

# medico competente



# JOURNAL

## in questo numero

**Anma BEP** Il giudizio d'idoneità alla mansione specifica nei soggetti portatori di patologie tendinee dell'arto superiore

**Industria 4.0** Quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda?

Congresso #30 ANMA - Un nuovo traguardo raggiunto. **Link alle foto** e video dell'evento

I "nuovi" **videoterminalisti**: remote operators



**eMR®**  
Il Software Gestionale  
per la Medicina  
del Lavoro

**MIGLIORA IL SERVIZIO AL CLIENTE** ●  
Permette di ridurre i tempi di attesa grazie a nuovi servizi di prenotazione, gestione delle visite e di comunicazione dei certificati di idoneità al datore di lavoro

**È FACILE DA USARE E VELOCE DA APPRENDERE** ●  
Ha un'interfaccia intuitiva che guida l'utente in tutte le operazioni

**È VELOCE DA CONFIGURARE E RENDERE OPERATIVO** ●  
È attivato "cloud" senza richiedere un server al cliente

**AGEVOLA IL LAVORO DEL MEDICO E DEL SUO STAFF** ●  
Semplifica e velocizza la compilazione della cartella sanitaria e dei referti

**RISPETTA IL CODICE SULLA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO** ●  
È conforme alle specifiche del D.LGS. 81/08 e S.M.I. e di protezione dei dati personali

Progettato in collaborazione con medici e operatori del settore è stato scelto da strutture qualificate

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



## SOMMARIO

2-2017

### 4 **In primo piano**

ANMA BEP - Il giudizio d'idoneità alla mansione specifica nei soggetti portatori di patologie tendinee dell'arto superiore

**A. Baracco, G. Barral, P.A. Patanè**

### 10 **Attualità**

Industria 4.0 - Quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda?

**G. Briatico Vangosa**

### 12 **Eventi**

Congresso #30 ANMA - Un nuovo traguardo raggiunto  
Link alle foto e ai video dell'evento

### 14 **Ufficio e salute**

I "nuovi" videoterminalisti: remote operators

**Paolo Santucci**

### 16 **Anma risponde**

Domande e risposte ai quesiti di interesse generale tratte dal sito [www.anma.it](http://www.anma.it)

**Piero Patanè**

### 22 **Da leggere in poltrona**

Caso Charlie, la lettera della dottoressa Parravicini ai genitori

# Il giudizio d'idoneità alla mansione specifica nei soggetti portatori di patologie tendinee dell'arto superiore.

**Motivazione** La BEP qui presentata è stata condivisa nell'ambito del XXIX Congresso Nazionale ANMA e verificata dalla Commissione scientifica ANMA. In questa nota se ne presenta una sintesi finalizzata all'applicazione pratica da parte del Medico Competente.

**S**i vuole proporre un percorso condiviso che consenta di esprimere giudizi di idoneità nei soggetti portatori di patologie dell'arto superiore basati sui dati di una letteratura ormai ventennale. L'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica per i soggetti portatori di patologie degli arti superiori deve seguire il comune razionale medico-occupazionale a partire dalle precise definizioni sia del quadro clinico che dell'esposizione lavorativa.

La BEP è basata su un percorso razionale che si sviluppa in due step:

1. in base all'esame clinico del lavoratore per definire se il danno anatomico è reversibile o irreversibile,
2. in base alle caratteristiche ergonomiche della mansione per definire la compatibilità con la stessa e quindi definire il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Resta inteso che – come qualunque percorso razionale in Medicina del Lavoro – anche il percorso proposto in questa BEP non può sostituire la valutazione professionale del Medico Competente, che in ogni circostanza dovrà necessariamente tenere presenti i peculiari bisogni del singolo lavoratore ed esprimere la valutazione che più risponde al suo imprescindibile giudizio clinico.

Il percorso trova attuazione dall'analisi delle fonti normative che disciplinano la materia e di cui si darà una sintesi commentata nell'Allegato I e II e delle fonti bibliografiche rilevanti citate successivamente nel paragrafo dedicato alla bibliografia (bibliografia a pag. 9).

## Fasi e attività

Gli elenchi delle malattie proposte dagli Autori dei diversi documenti sopra ri-

cordati non sono concordanti. Questo fatto può comportare qualche incertezza nella valutazione medico-legale dei casi, ma ai fini della espressione del giudizio di idoneità non si ritiene che il Medico Competente debba porsi dubbi nella tutela della salute dei soggetti meiorpragici portatori di patologie acute e croniche, anche se origine sicuramente non lavoro-correlata.

A questo proposito si ricorda l'Allegato 7 delle linee guida proposte da Apostoli e collaboratori (2003, 2006) che elenca le "patologie che possono rappresentare una condizione di ipersuscettibilità individuale o possono aggravare le possibili lesioni agli apparati muscolo-scheletrico, neurologico e vascolare, causate dall'espansione occupazionale al segmento mano-braccio". Sono comprese sia malattie muscolo-scheletriche (compresa la fibromialgia, che è stata oggetto di una specifica trattazione in occasio-



ne del XXIX Congresso Nazionale in quanto quadro clinico di difficilissima gestione da parte del Medico Competente), neurologiche e vascolari; sia fattori fisiologici (come età, sesso, biotipo e struttura antropometrica, gravidanza e menopausa). Tutte le linee guida sono concordi nel suddividere le malattie in due gruppi a

seconda che il danno anatomico sia reversibile o irreversibile. Nelle tabelle che seguono si propone una sintesi dei dati clinici e strumentali (ecografico e elettromiografico) che consentono di classificare il danno anatomico in reversibile o irreversibile. Va precisato che a tutt'oggi non esistono elementi sufficienti a considerare i

soggetti trattati chirurgicamente con normalizzazione del dato di diagnosi per immagini o strumentale (ovvero con restituito ad integram dal punto di vista degli specialisti ortopedici) come soggetti sani. Tali soggetti andranno precauzionalmente considerati come soggetti affetti da danno anatomico irreversibile.



## STEP 1

FASE	ATTIVITÀ				
Valutazione <b>STEP 1a</b>	Individuazione delle patologie che determinano ipersuscettibilità individuale o possibile aggravamento di lesioni al segmento mano-braccio	<b>Tendiniti</b>	Tenosinovite	Infiemmazione guaina rivestimento	
			Peritendinite	Infiemmazione punto passaggio tendine e muscolo	
			Entesiti	Infiemmazione punto inserzione tendine osso	
			Borsite	Infiemmazione borse sinoviali	
		<b>Tendinosi</b>	Processo degenerativo		
Valutazione <b>STEP 1b</b>	Distinzione per patologia della reversibilità o meno delle lesioni	<b>Tendiniti</b>	Tenosinovite	Ipo-ecogenicità	Reversibile
			Peritendinite		
			Entesiti		
			Borsite	Anecogenicità (liquido) + ispessimento borsa	
		<b>Tendinosi</b>	Ipo- + an- + iper-ecogenicità	Irreversibile	
Valutazione <b>STEP 1c</b>	Scelta degli esami di approfondimento per stabilire la reversibilità delle lesioni a seconda del danno anatomico	<b>Sindromi canalicolari</b>		Danno anatomico	
		Velocità di conduzione sensitiva	Latenzadistrale motoria	Evoluzione	
		Solo test comparativi	=	Reversibile	
		-	=		
		-		Irreversibile	
		Assente			
Assente	Assente				

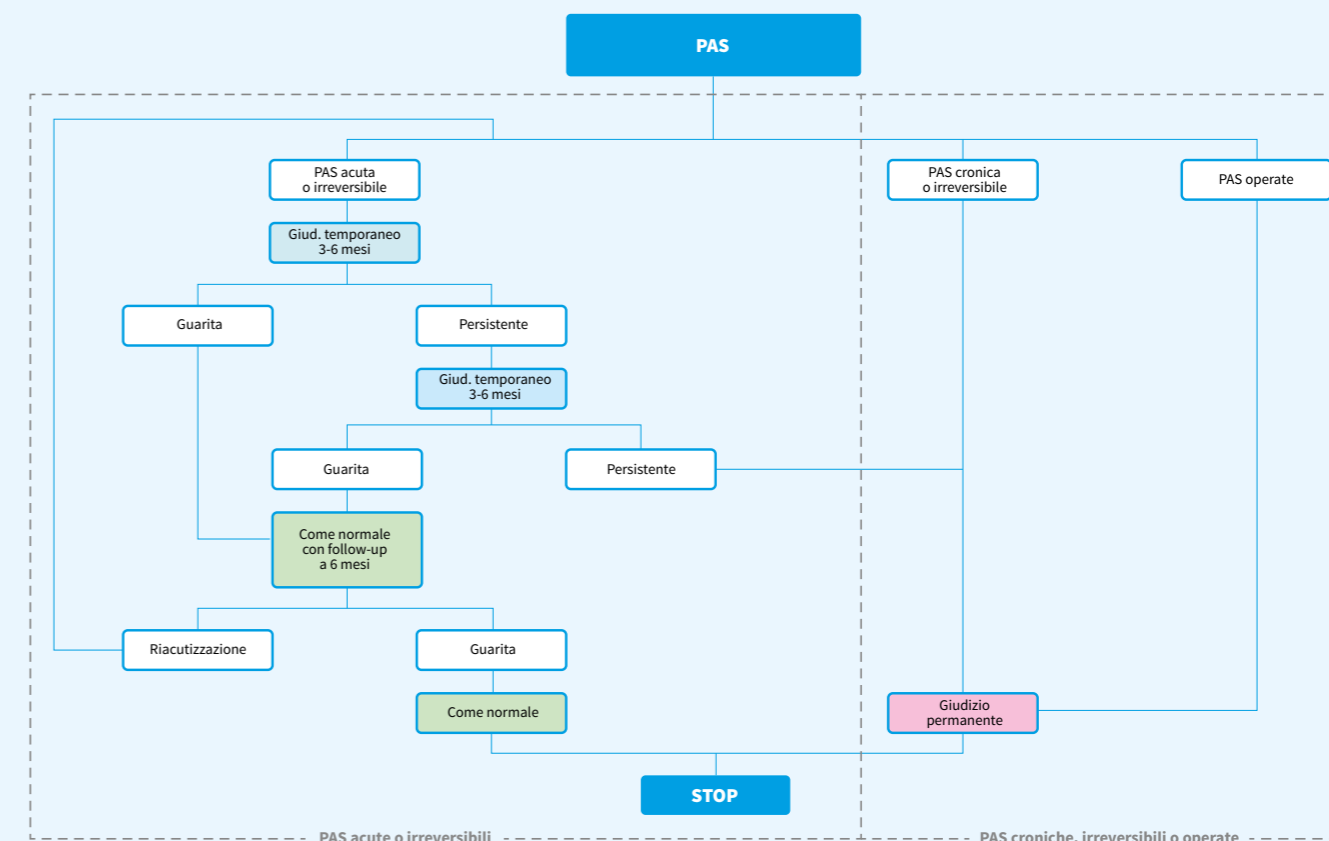
### Sintesi STEP 1

La prima flow chart relativa allo STEP 1, quindi, considerate le tre chiavi di ingresso:

- patologia dell'arto superiore (PAS) acuta o reversibile;
- PAS cronica o irreversibile;
- PAS operata,

per definire il percorso di follow-up da seguire (in termini pratici, per definire un giudizio di idoneità temporanea con revisione del lavoratore o un giudizio di idoneità permanente, il cui contenuto sarà definito al termine dello STEP 2.

## Schema riassuntivo STEP 1



### Nota

Come si osserva, il primo percorso richiede una revisione del lavoratore con follow-up che può variare dai 3 ai 6 mesi (sul punto non c'è accordo di letteratura e, sia per scarsa compliance terapeutica del paziente, sia per l'influenza di fattori extralavorativi, sono riferiti

periodi di recupero anche assai protratte nel tempo).

Dopo la guarigione del quadro acuto o reversibile e la riammissione del lavoratore allo svolgimento della normale attività produttiva è consigliato un controllo ravvicinato a 6 mesi, una tantum, allo scopo di verificare che la ri-

presa lavorativa non abbia interferito con il consolidamento dei benefici terapeutici.

Come illustrato nel secondo ingrandimento, un quadro di PAS cronica o irreversibile comporta necessariamente l'espressione di un giudizio di idoneità a carattere permanente, il cui contenuto sarà definito nello Step 2.

## STEP 2

FASE	ATTIVITÀ	
Valutazione STEP 2a	Valutazione di rischi ad indice (OCRA o altro) vs valutazione descrittiva	Collaborazione del Medico Competente alla valutazione di Rischio
Valutazione STEP 2b	Individuazione della fascia di rischio se valutazione ad indice	Collaborazione del Medico Competente alla valutazione di Rischio
Valutazione STEP 2c	Individuazione del comparto specifico con caratteristiche compatibili	Valutazione dei Rischi e sopralluogo
Espressione del giudizio STEP 4c	Espressione del giudizio di idoneità	Sorveglianza sanitaria

La normativa tecnica (si ricordano, tra tutte, la norma UNI EN ISO 11228-3 e il documento tecnico ISO/TR 12295) raccomanda di seguire un percorso di valutazione del rischio di sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore standardizzato e ad indice.

L'uso di una metodologia ad indice offre indiscutibili vantaggi: permette, per esempio, di pianificare gli interventi preventivi e di valutare l'efficacia degli stessi, di stratificare il rischio di sovraccarico biomeccanico, di confrontare tra loro le postazioni presenti nel luogo di lavoro.

In caso di utilizzo dei metodi ad indice, si raccomanda di non utilizzare unicamente e acriticamente il solo indice finale, ma di tenere conto di tutti gli elementi analitici di valutazione dell'effettivo carico dei diversi segmenti dell'arto superiore: ciò al fine di migliorare la capacità di identificazione di una possibile relazione causale tra "carico lavorativo" ed affezioni di specifiche strutture anatomiche, di orientare i più specifici interventi di riprogettazione dei compiti e dei posti di lavoro e di fornire elementi indispensabili per l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Non può essere, tuttavia, ignorato che – anche considerando il fatto che il 95% delle imprese italiane sono PMI con meno di 10 addetti (fonte ISTAT) e, quindi, talora senza un sistema preventivo aziendale efficiente – molto frequentemente il Medico Competente né ha a disposizione, né può effettivamente richiedere una valutazione con metodologia standardizzata ad indice. In molti, è disponibile unicamente una valutazione matriciale  $R = P \times D$ , che non fornisce sufficienti elementi di dettaglio per l'espressione di un giudizio di idoneità alla mansione specifica.

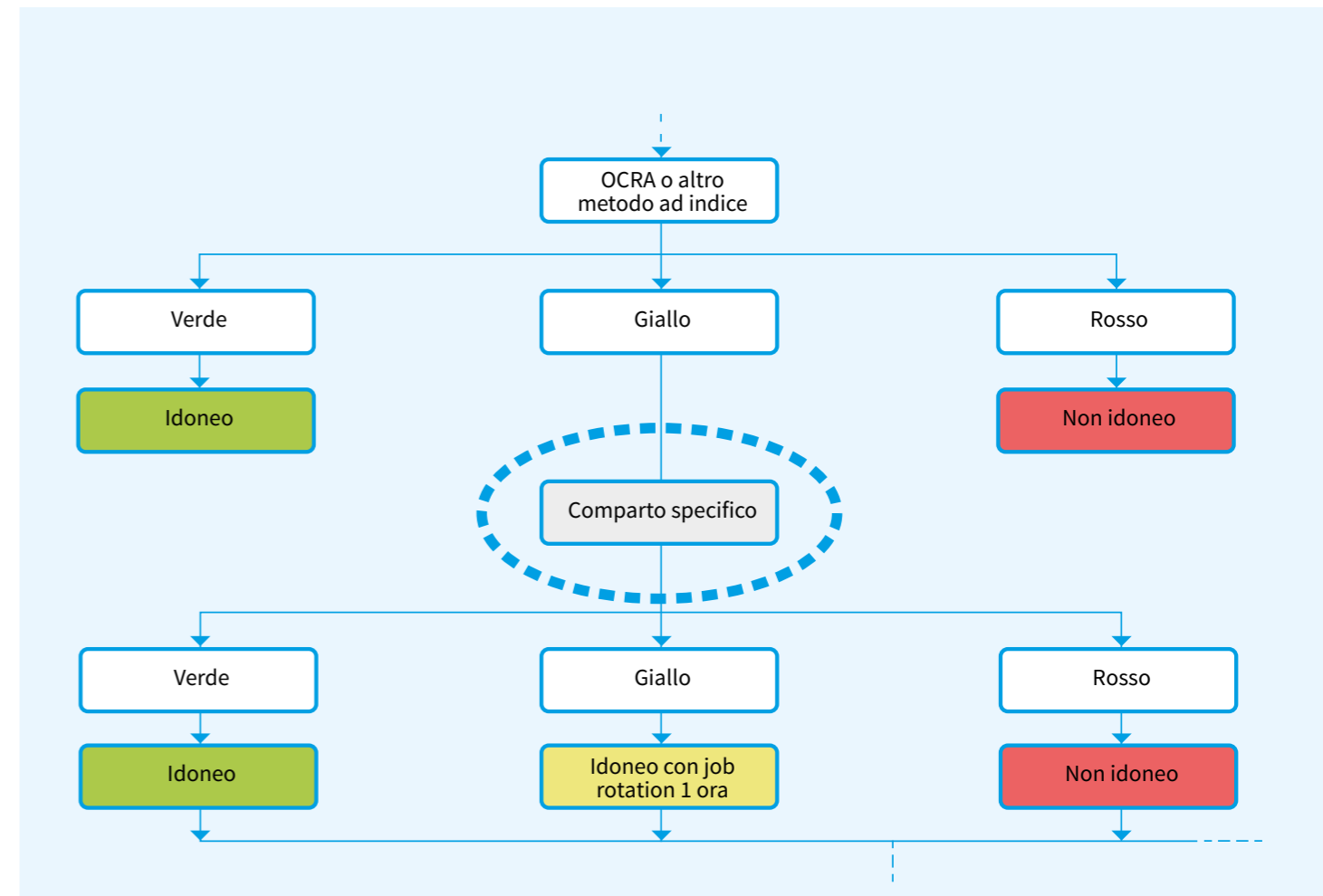
In questi casi, il Medico Competente si trova nella necessità di farsi carico di una valutazione necessariamente di tipo descrittiva. A questo fine si consiglia l'uso delle checklist proposte nel documento tecnico ISO/TR 12295 o nella Tabella B.2 della norma UNI EN ISO 11228-3. In ogni caso, si consiglia di verificare almeno i seguenti parametri:

- frequenza elevata (oltre 30 azioni al minuto) per oltre 3 ore complessive;
- braccio quasi ad altezza delle spalle, specificando la percentuale del tempo ciclo in cui si verifica la disergonomia;
- prono-supinazioni massimali del gomito, specificando il dato cronologico;

- deviazioni massimali del polso, specificando il dato cronologico;
- mano in presa pinch, palmare o ad uncino, specificando il dato cronologico;
- uso di forza moderata, specificando il dato cronologico;
- uso di forza forte, specificando il dato cronologico;
- vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio con accelerazione superiore a 2,5 m/s<sup>2</sup>.

Sulla base del dato di esposizione (che dovrebbe essere contenuto nel documento di valutazione dei rischi, se l'azienda in cui opera il lavoratore oggetto di valutazione rispettasse le indicazioni della legge vigente, il flow chart dello STEP 2 esprime il percorso logico per definire il contenuto della idoneità emersa al termine dello STEP 1 (temporanea o permanente, con follow-up ravvicinato e no).

Il flusso prevede due chiavi di ingresso: la disponibilità di un metodo ad indice (nel nostro Paese la metodologia più utilizzata è costituita dai tools della famiglia OCRA) o l'esecuzione di una valutazione descrittiva.

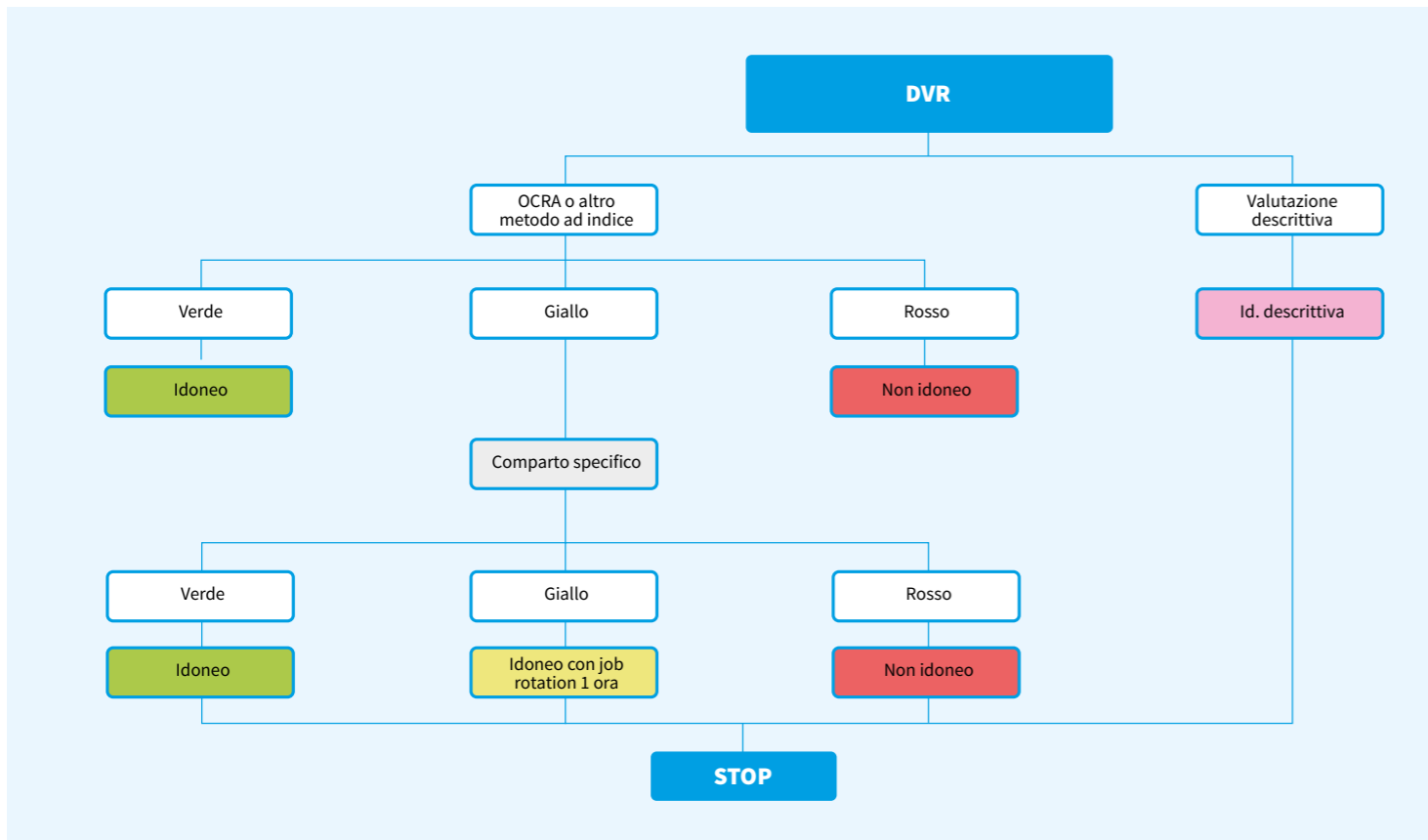


Il primo percorso decisionale (vedi ingrandimento qui sopra riportato) si basa sugli esiti di una valutazione con metodo ad indice.

La peculiarità della proposta di questa BEP è quella di valutare – in caso di indice nella fascia gialla del rischio borderline – l'indice specifico per il comparto funzionale dell'arto superiore affetto dalla PAS per cui si valuta il lavoratore. In tal modo, il Medico Competente ha modo di pervenire all'espressione di un giudizio alla mansione specifica preciso e razionale.

Il Medico Competente terrà conto anche degli aspetti organizzativi, evitando di assegnare il lavoratore meiotragico a svolgere attività a ritmo vincolato (intendendo per ritmo vincolato p.es. quello che nella Checklist OCRA ad alta precisione viene definito "ritmo imposto senza possibilità di modulazione su linea in movimento"). Non si ritengono, invece, controindicati i lavori a ritmo imposto (intendendo per ritmo imposto p.es. quello che nello stesso strumento è indicato come "ritmo imposto con possibilità di modulazione").

Il secondo percorso – ovvero in assenza di una valutazione puntuale del rischio di sovraccarico biomeccanico degli arti superiori con metodologia standardizzata – deve necessariamente concludersi attraverso una valutazione professionale (expertise) da parte del Medico Competente.



## BIBLIOGRAFIA

### Fonti più utilizzate nel nostro Paese:

- D.M. 9-4-2008 – Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria;
- D.M. 10-6-2014 – Aggiornamento delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ex art. 139 T.U. (Lista I, Gruppo 2; Lista II, Gruppo 2; Lista III, Gruppo 2);
- D. Colombini, E. Occhipinti et al.: *Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni*, Documento di Consenso di un gruppo di lavoro nazionale. Med. Lav. 2003; 84,3: 312-229;
- P. Apostoli, M. Bovenzi et al.: *Linee guida per la prevenzione dei disturbi e delle patologie dell'arto superiore correlati con il lavoro (Upper-extremity work-related musculoskeletal disorders – UE WMSDs)*. Maugeri Foundation Books, ed. 2003; Agg. 2006
- D. Magosso, E. Cestari et al.: *Linee guida linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori*. C.R.E.E.O. Regione Veneto, 2004.

# Industria 4.0: quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda?

Il tema dell'**Industria 4.0** si è appena affacciato all'onore della cronaca e già si sta valutando quali riflessi potranno esserci sulla salute fisica e mentale dei lavoratori e come la Medicina del lavoro debba guidare e ausiliare le nuove prospettive occupazionali.

**È** un salto in un presente-futuro che affascina, come del resto ogni trasformazione grande e piccola che ognuno di noi ha vissuto nel corso della propria esistenza. Dalla penna stilografica (con gli infortuni dell'ultima facciata del tema in classe, le "macchie" non sempre sanabili con la carta assorbente) alla Olivetti 22; dal telefono nero fisso con la rotella per comporre il numero, ai primi giganteschi telefoni portatili, alla telefonia dei nostri giorni; dal piccione viaggiatore al telefax, alla posta elettronica. Ci accompagna ormai da decenni un cambiamento minuto dopo minuto che trasforma la nostra vita lavorativa, familiare e sociale.

Del resto è sotto gli occhi di tutti noi Medici Competenti la trasformazione del mondo del lavoro e l'adattamento che noi professionisti abbiamo dovuto assecondare. Inutile negarlo arriviamo sempre, da sempre, secondi quando va bene. Ci illudiamo di essere protagonisti. Ciononostante il nostro contributo al miglioramento delle condizioni di lavoro, e in qualche modo allo stile di vita, è tangibile. Il nostro lavoro è stato prezioso, continua ad esserlo e dobbia-

mo sforzarci per trovare il giusto equilibrio perché lo sia anche nel futuro, nell'Industria 4.0.

Ma cosa è l'Industria 4.0? Un argomento affascinante; una favola proiettata sui nostri pronipoti che vivranno in un mondo fantastico, senza problemi, nel benessere digitale.

Sarà come profetizza Warren Gamaliel Bennis, pioniera degli studi sulla leadership, in una delle sue famose citazioni?

## Definizione di Industria 4.0

"Il termine Industria 4.0 (o Industry 4.0) indica una tendenza dell'automazione industriale che integra alcune nuove tecnologie produttive per migliorare le condizioni di lavoro e aumentare la produttività e la qualità produttiva degli impianti"

(da Wikipedia)

Industria 4.0 prende il nome dall'iniziativa europea Industry 4.0, a sua volta ispirata ad un progetto del governo tedesco. La paternità del termine viene attribuita a Henning Kagermann, Wolf-Dieter Lukas e Wolfgang Wahlster che lo impiegarono per la prima volta in una comunicazione tenuta alla Fiera di Hannover del 2011. Alla fine del 2013 fu concretizzato il progetto Industry 4.0 per l'industria del futuro con la previsione di investimenti su infrastrutture, scuole, sistemi energetici, enti di ricerca e aziende per ammodernare il sistema produttivo tedesco e riportare la manifattura tedesca ai vertici mondiali rendendola competitiva a livello globale.

L'obiettivo è dare sostanza ai 3 concetti che formano la cosiddetta "smart factory":

- *smart production*, ovvero introdurre nuove tecnologie produttive che creano collaborazione tra tutti gli elementi presenti nella produzione ovvero collaborazione tra operatore, macchine e strumenti.
- *smart services*, ovvero favorire tutte le "infrastrutture informatiche" e tecniche che permettono di integra-

L'industria del futuro avrà solo 2 dipendenti: **un uomo e un cane**. L'uomo sarà lì per nutrire il cane. Il cane sarà lì per evitare che l'uomo tocchi qualcosa" (Warren G. Bennis).



re i sistemi; ma anche tutte le strutture che permettono, in modo collaborativo, di integrare le aziende (fornitore - cliente) tra loro e con le strutture esterne (strade, hub, gestione dei rifiuti, ecc.)

- *smart energy*, ovvero avere sempre un occhio attento ai consumi energetici, creando sistemi più performanti e riducendo gli sprechi di energia.

I "sistemi ciberfisici (CPS)", cioè sistemi fisici strettamente connessi con i sistemi informatici, sono la chiave di volta dell'Industria 4.0.

I risultati ottenuti dalla Germania a livello produttivo hanno portato molti altri Paesi a perseguire questa politica. L'Italia da parte sua ha pubblicato nel novembre 2015 il "Piano nazionale Industria 4.0: investimenti, produttività e innovazione" in base ai risultati dell'indagine conoscitiva della X Commissione attività produttive, commercio e turismo.

Sono stati pubblicati numerosi studi sull'argomento. I più conosciuti sono quelli di McKinsey, di Boston Con-

sulting e di Osservatori del Politecnico di Milano che profetizzano l'impatto che queste nuove politiche avranno sul contesto sociale ed economico: ovvero sulla "Quarta rivoluzione industriale". Dunque nei prossimi anni fattori tecnologici e demografici influenzeranno profondamente l'evoluzione del lavoro dimensionandone il mercato, come emerge dalla ricerca *The Future of the Jobs* presentata al *World Economic Forum*. Già oggi la tecnologia del *cloud* e la flessibilizzazione del lavoro stanno influenzando le dinamiche del lavoro e lo faranno ancora di più nei prossimi 2-3 anni. L'effetto nei prossimi 5 anni sarà da una parte la creazione di 2 nuovi milioni di posti di lavoro, ma dall'altra la contemporanea perdita di 7 milioni, con un saldo netto negativo di oltre 5 milioni di posti di lavoro. L'Italia ne uscirebbe in pareggio (200mila posti creati e altrettanti persi).

Le perdite si concentreranno nelle aree amministrative e della produzione (rispettivamente 4,8 e 1,6 milioni di posti persi), mentre si registrerà una compensazione parziale nelle aree finan-

ziaria, management, informatica e ingegneria. Si stima che oltre il 47% dei lavori in Europa e negli Stati Uniti sono a rischio di automazione in meno di 20 anni.

Cambiano di conseguenza le competenze e le abilità ricercate dal mercato, stimando che nel 2020 il *problem solving* sarà la *soft skill* più ricercata. Parallelamente il pensiero critico e la creatività diventeranno sempre più importanti.

Ci si riferisce ad una serie di cambiamenti nei modi di produzione (come si producono beni e servizi) e forse, come scenario possibile, anche dei rapporti di produzione (tra datore di lavoro e lavoratore, per esempio).

Cambieranno conseguentemente "i profili di rischio delle mansioni", gli effetti sulla salute e, con effetto domino, il modello per definire e gestire la idoneità alla mansione specifica, così come oggi concepita dalla normativa di tutela della salute sul lavoro.

Infatti la quarta rivoluzione industriale si centra sull'adozione di 9 tecnolo-



gie definite abilitanti e di interesse per l'intero settore manifatturiero, così come emerge dallo studio di Boston Consulting, che sono:

- **Advanced manufacturing solution:** sistemi avanzati di produzione, ovvero sistemi interconnessi e modulari che permettono flessibilità e performance. In queste tecnologie rientrano i sistemi automatici di movimentazione dei materiali e la robotica avanzata, che oggi entra sul mercato con i robot collaborativi o cobot.
- **Additive manufacturing:** sistemi di produzione additiva che aumentano l'efficienza dell'uso dei materiali.
- **Augmented reality:** sistemi di visione con realtà aumentata per giudicare meglio gli operatori nello svolgimento delle attività quotidiane.
- **Simulation:** simulazione tra macchine interconnesse per ottimizzare i processi.
- **Horizontal e vertical integration:** integrazione e scambio di informazioni in orizzontale e in verticale, tra tutti gli attori del processo produttivo.
- **Industrial internet:** comunicazione tra elementi della produzione, non solo all'interno dell'azienda, ma anche all'esterno grazie all'utilizzo di internet.
- **Cloud:** implementazione di tutte le tecnologie cloud come lo *storage online* delle informazioni, l'uso del *cloud computing*, e di servizi esterni di analisi dati, ecc. Nel *Cloud* sono contemplate anche le tecniche di gestione di grandissime quantità di dati attraverso sistemi aperti.
- **Cyber-security:** l'aumento delle interconnessioni interne ed esterne apro-

no la porta a tutta la tematica della sicurezza delle informazioni e dei sistemi che non devono essere alterati dall'esterno.

- **Big Data Analytics:** tecniche di gestione di grandissime quantità di dati attraverso sistemi aperti che permettono previsioni o predizioni.

Mentre la "prima rivoluzione industriale" del 18° secolo è stata caratterizzata dall'utilizzo di macchine azionate da energia meccanica per l'introduzione di potenza di vapore per il funzionamento degli stabilimenti produttivi; la "seconda rivoluzione industriale" dell'inizio del secolo scorso dalla produzione di massa e catena di montaggio; la "terza rivoluzione industriale" dei primi anni '70 dai robot industriali e computer con l'utilizzo dell'elettronica e dell'IT per automatizzare la produzione; oggi "la quarta rivoluzione industriale" si va caratterizzando sui seguenti cardini:

1. L'utilizzo dei dati come strumento per creare valore, perché intorno ai dati si muove la potenza di calcolo delle macchine. Tutti i temi relativi ai big data, i dati aperti, IOT, cloud computing, internet of Things e così via che determinano nuove forme di comunicazione.
2. Analytics, ovvero come far fruttare i dati una volta raccolti. Entrano qui in campo le "machine learning", macchine che perfezionano la loro resa "imparando" dai dati via via raccolti e analizzati
3. Rapporto-interazione uomo-macchina, ovvero la comunicazione e i linguaggi uomomacchine- strumenti- interfacce. La progettazione e attuazione di modalità di interazione

tra uomo e macchina finalizzate prevalentemente a migliorare le prestazioni sul lavoro (interfacce "touch", realtà aumentata).

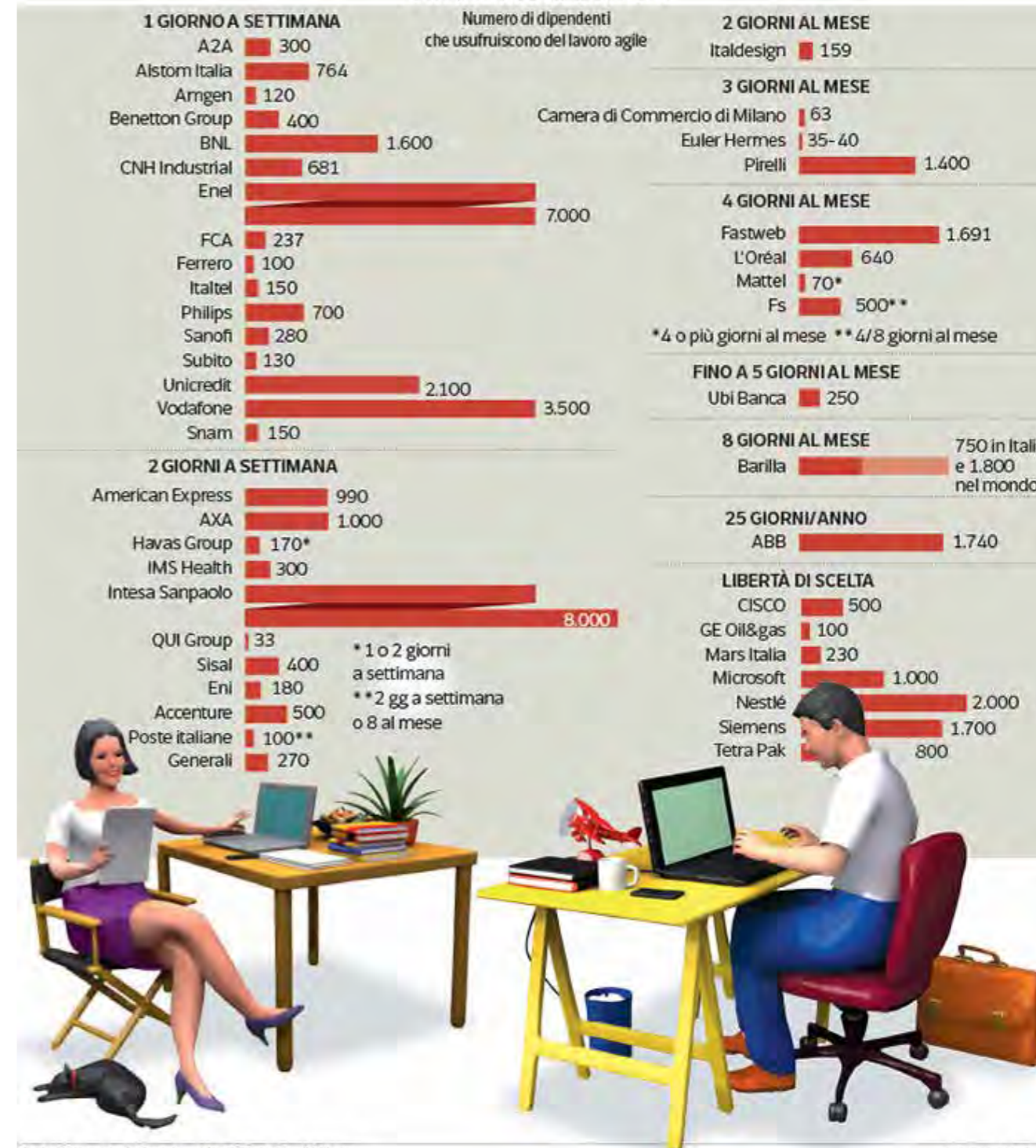
4. Il ponte tra digitale e reale, ovvero trovare i modi e gli strumenti per produrre i beni e i servizi una volta avuti i dati analizzati, processati e resi strumento per "istruire" le macchine.
5. Ad esempio la stampa 3D, i robot e cobot (robot collaboratore - robot con applicazioni delimitate in collaborazione con l'uomo contrariamente al robot che opera indipendentemente dall'uomo).

Si prospetta uno scenario complesso che avrà ampi riflessi sui modelli per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori "sul lavoro" con le modifiche che l'organizzazione, il contenuto e il contesto del lavoro subiranno. Sarà un libro da scrivere pagina dopo pagina, basandosi sull'osservazione dei fatti e che sicuramente comporterà sostanziali modifiche al Titolo VII - Attrezzature munite di videoterminale - e al relativo Allegato del Decreto legislativo 81/2008, ma anche a tutto l'impianto del Decreto 81 che dovrà, e dovrebbe già da adesso, essere accompagnato e ricollocato nella realtà produttiva e sociale: da sistema rigido a sistema flessibile e adattabile all'evoluzione dei tempi.

Il modello per Industria 4.0 dovrà essere studiato, ma nel frattempo dovremo adattare il nostro operare quotidiano alla tutela dei rischi per la salute e la sicurezza della prima, della seconda e della terza rivoluzione industriale che convivono assieme. Ovviamente nello schema tradizionale del Decreto 81 e di tutte le sue "costrittività organizzative". Si fugge verso il futuro senza spingere per modificare il presente.

Il cosiddetto "Job act", ovvero la Legge del 22 maggio 2017 n. 81 (numero che ricorre!) su "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 135 del 13 giugno 2017 e vigente dal giorno successivo, è una prima palestra per affrontare il futuro di Industria 4.0.

## Dove il lavoro è Smart



Fonte: Osservatorio Smartworking Politecnico di Milano

Corriere della Sera

Ad esempio sarà necessario studiare modelli da suggerire per gestire l'articolo 11 di questo provvedimento dedicato alla "delega al governo in materia di semplificazione della normativa sulla salute e sicurezza degli studi professionali" per individuare misure specifiche di prevenzione e protezione idonee a ga-

rantire la tutela della salute e della sicurezza delle persone che svolgono attività lavorativa negli studi professionali, oppure per suggerire modelli di "welfare" come indicati all'articolo 17. Ma ancor più sul tema del lavoro agile o *smart working* che forma il Capo II della Legge prima citata, il cui articolo 22,

dedicato alla sicurezza del lavoro, dispone le garanzie che il datore di lavoro deve porre in atto. L'articolo successivo, il 23, stabilisce ai commi 2 e 3 che il lavoratore ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ai sensi del D.P.R. 1124 del 1965. Quindi deve essere sottoposto a sorve-

glianza sanitaria. Ma quale modello? Quello tradizionale del Titolo VII tout court, altro? Con quale criterio per la valutazione dei rischi? Il consueto DVR pre-confezionato?

Navigando in internet si rileva un quadro giustamente contraddittorio: gli entusiasti del nuovo corso, i prudenti, gli scettici. Sta di fatto che il lavoro agile è una realtà ormai praticata anche nel nostro Paese da circa 250 mila persone che svolgono le loro mansioni da remoto e il numero di grandi aziende che ha avviato progetti di lavoro agile negli ultimi due anni è passato dall'8 al 30%. Una fetta che si allargherà presto e che comprende nomi come Ferrari, Ducati, Vodafone, Tetra Pack e Barilla. L'Osservatorio Smart Working della School of Management del Politecnico di Milano stima che la gestione più elastica di tempi e luoghi di lavoro ha generato un aumento della produttività dal 15 al 20%.

Questo nuovo modo di affrontare il lavoro avrebbe anche un impatto positivo sull'ambiente. Infatti lavorare da casa significa meno spostamenti in auto o con i mezzi pubblici e un colpo allo spreco di tempo per il lavoratore. «Le aziende di tutto il mondo stanno vivendo una profonda trasformazione organizzativa dettata dal fatto che oggi, nell'economia dei servizi, non è più necessario recarsi in un luogo diverso dalla propria abitazione per lavorare, visto

che la tecnologia ha portato gli strumenti di lavoro nelle nostre case», spiega Leonardo Previ docente di Risorse Umane presso l'Università Cattolica di Milano e autore di *Zainocrazia*.

Ci sono però aziende che la stanno pensando diversamente. È il caso di Yahoo in USA, dove il lavoro agile è diffuso da tempo, che ha fatto marcia indietro sostenendo che «per far diventare Yahoo il miglior posto dove lavorare, la collaborazione e la comunicazione saranno importanti e quindi dovremo lavorare fianco a fianco. Ecco perché dobbiamo tutti essere presenti in ufficio. Alcune delle migliori decisioni arrivano dalle discussioni in corridoio o davanti alla macchinetta del caffè, incontrando nuove persone o con meeting improvvisati».

Ed è anche il caso di IBM che fa marcia indietro e richiama i propri impiegati in sede, dopo che per anni avevano potuto lavorare da remoto, grazie a un progetto di *smart working* che aveva coinvolto gran parte dell'azienda, sostenendo che per essere sempre più produttivi e performanti gli impiegati hanno bisogno di lavorare in una location creativa, da cui poter trarre la giusta ispirazione.

Il *co-working* è un'altra espressione, o meglio applicazione, dello *smart working*. Si tratta di spazi, magari vicino casa, dove è possibile affittare una scri-

vania per evitare di andare in ufficio senza però rinunciare a vivere alcuni momenti della giornata con altri lavoratori, o colleghi. Spesso frequentati da lavoratori autonomi e freelance, oggi i *coworking* in Italia sono circa 300.

Dunque, quale modello per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori che operano in queste nuove forme di organizzazione del lavoro?

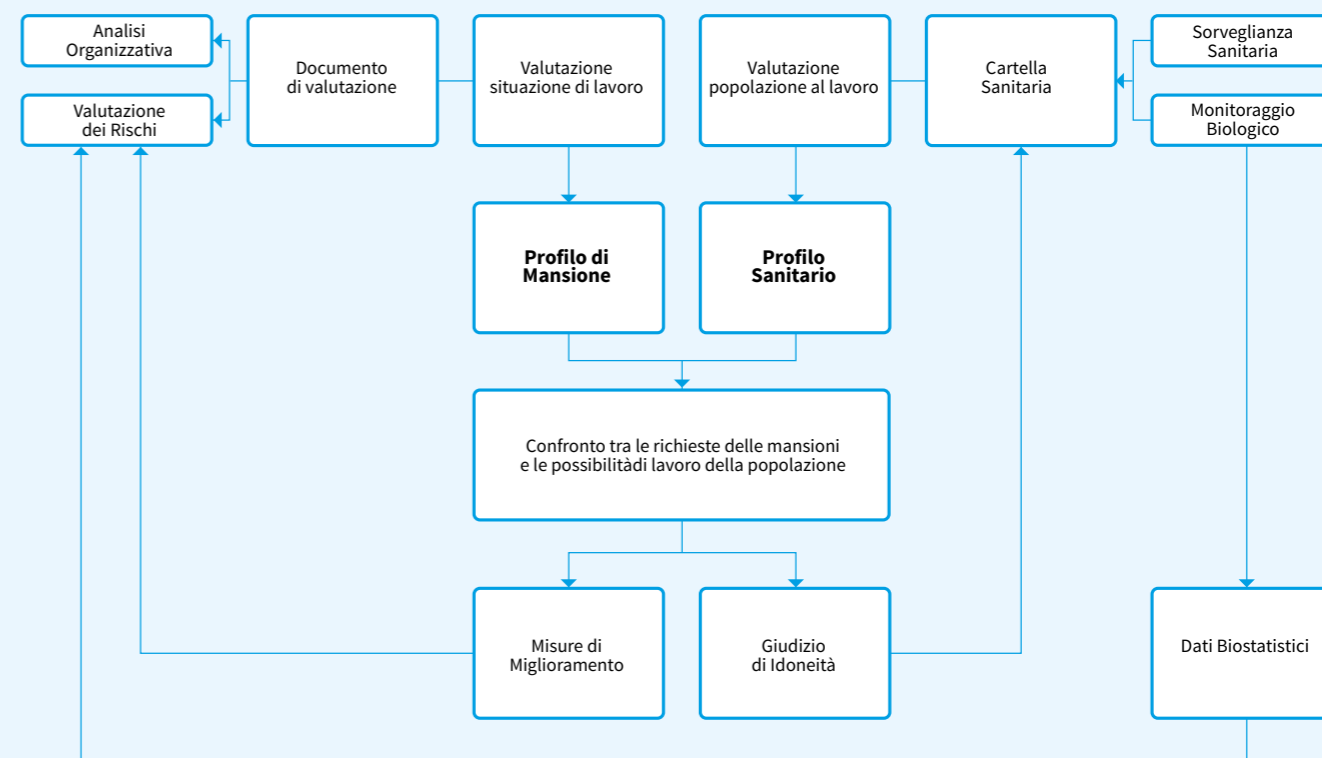
A mio parere è urgente produrre una modellistica, che non potrà che essere multidisciplinare, da confrontare all'interno della nostra disciplina; saranno poi necessarie delle sperimentazioni per validarla prima di essere partecipata alle Istituzioni e alle parti sociali.

Non vorremmo che la modellistica si fermasse all'applicazione di ISO, ovvero al terreno della sicurezza seppur fondamentale, come la ISO/TS 15066: 2016 *"Robots and roboti devices - collaborative robots"* che definisce i criteri per la valutazione dei rischi generati dall'utilizzo dei cobot (con cui si lavora a stretto contatto fisico, senza barriere o gabbie protettive) e le misure di protezione che devono essere adottate, o alla roboetica, espressione che sta ad indicare quella parte dell'etica che si occupa del rapporto tra uomo e robot. Non vorremmo che ci si fermasse al tema del tecnostress e della fatica mentale.

In questo percorso sarà bene fare tesoro del pensiero del nostro Maestro Professore emerito Enrico Carlo Vigliani che nel 1987 intrudendo in Volume *"Organizzazione della prevenzione in azienda"* edito dal GLAMA - Gruppo di Lavoro Medici Aziendali, definì la *"Medicina Aziendale: un'arte particolare. È una medicina del lavoro che si differenzia per molti lati dalla medicina del lavoro classica, materia di studio nelle facoltà Mediche, e per numerosi versi anche dalla specializzazione in medicina del lavoro, così come essa viene appresa nella maggior parte delle nostre scuole universitarie"*.

Fin dai tempi del 277/91, ma a dir la verità ben prima, abbiamo sostenuto che il processo di valutazione del rischio è la cerniera della sorveglianza sanitaria; il modo per evitare il famoso "visitificio" di cui ancora si parla; lo strumento per esprimere l'autentico giudizio di idoneità alla mansione specifica. Il mo-

## Le conoscenze professionali



La logica funzionale del Medico Competente per attuare la sorveglianza sanitaria

dello di "logica funzionale" licenziata da ANMA negli anni '80, espressione dell'autentica pratica della Medicina del Lavoro, si ripropone come vincente.

Il giudizio di idoneità alla mansione rappresenta la sintesi tra il profilo di rischio della mansione e quello sanitario della persona. È un approccio olistico che potrà soddisfare le esigenze poste dalle nuove forme di lavoro che si stanno affacciando.

Sono però da superare i vincoli normativi oggi in essere, primo fra tutti quello della collaborazione alla valutazione dei rischi del Medico Competente. Se il sistema normativo vuole davvero raggiungere gli obiettivi di tutela che si prefigge, se vogliamo costruire un sistema che sia in grado di affrontare le tematiche di "ergonomia cognitiva" che Industria 4.0 sta introducendo, pensiamo che è inderogabile un atto legislativo ad hoc che consegni al Medico

Competente un peso deciso e obbligato nel processo di valutazione del rischio. In conclusione si tratta di mettere il Medico Competente in condizione di essere inserito nel contesto aziendale, come recita il Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente pubblicato nel 1997 *"Il medico d'azienda, competente in quanto provvisto dei requisiti richiesti dalla legge e no-*

*minato dal datore di lavoro, è il Medico che, inserito nel contesto aziendale per il perseguimento delle finalità generali dell'impresa, attraverso la specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale, collabora all'attuazione di quanto necessario affinché l'attività lavorativa si svolga nel rispetto dei principi e delle norme che tutelano la salute dei lavoratori"*.

## BIBLIOGRAFIA

- McKinsey & Company, su McKinsey & Company. URL consultato il 13 luglio 2017.
- Osservatori Home, su [www.osservatori.net](http://www.osservatori.net). URL consultato il 13 luglio 2017.
- The Future of Jobs, in The Future of Jobs. URL consultato il 13 luglio 2017.
- Piano nazionale Industria 4.0: investimenti, produttività e innovazione. URL consultato il 13 luglio 2017.
- Legge del 22 maggio 2017 n. 81 (numero che ricorre!) su *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"*, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 135 del 13 giugno 2017.
- Renata Borgato. Tra umano e non umano: le nuove frontiere della sicurezza - Punto Sicuro, 19/05/2017.
- Organizzazione della prevenzione in azienda. Ed GTE, 1987
- Codice di Comportamento del Medico d'Azienda e Competente - [www.anma.it](http://www.anma.it)

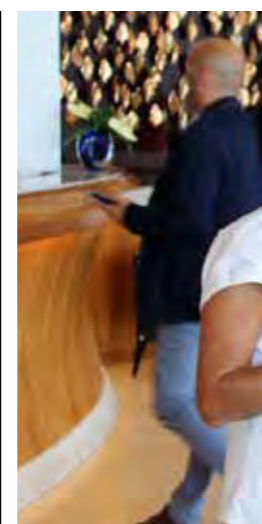
# Congresso #30 Anma

Un nuovo traguardo raggiunto

**S**abato 10 giugno si è concluso il Congresso Nazionale #30anma che ha visto la partecipazione di moltissimi soci e professionisti del settore.

Anche quest'anno l'evento ha raggiunto un altro record di iscritti che hanno manifestato interesse per tutti gli argomenti trattati a dimostrazione della qualità del programma, dell'ottimo lavoro svolto dal comitato scientifico nei mesi precedenti e all'intervento di illustri relatori. Tanti i temi toccati: dalla gestione del rischio cancerogeni fino al trattamento del lavoratore psichiatrico e del lavoratore in trasferta.

Il congresso ha rappresentato un'importante occasione per avanzare proposte e spunti operativi fondamentali per la professione del medico competente riconfermando ANMA come punto di riferimento nazionale per promuovere e divulgare le conoscenze nell'ambito della medicina del lavoro con l'obiettivo di coinvolgere un numero sempre maggiore di colleghi con cui condividere temi di attualità.



[Clicca e guarda tutte le foto e i filmati dell'evento!](#)

# ANMA Fad

La formazione a distanza per il Medico Competente

[www.anmafad.com](http://www.anmafad.com)

Aperte le iscrizioni al nuovo Corso FAD

## L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO E L'IDONEITÀ ALLA MANSIONE IN LAVORATORI IPERSUSCETTIBILI: 4 ESEMPI

Il corso è fruibile gratuitamente dagli iscritti al 30° Congresso Nazionale e a prezzo scontato per i Soci ANMA.

**Disponibile fino al 15 dicembre 2017, rilascia 18 crediti ECM.**



Un percorso formativo finalizzato a **migliorare la qualità delle azioni di tutela della salute e sicurezza** da parte del Medico Competente, è suddiviso in 4 moduli:

1

Sorveglianza dei lavoratori che svolgono attività in quota

2

Elementi per attuare una efficace sorveglianza sanitaria e gestione del lavoratore anziano

3

Gestione del lavoratore diabetico

4

Aspetti di prevenzione in particolare per gli operatori sanitari nell'assistenza a persone con infezione tubercolare latente e/o tbc attiva

Il lancio del nuovo corso di Formazione a Distanza dell'Associazione coincide anche con la nuova versione del sito **www.anmafad.com** che, oltre a presentarsi con un rinnovo del layout più moderno e accattivante, è stato ripensato anche per offrire le funzionalità in maniera più efficace e una migliore organizzazione dei contenuti. Il sito è dotato anche di un forum dedicato alla discussione tra gli utenti per consentire alla nostra comunità virtuale di interagire sugli argomenti trattati.

[www.anmafad.com](http://www.anmafad.com)



# I “nuovi” videoterminalisti: remote operators.

Il ‘Remote operation’ (o teleoperation) indica la gestione di un sistema o di un macchinario ‘a distanza’. I campi interessati sono la ricerca, il mondo accademico e della tecnologia: di solito è associato alla robotica, ma in realtà può essere applicato ad ogni situazione nella quale un dispositivo o una macchina è guidata a distanza da una persona. (Fonte: Wikipedia)

**S**i tratta di una delle facce dell’industria 4.0, caratterizzata dall’automazione industriale che integra alcune nuove tecnologie produttive, nata in Germania nel 2011 allo scopo di ammodernare il sistema produttivo e riportare la manifattura tedesca ai vertici mondiali, che ha spinto molti altri Paesi a perseguire la medesima politica (1). In realtà le prime esperienze di lavoro ‘in remoto’ hanno riguardato i settori dell’aerospazio, della difesa e dell’energia, mentre adesso sono attivi ‘remote operators’ nell’ambito di mansioni più ‘tradizionali’, quali softwareista (informatica) e chirurgo (medicina), conducente macchine movimento terra (industria mineraria, edilizia) e gruista (terminal portuale), fino a nuove attività in fase di sperimentazione come il ‘remote ship operator’ (navi cargo senza equipaggio) che presenta l’obiettivo di migliorare efficienza, precisione, sicurezza e riduzione dei costi attraverso l’automazione delle operazioni.

Oltre a evidenti vantaggi di tipo organizzativo ed economico, salta all’occhio del medico competente la riduzione dell’esposizione ai rischi, compre-

so quello infortunistico, e la maggiore compatibilità fra richieste della mansione e condizione psicofisica del lavoratore, legata al netto miglioramento delle condizioni operative dei ‘nuovi videoterminalisti’.

Si tratta infatti di attività svolte in postazioni dotate di più schermi e ‘joy-stick’, simili a moderne sale controllo (‘control room’), lontane dai rischi del ciclo produttivo, che si offriranno sempre più spesso all’attenzione di diversi addetti alla sicurezza e dei medici competenti.

Tuttavia l’evoluzione di diverse mansioni tradizionali ci offre nuovi, e più favorevoli, profili di rischio impensabili fino a poco tempo fa, che possono allungare la vita professionale di lavoratori affetti da menomazioni ed attenuare notevolmente le conseguenze sulla salute e la sicurezza per le nuove generazioni di lavoratori.

## I ‘nuovi videoterminalisti’: dalla valutazione dei rischi al giudizio di idoneità

Dobbiamo allora chiederci: siamo pronti a gestire nuovi rischi che ripropongono, in maniera più prepotente e con le diverse peculiarità del caso, gli stessi fattori, prevalentemente fisici ed organizzativi, che riguardano da tempo gli impiegati degli uffici?

La letteratura scientifica non offre spunti di approfondimento e la normativa risulta largamente inadeguata alle nuove necessità di aziende e professionisti.

Non resta allora che ripartire da attività simili che si sono già affacciate nei cicli produttivi di diversi comparti, quali industria, commercio e servizi. Si tratta di postazioni dotate di videoterminale spesso ‘improvvisate’, o comunque prive della corretta impostazione ergonomica, che hanno prodotto problematiche, anche di non facile gestione per le aziende (2).

Inoltre nuove modalità di organizzazione del lavoro hanno proposto rapidamente il passaggio dal ‘telelavoro’



al lavoro ‘non stanziale’ (‘mobile working’) ed al lavoro agile, o ‘smart working’, con ulteriori problematiche legate ad ambienti operativi extra-aziendali, connessione costante ed utilizzo esclusivo di dispositivi portatili dotati di schermo.

Oltre alle carenze e spesso discutibili valutazioni del rischio organizzativo (‘stress lavoro correlato’), manca in molti casi una cultura di base che permetta di affrontare concretamente il rapporto fra ‘lavoro e visione’ e le correlazioni fra problematiche muscolo scheletriche ed utilizzo di dispositivi dotati di schermo con particolare riguardo alle ‘posture incongrue’.

La conseguenza è la gestione dei singoli casi critici con modalità improvvisate, mentre la realtà richiede metodi, strumenti (e possibilmente leggi) che forniscano un orientamento consolidato nella gestione delle crescenti attività svolte attraverso uno schermo di piccole, medie o grandi dimensioni, in ogni settore produttivo e attraverso le più diverse modalità organizzative (2).

Entrando nel merito dei rischi specifici del ‘remote operator’, si può partire dallo schema di Legge che comprende

principalmente l’apparato uculo visivo e muscolo scheletrico, la sfera neuropsichica e gli aspetti organizzativi con tutte le particolarità del caso.

Si tratta infatti di attività svolte generalmente all’interno di sale dotate di numerosi schermi, a distanze generalmente superiori rispetto a quelle di una postazione tradizionale, che impongono il coinvolgimento di diverse competenze a partire dalla progettazione degli ambienti.

I riferimenti sono tuttora costituiti dall’allegato XXXIV D.Lgs. 81/08 e s.m.i., con particolare riguardo agli aspetti illuminotecnici che, per le particolari caratteristiche delle attività svolte, non potranno prescindere da una adeguata valutazione dell’illuminamento e soprattutto dei rapporti di luminanza nel campo visivo professionale dell’operatore. Inoltre, particolare attenzione sarà dedicata alla scelta dei corpi illuminanti (collocazione, regolazione, ecc.) e dei tendaggi delle finestre, con riferimento al tipo di attività svolta dagli operatori.

La principale novità rispetto al ‘videoterminalista tradizionale’ consiste nell’utilizzo di due joy-stick, o di altri sistemi analoghi, che, coinvolgendo co-

stantemente gli arti superiori, richiede particolare attenzione per la postura (valutazione del sovraccarico biomeccanico) e conseguentemente la scelta delle caratteristiche della seduta, partendo dalle indicazioni dell’Allegato XXXIV, anche in considerazione di una attività spesso svolta 24 ore su 24.

La valutazione del rischio organizzativo deve comprendere la problematica delle turnazioni, del lavoro notturno e dello stress lavoro correlato, anche per le elevate responsabilità insite nella mansione (rischio infortunistico per terzi) che non differiscono dalla tradizionale mansione operativa con accertamenti su alcol e droghe nei casi previsti dalla Legge.

Ma su questi aspetti molto dipenderà anche dalla ‘selezione’ del personale e dall’efficacia del processo di formazione-informazione ricevuto preliminarmente dall’operatore, soprattutto nei casi di lavoratori ‘operativi’, spesso non più giovani, spostati all’attività ‘in remoto’.

Ovviamente la sorveglianza sanitaria deve essere mirata ai rischi specifici del ‘remote operator’. Tuttavia per quanto riguarda la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica co-



stituiscono sempre un riferimento i criteri delle Linee Guida SIMLII dedicate agli addetti al videoterminale che vanno necessariamente contestualizzati (3). In ogni caso sarà di sicuro aiuto per il medico competente gestire un lavoratore portatore di importanti menomazioni, che per anni è stato esposto a fattori di rischio professionale, quali per esempio, vibrazioni e rumore, microclima e lavoro in quota, in una nuova postazione ergonomica dotata di molteplici confort.

### Considerazioni e conclusioni

La realtà del 'remote operator' appartiene alla nuova 'Industria 4.0', ma non deve apparire così lontana o futuristica, anzi, essendo già operativa in diversi ambiti, deve costituire stimolo per la

nostra comunità scientifico-professionale, affinché siano raccolte esperienze per condividere al meglio ogni passaggio, dalla valutazione dei rischi al giudizio di idoneità. Perciò un modello per l'Industria 4.0 deve essere ancora studiato, ma il problema è che 'si fugge verso il futuro senza spingere per modificare il presente' e dovremo nel frattempo adattare il nostro operare quotidiano alla tutela dei rischi per la salute nello schema tradizionale del Decreto 81 (1).

Certamente si rende necessario un complessivo ripensamento del Titolo VII, Attrezzature munite di videoterminali, e più in generale dell'impianto del D.Lgs.81/08 e s.m.i., che dovrà, e dovrebbe già da adesso, essere accompagnato e ricollocato nella realtà produttiva e sociale: da sistema rigido a si-

stema flessibile e adattabile all'evoluzione dei tempi (1). Ma la direzione è segnata. Ed ANMA l'ha indicata più volte in occasione di convegni e congressi, attraverso il modello di 'medico competente ANMA', che risale al 2007 e mantiene inalterata tutta la sua attualità (4, 5). L'attività complessiva di prevenzione deve superare il concetto di lavoratore da tutelare verso malattie professionali, o lavoro-correlate, mettendo al centro la 'persona al lavoro'. Quindi, 'la persona', da preservare nella sua completa integrità psicofisica con particolare riguardo a proprie disfunzioni, menomazioni o patologie, che possono configgersi con le richieste della mansione e vanno gestite con approccio inclusivo multidisciplinare (2). Entrando nel merito del Titolo VII, si dovrà necessariamente aprire ad una

nuova figura di 'operatore' che, in modalità stanziale o mobile, attraverso molteplici dispositivi (puntatori, joy stick, ecc.) e schermi di visualizzazione dalle dimensioni più svariate (da polso, fino al videowall), comprende una serie di attività che hanno in comune una stretta interazione tra uomo e dispositivo elettronico.

L'auspicio è che tutti gli 'addetti ai lavori', dalla comunità scientifica al legislatore, possano presto acquisire la piena consapevolezza di nuovi rischi che i medici competenti, unitamente a tutte le figure della prevenzione aziendale, dovranno gestire da qui a dieci-vent'anni nell'ambito di mansioni profondamente trasformate, presso ambienti in-

novativi ed attraverso tecnologie sempre più avveniristiche.

### BIBLIOGRAFIA

1. Briatico Vangosa G., Industria 4.0. Quali riflessi sul Medico Competente e sulla Medicina in Azienda?, Medico Competente Journal, n°2 /2017.
2. Santucci P., Dalle esperienze sul campo alla proposta di BEP per il videoterminale, XXX Congresso nazionale ANMA, Napoli 8-10 giugno 2017.
3. Piccoli B., Battevi N., Colais L., Di Bari A., Di Bisceglie M., Grosso D., Leka I., Muzi G., Paraluppi P., Santucci P., Totaro B., Troiano P., Linee Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Nuova Editrice Berti, 2013.
4. Ditaranto D., Saettono M., Santucci P., Bulgheroni C., Come rendere efficiente ed efficace il ruolo del Medico competente nel sistema di prevenzione e di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro: il modello ANMA, XX Congresso Nazionale ANMA, Viareggio 14-16 giugno 2007.
5. Consiglio Direttivo ANMA, Il medico competente inserito nel sistema di prevenzione. Attualità e prospettive. Documento conclusivo. XXIX Congresso nazionale, Torino, maggio 2016.

## Trasmissione del giudizio di idoneità al lavoratore

**Domanda:**

Ho trasmesso il giudizio di inidoneità al lavoratore tramite l'ufficio personale della ditta. Mi viene contestata tale modalità dall'organo di controllo (ASL) in quanto secondo loro il giudizio lo dovevo trasmettere io direttamente e non avvalermi dell'ufficio personale. Tra l'altro va precisato che tale procedura è stata attuata in quanto il lavoratore, al quale avevo riscontrato una patologia cardiaca, era stato avviato da parte mia a consulenza cardiologica che ne aveva disposto il ricovero in reparto UTIC per altri accertamenti era irreperibile in quanto ricoverato. Alla dimissione il responsabile del personale ha consegnato il giudizio. Grazie

**Risposta:**

Caro collega, le caratteristiche del giudizio di idoneità e la sua trasmissione non sono perfettamente precisate come tu sai. Il comma 6-bis dell'art. 41 dice che "il MC esprime g.d.i. per iscritto dando copia del g.d.i. al lavoratore e al ddl". Ovviamente quel dando non significa automaticamente una consegna a mano, de visu. In calce richiamiamo per sommi capi le parti della norma che si riferiscono al tema. Ovviamente una consegna diretta a fine visita con tutti i requisiti minimi è preferibile, ma, nel caso questo non sia possibile, salvaguardiamo in particolare la data di consegna che sia certa e comunque nella miglior prossimità rispetto alla data di visita.

Nel caso in questione sottolineerei 2 aspetti:

il percorso è stato più che corretto fino all'invio a visita specialistica che poi ha determinato il ricovero. Poi con il lavoratore assente per malattia sarebbe stato più corretto un ulteriore appuntamento al rientro (anche con meno dei 60 gg di malattia, in quanto si attendeva la valutazione specialistica ai fini del giudizio) per esprimere il giudizio.

E' esperienza comune che nei casi di limitazione e soprattutto di non idoneità, il giudizio necessita di un supplemento di informazione sia al lavoratore sia all'azienda; l'azienda infatti nel consegnare il giudizio non riesce (e non è tenuta) alla gestione di questo aspetto.

Pur con queste osservazioni e stando alle scarse informazioni sull'accaduto si rileva l'eccessiva enfasi sull'aspetto organizzativo-procedurale fatto dall'organo di sorveglianza: al caso è stata sicuramente assicurata la priorità necessaria e richiesta dal codice deontologico: lo stato di salute del lavoratore che in quel momento presentava un sospetto di grave patologia.

Riportiamo alcune note legislative

**ALLEGATO 3A - D.L.vo 81****Contenuti Minimi della Comunicazione Scritta del Giudizio di Idoneità alla Mansione:**

Generalità del Lavoratore  
Ragione Sociale dell'Azienda  
Reparto3, Mansione e Rischi  
Giudizio di Idoneità alla Mansione Specifica

**Data della Espressione del Giudizio di Idoneità**

Scadenza Visita Medica Successiva (Periodicità)  
Firma del Medico Competente  
Informazioni Sulla Possibilità di Ricorso

**Data di Trasmissione del Giudizio al Lavoratore**

Firma del Lavoratore 13

**Data di Trasmissione del Giudizio al Datore di Lavoro**

Art. 41: 6-bis. *Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro.*

**DECRETO 12 luglio 2016 scompare la firma del lavoratore**

Art.1. comma b  
b) all'allegato I (Allegato 3A, decreto legislativo n. 81/2008) nella parte denominata «Contenuti minimi della comunicazione scritta del giudizio di idoneità alla mansione» sono soppresse le parole «Firma del lavoratore» e la nota 13;

## Sorveglianza sanitaria per lavori in quota?

**Domanda:**

Buongiorno, sono un RSPP in diverse aziende e ho letto l'articolo pubblicato da alcuni di voi nell'ultimo numero della rivista Ambiente & Sicurezza (n° 6 - giugno 2017 - pag.30 e sgg.), riguardante la sorveglianza sanitaria per i lavoratori che svolgono lavori in quota. La mia domanda è molto semplice: precisamente, in base a quale articolo di legge sostenete che è obbligatoria la sorveglianza sanitaria per questo tipo di lavori? Per quanto ne so, non conosco nessun articolo di legge che lo preveda in maniera inequivocabile. Pongo ad esempio il caso di un lavoratore la cui mansione non preveda nessun altro tipo di rischio sanitario (es. movimentazione manuale di carichi, rumore, esposizione a sostanze chimiche, ecc...) ma la cui mansione prevede ad esempio la salita di ponteggi o l'uso di DPI anticaduta grazie della vostra risposta distinti saluti Riccardo Coletti.

**Risposta:**

Il "Lavoro in quota" rappresenta una sfida per il Medico Competente e più in generale per il Sistema di Prevenzione Aziendale. Si tratta infatti di un rischio non normato (perché nelle diverse norme che regolamentano la sorveglianza sanitaria dei lavoratori non è previsto alcun obbligo all'esecuzione di controlli sanitari per i lavoratori addetti a lavori in quota, così come definiti dal Titolo IV capo II del D. Lgs 81/08); che esita in un infortunio e non in una malattia professionale; non è influenzato dai tempi di esposizione.

Il Lavoro in quota rappresenta quindi una condizione lavorativa per la quale non esiste (ancora) un articolato di legge che ne indica le modalità (e gli obblighi) di: valutazione - gestione - prevenzione ma per la quale esistono sufficienti indicazioni epidemiologiche per sostenere il suo ruolo nell'insorgenza di danni alla salute.

I lavori in quota costituiscono infatti ad oggi la più importante fonte di rischio con esiti mortali ed invalidanti per i lavoratori, soprattutto nei cantieri edili ed in altre attività lavorative; la caduta dall'alto è spesso conseguenza di errore umano, anche del lavoratore, il cui stato o le intercorrenti condizioni di salute possono causare o concausare la caduta. L'idoneità psico-fisica del lavoratore rappresenta un elemento essenziale per garantire la sua piena capacità di saper gestire con competenza e professionalità tutti i sistemi di prevenzione e protezione contro la caduta dall'alto. L'attuazione della sorveglianza sanitaria mirata per i lavoratori che svolgono operazioni in altezza trova piena giustificazione se si considera che il lavoro in quota, indipendentemente dal contesto in cui viene eseguito, ha tali peculiarità di rischio, nonché gravità di danni potenzialmente derivanti che essa può, a ben diritto, essere ritenuta misura di tutela della sicurezza dei lavoratori, rientrando, dunque, tra gli obblighi del datore di lavoro, che, secondo l'art.18, comma c) del D.Lgs.81/08, "nell'affidare i compiti ai lavoratori deve tener conto delle loro capacità e condizioni in rapporto alla loro salute e sicurezza".

Infine, laddove la norma si fa carente, prevale l'"Autorevole Dottrina": "La sorveglianza sanitaria per un rischio non normato è legittima e giustificata purché il rischio stesso sia inserito e valutato nel documento di valutazione del rischio. Il protocollo sanitario deve essere coerente con l'entità del rischio stesso". Michele Di Lecce, già Procuratore Generale della Repubblica in Genova - Corso di aggiornamento ECM - ANMA - Genova maggio 2013

Marco Saettone - Consigliere Nazionale ANMA





ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche  
Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

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

ANMA è Provider ECM Standard iscritto all'Albo Nazionale AGENAS  
con il numero identificativo 670

PRESIDENTE: Umberto Candura

VICE PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè

SEGRETARIO: Ditaranto Daniele

CONSIGLIERI: Luigi Aversa, Gino Barral, Lorenzo

Bergamo, Danilo Bontadi, Rino Donghi, Giuseppe Olivetti, Francesco Origlia, Massimo Sabbatucci, Marco Saettone, Paolo Santucci, Salvatore Taliercio, Mauro Valsiglio (Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo

delle cariche sociali per il quadriennio 2016-2020)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Carlo Giuseppe Bugheroni (Presidente), Antonio Iacino, Vita Marzia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Paolo Sanchioli (Presidente), Eugenio Capodicasa, Giuseppe Sozzi

#### Campania

Segr. Giuseppe Iannuzzi

#### Emilia Romagna

Segr. Mauro Valsiglio

#### Lazio

Segr. Paolo Sanchioli

#### Liguria

Segr. Carlo Valchi

#### Lombardia

Segr. Luigi Aversa

#### Friuli Venezia Giulia

Segr. Piero Patanè

#### Marche

Segr. Giuseppe Olivetti

#### Piemonte e Val d'Aosta

Segr. Valter Brossa

#### Puglia e Lucania

Segr. Rocco Lorenzo

#### Toscana

Segr. Andrea Bigotti

#### Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa

#### Umbria

Segr. Anselmo Farabi

#### Veneto

Segr. Piero Patanè



Notizie,  
aggiornamenti  
e commenti,  
foto e filmati.

Seguici su



FACEBOOK



TWITTER



YOUTUBE

La quota associativa annuale di adesione ad ANMA 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](http://www.anma.it), anche la registrazione o la conferma dei propri dati.

Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale [www.anma.it](http://www.anma.it))

• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano

Codice IBAN: IT55 V056 9601 6000 0001 4539 X22

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

Da leggere in poltrona

a cura di Danilo Bontadi, Consigliere nazionale ANMA

## Caso Charlie

La lettera della dottoressa Parravicini ai genitori

*Carissimi Connie e Chris, mamma e papà di Charlie, oso scrivervi una lettera perché la storia del vostro bimbo mi ha molto provocato, come ciascuna delle storie dei bimbi di cui mi sono presa cura nei 35 anni di lavoro in patologia neonatale.*

*Sono una neonatologa e la mia missione ogni giorno è di salvare la vita di neonati con le più svariate patologie, dalla prematurità estrema a malattie congenite o acquisite dopo la nascita. Molti di questi bimbi guariscono, ma alcuni hanno una vita breve, a volte brevissima.*

*Ogni giorno sono in sala parto e partecipo alla grande speranza che ogni mamma e papà vivono per la vita e la felicità promessa per il loro "nuovo nato", insieme con la trepidazione perché la realtà a volte sembra proprio contraria alla realizzazione di questa speranza.*

*La medicina moderna ha fatto tanti passi, ma i limiti sono ancora tanti, per cui capisco benissimo il dramma a cui siete di fronte, a cui sono di fronte anche i medici e le infermiere che si prendono cura del vostro bimbo. C'è una possibilità di curare Charlie? E se la medicina non ha cure, cosa si fa?*

*Semplicemente e tragicamente, "staccare la spina" non è una risposta.*

*La prima cosa che vi vorrei dire è che prima della morte c'è la vita. Charlie è vivo ora, presente di fronte a voi e — spero che ve lo permettano — nelle vostre braccia ora! Vivete con totalità questo presente che è tutto per voi ora. Qualunque sia la lunghezza della vita del vostro Charlie, qualunque decisione venisse presa, dovete poter essere "genitori", poterlo tenere in braccio, fargli il bagnetto, vestirlo, coccolarlo, così che lui senta tutto il vostro amore e voi vi sentiate totalmente genitori. Se un bimbo ha una vita breve, tutto l'amore deve concentrarsi nel tempo che è dato. Non so quanto Charlie vivrà, ma di sicuro lui e voi avete*

*bisogno di passare del tempo prezioso insieme, nell'intimità della vostra famiglia.*

*Avete scritto su Facebook "Noi e soprattutto Charlie siamo stati terribilmente abbandonati lungo tutto il processo, non ci è stato permesso di scegliere se nostro figlio potesse vivere e nemmeno quando e in che luogo dovesse morire". Vorrei poter essere lì con voi per non permettere che "vi sentiate abbandonati", vorrei essere lì con voi per stare con voi e aiutarvi a decidere come accompagnare il vostro bimbo nella sua vita che sappiamo breve, anche con tutte le tecnologie esistenti. Ma soprattutto vorrei essere lì per Charlie, per capire cosa la scienza medica può fare per lui e, anche se si arrivasse ad un punto che la scienza medica non può aiutare, vorrei lo stesso prendermi cura di lui per riuscire a farlo sentire bene, per fargli godere il più possibile la sua vita, la vita che gli è stata data e che nessuno può o ha il diritto di togliere.*

*Una vita è preziosa non per la lunghezza, ma per il segno che lascia nella storia e per quanto muove il cuore delle persone. Il vostro Charlie ha fatto parlare tutto il mondo e soprattutto sta aprendo nel cuore di centinaia, migliaia di persone delle domande fondamentali rispetto all'origine e al senso della vita. Cos'è la vita? E chi può dare la vita e la può togliere?*

*Anch'io ho queste domande e ogni volta che mi prendo cura in terapia intensiva di un bimbo con la vita breve, la domanda si riapre. E ogni volta faccio l'esperienza di "ricevere" una risposta guardando proprio quel bimbo. Charlie vi aiuterà a rispondere.*



Dott.ssa Elvira Parravicini,  
neonatologa, inventrice del "comfort care" per bambini terminali



Associazione Nazionale  
MEDICI D'AZIENDA  
E COMPETENTI

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