

Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione. Attualità e prospettive

Il consiglio direttivo ANMA

Il XXIX Congresso Nazionale dell'ANMA ha voluto come tema di fondo l'analisi della figura del Medico Competente (MC) come portatore di potenziale beneficio al sistema complessivo della prevenzione nella società. Un contributo che peraltro in molte realtà è già stato messo in campo con inequivocabili vantaggi per il sistema aziendale e per la collettività, e che vede un MC in grado di ricoprire un ruolo più ampio di consulente "globale", disancorato dal perimetro puramente legislativo legato alle attuali norme che disciplinano la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

CONTINUA A LEGGERE A PAGINA 4...



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

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

Federata FISM Federazione Italiana Società medico
Scientifiche

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

ANMA è un marchio registrato

Autorizzazione Tribunale di Milano
n.96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE:
Paolo Santucci

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

MARKETING E COMUNICAZIONE:
Serena Trincanato

PRESIDENTE: Giuseppe Briatico Vangosa

VICE PRESIDENTE: Umberto Candura

SEGRETARIO: Daniele Ditaranto

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Danilo Bontadi, Rino
Donghi, Anselmo Farabi, Giuseppe Olivetti, Francesco
Origlia, Pietro Antonio Patanè, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Talierno,
Mauro Valsiglio (*Verbale della commissione elettorale
a seguito del rinnovo delle cariche sociali per il
quadriennio 20012-2016*)

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI

Campania
Segr. Giuseppe Iannuzzi

Marche
Segr. Giuseppe Olivetti

Emilia Romagna
Segr. Mauro Valsiglio

Piemonte e Val d'Aosta
Segr. Valter Brossa

Lazio
Segr. Paolo Sanchioli

Puglia e Lucania
Segr. Antonio Lo Izzo

Liguria
Segr. Carlo Valchi

Trentino Alto Adige
Segr. Azelio De Santa

Lombardia
Segr. Luigi Aversa

Umbria
Segr. Anselmo Farabi

Veneto
Segr. Piero Patanè

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

TIPOGRAFIA: Nuova Jolly - 35030
Rubano (PD)

La quota associativa annuale per i Medici Competenti è di € 100,00.
Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna
quota e pertanto possono associarsi gratuitamente.

Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il
portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri
dati. Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato
tramite:

- carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)
- bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano
Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22





4

- Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione. Attualita' e prospettive
- L'elaborazione delle "migliori pratiche operative" (bep) quale strumento per misurare la qualita' del medico competente.

24

- Rischi per la salute da esposizione lavorativa a clima e microclima caldo
- I d.P.I. Dispositivi di protezione individuale – (ii parte)

36

L'addetto alla videosorveglianza è da considerarsi videoterminalista?

38

- La cronaca del 29° Congresso Nazionale ANMA Torino
- Congresso anma 26/28 maggio 2016, Torino. Mozione approvata

44

Le risposte dei nostri esperti ai quesiti di interesse generale

46

Dieci domande a...

48

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

IN PRIMO PIANO

CONTRIBUTI

UFFICIO E SALUTE

ATTUALITA'

ANMA RISPONDE

INTERVISTA

DA LEGGERE IN POLTRONA

Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione. Attualità e prospettive

Il consiglio direttivo ANMA

Di questa esperienza non si ha forse sufficiente conoscenza, e sicuramente non vi è una codifica comportamentale, né una base giuridico-normativa di indirizzo per l'applicazione delle "migliori pratiche operative". È un percorso che stiamo intraprendendo e che può trovare efficacia e sistematica diffusione attraverso un lavoro congiunto con gli interlocutori istituzionali.

Nei nostri documenti associativi abbiamo più volte sottolineato un passaggio quasi ineludibile, storicamente sostenuto dalle modifiche organizzative e demografiche del mondo del lavoro, verso una Medicina Occupazionale sempre più attenta alla dimensione della "persona al lavoro", identificata non più con il prototipo della popolazione mediamente sana, ma influenzata da fattori come l'età, il genere, la provenienza geografica, la tipologia contrattuale, che, insieme alla storia clinica, condizionano la sua particolare suscettibilità ai tradizionali rischi lavorativi, con ricadute negative sui livelli di tutela, sulle performance lavorative, sui sistemi previdenziali.

Nell'introduzione del documento che illustra la Strategia Europea 2014-2020 sulla Salute e Sicurezza del Lavoro si afferma che : " ...la salute e la sicurezza sul lavoro costituisce un interesse fondamentale della società nonché un investimento che influisce positivamente sulla produttività e la competitività delle imprese, oltre ad accrescere la sostenibilità dei sistemi previdenziali e a consentire alla popolazione di lavorare in buona salute sino al raggiungimento dell'età pensionabile legale ".

In tale contesto, anche il tema della "promozione della salute", per il quale il TU prevede per il MC un ruolo di "attuatore" e "valorizzatore", assieme a quello dell'"invecchiamento attivo" si stanno sempre più intrecciando fra loro. Il concetto di promozione della salute anche come strumento di "promozione del lavoro" è sempre più in evidenza vedendo convergere su di esso gli interessi dei lavoratori, delle imprese, del sistema previdenziale e del SSN.

Oggi appare prioritario quindi affrontare il tema della salute con **un approccio globale nella società**, con raccomandazioni e buone prassi che spaziano dagli ambienti di lavoro a quelli domestici, a quelli legati allo sport, al tempo libero, al rispetto dell'ambiente, alla lotta all'inquinamento ed al contrasto dei comportamenti a rischio.

È una visione "**olistica**" della salute pubblica che, oltre a superare una ormai anacronistica visione settoriale, punta il dito anche sul c.d. *gradiente sociale dell'aspettativa di salute*, e cioè su quei rilievi epidemiologici che dimostrano che quanto più bassa è la posizione sociale e la cultura delle persone tanto maggiore è il grado di morbilità e mortalità.

Questo orientamento diffuso nelle politiche di prevenzione, che è quello di ragionare in ottica di sistema per le naturali ricadute in termini di efficienza e risparmio dei costi nel raggiungimento dei risultati, sicuramente sta investendo anche la figura del Medico Competente.

ANMA attraverso l'osservazione dei propri Associati ha registrato che da anni il ruolo del MC ha travalicato il perimetro "giuridico" sancito dal T.U. Infatti è crescente la richiesta delle imprese al Medico Competente di una consulenza più ampia, basata su servizi e prestazioni a maggior valore aggiunto. Da soggetto statico e passivo, impegnato fundamentalmente dall'assolvimento degli obblighi di legge afferenti alla sorveglianza sanitaria, a soggetto attivo e dinamico, a supporto della comunità lavorativa nelle attività di valutazione e gestione dei rischi, formazione e, specialmente, nell'affronto di temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica.

Si tratta di aspetti riguardanti la tutela complessiva dell'impresa attraverso il contributo per la gestione in salute e sicurezza dei processi produttivi (consulenza ergonomica, formativa, gestione infortuni, scelta dei DPI ecc.), ma specialmente e sempre di più si tratta di problematiche e criticità inerenti il delicato sistema di gestione delle risorse umane e cioè dei lavoratori: disabilità, psicopatologie, reintegro e gestione dei lavoratori «fragili», «*adattamento ragionevole*», gestione delle inidoneità, promozione della salute, welfare aziendale.

Pertanto il MC è chiamato a fornire la sua consulenza per il raggiungimento di una serie di outcome strategici: il clima sociale, l'assenteismo, la dimensione degli infortuni, i costi assicurativi, l'adeguata collocazione dei lavoratori in relazione alle loro caratteristiche ed ai limiti, la promozione della capacità lavorativa, il miglioramento delle relazioni con gli enti di vigilanza e controllo, il miglioramento dell'immagine interna ed esterna dell'azienda; tali aspetti e competenze sono peraltro per la maggior parte ricompresi nello standard europeo per la formazione specialistica in Medicina del Lavoro dell'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Riteniamo che questa sia la naturale evoluzione del sistema a cui non ci si vuole e non ci si può sottrarre

Appare ovvio però che nel contesto declinato, ***l'impianto normativo del TU vacilla e risulta inadeguato ed insufficiente a sostenere le richieste che la comunità sociale avanza al Medico Competente.***

Tuttavia, nonostante questa domanda di servizi e prodotti vada al di là dei requisiti di legge, il MC non può che cercare di rispondere positivamente anche a questa domanda, mettendo in campo la sua competenza ed esperienza nell'affrontare problematiche complesse e la sua capacità di comprensione delle dinamiche complessive dell'impresa, testimoniando il suo effettivo livello d'integrazione nel «sistema».

Bisogna quindi assistere il cambiamento senza perdere di vista i riferimenti fondamentali e qualificanti della Medicina del Lavoro e della figura professionale del Medico Competente. Ci riferiamo al processo di valutazione dei rischi che rappresenta la cerniera per attuare pienamente la tutela della salute delle persone al lavoro. Da ormai troppo tempo si stigmatizza la relativa efficienza di un processo di valutazione del rischio che predilige aspetti tecnici e formali a discapito dell'analisi del reale impatto sulla salute dell'esposizione alle differenti noxae. Analisi che *diventa conditio sine qua non* per affrontare con successo il nuovo scenario delle malattie lavoro correlate e il reinserimento delle persone affette da deficit e disabilità.

Riteniamo maturi i tempi in cui il Medico Competente, dal suo osservatorio privilegiato sullo stato di salute dei circa 20 milioni di lavoratori sottoposti periodicamente a sorveglianza, passi da un ruolo di osservato speciale, di esecutore di una sorta di catena comando-controllo, ad uno più attuale di partner irrinunciabile per la promozione della salute pubblica.

ANMA, ribadendo l'impegno profuso in quasi trent'anni di lavoro per promuovere e tutelare la figura e il decoro professionale del Medico Competente, in coerenza con gli enunciati statutari, *in un contesto sociale e politico che vede un aumento delle aspettative nei suoi confronti*, investirà prioritariamente le proprie risorse per:

- 1) **migliorare la formazione e l'aggiornamento professionale continuo** di un Medico Competente *in grado di cogliere le dinamiche complessive dell'impresa e di affrontare la sfida di una tutela globale della salute*;
- 2) **rivisitare il contesto normativo** nel quale ci muoviamo per risolvere gli aspetti obsoleti e le numerose zone grigie da tempo in stagnazione (quali ad esempio la "collaborazione alla valutazione del rischio", l'"ibrido giuridico" del rapporto di collaborazione), ampliandone e disciplinandone invece gli aspetti innovativi;
- 3) **fare rete con il sistema di prevenzione rinforzando i rapporti con le Istituzioni e con le altre Associazioni** per condividere e diffondere le migliori pratiche operative;
- 4) **pubblicizzare l'impegno dell'Associazione a tutti i livelli** per favorire il raggiungimento degli obiettivi: maggiore promozione verso la pubblica opinione, più credibilità come comparto specialistico, più partnership territoriali e collaborazioni multidisciplinari, formazione interprofessionale, condivisione di dati epidemiologici, ecc.
- 5) **incrementare la base associativa quale strumento per raccogliere l'esperienza diffusa che riteniamo fattore critico di successo per la crescita reale di ogni professionista.**

Fine documento

Il Consiglio Direttivo ANMA



L'ELABORAZIONE DELLE "MIGLIORI PRATICHE OPERATIVE" (BEP) QUALE STRUMENTO PER MISURARE LA QUALITÀ DEL MEDICO COMPETENTE. Bep "accettazione dell'incarico di consulenza da parte del medico competente: dalla stesura del contratto/convenzione ai criteri per la formulazione del giudizio d'idoneità"

Gruppo di Lavoro ANMA: L. Aversa, G. Boschioli, D. Ditaranto, A. Farabi, F. Origlia, M. Valsiglio
(Coordinatore: D. Ditaranto)

PREMESSA

In questa «migliore pratica operativa» (BEP) descriviamo la sequenza delle attività che il medico competente (MC) deve mettere in atto dal momento in cui viene contattato da un'impresa per l'assunzione dell'incarico di consulenza e da quando, assunto l'incarico, diventa operativo.

Con riferimento all'articolo 39, comma 2, lettera a) del D. Lgs. 81/08 (TU), il "flusso" di attività descritto dalla BEP è stato incentrato sulla figura del MC libero professionista, che instaura un rapporto di consulenza direttamente con l'impresa, senza intermediazioni da parte di società di servizio e che subentra ad un collega, inserendosi in un quadro già definito.

Tuttavia nella BEP possono trovare numerosi spunti per la regolazione dei rapporti e la gestione dell'attività anche i MC che collaborano con una struttura esterna convenzionata con l'imprenditore od alle dipendenze dello stesso ai sensi, dell'articolo 39, comma 2, rispettivamente lettera b) e lettera c).

OBIETTIVO

Fornire al MC indicazioni operative per gestire le varie fasi:

- Dell'accettazione dell'incarico di consulenza;
- Dello svolgimento dell'incarico di consulenza.

STRUTTURA

La BEP è costituita da una sequenza di tabelle organizzate con le seguenti righe:

- Fase: con la fase dell'attività vengono indicati, quando esistenti, i riferimenti normativi;
- Azioni/Compiti: breve descrizione dell'azione o compito del MC;
- Responsabilità: di chi è la responsabilità per l'attuazione e la buona riuscita della fase;
- Obiettivi/Finalità che il MC si prefigge di raggiungere con l'attuazione della fase;
- Comportamenti/Flussi/Documenti: descrizione delle varie attività che il MC mette in atto per attuare la fase.

La tabella può essere integrata da documenti esplicativi od applicativi descritti in Allegati.

ACCETTAZIONE DELL'INCARICO

La seguente sequenza inizia dal momento in cui il MC viene contattato dall'impresa al fine di verificare la sua disponibilità ad assumere l'incarico:

1. L'incontro conoscitivo;
2. L'elaborazione dell'offerta;
3. La stipula del contratto;
4. La nomina.

1. L'incontro conoscitivo

FASE
L'INCONTRO CONOSCITIVO
AZIONI / COMPITI
A seguito del contatto, il MC propone l'organizzazione di un incontro auspicando la partecipazione del Datore di Lavoro o del dirigente delegato per la sicurezza, del RSPP, del RLS e del responsabile delle Risorse Umane (o di chi in azienda si occupa della loro gestione).
OBIETTIVI / FINALITA'
-Creare un momento di iniziale reciproca conoscenza fra chi in futuro potrebbe collaborare; -Acquisire un'iniziale conoscenza dell'impresa, da sviluppare ed approfondire successivamente, ma che può già fornire importanti informazioni sugli aspetti tecnici ed organizzativi, utili anche per l'eventuale seguente fase di elaborazione dell'offerta.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
Anche quando il contatto sfocia subito nella richiesta dell'offerta, è opportuno proporre un incontro conoscitivo preliminare. Il rifiuto potrebbe essere il segnale che quello che interessa veramente all'impresa è il costo della consulenza e non la sua qualità. In ogni caso l'elaborazione di un'offerta presuppone almeno una conoscenza di base dell'organizzazione e della "rischiosità" dell'impresa che implica l'acquisizione in occasione del contatto di una serie d'informazioni inerenti almeno i seguenti aspetti: -Dimensioni dell'impresa: numero dei dipendenti compresi i cosiddetti "atipici"; numero delle unità produttive e la loro delocalizzazione sul territorio; -Tipologia delle lavorazioni/produzioni; -Principali fattori di rischio con particolare attenzione a quelli per la salute raccogliendo, se possibile, informazioni anche sui livelli di esposizione. Anche se in questa fase preliminare non è solitamente possibile prendere visione del DVR, in occasione dell'incontro conoscitivo si possono comunque raccogliere molte informazioni in modo organizzato avvalendosi di una lista di controllo sul modello di quella proposta nell'ALLEGATO A. Opportuno presentarsi all'incontro anche con: -Il C.V.; -La copia dell'attestato del conseguimento del diploma di specializzazione; -Un'attestazione dell'iscrizione nell'elenco dei MC istituito presso il Ministero della salute; -La copia della parte della polizza sulla RC professionale attestante la sua stipula.

2. L'elaborazione dell'offerta

FASE
L'ELABORAZIONE DELL'OFFERTA

AZIONI / COMPITI
A seguito della richiesta, elaborare l'offerta per lo svolgimento dell'attività di MC.
RESPONSABILITA'
Medico Competente
OBIETTIVI / FINALITA'
Elaborare un'offerta coerente con le informazioni acquisite in questa fase sulla complessità organizzativa e la "rischiosità" dell'impresa.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
<p>L'offerta deve valorizzare tutte le prestazioni del MC e quindi i compiti collaborativi, partecipativi e relazionali che la normativa pone a suo carico oltre alle varie prestazioni di sorveglianza sanitaria.</p> <p>A tale proposito, in premessa dell'offerta, è opportuno precisare che tutti i compiti e le prestazioni riportate sono la "job description" del MC risultante dalle disposizioni degli articoli 25 (Obblighi del medico competente), 40 (Rapporti del Medico competente con il Servizio sanitario nazionale) e 41 (sorveglianza sanitaria) del TU.</p> <p>Un elenco indicativo dei compiti e delle prestazioni che devono essere considerate nell'offerta è riportato nell'ALLEGATO B.</p> <p>La valorizzazione può avvenire per tipologia di prestazione, per alcune anche con modalità forfettaria. Tuttavia risulta più coerente con il ruolo di consulente del MC il computo di un monte ore annuale di impegno omnicomprensivo per lo svolgimento di tutti i compiti e di tutte le prestazioni. A tale proposito si veda l'ALLEGATO C.</p>

3. La stipula del contratto

FASE
LA STIPULA DEL CONTRATTO
AZIONI / COMPITI
Sulla base dell'accettazione dell'offerta, elaborare e condividere l'accordo contrattuale.
RESPONSABILITA'
Medico Competente e Datore di Lavoro (o dirigente delegato).
OBIETTIVI / FINALITA'
<ul style="list-style-type: none"> -Definire e condividere le modalità che regolano l'attività di consulenza ed i rapporti tra le parti; -Definire i vari aspetti della collaborazione del MC alla valutazione dei rischi (VR).
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
<p>Il contratto:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deve definire in modo preciso le modalità di svolgimento dell'incarico, l'oggetto dell'incarico, i corrispettivi, le modalità di fatturazione e pagamento, la durata e le modalità di risoluzione anticipata del contratto; -Deve richiamare in modo esplicito le norme del TU che regolano il rapporto tra l'impresa ed il MC e gli obblighi informativi che la stessa ha nei suoi confronti: articoli 18, commi 1, lettera g-bis e 2 e 39, commi 4 e 5. <p>In particolare va precisato che gli obblighi informativi verso il MC in capo al datore di lavoro o al dirigente delegato ai sensi dell'articolo 18, comma 2, non sono limitati alla fase iniziale dell'incarico, ma devono essere un flusso continuo che permea tutta la sua durata.</p> <p>Ai sensi degli articoli 18, comma 1, lettera g) e 39, comma 4 del TU, attraverso il contratto devono essere individuate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le funzioni aziendali che s'impegnano ad assicurare al MC, all'inizio e per tutta la durata

dell'incarico, la continuità del flusso d'informazioni necessarie all'assolvimento dei suoi obblighi;

- La funzione aziendale che attiva la collaborazione del MC alla VR, anche in occasione degli aggiornamenti del documento di valutazione dei rischi (DVR).

Inoltre, sempre a proposito della collaborazione alla VR, è opportuno definire:

- In che cosa consiste fattivamente la collaborazione del MC;
- I rischi per la cui valutazione ci si avvale della collaborazione del MC, in rapporto alle sue specifiche competenze e conoscenze.

L'ALLEGATO D propone un modello di contratto.

4. La nomina

FASE
LA NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE Riferimenti: articoli 2, comma 1, lettera h) e 18, comma 1, lettera a)
AZIONI / COMPITI
A seguito della stipula del contratto, il Datore di Lavoro o il dirigente delegato, nomina il MC.
RESPONSABILITA'
Datore di Lavoro o il dirigente delegato.
OBIETTIVI / FINALITA'
Dare evidenza al conferimento dell'incarico.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
La nomina richiama i vari aspetti regolatori del rapporto professionale precisati nel contratto. Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lettera c) del TU, nella nomina va specificato il luogo concordato per la custodia con la salvaguardia del segreto professionale delle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori sottoposti alla sorveglianza sanitaria. L'ALLEGATO E propone un modello per la nomina del MC.

SVOLGIMENTO DELL'INCARICO

La seguente sequenza di azioni scatta dal momento in cui il medico riceve la nomina e quindi assume l'incarico di MC dell'impresa:

1. La conoscenza dell'impresa ed il suo mantenimento nel tempo;
2. L'operatività e la sua gestione;
3. La collaborazione alla valutazione e gestione dei rischi;
4. La collaborazione all'informazione e formazione dei lavoratori;
5. La collaborazione all'organizzazione del servizio di primo soccorso;
6. La visita degli ambienti di lavoro;
7. La partecipazione alla riunione ex articolo 35 – La relazione sanitaria;
8. La programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria;
9. L'espressione del giudizio d'idoneità;
10. Attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute;
11. L'attività di consulenza all'impresa.

Per lo svolgimento dell'incarico di MC, si veda anche il "Manuale operativo del Medico Competente" (www.anma.it).

1. La conoscenza dell'impresa ed il suo mantenimento nel tempo

FASE
LA CONOSCENZA DELL'IMPRESA ED IL SUO MANTENIMENTO NEL TEMPO Riferimenti: articolo 18, comma 2 e 39, comma 4
AZIONI / COMPITI
Attraverso la consultazione di documenti, i sopralluoghi negli ambienti di lavoro e le relazioni con le varie funzioni aziendali, conoscere e mantenere nel tempo la conoscenza: -Dell'organizzazione aziendale per la produzione e la sicurezza; -Degli aspetti tecnici ed organizzativi che determinano i profili di rischio; -Dell'andamento infortunistico e delle malattie professionali (MP); -Delle misure preventive e protettive adottate per la gestione dei rischi.
RESPONSABILITA'
Medico Competente e tutta l'organizzazione aziendale. Infatti il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, deve assicurargli le condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti, garantendone l'autonomia, e mantenere costantemente attivo il flusso delle informazioni necessarie al MC per attuarli.
OBIETTIVI / FINALITA'
Consentire al MC di: -Acquisire le conoscenze per poter basare la propria attività sulle «evidenze» e, quindi, per essere messo nelle condizioni di poter essere «efficace» ed «efficiente», facendo le cose giuste, «appropriate», per raggiungere gli obiettivi con l'impiego delle minori risorse possibili; -Mantenere il "controllo operativo" sulla sua attività.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
La conoscenza dell'impresa è un processo dinamico che segue l'evoluzione tecnica ed organizzativa della stessa. Pertanto il flusso informativo previsto dall'articolo 18, comma 2 del TU deve essere un "continuum" che dalla fase iniziale, successiva all'assunzione dell'incarico, si mantiene nel tempo permeandone tutta la durata. L'acquisizione, il mantenimento e l'aggiornamento della conoscenza si concretizzano all'assunzione e durante l'incarico attraverso varie attività: -"A tavolino": consultazione di documenti e dei loro aggiornamenti. Un elenco indicativo è riportato nell'ALLEGATO F; -"Sul campo": attraverso i sopralluoghi negli ambienti di lavoro; -Di costruzione e mantenimento nel tempo di una rete di "relazioni" con le varie figure aziendali della sicurezza, del personale e della produzione. Tra queste attività, quelle relazionali sono cruciali: -Per integrare e completare le informazioni acquisite attraverso i documenti ed i sopralluoghi; -Per percepire le "sensibilità" aziendali in materia di tutela della salute; -Per favorire l'integrazione del MC nel "sistema", facilitandolo sia nell'attuazione dei vari compiti, che nell'accesso al flusso delle informazioni necessarie per mantenere sempre attuale la sua conoscenza dell'impresa e, quindi, fondamentali per consentirgli di conservare il "controllo operativo" sulla sua attività.

2. L'operatività e la sua gestione

FASE
L'OPERATIVITA' E LA SUA GESTIONE Riferimenti TU: articoli 18, comma 1, lettera g), comma 2, 25, 39, comma 4, 40 e 41
AZIONI / COMPITI
In base alle disposizioni legislative ed attraverso l'integrazione ed elaborazione delle informazioni acquisite nella precedente fase conoscitiva (input), il MC diventa operativo attuando i suoi compiti e cioè i prodotti" (output) con i quali contribuisce alla tutela della salute dei lavoratori.
RESPONSABILITA'
Medico Competente e tutta l'organizzazione aziendale. Infatti il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, deve richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico, assicurargli le condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti, garantendone l'autonomia, e mantenere costantemente attivo il flusso delle informazioni necessarie al MC per attuarli.
OBIETTIVI / FINALITA'
Realizzare la compliance normativa con le disposizioni degli articoli 25 e 41 del TU.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
In funzione delle caratteristiche dell'impresa, il MC si deve organizzare per attuare i vari compiti collaborativi, partecipativi e per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria. Per il mantenimento del "controllo operativo" sull'attività, le fasi operativa e conoscitiva devono evolvere insieme. Infatti la fase conoscitiva consente al MC di acquisire le "evidenze" su cui basare la sua operatività che, pertanto, deve subire nel tempo degli adeguamenti per potergli consentire di continuare a fare le cose "appropriate" all'evoluzione tecnica ed organizzativa dell'impresa. L'attuazione dei compiti presuppone una gestione documentale ed amministrativa finalizzata al funzionamento ed all'efficienza che comporta: -L'acquisizione dei documenti necessari per l'attuazione dei vari compiti; -L'elaborazione di documenti di lavoro: modulistica, tabelle, prospetti, profili, schede, scadenziari, ecc.; -La produzione di documenti: protocolli, giudizi, verbali, attestati, relazioni, ecc.; -La necessità di stabilire con l'organizzazione aziendale delle prassi condivise per adempiere ai compiti che risultano difficili da rendere effettivi.

3. La collaborazione alla valutazione e gestione dei rischi

FASE
LA COLLABORAZIONE ALLA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI Riferimenti TU: articoli 25, comma 1 e 58, comma 1, lettera c) del TU
AZIONI / COMPITI
In base alle disposizioni normative ed agli accordi presi attraverso il contratto, il MC collabora con il datore di lavoro ed il SPP alla VR.
RESPONSABILITA'
Medico Competente e tutta l'organizzazione aziendale. Infatti il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, deve richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico, assicurargli le condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti, garantendone l'autonomia, e mantenere costantemente attivo il flusso delle

informazioni necessarie al MC per attuarli.

OBIETTIVI / FINALITA'

- Acquisire la conoscenza dei "rischi" presenti nel ciclo produttivo, della loro entità ed organizzarli nei "profili di rischio delle mansioni specifiche", di cui si propone un modello nell'ALLEGATO G, strumento necessario per l'elaborazione dei "protocolli sanitari" (si veda più avanti).
- Conoscere le modalità con cui avviene l'esposizione evidenziandone le eventuali criticità ai fini della collaborazione alla predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela.

COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI

All'assunzione dell'incarico, il MC richiede in visione il DVR

Contestualmente all'esame del documento, risultato di una VR cui non ha collaborato, il MC effettua un accurato sopralluogo negli ambienti di lavoro congiuntamente con il RSPP, per acquisire la conoscenza diretta degli aspetti tecnici ed organizzativi dei cicli lavorativi.

L'esame del DVR deve essere approfondito e qualora da esso emergano delle incoerenze o delle carenze, il MC relaziona per iscritto al datore di lavoro ed al SPP chiedendo chiarimenti, integrazioni ed anche modifiche.

Durante l'incarico, il MC non viene coinvolto nella VR

Gli vengono soltanto sottoposti gli aggiornamenti del DVR con la richiesta di firmarli.

In tali casi MC deve tenere presente che la firma è un atto che lo corresponsabilizza per i risultati di una valutazione cui non ha collaborato e che, da sola, la firma non dimostra l'assolvimento dell'obbligo di collaborazione alla VR.

Pertanto, anche per smarcarsi dalle responsabilità, il MC:

- Innanzitutto richiama per iscritto al datore di lavoro alle sue responsabilità per il coinvolgimento del MC nella VR ricordando la normativa del TU (articoli 2, comma 1, lettera h), 18, comma 1, lettera g), 25, comma 1, lettera a), 29, comma 1 e 39, comma 4 del TU) e gli accordi contrattuali (ALLEGATO D);
- Esamina in modo accurato il DVR e relaziona per iscritto il datore di lavoro ed il SPP comunicando le sue osservazioni sulle incoerenze o carenze rilevate formulando le richieste per il loro superamento;
- Nella stessa relazione comunica gli eventuali profili di rischio non contemplati dal DVR di cui è venuto a conoscenza di "scienza propria" attraverso le visite degli ambienti di lavoro, le informazioni ricevute dai lavoratori durante la sorveglianza sanitaria sui rischi "percepiti", le segnalazioni del RLS.

Anche se la firma del DVR è un atto dovuto, finalizzato ad attestare la "data certa" della sua redazione, il MC la apporrà soltanto quando il documento sarà stato aggiornato.

Durante l'incarico il MC collabora alla VR

In tal caso il MC deve essere consapevole che la qualità della VR può essere soltanto il risultato di un approccio di tipo "sistemico", multidisciplinare, fondato sul lavoro di squadra: un "insieme" di competenze e conoscenze tecniche e sanitarie risultanti dalla collaborazione tra il SPP ed il MC.

Operando nell'ambito dei confini condivisi nel contratto, il MC trova la sua specificità nella collaborazione alla VR attraverso la sua capacità:

- Di stimare la risposta biologica delle esposizioni agli agenti fisici, chimici e biologici;
- Di definire i casi in cui è necessaria la programmazione della sorveglianza sanitaria.
- Di evidenziare le situazioni critiche non ancora considerate nel DVR;
- Di evidenziare le situazioni che rendono il lavoratore più sensibile all'esposizione: condizioni di ipersuscettibilità ed interazioni o sinergie tra fattori di rischio dello stesso gruppo o di gruppi diversi;
- Di evidenziare durante la sorveglianza sanitaria dei gruppi omogenei di lavoratori anomalie dello stato di salute che motivano l'aggiornamento della VR.

La collaborazione alla gestione dei rischi

La collaborazione del MC non è richiesta soltanto nella fase VR, ma anche per la predisposizione dell'attuazione delle misure di tutela della salute e quindi nella fase che consegue alla VR e cioè quella della "Gestione dei Rischi": in relazione ai risultati della VR, individuare, documentare ed adottare, in base ad un piano di miglioramenti, le misure preventive e protettive per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori adattandole alle specificità delle situazioni lavorative.

In tale ambito il MC deve:

-In occasione delle riunioni ex articolo 35, nell'ambito della comunicazione ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera i), fornire indicazioni ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute in base ai risultati della sorveglianza sanitaria;

- Collaborare con il datore di lavoro ed il SPP per individuare le misure generali e specifiche di tutela nel rispetto della normativa specifica ed ispirandosi ai principi dell'articolo 15 del TU, "Misure generali di tutela", con un particolare riguardo per quell'insieme di misure che gerarchicamente delineano gli aspetti sostanziali della strategia preventiva (articolo 15, comma 1, lettere c), e), f) ed i):

- I. Eliminare i rischi;
- II. Se non è possibile, ridurli al minimo in base alle conoscenze acquisite attraverso il progresso tecnico dando priorità alle misure di protezione collettiva: per mezzo di un piano di miglioramenti ridurre i rischi alla fonte attraverso misure tecniche, organizzative e procedurali e sostituire ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso;
- III. Riservando le misure di protezione individuale alla gestione del rischio "residuo".

4. La collaborazione all'informazione e formazione dei lavoratori

FASE
LA COLLABORAZIONE ALL'INFORMAZIONE E FORMAZIONE DEI LAVORATORI Riferimenti TU: articoli 25, comma 1, lettera a), 36 e 37
AZIONI / COMPITI
Assumere un ruolo proattivo proponendosi al datore di lavoro ed al SPP per collaborare all'informazione e alla formazione dei lavoratori per la parte di competenza.
RESPONSABILITA'
Medico Competente e tutta l'organizzazione aziendale. Infatti il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, deve richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico, assicurargli le condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti, garantendone l'autonomia, e mantenere costantemente attivo il flusso delle informazioni necessarie al MC per attuarli.
OBIETTIVI / FINALITA'
Tutelare la salute del lavoratore responsabilizzandolo e rendendolo consapevole dell'importanza dei suoi comportamenti.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
Il MC è l'unica figura del sistema di prevenzione aziendale per la quale il TU prevede esplicitamente l'obbligo di collaborare all'attività di formazione ed informazione dei lavoratori. Ai sensi dell'articolo 1 del Decreto Interministeriale del 6 marzo 2013, si considera qualificato il "formatore in materia di salute e sicurezza sul lavoro", che possiede il "prerequisito" (diploma di scuola secondaria di secondo grado) ed uno dei "criteri" elencati nell'allegato al Decreto. Pertanto, per lo svolgimento dell'attività di formatore, al MC non resta che verificare il possesso di uno di questi "criteri".

Il MC deve essere consapevole che la collaborazione alla formazione dei lavoratori è il primo e fondamentale atto con cui collabora alla “predisposizione dell’attuazione delle misure di tutela della salute dei lavoratori”.

Infatti, nella strategia preventiva, la formazione è una delle misure di tutela fondamentali: la formazione (saper essere) è finalizzata a trasferire conoscenze affinché i lavoratori diventino “consapevoli” delle conseguenze che possono derivare dai loro comportamenti errati (mancato rispetto delle procedure ed istruzioni di lavoro, non uso dei DPI, assunzione di alcol o di stupefacenti, ecc.) e, quindi, si “responsabilizzino” sulla fondamentale importanza del loro ruolo nella prevenzione degli infortuni e delle MP: svolgimento dei loro compiti sempre in condizioni di sicurezza, prendendosi cura della propria ed altrui salute anche alla luce delle disposizioni dell’articolo 20 del TU.

Ex lege il MC deve collaborare alla formazione dei lavoratori “per la parte di competenza”. Pertanto i “confini” di questa collaborazione sono quelli condivisi attraverso il contratto per la sua collaborazione alla VR (ALLEGATO D) con un importante allargamento alla materia del Primo Soccorso.

In particolare il MC:

- Collabora all’individuazione dei bisogni formativi;
- Collabora alla definizione del piano formativo;
- Effettua le docenze per la formazione specifica sui rischi per la salute;
- Elabora le parti del test di apprendimento di sua competenza.

L’ALLEGATO H riporta un elenco indicativo degli argomenti che il MC deve sviluppare durante la formazione.

5. La collaborazione all’organizzazione del servizio di primo soccorso

FASE
<p style="text-align: center;">LA COLLABORAZIONE ALL’ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO</p> <p>Riferimenti: articoli 18, comma 1, lettera b), 25, comma 1, lettera a) e 45 del TU – DM 388/2003</p>
AZIONI / COMPITI
In base ai particolari tipi di lavorazione ed esposizione ed alle peculiari modalità organizzative del lavoro, collaborare con il DL per l’organizzazione del servizio.
RESPONSABILITA’
<p>Datore di Lavoro.</p> <p>Il datore di lavoro, ai sensi dell’articolo 45 del TU, sanzionato all’articolo 55, comma 5, lettera a), deve sentire il MC, che, a sua volta, è obbligato a collaborare.</p> <p>Peraltro, trattandosi di un argomento prettamente sanitario, già in occasione dell’incontro conoscitivo il MC si dovrà informare sull’organizzazione del servizio in modo da chiarire fin dall’inizio il suo coinvolgimento.</p>
OBIETTIVI / FINALITA’
Organizzare un servizio che attraverso del personale non qualificato, i cosiddetti “soccorritori laici”, sia in grado di prestare il “primo aiuto” ad una vittima di un infortunio o di un malore nell’intervallo di tempo che decorre tra l’evento e l’arrivo dell’ambulanza.
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
<p>Il servizio di primo soccorso è parte integrante del Piano aziendale per la gestione delle emergenze.</p> <p>Il MC collabora con il datore di lavoro alla sua organizzazione in particolare per i seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Classificazione dell’azienda in gruppo A, B o C in base alla rischiosità delle attività (DVR) ed alle

dimensioni aziendali (articolo 1 del DM 388/2003);

-A seconda della complessità dell'organizzazione aziendale, elaborazione di una procedura, di un'istruzione o di una prassi (anche nelle piccole organizzazioni la gestione del primo soccorso non può essere lasciata al caso), per la definizione:

- Dei presidi e delle attrezzature (articoli 2 e 4 del DM 388/2003): cassetta di primo soccorso, pacchetto di medicazione, mezzi di comunicazione e di trasporto. Individuazione, in relazione ai pregressi incidenti (esplosioni, incendi, crolli ecc.), alla presenza di lavoro in solitario, in altezza o in ambienti confinati, alle caratteristiche dei rischi da "interferenza", "circostanti" o "territoriali", degli equipaggiamenti, delle attrezzature, dei DPI e delle specifiche procedure necessarie per la gestione degli eventi che possono conseguire a queste situazioni. Definizione delle modalità di gestione dei presidi e delle attrezzature: collocazione, contenuti, segnaletica, cartellonistica, responsabilità per la manutenzione, i reintegri e le sostituzioni. La disponibilità di farmaci va prevista soltanto nei casi in cui l'organizzazione è dotata di un presidio con presenza di personale medico e paramedico;
- Dei requisiti degli addetti al primo soccorso: numero definito in funzione del numero di lavoratori, della turnistica, della pericolosità delle lavorazioni e della dislocazione degli ambienti di lavoro. La normativa non prevede per gli addetti una specifica sorveglianza sanitaria. Tuttavia la loro individuazione nell'ambito del personale in sorveglianza sanitaria consente il monitoraggio del loro stato di salute. Per il personale impiegatizio videoterminalista potrà essere condivisa una periodicità biennale della sorveglianza sanitaria indipendentemente dall'età, riportandone le motivazioni nel DVR. Opportuno escludere dall'incarico i lavoratori con gli esiti di importanti patologie specialmente muscoloscheletriche, cardiache, respiratorie e neurologiche. Per quanto riguarda la formazione degli addetti il MC deve assumere il ruolo di protagonista essendo la figura sanitaria che ha la diretta conoscenza della realtà aziendale. Anche nei casi in cui non attua direttamente la formazione, deve comunque avere il controllo sul suo regolare svolgimento verificandone la conformità ai requisiti stabiliti dell'articolo 3 del DM 388/2003;
- Dei flussi operativi: chi fa, che cosa nelle fasi successive all'evento sia per quanto gli aspetti operativi che quelli inerenti le comunicazioni. In tale ambito è necessario stabilire i casi in cui //è necessario garantire il raccordo con i servizi esterni o specifici "tutoraggi" per la presenza di disabili motori, sensoriali o psichici.

La procedura/istruzione/prassi deve essere condivisa con gli Addetti al PS e con il RLS.

Una sintesi dei "flussi operativi" deve essere comunicata a tutti i lavoratori e consegnata anche ai visitatori insieme alle informazioni sui comportamenti da adottare in caso di emergenza.

6. La visita degli ambienti di lavoro

FASE
LA VISITA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO Riferimenti TU: articoli 25, comma 1, lettera l)
AZIONI / COMPITI
Il MC visita almeno una volta all'anno gli ambienti di lavoro. Una cadenza diversa stabilita dal MC in base alla VR deve essere comunicata al datore di lavoro per la sua annotazione nel DVR.
RESPONSABILITA'
Medico Competente
OBIETTIVI / FINALITA'
E' uno degli strumenti che consente al MC, all'inizio dell'incarico, di acquisire la conoscenza

dell'impresa e, durante l'incarico, di mantenerla conservando il controllo operativo sui suoi compiti.

COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI

Anche se la norma non la prevede più, la visita congiunta con il RSPP è opportuna all'inizio dell'incarico, indipendentemente dalla tipologia dell'impresa, in occasione dei primi sopralluoghi negli ambienti di lavoro e dovrebbe essere una costante nelle imprese del settore secondario.

Sempre opportuno anche il coinvolgimento del RLS e delle altre figure aziendali in grado di garantire un efficace confronto "on the job" sulle eventuali criticità emerse durante il sopralluogo e sulla validità delle misure preventive adottate.

Durante la visita il MC ha la possibilità di verificare:

- La coerenza della situazione con i profili di rischio documentati nel DVR;
- La conseguente adeguatezza dei protocolli sanitari applicati;
- La necessità di interventi tecnici od organizzativi per il miglioramento delle misure di protezione collettiva;
- La necessità di nuove o più approfondite indagini ambientali;
- Il livello di formazione dei lavoratori sul corretto uso dei DPI e sul rispetto delle procedure;
- Il rispetto delle prescrizioni/limitazioni espresse attraverso i giudizi d'idoneità.

Conseguentemente attraverso la visita il MC acquisisce conoscenze per:

- Collaborare alla valutazione e gestione dei rischi;
- Confermare o modificare il protocollo sanitario.
- Collaborare alla programmazione dell'esposizione dei lavoratori;
- Collaborare all'individuazione dei bisogni formativi dei lavoratori.

Sebbene non esplicitamente prevista dalla normativa, l'attestazione della visita, oltre ad essere necessaria dal punto di vista della gestione documentale, testimonia l'attuazione da parte del MC di uno dei suoi compiti cruciali anche per dimostrare la sua collaborazione alla VR. L'ALLEGATO I propone un modello di attestazione.

Il riscontro durante la visita degli ambienti di lavoro di eventuali criticità, implica invece la redazione da parte del MC di una specifica relazione indirizzata al datore di lavoro ed al RSPP. Con la descrizione delle criticità, il MC propone quanto ritiene necessario per il loro superamento.

7. La partecipazione alla riunione ex articolo 35 – La relazione sanitaria

FASE

LA PARTECIPAZIONE ALLA RIUNIONE EX ARTICOLO 35 – LA RELAZIONE SANITARIA

Riferimenti TU: articoli 25, comma 1, lettera i) e 35

AZIONI / COMPITI

Il MC in occasione della riunione ex articolo 35 del TU comunica per iscritto i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria, fornendo indicazioni sul loro significato ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute dei lavoratori.

La comunicazione avviene mediante una relazione sanitaria che viene allegata al verbale della riunione.

RESPONSABILITA'

Medico Competente.

OBIETTIVI / FINALITA'

Riunendo le varie figure del sistema di prevenzione aziendale, costituisce il momento del "riesame della direzione":

- In ingresso (input): analisi dei vari dati sullo stato della gestione della salute e della sicurezza:

stato del DVR, andamento degli infortuni e delle MP, risultati della sorveglianza sanitaria, efficacia dei DPI e stato ed efficacia dei programmi di formazione;
 -In uscita (output): attraverso l'elaborazione degli input, si definiscono gli obiettivi di miglioramento del sistema.

COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI

Durante la riunione il MC contribuisce sia alla fase di input che a quella di output.
 Gli input sono le informazioni ed i dati che il MC fornisce durante la riunione attraverso la presentazione della relazione sanitaria e la rendicontazione delle varie attività svolte durante l'anno: sopralluoghi negli ambienti di lavoro e varie attività collaborative: valutazione e gestione dei rischi, formazione dei lavoratori, organizzazione del servizio di primo soccorso e promozione della salute.

Gli output sono le varie proposte di azioni migliorative conseguenti all'elaborazione degli input:

- Aggiornamenti del DVR;
- Adeguamenti del programma di sorveglianza sanitaria;
- Richiamo al rispetto dei giudizi d'idoneità parziale;
- Interventi tecnici ed organizzativi per migliorare le misure di protezione collettiva;
- Ricerca di DPI più efficaci;
- Interventi formativi finalizzati a soddisfare i bisogni formativi dei lavoratori;
- Richieste di monitoraggio ambientali;
- Proposte di programmi volontari di promozione della salute.

In particolare la relazione sanitaria non si deve limitare ad una comunicazione puramente quantitativa dei risultati sullo stato di salute della popolazione lavorativa, ma, ex lege, deve anche fornire un'interpretazione di quei risultati finalizzata ad evidenziare le situazioni critiche o le novità meritevoli di interventi di miglioramento.

L'ALLEGATO L riporta la proposta di un modello di relazione sanitaria.

8. La programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria

FASE

LA PROGRAMMAZIONE ED EFFETTUAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

Riferimenti TU: articoli 18, comma 1, lettere g), g-bis), bb) e comma 2, 25, comma 1, lettere a) e b), 39, commi 4 e 5 e 41 - Provvedimenti della conferenza Stato – Regioni del 30.10.2007 e del 18.09.2008 - Legge 125/01 - Provvedimento della conferenza Stato – Regioni del 16.03.2006

AZIONI / COMPITI

Con riferimento alle disposizioni normative, il MC si attiva per effettuare le varie attività di sorveglianza sanitaria.

RESPONSABILITA'

Medico Competente e tutta l'organizzazione aziendale.

Infatti il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, deve richiedere al MC l'osservanza degli obblighi previsti a suo carico, assicurargli le condizioni necessarie allo svolgimento dei suoi compiti, garantendone l'autonomia, e mantenere costantemente attivo il flusso delle informazioni necessarie al MC per attuarli.

Inoltre il datore di lavoro deve:

- Inviare i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria;
- Comunicare tempestivamente al MC le cessazioni dei rapporti di lavoro;
- Vigilare affinché i lavoratori per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti

alla mansione specifica senza il prescritto giudizio d'idoneità.

OBIETTIVI / FINALITA'

Tutelare la salute del lavoratore attraverso la verifica della compatibilità tra il suo stato di salute e lo svolgimento della sua mansione specifica:

- Identificare i segni precoci delle patologie professionali;
- Individuare le condizioni di ipersuscettibilità;
- Evidenziare le possibili interazioni o sinergie tra fattori di rischio o con gli stili di vita;
- Verificare, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, l'assenza di condizioni di abuso/dipendenza (alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope).

COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI

La qualità della sorveglianza sanitaria dipende dal grado di collaborazione del MC alla VR.

Non a caso, in una logica gerarchica, il primo obbligo attribuito al MC dall'articolo 25 del TU è proprio la sua collaborazione alla VR. Infatti soltanto attraverso la conoscenza dei rischi il MC potrà attuare in modo efficace tutti gli altri obblighi posti a suo carico dalla normativa, compresa la sorveglianza sanitaria.

D'altra parte l'articolo 25 dispone questa collaborazione proprio anche ai fini della programmazione della sorveglianza sanitaria.

Per la programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria il MC necessita dei seguenti documenti e strumenti di lavoro:

-L'elenco dei lavoratori che svolgono le attività lavorative "a rischio" per la salute in base agli esiti della VR: elenco nominativo, suddiviso per mansione, prodotto dall'organizzazione aziendale ed oggetto di aggiornamenti in relazione alla mobilità interna ed esterna del personale. L'elenco deve comprendere tutti i lavoratori con tipologie contrattuali per le quali la normativa prevede l'obbligo di sorveglianza sanitaria;

-I "Profili di rischio della mansione specifica" (ALLEGATO G): conformi ai risultati della VR documentati nel DVR, elaborati dal MC in base alla Griglia di graduazione dell'entità del rischio. E' un documento fondamentale anche per l'elaborazione del Protocollo sanitario. Deve essere aggiornato in relazione ai cambiamenti dell'esposizione;

-Il Protocollo sanitario: definito dal MC in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati. Il Protocollo sanitario è il documento cardine di tutta la programmazione sanitaria definendo gli accertamenti clinici necessari per accertare l'idoneità del lavoratore alla mansione specifica. Anch'esso è oggetto di aggiornamenti in relazione ai cambiamenti dei Profili di rischio. Il Protocollo sanitario viene comunicato dal MC al datore di lavoro, che lo approva (gli oneri degli accertamenti sono a suo carico) e, tramite il SPP, lo allega al DVR. L'ALLEGATO M propone un modello di Protocollo sanitario.

Sempre ai fini della programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria, vanno definite e concordate le modalità di comunicazione (strumenti e tempi) tra l'organizzazione aziendale ed il MC riguardanti:

-Il personale neo-assunto con le varie tipologie contrattuali per le quali la normativa prevede l'obbligo di sorveglianza sanitaria;

-Le cessazioni dei rapporti di lavoro;

-I cambiamenti di mansione.

In base all'esperienza i seguenti obblighi risultano difficili da rendere effettivi:

-Consegna al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, della copia della cartella sanitaria e di rischio;

-Effettuazione puntuale della visita medica precedente la ripresa del lavoro dopo assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi;

-Effettuazione contestuale alla cessazione del rapporto di lavoro della visita degli esposti ad

agenti chimici e ad amianto;

-Effettuazione tempestiva della visita richiesta dal lavoratore;

-Rispetto delle scadenze delle visite mediche periodiche.

Per questi obblighi dovranno essere stabilite e condivise con l'organizzazione delle prassi che individuino delle soluzioni ragionevoli per il loro adempimento. In particolare:

-Per la consegna della copia della cartella sanitaria e di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro si rimanda al "Manuale operativo del Medico Competente" (www.anma.it) dove sono proposte numerose soluzioni operative. Va ricordato che con la consegna della cartella sanitaria l'articolo 25, comma 1, lettera e) prevede che il MC fornisca al lavoratore anche le informazioni necessarie relative alla conservazione della medesima. Pertanto, quando la consegna della cartella avviene mediante la sua spedizione al domicilio del lavoratore (raccomandata AR), è opportuno allegare un modulo esplicativo di cui l'ALLEGATO N ne propone un modello;

-Per l'effettuazione della visita medica precedente la ripresa del lavoro dopo assenza protratta, è necessario che il MC venga allertato con almeno cinque giorni di anticipo. In ogni caso va condiviso un termine entro il quale la visita deve essere comunque effettuata (due – tre giorni);

- Anche per l'effettuazione della visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro degli esposti agli agenti chimici e ad amianto, è necessario che il MC venga allertato con almeno cinque giorni di anticipo;

-Per l'effettuazione della visita medica richiesta è necessario concordare un termine entro il quale deve essere effettuata (quattro - cinque giorni);

-Per il rispetto delle periodicità delle visite mediche, il MC deve innanzi tutto richiamare l'attenzione del datore di lavoro sull'articolo 18, comma 1, lettera g) (sanzionato). Da parte sua, il MC deve impegnarsi per cercare di far cadere la periodicità delle visite mediche nello stesso periodo e registrare in cartella i motivi che determinano degli scostamenti significativi della programmazione.

Ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera d), alla cessazione dell'incarico il MC consegna al datore di lavoro la documentazione sanitaria in suo possesso nel rispetto delle disposizioni sulla privacy e con la salvaguardia del segreto professionale. L'ALLEGATO O propone un modello di modulo per attestare questa consegna.

9. L'espressione del giudizio d'idoneità

FASE
L'ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO D'IDONEITA' Riferimenti: articoli 41, commi 6, 6-bis, 7 e 9 e 42 del TU
AZIONI / COMPITI
Confrontare il «profilo di rischio» della mansione specifica, valutato e documentato nel DVR, ed il «profilo sanitario» del lavoratore che dipende dalle patologie in atto o pregresse, dalle condizioni di ipersuscettibilità e dalle sue abitudini e stili di vita.
RESPONSABILITA'
La responsabilità dell'espressione del giudizio d'idoneità è del Medico Competente. Il datore di lavoro, tramite la sua organizzazione, ha la responsabilità di attuare le misure, limitazioni, prescrizioni o inidoneità, indicate nel giudizio dal MC a tutela della salute del lavoratore.
OBIETTIVI / FINALITA'
Tutelare la salute del lavoratore. Nei casi d'inidoneità, impegnarsi affinché il giudizio non diventi causa di emarginazione o

addirittura di esclusione per il lavoratore.

COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI

Il «giudizio d' idoneità alla mansione specifica» è il prodotto finale della sorveglianza sanitaria ed il più evidente dell'attività del MC.

Soltanto a seguito della collaborazione alla VR il MC può acquisire la piena conoscenza dei «profili di rischio» delle mansioni specifiche e quindi:

- attuare un confronto fondato tra questi profili ed il «profilo sanitario» del lavoratore;
- esprimere un giudizio coerente con questi profili;
- supportare il lavoratore e l'impresa nell'individuazione di una mansione alternativa nei casi d' inidoneità.

Il MC nell'espressione del giudizio d' idoneità ha come obiettivo primario la tutela dello stato di salute del lavoratore.

Tuttavia, nella consapevolezza della forte reciprocità esistente tra salute e lavoro, il MC deve anche tenere in evidenza le implicazioni negative che l'accertamento dell' inidoneità può avere per il lavoratore, soprattutto quando opera in una piccola impresa, peraltro di gran lunga preponderanti nella nostra realtà produttiva, ove spesso non esistono le condizioni per il suo "ripescaggio" ai sensi dell'articolo 42 del TU.

Questa responsabilità è implicitamente richiamata nell'art. 9 del «Codice di comportamento del medico competente» dell'ANMA: *"...Allorquando viene espresso un giudizio di non idoneità o di idoneità limitata...questi deve essere formulato su basi documentate ed oggettive e deve essere certificato in modo chiaro e per iscritto"*.

Pertanto il MC nell'esprimere i giudizi d' idoneità deve ispirarsi ad una serie di principi:

RIGORE

Il giudizio deve essere basato su riscontri clinici oggettivi e fondato non solo sull'esperienza professionale, ma, quando disponibili, anche su dati validati dalla comunità scientifica.

CORRELABILITÀ

Tra la patologia o la condizione di ipersuscettibilità ed i fattori di rischio valutati e documentati cui il lavoratore è esposto.

COERENZA

Tra la tipologia d' inidoneità (parziale o totale) ed il giudizio espresso.

NON GENERICITÀ

Delle «prescrizioni» e delle «limitazioni».

INFORMAZIONE

Completa e diretta del lavoratore sui motivi e sulle finalità delle «prescrizioni» e delle «limitazioni», oppure dell' inidoneità.

COORDINAMENTO E COLLABORAZIONE

Con l'organizzazione aziendale per la prevenzione (datore di lavoro, SPP, RLS e RU) e lo stesso lavoratore per supportarli nella gestione dei giudizi di inidoneità parziale o totale: nella consapevolezza che il lavoro è uno dei fondamentali determinanti della salute, il MC deve assumere un ruolo proattivo di supporto nella riorganizzazione della mansione in base alle limitazioni/prescrizioni o, in caso di inidoneità, nell'ambito di quanto disposto dall'articolo 42 del TU a carico del datore di lavoro, nell'individuazione di una mansione alternativa compatibile con lo stato di salute del lavoratore.

10. Attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute

FASE
ATTUAZIONE E VALORIZZAZIONE DEI PROGRAMMI VOLONTARI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
Riferimento TU: articolo 25, comma 1, lettera a)
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
<p>Come emerge dalla letteratura e da numerose esperienze sul campo, gli ambienti di lavoro offrono concrete opportunità per la realizzazione di strategie globali di “promozione della salute” (OMS).</p> <p>Negli ultimi anni queste strategie stanno assumendo ulteriore importanza alla luce dei cambiamenti in atto nelle dinamiche demografiche occupazionali conseguenti all’aumento delle età pensionabili attuato dai Governi a seguito del progressivo incremento dell’aspettativa di vita che sta mettendo sempre più in crisi il mantenimento dell’equilibrio dei sistemi di sicurezza sociale (previdenziale e sanitario).</p> <p>Conseguentemente i programmi di “promozione della salute”, promossi negli ambienti di lavoro dal SSN (programmi WHP), oppure attuati direttamente dalle imprese secondo i principi della responsabilità sociale, stanno assumendo un ruolo cruciale anche nel processo strategico del cosiddetto “invecchiamento attivo”.</p> <p>Pertanto “promozione della salute” ed “invecchiamento attivo” si stanno sempre più intrecciando fra loro ed il tema della “promozione della salute anche come strumento di promozione del lavoro” è sempre più in evidenza vedendo convergere su di esso gli interessi dei lavoratori, delle imprese, del sistema previdenziale e del SSN.</p> <p>In tale contesto il MC può dare il suo contributo attraverso i suoi ruoli di:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sanitario aziendale impegnato per la tutela della salute anche sul fronte del miglioramento dei comportamenti e degli stili di vita;• Collaboratore del datore di lavoro e del SPP impegnato per il miglioramento della qualità del lavoro. <p>In particolare il MC, in rapporto alla sua specifica conoscenza della realtà aziendale (profili di rischio, stato di salute della popolazione lavorativa, contesto sociale e culturale), è in grado di svolgere un ruolo di protagonista sia nella fase propositiva che in quella organizzativa di programmi di promozione della salute incentrati sui rischi occupazionali e sanitari prevalenti nell’azienda e capaci di produrre benefici per i lavoratori, l’impresa e la società.</p> <p>Accanto alla vaccinoprofilassi ed ai training “storici” su tabagismo, alimentazione, attività fisica, abusi e dipendenze da alcol e stupefacenti, stanno emergendo altre tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sicurezza stradale e mobilità sostenibile;• Gestione dello stress;• Promozione del benessere e conciliazione casa e lavoro;• Dipendenza da gioco d’azzardo;• Back-school ed educazione posturale;• Lavoro in trasferta;• Educazione all’uso della voce;• Educazione al sonno. <p>I benefici per i lavoratori e per l’impresa derivano proprio dalla reciproca promozione tra salute e lavoro: la buona qualità del lavoro crea le condizioni favorevoli per il mantenimento in attività di lavoratori «sani», mentre la promozione della salute contribuisce a realizzare le condizioni idonee a mantenere i lavoratori «attivi».</p> <p>I benefici sociali derivano dal contributo alla prevenzione dei cosiddetti “Big Killer” e cioè delle patologie croniche non trasmissibili (CNCDs) responsabili di circa il 60% di tutti i decessi: malattie</p>

11. L'attività di consulenza all'impresa

FASE
L'ATTIVITA' DI CONSULENZA ALL'IMPRESA
COMPORAMENTI / FLUSSI / DOCUMENTI
<p>Negli ultimi anni è crescente la domanda al MC di una consulenza più ampia, basata su servizi a maggiore valore aggiunto: da soggetto statico e passivo, impegnato fondamentalmente dall'assolvimento degli obblighi di legge afferenti alla sorveglianza sanitaria, a soggetto attivo e dinamico, a supporto dell'impresa nelle attività di valutazione e gestione dei rischi, formazione e, specialmente, nell'affronto di temi non necessariamente vincolati alla normativa specifica.</p> <p>Si tratta di aspetti riguardanti la tutela complessiva dell'impresa attraverso il contributo per la gestione in salute e sicurezza dei processi produttivi (consulenza ergonomica, formativa, gestione infortuni, scelta dei DPI ecc.), ma specialmente e sempre di più si tratta di problematiche e criticità inerenti il delicato sistema di gestione delle risorse umane e cioè dei lavoratori: disabilità, psicopatologie, reintegro e gestione dei lavoratori «fragili», «adattamento ragionevole», gestione delle inidoneità, promozione della salute, welfare aziendale, ecc.</p> <p>Pertanto il MC è chiamato a fornire la sua consulenza per il raggiungimento di una serie di risultati (outcome) strategici per l'impresa: miglioramento del clima sociale, riduzione dell'assenteismo, riduzione degli infortuni, riduzione dei costi assicurativi, migliore impiego dei lavoratori in relazione alle caratteristiche ed ai limiti, promozione della capacità lavorativa, miglioramento delle relazioni con gli enti di vigilanza e controllo, miglioramento dell'immagine interna ed esterna dell'azienda.</p> <p>E' importante sottolineare che nello standard europeo per la formazione specialistica in Medicina del Lavoro dell'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) molti di questi aspetti rientrano tra le competenze che il medico del lavoro deve acquisire per svolgere la sua attività:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulenza sulla pianificazione ed organizzazione del lavoro, compresa la progettazione dei luoghi di lavoro, la scelta delle attrezzature e delle sostanze;• Promozione dell'adattamento del lavoro all'uomo; valutazione della disabilità; promozione della capacità lavorativa;• Consulenza in materia di idoneità al lavoro e adattamento del lavoro all'uomo (ipersuscettibili, gestanti ecc.);• Partecipazione a programmi di promozione della salute;• Capacità di lavorare "in rete", come parte di un servizio multidisciplinare. <p>Ovviamente in un contesto operativo di questo tipo, l'impianto normativo del TU risulta del tutto inadeguato a sostenere l'attività del MC.</p> <p>Tuttavia, nonostante questa domanda di servizi e prodotti vada al di là dei requisiti di legge, il MC non può che cercare di rispondere positivamente mettendo in campo la sua competenza ed esperienza nell'affrontare problematiche complesse e la sua capacità di comprensione delle dinamiche complessive dell'impresa, testimoniando il suo effettivo livello d'integrazione nel «sistema».</p> <p>Peraltro la misurazione della qualità di questo modello di medico competente «globale» non può essere puramente incentrata sulla compliance normativa, ma implica l'individuazione di indicatori di tipo proattivo, basati su eventi positivi orientati a migliorare il sistema e capaci di evidenziare e di fare percepire i benefici e l'aumento di valore generati dall'allargamento del raggio d'azione del MC.</p>

Rischi per la salute da esposizione lavorativa a clima e micro-clima caldo

Dott. Azelio De Santa, Segretario Sezione Trentino Alto Adige
 Dott.sa Annalisa Vigna, MC presso Progetto Salute srl

In considerazione del progressivo innalzamento delle temperature medie, con la possibilità di “ondate di calore” estive e della possibilità che ciò costituisca un rischio lavorativo con particolare riguardo a persone più vulnerabili (malattie, età avanzata, ecc.), il medico competente può fornire al datore di lavoro le indicazioni per orientare la valutazione e la gestione di tale rischio. Il MC può richiedere al datore di lavoro e/o al SPP che queste indicazioni siano allegate al documento di valutazione dei rischi.

A) LAVORI IN ESTERNO (Rischio da clima caldo)

Abitualmente per definire il rischio da calore viene considerata solo la temperatura, ma in realtà questo parametro deve essere valutato anche in relazione all’umidità, ed eventualmente alla ventilazione e all’irraggiamento per poter avere una indicazione più precisa del rischio.

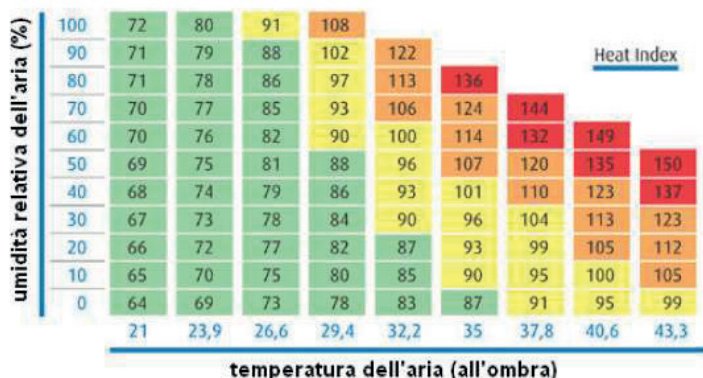
Nei periodi in cui si prevede caldo intenso la prima e più importante cosa da fare ogni giorno è verificare le previsioni e le condizioni meteorologiche.

E’ necessario valutare sempre almeno due parametri che si possono ottenere con la lettura su un semplice termometro e igrometro: **la temperatura dell’aria e l’umidità relativa**; le giornate in cui si prevede che la temperatura all’ombra superi i 30° e l’umidità relativa sia superiore al 70% possono costituire un rischio per persone affette da patologie particolari (malattie di cuore, insufficienza renale, obesità, diabete, ecc.) mentre temperature superiori a 35° e umidità superiore a 80% costituiscono un rischio anche per persone sane non acclimatate in lavori che comportano l’esposizione solare diretta.

E’ possibile utilizzare l’indice di calore (Heat Index), proposto anche dall’Istituto Nazionale Francese per la Ricerca sulla Sicurezza, calcolandolo sulla tabella riportata in base alla temperatura dell’aria e all’umidità relativa. La temperatura dell’aria deve essere misurata all’ombra nelle immediate vicinanze del posto di lavoro. Questi indici sono validi per lavoro all’ombra e con vento leggero. In caso di lavoro al sole l’indice letto in tabella va aumentato di 15.

HEAT INDEX: disturbi possibili per esposizione prolungata a calore e/o a fatica fisica intensa

- da 80 a 90 *Cautela per possibile affaticamento*
- da 90 a 104 *Estrema cautela, possibili crampi muscolari, esaurimento fisico*
- da 105 a 129 *Rischio possibile di colpo di calore*
- 130 e più *Rischio elevato di colpo di calore*



Occorre tener presente che il rischio è sempre più elevato quando il fisico non ha avuto il tempo di acclimatarsi al caldo; l'acclimatamento completo richiede dagli 8 ai 12 giorni e scompare dopo 8 giorni. E' quindi evidente che il rischio è più elevato nel caso di "ondate di calore", soprattutto quando queste si verificano a fine primavera o all'inizio dell'estate. Il rischio può essere aggravato anche da uno scarso riposo notturno dovuta all'alta temperatura.

MISURE DI PREVENZIONE

QUANDO: Quando la temperatura all'ombra supera i 30°C e l'umidità relativa è superiore al 70% esiste il rischio concreto di colpo di calore. Temperature superiori a 35°C con umidità all'80% rappresentano situazioni di rischio elevato.

Organizzare innanzitutto il lavoro in modo da minimizzare il rischio:

1. variare l'orario di lavoro per sfruttare le ore meno calde, programmando i lavori più pesanti nelle ore più fresche;
2. effettuare una rotazione nel turno fra i lavoratori esposti;
3. programmare in modo che si lavori sempre nelle zone meno esposte al sole;
4. evitare lavori isolati permettendo un reciproco controllo

Il **vestiario** deve prevedere abiti leggeri traspiranti, di cotone, di colore chiaro; è sbagliato lavorare a pelle nuda perché il sole può determinare ustioni e perché la pelle nuda assorbe più calore. E' importante anche un leggero copricapo che permetta una sufficiente ombreggiatura.

Le pause in un luogo fresco sono opportune per permettere all'organismo di disperdere il calore accumulato. In alcune situazioni può essere necessario predisporre un luogo adeguatamente attrezzato. La frequenza e durata di queste pause deve esser valutata in rapporto al clima ma anche alla pesantezza del lavoro che si sta svolgendo e all'utilizzo del vestiario tra cui devono essere considerati anche i dispositivi di protezione individuale. Occorre sottolineare che tali pause devono essere previste come misure di prevenzione da chi organizza il lavoro ed i lavoratori devono essere invitati a rispettarle. Infatti il corpo umano, mentre avverte la temperatura esterna elevata e la fatica fisica, non è in grado di avvertire l'accumulo interno di calore; questo può portare a situazioni di estrema gravità (colpo di calore) senza che l'individuo se ne renda conto.



#113902859

Rinfrescarsi bagnandosi con acqua fresca: è importante per disperdere il calore.

L'idratazione è un fattore molto importante. E' necessario bere per introdurre i liquidi dispersi con la sudorazione: in condizioni di calore molto elevato il nostro organismo può eliminare anche più di 1 litro di sudore ogni ora che quindi deve essere reintegrato. Bere poco è pericoloso, perché il calore viene eliminato attraverso il sudore e la mancata reintroduzione di liquidi e sali può portare all'esaurimento della sudorazione e favorire quindi il colpo di calore.

Non si devono assolutamente bere alcolici per due motivi: 1) perché si aggiungono calorie; 2) perché l'alcol disidrata, cioè sottrae acqua dai tessuti. E' consigliato inoltre evitare il fumo di tabacco.

L'alimentazione deve essere povera di grassi, ricca di zuccheri e sali minerali: Preferire pasti leggeri, facili da digerire, privilegiando la pasta, la frutta e la verdura e limitando carni e insaccati.

L'informazione dei lavoratori sui possibili problemi di salute causati dal calore è fondamentale perché possano riconoscerli e difendersi, senza sottovalutare il rischio. La patologia da calore può infatti evolvere rapidamente e i segni iniziali possono non essere facilmente riconosciuti dal soggetto e dai compagni di lavoro.

La sorveglianza sanitaria La presenza di alcune malattie come le cardiopatie, malattie renali, diabete, obesità possono ridurre anche drasticamente la resistenza dell'individuo all'esposizione a calore.

Chi è maggiormente esposto: I lavoratori dei cantieri edili e stradali, gli agricoltori nei campi e/o in serra e in generale tutti i lavoratori che effettuano un lavoro faticoso, che rientra nella classe 2, 3 o 4 della classificazione della norma UNI EN 27243 qui sotto riportata in forma tabellare.

Classe	Campo di variazione di M		Valore da usare per calcolo del tasso metabolico		Esempi
	relativo all'unità di area della superficie della pelle W/m^2	per un'area media della superficie della pelle pari a $1,8 m^2$ W	W/m^2	W	
0 A riposo	$M \leq 65$	$M \leq 117$	65	117	Riposo
1 Tasso metabolico basso	$65 < M \leq 130$	$117 < M \leq 234$	100	180	Seduto a proprio agio: lavoro manuale leggero (scrittura, battitura a macchina, disegno, taglio, contabilità); lavoro con mani e braccia (piccoli utensili, ispezione, montaggio o cernita di materiale leggero); lavoro con braccia e gambe (guida di un veicolo in condizioni normali, manovra di un pedale o di interruttore con i piedi). In piedi: lavoro con trapano (piccoli pezzi); fresatrice (piccoli pezzi); avvolgimento bobine; avvolgimento piccole armature; lavoro con macchine di piccola potenza; passeggiare (velocità fino a 3,5 km/h).
2 Tasso metabolico moderato	$130 < M \leq 200$	$234 < M \leq 360$	165	297	Lavoro sostenuto con mani e braccia: (martellare chiodi, limare); lavoro con braccia e gambe (guida di autocarri fuori strada, trattori o macchine per costruzione); lavoro con braccia e tronco (lavoro con martello pneumatico, montaggio trattori, intonacare, movimentazione intermittente di materiale moderatamente pesante, sarchiare, zappare, raccogliere frutta o verdura); spingere o tirare carri leggeri o carriele; camminare a velocità compresa tra 3,5 e 5,5 km/h; fucinare.
3 Tasso metabolico o elevato	$200 < M \leq 260$	$360 < M \leq 468$	230	414	Lavoro intenso con braccia e tronco; portare materiale pesante; scavare con pala; lavorare con martello; segare, piallare o scalpellare legno duro; tosare l'erba a mano; scavare; camminare ad una velocità tra 5,5 e 7 km/h. Spingere o tirare carri e carriele con carichi pesanti; sbavare pezzi fusi; disporre blocchi di cemento.
4 Tasso metabolico molto elevato	$M > 260$	$M > 468$	290	522	Attività molto intensa a ritmo da veloce a massimo; lavorare con la scure; scavare in modo intenso; salire scale o rampe; camminare velocemente a piccoli passi, correre, camminare a velocità superiore a 7 km/h.

COME PREVENIRE

IN GENERALE

informare i lavoratori sui possibili problemi di salute causati dal calore perché possano riconoscerli e difendersi, senza sottovalutare il rischio.

seguire le prescrizioni e le limitazioni del medico competente che ha effettuato la sorveglianza sanitaria, in relazione all'idoneità sul rischio specifico

OGNI GIORNO

- misurare la temperatura dell'aria (all'ombra) e l'umidità relativa e informare i lavoratori sul rischio
- programmare i lavori di maggior fatica fisica in orari con temperature più favorevoli, preferendo l'orario mattutino e preserale;
- programmare in modo che si lavori sempre nelle zone meno esposte al sole;
- effettuare una rotazione nel turno fra i lavoratori esposti;
- evitare lavori isolati permettendo un reciproco controllo.
- usare abiti leggeri di colore chiaro in tessuto traspirante e copricapo
- prevedere pause durante il turno lavorativo in un luogo fresco, con durata variabile in rapporto al clima e all'attività fisica del lavoro; i lavoratori devono essere invitati a rispettarle e non devono essere lasciate solo alla libera decisione del lavoratore (per es.: quando ti senti stanco ti puoi fermare).
- rinfrescarsi bagnandosi con acqua fresca
- bere acqua fresca (non ghiacciata) e sali minerali per recuperare i liquidi e persi con la sudorazione che in queste condizioni climatiche possono raggiungere anche più di 1 litro di sudore ogni ora. Bisogna quindi bere molto anche indipendentemente dallo stimolo della sete.
- non bere assolutamente alcolici
- evitare il fumo di tabacco.
- preferire pasti leggeri, facili da digerire privilegiando la pasta, la frutta e la verdura e limitando carni e insaccati.

E' possibile procedere in tempo reale ad una stima della temperatura interna corporea (condotto uditivo esterno) con misuratori ad infrarossi di costo molto contenuto (poche decine di euro).



COME SI MANIFESTA LA PATOLOGIA DA CALORE

Può evolvere rapidamente e i segni iniziali possono NON essere facilmente riconosciuti dal soggetto e dai compagni di lavoro.

I segni premonitori di un iniziale colpo di calore possono essere irritabilità, confusione, cute calda e arrossata, sete intensa, sensazione di debolezza, crampi muscolari.

Segni successivi sono vertigini, affaticamento eccessivo, nausea e vomito. Tremori e pelle d'oca segnalano un veloce aumento della temperatura. Infine compaiono difficoltà di concentrazione e di coordinazione con mancanza d'equilibrio, seguiti dal collasso con perdita di coscienza e/o coma. In fase di collasso la temperatura corporea può raggiungere o superare i 42,2°C.

IL SOCCORSO

- Accorgersi del pericolo di colpo da calore e subito attuare la terapia appropriata possono salvare la vita.
- Chiamare subito un incaricato di Primo Soccorso e Chiamare il 118;
- Posizionare il lavoratore all'ombra e al fresco, sdraiato in caso di vertigini, sul fianco in caso di nausea, mantenendo la persona in assoluto riposo; slacciare o togliere gli abiti;
- Raffreddare la cute con spugnature di acqua fresca in particolare su fronte, nuca ed estremità.

B) LAVORI ALL'INTERNO (Rischio da microclima caldo)

Si definisce "microclima" il complesso dei parametri climatici dell'ambiente locale (ma non necessariamente confinato) che determina gli scambi termici fra l'ambiente stesso e gli individui che vi operano. Con particolare riferimento agli aspetti normativi gli ambienti termici vengono convenzionalmente distinti in:

- ambienti termici severi
- ambiente termici moderati.

NB: il termine severo non equivale a riconoscimento della presenza di un rischio ma alla possibilità dell'esistenza di un rischio, che deve essere valutato con metodi specifici.

Si definiscono **ambienti termici severi** i luoghi di lavoro in cui le particolari esigenze produttive o dello svolgimento delle attività lavorative vincolano in maniera determinante i parametri microclimatici, in quanto, modificandoli, sarebbe irrealizzabile la funzione produttiva o dello svolgimento del servizio.



Ad esempio lavori a ridosso di forni o altre macchine o impianti ad alte temperature. **Negli ambienti termici severi dovranno essere effettuate valutazioni approfondite del rischio al fine di individuare le migliori misure di prevenzione e protezione da adottare.** I due metodi maggiormente utilizzati sono il metodo proposto da ACGIH o il metodo PHS rispettivamente normati da UNI EN 27243 e da UNI EN ISO 7933. Una volta evidenziato un rischio da microclima severo, la prevenzione si attua con pause in locali climatizzati e, in casi particolari, con un aumento della ventilazione (valutabile solo col metodo PHS e non col metodo ACGIH) oltre all'idratazione puntuale.

NB: dal momento che poco probabile che le misure di microclima vengano fatte in occasione di "ondate di calore", è opportuno che nella valutazione del rischio si ipotizzino situazioni estreme (ma che si sono realizzate in passato) per valutare le misure preventive da applicare in caso di ricorrenza.

Si definiscono **ambienti termici moderati** i luoghi di lavoro in cui l'attività e l'impegno fisico del lavoratore si possono svolgere in condizioni di bilancio termico del corpo umano. Ad esempio scuole, uffici, negozi, officine meccaniche, laboratori manifatturieri ecc. In questi casi, non sussiste un rischio lavorativo diverso da quello della popola-

zione generale a condizione che i luoghi di lavoro rispettino le caratteristiche minime (in particolare ventilazione naturale o forzata) previste dalle norme vigenti. Semmai, potrà sussistere un discomfort (=disagio) termico che potrà essere valutato con vari metodi: a questo proposito il metodo più utilizzato è quello proposto da Fanger e normato dalla UNI-EN-ISO 7730.

NORMA UNI EN ISO 9886/2004: valutazione degli effetti termici (thermal strain) mediante misurazioni fisiologiche

Per lavori in condizioni di clima e microclima caldo svolti sia in esterno che all'interno, è possibile una valutazione dello stress termico attraverso la **misura della frequenza cardiaca e della temperatura centrale** prima durante e dopo il lavoro, secondo quanto previsto dalla norma UNI EN ISO 9886/2004. Questo metodo valutativo permette di considerare contemporaneamente il contributo al lavoro cardiaco sia delle condizioni microclimatiche sia del lavoro fisico ed è particolarmente indicato ed utile per lavoratori con patologie rilevanti (cardiopatie, diabete, ecc.). In alcune situazioni questo metodo valutativo permette di dimostrare la tollerabilità di condizioni climatiche che risultano inadeguate con il metodo UNI EN 27243 sopra richiamato.

C) MICROCLIMA CALDO E RAMADAN

In alcuni lavori, il digiuno totale (solidi e liquidi) imposto dal Ramadan o da altre credenze religiose non è compatibile con l'attività lavorativa sicura.

Fra le condizioni che possono configurare questa incompatibilità:

- lavori all'aperto d'estate
- microclima caldo severo
- lavori fisicamente molto impegnativi

Possibili soluzioni organizzative:

- ferie del lavoratore
- tempo parziale e/od orario spostato al mattino anticipando l'inizio (esempio dalle 5 o alle 6)
- lavoro solo di notte (nel ciclo continuo)
- per alcuni filoni dell'Islam è possibile la posticipazione del digiuno (entro il Ramadan successivo) quando questo può provocare danni alla salute (ad es. gravidanza, viaggi, ecc.) (bibl. 5., 6. e 7)

FONTI BIBLIOGRAFICHE SIGNIFICATIVE

1. Indicazioni UOPSAL ai medici competenti (2015) <https://www.apss.tn.it/documents/10180//269559//atti+4%C2%B0+incontro+2015>
2. Lavoro d'estate in condizioni di temperatura elevata - ASL 15, 16 e 17 della Regione Veneto
3. Ondate di calore ed attività lavorativa in esterno - Dipartimento Sanità Pubblica UOPSAL Forlì
4. ACGIH - TLVs and BEIs 2016
5. Corano (sura II, v.183): «*Credenti! vi è stato prescritto il digiuno (...) e chi di voi sia malato, o sia in viaggio, lo faccia per un numero corrispondente di altri giorni e per coloro che potevano farlo c'è un riscatto: il nutrimento di un povero; e chi fa di sua scelta di meglio, ciò è meglio per lui: che digiuniate è meglio per voi se sapeste! E' il mese di Ramadan nel quale fu fatto scendere il Corano a guida per gli uomini e chiare evidenze della Guida e discriminante definitiva; chi di voi attesti direttamente il mese vi digiuni e per chi sia malato od in viaggio, vi sia un numero corrispondente di altri giorni Iddio vuole per voi quel che vi è facile non vuole per voi quel che vi è duro, e ne completiate il numero e magnifichiate Iddio per avervi dato la Guida, e può darsi siate riconoscenti»*».
6. Mufti Naeem di Jamia Binori (Pakistan): «*la gente non deve rischiare la vita per un dovere religioso*» perché «*la vita è più importante*»
7. Corano IV. AnNisâ', 29: La malattia che esige l'interruzione del digiuno è la malattia grave, che il digiuno potrebbe aggravare, o a causa del quale la guarigione potrebbe ritardare. In effetti, l'autore del libro «*al-Mughnî*» disse: *E' stato riportato da alcuni Ulama' che la rottura del digiuno è autorizzata per qualsiasi malattia, anche il male al dito e il mal di denti, poiché il versetto ha una portata generale. Così come il malato, anche il viaggiatore è autorizzato ad interrompere il digiuno, anche se non ne sente la necessità. Questa è la dottrina di Bukhârî, 'Atâ' e degli Zahiriti. In effetti, l'uomo sano che tema di ammalarsi può rompere il digiuno, e così pure colui che sia troppo affaticato dalla fame e dalla sete, al punto tale che rischi di morire, e deve (in seguito) recuperare i giorni saltati. Allah dice: ... e non uccidetevi da voi stessi. Allah è misericordioso verso di voi...* (<https://baytalislam.wordpress.com/2015/06/26/categorie-di-chi-puo-interrompere-il-digiuno>).

I D.P.I. Dispositivi di Protezione Individuale – (II parte)

Gino Barral, Consigliere nazionale ANMA

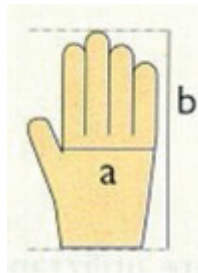
DPI PER LA PROTEZIONE DELLE MANI

La protezione delle mani è affidata a DPI (guanti) con caratteristiche idonee al tipo di rischio da cui ci si deve proteggere.

Ad esempio:

- guanti in plastica. Utilizzo: manipolazioni con prodotti chimici. Materiale: impermeabili e resistenti (PVC o NBR).
- guanti in gomma. Utilizzo: manipolazioni con materiali taglienti e/o scivolosi
- guanti in cuoio (pelle). Utilizzo: manipolazioni con materiali taglienti e/o scivolosi
- guanti dielettrici. Utilizzo: protezione contro la corrente elettrica. Materiale: isolante

Le norme europee stabiliscono le dimensioni che devono avere i guanti di sicurezza relativamente alle varie taglie



Taglia del guanto	6	7	8	9	10	11
Lunghezza minima (mm)	220	230	240	250	260	270
a - Circ. del palmo (mm)	152	178	203	229	254	279
b - Lungh. della mano (mm)	160	171	182	192	204	215

Sui guanti è riportata una specifica simbologia:
Resistenza agli agenti meccanici



Al di sotto del simbolo vi sono 4 numeri, il primo esprime la resistenza all'abrasione e varia su di una scala da 0 a 4, il secondo indica la resistenza al taglio e varia su di una scala da 0 a 5, il terzo si riferisce alla resistenza alla lacerazione e varia su di una scala da 0 a 4, il quarto infine individua la resistenza alla perforazione e varia su di una scala da 0 a 4.

Resistenza agli agenti chimici e microbiologici (EN 374)



	Resistenza alla penetrazione (controllata secondo la norma ISO 2859) definita in base a 3 livelli:		
livello di prestazione	1	2	3
livello di qualità accettabile (AQL)	0,65	1,5	4
	Resistenza alla permeazione (6 indici). Gli indici di permeazione esprimono il tempo di passaggio dei prodotti attraverso il guanto, come qui di seguito riportato:		
Indice di permeazione	Tempo di passaggio		
1	>10 min.		
2	>30 min.		
3	>60 min.		
4	>120 min.		
5	>240 min.		
6	>480 min.		

Resistenza al freddo



a fianco del simbolo vi sono tre numeri che indicano la resistenza a:

1. Freddo convettivo su scala da 0 a 3
2. Freddo di contatto su scala da 0 a 3
3. Permeabilità all'acqua su scala da 0 a 3



a fianco ci sono cinque indicazioni:

- comportamento alla fiamma su scala da 0 a 4
- resistenza al calore da contatto su scala da 0 a 4
- resistenza a calore convettivo su scala da 0 a 4
- resistenza al calore radiante su scala da 0 a 4
- resistenza a gradi di proiezione di metallo fuso su scala da 0 a 4

• Resistenza alla tensione elettrica:

Classe	Spessore in mm.	Tensione sperimentale	Tensione minima di tenuta	Tensione massima di utilizzo
00	0,5	2500 V	5000 V	500 V
0	1,00	5000 V	10000 V	1000 V
1	1,50	10000 V	20000 V	7500 V
2	2,30	20000 V	30000 V	17000 V
3	2,90	30000 V	40000 V	26500 V

DPI PER LA PROTEZIONE DEL CAPO

La loro funzione principale è quella della protezione del capo dalla caduta di oggetti e soprattutto dagli urti.

È obbligatorio usare il casco ogni volta che sussistono pericoli di offesa del capo.

Essendo difficile escludere con certezza l'esistenza di situazioni di pericolo di lesioni al capo, è consigliabile fare uso continuo del casco.

Quando si lavora sotto l'azione prolungata del sole bisogna fare uso di un adatto copricapo, per evitare colpi di sole.

Alcuni elmetti sono già predisposti per accogliere altri DPI di cui si presentasse la necessità d'uso (visiere, schermi e otoprotettori)



Il casco deve avere al suo interno particolari sostegni che lo mantengono distaccato dal capo in modo da attutire l'eventuale urto.

Possono essere dotati di una cinghietta sottomento o di una stringinuca per evitarne la caduta. Sono, normalmente, forniti di fori laterali per areazione e fascette antisudore sulla fronte.

DPI PER LA PROTEZIONE DEGLI OCCHI E DEL VISO

I casi in cui debbono essere usati i dispositivi di protezione degli occhi sono:

- rischi meccanici (polvere a grana grossa e fine, particelle ad alta velocità, corpi incandescenti e metalli fusi)
- rischi ottici (raggi nocivi derivanti dalla saldatura o taglio alla fiamma oppure elettrica)
- rischi chimici (gas, spruzzi o gocce di soluzioni chimiche)

Possono avere alcune caratteristiche protettive:

- Urto a bassa energia (45 m/sec)
- Urto a media energia (120 m/sec)
- Urto ad elevata energia (190 m/sec)
- Resistenza della superficie al danneggiamento di particelle fini (antigraffio)
- Resistenza all'appannamento

E se ho gli occhiali da vista?

- schermi facciali (ovviamente anche per attività con rischi di spruzzi/schizzi, rischi al viso)
- occhiali che coprono gli occhiali

Ci sono specifiche protezioni per le operazioni di **saldatura**. Non tutti sanno che le maschere per la saldatura devono avere caratteristiche diverse a seconda del tipo di saldatura.

Indicazioni conformi alla norma UNI EN 169 A = Ampere							
	Taglio al plasma	Elettrodi rivestiti	MIG per pezzi acciaio	MIG per leghe leggere	TIG	MAG	Elettrodi carbonio arc/air
9	20-39 A				5-19 A		
10	40-49 A	40-79 A	80-99 A	80-99 A	20-39 A	40-79 A	125-174 A
11	50-149 A	80-174 A	100-174 A	100-174 A	40-99 A	80-124 A	175-224 A
12	150-249 A	175-299 A	175-299 A	175-249 A	100-174 A	125-174 A	225-274 A
13	250-400 A	300-499 A	300-499 A	250-349 A	175-249 A	175-299 A	275-349 A
14		500 A	500-550 A	350-499 A	250-400 A	300-449 A	350-449 A

Indicazioni conformi alla norma UNI EN 169 q=portata in l/h		
Tonalità DIN	Saldatura e brasatura (metalli duri) ACETILENE	Taglio OSSIGENO
4	q <- 70	
5	70 <- q < 200	900 <- q < 2000
6	200 <- q < 800	2000 <-q < 4000

DPI PER LA PROTEZIONE VIE AEREE

I lavoratori esposti a specifici rischi di inalazioni pericolose di gas, polveri o fumi nocivi devono avere a disposizione maschere respiratorie o altri dispositivi idonei da conservarsi in luogo adatto facilmente accessibile e noto al personale.

E' necessario indossare i DPI in una zona non contaminata seguendo scrupolosamente le avvertenze d'uso del costruttore.

L'uso di mezzi di protezione delle vie respiratorie è sconsigliato nel caso in cui il lavoratore sia affetto da asma, allergie o pressione sanguigna.

Vi sono tre tipi principali di protezioni:

- **FACCIALE FILTRANTE**

E' costituito interamente o prevalentemente da materiale filtrante, è dotato di stringinaso e elastico regolabile.

Deve essere mantenuto integro, ogni manomissione può compromettere la sua efficacia

Alcuni modelli filtranti, definiti "specifici", trattengono, oltre al materiale particellare, anche vapori (organici o acidi).

- **MASCHERE O SEMIMASCHERE A FILTRO**

Rendono l'aria respirabile attraverso filtri per particelle, gas o vapori che possono essere sostituiti quando sono sporchi.

Il tipo di filtro da utilizzare va scelto in funzione degli agenti dai quali ci si deve proteggere; le sostanze pericolose dalle quali il filtro protegge sono indicate sull'etichetta.

Nell'utilizzazione dei filtri è necessario controllare che:

- non siano scaduti
- la confezione non risulti alterata

- **AUTORESPIRATORI**

Sono apparecchi di respirazione con riserva autonoma di ossigeno o aria in bombole.

Devono essere utilizzati da personale addestrato.

Il loro impiego è limitato nel tempo dalla capacità delle bombole e dallo sforzo dell'operatore,

Devono essere ispezionati prima e dopo l'uso e l'aria di ricarica deve essere esente da sostanze inquinanti.

I filtri si classificano in base alla tipologia delle sostanze da cui proteggono e vengono contraddistinte con alcuni colori:

TIPO	COLORE	PROTEZIONE DA
A	Marrone	Vapori organici e solventi
B	Grigio	Gas e vapori inorganici (Gas alogenati, gas d'incendio, acido cianidrico)
E	Giallo	Anidride solforosa e acidi solforosi
K	Verde	Ammoniaca
P	Bianco	Polveri tossiche

Un DPI delle vie respiratorie deve avere le specifiche idonee per proteggermi dai rischi cui sono esposto e deve essere usato in modo da renderlo efficace.

DPI PER LA PROTEZIONE DEI PIEDI

Sono tutte marcate CE, sono tutte "scarpe di sicurezza":

- Calzature di sicurezza (200 J) EN 344 EN 345
- Calzature di protezione (100 J) EN 344 EN 346
- Calzature da lavoro (0 J) EN 344 EN 347

DPI PER LA PROTEZIONE DAI RUMORI

Gli otoprotettori si dividono in cuffie e inserti auricolari. Vi sono poi diversi modelli di inserti auricolari. Ogni tipologia di otoprotettore ha una sua specifica protezione dall'udito e il loro grado di protezione deve sempre essere conforme a quello indicato nella valutazione dei rischi.

Si ricorda che gli inserti auricolari spesso trovano controindicazione in caso di perforazione timpanica, eczema del meato acustico esterno oppure nel caso della presenza di tappo di cerume.

ALTRE NOTE SUI DPI

Non esistono DPI buoni e altri no, esistono DPI adatti ai rischi da prevenire e altri no

Si può usare la cintura di stazionamento nei lavori in quota?

I mezzi di protezione contro la caduta sono necessari per i lavoratori esposti ai pericoli di caduta dall'alto e entro vani o che devono prestare la loro opera entro pozzi cisterne e simili.

Le imbracature devono essere personali e ben regolate sulle misure delle persone che le utilizzeranno, non dovranno stringere eccessivamente e neppure essere troppo larghe.

La cintura di sicurezza deve essere sempre ancorata a parti stabili e di buona tenuta.

Scadenza DPI

- Alcuni DPI, per le loro caratteristiche possono avere una "scadenza":
- accertare l'eventuale scadenza e/o durata prevista
- rendere facilmente verificabile e/o controllabile la data di scadenza

Uso personale dei DPI

- Spesso si rileva un utilizzo non personale dei DPI, si ricorda che il datore di lavoro deve destinare ogni DPI ad un uso personale
- Nel caso di circostanze che richiedono l'uso dello stesso DPI da parte di più lavoratori adottare misure adeguate per evitare rischi igienico sanitari





L'addetto alla videosorveglianza è da considerarsi videoterminalista?

Paolo Santucci, Consigliere Nazionale ANMA

Alcune settimane fa è giunta alla sede ANMA da parte di un Collega la seguente domanda:

‘Avrei un quesito da porle: un dipendente che esegue un lavoro davanti un monitor esclusivamente o quasi esclusivamente di controllo (quindi senza uso di tastiera utilizzata solo per inserire codici da 4-6 cifre ogni 7-10 minuti) è da considerarsi videoterminalista?

Io ho consigliato di gestirli come i guardiani, cioè con attività al VDT < alle 20 ore settimanali proprio per il motivo che l'attività è prevalentemente “passiva” davanti al monitor: mi potrebbe venire in aiuto? Non sono riuscito a trovare indicazioni in merito né nella letteratura né in giurisprudenza. Grazie come sempre per l'aiuto...’

La mia risposta è stata inserita all'interno di ‘ANMA risponde’, lo spazio nel sito www.anma.it dedicato alle domande dei lettori, ma credo meriti di essere sviluppata anche all'interno della rubrica ‘Ufficio & Salute’.

Per rispondere al quesito del Collega sono ripartito necessariamente dalle ‘definizioni’ della specifica attività al videoterminale ai sensi di art.173 D.Lgs.81/08 e s.m.i. per riconsiderare gli elementi basilari: il ‘posto di lavoro’, ‘il lavoratore’ (il cosiddetto videoterminalista) ed il videoterminale (monitor).

Dalla descrizione del *posto di lavoro*, la definizione di Legge comprende certamente il caso descritto: “L'insieme che comprende le attrezzature munite di videoterminale, eventualmente con tastiera ovvero altro sistema di immissione dati, incluso il mouse, il software per l'interfaccia uomo-macchina, gli accessori opzionali, le apparecchiature connesse, comprendenti l'unità a dischi, il telefono, il modem, la stampante, il supporto per i documenti, la sedia, il piano di lavoro, nonché l'ambiente di lavoro immediatamente circostante”.

La definizione di *lavoratore* può anch'essa comprendere il caso descritto, se il dipendente ‘utilizza un'attrezzatura munita di videoterminale, in modo sistematico o abituale, per venti ore settimanali, dedotte le interruzioni (di solito 15 minuti ogni due ore), salvo diversa disposizione contrattuale’.

Ma si pone allora un dubbio, anche in considerazione della digitazione della tastiera ogni 7-10 minuti: che cosa significa esattamente *utilizzare una attrezzatura munita di videoterminale*? La Legge non entra in questo specifico dettaglio.

Perciò è utile consultare la ‘Linea guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali’ del 2013 (1) che precisa: “dovranno essere considerati come attività a VDT/PC anche i cosiddetti tempi di attesa e l'utilizzo di apparecchiature presenti nella postazione di lavoro, ma strettamente correlate all'utilizzo del videoterminale...”.

Poi il testo aggiunge: “non si ritiene pertanto che debbano essere presi in considerazione i tempi dedicati ad esempio, all'uso del telefono, ovvero quelli trascorsi in posizione seduta al tavolo di lavoro, quando non vi sia una contemporanea sollecitazione della funzione visiva nell'ambito del campo visivo professionale e/o dell'arto superiore in attività connesse all'impiego di strumenti di input (come la tastiera e il mouse)”.

Perciò, secondo questa interpretazione, il caso può rientrare nella definizione di Legge se la funzione visiva è ‘sollecitata’ per almeno 20 ore settimanali, mentre viene mantenuta la ‘posizione seduta al tavolo di lavoro’: l'arto superiore viene attivato saltuariamente, ma non costituisce condizione necessaria.

La definizione di *videoterminale* (schermo alfa numerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione utilizzato) apre invece

un'altra riflessione perché, interpretando alla lettera, sembra essere esclusa proprio l'attività di controllo del caso in questione con osservazioni di immagini come, ad esempio, nel campo televisivo.

Ebbene, proprio da questo settore (il caso riguarda l'attività di montaggio televisivo) proviene la Sentenza della Corte Europea dell'Aja del 6/7/2000 (Causa C-11/99), secondo la quale "l'espressione schermo grafico si riferisce alla visualizzazione di qualunque tipo di immagine..". Peraltro anche una pubblicazione del 1995, dedicata alla sicurezza nello stesso ambito lavorativo (2), anticipava questo tipo di interpretazione, promuovendo la sorveglianza sanitaria anche per addetti al montaggio televisivo, alla regia, cameramen e attività analoghe.

In conclusione, le fonti citate, oltre ad alcune pubblicazioni prodotte da ANMA negli ultimi anni (3), tendono a comprendere il caso in questione nella

definizione di Legge, o meglio a farlo coincidere con la figura del 'videoterminalista'.

La motivazione principale è che si concretizza una esposizione ad attività oculo-visiva statica, protratta e ravvicinata oltre 20 ore settimanali, che beneficia dalle diverse misure preventive e protettive previste per Legge, tra cui spicca la sorveglianza sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Piccoli B. et Al., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
2. Cardoni G., La sicurezza sul lavoro nel settore audiovisivo, Anica, 1995.
3. Santucci P., Il videoterminalista e il D.Lgs. 81/2008, 2009.



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

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

UFFICIOESALUTE@ANMA.IT

La cronaca del 29° Congresso Nazionale ANMA Torino, Centro Congressi Lingotto, 26, 27, 28 maggio 2016

Paolo Santucci, Consigliere nazionale

Con il patrocinio di INAIL, FISM, CIIP

Dopo la consueta assemblea dei soci nella tarda mattinata di giovedì, il presidente ANMA Giuseppe Briatico Vangosa ha dato il via nel primo pomeriggio all'evento congressuale, rivolgendo un caloroso benvenuto ai numerosi partecipanti, unitamente ai saluti ed all'augurio di buon lavoro inviati dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.

Il vice presidente ANMA, Umberto Candura, ha dato la parola al dott. Marano (Direzione generale Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute), che ha ribadito il ruolo pubblicistico del medico competente (MC), non solo auspicato ma già 'nei fatti', sottolineando il passaggio in corso ormai ineluttabile: da medico competente a 'medico della prevenzione occupazionale'.

Per il Rappresentante ministeriale la prospettiva del MC é nell'accentuazione dei rapporti con il SSN, attraverso la piena attuazione della definizione di sorveglianza sanitaria, intesa come "tutela dello stato di salute in relazione all'ambiente di lavoro, ai rischi professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, quale indispensabile contributo per il controllo interno del sistema della prevenzione, in sinergia e collaborazione con il monitoraggio esterno assicurato dall'organo di vigilanza".

Il prof. Francesco Bacchini (Facoltà di Economia - Università degli studi Milano Bicocca) ha trattato il tema del 'lavoro che cambia', mettendo a fuoco alcuni aspetti già presenti nell'attività del medico competente: per esempio, il ruolo sempre più importante nel 'decidere' le sorti dei lavoratori che hanno ricevuto un giudizio di idoneità con prescrizioni/limitazioni. Tale azione rientra nel cosiddetto 'accomodamento ragionevole' e si sviluppa attraverso la formulazione di indicazioni, anche informali, da parte del medico competente, al fine

di favorire la collocazione lavorativa del disabile, anche a bilanciamento della vocazione datoriale 'tendenzialmente espulsiva'.

Il dott. Dal Grosso (Managing Director, Marsh LLC) nel corso del suo intervento ha attribuito al medico competente un ruolo cruciale e polivalente nell'ambito del 'welfare aziendale':

- affiancare l'azienda nella lettura dei dati statistici forniti dal gestore di piani sanitari
- prevedere i passi necessari al benessere ed alla salute dei lavoratori (prevenzione, campagne di informazione, consulenza medica)
- concorrere a ridurre le giornate di assenza e a migliorare la salute dei dipendenti.

Il vice presidente Umberto Candura ha trattato il tema del 'passato e presente nella professione', descrivendo il passaggio dal criterio clinico e 'diagnostico precoce' verso la malattia da lavoro, alla 'mission' strategica e sociale per il sistema produttivo e il benessere della collettività in generale. Schematicamente, da medico certificatore a consulente di supporto per il datore di lavoro nella gestione del patrimonio umano, che si estrinseca in diverse azioni:

- difesa globale della salute
- azione decisa nella sicurezza collettiva
- costante promozione di stili di vita
- contributo determinante per 'l'active ageing' (invecchiamento attivo).

Tuttavia il contesto normativo ed economico appare attualmente inadeguato nell'attribuire compiti e responsabilità di tipo 'pubblicistico'. Ma il medico competente deve presentarsi come partner insostituibile, forte della sua esclusiva conoscenza del mondo del lavoro, in un futuribile contesto normativo adeguato ad un gioco di squadra su attività di prevenzione e tutela della salute.

A seguito dell'ampia panoramica sul nuovo ruolo che sta assumendo il medico competente, il dott. Franco Vimercati (Presidente Federazione Italiana Società Medico-scientifiche) ha definito molto importante e unico l'apporto che possono offrire i medici competenti, che peraltro visitano 20 milioni di lavoratori in Italia nell'ambito di un obbligo di legge. Il presidente ha infine dichiarato che le Società afferenti a FISM si sono già dichiarate disponibili a collaborare con ANMA.

Sui temi trattati la discussione è stata ricca, articolata e incentrata soprattutto sul ruolo del medico competente in merito al collocamento del lavoratore disabile.

Nella seconda parte Terenzio Cassina (ANMA Milano) ha sviluppato il tema del rapporto fra medico competente e medico di medicina generale, che si rivela molto auspicabile per rispondere in maniera corretta ed adeguata alle esigenze di sicurezza-salute-sviluppo professionale del lavoratore soprattutto se di tipo 'fragile'.

Il dott. Paolo Mascagni (Università Vita e Salute, Ospedale Desio, MB) ha ricordato il cambiamento dell'attività del medico competente: dalla prevenzione delle malattie professionali (lavoro che 'impatta' sul lavoratore) all'attività di collocamento del lavoratore affetto da problemi 'comuni' di salute, dove è perciò il lavoratore che 'impatta' sul lavoro. Tra le criticità segnalate, Mascagni ha illustrato la problematica delle visite eseguite dai Servizi di Prevenzione Salute nei luoghi di lavoro, a seguito di ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente, che nella regione Lombardia registra la conferma del giudizio del MC soltanto nel 27 % dei casi.

Il prof. Del Vecchio (Associato Economia aziendale Facoltà Medicina e chirurgia Università di Firenze) ha riproposto il tema del 'nuovo ruolo' del medico competente dal punto di vista socio-economico, definendo i nuovi obiettivi che deve porsi il professionista:

- difendere e sviluppare il mercato
- rafforzare la posizione competitiva
- sviluppare e far percepire vantaggi competitivi e competenze distintive del MC.

L'economista ha concluso l'intervento affermando che tali obiettivi sono raggiungibili per il medico competente soltanto 'facendo squadra'.

Nel corso della discussione finale il dott. Marano ha ribadito la 'mission' del medico competente nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che ha la finalità di mantenere buone condizioni di salute del lavoratore in relazione ad ambiente, organizzazione e rischi specifici a cui è esposto, forte anche dell'obbligo di sorveglianza sanitaria, che non presenta, per esempio, il medico di famiglia. In pratica, il medico competente riveste il ruolo di 'sentinella' nell'ambito della promozione della salute.

Daniilo Bontadi (consigliere ANMA) nell'ambito della discussione ha replicato che il ruolo pubblicitario è in atto da tempo, portando ad esempio l'ampio e capillare monitoraggio cardio-metabolico dei lavoratori visitati per obbligo normativo, portato avanti dal proprio studio di medicina del lavoro.

Il dott. Vimercati ha apprezzato questo tipo di approccio, che va incoraggiato ma anche eretto 'a sistema' da parte del Ministero della Salute.

Perciò, in conclusione di sessione, si è fatta strada una convinzione largamente condivisa: è necessario fare sistema!

Nella mattinata di venerdì è stato introdotto il tema delle cosiddette 'BEP' (Best Experience Practices) dal presidente Giuseppe Briatico Vangosa e dal consigliere nazionale Piero Patanè, partendo dalla definizione di sorveglianza sanitaria contenuta nella relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia: "da semplice procedura di controllo per la diagnosi precoce di malattie professionali e verifica dello stato di salute" a "insieme di procedure a tutto campo di monitoraggio sanitario, giustificato da evidenze scientifiche e da presupposti giuridici, di fattori predisponenti eventi infortunistici e malattie professionali, che vedono al centro sia il lavoratore, in quanto individuo esposto a rischi particolari di tipo individuale, sia l'intera comunità di lavoratori, questi ultimi esposti collettivamente in un determinato contesto ambientale ed organizzativo lavorativo al rischio di malattie professionali o di infortunio".

Perciò ANMA propone di elaborare una proposta condivisa tra le Società scientifiche, uno standard minimo di requisiti che indichi la qualità di un atto o di un compito proprio del medico competente, attraverso la descrizione di criteri comuni da adottare nell'espletamento di quel compito.

Durante la discussione l'intervento del dott. Marano, incentrato sull'emanando Accordo Stato-Regioni dedicato all'accertamento di consumo di alcol e 'droghe', che prevede tra l'altro l'esame

etilometrico e il drug test su saliva, ha scatenato una vivace discussione ed evidenziato il dissenso della platea dei medici competenti. Tutti i colleghi presenti si sono dimostrati molto preoccupati dalla mancanza di 'certezze', vale a dire di strumenti oggettivi e metodologie affidabili, aggravate da una pericolosa discrezionalità, che si presterebbe a molte contestazioni e a pressoché certi contenziosi.

Dopo il coffee break Rino Donghi (consigliere nazionale ANMA) ha illustrato proprio la 'BEP' ANMA, dedicata al consumo di alcol e sostanze stupefacenti, partendo dalle non poche criticità della normativa attuale e dalla mancanza di 'strumenti adeguati', che si accentuano nella bozza dell'Accordo Stato-Regioni. Donghi ha sottolineato l'importanza di produrre adeguate procedure, che permettano almeno di ridurre i contenziosi a carico dei medici competenti, in considerazione dell'ampia discrezionalità operativa presente nell'emanando Accordo.

La dott.ssa Elia Del Borrello (Responsabile laboratorio Tossicologia forense presso Istituto Medicina Legale, Università Bologna) nel corso di un intervento interrotto da diversi applausi, ha evidenziato puntualmente tutte le criticità degli esami citati, dal test sulla saliva all'esame etilometrico, e le abnormi responsabilità che graverebbero sul medico competente con il recepimento della bozza, poiché lasciato solo con strumenti largamente inadeguati a gestire una problematica molto delicata.

Il dott. Durello, Responsabile UOS, Gestione Ser.D, Dipartimento dipendenze ASL 1 Milano, ha riproposto le difficoltà nella diagnosi di tossicodipendenza e soprattutto i limiti che pongono anamnesi, spesso negativa in soggetti poco collaboranti, ed esame obiettivo regolarmente negativo.

Tra i più giovani il problema risiede soprattutto nel consumo di cannabis: "Fumare una canna significa stordirsi, non è come bere un bicchiere d'acqua. E consumarla tutti i giorni, e poi più volte al giorno, porta alterazioni dell'umore e danni cerebrali ben noti".

La discussione finale è stata caratterizzata dalle precisazioni sulla 'Bozza' da parte del dott. Marano che ha ribadito l'importanza del dato anamnestico e del dato obiettivo alla ricerca di eventuali segni che possano far ragionevol-

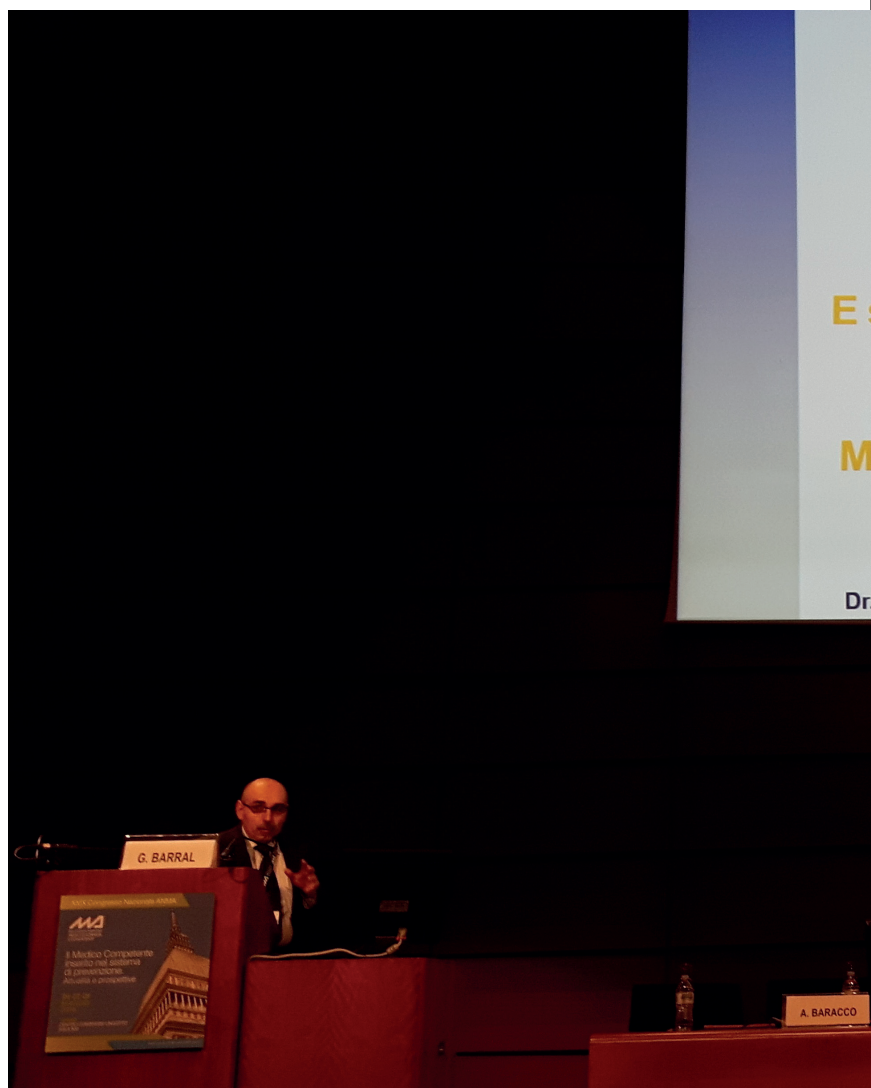
mente sospettare il caso di consumo di sostanze alcoliche/stupefacenti, suscitando una reazione visibilmente contrariata dell'intera platea.

A questo punto Daniele Ditaranto, segretario nazionale ANMA e moderatore della sessione, preso atto della 'chiarezza' delle diverse posizioni, ha anticipato al dott. Marano l'invio di alcune osservazioni sulla Bozza in fase di definizione.

La mattinata si è conclusa con un filmato che ha illustrato l'attività di assistenza sanitaria portata da molti volontari dell'AVSI nel Nord dell'Uganda, sostenuta da diversi anni, e non solo economicamente, da ANMA.

Infine attraverso, una 'app' scaricata sugli smartphone dei presenti, è stato sperimentato per la prima volta un sondaggio 'on line' sui temi legati alla professione, che ha fornito in tempo reale sul retroscena congressuale uno spaccato interessante delle opinioni dei partecipanti.

Il pomeriggio è stato inaugurato dal segretario nazionale Daniele Ditaranto che ha illustrato la 'BEP' dedicata alla successione di attività che il medico



competente deve mettere in atto dal momento in cui viene contattato da un'impresa per l'assunzione dell'incarico di consulenza e poi successivamente dopo la nomina.

Una presentazione utile, soprattutto per i colleghi più giovani, al fine di non sottovalutare alcuna problematica legata a questo passaggio cruciale, che ha mantenuto come riferimento il 'Manuale operativo ANMA del medico competente' disponibile sul sito www.anma.it.

Marco Saettone (consigliere nazionale ANMA) ha presentato la BEP dedicata all'esperienza nella sorveglianza sanitaria di lavoratori che svolgono attività in altezza con rischio di caduta.

Nel corso della presentazione è stato ricordato tra l'altro l'autorevole pronunciamento dell'ex Procuratore della Repubblica di Genova dott. Dilecche nel 2013 ribadiva come "la sorveglianza sanitaria per un rischio non normato sia legittima e giustificata purché il rischio stesso sia inserito e valutato nel documento di valutazione dei rischi con protocollo sanitario coerente con l'entità del rischio stesso".

La proposta di protocollo sanitario, frutto di una

esperienza ormai ultradecennale, prevede controlli con periodicità ed accertamenti integrativi variabili in base alla stratificazione del rischio, inoltre vengono definiti criteri di orientamento per la formulazione del giudizio di idoneità al lavoro in quota.

Il prof. Manfrin, Ricercatore Università di Pavia, Dirigente medico I livello IRCCS Policlinico San Matteo, ha trattato gli aspetti otoneurologici in ambito lavorativo, partendo dalla fisiopatologia dell'apparato vestibolare per approdare alle manovre semeiologiche ed agli esami strumentali, in buona parte eseguibili da parte del medico competente.

Il dott. Pizzuti, Dirigente medico S.C. Cardiologia A.O. Ordine Mauriziano Umberto I Torino, ha ribadito l'importanza dell'elettrocardiogramma basale che mantiene un buon rapporto costo-beneficio, evidenziando l'elevata affidabilità della versione con refertazione automatica (sensibilità oltre 90%), ma anche l'importanza dell'anamnesi, soprattutto per quanto riguarda l'individuazione del rischio sincope.

L'ultima sessione della giornata è stata dedicata al tema dell'idoneità e delle limitazioni lavorative attraverso una ricerca CERGAS in partnership con ANMA, Regioni e Parti Sociali.

Il prof. Carlo De Pietro, SDA Bocconi School of Management, in merito al tema della gestione delle inidoneità e delle limitazioni lavorative del personale, ha riferito una esperienza multidisciplinare in cui è stata constatata la difformità di azione da parte dei medici competenti, che suggerisce una maggiore omogeneità operativa, soprattutto se l'attività viene confrontata con altre discipline mediche.

Dal punto di vista sanitario Paola Torri (ANMA Veneto) ha sottolineato l'importanza dell'approccio multidisciplinare, che presenta la possibilità di stimolare un cambiamento culturale.

La discussione a fine giornata è stata incentrata in particolar modo sul rischio lavoro in quota con diverse domande rivolte al relatore Marco Saettone.

La sessione del sabato mattina si è aperta con la BEP dedicata alla movimentazione manuale dei carichi ed ai movimenti ripetitivi.

Il dott. Alessandro Baracco (Dirigente medico FCDU Medicina del Lavoro, Torino) ha concentrato l'attenzione sulle patologie che sono pre-



senti nell'elenco delle malattie di cui è obbligatoria la denuncia: tendiniti, tenosinoviti, tendinosi e sindromi canalicolari.

Il criterio guida utilizzato in funzione del giudizio di idoneità è stato caratterizzato da lesioni con danno reversibile o irreversibile, considerando che gli operati (p.es. di Sindrome del Tunnel carpale) sono considerati affetti da danno irreversibile, anche se con le dovute valutazioni caso per caso in base all'esito dell'atto chirurgico, come emerso in discussione.

Al termine dell'intervento sono state illustrate due interessanti 'flow chart' operative, con riferimento alla patologia reversibile o irreversibile, di indubbio interesse pratico per l'attività del medico competente.

Gino Barral (ANMA Piemonte), ha introdotto il concetto di 'cura del posto di lavoro', come 'mission' del medico competente, illustrando esempi concreti, corredati da immagini raccolte sul campo. Una interessante esperienza in azienda alimentare ha riferito che tra i cosiddetti 'lavoratori sani' neoassunti vi erano diversi casi di ernie discali e protrusioni che sono rimaste asintomatiche dopo esposizione a rischio movimentazione manuale carichi, mentre si è verificato un caso di lombalgia importante e resistente tra coloro che avevano la colonna indenne all'esame della risonanza magnetica della colonna eseguito in fase assuntiva. In altre esperienze è stata osservata l'utilità d'uso di un busto leggero che, riducendo il carico sulla colonna, aiuta nella movimentazione di carichi importanti, oppure è stato illustrato e consegnato un prospetto di esercizi per il potenziamento della muscolatura addominale a vantaggio della colonna.

Nella seconda parte della mattinata il dott. Raffaele Pellerito (Direttore Dipartimento Area Medica SSD Reumatologia Ospedale Ordine Mauriziano, Torino) ha condotto una revisione clinica delle principali patologie reumatologiche, mentre il

dott. Peretti, fisioterapista-osteopata-kinesiologo Fisio&Lab, ha trattato il tema del recupero funzionale e dell'inserimento alla mansione del lavoratore-paziente reumatologico, partendo dal concetto di attività fisica come 'farmaco'.

Infine diverse collaboratrici del Centro Fisio&Lab hanno illustrato con filmati e dimostrazioni dal vivo gli esercizi fisici raccomandati nella riabilitazione e nel mantenimento del paziente-lavoratore.

Al termine della mattinata è stata approvata all'unanimità una mozione, riferita da Piero Patané e proposta da alcuni soci ANMA, affinché nell'ambito della Pubblica Amministrazione gli incarichi di medico competente siano esclusi da gare al ribasso come già avviene per i Legali delle strutture pubbliche.

Infine la platea, sollecitata dal segretario nazionale Daniele Ditaranto, ha tributato a Giuseppe Briatico Vangosa un lungo ed affettuoso applauso di ringraziamento per i vent'anni di presidenza, che hanno prodotto l'affermazione e il consolidamento della nostra Associazione.

Il presidente ha ringraziato i partecipanti, coloro che hanno reso possibile l'evento congressuale, dai relatori agli ospiti, dalla segreteria ai collaboratori tutti, e ricordato soprattutto la grossa mole di lavoro che attende il nuovo Direttivo nazionale. In conclusione, si è trattato del 'tradizionale' congresso nazionale ANMA, ricco e pratico-operativo, partecipato e vivace, che lascia però un interrogativo agrodolce.

Dato che il medico competente è una risorsa importante per la sanità pubblica e la collettività, riconosciuta da ogni interlocutore, le Istituzioni sapranno ascoltare i nostri suggerimenti e, soprattutto, sapranno indicare metodi e strumenti adeguati all'altezza del compito che ci viene richiesto? Con la pubblicazione dell'Accordo Stato-Regioni sul tema 'alcol e droghe' riceveremo una prima significativa risposta.

Congresso ANMA 26/28 maggio 2016, Torino

MOZIONE APPROVATA

Come emerso anche da questo 29° congresso di ANMA, il Medico Competente è impegnato in un continuo processo di miglioramento della sua professione, in particolare negli aspetti qualitativi, dalla promozione della salute alle nuove sfide che la legislazione della Salute e Sicurezza nel mondo del lavoro impone e, unico tra tutte le professioni sanitarie, obbligato a documentare i crediti ECM, pena la cancellazione dall'Elenco Ministeriale dei Medici Competenti.

Per questo appaiono ancor più incomprensibili le scelte di molti Enti, spesso Pubbliche Amministrazioni che, per ottemperare agli obblighi di legge in tema di prevenzione della salute dei propri lavoratori equipara l'incarico al Medico Competente all'acquisto di un qualsiasi servizio materiale e utilizzano come unico criterio di assegnazione dell'incarico quello del minor costo.

Per tale ragione, in occasione di questo 29° congresso dell'Associazione Nazionale dei Medici d'Azienda (ANMA) si approva all'unanimità la seguente mozione:

- la scelta e la nomina del Medico Competente per quanto previsto dal DLvo 81/08 e s.m.i. sono una responsabilità personale del Datore di Lavoro o del Dirigente prevedendo infatti sanzioni anche di natura penale e configurano un incarico fiduciario del Datore di Lavoro stesso ad un professionista.
- Per tale ragione si chiede al Governo di escludere dal 'metodo Consip' la "fornitura del Medico Competente" così come ragionevolmente sono state escluse altre professioni, come quella del Legale (incarico agli Avvocati).
- Chiede inoltre al Governo di vigilare sulle procedure contrattuali tra P.A. e Società la cui funzione appare più di mediazione che di fornitrice di servizi.
- Chiede altresì che, a prescindere dalle procedure seguite, le Pubbliche Amministrazioni per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente non adottino criteri insufficienti, espletati con il solo metodo del massimo ribasso, senza alcuna valutazione qualitativa dell'attività professionale offerta.
- Infine auspica che i medici associati ANMA non si rendano disponibili a prestare la propria attività professionale a condizioni indecorose e non accettino di sottostare a ritmi di lavoro incompatibili con un livello minimo di standard qualitativo e di decoro professionale.
- Si impegna l'associazione ANMA a informare gli Ordini Professionali di comportamenti contrari al codice deontologico. Si sottolinea che molti Ordini Provinciali e la stessa Fnomceo nel 2013 si sono già espressi contro le gare al ribasso.
- Si impegna l'associazione ANMA a diffondere la presente mozione a tutti i medici Competenti, direttamente o per il tramite delle altre associazioni locali di Medici Competenti o nella forma che riterrà più opportuna.

Torino, 28 maggio 2016



Dieci domande a...

Prof.ssa Elia Del Borrello, Responsabile Laboratorio di Tossicologia Forense, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna.

La trasmissione alla Conferenza Stato Regioni per l'approvazione definitiva dello 'schema di Intesa' dedicato agli indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti, oltre all'accertamento di condizioni di alcolodipendenza/tossicodipendenza ed al coordinamento delle azioni di vigilanza, ha suscitato molta attenzione, e una buona dose di preoccupazione, nella comunità dei medici competenti e tra i soci ANMA in particolare.

Perciò il Journal ha rivolto dieci domande ad un autentica esperta di questa tematica, la Prof.ssa Elia Del Borrello, relatrice tra le più apprezzate al recente Congresso nazionale ANMA di Torino.

1-MCJ: La definizione del limite a 0,3 g/l di alcol nel sangue, rispetto al livello zero che era comunemente preso a riferimento per consentire lo svolgimento di attività a rischio, può costituire un arretramento nel garantire la massima sicurezza nei luoghi di lavoro ?

EDB: Non è un arretramento perché si esclude la quota di neoformazione endogena e di conseguenza diminuiscono anche i contenziosi.

2-MCJ: Lo schema di intesa insiste sempre sull'accertamento clinico, vale a dire sulla ricerca di segni/sintomi rivelatori di una possibile intossicazione cronica. Questo approccio appare anacronistico alla luce delle sostanze stupefacenti utilizzate al giorno d'oggi. Ma soprattutto può costituire un momento estremamente delicato dell'attività del medico competente?

EDB: I segni /sintomi clinici sono spesso aspecifici e quindi la diagnosi senza il supporto laboratoristico risulta estremamente soggettiva e gravosa per il medico competente. Quanto detto vale ancor più se vengono utilizzate le NPS (nuove sostanze psicoattive) che spesso sono di sintesi o comun-

que di nuova immissione sul mercato per cui è difficile individuarne i sintomi clinici. Spesso non esiste un follow-up a lungo termine.

3-MCJ: Perché nello Schema di Intesa non c'è alcun riferimento alle cosiddette droghe sintetiche, il cui consumo in costante aumento preoccupa sempre di più i medici competenti?

EDB: Non c'è alcun riferimento ma sarebbe opportuno, invece, considerarle perché sempre più spesso ci saranno gli utilizzatori, che dopo informazione sul web saranno attratti proprio perché possono sfuggire al riconoscimento/controllo.

4-MCJ: Considerando che gli esami tossicologici non permettono di controllare adeguatamente questo genere di consumo è il caso di pensare ad altri strumenti ed altre metodologie, almeno per il futuro?

EDB: Gli esami tossicologici di II livello sono in grado di vederle. Sono quelli di screening che non li vedono. A fronte di un sospetto è chiaro che l'esame di II livello potrebbe aiutare il medico competente

5-MCJ: Perché si è passati dalle urine alla saliva nell'accertamento di consumo di sostanze stupefacenti ? Si concretizzano vantaggi in termini di affidabilità?

EDB: Assolutamente no. Anzi si riduce il periodo di osservazione a poche ore, e per di più, se l'esame viene applicato come proposto senza la conferma, ne vedremo delle belle per i numerosi falsi positivi, che apriranno numerosi contenziosi !!!

6-MCJ: Nell'elenco delle mansioni soggette agli accertamenti, tra i conducenti di automezzi, sono rimasti soltanto gli 'Autisti di mezzi adibiti al trasporto di persone o di merci pericolose'. Non crede che questo ridimensionamento possa costituire un incremento dei rischi per la sicurezza dei 'mobile worker', e più in generale, dei cittadini

sulle nostre strade?

EDB: Certamente saremo di fronte ad un aumento del rischio sia del 'mobile worker' ma anche e soprattutto per i cittadini che malauguratamente dovessero trovarsi lungo il percorso attuato da questi lavoratori. Essi hanno già un rischio maggiore legato alla "faticosità" del mezzo, delle distanze che spesso percorrono, dalla tempistica ecc, se inoltre dovessero avere una ridotta performance alla guida, anche per l'uso di sostanze psicotrope il rischio aumenterebbe in maniera esponenziale anche per la gravità dei danni che si possono fare con i suddetti automezzi, spesso sproporzionati come "mole" rispetto alle normali autovetture che avrebbero la peggio.

7-MCJ: I medici competenti sono sempre stati sensibili alla distinzione del ruolo di controllore, rispetto a quello di medico della prevenzione, nei confronti del lavoratore soggetto ad accertamenti, allo scopo di non incrinare il rapporto di fiducia con il paziente-lavoratore. Perché lo Schema di Intesa non può andare in questa direzione, permettendo almeno di delegare le funzioni di 'prelevatore', come peraltro prevedono già diverse Delibere regionali ad integrazione del vigente Accordo 18 settembre 2008?

EDB: Il medico competente è prima di tutto un medico, che deve salvaguardare la salute del proprio paziente che nella fattispecie è un lavoratore, per cui deve mettere in atto tutte le competenze mirate ad evitare danni al suo paziente/lavoratore o a terzi in conseguenza dell'espletamento di tale attività. Non si può prescindere dalla prevenzione, il compito nobile del medico competente, ma non lo si può trasformare in un controllore diretto senza i mezzi e i supporti logistici giusti per attuare tale obiettivo. Imbrigliarlo in procedure diverse da quelle proprie della professione significa mortifi-

care tale ruolo.

8-MCJ: ANMA ha proposto tempo fa una 'stratificazione' del rischio infortunistico verso terzi, definendo diverse periodicità dei controlli, per esempio, tra gli addetti alla guida di macchine movimentazione terra. A suo parere è possibile intraprendere questa strada in modo da non equiparare il saltuario conducente di carrellini, rispetto a chi sposta quotidianamente merci pericolose oppure container?

EDB: Non solo è possibile ma sarebbe oltremodo giusto, nel senso di effettuare controlli saltuari in funzione della frequenza con cui il lavoratore si trova ad operare nella mansione da monitorare.

9-MCJ: Perché le sostanze psicotrope, spesso assunte efficacemente sotto controllo medico specialistico, soprattutto se non incidono su vigilanza, concentrazione e reattività, vengono ancora equiparate a sostanze stupefacenti illegali assunte fuori controllo? In altre parole, perché impedire ad un carrellista di assumere un ipnotico con emivita breve la sera precedente, condannandolo all'insonnia e perciò a comportamenti a rischio il giorno successivo al lavoro?

EDB: Perché non viene specificato che l'uso cauto e sotto controllo medico non è "l'abuso" fatto in autonomia e/o con associazioni incongrue di farmaci, quest'ultimo sì da controllare !!

10-MCJ: A suo parere lo Schema di Intesa può essere ancora modificato o dobbiamo attenderci a breve la sua pubblicazione sostanzialmente immodificata?

EDB: Purtroppo non mi è dato sapere come decideranno i nostri referenti centrali/ministeriali se non accettano il confronto con i tecnici. Mi sembra che il congresso di Torino sia stata un'occasione di confronto privilegiato, che potrebbe far riflettere se c'è la volontà.





A cura di Piero Patanè, Consigliere Nazionale ANMA

RIENTRO DALLA MALATTIA DOPO 60 GIORNI

D: Dopo un periodo di malattia superiore ai 60 gg. (a causa di un intervento chirurgico), terminato in data 31 maggio 2016 ho usufruito delle mie ferie estive dal 01 giugno al 15 giugno. Ancora non ho avuto comunicazione da parte del mio datore di lavoro e quindi ancora in attesa di essere sottoposta alla visita di controllo da parte del medico competente. Vorrei sapere quanto tempo ha a disposizione il datore di lavoro per far sì che questa visita per altro obbligatoria venga effettuata e il tempo che intercorrerà come mi sarà retribuito?

R: Il Datore di Lavoro DEVE disporre deve disporre la visita prima del suo rientro che deve avvenire subito dopo il periodo prescritto di malattia; le difficoltà organizzative devono essere risolte in tempi brevi ed utili. Comunichi al Datore di Lavoro la data del suo rientro: non ci sono istituti che retribuiscono il periodo in attesa della visita dopo i 60 gg. di malattia. Buon lavoro.

RETTOCOLITE ULCEROSA E IDONEITÀ AL LAVORO

D: Salve, soffro di rettocolite ulcerosa da 2 anni. La mia è una forma molto lieve e che riesco a controllare attraverso l'assunzione di un farmaco antiinfiammatorio non steroideo. Sono stata presa per un lavoro a tempo determinato nella grande distribuzione come addetta alle vendite. Volevo sapere se il fatto di avere questa patologia poteva portarmi ad una inidoneità lavorativa.

R: Il medico competente, e crediamo anche quello della sua azienda, nel rispetto del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH), ha come scopo di salvaguardare la sua salute al lavoro e quindi anche di tutelare e recuperare il più possibile la sua capacità lavorativa. Non di inidoneità si dovrà parlare (soprattutto in una forma lieve e compensata dai farmaci) ma di idoneità con possibili limitazioni se necessarie. Le consigliamo di parlarne con il suo medico competente, eventualmente richiedendo la visita.



INCOMPATIBILITÀ TRA MEDICO COMPETENTE E MEDICO DI MEDICINA GENERALE?

D: può un medico di base con 1500 assistiti, quindi massimalista, svolgere anche la attività di medico competente?

R: A norma di convenzione , non come massimalista.

Dalla convenzione dei Medici di Medicina Generale anno 2000.

Art 4

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D. Leg.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 25 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire scelte dei dipendenti delle aziende per le quali opera o dei loro familiari anagraficamente conviventi, fatte salve le scelte già in essere.

Art 25

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività orarie compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, tenuto conto del disposto dell'articolo 44 del presente Accordo in materia di libera professione strutturata. Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e dell'emergenza sanitaria territoriale si applicano le limitazioni previste dai rispettivi Capi.

OMESSA DICHIARAZIONE DI CONDIZIONE PREGRESSA PATOLOGICA

D: Buongiorno Nel caso sia stata omessa una condizione patologica pregressa che però rischia di riacutizzare con sintomatologia dolorosa è possibile un ravvedimento da parte del soggetto che chiede una nuova visita al medico competente e una modifica della propria cartella sanitaria personale? Nel caso affermativo si incorre in qualche sanzione amministrativa o in qualche provvedimento negativo da parte dell'azienda in cui si presta il lavoro? Grazie per la vostra risposta

R: Come già precisato in altre risposte a domande simili, non esiste un obbligo formale e quindi sanzionato di riferire la propria situazione di salute nell'ambito delle visite per sorveglianza sanitaria sul lavoro. In questo senso si può fare richiesta di visita medica e ottenere, se ne esistono i presupposti, un nuovo giudizio di idoneità: art. 41 comma c del D.Lvo 81/08 e s.m.i.. Caso mai si pone il problema della possibile strumentalità sia della omessa dichiarazione sia della riesumazione di dati sanitari essenziali. Il rapporto tra lavoratore e medico competente dovrebbe essere improntato al massimo livello fiduciario e di correttezza possibili. Ma questo, capiamo, non è una questione di norme.





A cura di Danilo Bontadi, Consigliere Nazionale ANMA

QUANDO, A SORPRESA, LA VITA SEMBRA FARSÌ TRASPARENTE

“Ma insomma, miei cari, perché dobbiamo dire la verità? Perché dobbiamo optare per questa dannata verità? Per non incappare nella bugia, perché le bugie sono opera dell'uomo, mentre la verità è solo per metà opera dell'uomo dal momento che deve corrispondere qualcosa da un'altra parte, quella in cui si trovano i fatti. Bisogna che prima ci sia qualcosa perché possa esistere una verità. Da sola non può esistere.”

Ingeborg Bachmann