbe dovuto segnalare al datore di lavoro in una con le contromisure sanitarie ritenute necessarie."

Viene poi affrontata dalla sentenza l'ulteriore questione, anch'essa di grandissimo interesse, *"se il medico competente debba prestare la sua collaborazione professionale col datore di lavoro di sua iniziativa, oppure solo previa richiesta da parte di quest'ultimo"* e cioé *"se in caso di totale inerzia del datore di lavoro, il quale ometta perfino di promuovere l'avvio della specifica procedura di valutazione dei rischi disciplinata dall'art. 29 del D. Lvo 2008/81, la condotta omissiva del medico competente assuma o meno rilievo penale."*

Ipotesi che, ricorda il Tribunale, *"coincide esattamente col caso oggetto del presente giudizio, nel quale è pacifico che la T. [imputata, n.d.r.], al di là di una fallace autocertificazione, non promosse di fatto alcuna valutazione dei rischi presenti in azienda".*

Replicando alla posizione di un autorevole commentatore del D.Lgs. 81/08 che aveva sostenuto a suo tempo che l'area dell'illecito penale del medico competente sarebbe delimitata dalla richiesta di collaborazione del datore di lavoro, in assenza della quale l'inattività del sanitario non integrerebbe il reato ("potrà essere rimproverata la mancata collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi solo in quei casi in cui il datore di lavoro lo abbia esplicitamente invitato e sollecitato a partecipare"), il Tribunale opta per una lettura più **estensiva dell'ob**bligo di collaborare alla valutazione dei rischi.

Secondo il Giudice di Pisa, infatti, ***"in materia di valutazione dei rischi*** *l'operato professionale del medico competente è sorretto da* ***due fondamentali canali di acquisizione di dati.***
Il primo è rappresentato dalle informazioni che debbono (o dovrebbero) essergli fornite dal datore di lavoro, in assenza delle quali viene meno la stessa base conoscitiva *sulla quale il medico competente dovrebbe valutare ed operare (si pensi a questo proposito alle informazioni circa l'organizzazione del lavoro, la descrizione degli impianti e dei processi produttivi, la natura delle sostanze impiegate ecc. che il datore di lavoro è tenuto ad indicare al medico competente ai sensi dell'art. 18 comma 2)."*

Va da sé che in mancanza di tali informazioni si ritiene che il medico competente sia impossibilito a collaborare alla valutazione dei rischi.

Lo stesso non si può dire per ***"il secondo canale"*** che *"è invece costituito dalle* ***conoscenze che il medico competente può e deve acquisire di sua iniziativa, per esempio in occasione delle visite annuali agli ambienti di lavoro previste dall'art. 25 lett. 1) o in conseguenza delle informazioni ricevute direttamente dai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, delle segnalazioni provenienti dal servizio di prevenzione e protezione, di quelle fornite dal rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ecc."***

E conclude sul punto il Tribunale: *"mentre è evidente che il medico competente non può essere chiamato a rispondere dell'omessa valutazione dei rischi la cui conoscenza gli era impedita dall'inerzia del datore di lavoro, lo stesso non può dirsi per quei* ***profili di rischio che egli poteva e doveva conoscere di scienza propria in virtù dei canali officiosi*** *di acquisizione dei dati da ultimo menzionati. In questo secondo caso deve ritenersi che rientri nei compiti di collaborazione prescritti dall art. 25* ***l'obbligo di segnalare al datore di lavoro tutti i profili di rischio di cui il medico competente sia comunque venuto a conoscenza unitamente all'indicazione delle misure di tutela ritenute necessarie, senza bisogno di attendere di essere a ciò richiesto dall'imprenditore."***

Con la conseguenza che *"nel caso di specie, tenuto conto che i profili di rischio presenti nella T. [l'azienda, n.d.r.] derivavano da condizioni operative quotidianamente praticate in quell'azienda (presenza di residui organici sul pavimento; impiego di carrelli elevatori per la movimentazione dei pellami), esse non potevano essere ignote alla F. [l'imputata, n.d.r.] che avrebbe dovuto segnalarle - e pacificamente non lo fece - al datore di lavoro, e che avrebbe dovuto suggerire quelle terapie vaccinali e quelle analisi sui gas di scarico che solo tardivamente furono indicati".*

L'ultima questione interpretativa che viene infine affrontata dalla sentenza è **quella relativa all'e**ventuale rilevanza della violazione non "totale" dell'obbligo di collaborare alla valutazione dei rischi,



ovvero se possano avere rilevanza anche le violazioni solo parziali di tale obbligo o solo la totale violazione dello stesso.

La sentenza tratta tale tema in virtù di un argomento difensivo sostenuto dall'imputata secondo il quale "costei aveva esauriente-mente svolto i suoi compiti di sorveglianza sanitaria, provvedendo ai sopralluoghi annuali sull'ambiente di lavoro, alle visite di idoneità, redigendo i risultati anonimi collettivi ricavati dagli accertamenti sanitari periodici ecc."

Secondo il Tribunale *"è agevole obbiettare - a conferma della* ***lenta e difficoltosa percezione da parte degli interessati del nuovo statuto professionale attribuito dalla legge al medico competente*** *- che gli adempimenti sopra citati attengono esclusivamente alla materia della sorveglianza sanitaria e non riguardano l'obbligo di collaborazione in materia di valutazione dei rischi."*

E con riferimento a quest'ultimo, si ritiene che *"****la sanzione penale, nella intenzionale genericità del precetto introdotto dall'art. 58 lett. c) colpisca ogni inosservanza dell'obbligo di collaborare, anche se solo parziale, e anche se sorretta dal solo elemento soggettivo della colpa****."*

Assume pertanto rilevanza secondo il Giudice di Pisa *"non soltanto l'omissione intenzionale della collaborazione (che è* ***eventualità invero dif****ficilmente ipotizzabile per un professionista remunerato ad hoc) ma anche*

la collaborazione colposamente incompleta, imperita, inadeguata".

Tutto ciò in applicazione dell'art. 42 ultimo comma del codice penale secondo cui "nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa".

A sostegno di tale interpretazione il Tribunale adduce *"la stessa lettera dell'art. 25 lett. a) che, delineando le varie finalità e i vari settori cui si riferisce l'obbligo di collaborare del medico competente, rende evidente che l'inadempimento di qualcuno di questi aspetti non è sanato dall'eventuale soddisfacimento di tutti gli altri.*

Basti pensare, per rimanere al caso oggetto del presente giudizio, al richiamo che la norma incriminatrice fa alla "organizzazione del servizio di primo soccorso", così da rendere evidente che, quand'anche avesse adempiuto a tutti gli altri profili della valutazione dei rischi, la F. rimarrebbe ugualmente responsabile per la mancata organizzazione di quel servizio (il cui addetto, come si è visto, non era più in attività ***perché collocato in pensione).***"



E' chiaro che il riferimento contenuto nella sentenza alla "mancata organizzazione" del servizio di primo soccorso va inteso più compiutamente e più correttamente come un riferimento alla mancata **collaborazione alla organizzazione del servizio di primo soccorso** (v. art. 25 c. 1 lett. a): "collabora… all'organizzazione del servizio di primo soccorso") dal momento che ai sensi del primo comma dell'art. 45 del decreto 81/08 (Primo soccorso) "*Il datore di lavoro, tenendo conto della natura della attività e delle dimensioni dell'azienda o della unità produttiva, sentito il medico competente ove nominato, prende i provvedimenti necessari in materia di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza*"; ai sensi dell'art. 18 c. 1 lett. b) del medesimo decreto (Obblighi del datore di lavoro e del dirigente) *"Il datore di lavoro, che esercita le attività di cui all'articolo 3 e i dirigenti, che organizzano e dirigono le stesse attività secondo le attribuzioni e competenze ad essi conferite, devono: […] b) designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza";* ai sensi dell'art. 18 comma 1 lett. l) datore di lavoro e dirigenti devono *"adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli articoli 36 e 37"* e ai sensi del comma 9 dell'art. 37 richiamato dall'art. 18 lett. l) *"I lavoratori incaricati dell'attività di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza devono ricevere un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico."*

Conclude il Giudice di Pisa: "*Tirando le fila dell'esposizione che precede ritiene quindi questo tribunale che la F. abbia inosservato l'obbligo di collaborare con la T. alla valutazione dei rischi sia per aver omesso di individuare e considerare il rischio biologico e chimico, sia per non aver* ***contribuito ad istituire****, previa formazione di un lavoratore a ciò* ***addetto, il servizio*** *di primo soccorso. Obblighi cui essa adempì solo tardivamente con la già citata "integrazione al D.V.R." […] che paradossalmente disegna ex post il modello di condotta doverosa che essa avrebbe dovuto assicurare ex ante."*

Nella commisurazione della pena, infine, il Tribunale tiene conto della *"novità della questione"* e del *"seppur tardivo adempimento dell'imputata"* prescegliendo così una pena di natura pecuniaria rispetto a una pena detentiva.

Tribunale di Asti 22 ottobre 2010

Benché non abbia ad oggetto l'obbligo del medico competente di collaborare alla valutazione dei rischi, questa pronuncia presenta profili di notevole interesse per i medici competenti in quanto tratta il tema della responsabilità penale di tale figura, quello della valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico secondo il metodo OCRA e quello del valore delle linee guida nei procedimenti penali con particolare riferimento alla figura del medico competente.

Nella fattispecie, il reato commesso dal medico competente che è stato condannato (al pari del datore di lavoro e del consulente esterno di quest'ultimo) è quello di lesioni personali colpose gravi conseguenti all'emergere di malattie da movimenti e sforzi ripetuti contratte da sei lavoratori all'interno di un'azienda che produceva motori per autovetture o camion.

Il Giudice di Asti premette che il Medico Competente *"ha il dovere di sottoporre i lavoratori dell'azienda (della quale* ***è egli stesso legato da rapporto*** *di lavoro) a controlli periodici, solitamente triennali; ha il dovere di individuare i sintomi che possono preludere all'insorgenza di malattie muscolo scheletriche; ha il dovere di informare i propri pazienti-lavoratori delle problematiche inerenti a tali malattie nonché dei sintomi che normalmente si accompagnano ai CTD. Deve poi essere ricordato che la sorveglianza sanitaria "obbligatoria" deve essere attivata non solo quando sono presenti lavoratori addetti a postazioni con indice Ocra superiore a 2,2 ma anche quando nell'azienda si verificano più casi di malattie muscolo scheletriche."*

Viene fatto riferimento in tal senso alle *linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro* - revisione del 2006 – che richiamando le linee guida del 2004 affermano che *"il medico competente ha il dovere di eseguire controlli periodici ma anche mirati nei confronti dei lavoratori affette da patologie; 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; ha il dovere di visitare ed informare il lavoratore, al fine di consentirgli una piena tutela della propria salute; ha il dovere di fornire eventualmente una valutazione negativa per il reinserimento del lavoratore affetto da determinate patologie; ecc…".*

Il valore delle linee guida consiste - secondo il Tribunale - nel fatto che in esse *"****è normalmente contenuta*** *la più compiuta e particolareggiata indicazione del sapere scientifico di un determinato settore. Da ciò* ***conseguе*** *che nei processi per reati colposi (soprattutto quelli in campo medico) le linee guida vengono spesso in rilevo, poiché da esse possono essere tratti sia elementi indispensabili per l'individuazione del comportamento corretto da seguire e sia il "modello di agente" [colui che agisce, n.d.r.].*

Le linee guida costituiscono dunque lo "stato dell'arte" delle acquisizione del sapere scientifico; da ciò deriva che esse costituiscono, al contempo, fonte dell'obbligo di adeguamento e metro della diligenza richiesta a chi opera in un determinato settore.

È evidente dunque l'importanza delle linee guida, anche a prescindere dalla circostanza che nel caso in esame a tali linee guida viene fatto espresso riferimento anche a livello legislativo, poiché esse sono l'insieme delle regole cautelari che, secondo la migliore scienza ed esperienza, sono destinate a prevenire il verificarsi di determinati eventi dannosi o pericolosi."

Quindi *"****i medici competenti****, i datori di lavoro ed i consulenti di questi ultimi* ***erano senz'altro tenuti alla conoscenza delle linee guida relative al metodo OCRA per organizzare al meglio il lavoro in strutture imprenditoriali aventi ad oggetto lavorazioni a rischio****, in quanto estrinsecantesi in movimenti degli arti superiori ad elevata ripetitività."*

In conclusione, secondo il Giudice di Asti, *"si deve dunque ritenere provato il nesso di causalità tra le omissioni del medico competente e l'insorgenza delle malattie: è ragionevole ritenere che se il medico competente avesse correttamente posto in essere il comportamento doveroso a lui spettante in forza delle norme sopra indicate nonché in forza alle regole di esperienza e se avesse dunque agito con perizia, diligenze e prudenza nello svolgimento del proprio lavoro, le malattie muscolo scheletriche non sarebbero insorte."*



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Umberto Candura

vice presidente ANMA

L'idoneità alla guida in Medicina del Lavoro

(III parte : la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria)

Premesse

Le considerazioni che seguono fanno prevalente riferimento all'autotrasporto pesante. In varia misura però possono avere ricadute anche in tutte le altre mansioni che in un azienda hanno come impegno prevalente la guida di autoveicoli ed altri mezzi aziendali:

- Dirigenti, autisti di direzione, servizi esterni di fattorino
- Conducenti di mezzi pubblici (su gomma e su ferro)
- Dipendenti distaccati, trasfertisti,
- Mobile workers con veicoli aziendali e lunghe percorrenze chilometriche
- Corrieri, noleggio auto, distribuzione merci, cibi e bevande, ecc. In tutte queste realtà, ed in altre ancora, la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria devono doverosamente tener conto dell'incidenza della mobilità territoriale sul lavoro , anche in virtù di un approccio estensivo – oggi condiviso – dei concetti di salute, sicurezza ed ambiente di lavoro. L'esigenza nasce, ancor prima che da obblighi di legge, dalla necessità di considerare nella nostra professione l'osmosi crescente tra ambiente di lavoro e ambiente di vita, l'incremento dei costi sociali legati alle *work related deseases,* a genesi multifattoriale, nonché le strategie di prevenzione che puntano anche sulla promozione complessiva della salute e degli stili di vita *(WHP, work/family &personal life balance).*

La mansione di autista

Non c'è dubbio che l'attività dell'*autista* rientri tra le mansioni complesse, ad alta responsabilità e forte impatto sulla sicurezza collettiva.

La complessità dell'ambiente stradale richiede alla persona il possesso di una grande quantità di nozioni teoriche e pratiche, l'esercizio della capacità di valutazione del pericolo e lo sviluppo di abilità specifiche in relazione ai differenti ruoli che possono essere assunti nella circolazione stradale.

Si ritiene pertanto che essa vada considerata tra quelle mansioni da individuare ai sensi dell'art. 28 c.2f nel DVR aziendale, che: *"espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione ed addestramento".*

Peraltro se vogliamo attenerci al solo comparto specifico dell'autotrasporto, ritroviamo alcune criticità che rendono arduo attivare procedure di sicurezza aziendale di eccellenza, e magari seguire pedissequamente tale indicazione .

Difatti – riferendoci a dati ISTAT 2007 - il comparto *"servizi per il trasporto"* valeva circa il *2,5 del PIL con circa 1,4 milioni di addetti*, pari a 5,6% degli occupati in Italia ; Il referente logistico della nostra industria è essenzialmente dato dagli spedizionieri, che si occupano degli aspetti "burocratici" del ciclo lavorativo, affidando il trasporto – secondo accordi di collaborazione per lo più occasionale e precaria ed in una dimensione territoriale prevalentemente locale – agli autotrasportatori propriamente detti. Le caratteristiche non favorevoli ai fini della sicurezza possono quindi essere così sintetizzate:

- Frammentazione spinta : 132.282 imprese a carattere individuale (circa 2/3 del totale, dati Min.Trasp. 2007)
- Scarsa qualificazione professionale degli operatori
- Carenza di servizi logistici ad alto valore aggiunto
- Inefficienza della rete viaria e dei nodi intermodali
- Da notare che in data 4 dicembre 2011, è entrato in vigore il regolamento (CE) n.1071/2009 in materia di accesso alla professione di autotrasportatore in conto terzi , e quindi all'iscrizione al relativo Albo
- Il ciclo produttivo dell'autista tipico comprende inoltre altre attività e può essere così schematizzato, anche ai fini di una completa valutazione dei rischi :
- eventuale assistenza al carico/scarico della merce
- guida automezzo
- manutenzione ordinaria dell'automezzo

I fattori di rischio

Un prospetto riassuntivo dei rischi più tipici della mansione di autista è il seguente :

- *rischio di incidente*
- *il rumore*
- *le vibrazioni*
- *il microclima*
- *il lavoro a turno e notturno*
- *la postura coatta*
- *l'affaticamento visivo*
- *aerodispersi*
- *abitudini di vita, in particolare:*
  - *alimentazione*
  - *alcool*
  - *uso/abuso di droghe*
  - *assunzione di farmaci*
- *stress.*

Si rimanda ad altre fonti la disamina specifica dei singoli rischi (comuni e magari più significativi in altri comparti lavorativi), limitandoci ad alcune considerazioni più attinenti all'attività di guida.



Il rischio di incidente.

Secondo le statistiche ufficiali oltre l'80% delle cause è imputabile ai comportamenti degli autisti, mentre percentuali residue sono attribuite alla viabilità e a guasti meccanici. Fra i comportamenti individuali le cause principali :

l'alta velocità,
la guida sotto l'effetto dell'alcol,
la stanchezza (turni troppo lunghi e il non rispetto delle pause),
livello di consapevolezza e formazione sul rischio,
la distrazione,
la guida notturna e quindi il temutissimo colpo di sonno.

Secondo uno schema classico di valutazione basato sulla matrice P X D, vanno considerati quindi gli elementi che possono incidere sulla *Probabilità* (frequenza e durata di esposizione alla guida, fasce orarie e tipi di percorso, casistica degli infortuni ovvero delle contravvenzioni elevate ai dipendenti in azienda, efficienza dei mezzi, anno di immatricolazione, percorrenza, manutenzione programmata, i fattori umani già ricordati ecc.), e le variabili interessate alla *Gravità* (tipologia del carico trasportato, possibili effetti sull'ambiente, danni alla salute di terzi.

Da non trascurare la possibilità dello spostamento contro la cabina di guida dei carichi pesanti trasportati, o addirittura la perdita del carico: si tratta di due rischi a bassa probabilità ma ad altissima gravità.

Un utile riferimento normativo per la valutazione del rischio incidente è rappresentato dal D.Lgs. 144 del 4 agosto 2008 ("Attuazione della direttiva 2006/22/CE, sulle norme minime per l'applicazione dei regolamenti n. 3820/85/CEE e n. 3821/85/CEE relativi a disposizioni in materia sociale nel settore dei trasporti su strada e che abroga la direttiva 88/599/CEE") , con relativi modelli di liste di controllo (pubblicati in G.U.n. 298 del 22/12/2008) da utilizzare per le attività su strada, che prendono in considerazione – tra gli altri elementi – i periodi di guida e di riposo, il corretto funzionamento dei cronotachigrafi, le infrazioni al codice della strada.

Il **rumore** non rappresenta abitualmente un fattore di rischio che supera i valori limiti inferiori di azione (80 db(A) ovvero Pa 135 dbC) , come affermano anche le Linee-Guida ISPESL relative alla valutazione del rischio rumore nel comparto Autotrasporti. Buona prassi comunque fornirsi di una relazione tecnica, ad opera di personale competente qualificato, che attesti quanto sopra, specificando i criteri di giudizio adottati (dati di letteratura,

insonorizzazione cabine di guida, la manutenzione adottata, i Km. di percorrenza effettuati, dati di fabbricazione, ecc.) .

Per le **vibrazioni** ricordiamo che vibrazioni a bassa frequenza (< 0,5 Hz) sono responsabili dei disturbi chinetosici (mal di mare o "mal dei trasporti"). Il rischio da vibrazioni negli ambienti di lavoro si può estrinsecare o sul sistema mano-braccio o sul corpo intero: le vibrazioni al sistema mano-braccio sono in particolare riferite per quanto riguarda i mezzi di trasporto solo all'uso di motociclette (vibrazioni del manubrio). Maggiore importanza hanno le vibrazioni a corpo intero perché ritenute responsabili di danni a carico del rachide lombo-sacrale e cervicale.

La significatività del rischio appare progressivamente crescente dalle attività di guida su gomma fino alle mansioni più critiche del movimento terra :

Interessante ricordare uno studio pilota ISPESL (2008) che richiama l'attenzione sulle vibrazioni trasmesse al personale di soccorso del 118 impegnato in operazioni di trasporto in emergenza (particolarmente significative per gli operatori che assistono il ferito accanto alla lettiga), nonchè alcune ricerche di autori inglesi che sottolineano che anche per esposizioni inferiori al valore limite d'azione riferito al rischio per la salute (0,5 m/sec2) , *può essere comunque messo in dubbio il mantenimento del comfort.*

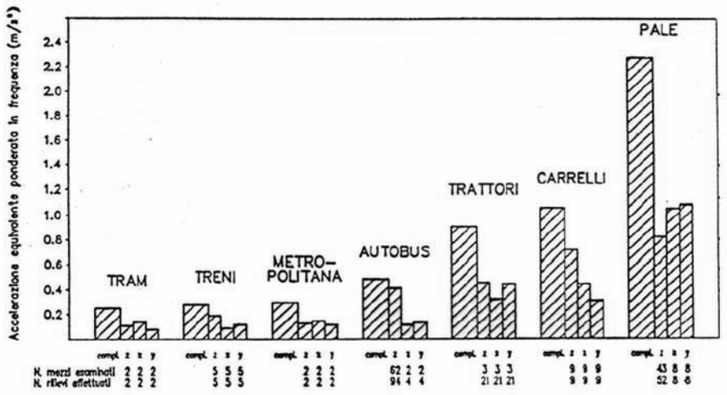


Tabella : Accelerazioni di vibrazione ponderate in frequenza per varie tipologie di mezzi di trasporto e di macchine operatrici, misurate sul sedile di guida.
(tratto da: A. Peretti: *Misura e valutazione delle vibrazioni trasmesse al corpo).*

La postura coatta è praticamente inevitabile nell'attività di guida e su di essa si può agire solo agendo sui requisiti ergonomici della postazione di guida e sui tempi di esposizione. Studi epidemiologici hanno dimostrato che i conducenti di automezzi e gli altri operatori che lavorano in posizione seduta sono più soggetti a sviluppare *"mal di schiena",* specie in corrispondenza del tratto lombo-sacrale della colonna, e *sciatica* prima delle altre categorie di lavoratori. Disturbi proporzionali alla durata ed ai livelli di esposizione e resi ingravescenti dalla contestuale azione delle *vibrazioni*. Altri disturbi a carico di altri organi ed apparati possono manifestarsi o aggravarsi per posture obbligate, ad esempio *le patologie vascolari* (emorroidi, varici) per l'aumento della pressione intraddominale, con ostacolo del ritorno venoso al cuore.

L'affaticamento visivo (*astenopia)* è legato alla necessità dell'organo visivo di applicarsi per lungo tempo ad una data visione. Per gli autisti è indispensabile un controllo periodico dell'apparato visivo ed un eventuale supporto protesico da adeguare periodicamente alle mutate condizioni della vista. La stanchezza visiva se non sostenuta e corretta opportunamente può comportare un corteo di sintomi quali fotofobia, lacrimazione, bruciori, etc. nonché cefalea, irritabilità, legati alla tensione emotiva da insufficiente visione. Intuibile l'intervento del MC in questi casi per migliorare *anche* la capacità lavorativa , nell'ambito della difesa complessiva della salute del lavoratore.

Le cause più importanti di **stress** nell'autotrasportatore sono:

- l'orario di lavoro spesso superiore alle otto ore giornaliere,
- le ore di guida notturna,
- le difficoltà di sonno,
- l'esposizione a variazioni microclimatiche,
- l'alimentazione irregolare e incongrua,
- l'allontanamento dai familiari,
- lo stato di ansia per i pericoli del traffico e per l'esigenza di far quadrare i bilanci (imprese a carattere individuale)

Lo stress diventa ovviamente pericoloso quando è in grado di compromettere la sicurezza nella guida e quando contribuisce allo sviluppo di malattie importanti.

Nella valutazione del rischio di una mansione ad alto rsichio di incidente non può evidentemente considerarsi secondaria **l'età** del lavoratore, anche in considerazione del progressiva sviluppo di patologie (cardiovascolari, metaboliche, osse, ecc.) magari non gravi ma che comportano necessità di assunzione di farmaci che possono interferire con le attività di guida.

La dovuta attenzione è richiesta inoltre (soprattutto nella difficile raccolta dei dati anamnestici) nel censire le **abitudini voluttuarie,** a partire dall'abitudine al fumo , alimentazione, adeguata idratazione , assunzione di alcool e sostanze psicotrope.

Al riguardo possiamo dire che, allo stato attuale delle conoscenze, la guida sotto l'effetto **dell'alcol** rappresenta *il fattore di rischio maggiore nella genesi dell'incidente stradale grave o mortale.* Ciò riveste particolare importanza data l'alta prevalenza del consumo di bevande alcoliche in Italia .

Si ricorda che il Codice della Strada (D.Lgs. 285/92) all'art. 186 recita: "*E' vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'abuso di bevande alcoliche"* (evidente il diverso spirito dell'art. 15 della Legge 125/01 laddove la guida si identifica con "l'ambiente di lavoro" ed il divieto è assoluto).

Per completezza inoltre si riportano le indicazioni delle *LEGGE 29 luglio 2010 , n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale* " (CAPO I - Modifiche al Codice della Strada di cui al D.Lgs. 30 APRILE 1992, n.. 285): «*Art. 186-bis.* - - 1. E' vietato guidare dopo aver assunto bevande alcoliche e *sotto l'influenza di queste* per:

a) i conducenti di eta' inferiore a ventuno anni e i conducenti nei primi tre anni dal conseguimento della patente di guida di categoria B;

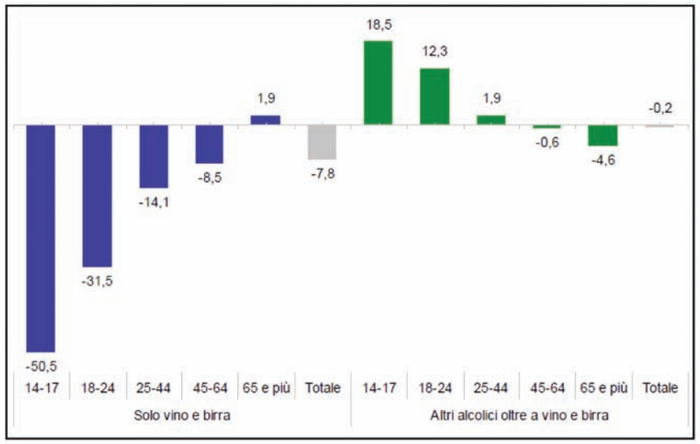
b) i conducenti che esercitano l'attivita' di trasporto di persone, di cui agli articoli 85, 86 e 87;

c) i conducenti che esercitano l'attivita' di trasporto di cose, di cui agli articoli 88, 89 e 90;

Tre sono le evidenze scientifiche comuni a tutti gli studi epidemiologici svolti a proposito nel mondo:

1. Il rischio aumenta in maniera esponenziale *con l'aumentare dell'alcolemia* (ovvero della concentrazione di alcol nel sangue del conducente) già a partire da 50mg di etanolo ogni 100 ml di sangue.
2. A parità di alcolemia il rischio aumenta molto rapidamente quanto è minore *l'età* del conducente.
3. A parità di alcolemia, il rischio aumenta molto rapidamente quanto è minore *l'abitudine al consumo* di bevande alcoliche.

I dati ISTAT indicano come in questo ultimo decennio il consumo di alcool si è spostato verso età sempre più giovani, al di fuori dei contesti e gli orari più tadizionali, con un crescente imèiego di aperitivi, amari e superalcolici , a discapito di vino e birra.



L'industria automobilistica si muove da tempo per trovare rimedi e dispositivi di sicurezza per contrastare il binomio letale *alcool-guida:* tra gli ultimi ritovati il dispositivo *alcohol ignition interlock,* che Installato direttamente sulla vettura, in presenza di un'alta concentrazione di alcol nell'aria, ne blocca l'accensione (diffuso in USA, Canada, Australia). Il conducente condannato per guida in stato di ebbrezza che alla sospensione della patente di guida preferisce l'installazione del dispositivo alla vettura, mantiene il privilegio di guidare e di viaggiare a condizione che sia sobrio. Peraltro Le evidenze scientifiche supportano la conclusione che i dispositivi non hanno effetti a lungo termine sulla riduzione delle recidive (Elder RW, Voas R, Beirness D, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Compton R,. *Effectivenes of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes. A Community Guide systematic review*. American journal of preventive services 2011; 40 (3): 362-76).

I rischi nella logistica

Nello specifico settore dell'autotrasporto vanno naturalmente citati – seppur brevemente – i rischi potenziali connessi alle attività di logistica delle merci, che spesso si accompagnano e confluiscono nel profilo generale della mansione di autista. In questo ambito possiamo citare come rischi più comuni quello ergonomico (movimentazione carichi, manuale o con carrelli), ambientale (variazioni termiche), organizzativo (elevati carichi di lavoro), lavoro in quota (carico/scarico autocisterne), rischi chimici derivanti dai prodotti trasportati (vedi regolamento ADR).

A seguito di una completa Valutazione dei Rischi anche nelle attività di logistica è utile ricordare :

- di provvedere ad una adeguata cartellonistica e segnaletica orizzontale per evitare una mobilità promiscua
- di predisporre il mezzo lentamente dopo essersi accertato che nessuno sia presente nella traiettoria
- di bloccare accuratamente il mezzo
- durante le operazioni di carico/scarico evitare qualsiasi manovra
- imbragarsi in caso di attività da svolgersi sulla cisterna o comunque in quota
- verificare i piani di carico
- tenere i carichi sempre imbragati in modo corretto
- avere a disposizione i mezzi per rendere stabili i carichi durante il trasporto, soprattutto laddove vengono impilati dei colli
- attenersi alle norme tecniche specifiche, quali la UNI 1938 del 1999 relativamente alle rampe di carico regolabili
- definire precise procedure e liste di controllo per fasi di lavoro più critiche (sostituzione olio motore e piccola manutenzione meccanica, uso carreli elevatori e ricarica batterie, ecc.)
- naturalmente adozione, informazione/formazione e corretto uso di DPI laddove previsti (maschere, guanti, occhiali e tute per merci pericolose, secondo le indicazioni del regolamento ADR)

Un'interessante pubblicazione dell'Osservatorio dei rischi dell'EU-OSHA (*Occupational safety and health in the transport sector — An overview, 2011)* individua in modo specifico alcuni rischi nei cinque sottosettori nei quali suddivide quello più generale del Trasporto :



Sottosettore	Alcuni aspetti evidenziati
Trasporto pubblico di passeggeri	• violenza e molestie • maggiore contatto con gli utenti, compresa la traduzioni ai passeggeri di eventuali modifiche organizzative e alle biglietterie • lavoro in condizioni di isolamento • turni • richieste lavorative conflittuali (gestione della clientela e conduzione del veicolo), questo produce un aumento della pressione sanguigna e disturbi cardiovascolari • necessità dovute all'invecchiamento della forza lavoro
Servizio taxi	• violenza e aggressioni, mancanza di sistemi di segnalazione e formazione • lavoro in condizioni di isolamento • problemi di orario e turni di lavoro • concezione dei luoghi di lavoro • necessità di utilizzare mezzi di comunicazione durante la conduzione del veicolo
Trasporto stradale di merci su lunga distanza	• gestione just-in-time, che comporta un'elevata pressione durante il lavoro • pressioni da parte dei clienti; lavorare presso altri • uso crescente del monitoraggio a distanza e di complesse tecnologie • concezione dei luoghi di lavoro • possibilità di accedere a strutture e servizi (igienici, alimentari e sanitari) • malattie infettive • violenza e aggressioni • lavoro in condizioni di isolamento • prolungata postura seduta ed esposizione alle vibrazioni • rischi di incidenti, compresi quelli durante le operazioni di carico e scarico • necessità dovute all'invecchiamento della forza lavoro
Trasporto di merci pericolose	• rischi di incidenti, compresi i rischi di incendio e di esplosione • esposizione a sostanze pericolose, soprattutto durante le operazioni di carico e scarico • rischi di cadute da veicoli e altri mezzi di trasporto.
Servizi di corriere	• condizioni imprevedibili presso le sedi dei clienti, per esempio la possibilità di usufruire di supporti sicuri per il sollevamento • aspettative dei clienti e contatto con la clientela • rischi di incidenti e condizioni climatiche, per esempio nel caso di corrieri in bicicletta • sollevamento e movimentazione di pacchi/merci le cui dimensioni e forme risultano imprevedibili • questioni di organizzazione del lavoro – pressione sul lavoro a causa di cambiamenti di mansione a breve termine, utilizzo del monitoraggio a distanza/dei sistemi di contatto (gli autisti ricevono gli ordini mentre sono alla guida del veicolo)

La Sorveglianza Sanitaria

Nel settore specifico in esame la sorveglianza sanitaria si esplicita in una verifica delle condizioni psico-fisiche dei lavoratori "autisti" allo scopo di svolgere un ruolo rilevante nella prevenzione del rischio: ciò sia per il naturale esito legato ad un giudizio di idoneita specifica alla mansione, sia perché può rendere consapevole il lavoratore di condizioni misconosciute che accrescono il rischio, quali problemi visivi, dismetabolismi, disturbi del sonno ed altro che possono essere corretti ad es. modificando stili di vita, l'assunzione di farmaci ecc.
Nelle realtà lavorative nelle quali c'è ancora qualche dubbio nella legittimità di un intervento di sorveglianza sanitaria non andrebbe dimenticato un obiettivo *storico* del Medico Competente, sancito dal Burea Intenational du Travail (raccomandazione 112) : *protezione dei lavoratori contro tutti i pericoli per la salute che possono derivare dal loro lavoro e contribuire allo stabilimento e mantenimento di un livello più alto possibile di benessere fisico e mentale dei lavoratori.*
Peraltro laddove vogliamo attenerci all'anacronistica allocuzione "…nei casi previsti dalla normativa vigente", vanno ricordate le fattispecie di mansioni a rischio per le quali è prevista la verifica dell'assenza di condizioni di alcol e tossicodipendenza (art. 41, comma 4, D.Lgs. 81/08).
D'altra parte il lavoratore che svolge la mansione (prevalente od esclusiva) di autista o conducente ha una percezione del rischio di usura e di stress connesso al suo lavoro che, come tale, non solo può compromettere la propria salute, ma anche la salute di chi viaggia su strada. Non sempre però questa consapevolezza si traduce in comportamenti adeguati al mantenimento del proprio benessere e della propria sicurezza, in particolare là dove il rischio può trasformarsi in un incidente stradale. Ecco quindi l'assoluta necessità di riconoscere i pericoli, le modalità di farvi fronte e di attuare una scelta personale responsabile attraverso adeguati stili di vita .
Schematicamente possiamo dire che in questo caso le preoccupazioni del MC sono rivolte sia alla prevenzione dei danni che possono conseguire ad una (prolungata) attività di guida, ma anche all'attenta verifica dell'assenza di quelle problematiche che possono incidere sulla capacità lavorativa (prevenzione incidenti).

Si citano quindi le patologie più frequenti che colpiscono gli autotrasportatori, ed in genere chi riconosce nella guida di automezzi l'attività lavorativa prevalente :

- mal di schiena (52%)
- dolori reumatici (45%)
- affaticamento della vista (35%)
- mal di testa (30%)
- difficoltà digestive e dolori allo stomaco (22%)
- dolori al rachide cervicale (15%)
- stitichezza (15%)
- gonfiore agli arti inferiori (15%)
- emorroidi (11%)
- pressione alta (10%)
- insonnia (7%)
- disturbi urinari (6%)
-

Le motivazioni sono intuibili :

- Il **rischio cardiovascolare** è correlato a stress del lavoro, età stile di vita (alimentazione non equilibrata, forte consumo di sigarette e caffè, sovrappeso).
- **Il rischio per artropatie della colonna vertebrale** superiori per frequenza negli autotrasportatori rispetto alla popolazione generale riconoscono come fattori la postura seduta fissa prolungata le vibrazioni trasmesse a tutto il corpo e determinate dal fondo stradale e dal motore gli sforzi nelle operazioni di carico e scarico . La frequenza di mal di schiena e dolori reumatici è più elevata in coloro che lavorano 6 o 7 giorni alla settimana piuttosto che 5, ed aumenta on l'aumentare degli anni di attività lavorativa. (NB: La frequenza di ernia discale è risultata doppia rispetto ai controlli)
- Il **rischio per patologie del tratto digerente**, è correlato allo stress alla sregolatezza degli orari dei pasti ed al tipo di alimentazione . I disturbi della digestione e i dolori di stomaco sono più frequenti se il numero di trasporti settimanali è superiore a 16 ed aumentano con gli anni di attività lavorativa; inoltre sono fortemente correlati con il fumo di sigaretta (17% tra i non fumatori e 27% tra i fumatori).
- La frequenza di **gonfiore agli arti inferiori** cresce con il crescere delle ore di guida giornaliere fino a raggiungere il 27% per oltre 12 ore di guida. La **stitichezza, le emorroidi e i disturbi urinari** sono favoriti dalla sedentarietà e dalla postura forzata, prolungata per molte ore.

Dall'altra parte si elencano invece quelle affezioni che possono condizionare la perfomance di guida e che sono quindi oggetto già di un'attenta anamnesi personale .

- malattie cardiovascolari,
- epilessia (causa di non idoneità alla mansione specifica)
- altre malattie del sistema nervoso (encefaliti, sclerosi multipla,disturbi

miotonici,neuropatie periferiche,
esiti di traumi),

- malattie psichiche(necessità di consulenza specialistica)
- diabete mellito (inidoneità alla mansione specifica se presenti complicanze oculari, cardiovascolari, acidosi, insulinodipendenza),
- malattie endocrine,
- emopatie,
- nefropatìe,
- uso di sostanze psicoattive (alcool,stupefacenti,ecc..).

I protocolli di intervento

Prima di proporre i contenuti di un intervento di sorveglianza sanitaria, qualche considerazione in premessa :

- I risultati della sorveglianza sanitaria possono rappresentare un feedback importante, contribuendo sensibilmente all'adozione di misure preventive e protettive ed *alla realizzazione di progetti di promozione della salute in azienda.*
- La promozione della salute sul lavoro è una strategia imprenditoriale moderna che mira a evitare le malattie sul posto di lavoro (compresi gli infortuni professionali e lo stress), nonché a rafforzare la salute e a migliorare il benessere sul posto di lavoro
- L'azione di abbattimento o attenuazione dei rischi *all'origine* rimane comunque prioritaria.
- Prima della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica e di un adeguato *percorso formativo-informativo* del lavoratore autotrasportatore, rivestono un ruolo decisivo le misure tecniche, organizzative e procedurali nell'ambito della complessiva politica aziendale di prevenzione (Focella, 2007).



La letteratura scientifica corrente offre i presupposti di una sorveglianza sanitaria che:

- *non intende sovrapporsi al percorso previsto dal rilascio / rinnovo della licenza di guida (patente),* regolato dal Codice della strada, che prevede una periodicità piuttosto lunga e contenuti inadeguati alle finalità del medico competente
- in presenza di un rischio professionale 'significativo', *si pone l'obiettivo di garantire il massimo livello di sicurezza e salute dell'operatore nel complesso della sua attività*
- verifica la compatibilità fra stato di salute psicofisica del lavoratore e mansione specifica *in funzione del giudizio di idoneità*
- ***Il protocollo ideale*** *dovrà essere in grado di rilevare precoci danni o alterazioni funzionali,* ***causate, concausate o aggravate dalla mansione,*** *allo scopo di rallentare o arrestarne l'evoluzione, mediante adeguate misure di prevenzione o protezione e permettere l'accertamento dei requisiti psicofisici richiesti dalla mansione specifica,* ***soprattutto in relazione al rischio infortunistico****, al fine di formulare il giudizio di idoneità specifica.*

Facendo riferimento alla letteratura più recente legata ai lavoratori con forte mobilità sul territorio (mobile workers), possiamo proporre uno schema di intervento del tipo :

- Visita medica con particolare attenzione a parametri quali altezza, peso, circonferenza della vita, Indice di Massa Corporea (BMI) ed agli apparati cardiovascolare (decisiva la misurazione della pressione arteriosa: correlazione ipotensione ortostatica e pregressa sincope), , digerente, neurologico e vestibolare, osteoarticolare . (Nell'ambito dell'esame obiettivo osteoarticolare può essere effettuata una valutazione clinico-funzionale del rachide e dell'apparato locomotore secondo i criteri EPM) Per quanto riguarda il rischio vibrazioni 'whole-body', difficilmente si renderà necessaria l'adozione di un protocollo sanitario specifico (Nicolini, 2006), tuttavia nell'indagine di screening può essere effettuata una valutazione clinico-funzionale del rachide con le stesse modalità.
- screening sostanze stupefacenti e psicotrope (nei casi previsti)
- emocromo, ALT, AST, gammaGT (CDT), bilirubinemia creatininemia, trigliceridemia, colesterolemia, glicemia
- spirometria con calcolo dei flussi (prevenzione asma allergico e BPCO)
- elettrocardiogramma (verifica disturbi del ritmo e pregressa ischemia)
- audiometria soggettiva tonale (verifica integrità uditiva)
- visus e senso cromatico. Secondo Troiano e Piccoli (in: Gilioli et Al, I compiti lavorativi complessi e di sicurezza nei trasporti, 1995), la delicatezza dei 'compiti lavorativi complessi' richiede una esplorazione della funzione visiva più completa, più simile all'esame ergoftalmologico riservato al videoterminalista.

Con riferimento alla Legge 125/2001 ed al Provvedimento 16 marzo 2006 può essere eseguito un esame etilometrico nell'ambito di un controllo non preordinato, dal medico competente o dal medico del lavoro della ASL, essendo l'autotrasportatore un "addetto alla guida di veicoli stradali per i quali e' richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E". L'art.41.4 D.Lgs. 81/2008 prevede per il medico competente l'accertamento dell'esclusione di alcoldipendenza per il lavoratore a rischio.
Nell'ambito del protocollo sanitario gli esami ematochimici comprendono parametri (VCM, transaminasi, GGT) che già possono accertare un abuso alcolico. L'eventuale ricorso al dosaggio della Transferrina decarboidrata, CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin) offre, in combinazione con il volume corpuscolare medico (VCM) e la gamma GT, una elevata sensibilità e specificità (Cassina T. et Al., 2002). Nell'ambito del protocollo sanitario può essere utile, soprattutto in visita preventiva, l'effettuazione di una accurata anamnesi mirata con eventuali Test CAGE e AUDIT clinico ed una particolare attenzione all'esame obiettivo degli organi bersaglio (Patussi et Al., 2005).
Oltre al protocollo base possono essere eventualmente praticati test psicoattitudinali, che ritroviamo spesso nella valutazione periodica dell'idoneità di conducenti di mezzi pubblici (test dell'attenzione, test della memorizzazione, test dell'abbagliamento, test di coordinazione manuale, tempi di reazione acustici ed ottici).
Il *Questionario Epworth* è un indicatore soggettivo per stimare il peso del fattore sonnolenza come elemento cronico dello stato di salute (rischio OSAS). Un test recente *(PST, Pupillographic Sleepiness Test),* permette di determinare il livello di sonnolenza, e consiste nella registrazione dei movimenti delle pupille in ambiente buio per circa undici minuti con i soggetti in posizione seduta (Focella et Al., 2007).

Il giudizio di idoneità

Anche qui una doverosa premessa : il giudizio del Medico Competente deve essere *riferito alle particolari condizioni di rischio lavorativo espresse nel documento di valutazione dei rischi aziendale* ed in questo si differenzia dalla idoneità generica alla guida (patente di conduzione) rilasciata da enti autorizzativi.
Peraltro tra le principali problematiche ancora aperte si segnala *il ricollocamento del soggetto giudicato non idoneo,* che può determinare la perdita del posto di lavoro, soprattutto nell'ambito di piccole imprese di autotrasporto (Focella et Al., 2007, Rosso et Al., 2007).
Alcune condizioni morbose sicuramente possono compromettere la guida perché determinano un livello di rischio elevato e quindi controindicano l'idoneità alla guida professionale .
Altre condizioni morbose dove non esistono specifiche indicazioni scientifiche o legislative possono determinare una condizione di rischio lieve moderato e quindi possono prevedere *limitazioni significative dell'idoneità alla guida* (riduzione dell'orario di lavoro, modificazione dei turni, non idoneità temporanee,etc.) .
I riferimenti normativi specifici - lo ricordiamo – sono dati da D.Lgs. 258/92 ("Codice della Strada") con il relativo Regolamento attuativo (D.Lgs. 495/92), ed in particolare l'art. 119 (Requisiti psicofisici per il conseguimento della patente di guida) :

- Comma 1 : non idoneità alla guida in caso di malattia psichica o fisica che comprometta la sicurezza
- Comma 2 : indicazione delle figure sanitarie preposte
- ed inoltre l' Appendice II all'art. 320 : Malattie in-

Tabella delle patologie invalidanti
Competenza della Commissione Medica Locale

(a) Patologie Cardiovascolari, Portatori di protesi (casi gravi o complicati), Trapianto.
(b) Diabete per categorie C/D/E o Diabete scompensato.
(c) Malattie Endocrine (casi gravi o complicati).
(d) Malattie Sistema Nervoso Centrale e Periferico (tutte).
(d/a) Epilessie (tutte).
(e) Malattie Psichiche (tutte le malattie in atto).
(f) Uso/Abuso Sostanze Psicoattive - alcool, stupefacenti, psicofarmaci (tutte).
(g) Malattie del Sangue (casi gravi o complicati).
(h) Malattie Urogenitali, Trattamento dialitico, Trapianto, Insufficienza renale grave.
(i) Deficit visivi (Monocoli/monocoli funzionali strabismo differenza diottrica superiore 3 diottrie/ patologie oculari progressive/ visus complessivo inferiore a 10/10 anche con correzione).
(l) Deficit uditivi (Ipoacusia non correggibile con protesi acustica).

validanti, dove si definisce che "i candidati o conducenti, affetti dalle patologie invalidanti indicate nella tabella, vengano valutati presso la Commissione Medica Locale. L'idoneità alla guida è stabilita, *caso per caso, dalla Commissione, che rilascia la relativa certificazione, stabilendo anche la durata della validità della patente*"

Più in particolare si definiscono le incompatibilità con la guida delle **patologie neuropsichiatriche** : " la patente di guida delle categorie C, D, E non deve essere rilasciata né confermata ai candidati o conducenti in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di *epilessia*."

Nella medesima appendice si precisa inoltre che "La patente di guida non deve essere né rilasciata né confermata a candidati o conducenti colpiti da *encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave o malattie del sistema nervoso, associate ad atrofia muscolare progressiva* e/o a disturbi miotonici; malattie del sistema nervoso periferico; postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico."

La citata Circolare Ministeriale del 25/07/2011 (applicativa del D.Lgs. 59/11) detta precisi orientamenti relativamente all'idoneità alla guida dei pazienti con epilessia:

Gruppo I (Patenti A, B, B+E)

Crisi epilettica provocata = Crisi occorsa in stretta associazione temporale con un fattore o una malattia provocante; la sua presenza non rappresenta un ostacolo alla guida purché il fattore provocante abbia scarsa probabilità di manifestarsi alla guida

Crisi solo in sonno o crisi senza effetti sulla coscienza o sulla capacità di azione = Sono compatibili con la guida purché siano l'unica tipologia di crisi presentate dal paziente nel corso degli ultimi 12 mesi

Crisi occorsa dopo sospensione o riduzione del trattamento per decisione del medico = sospensione dalla guida per soli tre mesi purché il paziente accetti il ripristino del trattamento

Altro tipo di crisi epilettiche non previsto dalle categorie precedenti = In questi casi, l'idoneità alla guida è subordinata all'assenza di crisi da almeno 12 mesi

Gruppo II (Patenti C, C+E, D, D+E)

L'accertamento di idoneità per gli autisti professionisti implica norme più restrittive comprendenti:

- ***L'assenza di crisi di qualsiasi numero e tipo da almeno 10 anni;***
- L'assenza di trattamento da almeno 10 anni;
- La normalità dell'esame neurologico;
- L'assenza di anomalie epilettiformi nel tracciato elettroencefalografico;
- L'assenza di qualsiasi patologia cerebrale potenzialmente responsabile di crisi (anche in assenza di crisi).

Il contributo delle patologie cardiache nella quota di incidenti stradali dovuti a cause mediche si attesta intorno al 10-25%. Di queste si elencano nello specifico :

- cardiopatia ischemica ad evoluzione ipocinetica (frazione di eiezione ≤30%);
- cardiomiopatia con frazione di eiezione ≤30% , che costituisce il più forte fattore predittivo indipendente per morte cardiaca improvvisa;
- cardiopatie valvolari gravi (in grado di aumentare l'incidenza di morte cardiaca improvvisa o di sincope);
- forme infiammatorie, infiltrative, da alterazioni molecolari (in grado di aumentare l'incidenza di morte cardiaca improvvisa o di sincope);
- disturbi del ritmo per i quali non esiste una terapia efficace (in grado di aumentare l'incidenza di morte cardiaca improvvisa o di sincope);
- portatori di defibrillatore impiantabile;
- fibrillazione atriale non stabilizzata o ad elevato rischio per eventi embolici o aritmici.

*L'episodio sincopa*le può essere di varia natura, nella maggior parte dei casi rimane di origine sconosciuta. L'episodio sincopale rappresenta il 3% degli accessi in pronto soccorso e l'1% di tutti i ricoveri ospedalieri. Risulta particolarmente frequente in età lavorativa e nel 35% dei soggetti determina delle lesioni. Anche forme come la sincope vasovagale, comunemente ritenuta ad ottima prognosi clinica, possono costituire un serio pericolo per l'incolumità del soggetto stesso e di terzi durante la guida.

La ESC (European Society of Cardiology) indica una sospensione della patente nei conducenti professionali in caso di:

- sincope da aritmia cardiaca: fino all'ottenimento di una terapia efficace medica, ablativa o mediante l'impiego di devices come il Pace-maker (PM) ; precisando che l'impianto di defibrillatore comporta una sospensione definitiva;
- sincope neuro-mediata: nelle forme di grado non severo non si propone la sospensione della patente, a meno che l'episodio sincopale non si verifichi durante un'attività lavorativa definita ad alto rischio; nelle altre forme fino all'ottenimento di una terapia efficace;
- sincope di origine sconosciuta: fino a quando non viene effettuata una diagnosi ed iniziata una terapia efficace.

Per autisti di bus urbani reduci da IMA non complicato non sembrano esserci controindicazioni per la ripresa della mansione specifica : rischio > 5 volte media = 1 caso / 50000 autisti / anno (Kavanagh e al.,J Cardiop. Rehab, 1998); 46 perdite di coscienza in 220.000 autisti/anno, di cui solo 12 (26%) in cardiopatici (studio londinese, Shepard, J Cardiop. Rehab,1998).

Si è già accennato – nella prima parte del presente contributo - in merito alle controindicazioni fatte proprie dale Circolari Ministeriali (Circolare Min. Sal. 25/07/2011, Requisiti idoneità guida , applicativa del D.Lgs. 59/11), legate al diabete mellito. Nel dettaglio oggi l'orientamento prevede :



a) un profilo di RISCHIO BASSO:
- assenza di retinopatia;
- assenza di neuropatia;
- assenza di nefropatia;
- ipertensione ben controllata;
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi;
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
- controllo glicemico ADEGUATO *(emoglobina glicata < 9.0 %)*
- cardiopatia ischemica se ben controllata;
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi;
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
- controllo glicemico NON ADEGUATO *(emoglobina glicata > 9.0 %)*
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE.

b) un profilo di *RISCHIO MEDIO*:
- USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI:
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus;
- neuropatia autonomica o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici;
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria;
- ipertensione se ben controllata;
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO.

c) un profilo di *RISCHIO ELEVATO*:
- retinopatia proliferante, con riduzione del visus;
- neuropatia autonomica o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici;
- nefropatia con insufficienza renale cronica;
- ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata;
- ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi;
- incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
- controllo glicemico NON ADEGUATO;
- giudizio sull'ipoglicemia SCARSO.

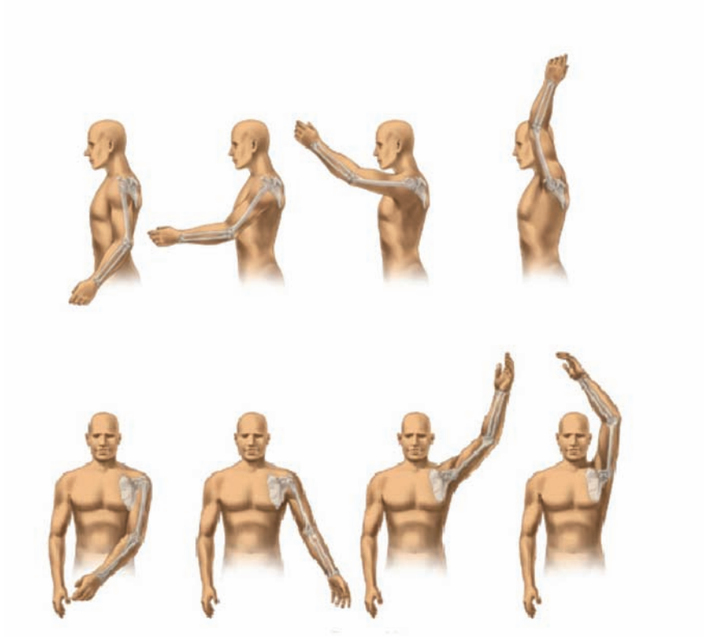
Altre condizioni morbose meritevoli di valutazioni collegiali per l'idoneità alla guida :

- disturbi respiratori del sonno non trattati o trattati inefficacemente
- disturbi del sonno (insonnia, narcolessia etc.)
- depressione maggiore e altre patologie psichiatriche
- insufficienza renale grave
- gravi malattie del sangue;
- alterazioni della vista, udito ed altri organi di senso, in grado di compromettere la sicurezza alla guida (in particolare diplopia, riduzione del campo visivo, difetti nella visione binoculare per le categorie C, D, C + E, D + E)

In questi casi comunque, in cui il giudizio potrebbe risultare dubbio, è la commissione medica locale a tenere "in debito conto i rischi o i pericoli addizionali connessi con la guida dei veicoli delle categorie C, D, E". *La validità della patente in questi casi non può essere superiore ai due anni*.

Non va dimenticata peraltro nelle nostre valutazioni l'assunzione cronica di farmaci . ed in particolar modo :

- ansiolitici, sedativi e ipnotici (barbiturici, benzodiazepine, carbamati etc.)
- antidepressivi (composti triciclici, inibitori delle monoamino-ossidasi etc.)
- stupefacenti (morfina e derivati) o stimolanti
- altre categorie di medicinali in grado di compromettere la sicurezza alla guida (antistaminici, antidiabetici, antipertensivi, farmaci cardiovascolari etc.) .



Tra le condizioni morbose per le quali possono esserci limitazioni significative dell'idoneità alla guida possono sinteticamente essere ricordate patologie neurologiche (storia di cefalea o emicrania, pregressi accidenti cerebrovascolari senza segni neurologici rilevabili, traumi cerebrali senza segni neurologici rilevabili) ; alcune patologie cardiovascolari (cardiopatia ischemica ad evoluzione ipocinetica con frazione di eiezione >30%, cardiomiopatia con frazione di eiezione > 30%, cardiopatie valvolari di grado lieve-moderato, disturbi del ritmo non compresi fra i criteri maggiori, i portatori di PM, fibrillazione atriale stabilizzata etc.) ; ed ancora: diabete mellito in compenso con terapia ipoglicemizzante orale, disturbi endocrini ben compensati dalla terapia in corso, disturbi respiratori del sonno trattati efficacemente, depressione minore, ansia altre patologie che possono dare manifestazioni cliniche o richiedere terapie in grado di influire sull'abilità alla guida (insufficienza renale lieve-moderata, alcune patologie neoplastiche, lievi difetti a carico di organi di senso etc

Oltre alle patologie croniche, possono esserci delle problematiche di salute temporanee che possono influenzare di per se la performance alla guida allungando i tempi di reazione o limitando le capacità percettive e reattive ad uno stimolo. Ad es. :

- Nel monocolo temporaneo: mancando la visione binoculare, si ha una riduzione complessiva del campo visivo, della percezione della profondità, delle dimensioni e della distanza di un oggetto, con conseguente compromissione della stima della velocità di avvicinamento di un mezzo. Contribuiscono ad aumentare i limiti della visione monoculare alcuni fattori esterni quali il buio, la nebbia e la pioggia in quanto comportano una riduzione della visione dei punti di riferimento fondamentali (guardrail, bordi di carreggiata, ecc.) che permettono di valutare la distanza e la velocità dei mezzi in avvicinamento.
- Indossare il collare: limita notevolmente la capacità, in prossimità d'incroci o in caso d'imprevisti (fuoriuscita improvvisa di un veicolo da una strada laterale, ecc), di ruotare il capo; tale rotazione può essere resa difficoltosa sia dalla patologia di base sia dalla movimentazione contemporanea di tutto il busto, richiedendo tempi d'azione più lunghi che possono pregiudicare la sicurezza alla guida nei movimenti in cui viene richiesta un'azione tempestiva.
- Le patologie degli arti superiori : la sindrome del tunnel carpale (infiammazione del polso), altre infiammazioni a carico del gomito o della spalla (periartrite scapolo omerale,ecc) riducono la capacità di presa e la forma della mano.

Conclusioni

Tra i principali aspetti controversi in questa delicata materia, è il caso di ribadire in questa sede:

- la permanenza di ambiti di competenza separati circa la procedura accertativa dell'idoneità alla guida (rilascio patente/idoneità alla mansione)
- il mancato rinvio alla disposizione di cui all'art. 119 comma 2 ed al punto f) dell'Appendice II all'art. 320 del D.Lgs. 258/92 nel caso di accertamenti per alcool e tossicodipendenza (ed in genere per il giudizio di idoneità alla mansione) da parte del MC
- la carenza di coordinamento legislativo tra Legge 125/01 ed art. 41 D.lgs. 81/08 per gli aspetti legati all'alcoldipendenza.

Che fare quindi in caso di conclamata NON idoneità ovvero di improvvisa disabilità di un autotrasportatore, con patente di guida in corso di validità :

- attendere ricorso ai sensi art. 41, comma 9
- invio Commissione Provinciale Patenti
- invio R.F.I.
- altro (e nell'attesa?)

In ogni caso il contributo del MC appare insostituibile e si gioverà della stesura di precise procedure di gestione dei casi più critici, di una equilibrata applicazione delle norme per l'alcool e la tossicodipendenza, di una preventiva opera di informazione e formazione per gli obiettivi di sensibilizzazione. Una particolare attenzione alle iniziative di promozione della salute non può che migliorare ulteriormente il livello di sicurezza , puntando ad un innalzamento della performance lavorativa, L'obiettivo finale è difatti mantenere alta la qualità del lavoro attraverso la tutela della salute.

In definitiva possiamo affermare che la strada rappresenta il "luogo di lavoro" oggi maggiormente a rischio : 56% degli infortuni mortali INAIL nel 2010; l'attuale momento storico-legislativo appare particolarmente favorevole per sfruttare nuove professionalità, tra le quali il MC, nuovi canali di informazione, sensibilizzazione e qualificazione, nonché nuovi strumenti di deterrenza, per far fronte ad una osmosi sempre maggiore tra la sicurezza stradale e la sicurezza sui luoghi di lavoro, derivante dal progressivo spostamento fisico dell'ambiente di lavoro tradizionale e dalla diffusione crescente del lavoro a forte mobilità sul territorio.

Bibliografia

D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e s.m.i.

OSH in figures: Occupational safety and health in the transport sector — An overview
Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011 - (http://bookshop.europa.eu)

Studio ACI – ISTAT Incidenti stradali 2009 –
Servizio Sanità e Assistenza Unità Operativa Incidentalità stradale Istat - Viale Liegi, 13 – 00198 Roma

Taxi drivers' safety and health: A European review of good practice guidelines -
EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work - http://europa.eu/

Programmes, initiatives and opportunities to reach drivers and SMEs in the road transport sector
European Agency for Safety and Health at Work http://europa.eu/

Dati INAIL – Aprile 2011 – n. 4 - http://www.inail.it, sezione Statistiche

La valutazione dell'idoneità alla guida in relazione all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope. Studio epidemiologico della casistica veronese
Anna Bertaso, Jennifer P. Pascali, Eloisa Liotta, Aldo Polettini. G Ital Med Lav Erg 2011; 33:2, 125-133 © PI-ME, Pavia 2011
http://gimle.fsm.it ISSN 1592-7830

Un questionario sui disturbi del sonno per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori
F. Roscelli , M.C. Spaggiari G Ital Med Lav Erg 2008; 30:3, Suppl, 10-18 © PI-ME, Pavia 2008
http://gimle.fsm.it

Sostanze voluttuarie e idoneità alla guida in ambito lavorativo
P. Paraluppi, G. Fassina, G. Ferrari, L. Tronconi G Ital Med Lav Erg 2009; 31:1, 33-36 © PI-ME, Pavia 2009
http://gimle.fsm.it

Willis C, Lybrand S, Bellamy N. *Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism.*
Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD004168. DOI:

L'azione dei medici competenti per la prevenzione del rischio da incidente stradale
P. Santucci
Ambiente LAVORO CONVENTION Modena, 7 ottobre 2010

Anna Guardavilla

Gli Accordi Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 sulla formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro-RSPP

L'11 gennaio 2012 sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale i due attesi Accordi Stato-Regioni del 21 dicembre 2011 sulla formazione rispettivamente dei lavoratori (intesi nel loro complesso, cioè comprendenti i lavoratori, i lavoratori autonomi, i preposti e i dirigenti) e dei datori di lavoro che svolgono direttamente le funzioni di RSPP.

L'Accordo sulla formazione dei dirigenti, preposti, lavoratori e lavoratori autonomi

Va anzitutto sottolineata la premessa iniziale contenuta in tale Accordo con riferimento ai corsi destinati ai dirigenti e ai preposti, che precisa che *"l'applicazione dei* ***contenuti del presente accordo*** *nei riguardi dei dirigenti e dei preposti, per quanto* ***facoltativa,*** *costituisce* ***corretta applicazione*** *dell'articolo 37 comma 7 del D.Lgs. n. 81/08.* ***Nel caso venga posto in essere un percorso formativo di contenuto differente, il datore di lavoro dovrà dimostrare che tale percorso ha fornito a dirigenti e/o preposti una formazione "adeguata e specifica"***.
Si precisa inoltre che la formazione disciplinata dall'Accordo, che può avvenire sia in aula che sul luogo di lavoro, non è quella prevista dai titoli II e seguenti del Testo Unico (la formazione sui rischi specifici) e non comprende l'addestramento. Tali attività andranno quindi ad aggiungersi alla formazione prevista dal Titolo I del D.Lgs. 81/08 che verrà erogata in azienda sulla base di questo Accordo.
E' consentito l'uso di piattaforme e-Learning - se ricorrono le condizioni previste da un Allegato specifico (All. I) - per la formazione generale per i lavoratori, la formazione dei dirigenti, i corsi di aggiornamento, una parte dei contenuti dei corsi per i preposti ed eventuali progetti formativi sperimentali che venissero individuati dalle Regioni e Province Autonome.
I docenti possono essere interni o esterni all'azienda e devono poter dimostrare di possedere esperienza almeno triennale di insegnamento o professionale in materia di SSL, esperienza che può consistere anche nello svolgimento per un triennio dei compiti di RSPP, anche in via di svolgimento diretto da parte del DL.
Le modalità con cui la formazione deve essere organizzata sono rigorosamente disciplinate (v. punto 2 dell'Accordo); qui ci si limita a ricordare che ad ogni corso non possono partecipare più di 35 persone e che è previsto l'obbligo di frequenza del 90% delle ore di formazione.
La metodologia di insegnamento/apprendimento deve privilegiare un approccio interattivo che ponga al centro il lavoratore.



La formazione diretta ai lavoratori e ai lavoratori autonomi

Tale formazione si articola in due moduli, che prevedono una "formazione generale" (con durata minima di 4 ore per tutti i settori e con i contenuti previsti dal punto 4 dell'Accordo, cui si rinvia) e una "formazione specifica" sulla base degli specifici rischi (con durata minima di 4, 8 o 12 ore a seconda che l'azienda rientri rispettivamente nel settore della classe di rischio basso, medio o alto in base alla classificazione contenuta nell'Allegato II dell'Accordo, e anche in questo caso con contenuti tassativamente determinati).
Fermo restando quanto detto in ordine alla durata e ai contenuti dei corsi, le modalità delle attività formative possono essere disciplinate da accordi aziendali, previa consultazione dell'RLS.
Per i lavoratori è previsto un aggiornamento quinquennale della durata minima di 6 ore, per tutti e tre i livelli di rischio.

La formazione particolare aggiuntiva per il preposto

La formazione del preposto deve comprendere quella per i lavoratori e deve essere integrata da una formazione particolare in relazione ai compiti da lui esercitati.
La durata minima del modulo per i preposti è di 8 ore.
I contenuti della formazione sono tassativamente stabiliti dall'Accordo (v. punto 5).
Al termine del percorso formativo deve essere effettuata una prova di verifica obbligatoria con colloquio o test.
Anche in questo caso, fermo restando quanto detto in ordine alla durata e ai contenuti dei corsi, le modalità delle attività formative possono essere disciplinate da accordi aziendali, previa consultazione dell'RLS.
Per i preposti è previsto un aggiornamento quinquennale della durata minima di 6 ore, in relazione ai propri compiti.

La formazione dei dirigenti

Tale formazione sostituisce integralmente quella prevista per i lavoratori ed è strutturata nei seguenti 4 moduli:
Mod. 1: Giuridico-Normativo
Mod. 2: Gestione e organizzazione della sicurezza
Mod. 3: Individuazione e valutazione dei rischi
Mod. 4: Comunicazione, formazione e consultazione dei lavoratori.
La durata minima della formazione dei dirigenti è di 16 ore e tale formazione deve essere completata nell'arco temporale di 12 mesi anche secondo modalità definite da accordi aziendali, previa consultazione dell'RLS. Al termine del percorso formativo deve essere effettuata una prova di verifica obbligatoria con colloquio o test.
Per i dirigenti è previsto un aggiornamento quinquennale della durata minima di 6 ore, in relazione ai propri compiti.

L'Accordo prevede poi, per tutti i destinatari della formazione contemplati dallo stesso, norme particolari sugli attestati (punto 7), i crediti formativi (punto 8), la gestione del periodo transitorio (punto 10) e il riconoscimento della formazione pregressa (punto 11), cui si rinvia.

L'Accordo sulla formazione del datore di lavoro che svolge direttamente la funzione di RSPP

Tale formazione ha una durata minima di 16 ore e una massima di 48 ore in funzione alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro, alle modalità di organizzazione e all'attività svolta.
L'Accordo precisa che questo corso non comprende la formazione necessaria per svolgere i compiti relativi alla attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio o di primo soccorso.
L'elenco dei soggetti formatori abilitati per i corsi rivolti ai DL-RSPP è tassativamente previsto dall'Accordo (punto 1). Tali percorsi formativi possono essere tenuti solo da docenti che possano

dimostrare di possedere un'esperienza almeno triennale di docenza o insegnamento o professionale in materia di SSL.
I corsi sono articolati in moduli associati a 3 livelli di rischio:
Basso: 16 ore
Medio: 32 ore
Alto: 48 ore

La Tabella presente nell'Allegato II contiene l'individuazione delle macrocategorie di rischio e le corrispondenze ATECO 2002-2007.
I percorsi formativi devono prevedere, quale contenuto minimo, i seguenti moduli:
Modulo 1: Normativo-giuridico
Modulo 2: Gestionale – gestione ed organizzazione della sicurezza
Modulo 3: Tecnico – individuazione e valutazione dei rischi
Modulo 4: Relazionale – formazione e consultazione dei lavoratori.
E' consentito l'uso di piattaforme e-Learning per il Modulo 1, il Modulo 2 e l'aggiornamento.
Al termine del percorso formativo deve essere effettuata una prova di verifica obbligatoria con colloquio o test.
L'aggiornamento ha periodicità quinquennale (5 anni a decorrere dall'11 gennaio 2012) e ha una durata modulata in base ai tre livelli di rischio nel seguente modo:
Basso: 6 ore
Medio: 10 ore
Alto: 14 ore.
In caso di inizio di nuova attività il DL che intende svolgere la funzione di RSPP ha 90 giorni di tempo per completare il percorso formativo a partire dall'inizio di tale attività.



Domanda: *al punto della "individuazione dei soggetti formatori" come all'art. 37 del dlgs 81 e sue modifiche e al recente accordo. Mi sembra che rispetto al passato non ci siano variazioni, ovvero che i soggetti formatori restano le Regioni e Province autonome, le università, inail, vigili fuoco, scuola superiore pubblica amm.ne; associazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori; enti bilaterali, i fondi interprofessionali, ordini e collegi professionali è così?*

Risposta: Sì, i soggetti formatori sono quelli sopra elencati, ma solo per quanto riguarda la formazione rivolta al datore di lavoro-RSPP, prevista dal relativo Accordo Stato Regioni (tenete conto che i due Accordi hanno la stessa data - 21 dicembre 2011 - ma sono diversi, rivolti a soggetti diversi e prevedono discipline diverse anche se vi è qualche elemento in comune). Questi soggetti legittimati a svolgere i corsi per datore di lavoro-RSPP in effetti coincidono per lo più con quelli previsti dall'art. 32 c. 4 del decreto 81 per la formazione degli RSPP; questo perché da questo punto di vista il datore di lavoro che svolge direttamente la funzione di RSPP è trattato come un RSPP.
Per quanto riguarda invece la formazione rivolta a dirigenti, preposti, lavoratori e lavoratori autonomi il relativo Accordo Stato-Regioni non prevede alcuna legittimazione o restrizione rispetto ai soggetti formatori (si dice solo che i docenti devono avere esperienza triennale, ma questa previsione è contenuta anche nell'altro Accordo e comunque riguarda i docenti e non gli enti formatori).
Quindi i medici competenti, sia come associazione che come singoli, possono formare i dirigenti, i preposti, i lavoratori (subordinati e autonomi).
Come ente accreditato alla Regione, l'associazione può formare anche i datori di lavoro-RSPP se un ente legittimato dall'Accordo intende avvalersi della sua competenza e capacità organizzativa.



Milano, dicembre 2011

Caro/a Collega,
la nuova campagna associativa inizia dal prossimo mese di gennaio e ANMA si rivolge a tutti coloro che vogliono contribuire a realizzare, insieme, una grande Associazione di successo e condividere gli impegni e gli appuntamenti per il 2012.
Per un momento però desidero volgere ancora lo sguardo verso l'anno che si sta concludendo e che ha segnato per ANMA™ il raggiungimento di importanti traguardi, confermati dagli ampi consensi ricevuti nelle molteplici occasioni di incontro e dal molto lusinghiero incremento dei Soci: il 2011 ha infatti registrato un aumento delle iscrizioni all'Associazione del 20%.
Chiudiamo quindi l'anno con la serenità di chi sa che l'impegno e la dedizione con cui ha svolto la propria opera gli sono stati riconosciuti dai Soci.
Guardando al 2012, stiamo già da tempo lavorando con serietà per migliorare la nostra capacità di comprendere le esigenze dei Soci per poterle soddisfare innovando la nostra offerta formativa e di servizi e guardando al territorio per essere sempre più vicini a loro.
Vogliamo che gli amici che da anni sono con noi possano ogni anno rinnovare l'iscrizione all'Associazione con il piacere di continuare a farne parte; per i nuovi Soci vogliamo essere il punto di riferimento; vogliamo diventare un interlocutore attivo per gli Specializzandi spesso provenienti da percorsi accademici scollati dalla realtà delle imprese e quindi della medicina d'azienda.
Dalla sua fondazione nel 1987 ANMA™ è stata la testimone di tutte le fasi di trasformazione della professione del Medico d'Azienda e Competente migliorando costantemente la sua visibilità e credibilità istituzionale.
Ponendo l'associato al centro della propria strategia di sviluppo, ANMA™ si è evoluta insieme ai propri Soci, impegnandosi per anticiparne le istanze, affiancandoli e sostenendoli attraverso il miglioramento costante della qualità dei servizi offerti ed affrontando da protagonista le sfide poste dalla evoluzione della normativa.
Ci aspetta un anno impegnativo e ricco di importanti appuntamenti. L'invito che rivolgo a tutti è quello di affrontarlo ancora tutti insieme con coesione, coinvolgimento ed orgoglio di appartenenza all'ANMA™. La nostra Associazione ha dimostrato la capacità di raggiungere importanti risultati, ora, nella logica della qualità che ci ha sempre ispirato, dobbiamo cercare di migliorarli con la coerenza e la serietà di cui siamo fieri.

Un cordiale saluto,
Il segretario nazionale
dr. Daniele Ditaranto

A chi ci rivolgiamo:
Per aderire ad ANMA™ è necessario essere Medico Competente o Specializzando in Medicina del Lavoro.

Come associarsi o rinnovare l'iscrizione:
È possibile associarsi o rinnovare l'iscrizione solo tramite il sito seguendo le istruzioni riportate nell'apposita sezione dedicata alla **Campagna Associativa 2012** nella home page di **www.anma.it**
L'iscrizione ha la validità dell'anno a cui la campagna associativa si riferisce ed è possibile associarsi entro il **30 aprile 2012**.
Il contributo associativo è di **100,00 Euro** e comprende una quota per la copertura al concorso per eventuali spese legali.
Gli Specializzandi possono rinnovare l'iscrizione o associarsi gratuitamente.

Essere Soci ANMA™ significa far parte di un'Associazione qualificata ed attiva e comporta molteplici vantaggi:

- partecipare alla vita associativa diventandone parte integrante e poter contare su una rete in grado di instaurare relazioni proficue con risorse locali e nazionali;
- avere la garanzia di veder approntato un migliore radicamento sul territorio con la possibilità di effettuare la formazione professionale nella propria Regione o in una limitrofa;
- appartenere ad un'Associazione presente, dinamica e attenta alle problematiche in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro;
- essere al centro di un progetto associativo: incontrarsi per conoscersi e crescere insieme per promuovere e valorizzare la figura del Medico Competente;
- poter contare su un modello organizzativo in cui tutte le funzioni concorrono alla soddisfazione dell'associato;
- creare occasioni di incontro e confronto stimolanti per uno scambio di competenze e capacità acquisite dai membri dell'Associazione nel campo della Medicina del Lavoro;
- aderire ad un'Associazione che ha costruito un confronto e un dialogo costanti con esponenti autorevoli delle istituzioni, delle parti sociali, dei vari settori del mondo produttivo.



e servizi:

- fruire del **PIANO FORMATIVO 2012** – che comprende i Corsi Residenziali e FAD, i Seminari e il Congresso Nazionale - con priorità di iscrizione per i Soci e ad una quota agevolata;
- ricevere la rivista trimestrale dell'Associazione, Medico Competente Journal;
- ricevere via e-mail la Newsletter ANMA™ e le informazioni sulle attività e tutte le iniziative dell'Associazione;
- affidarsi ad un Provider ECM nazionale specificatamente dedicato all'aggiornamento professionale del Medico Competente e che garantisce l'acquisizione di 150 crediti formativi per il triennio 2011-2013, di cui 105 nella nostra disciplina;
- accedere all'area riservata del sito istituzionale **www.anma.it** per consultare e scaricare documenti ed articoli di interesse professionale, scientifico, tecnico e legislativo.

www.anma.it

Condividi lo Statuto, il Codice di Comportamento, il Regolamento.
Conosci i membri del Consiglio Direttivo.
Leggi la storia dell'Associazione, la mission, i riconoscimenti, le certificazioni i rapporti con le altre Associazioni e le Istituzioni.
Aggiornati sui servizi, le notizie, tutti gli eventi formativi dell'Associazione.

Collegati al sito
www.anma.it



Tenosinovite cronica del polso in operatrice di contact center

Paolo Santucci,

Consigliere Nazionale ANMA

Il soggetto disabile è il lavoratore che, a fronte di un significativo punteggio di invalidità civile o lavorativa, viene inserito, o è in grado di rimanere, in una realtà produttiva a 'basso rischio' generalmente con ridotto impegno fisico, perciò compatibile con le proprie menomazioni.
Essendo ritenuti comunemente bassi i rischi professionali nell'ambito degli uffici, é spesso l'attività di videoterminalista che viene preferita per (re)inserire questi lavoratori.

Il caso descritto è particolare poiché capovolge questa prospettiva, dimostrando che anche menomazioni 'minori', in questo caso extraprofessionali, calate in un contesto lavorativo di basso impatto apparente, possono costituire una criticità nel mantenimento dell'attività lavorativa anche per una giovane operatrice che non presenta alcun riconoscimento di invalidità.

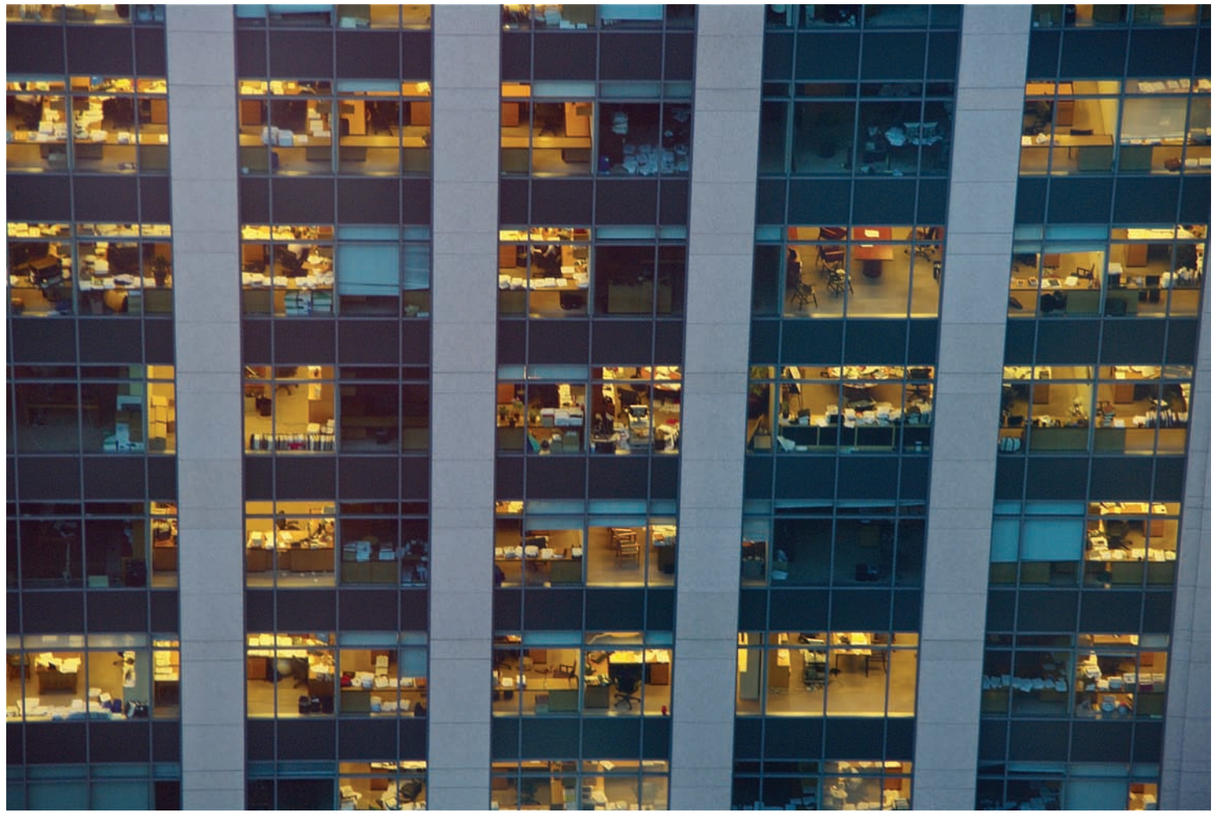
Caso clinico

A.L., commessa nel commercio per due anni, poi assistente di direzione per altri due anni, viene visitata per la prima volta dal medico competente nell'aprile 2009, all'età di 29 anni, come videoterminalista 'tele seller', poiché neoassunta 'full time' in un grande contact center di Genova.
Il 'call center' è un servizio preposto alla gestione della comunicazione e della relazione con il cliente attraverso l'uso simultaneo del telefono e del videoterminale, che risponde anche alle esigenze delle aziende di accrescere competitività ed efficacia. Superamento del call center è il 'contact center' che consente di far pervenire ai consulenti telefonici messaggi in forme anche diverse dalla chiamata vocale: fax, e-mail e internet (Web Call Center), sms, aumentando la possibilità di interazione con l'organizzazione (Santucci, 2009).
Nell'ambito di un recentissimo aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi, ancora in corso, è stato anche valutato, attraverso una stretta collaborazione fra medico competente e responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il sovraccarico dell'arto superiore dominante, sia nei 'teleseller' del contact center che negli 'office worker', con OCRA Index calcolato in fascia verde (Colombini et Al., 2004).

In occasione della visita preventiva l'operatrice viene giudicata pienamente idonea attraverso test ergoftalmologico manuale e valutazione clinico funzionale arti superiori (Santucci, 2009): non emerge nulla di rilevante, nessuna pregressa a attività rischio di sovraccarico dell'arto superiore, nessuna patologia significativa, salvo un intervento per sindrome del tunnel carpale destro che non ha lasciato postumi (Test di Phalen e Tinel negativi).

Nell'agosto 2010 visita su richiesta per 'sospetta artrite psoriasica', dopo improvvisa comparsa di tumefazioni dolenti plurime agli arti superiori (soprattutto il destro), episodi di rigidità e deficit flessoestensorio dei polsi, trattati con steroidi in ambito specialistico ospedaliero. Al termine della visita (viva dolorabilità locale esacerbata dalla mobilizzazione) viene rinnovata l'informativa sulla corretta postura in postazione, successivamente verificata durante sopralluogo, e prescritto tappetino poggiapolsi per mouse e tastiera ed uso di mouse di dimensioni ridotte, per annullare la tensione dei tendini estensori della mano, con periodicità semestrale.
Gennaio 2011: attenuazione del dolore e sospensione dei farmaci, lamenta solo fastidio nonostante una voluminosa tumefazione che residua al polso destro: (ecografia 6/12/10) "L'esame dimostra impegno sinoviale con versamento diffuso ai vari comparti volare e dorsale del carpo, più evidente a carico degli estensori radiale breve e lungo del carpo, dell'estensore ulnare del carpo e dei flessori delle dita e del pollice. Non artrosinovite". Riferisce beneficio dall'uso del tappetino con mouse ridimensionato: idoneità confermata.
Nell'aprile 2011 per il persistere della voluminosa tumefazione viene operata chirurgicamente per sinoviectomia in diagnosi di "tenosinovite estensori mano destra"; l'esame istologico conferma una "tenosinovite cronica ipertrofica". Viene specificato ICD9CM 72700 corrispondente a "sinovite e tenosinovite non specificate".
Maggio 2011: lamenta dolore dorsale al polso e evidenzia deficit flesso-estensorio con pugno ipoergico. Utilizza crema idratante locale ed effettua masso-terapia per fastidioso cheloide cicatriziale. L'idoneità viene integrata con pausa di 10 minuti/ora (con raccomandazione di evitare 'straordinario') e accorciamento della periodicità (trimestrale).
Giugno 2011, visita su richiesta per la persistenza della sintomatologia ed il ricorso a periodi di malattia. Gli specialisti curanti consigliano all'operatrice un cambiamento dell'attività lavorativa con rinuncia all'uso del videoterminale. L'idoneità trimestrale viene confermata.
Settembre 2011, inaugura controlli clinici trimestrali con Risonanza magnetica ed ematochimici per sospetta natura autoimmune con gli specialisti curanti: il quadro clinico presenta una attenuazione del deficit funzionale e della dolorabilità anche a seguito della terapia locale, del periodo di ferie e delle agevolazioni nell'operatività al videoterminale. L'idoneità è confermata con periodicità semestrale.





Marzo 2012, deficit funzionale sfumato al polso destro, pugno normoergico. La sintomatologia è pressoché scomparsa con la possibilità di svolgere mansioni tradizionali di 'office worker' alle quali è stata destinata dal mese di gennaio. Gli accertamenti specialistici hanno intanto escluso la natura autoimmune della tenosinovite cronica.

Considerazioni e conclusioni

La tenosinovite ipertrofica è costituita da tumefazione e ispessimento doloroso delle guaine tendinee di natura reumatica, autoimmunitaria, metabolica o meccanica. Nella lavoratrice sono state escluse dagli accertamenti diagnostici le cause specifiche sopraelencate. In particolare si può escludere la natura 'micropolitraumatica' per assenza di fattori di rischio significativi soprattutto in ambito lavorativo (ved. anamnesi e OCRA Index = verde), per la pressoché nulla prevalenza della specifica patologia fra i videoterminalisti (Meroni et Al, 2007) e per l'insorgenza improvvisa con interessamento polidistrettuale di entrambi gli arti superiori. Al termine dell'iter diagnostico la tenosinovite ipertrofica si indirizza perciò verso una 'forma idiopatica'.
I classici sintomi, caratterizzati da dolore e deficit di funzione dei tendini interessati con difficoltà alla funzione di "prensione" e diminuzione di forza, si sono progressivamente attenuati con l'eccezione della parentesi chirurgica per la sinoviectomia fonte di complicazioni a causa della comparsa di una cicatrice cheloidea con aderenze.
La terapia conservativa, unitamente all'alleggerimento del carico di lavoro ed alla riorganizzazione ergonomica nella postazione di lavoro con uso di supporti dedicati, hanno permesso di mantenere un'accettabile compatibilità fra la menomazione al polso destro e la mansione di videoterminalista, contro-indicata a un certo punto dagli stessi specialisti curanti.
La recente e favorevole esperienza di attività 'tradizionale' in ufficio, rispetto alla mansione di tele seller che presenta OCRA index leggermente maggiore, sembra offrire garanzie per il mantenimento dell'attività di videoterminalista anche in prospettiva futura.
I criteri di idoneità sono stati impostati in base a Linee guida (Apostoli P. et Al., 2003), ispirati da indicazioni operative mirate (Meroni et Al., 2010, Santucci, 2009) e completati da evidenze emergenti, quale, per esempio, l'utilizzo di mouse sottodimensionato.
La particolare attenzione dedicata dal medico competente a questo caso è stata premiata da un ottimo risultato, ma ha anche permesso di soddisfare le 'richieste' che emergono dalla recente sentenza del Tribunale di Asti (22/10/10), seppure riferite alla gestione di addetti alla produzione di motori di automezzi. Con riferimento alle Linee Guida già citate (Apostoli P. et Al., 2003), si afferma che: "il medico competente ha il dovere di eseguire controlli periodici ma anche mirati nei confronti di lavoratori affetti da patologie *(malattie muscolo-scheletiche)*; 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; ha il dovere di visitare ed informare il lavoratore, al fine di consentirgli una piena tutela della propria salute; ha il dovere di fornire eventualmente una valutazione negativa per il reinserimento del lavoratore affetto da determinate patologie; ecc." (Guardavilla, 2012).

In un'ottica più generale, il caso conferma la costante crescita del ruolo di medico competente, in termini di responsabilità, valori ed impegno, che continua ad essere 'sfidato' da nuove situazioni e richieste diversificate che impongono risposte appropriate. E la risposta non può che nascere da un modello proattivo di integrazione nel sistema azienda che ANMA ha sviluppato negli anni (Bontadi et Al., 2011).

Bibliografia

- 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, Pime Editrice, Pavia, 2003.
- Bontadi D., Boschiroli G., Candura U., Gilioli G., Patané P.A., Presentazione XXIV Congresso nazionale ANMA, 'Etica nella professione del medico competente. Responsabilità, consapevolezza, valori', Castellaneta Marina (TA), 2-4 giugno 2011.
- Colombini D, Occhipinti E, La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e le patologie lavoro-correlate con riferimento al lavoro al vdt, Atti Congresso Nazionale ANMA, Portofino, 27-29 maggio 2004, Notiziario ANMA, maggio 2004.
- Guardavilla A., Il M.C. e la collaborazione alla valutazione di rischi. Una opportunità o una condanna?, 2012, www.anma.it
- Meroni M., Battevi N., Indagine epidemiologica sulle patologie muscolo-scheletriche degli arti superiori in un gruppo di 2022 videoterminalisti, U.O.CEMOC Fondazioni IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, 2007.
- Meroni M., Petri A., Il posto di lavoro con unità VDT-PC, U.O. CEMOC Fondazioni IRCCS Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, 2010.
- Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs.81/08, Monografia ANMA, 2009.

Daniele Ditaranto

Segretario Nazionale ANMA

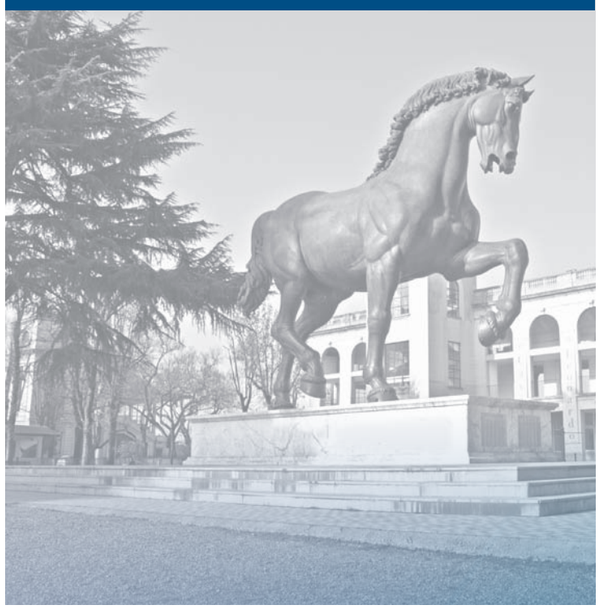
Presentazione Congresso Anma 2012

I 25 anni di vita dell'ANMA sono stati anni vissuti intensamente.
Infatti oggi l'ANMA può vantarsi di avere perseguito e raggiunto diversi importanti traguardi.
La produzione di documenti per i vari tavoli tecnici che si sono succeduti in questi anni a seguito delle innovazioni della legislazione specifica, la diretta partecipazione agli stessi, l'atteggiamento equilibrato e propositivo, hanno notevolmente aumentato la visibilità e credibilità dell'ANMA presso le Istituzioni rendendola un interlocutore serio ed affidabile.
Dal 2002 l'ANMA è provider ECM e dal 2010 è provider nazionale ECM accreditato per la formazione residenziale (RES) e a distanza (FAD) ai sensi dell'accordo Stato Regioni del 5 novembre 2009.
Per dare un'idea dell'impegno formativo messo in campo, solo nel corso del 2011 l'ANMA ha erogato 37 eventi formativi (35 RES e 2 FAD), coinvolgendo 1641 partecipanti per complessive 24447 ore formative ed erogando 24930 crediti formativi.
E' anche per questo che l'ANMA ha recentemente deciso di registrare il proprio marchio.
Questo successo non è soltanto dovuto all'impegno degli organi direttivi ed esecutivi dell'Associazione che negli anni si sono succeduti alla sua guida, ma è anche ascrivibile a tutti i soci che nel tempo ne hanno condiviso i valori e la missione testimoniandoli ogni giorno nella loro attività.
Dal confronto tra la figura di "medico competente" delineata dalle innovazioni legislative degli anni '90 e quella attuale, emergente dal TUS, risulta evidente il rafforzamento del suo ruolo e l'ampliamento dei compiti che gli sono attribuiti.
Vi è tuttavia la sensazione che questo "arricchimento" del ruolo professionale del medico competente stenti ancora ad essere pienamente percepito e riconosciuto dal "mercato".

Inoltre la contrazione del settore secondario e la conseguente progressiva rarefazione dei "grandi rischi", la sempre maggiore parcellizzazione del mondo produttivo, sono altri aspetti che possono rendere critica la posizione del medico competente e, conseguentemente, imporre una riflessione sul suo futuro professionale.
Il 25° Congresso dell'ANMA non sarà pertanto soltanto il momento per fare il punto sulla nostra Associazione a venticinque anni dalla sua nascita, ma, come è tipico di tutta la nostra storia congressuale, sarà anche e soprattutto l'occasione per iniziare questa riflessione prospettica.
Avvalendoci di specifiche competenze ed esperienze, l'intento è quello di fare un primo inquadramento dell'attuale profilo operativo del medico competente al fine di delineare alcuni possibili futuri modelli e scenari di attività.
Con lo spirito del titolo del Congresso, "dalla medicina del lavoro alla medicina negli ambienti di lavoro", saranno anche trattati argomenti di grande rilievo nell'ambito della medicina occupazionale come l'elettromiografia e l'infezione tubercolare.
Infatti le neuropatie periferiche costituiscono una delle parti preponderanti di quell'insieme complesso ed articolato di patologie da sovraccarico biomeccanico nei confronti delle quali è crescente l'attenzione degli organi di vigilanza, mentre la tubercolosi, come indicano i documenti dell'OMS ed i dati ministeriali, è ritornata a costituire un serio problema di sanità pubblica.

IL 25° CONGRESSO NAZIONALE

si svolgerà presso la Club House dell'Ippodromo del trotto di San Siro, a Milano, dal 14 al 16 giugno 2012



Relatori e Moderatori

Fabio Beatrice
Primario di Otorinolaringoiatria presso l'ASL TO2 di Torino, Ospedale San Giovanni Bosco

Danilo Bontadi
Medico del lavoro - Consigliere nazionale ANMA, Comitato scientifico ECM ANMA

Gilberto Boschiroli
Medico del lavoro, Consigliere nazionale ANMA

Giuseppe Briatico Vangosa
Presidente Nazionale ANMA

Mario Cacciavillani
Neurologo, Ricercatore in Scienze Neurologiche Università di Padova, Responsabile del Servizio di Elettromiografia Clinica presso il CEMES di Padova

Umberto Candura
Medico del lavoro, Vice Presidente ANMA, Comitato scientifico ECM ANMA

Terenzio Cassina
Medico del lavoro, ANMA Lombardia

Mario Del Vecchio
CERGAS Università Bocconi Milano

Daniele Ditaranto
Medico del lavoro, Segretario Nazionale ANMA, Comitato scientifico ECM ANMA

Rino Donghi
Medico del lavoro Coordinatore Medicina del Lavoro, HSR Resnati - Milano

Simona Giampaoli
Dirigente di Ricerca/Epidemiologia malattie cardiovascolari - Istituto Superiore di Sanità

Gianni Gilioli
Medico competente, Consigliere nazionale ANMA

Pietro Antonio Patanè
Medico del lavoro, Consigliere nazionale ANMA

Luca Richeldi
Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie Apparato Respiratorio dell'Università di Modena e Reggio Emilia

Marco Saettone
Medico del lavoro, Consigliere nazionale ANMA

Franco Toffoletto
Già Primario Unità Operativa di Medicina del Lavoro Ospedale Desio (MB)

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

Comitato Scientifico
Danilo BONTADI
Gilberto BOSCHIROLI
Umberto CANDURA
Daniele DITARANTO
Anselmo FARABI
Gianni GILIOLI
Pietro Antonio PATANE'

Segreteria Organizzativa ANMA
Benedetta Mesiano
Myriam Nordemann
Via S Maurilio, 4
20123 Milano
Tel. 02/86453978
Fax 02/86913115
anma_formazione@mclink.it
www.anma.it

Consulenza organizzativa e coordinamento
Serena Trincanato
Cell. 347 7208074
serena.trincanato@fastwebnet.it

www.anma.it

ANMA è un marchio registrato.
Associazione certificata UNI EN ISO 9001:2008
Certificato Certiquality n. 7344

XXV Congresso Nazionale ANMA

Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

Evento accreditato ECM



Programma Preliminare

DALLA MEDICINA DEL LAVORO ALLA MEDICINA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

14-16 Giugno 2012

MILANO Club House Ippodromo del Trotto di San Siro

Informazioni generali

DESTINATARI

L'evento formativo è rivolto ai **Medici Chirurghi** e agli **Specializzandi**, disciplina **Medicina del Lavoro e Sicurezza** nei luoghi di lavoro.
Crediti ECM previsti 20

ISCRIZIONE

L'iscrizione è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici e dovrà essere effettuata esclusivamente mediante la compilazione dell'apposita scheda disponibile a breve nella sezione dedicata al Congresso 2012 nel sito **www.anma.it**.

Soci ANMA Euro 200 (IVA esente)
Non Soci Euro 300 (IVA esente)
Specializzandi iscrizione gratuita

SERVIZI ALBERGHIERI

Per informazioni e prenotazioni consultare le apposite schede disponibili a breve nella sezione dedicata al Congresso 2012 nel sito **www.anma.it**

Giovedì 14 giugno 2012

10.30 Registrazione dei partecipanti

14.00 Apertura del Congresso

14.15 - 14.45 25 anni di storia dell'ANMA
G. Briatico-Vangosa

14.45 - 19.15 **Elettromiografia: indicazioni, significato, diagnosi differenziale delle neuropatie periferiche di interesse occupazionale**
Confronto dibattito con M. Cacciavillani
Moderatori: T. Cassina, G. Gilioli

Venerdì 15 giugno 2012

Sessione mattutina

25 ANNI DI ANMA: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE PER IL MEDICO COMPETENTE
Moderatori: G. Briatico-Vangosa, U. Candura, D. Ditaranto

9.00 - 10.00 25 anni di ANMA – Evoluzione della figura del Medico Competente: dalla definizione al riconoscimento di un ruolo professionale
D. Ditaranto, Gruppo di lavoro ANMA

10.00 - 11.30 Lo stato dell'arte "del medico competente": attualità e prospettive
M. Del Vecchio

11.30 - 13.00 Esperienze e testimonianze sull'operatività del Medico competente: confronto dibattito.
U. Candura, Gruppo di lavoro ANMA

Venerdì 15 giugno 2012

Sessione pomeridiana

IL MEDICO COMPETENTE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO
Moderatori: G. Boschiroli, P. Patanè, M. Saettone

14.00 - 14.30 Il Medico competente e la promozione della salute in azienda
Gruppo di lavoro ANMA

14.30 - 16,30 Big Killer: modelli e esperienze di educazione sanitaria

- RAZIONALE ED EPIDEMIOLOGIA
  S. Giampaoli
- IL CASO DEL FUMO DI SIGARETTA
  F. Beatrice
- MODELLI OPERATIVI ED ESPERIENZE ATTUATE IN AZIENDA

16.30 - 18.00 LA PROPOSTA OPERATIVA ANMA
D. Bontadi, P. Patanè

18.00 - 19.00 L'ESPERTO RISPONDE E DISCUSSIONE

Sabato 16 giugno 2012

8.30 - 13.30 **I nuovi orizzonti nella diagnosi e nella strategia di controllo dell'infezione tubercolare latente e della tubercolosi attiva.**
Confronto dibattito con L. Richeldi, F. Toffoletto
Moderatori: F. Toffoletto, R. Donghi

Paolo Santucci

ANMA Liguria

Tra crisi, criticità e tariffe



Al di là delle conseguenze della crisi economica internazionale con imprese in difficoltà e compensi percepiti in tempi sempre più lunghi, il momento dei medici competenti rischia di complicarsi ulteriormente, dopo che il D.Lgs. 81/08 e s.m.i. ne ha paradossalmente rafforzato la figura professionale, ben oltre il 'ruolo sanitario aziendale'.

Peraltro questo é il ruolo che ANMA aveva auspicato sin dal 1997 nell'ambito del proprio Codice di comportamento del medico d'azienda: *"Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e nominato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinchè l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori".*

La chiara volontà del legislatore (Titolo I° D.Lgs.81/08 e s.m.i.) di potenziare i ruoli collaborativi del MC nell'ambito del "sistema aziendale per la prevenzione", favorendone il coinvolgimento nelle fasi cruciali del riconoscimento e della gestione dei rischi, al di là della stretta attuazione della sorveglianza sanitaria (Ditaranto, 2012), peraltro 'ribadita' da due successive sentenze del Tribunale di Pisa (ved. questo numero e n°4/2011 del Medico Competente Journal), sta producendo criticità nei rapporti con alcune Aziende, Servizi di Prevenzione e Protezione e Consulenti della sicurezza, soprattutto nell'ambito della piccola e piccolissima impresa.

Oltre all'acquisizione non rara di autocertificazioni compilate dal Datore di lavoro con modalità 'contra legem' (Guardavilla, www.anma.it), vale a dire senza una reale valutazione dei rischi che impedisce di fatto l'attivazione di misure preventive-protettive e di un adeguato protocollo sanitario, si riscontrano a volte resistenze nel recepimento delle nostre osservazioni o integrazioni destinate al Documento di Valutazione dei Rischi, per non dire del raro coinvolgimento del medico competente all'avvio del processo di valutazione dei rischi.

In qualche caso il nostro apporto è percepito come una forzatura o, peggio, come una vera e propria 'invasione di campo', che può sfociare in incomprensioni o addirittura in conflitti con aziende e consulenti.

Tutto ciò suona particolarmente stonato, considerando che esiste una sostanziale sovrapponibilità delle disposizioni degli artt. 25 e 33 D.Lgs.81/08 e s.m.i. sugli "obblighi" ed i "compiti" di Medico competente e Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione che, per entrambi, comprendono:

- la valutazione dei rischi
- l'individuazione delle misure di tutela
- l'informazione e la formazione dei lavoratori

e cioè i tre "pilastri" su cui si fonda la strategia del sistema di prevenzione aziendale (Ditaranto, 2012).

Premesso che non sempre i medici competenti si sono dimostrati pronti ad interpretare un ruolo 'a tutto campo', adesso, consapevoli delle nuove responsabilità che richiedono rinnovata competenza ed autorevolezza, dobbiamo consolidare la nuova dimensione professionale, che comunque già emergeva nell'ambito del D.Lgs. 626/94 e s.m.i..



Il problema attuale è che il salto di qualità si traduce in un passaggio delicato, reso difficoltoso nelle piccole realtà da resistenze di ordine culturale, a volte anche 'commerciale', amplificate probabilmente da un deficit di comunicazione.

In Liguria, forti del recente aggiornamento del 5° modulo del Corso di Genova (30/3/2012, 'Modalità di collaborazione del Medico Competente alla Valutazione dei Rischi'), abbiamo intensificato i rapporti con Associazioni datoriali, Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e Consulenti della sicurezza del nostro territorio, con l'obiettivo di creare occasioni di confronto e dialogo nel corso di quest'anno.

Già sul finire del 2011 ho avuto modo di partecipare personalmente a Corsi di aggiornamento professionale per RSPP e ASPP per conto del Collegio dei Periti industriali della Provincia di Genova e di Confindustria Genova, per illustrare il ruolo del medico competente, incentrato sul 'modello ANMA'. Ne ho ricevuto un riscontro misto di interesse, curiosità e anche sorpresa nello scoprire una 'nuova' figura di medico competente. Una riprova che dobbiamo lavorare sulla comunicazione e la condivisione, soprattutto nei confronti dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione 'esterni', con i quali va realizzata "una forte relazione professionale, anzi una vera e propria 'alleanza' per il raggiungimento degli obiettivi del sistema aziendale per la prevenzione" (Ditaranto, 2012).

Un esempio concreto di supporto ai soci è costituito dal Corso organizzato da ANMA a Milano in collaborazione con Assolombarda (4 aprile e 2 ottobre 2012), che ha l'obiettivo di promuovere e condividere la collaborazione del medico competente con i Servizi di prevenzione e protezione e con gli uffici delle Risorse Umane nella gestione delle tematiche inerenti la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro. Un evento di successo, che ha visto i posti disponibili esauriti in pochi giorni, e una esperienza di condivisione e crescita, che meriterebbe di essere replicata in ogni regione italiana.

Un'altra criticità, accentuata dal momento di crisi economica, è costituita dal problema delle tariffe poco dignitose, a volte indecorose, proposte da alcuni colleghi unitamente a prestazioni incompatibili con le complesse e impegnative richieste dell'attuale dettato normativo.

Su questo tema ANMA si è già espressa attraverso un editoriale del nostro Presidente (ved. MCJ n°4/2008) che mantiene estrema attualità nella sua ricetta finale: "innalzare la nostra qualità professionale che è un must; farci misurare senza timore dal cliente…".

Tornando in Liguria, mi ha fatto piacere constatare che, all'indomani della sua rielezione con ampissimo consenso, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Genova, Dott. E. Bartolini, abbia pensato a noi medici competenti nell'editoriale del periodico Genova Medica, 'Tariffe medici del lavoro: un problema sottovalutato', che riportiamo di seguito integralmente.
In conclusione, di fronte alle non poche difficoltà di questa 'fase storica', ANMA continua ad impegnarsi per fornire risposte ed offrire un supporto concreto ai propri soci. La nostra Associazione spinge da venticinque anni i medici competenti verso una attività professionale di qualità e non si fermerà certo adesso, dopo aver disegnato, proposto e infine 'portato a casa' con il D.Lgs.81/08 e s.m.i., un ruolo di consulente 'a tutto tondo', integrato nel 'sistema aziendale per la prevenzione'.
Ma non dimentichiamo che questa nuova dimensione professionale si realizzerà, e verrà riconosciuta anche dal 'mercato', soltanto se tutti noi saremo capaci di testimoniarla con capacità, convinzione e coerenza.



Tariffe medici del lavoro: un problema sottovalutato

I dati degli ultimi anni riguardanti gli incidenti sul lavoro ci confermano che l'impegno sino ad ora profuso nella lotta agli infortuni deve essere indirizzato maggiormente verso una più incisiva prevenzione anche delle malattie professionali, generalmente sottostimate. Tale incombenza deve coinvolgere non solo le Istituzioni ma anche l'intero sistema della sicurezza aziendale e, soprattutto, il medico competente al quale è affidato un ruolo molto delicato e importante. Oggi, da quanto ci viene segnalato da alcuni colleghi, l'azienda "sceglie" spesso i medici solo in base alle tariffe costringendoli a svendere la propria professionalità e dignità.
Non possiamo però trascurare che sempre più spesso i giornali e le TV denunciano incidenti sul lavoro e per queste morti, talvolta, il medico è chiamato davanti al Giudice per dimostrare di avere effettuato in scienza e coscienza una efficace tutela della salute dei lavoratori.
A proposito di tariffe, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato si era espressa stabilendo che "i professionisti sono imprese e l'Ordine, in quanto ente rappresentativo di imprese, è una associazione di imprese e quindi assoggettato alle regole antitrust" e che "le norme deontologiche, contenute nei codici adottati da organismi rappresentativi di imprese, impongono espressamente il rispetto dei tariffari che a questi vengono rinviati tramite il riferimento a clausole generali quali il decoro o la dignità della professione come parametri per la determinazione del compenso professionale e che per le ragioni anzi dette, costituiscono restrizioni della concorrenza in violazione del diritto antitrust".
In ogni caso, anche se le tariffe sono abrogate grazie alle liberalizzazioni del mercato, il professionista non può, a fronte di una remunerazione irrisoria, sottrarsi dal fornire un'adeguata prestazione. A mio avviso ritengo quindi necessario che gli Enti maiuscolo debbano valutare che il costo della prestazione resa dal medico del lavoro sia adeguata al costo del lavoro e al costo relativo della sicurezza.
Inoltre, a tutela della qualità della prestazione è indispensabile che il medico attui tutti quei protocolli sanitari previsti dalle normative vigenti al fine di mettere in atto una prevenzione sanitaria in linea con quanto viene richiesto dalla legge in materia, evitando, quindi, di accettare tariffe inadeguate che possono comportare la quasi certezza dei gravi limiti alla garanzia di qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni professionali.
Qualora, ciò non fosse possibile, invito i colleghi, qualora si verifichi contrasto fra le norme deontologiche e quelle dell'Ente, pubblico e privato per cui presta la propria attività professionale, a segnalarlo all'Ordine, al fine che siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

Enrico Bartolini

Bibliografia

- ANMA, Codice di Comportamento del Medico d'Azienda Competente dell'ANMA, 1997.
- Briatico Vangosa G., A proposito di tariffe e tariffari, MCJ n°4/2008.
- Ditaranto D. Il ruolo del medico competente in azienda, Incontro informativo 'Il medico competente nel contesto aziendale: oltre la sorveglianza sanitaria', Assolombarda Milano, 21 febbraio 2012.
- Guardavilla A., I profili giuridici della collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi, MCJ n°4/2011.
- Guardavilla A., La collaborazione alla VR da parte del MC in aziende autocertificate, www.anma.it

ANMA Risponde



A cura di Piero Patanè

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

Sorveglianza sanitaria art.41 Comma2e

Nel punto e) comma 2 art. 41 del Dlgs 81/9-4-2008 e' prevista visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente.
Cosa si intende esattamente e quali lavoratori si comprende in tale casistica?

Risponde il dott. **Marco Saettone**:
Il D.Lgs. 81/08 prevede all'art. 41 comma e la "visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente"; si fa riferimento a quanto contenuto nel titolo IX del D.Lgs.81 che riguarda i rischi derivanti dall'esposizione a "sostanze pericolose". Il Titolo IX del Decreto è composto da tre "Capi":
Il Capo I concerne la "Protezione da agenti chimici" e prevede all'art.239 comma 2 lettera c la visita alla cessazione del rapporto di lavoro;
Il Capo II concerne la protezione da "agenti cancerogeni e mutageni" per i quali non è prevista alcuna visita alla cessazione dell'esposizione o del rapporto di lavoro (ma vi è l'obbligo, alla cessazione del rapporto di lavoro, di consegna di copia della cartella al lavoratore e di invio di questa all'ISPESL ora INAIL) e della informazioni ai lavoratori, con particolare riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa.
Il Capo III concerne la "Protezione dai rischi connessi all'esposizione ad amianto" e prevede all'art.259 comma 2 la visita alla cessazione del rapporto di lavoro.

n.b. Le "sostanze pericolose" sono individuate e definite dal D.Lgs n° 5219/97 e n° 65/2003

Copertura spese legali e associazione

Con l'associazione all'ANMA è scritto che è compresa l'assicurazione per le spese legali. Chiedo di conoscere nel dettaglio tale assicurazione, dal momento che ne ho un'altra per conto mio che devo disdire o rinnovare/modificare a breve. Ovviamente mi sembra inutile avere due assicurazioni per lo stesso scopo, anche perchè mi sembra che in caso di necessità non pagherebbero di certo tutte e due!
Grazie!

Caro Collega, come ben dici la nostra copertura assicurativa si riferisce al concorso per le spese legali sostenute in relazione a vertenze legate alla nostra attività professionale. Non è quindi una polizza di copertura degli eventuali risarcimenti per i danni causati nel corso del nostro esercizio professionale, in altre parole non è una polizza RC professionale a copertura di quanto sopra indicato.
La nostra polizze di rimborso spese legale fino alla concorrenza di circa 10.000,00 euro per evento è cumulabile con altre analoghe polizze.
Ti consigliamo però di chiarire la materia anche con il tuo assicuratore.

Medico competente e incompatibilità

É possibile per un medico dipendente pubblico in ruolo nel servizio di igiene e sanità pubblica del dipartimento di prevenzione di un asl svolgere in libera professione intramuraria attività di medico competente? Grazie

La incompatibilità tra medico dipendente pubblico e quello di medico competente esiste solo per le figure ispettive (UPG di Organo di vigilanza). Certamente i medici dei Dipartimenti di Prevenzione lavorano fianco a fianco con gli UPG che hanno sede nei loro stessi uffici: lo svolgimento di una attività di medico competente in aziende della stessa ASL, seppur legittima, appare quantomeno inopportuna. Una ultima chiosa: per sua natura il m.c.non può solo svolgere attività "intramoenia" perché deve recarsi in azienda per il prescritto sopralluogo e per la riunione periodica, oltre ogni altra eventuale necessità. Non è quindi un'attività solo di "visita medica" da svolgere in un ambulatorio. (Si veda a tal proposito la risposta scritta del Ministro della Salute ad una interrogazione parlamentare proprio su questo argomento nel sito www.anma.it)

Idoneità scaduta durante lavoro su turni

Salve, volevo sapere se, in caso di lavoratori che prestano la loro attività su turni, esiste una deroga alla scadenza del certificato di idoneità alla mansione . ad esempio il lavoratore si trova in piattaforma petrolifera e durante il suo turno (15gg) il certificato scade. è possibile derogare a questa scadenza adducendo la lontananza dalla sede e la particolarità del luogo di lavoro? Oppure è il datore di lavoro che deve evitare di mandare la persona in turno senza aver rinnovato l'idoneità.? grazie

Come certamente saprete nelle modifiche introdotte all'art 18 del D.Lvo 81/08 è stata introdotto questo obbligo per il Datore di Lavoro:

g) inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria e richiedere al medico competente l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico nel presente decreto;
g-bis) nei casi di sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41, comunicare tempestivamente al medico competente la cessazione del rapporto di lavoro;bb) vigilare affinchè i lavoratori non siano adibiti alla mansione senza il prescritto giudizio di idoneità

In particolare nel caso esposto deve essere fatta attenzione, sia per il particolare profilo di rischio del lavoratore sia perché turni così variabili con lunghe astensioni potrebbero far slittare l' esecuzione della visita lontano dalla sua scadenza.

Audaci Genziane



In cima alla salita erta che fiancheggia la mia casa, oltre il Grand Hotel Cristallo con la sua aria asburgica appena gentilmente decaduta, comincia il bosco di Mandres. Bosco di fiaba. Abeti altissimi e sottili che oscillano al minimo soffio di vento; le cime che si avvicinano e si allontanano, come comari che si confidino l'un l'altra i loro segreti. Il fruscio delle chiome fa un rumore che sembra quello del mare. Il profumo di resina, dolce e a tratti più acuto, quando da un ramo spezzato la corteccia sanguina la sua linfa collosa. Il letto di aghi di pino che rende i passi perfettamente silenziosi: se stiamo zitti, il nostro andare non fa alcun rumore. Solo esili tonfi di pigne che precipitano su quella terra morbida. Sotto, alla radici, s'affollano in districabili felci e rododendri, e foglie di fragola. Per trovare le fragole bisogna chinarsi, e guardare il sottobosco dal basso-me lo ha insegnato mia sorella. Io con il mio metro di statura sono bravissima ad acquattarmi e a colpire (il rosso lucente delle fragole nella penombra del sottobosco, la mia mano veloce a coglierle; il sapore asprigno in bocca mentre sgranocchio i piccoli semi fra i denti). Mandres è un'enclave separata dal mondo reale. La macchia scura degli alberi si allarga fino alle pendici del monte Faloria, cupo, incombente; e da lì i sentieri si fanno ripidi, sembra che avvertano: da qui in poi si inoltri solo chi conosce la montagna davvero. I nostri sono invece quieti sentieri, ben segnati dalla banda rossa e bianca, sugli alberi. È difficile perdersi; benché penso, riagguantando in fretta la mano di mia madre dopo avere colto una fragola – non si possa mai sapere. Le nuvole in alto, oltre le cime fruscianti, sembrano così distratte e lontane. Riuscirei a trovare la strada, se restassi sola?



Immaginare di perdermi, e di ritrovarmi qui sola mentre il buio avanza. Cosa farei? Mi rannicchierei sotto a quella pietra, aspetterei i passi di qualcuno che venga a cercarmi. Ma quei passi sarebbero poi passi amici davvero? Ne racconta, il fabbro Rinaldo, di storie strane, che in questa penombra sussurrante mi tornano in mente. Ogni apparenza dentro i confini del bosco è gentile; ma potrebbe anche essere una maschera, che nasconde occhi maligni. Se fosse vera poi la storia delle sabbie mobili che avvinghiano chi incautamente si avventura negli acquitrini, quante anime perse potrebbero aggirarsi dolenti in questo bosco, dentro il fruscio delle cime degli abeti? Mentre cammino tendo le mani a catturare ciò che è inafferrabile: i raggi chiari che traffiggono l'ombra, o il pulviscolo d'oro dell'aria svelato dalla luce che filtra tra i rami. Pulviscolo che danza e fluttua, e non si può stringere, né possedere. Se resto indietro di pochi passi la voce gentile e interrogativa di mia madre mi chiama "Marina?". Trotterello avanti, fedele, lasciandomi dietro le mie ombre amabili o paurose. Davanti a noi, meta sicura e felice, c'è la baita di Mandres. Una casetta di legno con fiori alle finestre, e le galline che razzolano attorno; dove si mangiano fragole e lamponi con la panna montata. (L'affondare voluttuoso della lingua in quel candore soffice, e la panna che mi resta sulla bocca e sul naso –la mano di mia madre brusca e tenera a ripulirmi). La baita è circondata da rododendri. Piacciono molto alla mamma, ma non li cogliamo mai, perché non vivono se non nel sottobosco. Mia madre li ama perché, dice, sono così avvinghiati alla terra; gentili belli, e però, dice, così ferocemente tenaci. La guardo mentre si china a mostrarmeli; c'è una affinità tra quei fiori fulgidi e coriacei e lei, fragile e al tempo stesso straordinariamente forte. Da Mandres parte l'ultimo tronco della funivia del Faloria. Qualche volta la prendiamo. A me fa paura, ma non lo dico; anche perché in fondo mi piace, quella paura. La funivia, rossa, carica di villeggianti, parte con un salto dolce, come se si abbandonasse fiduciosa al filo che la regge sul vuoto; dal finestrino osservo affascinata lo scorrere del grosso cavo metallico che ci regge. I passeggeri guardano giù – risate acute, appena troppo stridule, di signore, quando superiamo un pilone e per un istante la cabina sembra cadere. Il

bosco scuro sotto rimpicciolisce e si allontana; ora siamo proprio sopra le pendici del Faloria, dove la roccia si alza e si staglia aspra oltre gli abeti, dicendo severa ai cittadini come noi: oltre, non potete andare. Quell' arrampicarsi di rocce, con gli ultimi abeti bassi abbarbicati sulle crode; e poi il muschio, e poi solo la pietra nuda, dura, inospitale. Buche qui e là, anfratti:quale animale ci troverà rifugio? Marmotte, volpi; lupi,forse? Mannò, via, mi rincuoro da sola, non ci sono lupi, a Cortina. (Certo, se la funivia precipitasse, e rimanendo per miracolo vivi, sarebbe brutto essere mangiati dai lupi, argomenta la mia alacre immaginazione). La funivia sale ormai quasi verticalmente, con un ronzio sordo che si fa più forte man mano che si avvicina all'arrivo. Cortina sotto è lontana, una manciata di piccole case sparse nella conca d'Ampezzo. L'unica cosa vera adesso sembra questa massa di roccia livida e ostile, spaventosa muraglia, frontiera. Con ansia aspetto che la cabina percorra, lentissima, i metri che mancano all'arrivo. Mentre siamo proprio davanti all'ultima croda il mio sguardo cade su una crepa di roccia: bellissimi fiori viola sono spuntati audacemente in quel posto inaccessibile, dove nessuno li vede –salvo, per caso, una bambina come me, affacciata in punta di piedi dal finestrino della funivia. Che strano mi dico, che fioriscano in un posto come questo; così belli e nascosti, strano davvero. Sembra uno spreco tanta bellezza: possibile che siano fioriti per nessuno, per nulla? Dalla stazione d'arrivo che domina la valle in un vuoto d'abisso, tenendomi ben stretta alla ringhiera, spio in giù, a cercare di nuovo le genziane sulla roccia. La mano di mia madre mi tira indietro, la sua voce spaventata e brusca "Non sporgerti!". Quei fiori, chissà perché proprio in quella piega inaccessibile, chissà con quali sottili radici abbarbicati a cercare acqua dove c'è solo pietra. E che tenacia i semi, a resistere all'inverno, che quassù è un lungo esilio di ghiaccio e neve. A chi ubbidiscono i fiori, quando scelgono dove spuntare? Una legge grava, sovrana e muta, sulle montagne e sul bosco. Io non la conosco, è però intuisco confusamente che un disegno deve esserci, dietro questa bellezza. Ma i grandi non parlano di queste cose, e io non saprei chiamare quel disegno per nome.

(Marina Corradi: Da bambina – capitolo 10 Einaudi 2011)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI



LA FORMAZIONE A DISTANZA PER IL MEDICO COMPETENTE

A seguito del successo riscosso dal nostro primo progetto FAD sono stati riattivati i Corsi: Il Medico Competente e la formazione al primo soccorso in azienda (12 crediti ECM) e Fondamenti di biomeccanica applicati alla visita medica in azienda (5 crediti ECM). A partire dal 15 giugno sarà possibile frequentare on line anche il nuovo Corso : Aggiornamento sulla diagnostica delle dermatopatie allergiche professionali (12 crediti ECM).
I Corsi FAD saranno attivi fino a dicembre 2012, la partecipazione è a pagamento e sono previste agevolazioni per i Soci ANMA che si iscriveranno o rinnoveranno la quota associativa entro il 30 aprile 2012, termine della Campagna Associativa.
Da quest'anno, cliccando sul tasto HELP DESK della homepage di ANMAFAD, è attivo anche un servizio di assistenza didattica per gli iscritti ai Corsi di Formazione a Distanza.

www.anmafad.com

H San Raffaele Resnati

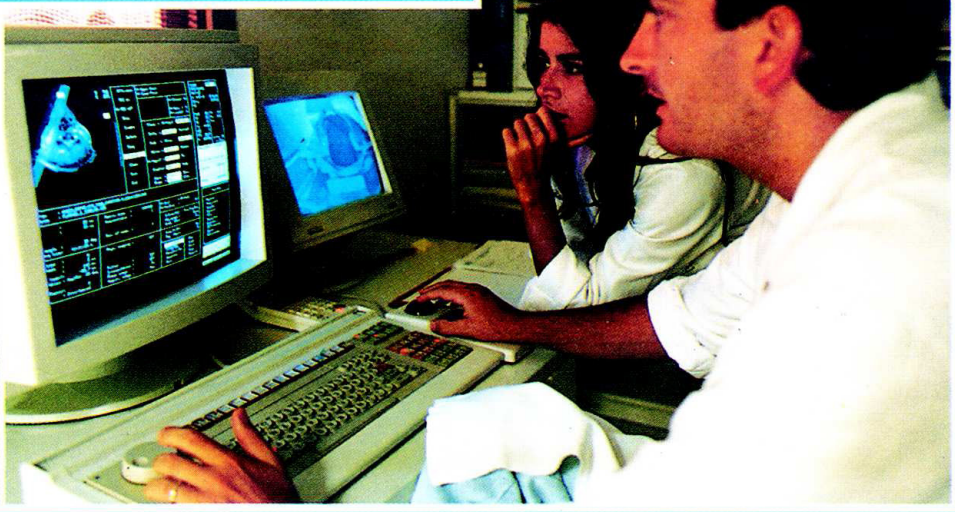
Servizi di Medicina Occupazionale





Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda





Laboratorio di Base e Specialistico - Laboratorio di Igiene Industriale - Ecologia - Tossicologia - Poliambulatorio - Imaging - Consulenza nel Campo della Sicurezza e dell'Infortunistica - Indagini Ambientali - Unità Mobili

H San Raffaele Resnati S.p.A.

Servizi di Medicina Occupazionale

Via Santa Croce 10/A - Tel. 02/58187512 - Fax 02/8321645

Per informazioni: Servizio Promozione e Sviluppo - Tel. 02/26432099