

**74° Congresso Nazionale SIMLII
Società Italiana di Medicina del Lavoro
ed Igiene Industriale**

**2011 - Dall'Unità d'Italia
al Villaggio Globale**

***La Medicina del Lavoro di fronte
alla globalizzazione delle conoscenze,
delle regole, del mercato***

Torino, 16-19 novembre 2011.

***Editors:
Pietro Apostoli, Pier Giorgio Piolatto***

POSTER

IL RISCHIO DA RUMORE

Evoluzione legislativa della patologia da rumore: denunce ai fini assicurativi e prevenzionali a 20 anni dal D.Lgs 277/1991

A. Ossicini, V. Mortara, A. Goggiamani

Segnalazioni di ipoacusia professionale: analisi della casistica di un anno presso la UOOML di Bergamo

L. Belotti, M.M. Riva, G. Mosconi

Il ruolo del Medico del Lavoro e delle modifiche del sistema produttivo nella evoluzione della incidenza delle ipoacusie neurosensoriali nell'ultimo decennio nel Nord Italia

M.I. D'Orso, E. Bordiga, D. Grosso, M.A. Riva, G. Cesana

Effettuazione in sequenza dell'audiometria tonale e delle otoemissioni acustiche (D.P.O.A.E.) come tecnica di approfondimento nello studio del danno uditivo riconducibile a trauma acustico cronico in un'industria petrolchimica

E. Valoti, M.P. Lunati, P. De Zotti, G. Taino, M. Imbriani

Ipoacusie in ambito aeroportuale

G. Raffaele, G. Campagna, A. Casini, M. Gismondi

Effetti sull'attenzione per esposizione a rumore da traffico urbano

A. Sancini, M. Ciarrocca, T. Caciari, M.V. Rosati, A. Capozzella, M.P. Schifano, M. Fiaschetti, C. Cetica, S. De Sio, L. Scimitto, P. Palermo, V. Di Giorgio, F. Tomei, G. Tomei

Il progetto E O F O S (Esposizione Occupazionale a Fattori Ototossici Sinergici): proposta di un approccio multitasking per la valutazione della correlazione tra dose assorbita ed effetto

M. Gherardi, G. Tranfo, R. Sisto, B. Papaleo

I LAVORATORI MIGRANTI

La copertura vaccinale antitetanica ed antipatite B tra i lavoratori stranieri. La situazione nel Nord Italia nei principali settori produttivi

M.I. D'Orso, M. Riva, R. Assini, M. Molinari, G. Cesana

Esposizione professionale al virus dell'epatite E nei lavoratori migranti

I. Iavicoli, V. Leso, L. Fontana, M. Russo, A. Bergamaschi

Tutela della lavoratrice in gravidanza specie se straniera: proposte di linee guida per la gestione del rischio

E. Iezzi, A.M. Colao, M. Alessandrini, G. Murri, S. Di Lorenzo, L. Tobia

Poster sui temi liberi

ASPETTI METODOLOGICI IN MEDICINA DEL LAVORO

Il medico del lavoro nei Paesi industrializzati: confronto tra modelli professionali ed organizzativi diversi

S. Bertamini, M. Masuri, N. Sias, S. Santoro, F. Traversa

Il "medico competente" e la denuncia delle malattie professionali ai fini preventivi

A. Ossicini, G. Maria

La certificazione del professionista medico competente

G. Saffioti, C. Giorgianni, C. Mirasola, G. Pala, E. Ramistella

Idoneità difficili: esperienza sul campo, discussione di alcuni casi clinici

M. Tarquini, R. Martinelli, D. Grossi, A. Inzero

88	<p>Scarsa adesione ai programmi di protezione individuale dell'udito nei lavoratori industriali immigrati S. Bucolo, A. Palermo, A. Montemagno, M. Filidoro, F. Beatrice</p>	103
88	<p>Stranieri con "sangue nelle vene": caratteristiche lavorative e culturali di una popolazione di stranieri donatori di sangue M. Carugno, L. Vigna, L. Cerruti, G. Petrini, D. Almini, P. Grillo, L. Riboldi</p>	105
89	<p>Inserimento di migranti in una Comunità Montana Abruzzese A. Di Donato, L. Forcella, U. Di Fabio, C. Bevilacqua, F. Frassanito, C. Greco, F. Martino, P. Boscolo</p>	106
90	<p>La sorveglianza sanitaria dei lavoratori migranti stranieri, occupati nella produzione di poliuretani espansi R. Donghi, G. Scoglio</p>	107
92	<p>Italiani e migranti a confronto: la distribuzione dei fattori di rischio infortunistico in agricoltura nelle province di Milano e Lodi F. Masci, S. Mandic-Rajcevic, C. Somaruga, E. Ariano, C. Colosio</p>	109
93	<p>Le aziende straniere operanti nel comparto delle energie rinnovabili in Provincia di Brindisi. Evidenze e criticità C. Nicoli, F. Ammirabile, A. Ariano, M. Arisco, P. Barba, L. Convertini, G. D'Adorante, T. Gismondi, E.M. Longo, A. Lia, P. Margaritondo, V. Olive, B. Totaro, N. Valentini, V. Martucci</p>	111
94	<p>La motivazione per la sorveglianza sanitaria nei lavoratori all'estero: dai fattori di rischio ai rischi per la salute A. Di Maria, R. Donghi, A. Verga, V. Nicosia</p>	112
96	<p>Un programma internazionale di formazione in tema di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il modello ILO/Università di Torino E. Pira, C. Ciocan, A. Ferrario, F. Manassero, D. Trombetta, C. Romano</p>	114
98	<p>I lavoratori migranti: la pluriennale esperienza di Saipem V. Nicosia, M. Consentino, C. Gialdi, A. Sguera, S. De Sanctis</p>	115
98	<p>Il Protocollo sanitario per il lavoratore Italiano all'estero. Esperienza di Saipem V. Nicosia, S. De Sanctis, A. Sguera, M. Consentino, C. Gialdi, R. Donghi, S. Sernia</p>	116
100	<p>Lavoratori all'estero: esperienza di gestione della tutela della salute e sicurezza in un gruppo di lavoratori in Arabia Saudita B. Boggia, A. Tommasone, U. Carbone</p>	117
101	<p>La gestione del rischio biologico nei lavoratori all'estero: case-report di amebiasi in un operatore sanitario S. Zaffina, M.R. Vinci, V. Camisa, C. Di Felice, N. Zingaro</p>	118
122	<p>Idoneità difficili: il caso di un O.S.S. affetto da HIV e da Disturbo Bipolare di tipo I P.E. Santoro, G. Cirelli, G. De Luca, C. Romano</p>	129
122	<p>La gestione delle idoneità complesse ai sensi dell'art. 5 della legge 300/70: l'esperienza di un servizio ospedaliero di medicina del lavoro A. Todaro, L. Bordini, L. Riboldi</p>	130
124	<p>Tecnologie informatiche e telematiche a supporto dei diversamente abili al lavoro L. Tobia, G. Loiacono, G. Garofano, D. Fantasia, I. Bologna, A. Paoletti</p>	131
125	<p>Idoneità al lavoro in elevazione in soggetti con grave ipovisus monolaterale; alcuni case-study tra linee guida valutative e contesto operativo A. Albertini, P. Brazzola, R. Pogelli, G. Saba</p>	133

ME 04**IDONEITÀ DIFFICILI: ESPERIENZA SUL CAMPO, DISCUSSIONE DI ALCUNI CASI CLINICI**M. Tarquini², R. Martinelli¹, D. Grossi³, A. Inzero³¹ ASL 01 - Avezzano Sulmona L'Aquila - Servizio del Medico Competente² Cattedra e Scuola di Medicina del Lavoro - UNIVAQ³ GRIN Ar&T - Chieti

RIASSUNTO. Con il termine psicopatologia s'intende una situazione di forte disagio individuale contraddistinta da una sintomatologia di origine psicologica, la quale, poi, si generalizza ed interessa tutto l'organismo. Nel presente lavoro viene analizzata e discussa l'idoneità di tre lavoratrici affette rispettivamente da:

- ritardo mentale;
- Sindrome di Turner;
- Sindrome paranoide;

tutte addette a mansioni in cui è prevista la responsabilità verso terzi ed in particolare:

- vigilanza casa famiglia;
- vigilanza casa famiglia;
- assistenza scolastica.

Per le prime due lavoratrici è stato emesso rispettivamente un giudizio d'idoneità senza prescrizioni o limitazioni per la prima, con limitazioni per la seconda. Il terzo caso è ancora in fase di studio.

Parole chiave: Sindrome di Turner, disturbo paranoide, ritardo mentale.

INTRODUZIONE

Le condizioni di psicopatologia solitamente investono in modo graduale e disfunzionale non solo la parte soggettiva, ma anche le altre fondamentali aree vitali dell'individuo, come ad esempio quella sociale, scolastica, interpersonale, familiare e lavorativa, con conseguente disturbo psicologico, definito e caratterizzato da specifici sintomi psico-fisici responsabili di disagio e menomazione nelle molteplici sfere cruciali per il mantenimento del benessere e della salute, sia psichica, che fisica.

Tali problematiche stanno ottenendo sempre più attenzione e rilievo, soprattutto perché il malato mentale non viene più etichettato come emotivamente debole, incurabile, pericoloso o anormale; viene invece sempre più accettato il concetto che si tratta di individui che convivono e lavorano nel nostro stesso ambiente, considerandolo in un modo che può essere più o meno diverso dalla norma.

MATERIALI E METODI

I casi in esame sono tre:

1. Lavoratore di sesso femminile con sindrome di Turner e invalidità civile pari al 55%, con mansione di operatore addetto all'assistenza e vigilanza di assistiti presso una casa famiglia, con turni di 8 ore/die. I rischi lavorativi individuati dal DVR sono stati: rischio biologico potenziale (per l'accudienza ai neonati), la MMC, i turni notturni; inoltre si tratta di lavoratrice soggetta alla applicazione della legge 125/01 per la responsabilità verso terzi.
2. Lavoratore di sesso femminile con ritardo mentale ed invalidità civile al 50%, con mansione di operatore addetto all'assistenza e vigilanza di assistiti presso una casa famiglia, assunta part-time (orario 8.00-12.00). I rischi lavorativi individuati dal DVR sono stati: rischio biologico potenziale (per l'accudienza ai neonati), la MMC; inoltre si tratta di lavoratrice soggetta alla applicazione della legge 125/01 per la responsabilità verso terzi.
3. Lavoratore di sesso femminile con mansione di operatore scolastico presso un asilo infantile con sospetta sindrome paranoide. I rischi lavorativi individuati nel DVR sono stati: rischio biologico potenziale, stress lavoro-correlato, inoltre si tratta di lavoratrice soggetta alla applicazione della legge 125/01 per la responsabilità verso terzi.

Tutti i casi sono stati analizzati congiuntamente con il Datore di Lavoro e l'RSPP.

RISULTATI

La lavoratrice affetta da sindrome di Turner in sede di visita medica ha mostrato un lievissimo ritardo mentale, ha lamentato però notevoli

difficoltà lavorative nel turno notturno (in relazione all'elevato numero di turni notturni svolti nel mese), con conseguente alterazione del ciclo sonno veglia e scarsa compliance nell'assunzione di farmaci ansiolitici e antidepressivi (i farmaci, prescritti dallo specialista, provocavano sonnolenza tale da interferire con i compiti lavorativi). Dopo ampio colloquio, anche con l'interessata, è stato emesso il seguente giudizio d'idoneità: "Non può svolgere più di 4 turni di notte/mese non consecutivi".

La lavoratrice affetta da ritardo mentale, invece, ha avuto un giudizio d'idoneità senza prescrizioni o limitazioni, anche in rapporto al fatto che lavora su orario part-time matutino sempre in compagnia di altro operatore.

Nel terzo caso la situazione è stata di difficile gestione in quanto il Medico Competente era consapevole della problematica, in quanto messo al corrente sia dal Datore di Lavoro, sia dai colleghi di lavoro della signora, sia dal marito della stessa: tutti riferivano che la lavoratrice in esame fosse convinta di essere perseguitata e spiata, temesse di essere avvelenata, di avere una malattia prodotta da azioni nocive di persecutori, di subire o aver subito *lavaggi del cervello* o *controllo mentale*. In sede di visita medica non è emerso però alcun segno evidente: la lavoratrice ha negato ogni tipo di disturbo psichico o difficoltà lavorativa. Questa condizione è spesso caratterizzabile come una degenerazione patologica di alcuni tratti caratteriali come la diffidenza, l'inclinazione al pregiudizio o l'insicurezza. Il sistema di credenze di tipo persecutorio viene elaborato dal paziente in modo lucido e sistematico, ovvero viene in generale a mancare la funzione razionale. In questo senso la paranoia si può descrivere come un caso particolare di disturbo delirante. Il problema, analizzato anche con il Datore di Lavoro, è stato soprattutto il rischio lavorativo: assistenza a bambini. Il Medico Competente non ha ritenuto opportuno richiedere una visita specialistica poiché visto come facente parte del complotto, presumendo quindi una collaborazione del tutto assente in caso di consulto psichiatrico. La visita è stata effettuata nel mese di giugno a chiusura delle scuole. In accordo con il Datore di Lavoro, il marito della lavoratrice si è impegnato a consultare uno specialista prima della riapertura delle scuole. A settembre la lavoratrice risulta in aspettativa.

DISCUSSIONE

La **sindrome di Turner** è una sindrome legata ad un'anomalia citogenetica, principalmente di tipo X0, conseguente ad un errore nel corretto appaiamento dei cromosomi durante la meiosi. I sintomi più frequenti della sindrome di Turner sono: ritardo mentale, ipogonadismo con fenotipo femminile, bassa statura, coartazione preduale aortica e stenosi aortica con fibroelastosi endocardica, igroma cistico, torace a scudo (piatto) e capezzoli iperdistanziati, attaccatura dei capelli bassa, sterilità dovuta a malformazioni dell'ovaia detta "a stria", ipergonadotropismo, pterigio del collo, amenorrea primaria. Nel caso in esame, la lavoratrice, pur presentando segni caratteristici della sindrome di Turner, non risultava affetta da un ritardo mentale severo, pertanto nel giudizio d'idoneità è stata messa in evidenza soltanto la limitazione per le notti e non per la responsabilità verso minori, in quanto nella casa famiglia in cui lavora sono sempre presenti anche le madri dei bambini in assistenza, pertanto la lavoratrice a parere del MC poteva svolgere il proprio turno lavorativo anche da sola.

Il **ritardo mentale** risulta dall'insieme dei deficit dello sviluppo cognitivo e socio-relazionale. Viene definito dalla compresenza di un quoziente intellettuale inferiore a 70, e due o più problemi adattativi insorti entro i 18 anni di età.

Nei soggetti affetti da ritardo mentale, il funzionamento intellettuale è significativamente inferiore alla media. Perché il ritardo sia correttamente diagnosticato, occorre vi siano associate rilevanti difficoltà, che vengono convenzionalmente individuate in alcune delle seguenti aree: comunicazione, cura della persona, attività sociali e comunitarie, scuola, lavoro, tempo libero, etc. I gradi di ritardo intellettuale sono:

- lieve (85% dei casi), QI da 50-55 a 70
- moderato (10%), QI da 35-40 a 50-55
- grave (3-4%), QI da 20-25 a 35-40
- gravissimo (1-2%), QI inferiore 20-25.

Il ritardo mentale presente nella lavoratrice in oggetto era notevole e limitante ma la lavoratrice è risultata idonea in quanto lavora sempre con altro operatore ed era addetta a compiti di minore rilievo.

Per **paranoia** si intende una psicosi caratterizzata da un delirio cronico, basato su un sistema di convinzioni a tema persecutorio non corri-

spondenti alla realtà. Questo sistema di convinzioni si manifesta sovente nel contesto di capacità cognitive e razionali altrimenti integre. Nel significato corrente più abituale, in uso soprattutto nella letteratura psichiatrica anglosassone, il termine *paranoia* indica una contingenza di disturbo mentale lucido, caratterizzato dalla convinzione delirante del paziente di essere perseguitato (o, più specificatamente, dall'ideazione che qualcuno o qualcosa abbia intenzione di nuocerli).

Il terzo caso risulta a tutt'oggi irrisolto.

Poiché il paranoico sviluppa spesso un atteggiamento antisociale, attribuendo alla società la paranoia stessa della quale il soggetto è vittima, il desiderio di vendetta che innesca questa lucida autoconvinzione è spesso causa di condotte socialmente pericolose. Alla luce di queste considerazioni, un eventuale rientro al lavoro dovrà essere analizzato accuratamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Freeman, D. & Garety, P.A. (2004) *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Hove: Psychology Press. ISBN 1-84169-522-X
- 2) Munro, A. (1999) *Delusional disorder*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 0-521-58180-X
- 3) Sims, A. (2002) *Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology* (III edizione). Edinburgh: Elsevier Science Ltd. ISBN 0-7020-2627-1
- 4) G. Neri, M. Genuardi, *Genetica umana e medica*. Elsevier Masson, ed. 2007.
- 5) National Institutes of Health. *Clinical Features of Turner syndrome*. 2004.

IDONEITÀ DIFFICILI: IL CASO DI UN O.S.S. AFFETTO DA HIV E DA DISTURBO BIPOLARE DI TIPO I

P.E. Santoro¹, G. Cirelli, G. De Luca, C. Romano¹

¹ *Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Istituto di Medicina del Lavoro*

Corrispondenza: Dott. Paolo Emilio Santoro, Università Cattolica del Sacro Cuore - Istituto di Medicina del Lavoro, Largo Agostino Gemelli, 8 - 00168 Roma - Tel. +39 06 30154486 / +39 06 30154487, E-mail paolo.santoro@rm.unicatt.it

RIASSUNTO. Si riporta il caso di un operatore socio-sanitario con diagnosi di 'infezione da HIV, gruppo C3' e di 'disturbo della personalità in fase di scompensazione' giunto all'osservazione del medico competente in occasione della visita precedente alla ripresa del lavoro (a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi) ex art. 41 c. 2 lett. e-ter) del D.Lgs. 81/08. Viene posto in evidenza il delicato compito del medico competente che - in occasione della valutazione dell'idoneità del lavoratore alla mansione specifica - deve contemperare due fondamentali esigenze: la tutela dell'operatore socio-sanitario affetto da HIV (ex L. 135 del 5 giugno 1990) e la sicurezza dei portatori di handicap psicofisico oggetto dell'assistenza nel momento in cui non è più garantita la salute psichica.

Parole chiave: idoneità lavorativa, operatore socio-sanitario, HIV.

Si riporta il caso di un operatore socio-sanitario con funzioni educative addeunte all'accudimento di soggetti fisicamente disabili e con ritardo mentale ed alla loro assistenza nelle varie attività della vita quotidiana all'interno di un Centro di Riabilitazione. Lo svolgimento della mansione avviene sia in attività di gruppo, sia da solo nell'ambito delle attività di pulizia personale e dei letteracci. Il lavoratore, rientrato dopo una lunga assenza per malattia, in occasione della visita medica precedente alla ripresa del lavoro (a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi) ex art. 41 c. 2 lett. e-ter) del D.Lgs. 81/08 porta in visione al medico competente la cartella clinica da cui risulta la diagnosi di 'infezione da HIV, gruppo C3' e di 'disturbo della personalità in fase di scompensazione'. La problematica dell'idoneità coinvolge il soggetto sotto due diversi punti di vista, il compito di supporto

assistenziale e quello di supporto educativo a persone con disabilità multiple - fisiche e mentali. Per quanto concerne il primo aspetto, dall'analisi della mansione non emergono attività che potrebbero comportare esposizione lavorativa a materiale biologico infetto che possano determinare una nuova infezione da HBV o HCV, né possibilità di trasmissione dell'infezione agli assistiti. Richiamandoci a quanto definito dalla "Consensus Conference", organizzata dall'I.S.S. nel 1999 su "Gestione intraospedaliera del personale HBsAg o anti HCV positivo", non si evidenziano nella mansione procedure a rischio; in particolare, le procedure che determinano un rischio di esposizione per il malato sono quelle in cui le mani del sanitario, anche se indossa i guanti, possono venire a contatto con strumenti affilati o appuntiti oppure con tessuti taglienti, quali le spicole ossee o dentarie, all'interno di una cavità corporea aperta, di una ferita o di uno spazio anatomico confinato dove possono non essere completamente visibili in ogni momento. Le procedure invasive ad alto rischio di esposizione sono l'incannulamento di una via venosa periferica, il prelievo ematico, l'emodialisi, l'aspirazione tracheo-bronchiale endotracheale, le medicazioni di ferite lacere, mentre quelle a medio rischio di esposizione sono la terapia infusoriale, la terapia intramuscolare, la cateterizzazione vescicale, le medicazioni di ferite chirurgiche asetiche, le medicazioni di ferite chirurgiche settiche il clistere, la pulizia del cavo orale. Tutte queste attività non sono di pertinenza degli operatori socio-sanitari. Dall'esame delle cartelle cliniche del soggetto emerge una situazione clinica stabile, con un numero di globuli bianchi nella norma, assenza di sintomi o segni di immunodepressione grazie alla assunzione regolare e con buona compliance della terapia farmacologica antiretrovirale. L'aspetto psichiatrico del paziente risulta più complesso; alla diagnosi di infezione da HIV è infatti associata quella di "disturbo della personalità in fase di scompensazione". Al colloquio il lavoratore si presenta diffidente, particolarmente nervoso e agitato, sia nel linguaggio che nella gestualità con negazione del disequilibrio timico. Visto la particolare delicatezza della mansione cui il lavoratore è addetto, con compiti di assistenza e supporto educativo a persone con disabilità multiple sia fisiche che mentali, si ritiene opportuno richiedere una consulenza neuropsichiatrica per approfondire l'analisi del quadro clinico ai fini di una compiuta espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Il lavoratore accede al colloquio con il consulente neuropsichiatra in una condizione di tensione che presto vira in franca agitazione; persiste la negazione del disequilibrio timico ed il consulente rileva una pressoché totale assenza di compliance nei confronti delle sue indicazioni e dei suoi suggerimenti in relazione al proseguimento delle cure psicofarmacologiche e del programma di follow-up ambulatoriale psichiatrico. Si rende evidente uno spiccato sfondo di aggressività, talvolta espressa verbalmente e testualmente, con elevati livelli di impulsività, immaturità psico-affettiva e scarso esame di realtà. Al termine della visita lo specialista pone diagnosi secondo il DSM-IV di "Episodio Maniacale in soggetto portatore di Disturbo Bipolare di tipo I", ed esprime una valutazione negativa in merito alla attuale ripresa della mansione. In base ai dati clinici, anamnestici ed obiettivi raccolti in sede di visita dal medico competente ed alla relazione neuropsichiatrica viene emesso un giudizio di inidoneità alla mansione specifica della validità di sei mesi. Lo stato di inidoneità deve intendersi come temporaneo, in quanto il disturbo psichiatrico da cui il soggetto è affetto è passibile di remissione anche completa a fronte di un trattamento di mantenimento. Tuttavia, ai fini di un suo eventuale reintegro lavorativo è necessario che il soggetto si sottoponga alle cure del caso, seguendo scrupolosamente le indicazioni terapeutiche e frequentando un programma di follow-up presso uno specialista psichiatra o, ancora meglio, una struttura specialistica di fiducia del paziente cui egli riesca ad affidarsi stabilmente e con continuità. Si ritiene necessario, dunque, che il lavoratore, in occasione della visita successiva per la valutazione dell'idoneità al lavoro, presenti una documentazione certificata comprovante lo status psichico, il programma terapeutico prescritto e la sua partecipazione collaborativa allo stesso, per permettere al medico competente una corretta analisi delle condizioni psicofisiche ed un sereno e documentato giudizio sulla eventuale ripresa dell'attività lavorativa nella mansione precedentemente svolta. Questo caso dimostra il delicato compito del medico competente che - in occasione della valutazione dell'idoneità del lavoratore alla mansione specifica - deve contemperare due fondamentali esigenze: la tutela dell'operatore socio-sanitario affetto da HIV (ex L. 135 del 5 giugno 1990) e la sicurezza dei portatori di handicap psicofisico oggetto dell'assistenza nel momento in cui non è più garantita la salute psichica dell'educatore a cui sono affidati.