Notiziario ANMA - Rivista trimestrale dell'Associazione-Milano - febbraio 2002 - Anno 9, Numero 4/2001 - Spedizione in Abbonamento Postale 70% Filiale di Milano

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Articolo 1 bis: storia di un colpo di mano

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei

NEWS: Decreto 25/2002: protezione da agenti chimici

MEDISCOPIO®

nike® S.r.l.

Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA
(tabelle rischi e denuncie agli ispettorati)

KAOS
(esposizione al rumore)

ICARO
(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING
(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE
(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO
(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO
(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE
(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE
(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK
(protocolli sanitari)

POLIFEMO
(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO
(gestione del rischio MMC)

ULISSE
(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

PER RICEVERE ULTERIORI INFORMAZIONI, FARE UNA FOTOCOPIA DI QUESTO COUPON E INVIARLO IN BUSTA CHIUSA, OPPURE UN FAX AL NUMERO 02.96701512

COGNOME ..... NOME .....

AZIENDA ..... Titolo .....

Settore attività .....

Indirizzo ..... Città .....

CAP ..... Prov. ..... E-mail .....

Tel. ..... Fax ..... Cell. .....

Prodotti d'interesse .....

Ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 si informano che i suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della legge, lei ha il diritto di opporsi all'utilizzo degli stessi se trattati in violazione della legge.

NIKE s.r.l. - Tel. 0296704744 (r.a.) - Fax 0296701512
www.mediscopio.com - nike@mediscopio.com

editoriale

NOTIZIARIO A.N.M.A.
N° 4/2001
Associazione Nazionale Medici d'azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
e-mail: maurilio@mclink.it

DIRETTORE RESPONSABILE:
Daniele Luè

DIRETTORE:
Giuseppe Briatico-Vangosa

Comitato di Redazione:
Gino Barral - Danilo Bontadi (coordinatore)
Umberto Candura - Piero Patanè
Quintino Bardoscia - Azelio De Santa
Gianni Giglioli
Realizzazione grafica:
CUSL Nuova Vita Scrl
Tipografia:
Società Cooperativa Tipografica Scrl - Padova

Presidente: Giuseppe Briatico-Vangosa
Vice Presidente: Tommaso Remondelli
Segretario: Guglielmo d'Allio
Consiglieri: Roberto Arcaleni, Quintino Bardoscia, Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschiroli, Umberto Candura, Terenzio Cassina, Armando Fiorillo, Francesco Gazzerro, Maria Teresa Iacovone, Nicolò Iavicoli, Nino Santerni

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 68
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

SEZIONI TERRITORIALI:
ABRUZZO: Segr. Rita Vecchiola - Via Matteo da Leonessa, 14 - 67100 L'Aquila tel. 0862 26951
CAMPANIA: Segr. Francesco Gazzerro - Via Stazio, 13 - 80123 Napoli - tel. 081 7146183 fax 081 7142025
EMILIA ROMAGNA: Segr. Gabriele Gherardi - Via G. Dagnini, 28 - Bologna tel. 051 6230896 e-mail: gabriele.gherardi@libero.it
LAZIO: Segr. Salvatore Taliercio - Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma tel. 06 33261809 - 06 36868910 e-mail: s.taliercio@rai.it
LOMBARDIA: Segr. Daniele Ditaranto c/o sede Via S. Maurilio, 4 - 20123 Milano tel. 02 86453978 fax 02 72002182
MARCHE: Segr. Roberto Arcaleni - Piazza Giovanni XXIII° - 60033 Chiaravalle (AN) tel. e fax 071 741837
PIEMONTE: Segr. Riccardo Verrua - Via Del Carmine, 4/B Casale Monferrato - (AL) tel. 0142 454145
PUGLIA e LUCANIA: Segr. Claudio Paci - Via I. Bernini, 19 Bari tel. 080 5043790 fax 080 3483779 e-mail: pacicla @tin.it
TRENTINO ALTO ADIGE: Segr. Azelio De Santa c/o Progetto Salute - Via Milano, 118 Trento tel. 0461 912765 e-mail: desanta@progettosalutetn.it
UMBRIA: Segr. Anselmo Farabi - Via dei Cappucinelli, 22 - 06100 Perugia tel. e fax 075 43436
TRIVENETO: Segr. Piero Patanè - Via Nazareth, 2 - Padova tel. 049 850377 fax 049 850549 e-mail: piero.patane@tin.it

RAPPRESENTANZE:
FROSINONE: Segr. Antonio Palermo - Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR) tel. 0775 600664 fax 0775 621128
MASSA CARRARA: Segr. Maurizio Bonci Medici Fobbs c/o BIC Via Dorsale, 13 - 54100 Massa tel. 0585 791149 fax 0585 7987257
REGGIO EMILIA: Segr. Paolo Formentini - Via Cecati, 13/G - Reggio Emilia tel. e fax 0522 326285
TARANTO: Segr. Massimo Sabatucci - Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto tel. 099 4773840

Pànta Rhêi

Pànta rhêi, tutto scorre, tutto si modifica, "non potrai mai bagnarti due volte nelle stesse acque dello stesso fiume". Così affermava il pensiero di Eraclito di Efeso, filosofo Greco vissuto tra il 550 ed il 480 a.C., nella sua opera Sulla Natura *di cui sono rimasti parecchi frammenti. Per Eraclito la realtà è unità di contrari che si realizza nel divenire che è l'essenza stessa del reale. Il* logos *è l'armonia segreta dei contrari, è la loro coincidenza, così come coincidono l'inizio e la fine di un circolo. Il* logos *è anche la ragione familiare dell'esperienza comune, dai più inascoltato perchè non comprendono ciò che si trovano di fronte né lo sanno discernere quando lo abbiano appreso da altri, ma credono di saperlo.*
Al pensiero di Eraclito viene contrapposto quello di Parmenide di Elea, attivo negli ultimi anni del V secolo a.C., definito filosofo dell'essere, dell'identità e dell'immobilità, come deriva dal suo poema didascalico Sulla Natura*, diviso in due parti dedicate alla verità (aletheia) e all'opinione (dôxa).*
Perchè questo spreco di cultura filosofica da supermercato, si chiederà il lettore a buona ragione. Non ho tovato di meglio per commentare l'articolo 1 bis: pànta rhêi.
All'interno di questo numero troverete con dovizia di particolari la cronaca degli avvenimenti che abbiamo seguito passo passo a partire dal 13 dicembre, giorno in cui è comparso un trafiletto sul Sole 24ore; la cronaca delle iniziative concordate con le altre Associazioni che riuniscono i medici del lavoro; della due giorni di Belgirate dove il nostro direttivo assieme ai segretari territoriali ha messo a fuoco la nostra politica.
Non mi dilungo quindi su questi argomenti, vorrei solo invitare tutti alla concretezza.
Il medico d'azienda, competente, ha radici profonde, vigorose, che non si addentrano in territori privilegiati. Il nostro unico privilegio è la nostra cultura, la nostra formazione, la nostra serietà professionale e la nostra qualità professionale, qualità che vengono messe in discussione ora a ragione, molto più spesso pro domo sua*.*
La qualità della nostra attività professionale è stata e sarà il cavallo vincente che noi come Associazione dobbiamo promuovere presso i nostri clienti e fruitori, ma che ciascun Associato deve testimoniare quotidianamente.
Il nostro essere *e la nostra* identità *stanno nel* Codice di comportamento*: l'immobilismo è accettabile solo per questi principi. Per il resto pànta rhêi.*
Non facciamoci scoraggiare da qualche potatina. Impegniamoci tutti, tanti e numerosi a convogliare l'acqua della nostra disciplina e della nostra esperienza associativa verso le radici annose del medico d'azienda, competente.
Oggi è tempo di articoli, a noi è … toccato l'1 bis. Risponderemo all'invito di "fare proposte concrete" che il Ministro Sirchia ha lanciato al medico competente ed alla Medicina del lavoro più in generale lunedì 4 marzo u.s. in occasione delle celebrazioni del centenario della Clinica del Lavoro di Milano. Forse ad altri … toccherà qualche altro articolo dal 776 in avanti.
Nel frattempo su con la guardia, senza però fare barricate o alzare steccati. Le 5 giornate di Milano, di cui ricorre il 154 anniversario tra qualche giorno, forse non sono più attuali. Oggi il gioco è più sottile e richiede l'impegno forte del nostro direttivo e dei nostri segretari in solido, che però è poca cosa senza una forte e decisa presenza degli associati.
Vi attendo numerosi ad Ancona dal 20 al 22 giugno, di quest'anno ovviamente!

Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa

sommario

a nervo scoperto
Articolo 1 bis: Storia di un colpo di mano. La posizione dell'ANMA: una storia che non arretra pag. 5
A Belgirate pag. 6
Breve cronistoria dell'attività di tutela del Medico Competente iscritto all'ANMA pag. 7
Intervento del Ministro Sirchia sull'Art. 1 bis pag. 7
Il medico competente in regime di concorrenza pag. 9
lettere in redazione pag. 12
dalle sezioni territoriali pag. 13
ultime dalla rete pag. 15
contributi
La sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei pag. 17
leggi e sentenze pag. 21
esperienze e materiali di lavoro
Quali strategie, quali strumenti per la prevenzione del mobbing pag. 22
Legionellosi: esperienza di gestione e controllo del rischio in un presidio sanitario - ruolo del medico compentente pag. 25
Screening clinico funzionale del rachide in una popolazione di facchini e magazzinieri a confronto con il gruppo di controllo proposto dalle linee guida del D.L. 626/94 pag. 28
è successo a....
Trento - Rischi nelle lavorazioni alpine del legno pag. 30
ultima ora
Decreto 25/2002: protezione da agenti chimici pag. 33
da leggere in poltrona pag. 34

In copertina: **DOMENICO DIBARTOLO - La costruzione dell'ospedale di Siena (1443)**

WINASPED

DALMADES s.r.l.

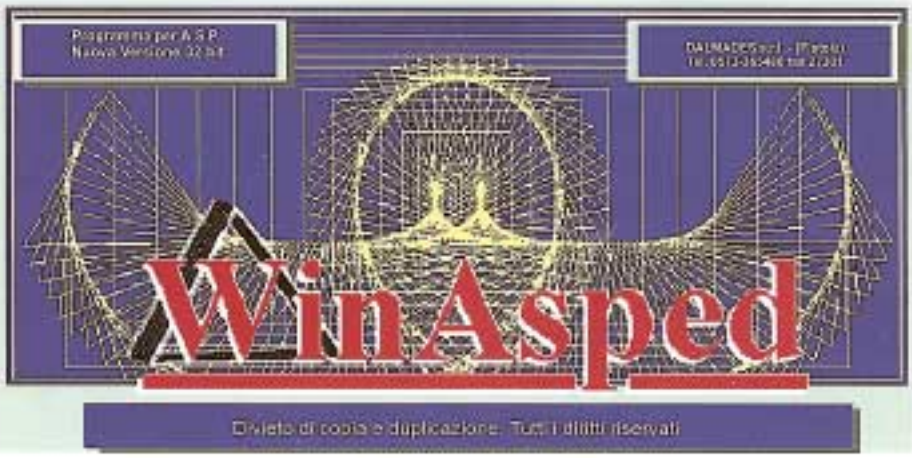
Produzione e sviluppo software
via Ciliegiole, 1 51100 Pistoia
tel. 0573-365480 fax 0573-27301
e-mail: dalmades@italway.it

www.medicidellavoro.it

per le ultime novita' su

WINASPED

il software per gestire con semplicità tutte le attività del medico competente



UTILIZZO AGEVOLE ED INTUITIVO
- fase di input dei dati semplice e veloce
- interfaccia amichevole

INTRODUZIONE STANDARDIZZATA DEI DATI
- menu di appoggio a tendina
- codifica con mansionario ISTAT

ARCHIVIAZIONE DEI DATI CODIFICATA
- archivi compatti di grande capacità

GESTIONE PROTOCOLLI SANITARI AZIENDALI
-procedure automatizzate per stesura dei protocolli selezionando la mansione.

GESTIONE DENUNCIA INFORTUNI E STATISTICA

Particolari condizioni per l'acquisto verranno riservate ai soci della Societa' Italiana Medicina del Lavoro e Igiene Industriale

Versione Prova Valutazione a solo lire 100.000 + spese postali

Modulo di ordine per Versione Prova Valutazione (anche via fax)

Nome e Cognome			
Ditta o ragione sociale			
Indirizzo spedizione	CAP	Citta'	PR
Telefono e Fax	E-Mail		
Indirizzo di fatturazione		Partita IVA	
Pagamento in contrassegno (lire 100.000+spese postali)	Firma		

N.B: La Versione Prova Valutazione comprende la fornitura dell'intero pacchetto, manuali e licenza d'uso valida per tre mesi. L'importo versato verrà considerato in acconto sull'eventuale acquisto del pacchetto originale ai prezzi correnti.

Articolo 1 bis: storia di un colpo di mano. La posizione dell'ANMA: una storia che non arretra

I fatti sono noti: con l'art.1 bis della legge 8 gennaio 2002 n 1, derivante dalla conversione in legge del decreto legge 12 novembre 2001 n 402 recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario, è stato modificato l'art. 2 (Definizioni), comma 1, lettera d), numero 1 del D. Lgs. 626/94 estendendo la possibilità di svolgere l'attività di medico competente anche agli specialisti in igiene e medicina preventiva e in medicina legale e delle assicurazioni.
Si è trattato di un blitz molto ben congegnato. Con il giusto tempismo (coincidenza con l'approvazione della Legge Finanziaria, concomitanza con le feste natalizie) sette senatori della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato hanno inserito il provvedimento nel d.d.l. dedicato all'individuazione delle modalità per risolvere il problema, urgente e reale, della carenza della disponibilità di infermieri professionali.
Il risultato è stato che l'art. 1 bis non è stato oggetto di dibattito parlamentare. Anche il tentativo di metterlo in discussione, promosso alla Camera da alcuni deputati, è abortito di fronte all'esigenza di approvare rapidamente la legge, pena la decadenza dei termini concessi per l'approvazione e la conversione in legge di un decreto legge.
Conseguentemente la stragrande maggioranza dei parlamentari ha votato senza essere a conoscenza del contenuto dell'art. 1 bis e la legge è passata con un consenso praticamente totale.
La manovra furtiva e silenziosa, frutto di una precisa regia e di un piano ben architettato, non ha consentito di intervenire né con una azione preventiva, né, dopo l'iniziale approvazione al Senato, per bloccare il completamento dell'iter parlamentare e scongiurare la definitiva approvazione del provvedimento.
Infatti l'ANMA, autonomamente o in sinergia con la CIIP e la SIMLII, ha da subito attivato numerosi contatti istituzionali dai quali tuttavia emergeva:

- la regolarità del percorso legislativo
- l'atteggiamento favorevole del Ministero della Salute verso il provvedimento
- l'impossibilità di annullarlo se non con un altro decreto legge abrogativo o di modifica
- il rischio che un ricorso a livello europeo, ove non esiste una figura di medico competente come quella delineata in Italia, potesse tradursi in un boomerang
- il passaggio di un abile messaggio politico di connotazione della medicina del lavoro come disciplina di "sinistra" (e pensare che fino a poco tempo fa eravamo i "medici dei padroni" …).

Contemporaneamente venivano promosse altre iniziative verso le istituzioni: alla iniziale lettera del 17 dicembre 2001 al Ministro Sirchia e al Presidente della 12ª Commissione Igiene e Sanità Dr. Tomassini, è seguito l'esposto del 4 gennaio 2002 al Presidente Berlusconi e ai Ministri Sirchia e Maroni e, successivamente, il documento congiunto di tutte le Società/Associazioni italiane di Medicina del Lavoro del 5 febbraio 2002 rivolto a tutti i deputati, senatori ed europarlamentari italiani, ai Ministri Sirchia e Maroni e agli organi di stampa.
Man mano che i fatti evolvevano, i testi delle comunicazioni informative del Presidente e di queste iniziative venivano messi sul nostro sito.
Il 24 febbraio u.s. il Consiglio Direttivo dell'ANMA allargato ai Segretari regionali si è riunito a Belgirate per definire in un documento di consenso le azioni da intraprendere a livello territoriale e centrale in relazione all'approvazione dell'art. 1 bis. È uscita l'immagine di un'associazione che è viva e reattiva, ma mai come in questo momento necessita della partecipazione e dell'impegno di tutti i soci. È opinione comune che non è assolutamente il momento di farsi prendere dallo scoramento. È invece l'ora di cominciare a pensare seriamente a quello che ogni medico competente può fare per l'Associazione in termini di proselitismo, di contributi professionali e di miglioramento della sua immagine.
Alcuni dei contatti avuti hanno coinvolto le parti sociali (Confindustria e OO.SS.): pur con diverse motivazioni e sfumature entrambe hanno sottolineato la scarsa visibilità in azienda del medico competente auspicando una rivisitazione del suo ruolo che sono fondamentali per la qualità della nostra mission.
Infatti se si analizza schematicamente il flusso della nostra attività in azienda, si deve constatare che la sua efficacia/efficienza dipende dalla qualità/quantità di informazioni (input) ricavate dalla conoscenza dell'azienda o ricevute da essa che

nella direzione di un accrescimento della sua cultura d'impresa. In particolare si coglie che l'immagine che queste parti sociali/clienti hanno del medico competente è quella del visitatore e certificatore, di un medico che morde e fugge, che partecipa e propone poco. Così il Sindacato si lamenta specialmente della scarsa propensione a relazionarsi con i RLS, mentre Confindustria critica la nostra incapacità a svolgere un ruolo più consulenziale.

QUALCHE CONSIDERAZIONE

Sostanzialmente questi clienti ci chiedono di fare emergere l'originalità della nostra esperienza professionale di medici che operano in una azienda e non in uno studio o in un reparto ospedaliero, rimarcando il fatto che il rapporto che dà specificità alla nostra attività non è tanto quello con il paziente ma quello con l'azienda.
La cura di questo rapporto, la costruzione di una rete di relazioni aziendali è d'altra parte fondamentale per sviluppare ed affinare le doti di comunicazione e cooperazione, le capacità gestionali, di mediazione culturale e di problem solving …, che non ci hanno insegnato durante la scuola di specializzazione, ma

segue >>

integrate, processate ed elaborate portano alla produzione (output) di accertamenti, pareri, relazioni, consulenze, in-formazione …. Ma la qualità degli input e dell'output non dipende anche dal sapersi "relazionare" con l'azienda?
Questa operazione, a cui bisogna dedicare tempo, impegno e che non sempre ha successo, mal si concilia con il "visitificio" e che, ovviamente, non è facile perché presuppone l'emergere e il mantenimento di una domanda di qualità in un momento in cui si è indotti a ritenere che non sia proprio la qualità nel nostro mestiere quello che interessa al cliente.
Se non riusciremo a schiodarci rapidamente dall'immagine di un ruolo puramente notarile e "mordi e fuggi", senza valore aggiunto, che sicuramente molti clienti per comodità, salvo poi criticarci, ci attribuiscono, proponendoci invece alle aziende con un ruolo più "strutturato", tra qualche anno, se nulla nel frattempo cambia a livello normativo, quando, con la modificazione dei piani di studi delle scuole di specializzazione in igiene e medicina legale, anche gli igienisti ed i medici legali avranno maggiori competenze tecniche, quali specificità ci differenzieranno dai colleghi agli occhi pragmatici del cliente?
Sicuramente con il nuovo scenario creato dall'1 bis tutti ci sentiamo colpiti nella nostra dignità professionale, ma non dobbiamo avvilirci e dobbiamo invece reagire, cercando di cogliere l'occasione per porre rimedio agli errori fatti e dare così una connotazione di positività alla sfida che abbiamo di fronte.
Certamente i contatti istituzionali e, soprattutto, con il mondo politico non sono stati adeguati e pertanto la loro ripresa è una azione fondamentale. Tuttavia dobbiamo essere consci che non possiamo affidare le nostre reazioni e le nostre speranze solamente a queste iniziative in quanto i risultati sono incerti e lontani nel tempo.

Documento di consenso

La riunione del direttivo ANMA allargata ai segretari regionali del 23/24 febbraio 2002 in relazione alla approvazione dell'art. 1 Bis ha definito le seguenti azioni:

TERRITORIALI

1. Riunione con gli iscritti presentando una cronistoria della attività di tutela che la Associazione ha sviluppato nei confronti della figura professionale, dalla definizione di medico competente a tutt'oggi, con particolare enfasi sulla cronaca serrata riguardante i fatti da dicembre 2001 ad oggi.
2. Contatti con parti sociali, istituzioni e politici per sollecitare eventuali soluzioni del problema con libertà di azione e con responsabilità del Segretario Territoriale.

CENTRALI

1. Analisi dei pareri tecnici disponibili in merito alla legittimità dell'ART 1 Bis e ricerca delle strade percorribili attraverso propri consulenti
2. Partecipazione ai tavoli di consultazione istituzionali. Ruolo attivo con CIIP e contatti con SIMLII, parti sociali, FNOM, COPIT, Magistratura
3. Accelerare la conclusione dei percorsi formativi e l'accreditamento secondo modelli interassociativi. Partecipare a commissione SIMLII per la promozione dei nostri modelli di accreditamento
4. Definizione dei contenuti del percorso di formazione per validare linee guida e strumenti operativi.

È ognuno di noi che deve avere uno scatto di orgoglio professionale rimboccandosi le maniche per intraprendere senza indugio la strada della ricerca e del miglioramento della qualità nella sua attività.
Infatti dobbiamo essere consapevoli che laddove la specificità di un ruolo non è più salvaguardata da una norma legislativa, il perseguimento della qualità è l'unica strategia possibile sia a breve termine, in quanto sottolinea le differenze tra noi e gli "altri" e da di noi una immagine positiva all'opinione pubblica ed alle istituzioni, che a medio-lungo termine anche quando gli eventi portassero l'Associazione a doversi aprire ai "nuovi medici competenti" che si troverebbero quindi coinvolti in un percorso già avviato di qualificazione e di consapevolezza professionale.
Il processo di qualificazione professionale non potrà essere finalizzato soltanto all'affinamento, seppur sacrosanto, degli aspetti tecnici e operativi della nostra attività, ma dovrà anche essere permeato dalle esigenze ed aspettative dei nostri clienti al fine di sviluppare una nuova specificità professionale che da un lato deve migliorare la nostra immagine/credibilità verso il cliente e, dall'altro, creare un gap culturale con chi si cimenterà nel nostro mestiere non avendone la "storia". ■

A Belgirate

Il lavoro si è svolto in un clima di grande collaborazione e professionalità. L'allargamento ai segretari territoriale ha finalmente dato concretezza alla condivisione di un programma di azione che dal centro raggiunga efficacemente la "periferia" sempre più capillarmente.
Ecco alcuni impegni, per così dire "spiccioli", che è necessario chiudere in breve tempo:
1) raccogliere gli indirizzi di posta elettronica in modo da rendere tempestiva, rapida ed efficace la comunicazione con i soci.
2) informare tutti i soci che il sito esiste e funziona. Abbiamo la tecnologia, disponiamo di risorse e attendiamo ora le ulteriori osservazioni per rendere il sito sempre più operativo.
3) convocare a breve riunioni a livello territoriali per informare della vicenda relativa all'art. 1 bis, evento che però,è bene ricordare, ha avuto un puntualissimo aggiornamento in tempo reale sul nostro sito ANMA.
Da tutti gli intervenuti è stato affermato che l'ANMA non è in svendita a meno che i soci non decidano di disertarla. Gli allarmismi, l'emotività e gli isterismi fanno solo il gioco dei nemici. È necessario creare un ANMA più numerosa è anche più forte, fermi restando gli impegni di sviluppo assunti a Belgirate con il programma d'azione che abbiamo approvato.

Breve cronistoria dell'attività di tutela del Medico Competente iscritto all'ANMA

Come si legge dall'art. 2 dello statuto Associativo l'ANMA è stata costituita con lo scopo di tutelare la figura del Medico Competente e di promuoverne la definizione dello stato giuridico e tutte le iniziative tendenti a garantirne l'aggiornamento e la formazione permanente; tutti coloro che hanno gestito il ruolo di segreteria e presidenza e tutti i consiglieri che si sono avvicendati hanno sempre impegnato le proprie energie al perseguimento di questo obbiettivo anche e soprattutto quando,come in questo momento, il risultato di tutti questi sforzi sembra sfuggirci.
Già prima della pubblicazione delle leggi di recepimento della normativa comunitaria l'Associazione, ereditando le radici culturali della Clinica del Lavoro, si impegnava a scrivere le linee guida dell'attività professionale attraverso il manipolo dei medici lombardi facenti parte del Glama,che trovava il proselitismo dell'area campana fino ad arrivare alla diffusa rete dei giorni nostri sempre perseguendo la ricerca di un comun denominatore che consentisse la caratterizzazione di un medico aziendale con un DNA che potesse essere tutelato in tutte le sedi istituzionali.
A questo scopo gruppi di lavoro del direttivo hanno sviscerato nei primi anni 90 i compiti e le responsabilità professionali del M.C. studiando vari tipi di contrattualizzazione delle prestazioni e promovendo la individuazione di tariffe riconosciute dagli Ordini dei Medici.
Subito dopo la pubblicazione del D.Lg. 277/91 sulla Gazzetta Ufficiale del 15.8.91 fu portato il primo attacco a quella che grazie ai nostri sforzi era finalmente diventata una categoria con la richiesta, poi approvata all'unanimità dal Senato, che **"ove possibile"** il Medico Competente dovesse essere di struttura pubblica.
Ovviamente in breve tempo la componente "privata" dei Medici Competenti sarebbe stata cancellata.
La nostra Associazione, senza l'aiuto di nessuno (Parti sociali, mondo accademico, ecc), si mosse e, contattando di persona Senatori e Deputati di varie regioni e colore politico, forte del parere di un noto costituzionalista, riuscì a far comprendere le proprie ragioni tanto che fummo invitati a parlarne più volte anche in commissione lavoro della Camera.
Il risultato fu che il tentativo di escluderci naufragò e la dicitura **"ove possibile"** sparì definitivamente.
Nello stesso periodo grandi sforzi furono fatti per accrescere la nostra visibilità all'esterno,uscendo e poi rientrando nella Consulta, sempre per sottolineare la nostra individualità ed autonomia di pensiero (oggi siamo autorevolmente nell'esecutivo), e inserendo nostri rappresentanti nel direttivo SIMLII.
Sempre attenti all'evolversi degli eventi (molte energie sono state profuse solo per sventare manovre tendenti al ridimensionamento delle aree di nostra competenza) fummo ascoltati anche dalla XI Commissione di Camera e Senato, Presidente Sen. Smuraglia, nel merito dell'indagine conoscitiva ai fini della piena attuazione del Dlgs 626/94 dimostrando, non senza fatica, ***"la piena adeguatezza quantitativa e qualitativa dei medici competenti attualmente disponibili in Italia"***.
A seguito dell'ormai noto art. 1 bis, tramutato in legge n. 1/2002, il quale allargava la figura di medico competente agli specialisti in igiene e medicina legale, l'ANMA, in accordo con altre Associazioni di Medicina del Lavoro (SIMLII, AUML, AIMPLS, AIRM, ANMELP, CIIP, CNSML, SNOP, ecc.), è entrata a far parte di un Comitato Esecutivo per esporre le proprie ragioni nelle sedi opportune.
Il 4 gennaio 2002, per verificare gli interventi atti a sventare l'approvazione della norma proditoria, ed il 5 febbraio 2002, per coordinare i ricorsi e le attività di protesta, vi sono state due riunioni del Comitato presso l'ISPESL a Roma a cui abbiamo partecipato attivamente; sono seguiti un incontro in data 30/01/2002 a Roma presso la Sede della CISL, presenti i responsabili nazionali salute e sicurezza della triplice sindacale; un incontro in data 13/2/2002 a Roma con Confindustria, presente il Vice Presidente Dott. Guidi.
A completamento del quadro va segnalata la nostra diretta partecipazione, nell'ambito CIIP, ad un incontro con il COPIT, Ente Parlamentare bipartizan,tenutosi a Roma nel Dicembre u.s., durante il quale abbiamo posto le basi di un nostro intervento tecnico-legislativo nella stesura del nuovo Testo Unico allo studio presso le commissioni di Camera e Senato.
Infine la tutela del Medico Competente è stata al centro della riunione del 23 e 24 Febbraio del direttivo e dei segretari regionali dell'Associazione che hanno concordato nel documento di consenso, tra l'altro, di analizzare i pareri tecnici disponibili in merito alla legittimità dell'art. 1 bis attraverso i propri consulenti tecnici che possano indicarci eventuali percorsi per difendere i nostri diritti.
Tali pareri saranno al centro della discussione assembleare di Ancona 2002.
Intanto ferve l'attività intorno agli altri temi congressuali identificati analizzati e proposti sempre con l'obbiettivo di crescere,offrire percorsi di formazione e qualificazione tali da garantire il definirsi di una figura di Medico Competente ANMA integrato nei sistemi aziendali ma mai dimentico della propria estrazione culturale e del proprio ruolo sociale, tale che possa essere facilmente spesa in una sempre più difficile strategia di tutela.
E questo ,si capisce facilmente,non può avvenire senza il consenso e la partecipazione appassionata dei colleghi tutti della base. ■

A cura di Armando Fiorillo
Tommaso Remondelli - Salvatore Taliercio
su incarico del Direttivo

INTERVENTO DEL MINISTRO SIRCHIA, SULL'ART. 1 BIS NELL'AMBITO DELLE CELEBRAZIONI PER IL CENTENARIO DELLA CLINICA DEL LAVORO DI MILANO

Il 4 marzo 2002, nell'Aula Magna dell'Università degli Studi di Milano si è celebrato il secondo evento dei quattro programmati per il centenario della struttura sanitaria più antica nel mondo per lo studio, la cura e la prevenzione delle malattie da lavoro.
Nella mattinata è intervenuto il Ministro della Salute Prof. Girolamo Sirchia che ha portato il suo saluto congratulandosi per il raggiungimento dei cento anni di attività della Clinica del Lavoro di Milano.
Riferendosi alle recenti polemiche sull'art. 1 bis della legge n 1 dell'8 gennaio 2002, il Ministro ha auspicato per la medicina del lavoro italiana un "new deal" incentrato su un maggiore interesse anche verso i problemi ambientali per i quali è crescente la sensibilità dell'opinione pubblica.
Il Prof. Sirchia ha quindi invitato i medici del lavoro a formulare delle proposte sull'art. 1 bis e a cooperare nello sforzo che si sta intraprendendo per la razionalizzazione e la semplificazione della normativa nazionale in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Quali sono le esigenze del Medico del lavoro nello screening visivo?

4 domande dal Medico del lavoro

- *Risparmio di tempo*

- *Affidabilità*
- *Qualità*
- *Facilità di utilizzo*

2 risposte da Essilor

Ergovision®

Automatico

*Strumento **automatico** per **verificare** le principali **funzioni visive** in visione da lontano e vicino ed intermedia.*

- ***Misurazione acuità***
- ***Rilevamento dell'ipermetropia***
- ***Astigmatismo***
- ***Visione binoculare - Stereoscopia - Fusione***
- ***Test bicromatico***
- ***Forie - Forie in visione intermedia***
- ***Visione dei colori - Visione dei contrasti***
- ***Abbagliamento - tempo di recupero***
- ***Affaticamento visivo***
- ***Visione cinetica***

Visiotest

Manuale

*Strumento **manuale** per **esplorare** i principali parametri della **funzionalità visiva** in visione da lontano e vicino.*

- ***Misurazione acuità***
- ***Rilevamento dell'ipermetropia***
- ***Astigmatismo***
- ***Stereoscopia***
- ***Test bicromatico***
- ***Forie***
- ***Colori***
- ***Kit Visione Intermedia*** *(optional)*
- ***Campimetro*** *(optional)*

ESSILOR

Essilor Italia S.p.a. - Depistage Visivo - via Noto, 10 - 20141 Milano - Tel. (02) 53579.1 - Fax (02) 53579.272
E-mail: tripodir@essilor.it - ghionid@essilor.it

Il medico competente in regime di concorrenza

Una difesa del medico competente specialista in Medicina del lavoro e un riconoscimento, da parte del mondo sindacale, dei requisiti professionali necessari allo svolgimento del nostro "mestiere".
Una serie di considerazioni sui possibili effetti negativi a seguito della modifica dell'art. 2 del DL 626 fatte evidentemente da un lavoratore che con i medici competenti ci ha lavorato a fianco.

La sorveglianza sanitaria effettuata dal Medico Competente oggi è un'importantissima branca della medicina, strutturata come una composita attività di prevenzione e protezione dai rischi lavorativi che si basa sul controllo sanitario periodico dei lavoratori, inseriti nel contesto dell'ambiente in cui operano, con l'obiettivo di proteggere la loro salute e prevenire le malattie correlate al lavoro o che possono essere aggravate dalla specifica attività lavorativa.

Prevenzione e protezione. Ecco i fondamenti su cui si basa l'attività del Medico d'azienda: da una parte esso deve attuare concreta prevenzione dai rischi lavorativi, intervenire prima che vi sia l'evidenza patologica su cui necessita l'intervento curativo di natura clinica (va precisato che quest'ultimo non s'inserisce, a livello sanitario aziendale, né nell'attività di prevenzione, né in quella di protezione), adottando sistematici rilevamenti di natura epidemiologica, tossicologica ed eziologica sia sull'individuo che sul gruppo omogeneo di lavoratori (interessati allo stesso problema).
Questi rilevamenti sanitari devono essere mirati a: giudizi d'idoneità a mansione, collaborazioni per l'individuazione dei sistemi di sicurezza e protezione di natura collettiva ed individuale, verifica degli effetti negativi delle patologie "perdute" e "del futuro" (oramai estremamente attuali) collegate all'attività lavorativa, nonché raccolta dati per l'individuazione di nuove e sconosciute. Non va sottovalutato come il controllo dello stato di salute dei lavoratori può anche essere visto come mezzo (una vera e propria carta di qualità), tra gli altri enunciati dal D.Lgs. 626/94, per verificare, sulla stessa persona posta in analisi, l'efficacia delle misure di prevenzione adottate in azienda, per individuare ed anticipare ulteriori fattori di rischio, nonché per prevenire le conseguenze dannose a carico del lavoratore.

Rimanendo nel tema in oggetto, il D.Lgs. 626 ha nel proprio titolo il concetto di "miglioramento", questo implica una visione a "tutto campo" della prevenzione sanitaria, la quale necessita di conoscenze che non possono essere ascritte ad una sola specializzazione.
Per questo motivo il Medico competente dovrebbe divenire il centro di una rete di "contatti esterni" (medico di famiglia, medici specialisti, esperti di vario tipo, interni ed esterni l'azienda, rappresentanze sindacali, esperti delle risorse umane, sociologi, ecc.) in quanto, considerata la diversità e polivalenza delle questioni aziendali - spesso strettamente collegate a quelle di natura sociale - e delle soggettività dei lavoratori, non può essere il medico del lavoro a diventare esperto di tutte le questioni prima elencate (o credere di poterlo diventare) ma, in una visione di prestazione sanitaria di qualità, esso deve acquisire le capacità, date dalla conoscenza, strutture, mezzi e collegamenti, che gli possano consentire d'accedere anche a canali relazionali e collaborativi in grado di dargli supporto nella ricerca della soluzione o del miglior percorso d'indagine ed intervento nel proprio campo.
In questo contesto è incomprensibile il recente allargamento delle "specialità" previste dal D.Lgs. 626, relative alla possibilità di ricoprire l'incarico di Medico competente, agli Igienisti ed ai Medici legali - da molti RLS visti come "nodi" fondamentali della rete d'esperti necessaria all'attività sanitaria d'azienda (come, per esempio, gli psicologi per le malattie collegate allo stress o i fisioterapisti per l'intervento sui DMS) ma non specializzazioni in grado di dare risposte precise sul posto di lavoro -, difatti è indiscusso che ad ogni specializzazione sanitaria sottende una propria dignità professionale, ma confondere i ruoli legati ad ogni singola specialità può essere, per certi versi, dannoso e pericoloso.

Inoltre, nei confronti d'esperienze individuali tra RLS, avvenuti all'interno del coordinamento di Ferrara CAS UILCEM, sono emerse, piuttosto chiaramente e per diffuse situazioni nel territoro (quasi esclusivamente in piccole aziende sotto ai 50 addetti ma anche in qualche realtà di media dimensione), ipotesi di limitazioni al supporto operativo del Medico competente, probabilmente imputabili agli esigui, o meglio "non sufficienti", finanziamenti concessi dal contratto di collaborazione sottoscritto con l'azienda (si sospetta che il contratto sia stato quantificato dal Datore di lavoro in modo unilaterale, senza valutare preventivamente la reale, ed opportuna, portata dell'attività sanitaria all'interno dell'azienda) o d'accettazione soggettiva - più o meno volontaria - ad operare in forma ridotta, in regime "concorrenziale", limitatamente ad alcune indagini o collaborazioni sanitarie, comunque entro un'interpretazione alquanto ristretta e formale dei limiti previsti dell'obbligo legislativo.

Ebbene, in questo contesto, allargando la disponibilità e concorrenza di mercato, relativa all'offerta di collaborazione di specialisti inquadrabili in potenziali medici competenti, non si rischia di rendere più soggetta solamente a mere valutazioni economiche la stessa efficacia operativa del medico in oggetto? Quindi, permettendo ai datori di lavoro di "giocare ancora più al ribasso" di quanto già non fanno, chiedendo (ed ottenendo) prestazioni anche molto lontane da una precisa risposta "professionale".

A questo punto mi permetto anche un suggerimento, per arrivare a re-

segue >>

al servizio del medico d'azienda

CENTRO SERVIZI MEDICI

Il Centro Servizi Medici, che opera da oltre dieci anni nel settore della medicina del lavoro, mette a disposizione dei Medici d'Azienda la propria struttura, la propria organizzazione e la professionalità del proprio personale medico e paramedico.

I NOSTRI SERVIZI

- prove funzionalità respiratoria
- audiometrie (in cabina silente, unità mobile o in campo libero)
- elettrocardiogramma basale
- doppler
- radiografie (unità mobile)
- visite dermatologiche
- visite ergoftalmologiche per v.d.t.
- visite oculistiche
- visite o.r.l.
- esami ematochimici clinici
- esami ematochimici tossicologici
- visite specialistiche cardiologiche
- visite specialistiche dietologiche
- visite specialistiche ginecologiche
- visite specialistiche angiologiche
- visite specialistiche pneumologiche
- visite specialistiche ortopediche
- visite specialistiche geriatriche

Il servizio di Medicina del Lavoro è certificato ISO 9002

ERA UKAS

C.S.M. CENTRO SERVIZI MEDICI S.r.l.
20151 Milano - Via Gallarate 112
tel. 02 30 86 652 r.a. - fax 02 30 87 805

golamentare e moderare queste pericolosissime "concorrenze al ribasso": perché i professionisti in questo campo non trovano il modo, anche attraverso il coinvolgimento delle Istituzioni locali nonché dei RLS e Sindacati (per esempio arrivando a far sottoscrivere impegni contrattuali alle associazioni datoriali), d'individuare precise autoregolamentazioni, basate su standard minimi da rispettare obbligatoriamente e da proporre ai potenziali "clienti" quali riferimento deontologico professionale del futuro medico competente aziendale incaricato?
O meglio, perché non interviene il Governo, legiferando in questo senso, senza creare confusione su di una situazione già per suo conto abbastanza critica?
Non sarebbe il caso di valutare attentamente quale utilità possa arrecare al sistema sanitario aziendale l'ultima modifica al D.Lgs. 626?

Per concludere con una battuta, non s'offendano gli specialisti in Medicina legale ma, … forse sarà sicuramente più precisa, però si fa ben fatica a credere che un'autopsia possa servire al lavoratore sia per la propria abilitazione a mansione, sia per l'eventuale valutazione dei mezzi protettivi necessari, sia per la prevenzione delle patologie collegate all'ambiente lavorativo. ■

Paolo Baroncini
Coordinamento Ambiente e Sicurezza
CAS UILCEM - Ferrara
e-mail: uilsicur@tin.it

CI SCUSIAMO DEL RITARDO, PER L'USCITA DEL PRECEDENTE NUMERO DELLA RIVISTA. RIPORTIAMO, PER CORRETEZZA VERSO I SOCI, LA LETTERA CHE HA INVIATO LA SOCIETÀ CHE REALIZZA TECNICAMENTE LA RIVISTA.

Spett.le Dott. Bontadi - ANMA

Come da Vostra richiesta, siamo a chiarire di seguito quanto è accaduto con la realizzazione del n° 3 Anno 8 Vs. rivista, che per disguidi tecnici è giunta agli indirizzi indicateCi con estremo ritardo

La realizzazione grafica dell'impaginato finale non ha trovato ostacoli e la rivista è giunta alla tipografia in data 13/12/2001
Per qualche giorno la rivista è stata ferma in attesa di Vostre indicazioni per l'inserimento di alcune pubblicità cambiate
Data in cui la rivista era stampata: 7/01/2002
Durata della lavorazione per la postalizzazione delle copie da spedire: 11/01/2002 - 18/11/2002
Data di spedizione della rivista al CMP di Milano: 18/01/2002
Il 15/01/2002 la merce viene rifiutata dal CMP di Milano che non dà spiegazioni al corriere
Il 22/01/2002 il corriere si vede nuovamente rifiutare la merce: gli dicono che manca il libretto di spedizione
La tipografia afferma che il libretto è nelle mani del CMP e quindi in data 30/01/2002 il corriere ritorna al CMP ma la merce viene nuovamente rifiutata.
Il 30/01/2002 la tipografia si accorge di essere lei in possesso del libretto e quindi lo spedisce al CMP tramite raccomandata per non correre il rischio di perderlo.
Il 5/02/2002 e il 15/02/2002 il CMP, nella persona del Sig. ……, rifiuta nuovamente la merce.
Il 19/02/2002 dopo nuovi chiarimenti col CMP la merce viene infine accettata e spedita.

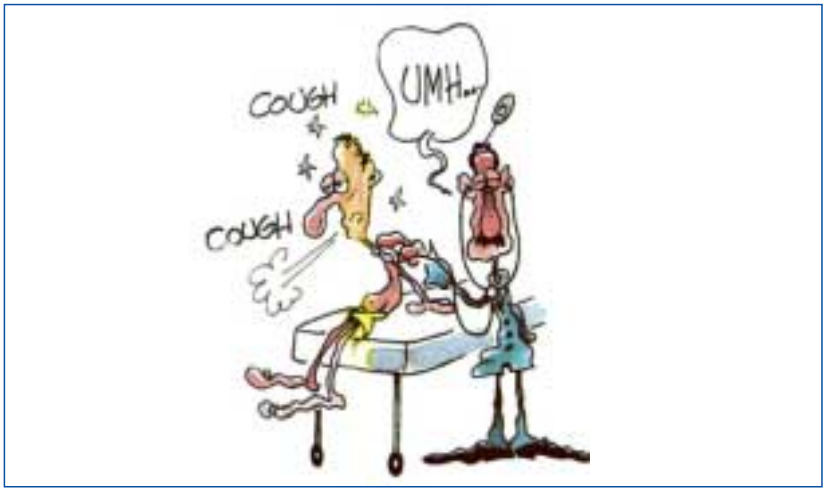
Di tutto questo la tipografia non ha informato La scrivente ditta, che peraltro si scusa per non avere chiesto informazioni in merito dando per scontato che al terzo numero la trafila della stampa e spedizione fosse ormai automatica

Cordiali saluti

Vita di Socio, medico d'azienda competente

Il nostro associato Anselmo Farabi, segretario della Sezione Umbra dell'ANMA, protagonista della sentenza n. 33751 del 17 settembre 2001 della Cassazione sezione feriale penale.
Lo ringraziamo per averci offerto questo importante chiarimento, frutto della sua capacità di resistere. Quanti di noi si sarebbero fermati all'ammenda di 400.000 lire?

Giuseppe Briatico-Vangosa



OGGETTO

Visita a richiesta del lavoratore ai sensi del comma 1, lettera i) dell'articolo 17 del D.Lgs. 626/94.

IL FATTO

Il giudice per le indagini preliminari del tribunale di Perugia in data 1 marzo 2000 emise decreto penale di condanna nei confronti del dott. Anselmo Farabi per il reato di cui agli articoli 17, terzo comma, e 92 del D.Lgs. n. 626/94, per avere, in qualita' di medico competente, omesso di informare il direttore dello stabilimento ed il dipendente interessato di aver riscontrato una dolenzia al braccio destro di quest'ultimo.

Anselmo venne tratto in giudizio, proposta rituale opposizione, e con sentenza emessa il 31 gennaio 2001 dal giudice del tribunale di Perugia, fu riconosciuto colpevole del reato contestatogli e condannato alla pena di lire 400.000 di ammenda. Farabi propone ricorso per cassazione avverso tale sentenza.

MOTIVI DELLA DECISIONE, IN SINTESI.

Il dott. Farabi deve essere assolto dal reato ascrittogli perché il fatto contestatogli con la imputazione non è previsto dalla legge come reato.

Infatti il reato contestato con l'art. 17, comma terzo, e con l'art. 92 del 626/94, punisce il medico competente qualora questi a seguito degli accertamenti preventivi e periodici di cui all'art. 16, secondo comma, abbia espresso un giudizio sulla inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore, ed ometta di informare per iscritto il datore di lavoro ed il lavoratore interessato. Non gli impone affatto (ed anzi semmai gli nega) di comunicare al datore di lavoro anche le diagnosi ed i rilievi effettuati nelle ben differenti e distinte visite mediche effettuate a richiesta del lavoratore ai sensi del comma 1, lettera i) dell'art. 17, quando tale richiesta sia correlata ai rischi professionali.

INDICAZIONI OPERATIVE

La sentenza della Corte Suprema, definita basilare in tema di sorveglianza sanitaria, permette di definire criteri operativi sui rapporti tra gli accertamenti sanitari preventivi e periodici di cui all'articolo 16, comma 2, e la visita medica su richiesta del lavoratore di cui all'articolo 17, comma 1, lettera i), del D.Lgs. 626/94.

- Gli accertamenti sanitari preventivi e periodici di cui all'articolo 16, comma 2, come ben sappiamo, sono finalizzati ai sensi di legge alla formulazione di un giudizio di idoneita' o di inidoneità (parziale o temporanea o totale). Essi hanno una loro specificita' e delle particolari formalità a noi ben note, prime fra tutte la trasmissione del giudizio di inidoneità al datore di lavoro ed al lavoratore. È ormai prassi diffusa fare sottoscrivere tale giudizio dal lavoratore, così come averne ricevuta dal datore di lavoro, a manleva, indicando anche a chiare lettere che avverso il giudizio e' possibile ricorrere presso la ASL territorialmente competente. È utile elencare gli esami e le indagini che hanno originato il giudizio.

- La visita medica richiesta dal lavoratore ai sensi della lettera i) del comma 1 dell'articolo 17 e' da effettuare quando la richiesta sia correlata ai rischi professionali. Essa non è finalizzata alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione e quindi ad una comunicazione al datore di lavoro e tanto meno al lavoratore che, come sottolinea il dispositivo della sentenza, è ben conscio della sintomatologia di cui è sofferente che lo ha indotto a richiedere la visita del medico competente.

Se nel corso di una di queste visite mediche a richiesta il medico competente matura dei dubbi sulla inidoneità del lavoratore, egli non dovrà né potrà trasformare tale visita in un accertamento sanitario ai sensi dell'articolo 16, quindi in una periodica, bensì dovrà invitare il lavoratore a sottoporsi ad un formale accertamento sanitario periodico ai sensi dell'articolo 16 per poter formulare un formale giudizio di inidoneità. ■

Il percorso deve ovviamente essere corredato da elementi testimoniali.

Queste note sono state tratte dall'articolo di Raffaele Guariniello "Accertamenti sanitari obbligatori e visita medica a richiesta del lavoratore", Rassegna della Cassazione penale. Diritto & Pratica del Lavoro, 7/2002, pag 503-507.

Sezione Piemontese

Verbale della riunione della Sezione Piemontese ANMA

Il 12 dicembre 2001 alle ore 21.00 nell'aula "Carle" dell'Ospedale Mauriziano Umberto I si sono riuniti alcuni medici dell'ANMA piemontese.
Si è discusso della "responsabilità del medico competente in caso di non ottemperanza da parte del datore di lavoro degli obblighi previsti dalla legge, quali organizzazione e coordinamento delle visite mediche preventive e periodiche, delle visite agli ambienti di lavoro, etc…".
Il segretario regionale ha illustrato quali sono stati i risultati di alcuni incontri avuti con l'organo di vigilanza della USL ove opera mentre un secondo collega ha portato l'esperienza di come si è comportato l'organo di vigilanza di altra USL nei suoi confronti nel caso di un'azienda che non aveva mandato a visita i propri dipendenti nonostante ripetute convocazioni.
La discussione si è protratta per tutta la serata ed al termine si è convenuto:
"Si è giunti alla conclusione di consigliare a tutti i Colleghi di non effettuare convocazioni telefoniche di visite periodiche o solleciti per altri adempimenti della 626/94. L'ideale è l'invio delle richieste e dei solleciti con raccomandata più ricevuta di ritorno, in alternativa usare almeno il fax che può lasciare traccia di quanto richiesto."

Sezione Lombarda

Riportiamo la notizia che la Direzione Generale Sanità della Regionale della Lombardia ha inviato a tutti gli interessati circa la "relazione annuale ai sensi dell'art. 9 Legge 257/92 relativa all'amianto".
Si ricorda alle SS.LL. che la relazione annuale in oggetto, per l'anno 2001 e anni succesivi, in conseguenza della legge regionale 3 aprile 2001 n° 6 al punto 58 (delega di funzioni alle Aziende Sanitarie Locali) va inviata esclusivamente alla ASL competente, al fine di facilitare l'atto amministrativo delle imprese e riducendo così l'invio di una quantità notevole di documentazione. Si chiede cortesemente di dare migliore informazione alle imprese associate tenuto conto che ad oggi numerose imprese hanno inviato alla Regione la relazione annuale.

Sezione Ligure

2° Corso di Aggiornamento per Medici d'Azienda

L'ottimo risultato del primo corso e la richiesta di molti colleghi ci hanno indotto a ripetere anche nel 2002 tale iniziativa con un secondo Corso di aggiornamento per Medici Competenti
Il Corso si svolge a Bologna presso la sede dell'Ordine, con 5 incontri a cadenza settimanale dalle 21 alle 23. Al termine del Corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione.
Ringraziamo per il patrocinio l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi. Chiederemo anche il ri-conoscimento del-l'iniziativa formativa da parte della Commissione nazionale ECM, ma ricordiamo che per ora l'aggiornamento obbligatorio non concerne i medici liberi professionisti (i quali peraltro ne rico-noscono l'importanza anche quando è volontario).

PROGRAMMA

Mercoledì 30 gennaio, ore 21
DEONTOLOGIA PROFESSIONALE E MEDICO COMPETENTE
Dott. Gabriele Gherardi *Segretario regionale ANMA*
Dott. Carlo Stagni *Consigliere dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi*

Mercoledì 6 febbraio, ore 21
LAVORO, GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO
Dott.ssa Olimpia Sanlorenzo *Ostetrico ginecologo*
Interverrà anche il **Prof. Domenico De Aloysio**
moderatore: **Dott.ssa Maria Concetta Nucci**
Medico del lavoro, Segreteria regionale ANMA

Mercoledì 13 febbraio, ore 21
IL LAVORO NOTTURNO
Dott. Villiam Alberghini *Responsabile SPSAL, A. USL Bologna città*
moderatore: **Dott. Massimo Naldi**
Medico del lavoro, Segreteria regionale ANMA

Mercoledì 20 febbraio, ore 21
LA PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE E IL LAVORO
Prof. Francesco S. Violante *Medico del lavoro*
moderatore: **Dott. Maurilio Missere**
Medico del lavoro, Segreteria regionale ANMA

Mercoledì 27 febbraio, ore 21
IDONEITÀ AL LAVORO E RICORSI
Dott. Giuseppe Barbieri *Responsabile SPSAL, A.USL Bologna Nord*
moderatore: **Dott. Francesco Origlia**
Medico del lavoro, Segreteria regionale ANMA

Sezione Ligure

Costituzione della Sezione Territoriale Ligure

Nei giorni scorsi un gruppo di Medici Competenti liguri iscritti all'ANMA, in parte reduci dal nostro bellissimo Congresso di Bologna, si è riunito a Genova per considerare l'opportunità di far conoscere la Nostra Associazione "di più e meglio" in Liguria. L'entusiasmo dei più giovani ha contagiato tutti, ed è nata l'idea di costituire una Sezione Territoriale; vorremmo rappresentare ANMA presso la locale Comunità Scientifica, gli Ordini Provinciali e le Pubbliche Istituzioni; vorremmo costituire un punto di riferimento per tutti i Medici Competenti che vogliono sentirsi tali anche fuori dei loro ambulatori; vorremmo convincere tutti che la nostra crescita come specilisti di un settore assai delicato e complesso passa attraverso lo scambio di esperienze, di conoscenza e perchè no di problemi. Soprattutto vorremmo smetterla di considerarci solo dei concorrenti da temere. Con l'aiuto del Direttivo e con l'esperienza delle altre Sezioni già ben consolidate, speriamo di farcela; di sicuro ci proveremo.

segue >>

MESSAGGIO PROMOZIONALE

Abbiamo a cuore il vostro benessere!

Argomenti: vantaggi

Sedili ergonomici collezione Shape by Kerstin Hagge, Alfred Puchta

Conformi ed ampiamente superiori alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute, a tutela del lavoro al VDT, previste dal D.Lvo 626/94 e successivi aggiornamenti

Conformi, a norma di legge, alle Linee Guida per il corretto impiego dei videoterminali emanate con Decreto Ministeriale 2 ottobre 2000 e Circolare n° 16 del 25 gennaio 2001

Conformi alla Norma dell'Unione Europea EN 1335 parte 1 - 2 - 3

Attestato di Idoneità, a conferma della Qualità Ergonomica, rilasciato dal CEMOC - Unità Operativa di Medicina del Lavoro - ICP di Milano

Dauphin Italia, Via Durini 3 - Milano
Tel. 02.76018394 - Fax 02.76021723
www.dauphin.it - dauphin@dauphin.it

DAUPHIN

The HumanDesign® Company

SALE OPERATORIE ITALIANE POCO SICURE?

I risultati di una indagine realizzata dagli Anestesisti dell'AAROI negli ospedali italiani

Le misure di sicurezza nelle sale operatorie degli ospedali italiani non sempre sono adeguate. È quanto emerge da un'indagine promossa dagli anestesisti rianimatori dell'A.A.R.O.I. (Associazione Anestesisti Rianimatori Italiani) a cui sono iscritti ben 8.000 dei 10.000 anestesisti operanti sul territorio nazionale.
Ai rappresentanti aziendali dell'AAROI, presenti negli ospedali, è stato sottoposto un questionario riguardante i requisiti minimi strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa (ad esempio DPR 14/1/97) ed altri, ulteriori, utilizzabili come criteri per l'accreditamento di eccellenza dei Centri di Rianimazione e Terapia Intensiva e delle Sale Operatorie.
I dati non provengono ufficialmente dalle strutture ma sono stati raccolti dai rappresentanti dell'AAROI, per cui hanno un valore, come originariamente previsto, esclusivamente conoscitivo.
"Le sale operatorie, le rianimazioni ed i servizi di guardia dei nostri ospedali presentano gravi carenze strutturali, tecniche ed organizzative che non garantiscono neanche i requisiti minimi di asetticità e sicurezza, né per i pazienti, né per gli operatori sanitari. I servizi antincendio sono inadeguati, non è garantita la presenza di almeno un anestesista rianimatore in ogni sala operatoria, esistono delle sale operatorie dove non c'è l'infermiere dedicato a fianco dell'anestesista e non è sempre garantita la presenza continua dell'anestesista in guardia attiva 24 ore su 24."
Con queste parole è sintetizzato, nell'introduzione del comunicato stampa diffuso dall' A.A.R.O.I, il risultato dell'elaborazione dei questionari pervenuti.
Dai questionari è emerso che nel 67% delle sale operatorie esaminate non esistono locali separati e distinti per i pazienti preparati per essere sottoposti ad intervento chirurgico e per quelli che invece si trovano in fase di risveglio dalla anestesia.
In più della metà (58,6)% non è prevista la presenza di un locale filtro per pazienti e personale (54,2%); ciò significa che può essere trasportato dall'esterno in sala operatoria ogni tipo di agente infettante.
Riguardo alle condizioni dell'ambiente, nel 23,7% delle sale non esiste un dispositivo a norma di legge per il ricambio dell'aria che, invece, dovrebbe essere cambiata almeno 15 volte all'ora per disinquinare l'ambiente operatorio dai gas e vapori anestetici indispensabili per la pratica anestesiologica.
Nel 13,6% delle sale non esiste un impianto di condizionamento dell'aria, in un terzo (29,3%) manca un adeguato filtraggio dell'aria; normalmente l'aria inquinata dovrebbe essere restituita pura.
Nel 42,7% delle sale operatorie non è prevista alcuna forma di monitoraggio ambientale per il controllo delle condizioni di igiene e dei rischi di inquinamento.
Nel 12,4% dei casi esaminati, per la mancanza di impianti centralizzati di erogazione, il paziente viene anestetizzato attraverso gas provenienti da bombole che potrebbero cadere o addirittura esplodere (fatto quest'ultimo già accaduto una decina di anni fa in un ospedale del nord Italia).
Carenze sono state rilevate nella prevenzione incendi: nel 48,1 delle sale operatorie esaminate non esiste un rilevatore di incendio. E, ancora, non esiste nel 17,5% un gruppo elettrogeno.
Oltre l'88% degli ospedali esaminati non dispone inoltre della sala dedicata al risveglio, fase post-operatoria durante la quale possono verificarsi complicanze post-operatorie prevalentemente cardio-respiratorie.
La ricerca ha preso in esame inoltre i Servizi di guardia e pronta disponibilità, in particolare nei punti-nascita.
Informazioni dettagliate sono consultabili nel testo integrale del comunicato stampa.

SANATORIA DEL LAVORO NERO E SICUREZZA

Nelle linee guida del programma di emersione disposizioni per la sicurezza nei luoghi di lavoro e possibilita di accedere ad incentivi.

In regola anche con gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro.
Nelle linee guida per il programma di emersione del lavoro nero, approvate dal CIPE (Comitato interministeriale per la programmazione economica), due delle principali novita introdotte riguardano la sicurezza sul lavoro.
La legge n.383 del 18 ottobre 2001, sulla regolarizzazione del lavoro nero, prevede la definizione del "Programma di emersione" a cura del CIPE. Ad oggi le linee guida del "Programma di emersione", approvate dal CIPE, sono ancora in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.
In materia di sicurezza sul lavoro, le linee guida prevedono che il datore di lavoro, con il programma di emersione, si impegni ad adeguare i luoghi di lavoro agli standard previsti dalla normativa in materia.
Per facilitare l'adeguamento, l'Inail si impegna a fornire attivita di formazione assistenza e consulenza in materia.
Inoltre per i datori di lavoro che regolarizzeranno lavoratori in nero è prevista la possibilita di concorrere ai finanziamenti previsti dal D.Lgs. 38/2000 (art.23; "Programmi e progetti in materia di sicurezza sul lavro"), relativamente ai programmi di adeguamento delle strutture e dell'organizzazione alla normativa in materia di sicurezza e igiene sul lavoro.
L'adeguamento agli standard in materia di sicurezza sul lavoro previsti dalla normativa dovra avvenire entro il termine del programma di emersione, e quindi entro il triennio 2001-2003.

SICUREZZA IN FALEGNAMERIA

Dall'Inail l'analisi dell'andamento infortunistico dell'industria del legno. I principali rischi.

Il periodico "Dati Inail" ha presentato un dossier riguardante l'andamento infortunistico dell'industria del legno ed i rischi connessi a tali lavorazioni.
Il settore considerato, costituito per l'84% da aziende artigiane, è vasto e comprende tutte le attivita che vanno dalla produzione, all'utilizzo ed alla lavorazione del legno.
L'analisi mostra che nel corso dell'ultimo quinquennio si è registrata una diminuzione degli infortuni nel settore pari al 14%; nel corso del 2000 sono 12.284 gli infortuni indennizzati nell'industria del legno.
Analizzando il livello delle inabilita permanenti si registra che quasi il 7% dei casi ha esiti gravi.
Ad incrementare la pericolosita della lavorazione concorre l'eterogeneita degli elementi utilizzati: le attrezzature, le sostanze e i prodotti usati sono infatti tra i più svariati.
Considerando la piu' frequente causa di accadimento degli infortuni ("si è colpito con"), si è indotti ad attribuirli a cause soggettive, quali la distrazione, il carico e l'urgenza del lavoro.
I principali rischi invece, secondo l'Inail, sono legati a materiali e sostanze (28%) e secondariamente all'ambiente di lavoro (17%).
A livello preventivo, quindi, oltre ad una una costante formazione, urge l'utilizzo di meccanismi di protezio-

segue >>

ne per le macchine più pericolose nel settore (sega, pialla, scalpello…) soprattutto nelle aziende artigiane
Nel dossier sono illustrati anche i rischi collegati all'esposizione alle polveri di legno.
L'esposizione a polveri di legno può determinare fenomeni irritativi a carico di cute e mucose (dermatiti, oculoriniti e bronchiti), fenomeni di carattere allergico (oculoriniti, asma, alveolite allergica estrinseca) e manifestazioni tumorali a carico del naso e delle cavità paranasali. Le malattie professionali riconosciute dal DPR 336/1994 sono, per l'Industria, l'asma bronchiale, l'alveolite allergica estrinseca, le malattie cutanee, il carcinoma delle cavità nasali e paranasali; per l'Agricoltura, l'asma e l'alveolite allergica estrinseca.
Per quanto riguarda il rischio tumore la IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) ha rilevato fin dal 1987 l'esistenza di una sufficiente evidenza di cancerogenicità per l'occupazione nel settore della fabbricazione del mobile, classificandola pertanto al Gruppo 1, ed ha successivamente individuato, nel 1995, proprio nella polvere di legno lo specifico agente oncogeno.
La normativa italiana è stata aggiornata dal D.Lgs 66/2000 che, tra le altre modifiche al D.Lgs 626/1994, ha aggiunto alle attività soggette alle disposizioni del Titolo VII ('Protezione da agenti cancerogeni e mutageni') 'il lavoro comportante l'esposizione a polveri di legno duro' ed ha introdotto, accanto a quello per il benzene ed il cloruro di vinile monomero, il valore limite di esposizione professionale a polveri di legno, pari a 5 mg/m3.
È importante sottolineare come le neoplasie (tumori) da polveri di legno sono caratterizzate da un periodo di latenza molto lungo, spesso superiore a 40 anni; per tale motivo è molto importante, nella valutazione del nesso causale tra tumore ed esposizione lavorativa, tenere conto di attività svolte anche in epoche molto lontane nel tempo.

SICUREZZA IN LAVANDERIA

Disponibile on-line l'opuscolo "Il rischio chimico nelle lavanderie a secco".

Sono circa 25mila le aziende italiane che svolgono attivita di 'lavanderia a secco'; il settore occupa in totale circa 60.000 addetti.
L'attività di lavanderia a secco è considerata insalubre: è infatti inserita nell'elenco delle industrie insalubri di seconda classe pubblicato con Decreto del Ministero della Sanità del 5 settembre 1994.
Per tutelare la salute degli operatori, nello svolgimento di tale attività sono richieste speciali cautele in quanto nelle fasi di lavoro viene utilizzata, come solvente, una sostanza nociva per l'uomo e per l'ambiente: il percloroetilene (PCE).
Per aiutare i lavoratori a comprendere l'importanza di rispettare le norme di sicurezza e di buona pratica di lavoro per rendere meno pericolose quelle operazioni che meccanicamente si ripetono ogni giorno, l'Inail, in collaborazione con CPNA (Comitato Paritetico nazionale dell'Artigianato) ha realizzato un opuscolo, destinato agli operatori del settore "lavanderie a secco".
Le informazioni fornite intendono contribuire ad un'adeguata conoscenza dei rischi connessi all'utilizzo del solvente percloroetilene (PCE) usato nelle fasi di lavaggio
L'opuscolo illustra la pericolosità della sostanza e le precauzioni da adottare nel deposito e nello smaltimento
Sono illustrati gli effetti del percloroetilene sulla salute dell'uomo ed approfonditi gli aspetti prevenzionali, in particolari le caratteristiche degli impianti e gli ambienti di lavoro, la formazione e l'informazione del personale, le regole di buona pratica di lavoro, dispositivi di protezione individuale, la sorveglianza sanitaria.
Il percloroetilene è classificato come "nocivo" e "pericoloso", pertanto la sua fornitura deve essere per legge accompagnata da una "scheda di sicurezza" (D.M. Sanità del 4-04-1997).
Tale scheda rappresenta uno strumento particolarmente utile al datore di lavoro e ai lavoratori soprattutto per gli aspetti informativi e comportamentali connessi all'uso delle sostanze o preparati pericolosi.
Nella scheda di sicurezza saranno fornite informazioni, ad esempio, sulle misure di primo soccorso nel caso di contatto con la sostanza, sulle misure antincendio, indicazioni su manipolazione e stoccaggio, considerazioni sullo smaltimento.
Per chiarire l'importanza, ai fini della sicurezza, di conoscere i contenuti di questa scheda, l'opuscolo fornisce inoltre un esempio di "scheda di sicurezza tipo".

Notizie tratte da "Punto sicuro" e "Sicurweb"

PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" per l'anno 2002/2003

Il sottoscritto _____
in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Madicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2002/2003 al costo complessivo di € 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" **Si** ☐ **No** ☐
Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei

In attesa del congresso di Ancona , un "assaggio" su uno dei temi scottanti che riguardano il nostro lavoro. Il collega della sezione Lombazrda ci offre una ampia disanima delle problematiche inerenti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei. In una situazione, ancora confusa dal punto di vista legislativo, il medico competente non può sottrarsi dal compito di garantire il diritto alla salute in una categoria di lavoratori, che anche su questo fronte appare meno tutelata.

L'ultima riunione dei Soci della Sezione lombarda dell'ANMA, convocata il 27 ottobre 2001 presso la sede dell'Ordine dei Medici di Milano, è stata in gran parte dedicata al dibattito sul tema "La Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori temporanei".
La discussione si è avvalsa dei contributi della Dott.ssa Susanna Cantoni Responsabile del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'ASL città di Milano e dell'Avv. Claudia Navach Responsabile del Servizio Sicurezza dell'Adecco SpA..
La partecipazione è stata notevole e lo scambio di esperienze e pareri vivace confermando il notevole interesse per il tema del lavoro temporaneo che, infatti, si sta configurando come una nuova sfida per chi si occupa della tutela della salute nei luoghi di lavoro non solo per la rilevanza che ha assunto, ma anche e soprattutto per altri aspetti come le peculiarità del rapporto di lavoro, la complessità dell'impianto contrattuale e le ambiguità normative sulla ripartizione dell'obbligazione di sicurezza tra azienda utilizzatrice e fornitrice che, nell'insieme, determinano per i lavoratori temporanei una situazione di minore tutela della salute e sicurezza sul lavoro, comportando per questi lavoratori la necessità di maggiori cautele dal punto di vista preventivo.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 24-6-1997, n° 196 "Norme in materia di promozione dell'occupazione": ha introdotto nel nostro paese il lavoro temporaneo e recepito la direttiva 91/383/CEE recante le norme in materia di salute e sicurezza dei lavoratori temporanei
- C.C.N.L. del 23 maggio 1998 stipulato tra Assointerim e le O.O.S.S.
- D.M. (Ministero del Lavoro) 31 maggio 1999 "Individuazione delle lavorazioni vietate per la fornitura di lavoro temporaneo, ai sensi dell'art 1, comma 4, della legge 24 giugno 1997, n° 196": distingue tra attività che espongono a rischio di grave infortunio e quelle che espongono a rischio di tecnopatia grave.

DATI QUANTITATIVI

Anche se la crescita del lavoro temporaneo sta rallentando allineandosi alle dinamiche registrate nei Paesi che prima dell'Italia lo hanno introdotto, gli incrementi restano importanti come indicano i dati delle due associazioni di categoria Confinterim e Ailt relativi al primo semestre del 2001: i lavoratori temporanei avviati sono stati 291.072 con un incremento rispetto al primo semestre del 2000 superiore al 25%. Nel 2000 il ricorso al lavoro temporaneo era cresciuto del 135% rispetto al 1999, coinvolgendo circa 450.000 lavoratori.

DATI QUALITATIVI

- Età: prevalentemente compresa tra i 18 ed 35 anni
- Sesso: il 65% dei lavoratori avviati sono maschi
- Professionalità richieste: nella maggior parte dei casi si tratta di operai generici
- Aziende utilizzatrici: prevalentemente del settore industriale metalmeccanico e chimico (77% dei lavoratori avviati)
- Tempo di missione: il 65% dei contratti di fornitura di lavoro temporaneo sono inferiori a 150 giorni ed il 10.7% durano meno di una settimana
- Motivo della missione: i contratti di fornitura di lavoro temporaneo fanno prevalentemente fronte ai picchi produttivi (67%), anche se sono significative le richieste per la sostituzione di personale assente (20%) e per la copertura di qualifiche non previste nell'organico aziendale (13%).

LA SICUREZZA NEL LAVORO TEMPORANEO

Dal punto di vista della tutela della salute particolarmente critiche risultano la prima e la terza motivazione (picchi produttivi e copertura di qualifiche fuori organico) che nell'insieme determinano l'80% delle missioni.
Infatti le ricerche europee dimostrano che l'inserimento solo temporaneo in un ambiente di lavoro con tempi di addestramento spesso ristretti per la necessità di coprire picchi produttivi, non consente al lavoratore di acquisire un'adeguata conoscenza dell'ambiente lavorativo e conseguentemente limita la sua possibilità di sviluppare una sufficiente esperienza nella gestione del rischio professionale.
Altrettanto delicato per il lavoratore temporaneo è l'inserimento in un ambiente di lavoro per la copertura di qualifiche non previste nell'abituale organico dell'azienda utilizzatrice e, pertanto, non oggetto della valutazione dei rischi e dell'adozione di specifiche misure preventive e protettive.
Conseguentemente queste ricerche evidenziano per i lavoratori temporanei un maggiore rischio infortunistico rispetto a quello rilevato, in proporzione, per i lavoratori assunti a tempo indeterminato.
I risultati del monitoraggio dell'ASL Città di Milano del fenomeno infortunistico nel lavoro temporaneo, condotto in un'area ove vengono stipulati circa l'80 % dei contratti di fornitura annuali italiani, confermano questo dato europeo.
In particolare questi risultati, illustrati dalla Dott.ssa Cantoni in occasione del dibattito e recentemente pubblicati su La Medicina del Lavoro (Vol. 92, n. 4, 281 - 285), evidenziano per il 2000 un IF complessivo di 92.1 nettamente superiore a quello indicato dall'INAIL nel 1997 per i lavoratori assunti a tempo indeterminato nel settore metalmeccanico (38.1), edile (47.7) e minerario (58.8).
Conseguentemente lo S.P.S.A.L. dell'ASL Città di Milano ha intenzione elaborare una direttiva che, come specificato dalla Dott.ssa Cantoni nel corso del dibattito, solleciterà i Servizi territoriali ad una maggiore vigilanza sul fenomeno del lavoro temporaneo con particolare attenzione anche al rispetto del D. M. 31 maggio 2000 sulle lavorazioni vietate.
Pertanto la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori temporanei implica un maggiore impegno anche perché il raggiungimento dell'obiettivo di garantire a questi lavoratori lo stesso livello di tutela assicurato agli altri tipi di lavoratori, può essere ostacolato non solo dalla temporaneità del rapporto di lavoro o dallo svolgimento di mansioni fuori organico, ma anche:

- dalla complessità del contratto di fornitura di lavoro temporaneo dovuta all'intreccio di ben tre rapporti giuridici che può lasciare spazio ai tentativi di evasione degli obblighi di sicurezza: a) contratto di lavoro subordinato tra l'impresa fornitrice e il lavoratore interinale; b) contratto di fornitura tra impresa fornitrice e impresa utilizzatrice e c) rapporto di lavoro temporaneo tra prestatore e impresa fornitrice;
- dalla ripartizione nella legge 196/1997 dell'obbligazione di sicurezza in capo alle aziende fornitrici ed utilizzatrici che ha introdotto un sistema giuridico di tipo misto fonte di ambiguità;
- dalla mancata attuazione nell'azienda utilizzatrice di un aggiornamento della valutazione dei rischi mirato sulle peculiarità del lavoro temporaneo con particolare riguardo alle missioni finalizzate alla copertura di attività non previste nell'ordinario ciclo produttivo dell'azienda utilizzatrice;

segue >>

Aventis Pasteur MSD

i Vaccini per la Vita

AVENTIS PASTEUR MSD S.p.A.
Via degli Aldobrandeschi, 15 - 00163 ROMA
Tel. (06) 664.092.11 - Fax (06) 664.092.33

- dalla inadeguata in-formazione del lavoratore temporaneo sui rischi specifici, sulle misure preventive e protettive compresa la presenza nell'azienda utilizzatrice delle figure per la prevenzione (medico competente, RSPP e RLS);
- dalla progressiva riduzione dei tempi di missione che comprime anche quelli necessari per l'attuazione degli adempimenti relativi alla sicurezza anche in considerazione del fatto che, in genere, più è breve la missione, maggiore è l'esigenza dell'azienda utilizzatrice di impiegare rapidamente i lavoratori temporanei nell'attività lavorativa.

Di fronte a questo quadro qualcuno auspica che la Commissione Paritetica Nazionale per l'igiene e sicurezza del lavoro, istituita con il C.C.N.L. del 23 maggio 1998, promuova una rivisitazione della disciplina sul lavoro temporaneo in ordine all'impostazione dell'obbligazione di sicurezza con lo scopo di meglio coordinarla con i provvedimenti previgenti e di semplificare gli adempimenti.

In attesa, per il raggiungimento dell'obiettivo della tutela della salute dei lavoratori temporanei, rimane prioritaria l'instaurazione di un coordinamento tra l'azienda utilizzatrice e l'agenzia di lavoro temporaneo finalizzato alla definizione e all'attribuzione nel contratto di fornitura di ogni adempimento relativo alla sicurezza

L'IN-FORMAZIONE DEI LAVORATORI TEMPORANEI

Su questo tema pienamente condivisibile è l'impostazione data dalla Dott.ssa Cantoni in occasione del dibattito. Infatti, al di là di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 3 della legge 196/1997, ("L'impresa fornitrice informa i prestatori di lavoro temporaneo sui rischi per la sicurezza e la salute connessi alle attività produttive in generale e li forma e addestra all'uso delle attrezzature di lavoro necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa per la quale essi vengono assunti in conformità alle disposizioni recate dal D. Lgs. 626/94…"), appare ragionevole la ripartizione in base alla quale l'informazione di carattere generale sui rischi per la sicurezza e la salute connessi alle attività produttive resta a carico dall'azienda fornitrice, mentre all'utilizzatrice spetta il compito di informare il lavoratore temporaneo sui rischi specifici dell'azienda e sulla sua organizzazione per la sicurezza (misure e disposizioni preventive e protettive, procedure per l'emergenza, nominativi del medico competente, RSPP e RLS) e di formarlo sull'attività specifica addestrandolo all'uso delle attrezzature e dei DPI necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa.

In alternativa, specificandolo nel contratto di fornitura come prevede il comma precedentemente citato, tutto l'obbligo in-formativo può essere adempiuto dall'azienda utilizzatrice.

LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI TEMPORANEI

Completamente diversa è la situazione sul tema specifico del dibattito e cioè l'attribuzione dell'onere della sorveglianza sanitaria tra azienda utilizzatrice e fornitrice.

Indagando nel mercato fra chi, utilizzatori e fornitori, lo ha affrontato cercando delle soluzioni, possiamo trovare varie impostazioni.

Vi sono casi in cui le imprese utilizzatrici hanno assunto questo onere sia nella fase preventiva che periodica avvalendosi del loro medico competente ma, come vedremo, questa soluzione potrebbe non essere esente da problematiche.

In altri casi le agenzie adempiono all'obbligo degli accertamenti preventivi mentre quelli periodici vengono effettuati dall'utilizzatore. Naturalmente questa impostazione presuppone un coordinamento preventivo con il medico competente dell'impresa fornitrice per poterlo mettere nelle condizioni di accertare l'idoneità alla mansione specifica in occasione della visita medica preventiva (risultati della valutazione dei rischi, eventuale visita degli ambienti di lavoro e comunicazione del protocollo sanitario).

In altri casi ancora il modello prevede che le utilizzatrici si prendano in carico la sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei in missione nelle attività aziendali con un elevato profilo di rischio, mentre alle fornitrici compete la sorveglianza sanitaria di quelli in missione per brevi periodi di tempo nelle attività con un più basso profilo di rischio (ad esempio lavoratori videoterminalisti in missione per poche settimane per fare fronte ad un picco produttivo in un call center).

Tuttavia si deve ammettere che al momento questo adempimento di sicurezza è spesso disatteso invocando come alibi le difficoltà operative o le ambiguità interpretative delle norme.

D'altra parte la progressiva riduzione dei tempi di missione e quindi anche di quelli destinabili all'attuazione degli adempimenti relativi alla sicurezza e la richiesta prevalente di lavoro temporaneo per fare fronte ai picchi produttivi con la conseguente esigenza di inserire rapidamente nel ciclo produttivo il lavoratore, sono due aspetti che possono oggettivamente ostacolare l'attuazione della sorveglianza sanitaria specialmente da parte dell'impresa utilizzatrice.

Così pure il comma 1 dell'art. 6 della legge 196/97, ("L'impresa utilizzatrice osserva, nei confronti del prestatore di lavoro temporaneo, tutti gli obblighi di protezione previsti nei confronti dei propri dipendenti ed è responsabile per la violazione degli obblighi di sicurezza individuati dalla legge e dai contratti collettivi") ed il comma 5 del medesimo art. ("Il lavoratore temporaneo non è computato nell'organico dell'impresa utilizzatrice… fatta eccezione per quelle relative alla materia dell'igiene e della sicurezza sul lavoro"), che attribuirebbero l'onere della sorveglianza sanitaria all'impresa utilizzatrice, sembrerebbero in contrasto con il comma 1 dell'art. 3 della citata legge che individuando nell'impresa fornitrice il datore di lavoro del lavoratore temporaneo ("Il contratto di lavoro per prestazioni di lavoro temporaneo è il contratto con il quale l'impresa fornitrice assume il lavoratore…), porrebbe questo onere a carico della medesima impresa.

Pertanto i problemi operativi e giuridici che le imprese utilizzatrici e fornitrici incontrano affrontando il tema dell'onere della sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei, sono reali e che non siano di facile soluzione è attestato dalla ricchezza della letteratura e dai molti convegni e seminari sul tema della ripartizione degli obblighi di sicurezza nel lavoro temporaneo tra i quali quello della sorveglianza sanitaria è il fondamentale.

Ovviamente le agenzie di lavoro temporaneo, anche attraverso le loro associazioni di categoria, sono molto attive su questi temi.

Nel suo contributo l'Avv. Navack, evidenziando il punto di vista di una importante agenzia di lavoro temporaneo, ha descritto i due modelli di comportamento prospettati dalla sua azienda a seconda che nel contratto di fornitura l'azienda utilizzatrice si assuma o meno l'onere della sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei.

Nel primo caso il rischio per le agenzie evidenziato dalla relatrice è quello delle inidoneità che il medico competente dell'azienda utilizzatrice, non sempre in grado di visitare i lavoratori temporanei già in fase pre-assuntiva, potrebbe accertare con la conseguente impossibilità per il lavoratore temporaneo di essere adibito nella missione per la quale era stato specificamente assunto dall'agenzia.

D'altra parte per minimizzare il rischio le agenzie di lavoro temporaneo, sebbene il comma 1 dell'art. 3 della legge 196/97 preveda per i lavoratori temporanei anche la modalità di assunzione a tempo indeterminato (lettera a)), optano quasi sempre per l'assunzione "a tempo determinato corrispondente alla durata della missione presso l'azienda utilizzatrice" (lettera b)).

Nel caso di indisponibilità dell'azienda utilizzatrice ad assumere l'onere della sorveglianza sanitaria, il modello prospettato prevede la nomina di un medico competente da parte dell'agenzia, l'acquisizione del protocollo sanitario, l'effettuazione da parte di questo medico della visita medica e degli accertamenti clinici, l'accertamento dell'idoneità specifica e la controfirma della medesima da parte del medico competente dell'azienda utilizzatrice.

Va sottolineato che quest'ultimo passaggio, peraltro vivamente contestato dai colleghi in occasione della discussione, prevedendo la convalida da parte del medico dell'impresa utilizzatrice per un lavoratore non visitato del suo giudizio di idoneità accertato dal medico dell'impresa fornitrice, configura un comportamento che, come ha sottolineato

segue >>

anche dalla Dott.ssa Cantoni, va assolutamente evitato in quanto scorretto dal punto di vista deontologico e insostenibile dal punto di vista medico legale.
Anche il richiamo dell'Avv. Navack alla risposta del 28 settembre 2001 del Ministero del Lavoro alla Confiterim che, accogliendo la linea interpretativa della Confederazione, attribuisce l'onere della sorveglianza sanitaria all'azienda utilizzatrice in base a quanto disposto dal comma 1 dell'art. 6 della legge 196/97 (vedi sopra), conforme a quanto previsto dall'art. 8 della direttiva 91/383/CEE ("….l'impresa utilizzatrice…è responsabile delle condizioni di esecuzione del lavoro…che comprendono quelle che concernono la sicurezza, l'igiene e salute del lavoro"), non ha portato nel dibattito un contributo di chiarezza.
In particolare la Dott.ssa Cantoni, sottolineandone lo scarso valore giuridico, non ritiene questa interpretazione ministeriale definitiva anche perché non in linea con i pareri sul tema di alcuni magistrati come è stato successivamente ribadito e precisato anche da alcuni interventi dei partecipanti alla riunione.
D'altra parte anche nella magistratura i pareri non sono concordi e infatti altri magistrati, in accordo con la risposta ministeriale, non hanno dubbi nell'attribuire l'onere della sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei all'azienda utilizzatrice.

IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

In questa situazione così confusa non possiamo comunque sottrarci dal tentare di dare il nostro contributo alla tutela del diritto alla salute dei lavoratori temporanei indubbiamente più "deboli" anche da questo punto di vista rispetto ai lavoratori assunti a tempo indeterminato.
Non dobbiamo pertanto disimpegnarci dal cercare di partecipare costruttivamente al dibattito in corso, anche in considerazione anche del fatto che sono ormai molti i colleghi che collaborano direttamente o attraverso le aziende utilizzatrici con le agenzie di lavoro temporaneo.
In tale ambito la risposta ministeriale, sebbene non rivesta valore giuridico e risulti troppo ermeneutica e deresponsabilizzante per le agenzie di lavoro temporaneo, rappresenta comunque un orientamento autorevole che, come lascia intendere il Ministero nella parte conclusiva del testo della risposta, potrebbe preludere ad altri chiarimenti in linea con questa interpretazione ma più vincolanti.
Pertanto ritengo opportuno analizzare le problematiche che l'impostazione prospettata dalla risposta ministeriale comporterebbe per la nostra attività ed individuare, quando possibile, le possibili soluzioni cercando di delineare delle indicazioni operative che potranno, spero con altre, essere vagliate dalla Commissione scientifica dell'Associazione per l'elaborazione di uno specifico documento.
Dal punto di vista giuridico il punto cruciale è a chi, tra azienda fornitrice e utilizzatrice, debba essere attribuita la qualifica di datore di lavoro del lavoratore temporaneo. Anche se il comma 1 dell'art. 3 della legge 196/97 (vedi sopra) porterebbe ad attribuire questa qualifica all'impresa fornitrice, il Ministero del Lavoro nella recente Lettera Circolare del 6 novembre 2001, pur ammettendo la non chiarezza legislativa sul punto, specifica che "il fatto che l'impresa fornitrice assuma il lavoratore non può ritenersi di per sé sufficiente ad attribuire alla stessa la qualifica di datore di lavoro", concludendo che la qualifica di datore di lavoro del lavoratore temporaneo è in capo all'impresa utilizzatrice in quanto gli artt. 3 comma 2 ("…il lavoratore temporaneo…svolge la propria attività nell'interesse nonché sotto la direzione ed il controllo dell'impresa utilizzatrice..") e 4 comma1 ("Il prestatore di lavoro temporaneo svolge la propria attività secondo le istruzioni impartite dall'impresa utilizzatrice…") della succitata legge attribuiscono il potere direttivo ed il controllo, poteri giuridici propri del datore di lavoro, esplicitamente ad essa e l'art. 6 comma 1 (vedi sopra) della medesima legge pone l'obbligazione di sicurezza, in sintonia con la risposta ministeriale del 28 settembre 2001, proprio in capo all'impresa utilizzatrice.
I riflessi sulla nostra attività dell'attribuzione della qualifica di datore di lavoro del lavoratore temporaneo all'impresa fornitrice o all'impresa utilizzatrice, non sono irrilevanti. Infatti nel primo caso il trasferimento dell'obbligo di sorveglianza sanitaria dall'azienda fornitrice, datore di lavoro, all'azienda utilizzatrice non è scevro di criticità. In particolare la utilizzatrice, rispondendo in eligendo e in vigilando dell'operato del medico competente, deve poter scegliere di fare eseguire le visite dal suo medico di fiducia. Tuttavia, in tal modo, i lavoratori temporanei verrebbero visitati da un medico non nominato dal datore di lavoro il quale, inoltre, non potrebbe neanche rispondere del suo operato trattandosi di un sanitario che non ha scelto e al quale non è legato da nessun vincolo contrattuale. Per superare queste criticità l'azienda fornitrice può nominare direttamente come medico competente quello dell'utilizzatrice.
Tuttavia questa nomina ha implicazioni organizzative ed operative:

- Per evitare genericità la nomina dovrebbe specificare: la sua durata, il nominativo dell'azienda utilizzatrice alla quale sono inviati in missione i lavoratori temporanei ed, eventualmente, anche le attività che comportano la sorveglianza sanitaria dei lavoratori inviati in missione
- La validità del giudizio di idoneità va circoscritta al tempo di missione del lavoratore temporaneo; una copia del giudizio va all'azienda fornitrice in quanto è il datore di lavoro del lavoratore temporaneo e una all'azienda utilizzatrice perché responsabile della sua sicurezza durante tutto il periodo di missione
- L'effettuazione della sorveglianza sanitaria da parte dell'impresa utilizzatrice comporta il rischio che il lavoratore temporaneo, in assenza di un coordinamento e considerata la progressiva riduzione dei tempi di missione, passi da un medico competente all'altro sottoponendosi ad un numero di accertamenti clinici assurdo anche dal punto di vista economico. In questo quadro può diventare importante la gestione della cartella sanitaria e di rischio. Per evitare che ne venga istruita una per ogni missione con il rischio di una frammentazione e della perdita di una visione di insieme della sorveglianza sanitaria a cui è stato sottoposto il lavoratore temporaneo, sarebbe opportuno che sia l'agenzia a dotare il lavoratore temporaneo, in occasione della prima missione, con una cartella sanitaria che il lavoratore porterà con sé di missione in missione. I medici competenti delle aziende utilizzatrici di volta in volta aggiorneranno questa cartella controllando gli accertamenti clinici precedentemente effettuati ed evitando così anche la loro overdose. Al termine dell'accertamento preventivo o periodico la cartella viene riconsegnata al lavoratore previa copia dell'aggiornamento relativo all'accertamenti. Le copie degli aggiornamenti relativi alla missione nell'azienda utilizzatrice andranno custoditi presso la medesima anche alla fine della missione per eventuali richieste medico legali.
- Salvo diversi accordi nel contratto di fornitura tra azienda fornitrice e utilizzatrice, anche se la nomina viene attuata dalla prima, sarebbe opportuno accordarsi affinché del pagamento delle visite mediche se ne faccia carico direttamente l'impresa utilizzatrice visto che, con riferimento all'art. 14 del CCNL del 23 maggio 1998, l'onere economico della sorveglianza sanitaria dei lavoratori temporanei resta in genere a carico di questa impresa.

Il riconoscimento del ruolo di datore di lavoro del lavoratore temporaneo all'impresa utilizzatrice comporterebbe qualche semplificazione per noi.
Occorre prevedere nella nomina e nel contratto una parte specificamente dedicata alla nostra attività di medici competenti dei lavoratori temporanei inviati in missione nell'azienda utilizzatrice.
Il flusso dei giudizi di idoneità, con validità sempre circoscritta alla durata della missione, coinvolge soltanto l'impresa utilizzatrice.
Restano invece validi i motivi per consigliare anche con questa impostazione la gestione della cartella sanitaria e di rischio precedentemente prospettata.
Tuttavia in questo quadro, indipendentemente dalla attribuzione della qualifica di datore di lavoro all'impresa fornitrice o utilizzatrice, non possiamo sottovalutare un altro aspetto che riguarda la nostra attività. Anche quando alle aziende di lavoro temporaneo le richieste di fornitura sono non pianificate e urgenti, le loro risposte alle aziende utilizzatrici devono essere tempestive. Conseguentemente al medico competente dell'azienda utilizzatrice le richieste di collaborazione, da evadere in genere in poco tempo e spesso anche rilevanti dal punto di vista quantitativo, possono arrivare in modo improvviso. Tutto ciò presuppone una disponibilità professionale non sempre obiettivamente facile da dare. Pertanto in questi casi oltre al già citato problema per l'azienda fornitrice delle eventuali inidoneità, potrebbe sorgere anche un'incomprensione con l'azienda utilizzatrice quando, ad esempio, a seguito dell'indisponibilità del suo medico competente non potesse fare tempestivamente fronte ad un picco produttivo.
D'altra parte si deve ammettere che, se si escludono particolari situazioni, anche i picchi produttivi sono in genere pianificabili per tempo in funzione delle previsioni sull'andamento della domanda del mercato e in certi settori hanno addirittura una cadenza costante nel corso dell'anno. Pertanto per la soluzione di questi problemi diventa fondamentale il coordinamento e la comunicazione tra l'impresa utilizzatrice e il suo medico competente che, se avvisato per tempo, potrà organizzarsi. ■

Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda

Nuove modalità di trasmissione della Documentazione relativa ai lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti ai sensi del D.Lgs. 230/1995 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs 241/2000 e D.Lgs 257/2001)

Come è noto dal 1° gennaio 2001, ai sensi dell'art. 90 comma 4 del D.Lgs n. 230/1995, il medico addetto alla sorveglianza deve provvedere, entro sei mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro o dalla cessazione dell'attività di impresa comportante esposizione a radiazioni ionizzanti, a consegnare all'ISPESL, i documenti sanitari personali, unitamente ai documenti di cui all'art. 81, comma 1, lett. d) ed e).
Si sottolinea che, come stabilito dal citato art. 90 comma 4, solo su richiesta motivata del medico addetto alla sorveglianza e valutate le circostanze dei singoli casi, l'ISPESL può concedere proroga al termine di consegna (sei mesi) della documentazione sopra citata.
Al fine di garantire una corretta archiviazione e gestione di detta documentazione, nel rispetto della normativa vigente in tema di segreto professionale e tutela della riservatezza dei dati sanitari, i Medici incaricati della sorveglianza medica devono trasmettere la documentazione in busta chiusa, contenente nella parte esterna la seguente dicitura: "Contiene documentazione riservata ai sensi della Legge 675/1996 e D.Lgs. 230/1995 e successive modifiche e integrazioni" secondo le modalità di seguito indicate:

1) dentro la busta suddetta dovrà essere inserito il plico sigillato contenete la documentazione relativa a ciascun lavoratore;
2) il plico deve recare l'indicazione del nominativo del lavoratore, nonchè la dicitura "Contiene documentazione riservata ai sensi della Legge 675/1996 e D.Lgs n° 230/1995 e successive modifiche e integrazioni";
3) il plico suddetto dovrà essere accompagnato da una lettera del Medico incaricato della sorveglianza medica, nella quale devono essere riportate le seguenti informazioni:
   - nominativo del lavoratore;
   - luogo e data di nascita;
   - data di assunzione;
   - mansione svolta al momento della cessazione del rapporto di lavoro o della cessazione dell'attività dell'impresa;
   - ragione sociale del datore di lavoro al momento della risoluzione del rapporto di lavoro o cessazione dell'attività dell'impresa;
   - data di risoluzione del rapporto di lavoro o cessazione dell'attività dell'impresa;
4) qualora la trasmissione riguardi la documentazione di più lavoratori, è possibile trasmettere con una sola busta chiusa più plichi, ognuno dei quali accompagnato da una lettera di cui al punto 3)

La documentazione deve essere trasmessa al seguente indirizzo:
I.S.P.E.S.L.
Dipartimento di Medicina del Lavoro
Settore Radioprotezione
Via Fontana Candida, n° 1
00040 Monte Porzio Catone - Roma

Il Direttore Dell'Istituto
Dr. Antonio Moccaldi

LEGGE COMUNITARIA 2001

Approvata il 24 gennaio dal Senato con alcuni emendamenti, a partire dal 18 febbraio dovrebbe tornare alla Camera per il via libero definitivo. La Legge comunitaria 2001, strumento cardine per l'adeguamento della legislazione nazionale al diritto comunitario, sta per completare il suo iter ed entrare in vigore. Anche quest'anno, come accaduto nella Comunitaria 2000, sono stati inseriti alcuni articoli specifici su ambiente e sicurezza sul lavoro. Articoli non modificati dall'intervento del Senato, ma che hanno cambiato numero rispetto al disegno di legge originario.
Gli articoli 14 e 15 (precedentemente 16 e 17), si riferiscono all'ambiente. Rispettivamente modificano l'articolo 53 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, in materia di traffico illecito di rifiuti e l'articolo 9-quinquies del decreto-legge 9 settembre 1988, n. 397, in materia di raccolta e riciclaggio di batterie esauste.
L'articolo 19 (ex 21) è una delega al Governo a modificare il decreto legislativo 25 novembre 1996, n. 624, recante attuazione di direttive comunitarie in materia di sicurezza e salute dei lavoratori nelle industrie estrattive.
Infine l'articolo 32, unico leggermente modificato dal Senato, riguarda la "Attuazione della direttiva 2000/59/CE, relativa agli impianti portuali di raccolta per i rifiuti prodotti dalle navi e i residui del carico".

GAZZETTA UFFICIALE
Le pubblicazioni di gennaio e febbraio 2002

G.U. n.21 del 25/01/02
Ministero dell'interno
Decreto 20 dicembre 2001 - Disposizioni relative alle modalita di installazione degli apparecchi evacuatori di fumo e calore.

G.U. n.17 del 21/01/02
Ministero delle infrastrutture e dei trasporti
Decreto 31 dicembre 2001 - Modificazioni al decreto ministeriale in data 4 maggio 1995, recante procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'imbarco e trasporto marittimo o del nulla osta allo sbarco delle merci pericolose.

G.U. n.7 del 09/01/02
Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti
Decreto 21 dicembre 2001 - Recepimento della modifica del decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione del 3 marzo 1997, di attuazione della direttiva 95/50/CE del Consiglio concernente l'adozione di procedure uniformi in materia di controlli su strada di merci pericolose, ai fini del recepimento della direttiva 2001/26/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 maggio 2001 che modifica la direttiva 95/50/CE, del recepimento della rettifica alla direttiva 95/50/CE e della rettifica al decreto ministeriale stesso.

G.U. n.1 del 02/01/02
Ministero delle infrastrutture e dei trasporti
Decreto 21 dicembre 2001 - Recepimento della direttiva 2001/7/CE della Commissione del 29 gennaio 2001 che adatta per la terza volta al progresso tecnico la direttiva 94/55/CE del Consiglio, concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative al trasporto di merci pericolose su strada

G.U. n.38 del 14/02/02- Ministero delle infrastrutture e dei trasporti
Decreto 25 gennaio 2002 - Recepimento della direttiva 2001/27/CE della Commissione del 10 aprile 2001 che adegua al progresso tecnico la direttiva 88/77/CEE del Consiglio relativa ai provvedimenti da prendere contro l'emissione di inquinanti gassosi e di particolato prodotti dai motori ad accensione spontanea destinati alla propulsione di veicoli e l'emissione di inquinanti gassosi prodotti dai motori ad accensione comandata alimentati con gas naturale o con gas di petrolio liquefatto destinati alla propulsione di veicoli. (Testo rilevante ai fini dello Spazio Economico Europeo).

G.U. n.36 del 12/02/02
Leggi e altri atti normativi
Decreto legislativo 28 dicembre 2001, n.478 - Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 22 dicembre 2000, n. 395, in materia di accesso alla professione di trasportatore su strada di cose per conto terzi.

G.U. n.34 del 09/02/02
Leggi e altri atti normativi
Decreto-Legge 7 febbraio 2002, n. 7 - Misure urgenti per garantire la sicurezza del sistema elettrico nazionale.

G.U. n.33 del 08/02/02
Ministero delle infrastrutture e dei trasporti
Decreto 14 dicembre 2001 - Attestazione delle competenze in materia di primo soccorso elementare a bordo di navi mercantili.

G.U. n.31 del 06/02/02- Rettifiche
Avviso di rettifica - Comunicato relativo al decreto legislativo 25 febbraio 2000, n. 93, concernente: "Attuazione della direttiva 97/23/CE in materia di attrezzature a pressione.". (Decreto pubblicato nel supplemento ordinario n. 62/L alla Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 91 del 18 aprile 2000).

Quali strategie, quali strumenti per la prevenzione del mobbing

INTRODUZIONE

I temi della organizzazione del lavoro e del disagio psicologico sono stati affrontati già a partire dalla fine del XIX secolo dai primi psicologi del lavoro, nel momento dello sviluppo della industrializzazione avanzata. Viene riconosciuto come fondatore della psico-tecnica del lavoro il ricercatore tedesco Hugo Munsterberg (1863-1916) che, con i suoi studi sperimentali condotti a Lipsia, si interessò all'adattamento dell'uomo all'ambiente fisico e al regime di vita del lavoro, alla formazione delle relative abitudini, all'economia dei movimenti, alla monotonia e alla fatica, alle motivazioni. Lo sviluppo di questa scienza è andato di pari passo con quello industriale, introducendo elementi di razionalizzazione dei processi produttivi e analizzando la vita lavorativa nelle organizzazioni aziendali, durante le continue trasformazioni del XX secolo.
Questi studi hanno evidenziato la natura sociale del lavoro e dei problemi della vita lavorativa nelle organizzazioni complesse. Il comportamento professionale dipende, oltre che dalle caratteristiche individuali del lavoratore, da fattori esterni fisici e sociali, che caratterizzano l'organizzazione, l'azienda, il reparto, il gruppo di lavoro. La capacità del dirigente, lo stile di leadership aziendale, la qualità del materiale e delle attrezzature fornite al lavoratore, il modo in cui è stato formato, le relazioni con i colleghi, il clima sociale dell'azienda, il grado di partecipazione, l'ambiente fisico del lavoro, sono condizioni determinanti del comportamento professionale di ogni lavoratore.

IL MOBBING E LE SUE CAUSE

Una particolare attenzione è stata posta alle relazioni umane all'interno del mondo del lavoro e in questo settore di studio, a partire dal 1986, lo psicologo Heinz Leymann ha per primo definito un fenomeno di "terrorismo psicologico" chiamandolo mobbing (dal verbo inglese to mob = aggredire). Si tratta di una situazione caratterizzata da azioni ostili, ripetute per un lungo periodo (almeno sei mesi) da parte di una o più persone e dirette sistematicamente contro un individuo, il quale, se le molestie non cessano, può sviluppare patologie fisiche e/o psichiche anche gravi.
Alla base del mobbing, secondo Leymann c'è sempre un conflitto che può dipendere da una cattiva organizzazione del lavoro (sovraccarico lavorativo, incarichi degradanti in relazione alle competenze, istruzioni imprecise, obbiettivi non compatibili con i mezzi a disposizione, responsabilità non chiaramente delimitate) oppure da rivalità, lotta d'interessi, ricerca di potere; il conflitto causa tensioni nel gruppo di lavoro che entra in crisi. In questa situazione la via di uscita più facile è quella di trovare un capro espiatorio sul quale scaricare le tensioni, causandone l'isolamento, impedendogli di esprimersi, screditandolo nel lavoro, denigrandolo con i colleghi, fino a comprometterne la salute.
In questa persecuzione ha un ruolo importante il "clima sociale" dell'azienda: spesso il soggetto "mobbizzato" è, prima di tutto vittima di discriminazioni culturali, razziali, religiose, oppure legate al sesso, all'età, alle condizioni di salute.
Esiste anche una forma di mobbing deliberatamente messa in atto dalle aziende per costringere un dipendente alle dimissioni essendo difficile ricorrere al licenziamento; secondo Renato Giglioli (direttore del Centro per il Disadattamento Lavorativo della Clinica del Lavoro di Milano) ciò accade in più della metà dei casi denunciati.
Per comprendere le cause del mobbing è utile considerare che la nascita di questo "nuovo" fenomeno corrisponde ad un periodo di rapidi e profondi cambiamenti nel mondo del lavoro, caratterizzati da una progressiva automazione della produzione industriale e da una notevole crescita del settore terziario; di conseguenza è fortemente ridotta la richiesta di mano d'opera a bassa specializzazione e sempre più sono necessari lavoratori preparati ad utilizzare le nuove tecnologie o capaci di lavorare in modo creativo, senza seguire procedure codificate, sperimentando nuove modalità; inoltre la componente relazionale ha assunto un ruolo centrale soprattutto nel settore terziario. Negli stessi anni il rapporto di lavoro è diventato sempre meno garantito, sempre più flessibile e si sono sviluppate nuove forme di lavoro (contratti di formazione-lavoro, lavoro a tempo determinato, lavoro in prestito).
Tutto ciò ha portato nella vita delle aziende frequenti momenti critici come ristrutturazioni aziendali, fusioni, riduzioni del personale, cambio di management, introduzione di nuove tecnologie, ecc, con maggior rischio di generare conflitti.
Non sempre i conflitti sfociano nel mobbing, ed è compito del datore di lavoro dare all'azienda un'organizzazione in grado di tenerli sotto controllo e di intervenire tempestivamente per bloccare la ripetizione di azioni ostili. La causa principale di un conflitto che degenera in mobbing è quasi sempre la renitenza della gerarchia aziendale ad intervenire o la reticenza degli stessi colleghi del mobbizzato, che temono ritorsioni in caso di denuncia.
Se l'isolamento e l'emarginazione hanno gravi conseguenze per il lavoratore mobbizzato, il mobbing causa danno anche all'azienda che spesso vede ridursi la produttività del gruppo di lavoro, perché non sono stati affrontati i problemi che hanno generato il conflitto.

NORMATIVA

Nel Parlamento italiano sono stati presentati in Parlamento sei progetti di legge sul tema della tutela del lavoratore da violenze morali e persecuzioni psicologiche nell'ambito del lavoro.
Due di essi prevedono il riconoscimento della pratica del mobbing come un reato e stabiliscono specifiche sanzioni penali.
Gli altri quattro progetti sono più articolati e prevedono che i datori di lavoro e i sindacati adottino le iniziative necessarie per prevenire qualsiasi forma di violenza psicologica nell'ambiente di lavoro; in particolare si indica la necessità di informare i lavoratori sugli aspetti organizzativi riguardanti ruoli, mansioni, carriere, mobilità, sugli obbiettivi generali della politica aziendale, sulle procedure individuate per garantire adeguate condizioni psicologiche e sociali. In queste proposte di legge viene regolamentato l'accertamento dei fatti persecutori che deve avvenire tempestivamente dopo la denuncia; l'indagine deve essere condotta dal datore di lavoro e dalle rappresentanze sindacali con l'eventuale ausilio di esperti esterni all'azienda. Se i fatti denunciati vengono accertati, il datore di lavoro deve assumere le misure necessarie al loro superamento e, al responsabile delle azioni ostili, o a chi ha denunciato azioni ostili inesistenti, per trarne vantaggio, vanno applicate sanzioni disciplinari.
Una delle proposte prevede anche che l'azienda rimborsi al lavoratore vittima del mobbing le spese mediche e psicoterapeutiche sostenute; inoltre viene proposta l'istituzione di uno "sportello unico contro gli abusi" presso la Camera di commercio, industria e artigianato con lo scopo di offrire consulenza legale e sanitaria a chi si ritiene vittima di atti e comportamenti persecutori nei posti di lavoro.
In ogni caso al lavoratore che ritenga di aver subito violenze psicologiche resta la facoltà di ricorrere alle vie legali citando il responsabile delle violenze ai sensi degli articoli 410 e 413 del codice di procedura civile.
La prima nazione che ha stabilito delle norme su questo tema è la Svezia, dove, già nel 1993, l'Ente nazionale per la Salute e la Sicurezza ha emanato delle "Disposizioni relative alle misure da adottare contro forme di persecuzione psicologica negli

ambienti di lavoro"; non si tratta di norme sanzionatorie ma, con tipico pragmatismo, viene definito un percorso da seguire per risolvere il problema. Tutto l'impianto normativo si basa su due semplici principi:

- va rifiutato qualsiasi atteggiamento o comportamento offensivi, a prescindere da chi sia coinvolto o da chi ne sia il bersaglio;
- il datore di lavoro deve adottare misure efficaci per evitare che qualunque lavoratore sia oggetto di forme di persecuzione da parte di altri lavoratori.

Viene quindi enunciata un'etica del lavoro mettendo al bando tutte le forme di persecuzione psicologica:

- calunniare o diffamare un lavoratore oppure la sua famiglia;
- negare deliberatamente informazioni relative al lavoro oppure fornire informazioni non corrette a riguardo;
- sabotare o impedire in maniera deliberata l'esecuzione del lavoro;
- escludere in modo offensivo il lavoratore, oppure boicottarlo o disprezzarlo;
- esercitare minacce, intimorire o avvilire la persona, come nel caso di molestie sessuali;
- insultare, fare critiche esagerate o assumere atteggiamenti o reazioni ostili in modo deliberato;
- controllare l'operato del lavoratore senza che lo sappia o con l'intento di danneggiarlo;
- applicare "sanzioni penali amministrative" ad un singolo lavoratore senza motivo apparente, senza dare spiegazioni, senza tentare di risolvere insieme a lui/lei i problemi.

Al datore di lavoro vengono indicati i livelli e i metodi di intervento preventivi privilegiando l'informazione del personale sulla politica elaborata per l'ambiente di lavoro e per le risorse umane e sulle procedure individuate per garantire le migliori condizioni psicologiche e sociali nei luoghi di lavoro. I quadri e i dirigenti devono ricevere una formazione tale da consentire loro di gestire le materie che rientrano nelle leggi di diritto del lavoro, gli effetti delle varie condizioni di lavoro sulle persone, i rischi di conflitto all'interno dei gruppi di lavoratori, in modo che siano in grado di rispondere con prontezza, con un sostegno qualificato, a quei lavoratori che si trovassero in situazioni di stress e di crisi.

POSSIBILI STRATEGIE E STRUMENTI DI PREVENZIONE

Il "problema mobbing" va quindi combattuto a più livelli:

- va organizzata la prevenzione del mobbing inquadrandolo come uno dei rischi traversali (stress e disagio lavorativo) che può dipendere da problemi organizzativi, dal clima sociale, dall'ambiente fisico di lavoro;
- è necessario formare i dirigenti perché siano in grado di monitorare il clima socio culturale dei gruppi di lavoro e sensibilizzarli a mantenere un atteggiamento di ascolto riguardo ai problemi relazionali in modo che sappiano gestire la loro leadership facendo attenzione alla qualità delle risorse umane;
- i lavoratori devono essere informati che nell'ambiente di lavoro non sono tollerati comportamenti offensivi della dignità individuale e devono essere sensibilizzati perché riconoscano il mobbing e lo denuncino, garantendoli contro qualunque forma di ritorsione;
- è necessario garantire una capacità di risposta al singolo lavoratore che ritiene di essere mobbizzato prevedendo l'organizzazione di un sistema di arbitraggio dei conflitti, possibilmente indipendente dalla gerarchia aziendale;
- ogni volta che si presenta un caso di mobbing, e comunque con periodicità programmata e in occasione dei processi di riorganizzazione è necessaria una revisione dell'analisi del rischio.

In questo processo vanno coinvolte le figure aziendali istituzionalmente preposte alla prevenzione e alla sicurezza e quindi:

- il datore di lavoro,
- il servizio di prevenzione e protezione,
- il medico competente,
- i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Il primo obbiettivo potrebbe essere la raccolta di dati attraverso un questionario, che sia in grado di far comprendere quale sia la dimensione del problema fra i dipendenti comunali e che possa rilevare alcuni fattori di rischio legati alla organizzazione del lavoro.

La valutazione dei rischi richiesta dal DLgs 626/94 dovrebbe comprendere anche l'analisi dei rischi trasversali considerando gli obbiettivi, i mezzi, l'organizzazione di ogni singolo reparto, i bisogni formativi riguardo alla gestione dello stile direttivo.

Il tentativo di soluzione dei conflitti dovrebbe avvenire secondo una procedura concordata con le rappresentanze sindacali, che veda la partecipazione del medico competente ed eventualmente di altri consulenti per diagnosticare i casi di reale mobbing e tentare una possibile soluzione, una volta analizzate le eventuali criticità organizzative.

Alcune Pubbliche Amministrazioni, in questi ultimi anni, hanno adottato un "Codice di comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori" dove è prevista la nomina di un/una consulente di fiducia per tentare, con procedura informale, di risolvere controversie riguardanti molestie sessuali, morali o psicologiche.

Nel Comune di Firenze è avvenuto un importante riassetto organizzativo, deciso nel mese di febbraio del 2000, con al centro l'esigenza di riconsiderare i meccanismi di funzionamento della struttura e di ridistribuire i compiti e le funzioni nell'ambito delle Direzioni e dei Servizi, in modo progressivo. Nella relazione che illustra questo riassetto erano stati evidenziati alcuni aspetti critici del funzionamento della macchina comunale e in particolare era stata sottolineata "la carenza di una cultura organizzativa diffusa che va a scapito di un metodo di lavoro improntato alla costante ricerca dei più efficaci ed economici processi lavorativi anche in funzione della così detta customer satisfaction". C'era inoltre la dichiarazione che "incide negativamente sull'efficienza dell'organizzazione la non sempre chiara definizione delle sfere di competenza e responsabilità fra organi di indirizzo politico e quelli gestionali/direzionali, che è causa di più o meno manifesti fenomeni di deresponsabilizzazione".

La carenza di una cultura organizzativa diffusa e una non chiara definizione delle competenze e delle responsabilità, oltre a determinare un ostacolo alla efficacia e all'efficienza dei processi lavorativi, costituiscono senza dubbio un fertile terreno per lo sviluppo di conflitti nella vita lavorativa che generano stress e possono favorire il fenomeno del mobbing; quindi il nuovo progetto organizzativo può configurarsi anch'esso come uno strumento di prevenzione, nella misura in cui sarà in grado di introdurre i correttivi già previsti.

PROGETTI DI LEGGE PRESENTATI IN PARLAMENTO:

XIII Legislatura
AC 1813 On. Salvatore Cicu (FI)
AC 6667 On. Publio Fiori (AN)
AC 6410 On. Giorgio Benvenuto (DS)
AS 4313 Sen. Athos De Luca (Verdi)
AS 4265 Sen. Giancarlo Tapparo (DS)
XIV Legislatura
AS 422 Sen. Luciano Magnalbò (AN)

Adolfo Pompetti
Sezione Toscana

H San Raffaele Resnati

Servizi di Medicina Occupazionale

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

H San Raffaele Resnati S.p.A.

Servizi di Medicina Occupazionale

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

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

Legionellosi: esperienza di gestione e controllo del rischio in un presidio sanitario - ruolo del medico competente

La legionellosi è una patologia che negli ultimi anni ha assunto rilevanza anche nel settore sanitario per numerosi casi verificatesi prevalentemente in pazienti ricoverati. Questa problematica si è presentata anche nell'Azienda USL 10 di Firenze.

ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL 10 DI FIRENZE

In uno dei sei Presidi Ospedalieri nel mese di agosto del 1998 si verificò un caso in un medico del reparto di reumatologia. La patologia fu diagnosticata presso un'altra Azienda Ospedaliera con un certo ritardo rispetto al manifestarsi della sintomatologia e la notizia del caso arrivò alla Direzione sanitaria e al Servizio di medicina preventiva in maniera ufficiosa.
Di fatto il problema fu affrontato nel mese di settembre. Fu appurato che nel corso dei mesi luglio-agosto vi erano stati altri 3 casi di broncopolmonite di natura non identificata in lavoratori dello stesso reparto di reumatologia.
Fu attivato un campionamento di acqua in alcuni punti considerati critici e furono fatti due dosaggi anticorpali dei lavoratori, ad agosto/settembre e ad ottobre, per valutare lo stato immunitario.
In due campioni di acqua, in due punti del reparto, furono riscontrati valori positivi di legionella pneumophila: nell'acqua calda di una doccia usata dai medici 800 UFC e nell'acqua calda del lavandino della medicheria 1100 UFC. I risultati del dosaggio anticorpale è riportato nella tabella n.1
Nel secondo controllo si sono presentati solo 15 soggetti che erano risultati positivi al primo controllo.
Purtroppo il risultato anticorpale non è molto significativo essendo tutti risultati positivi a bassa diluizione (1:8) non indicativa di una malattia in atto, neanche in forma silente o frustra.
Tuttavia il fatto che una parte di positivi si sia poi negativizzata fa propendere per l'esistenza di un movimento anticorpale nei lavoratori del reparto e quindi per una possibile esposizione pregressa all'agente di rischio nell'ambito lavorativo.
Il caso di legionellosi del medico è stato denunciato come malattia professionale all'INAIL ed il lavoratore ha chiesto anche il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio.
Vi è stato un riconoscimento per entrambe le pratiche.
Data la situazione ci si è posti il problema di una bonifica dell'impianto idrico con cloro da attuare in tempi brevi con successiva verifica
Questo evento ha fatto riflettere sulla necessità di attivare un sistema di sorveglianza e di intervento possibilmente preventivo al verificarsi di casi.
Per questo è stato creato un gruppo di lavoro formato da persone provenienti dalle Direzioni sanitarie dei diversi presidi ospedalieri, dall'Ufficio tecnico, del Servizio di prevenzione e protezione, dal Servizio di medicina preventiva e dall'U.O. di Biotossicologia allo scopo di impostare una sorveglianza ambientale in tutti i presidi e di definire procedure di intervento nei momenti critici e di tutela dei lavoratori.

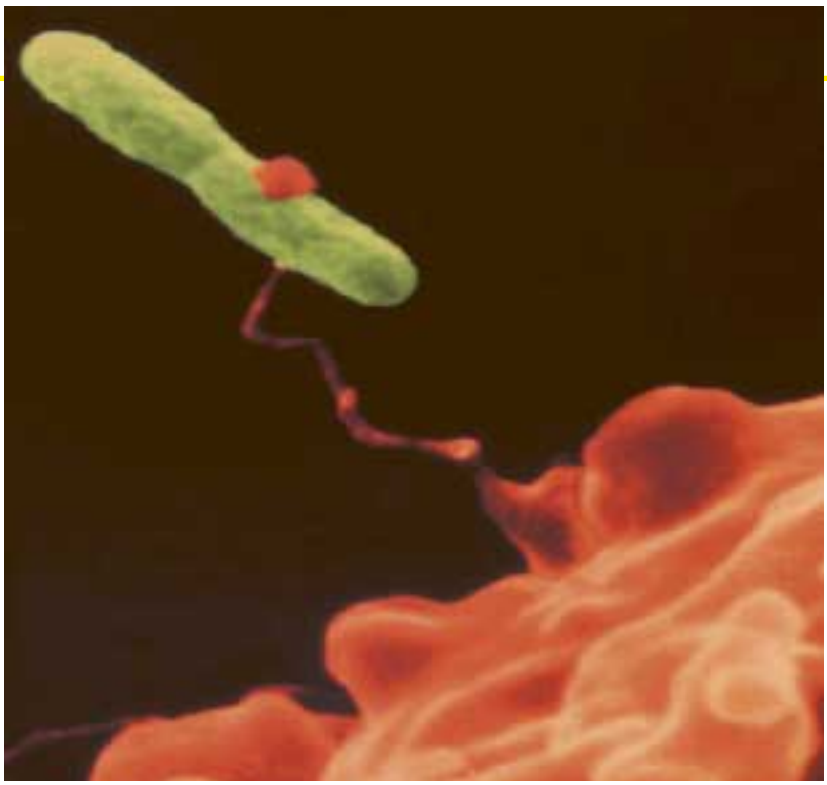
Per quanto riguarda i rischi in ambiente sanitario l'approccio deve essere necessariamente multidisciplinare per poter offrire soluzioni opportune ed efficaci. L'esperienza dell'Azienda USL fiorentina ne è un valido esempio.

Utilizzando la letteratura in materia è stato predisposto un protocollo di sorveglianza ambientale ed è stata predisposta una organizzazione affinchè questa sorveglianza venisse attuata sotto il coordinamento delle Direzioni sanitarie.
Purtroppo nel marzo del 2000 si è verificato un nuovo caso di legionellosi, questa volta in un paziente, sempre nel reparto di reumatologia dello stesso Presidio ospedaliero precedente.
Il gruppo ha fornito una consulenza che ha portato ad una serie di interventi sul piano ambientale e sanitario.
Interventi ambientali: è stata fatta una valutazione allargata anche ad altre parti della struttura con numerosi campionamenti di acqua nei punti critici per cercare di capire meglio le fonti di inquinamento; sono stati fatti interventi di bonifica e ricontrolli a breve scadenza. È stato fatto uno studio più accurato di tutto l'impianto idrico per poter ragionare su strategie di intervento e di bonifi-

Tabella 1 - risultati dei dosaggi anticorpali

Controlli	Positivi (1:8) numero	Positivi (1:8) percentuale	Negativi numero	Negativi percentuale	Totali
1° controllo agosto/settembre	31	70.5	13	29.5	44
2°controllo ottobre	7	46	8	54	15

segue >>



ca arrivando a sperimentare un sistema di bonifica in continuo a base di sali d'argento.
L'intervento sanitario invece ha portato, in attesa di garanzie di bonifica, a dimettere dal reparto a rischio i pazienti immunodepressi, ad allontanare il medico che aveva contratto la legionellosi, ad informare i lavoratori sulla necessità di segnalare al medico competente anche minime alterazioni dello stato di salute compatibili con la patologia infettiva e alla ricerca dell'antigene specifico nelle urine dei lavoratori con disturbi. Tutti i risultati per fortuna sono stati negativi. Sono state comunque suggerite alcune modalità di comportamento, quali cercare di evitare schizzi di acqua, usare preferibilmente l'acqua fredda, evitare di fare docce calde.
Questo secondo "evento sentinella" ha ulteriormente sensibilizzatola Direzione aziendale sulla necessità di affrontare in maniera sistematica il problema. Perciò è in fase di costituzione un gruppo di lavoro formato dalle stesse figure professionali di quello precedente al quale sarà aggiunto un medico dell'U.O. Igiene e Sanità Pubblica.
A questo gruppo di lavoro verranno demandati i seguenti obbiettivi:

1. valutare e conoscere tutti gli impianti idrici dei presidi, le possibilità di modifica per una soluzione più definitiva del problema o per l'eventuale bonifica;
2. identificare i punti critici in cui fare i campionamenti periodici per tenere sotto controllo gli impianti idrici;
3. definire bene le procedure di campionamento
4. identificare e incaricare persone ben individuate per lo svolgimento di questa attività ;
5. formare le persone incaricate dei campionamenti anche sulle procedure di sicurezza oltre che su quelle di campionamento;
6. predisporre un programma informatizzato per tenere sotto controllo la situazione e documentarla (risultati dei campionamenti per punto di campionamento nel tempo);
7. definire una procedura di intervento per la protezione dei pazienti e dei lavoratori in caso di rischio accertato;
8. definire un programma analogo per le altre fonti di rischio: impianti di condizionamento, piscine, apparecchi biomedicali (ossigenatori, culle termiche, etc);
9. predisporre un programma generale per tutta l'Azienda per risolvere il problema alla fonte.

RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

La tematica del rischio legionellosi interessa sia il versante pazienti che quello lavoratori. Perciò, come per la maggior parte dei rischi in ambiente sanitario, la gestione e il controllo deve essere fatta congiuntamente dalla Direzione sanitaria, dal Servizio di Prevenzione e Protezione e dal medico competente, ognuno per la sua parte.
In particolare il medico competente deve essere informato della situazione di rischio esistente o ipotizzabile in base ai dati della sorveglianza ambientale ed ai dati epidemiologici.
Questo rischio deve essere inquadrato nell'ambito del rischio biologico e pertanto trattato con la stessa ottica. Diversamente da altri rischi quello biologico si presenta con le caratteristiche di un infortunio in quanto legato quasi sempre a una situazione imprevista, talvolta identificata a posteriori.
È pertanto importante poter fare una valutazione sulla probabilità dell'evento nella gestione della sorveglianza sanitaria.
Il coinvolgimento del medico competente deve poi avvenire in occasione di situazioni di inquinamento verificato, al fine di tenere sotto sorveglianza i lavoratori, informarli adeguatamente ed intervenire in caso di necessità per attivare controlli diagnostici, profilassi o terapia.
Un ruolo deve inoltre essere svolto nei confronti dei lavoratori che effettuano routinariamente i campionamenti e che devono essere adeguatamente protetti, informati dei rischi e delle procedure da seguire, degli eventuali disturbi in seguito ai quali consultare il medico competente.
La partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari che affrontano la tematica dai vari punti di vista è molto importante per il medico competente, che può così acquisire molte informazioni utili a sensibilizzare i lavoratori e a capire meglio l'origine e le modalità con cui si sono sviluppate certe patologie come pure la possibilità di escludere una causa lavorativa. ■

Dr. Letizia Sommani
Responsabile Servizio Medicina Preventiva- Medico competente e autorizzato, Azienda USL 10 di Firenze
Dr. Alessandro Mani
Medico competente e autorizzato Servizio Medicina Preventiva Azienda USL 10 di Firenze

BIBLIOGRAFIA

Documento 4. Aprile 2000: *Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi.* G.U. 103 5.5. 2000

La legionellosi - Manuale di epidemiologia, microbiologia e clinica. P. Benedetti, M. Castellani Pastoris, D. Greco. Istituto Superiore di Sanità ISTISAN 91/20 (ISSN 0391-1675)

The control of legionellosis including legionnaires' disease. Health & Safety Executuve 1991

The prevention or control of legionellosis (including legionnaires' disease). Health & Safety Executuve 1991

Legionella e legionellosi. M. Castellani Pastoris, P. Benedetti. Istituto Superiore di Sanità e Assessorato alla Sanità Regione Campana 1993

Guidelines for Prevention of Nosocomial Pneumonia. MMWR 46 (RR-1); 1-79 !.3.1997

The control of legionellosis in hot and cold water systems. Health & Safety Executive 1998

Le infezioni da legionella: aspetti microbiologici ed epidemiologici. Convegno Nazionale, Roma 1-2 giugno 2000

u.s.i.®

UNIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Dir. San. Dr. Fulvio Borzillo - PRATI - Via Orsini, 18 - M Lepanto - Tel. (06) 32495 (r.a.) - Fax. (06) 3214901

Dir. San. Dr. Gioacchino Calabrò
Eur-Palocco - Via C. Colombo Km. 20,200
Tel. (06) 5096241(r.a.) - Fax. (06) 50917367

Dir. San. D.ssa Mirella Farinelli
P.zza Bologna - Via Squarcialupo, 36
M Bologna
Tel. (06) 44290399(r.a.) - Fax. (06) 44233886

Dir. San. Dr. Michelangelo Di Stefano
P.zza VITTORIO - Via Machiavelli, 22
M P.zza VITTORIO
Tel. (06) 70453544(r.a.) - Fax. (06) 70453488

Dir. San. Dr. Antonio Plinio
P.zza BOLOGNA - Via Squarcialupo, 17/b
M Bologna
Tel. (06) 44290399(r.a.) - Fax. (06) 44233886

Dir. San. D.ssa Antonella Noschese
TIBURTINA - Via dei Durantini, 275
M Monti Tiburtini
Tel. (06) 4182081(r.a.) - Fax. (06) 4506374

Dir. San. Dr. Biagio Berrafato
EUR MARCONI - Viale G. Marconi, 139
M Eur Marconi
Tel. (06) 5560274r.a.) - Fax. (06) 5570311

MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE AMBIENTALE

ADEMPIMENTI DLgs 626/94 - Tel. 06/70453544 - Fax 06/70453488

- Allergologia
- Analisi Cliniche
- Andrologia
- Cardiologia
- Cardiologia Pediatrica
- Check-up
- Chiroterapia
- Chirurgia
- Densitometria ossea (DOC)
- Dermatologia
- Diabetologia
- Dietologia
- Doppler
- Eco Doppler
- Eco Doppler Color
- Ecografia
- Endocrinologia
- Fisioterapia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina del lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina estetica
- Medicina interna
- Medicina Legale
- Neurologia
- Oculistica
- Oncologia
- Ortopedia
- Ostetricia
- Otorino
- Pediatria
- Pneumologia
- Radioimmunologia
- Radiologia
- Risonanza Magnetica (RMN)
- Reumatologia
- Termografia
- Tomografia Comp. (Tac)
- Urologia

Screening clinico funzionale del rachide in una popolazione di facchini e magazzinieri a confronto con il gruppo di controllo proposto dalle linee guida del D.L. 626/94

INTRODUZIONE

Questo studio ha lo scopo di confrontare lo screening clinico funzionale del rachide in una popolazione maschile di facchini/magazzinieri con un gruppo di controllo proposto dalle Linee Guida per l'applicazione del D.L. 626/94 (2ª edizione, 1999).
Tale esigenza nasce dalla volontà del medico competente di ricercare eventuali eccessi di casi positivi, in un settore certamente a rischio ma spesso trascurato nel campo della prevenzione, seguendo le modalità ed i criteri proposti dalle Linee Guida.
La popolazione oggetto dello studio è composta da soci lavoratori di due cooperative genovesi di facchinaggio che offrono manodopera nella movimentazione, sia manuale che meccanica (carrelli elevatori, transpallet, ecc.), di svariate merci presso corrieri e magazzini.
Nell'ambito del documento di valutazione, non è stato possibile calcolare l'indice di rischio dei lavoratori interessati poiché esiste un turn over elevato, il mansionario, le sedi ed i turni di lavoro sono disomogenei, le caratteristiche dei colli movimentati non standardizzabili.

MATERIALI E METODI

I lavoratori sono visitati con cadenza annuale/biennale ed effettuano esami ematochimici e strumentali in presenza di ulteriori rischi (polveri, basse temperature, lavoro notturno) o eventuali approfondimenti diagnostici in casi selezionati (radiografia colonna, visita specialistica, ecc.).
In occasione della visita preventiva (36% del totale), oppure della visita medica periodica, è stata effettuata una valutazione funzionale del rachide, con compilazione della cartella proposta dalle Linee Guida, ed è stata redatta la valutazione clinica dell'apparato locomotore al fine di classificare il grado di SpondiloArtroPatia: SAP 1 (positività anamnestica), SAP 2 e SAP 3.
I lavoratori visitati sono stati n° 206 (Tabella 1), di cui n°155 (75,2%) con almeno 4 anni di rischio professionale, mentre il gruppo di controllo comprende più di 1400 lavoratori, poco o per nulla esposti al rischio movimentazione manuale carichi (p.406, Tabella 6, Linee Guida D.L. 626/94).

RISULTATI

Le "positività" comprendono n° 5 casi per il tratto cervicale (n° 4 SAP 1, n° 1 SAP 2), n° 1 per il dorsale (SAP 2) e n° 33 per il lombare (n° 22 SAP 1, n° 7 SAP 2 e n° 4 SAP 3): tra questi n° 2 casi di negatività anamnestica lombare, con obiettività SAP 2, sono stati considerati positivi (Tabella 1).
I dati a confronto con gli "attesi" delle Linee Guida, dimostrano un Rischio Relativo (RR) per il tratto cervico-dorsale compreso tra 0 e 1,1 e per il segmento lombosacrale tra 0,2 a 2,4 con un RR ponderato pari a 1,28 (Tabella 1). Gli episodi di "lombalgia acuta negli ultimi dodici mesi" (n° 10) evidenziano un RR = 2,2 ed un RA (Rischio Attribuibile) = 2,6% (Tabella 2).

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Il gruppo di esposti presenta una distribuzione difforme nelle classi di età, rispetto alla popolazione di controllo delle Linee Guida, perciò è stato calcolato il RR ponderato per ogni distretto (Tabella 1) con evidenza di un eccesso di casi positivi nel segmento lombosacrale (RRp = 1,28).
Tale dato diventa più significativo se si aggiungono l'effetto "lavoratore sano" (naturale autoselezione del personale), i cosiddetti "persi" al follow up (diminuzione del RR da 2,4 a 0,2 con l'aumento dell'età) e la relativa attendibilità dei lavoratori, predisposti a minimizzare i sintomi soprattutto in visita preventiva, nella valutazione clinica dell'apparato locomotore.
La maggior prevalenza di "lombalgie acute negli ultimi dodici mesi" rispetto agli attesi (RR = 2,2 in Tabella 2) ripropone il problema della tecnica adottata da molti lavoratori per il sollevamento dei carichi da terra (piegamento della schiena invece delle ginocchia) nonostante lo sforzo formativo.
I n° 2 casi di positività "obiettiva" con anamnesi negativa (Tabella 1), seppur limitati, suggeriscono l'effettuazione dell'esame clinico funzionale del rachide in ogni caso di esposizione al rischio.
L'eccesso di "positività lombari" e di "lombalgie acute" sollecitano un'azione preventiva mirata all'evento acuto ed all'incremento

Tabella 1

CLASSI ETÀ - N° - %	Positività Anamnest. Cervicale			Positività Anamnest. Dorsale			Positività Anamnest. Lombosacrale		
	OSSERV.	ATTESI	RR	OSSERV.	ATTESI	RR	OSSERV.	ATTESI	RR
16-25 aa - 43 - 20,5	3-2,3%	6-12%	0,2	0-0%	1-2%	0	6-13,9%	3-5,8%	2,4
26-35 aa - 89 - 42,4	0-0%	25-17,5%	0	0-0%	4-2,8%	0	16-18%	18-12,6%	1,4
36-45 aa - 52 - 24,8	1-1,9%	104-15,7%	0,1	0-0%	31-4,7%	0	*9-17,3%	175-26,5%	0,6
46-55 aa - 22 - 10,4	1-4,5%	126-22,7%	0,2	1-4,5%	22-4%	1,1	*2-9,1%	208-37,5%	0,2
RR ponderato	0,09			0,12			1,28		

** n° 2 casi di soglia anamnestica negativa con obiettività da SAP 2.*

quali-quantitativo della formazione dei lavoratori.
In attesa di approfondire interconnessioni tra quadri semeiotici e possibili patologie vertebrali, e di disporre di nuove tecniche strumentali, poco invasive e di basso costo, come auspicano le stesse Linee Guida, l'applicazione di questo modello rimane l'unica strada percorribile nello screening del medico competente per esposti al rischio "movimentazione manuale dei carichi".
Lavoro pubblicato sugli Atti del 64° Congresso SIMLII, Roma 15 - 16 ottobre 2001 ■

P. Santucci,
ANMA Liguria.

BIBLIOGRAFIA

SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO, Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Provincie Autonome, Linee guida per l'applicazione del D.L. 626/94, seconda edizione, Regione Emilia Romagna, AUSL Ravenna, 1999.

Tabella 2

PREVALENZA POSITIVITÀ ANAMNEST.	OSSERVATI	ATTESI	RISCHIO RELATIVO	RISCHIO ATTRIB.
LOMBALGIA ACUTA nell'ultimo anno	10-4.8%	31-2.2%	2.2	2,6%

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2002

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2002 al costo complessivo di € 52 (Lit. 100.000 - centomila).

già abbonato a "La Medicina del Lavoro" **Si** ☐ **No** ☐

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

trento, 25 e 26 gennaio 2002

Rischi nelle lavorazioni alpine del legno

In occasione di un seminario sui rischi connessi alla lavorazione del legno, è stato presentato un questionario che l'Organo di vigilanza intende distribuire ai medici competenti per valutare sperimentalmente alcuni "indicatori di qualità" del lavoro. Nell'ottica degli estensori del documento, questa iniziativa prelude ad altre forme di valutazione del lavoro del medico competente.

IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI DEL MEDICO COMPETENTE NEL COMPARTO LEGNO

Negli ultimi tempi si sono determinate condizioni favorevoli per l'avvio dell'accreditamento anche nel nostro Paese, come: l'esistenza di spazi normativi, di incentivazione e di polarizzazione delle iniziative e delle responsabilità, all'interno delle più recenti disposizioni di legge o decreti ministeriali (D.Lgs 502/92 - D.Lgs 517/93 - D.Lgs 229/99 - D.Lgs. 626/94 - DPR 14/01/97). Non sono sufficienti nuove norme, una diversa tipologia professionale di risorse e di personale: è necessario un cambiamento radicale nell'operatività dei servizi e, soprattutto, nel modo di renderli fruibili ed accettabili, con il minor disagio e la massima soddisfazione.
È sempre più evidente la richiesta da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori di attività dì prevenzione svolte da professionisti con alti livelli di qualità. D'altra parte anche tra i medici dei lavoro sta crescendo sempre più la volontà ad aderire a programmi volti ad ottenere il riconoscimento dell'attività professionale svolta.
L'accreditamento professionale, già attivo in altri Paesi, è una procedura che permette di raggiungere e riconoscere formalmente un determinato livello di competenza professionale, è dotato di flessibilità e consente la partecipazione degli stessi professionisti.
L'accreditamento conseguito può far accrescere l'impegno e la gratificazione professionale di tutti gli operatori della struttura valutata, che viene cosi messa in condizione vantaggiosa nella competizione con strutture analoghe, sia pubbliche che private.
Per accreditamento si intende ".... un processo che porta a verificare se il singolo professionista rispetta requisiti e/o standard di buona organizzazione".
A livello internazionale sono stati individuati quattro principali modelli di accreditamento (1):

1 INDUSTRIALE, basato su norme, in genere dettate da organismi internazionali di standardizzazione (ISO), le quali prevedono un controllo sistematico delle singole fasi di dei processo produttivo. In ambito sanitario il processo produttivo è rappresentato dall'insieme delle attività tecniche, strutturali e organizzativi che portano all'erogazione di una prestazione sanitaria. Il controllo dei processo avviene mediante una descrizione dettagliata di ogni attività che deve essere poi confrontata con specifici standard.

2 ANGLOSASSONE, si fonda su una valutazione promossa da agenzie di accreditamento sanitario, non collegate a Società Scientifiche e Professionali; è basato su programmi di valutazione specificamente studiati per la sanità. I verificatori, coloro i quali devono valutare l'attività delle strutture sanitarie o del professionista, vengono selezionati tra gli stessi professionisti si tratta quindi di una "valutazione tra pari".

3 ISTITUZIONALE, è il modello vigente in Italia: è rivolto a tutte le strutture e ai singoli professionisti che intendono operare all'interno o per conto del SSN. È obbligatorio e si basa sul D.Lgs. 229/99. li D.Lgs. 502/1992 per la prima volta introduce il concetto di qualità nell'assistenza sanitaria, il D.Lgs. 517/1993, delega alle Regioni la responsabilità dell'accreditamento. L'accreditamento nelle singole strutture o dei singoli servizi pubblici e privati, che vogliano esercitare attività sanitaria nell'ambito dei SSN, avviene secondo criteri definiti a livello nazionale. Tali criteri, chiamati requisiti minimi, sono stati in parte individuati dal DPR dei 14 gennaio 1997; alle Regioni rimane il compito di definire requisiti ulteriori per l'accreditamento. Il DL.vo 229/99 (decreto Bindi) rende obbligatoria per tutti gli operatori sanitari dipendenti dal SSN o che lavorano per conto dei SSN, la partecipazione a programmi di formazione continua, pena la perdita dell'accreditamento della struttura dove lavorano. Gli eventi formativi devono essere accreditati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), istituita dal Ministero della Sanità. Nel D.Lgs. 229/1999, inoltre, per tutte le strutture appartenenti o afferenti al SSN, vengono definiti tre differenti momenti che portano la struttura ad essere operativa e riconosciuta dal SSN:
- L'autorizzazione secondo i requisiti minimi descritti dal DPR del 1997;
- L'accreditamento concesso dalle Regioni in base a requisiti ulteriori
- Gli accordi tra struttura sanitaria e Regioni sull'erogazione dei servizi e loro remunerazione.

4 PROFESSIONALE, è un accreditamento volontario, basato su un'attività periodica di partecipazione documentata a programmi di formazione medica continua e sulla verifica dei rispetto di standard prefissati nello svolgimento dell'attività del singolo professionista. I criteri che vengono seguiti per portare il professionista all'accreditamento vengono emanati da Società Scientifiche ed Associazioni Professionali in accordo con i professionisti che di queste fanno parte e nelle quali si riconoscono dal punto di vista professionale, etico e scientifico. La verifica viene fatta da professionisti afferenti alle stesse Società Scientifiche, è quindi una verifica tra pari. Le motivazioni che portano ad attivare un programma di accreditamento professionale sono:

- La volontà dei singoli professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi;
- L'interesse delle Società Scientifiche ed Associazioni Professionali di promuovere iniziative che favoriscono la crescita culturale dei propri iscritti;
- La richiesta da parte degli utenti di competenza professionale qualitativamente elevate.

Tra gli elementi caratterizzanti sono da ricordare l'attività di autoregolamentazione del sistema, la volontarietà dell'adesione, il ruolo centrale delle società scientifiche e associazioni professionale, la definizione e revisione periodica dei criteri di buona qualità, la valutazione da parte del personale addestrato ad hoc, la periodicità della procedura e la formazione medica continua.

Le caratteristiche dell'attività esercitata dal medico dei lavoro sono tali da poter identi-

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI	REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI	REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI
Sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi	In tutti i locali devono essere di regola assicurante l'illuminazione e la ventilazione naturali	Carrello per la gestione dell'emergenza	Durante lo svolgimento delle attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio
Spazi per attesa, accettazione, attività amministrative	Impianto telefonico per utenti		Personale di numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta
Servizi igienici distinti per utenti e personale			Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa
Spazio/locali per deposito di materiale pulito			Le prestazioni effettuate devono essere registrate e correlate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente
Spazio/locali per deposito di materiale sporco			
Spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni			

ficare nel modello professionale quello che potrebbe essere prescelto perseguito per l'accreditamento.
La medicina dei lavoro può essere intesa come un sistema costituito da tre insiemi:
1 input - l'insieme delle richieste che attivano i successivi processi;
2 processi - attività regolate da procedure specifiche e da verificare nella loro efficacy-effectiveness;
3 output - miglioramento delle condizioni di lavoro e di salute

Il miglioramento dell'output "salute" è molto difficile da misurare ed è influenzato da molte variabili, spesso al di fuori dei controllo dei Servizio di Medicina dei Lavoro. Pertanto appare utile misurare anche la qualità dei processo accanto a quella dei prodotto di salute, ad esempio attraverso la misura della soddisfazione degli utenti.
Il continuo mutamento dello scenario lavorativo nel suo insieme (modificazioni dei cicli lavorativi, evoluzione tecnologica, organizzazione dei lavoro, flessibilità, nuovi rischi lavorativi) e conseguentemente le nuove conoscenze scientifiche rappresentano alcuni degli elementi caratteristici della medicina dei lavoro.
La complessità che caratterizza l'attività della medicina dei lavoro rende, quindi, necessaria una continua acquisizione di competenze aggiornate e l'applicazione di metodologie chiare ed uniformi.
Le diverse attività svolte dal medico competente possono essere valutate attraverso criteri ed indicatori, appartenenti a procedure che si concludono con l'accreditamento periodico. Il modello di accreditamento deve prevedere, quindi, l'uso di indicatori validati e condivisi dai professionisti, per la valutazione dell'attività dei medico dei lavoro. In concreto la rilevazione, la verifica e il controllo della qualità impegnata erogando prestazioni sanitarie fanno abitualmente ricorso a:
1 indicatori convenzionali e specifici per ogni tipo di prestazione fornita, circa andamento ed esiti, nonché su caratteristiche tecniche ed umane dei comportamento degli operatori.
2 procedure di autovalutazione e monitoraggio interno alla singola struttura e/o richiesta di "accreditamento".
Fra gli indicatori di risultato vanno posti alcuni che misurino la modifica dei rischi lavorativi, tale modifica (indicatori di prevenzione primaria) è di fatto condizione per la riduzione sia dei numero degli infortuni che delle malattie professionali.

L'attuale ricerca ha lo scopo di sperimentare alcuni indicatori utili per la valutazione dell'attività svolta dal medico competente. Tale valutazione, soprattutto in questa fase di sperimentazione, non andrà considerata come un'ispezione - pertanto non ha carattere punitivo - e rispetterà le caratteristiche della riservatezza.
È stato predisposto un questionario autosomministrato contenente alcuni indicatori per valutare l'attività dei medico competente presso le aziende dei comparto legno duro. Gli indicatori andranno a misurare alcune attività che, pur non rappresentando un vero e proprio obbligo di legge, sono conseguenti all'applicazione degli adempimenti cui il medico competente è tenuto a rispondere.
Il questionario verrà, quindi, analizzato dal gruppo di ricerca con lo scopo di verificare l'efficacia degli indicatori stessi.

STANDARD MINIMI PREVISTI DALLE NORME PER STRUTTURE SANITARIE (DPR 14/1/97)

Il concetto di qualità, sempre più presente nel settore sanitario in Italia, viene introdotto con il D.Lgs. 502/92 ed è ripreso nel D.Lgs. 517/93 che delega alle Regioni la responsabilità dell'accreditamento delle singole strutture e servizi sanitari.
I criteri da rispettare da parte delle strutture per ottenere l'accreditamento sono stati definiti a livello nazionale e sono individuati nel DPR 14/1/97. Esso indica i requisiti minimi relativi ad aspetti organizzativi: politica, obiettivi ed attività; struttura organizzativa; gestione delle risorse umane; gestione delle risorse tecnologiche; gestione, valutazione e miglioramento della qualità; linee guida e regolamenti interni; sistema informativo.
Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e il decreto rimanda al rispetto delle specifiche norme nazionali, regionali e locali.
Il DPR 14/1/97 specifica, infine, tutti gli standard minimi delle strutture, intra ed extraospedaliere, preposte alla erogazione di prestazioni sanitarie.
Riguardo ai servizi di medicina dei lavoro sono descritti i requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici, organizzativi delle a) strutture di assistenza specialistica ambulatoriale; b) dei servizi di medicina di laboratorio; c) delle attività di diagnostica per immagini; d) dei day-hospital.
A titolo esemplificativo si riportano i requisiti minimi relativi alle strutture di assistenza specialistica ambulatoriale. ■

B. Papaleo
Dipartimento di Medicina dei Lavoro
ISPESL - Roma
B. Saia
Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica - Università di Padova
A. Voipin
Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica - Università di Padova
A. Giovanazzi
APSS Trento

Quando sudi, sei affaticato e spossato!

MG.K VIS

MAGNESIO·POTASSIO

Una fonte di energia. Una risorsa per il tuo organismo.

MG.K VIS fornisce il giusto apporto di sali minerali, Magnesio e Potassio, per ripristinare l'equilibrio idrosalino. È particolarmente indicato negli squilibri della concentrazione salina fisiologica, dovuti ad una eccessiva sudorazione o a un'aumentata attività lavorativa fisica.

MG.K VIS contribuisce a ripristinare l'efficienza dell'organismo nei casi di ridotto apporto nutrizionale o di aumentato fabbisogno. E' quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

MG.K VIS grazie alla sua formula con Creatina aiuta infatti a rafforzare la capacità muscolare, a ritardare la comparsa della fatica e dello stress ed accelerare il recupero della forma fisica e mentale.

MG.K VIS un concentrato di benessere per il riequilibrio idrosalino-energetico del tuo organismo.

IN FARMACIA

Integratore dietetico di Sali Minerali con Creatina Dissetante-Energetico.

Decreto 25/2002: protezione da agenti chimici.

Pubblicato sulla GU, il decreto che modifica il D.Lgs. 626/94. Interessate da questa nuova norma tutte le aziende, anche non chimiche, nelle quali siano presenti sostanze pericolose.

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (n. 57 del 8-3-2002-Suppl. Ordinario n. 40) il decreto legislativo n.25 del 2 febbraio 2002 "Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro".
Il D.Lgs. 25/2002 modifica il D. Lgs. 626/94, introducendo nuove disposizioni sulla valutazione e gestione dei rischi per le aziende nelle quali siano presenti sul luogo di lavoro agenti chimici pericolosi.
Con il termine "agenti chimici pericolosi" si intendono sostanze pericolose ai sensi del decreto legislativo n. 52/1997, nonché gli agenti che corrispondono ai criteri di classificazione come sostanze pericolose di cui al predetto decreto; preparati pericolosi ai sensi del decreto legislativo n. 285/1998, nonché gli agenti che rispondono ai criteri di classificazione come preparati pericolosi di cui al predetto decreto; agenti chimici (ad esempio le sostanze "irritanti") che, pur non essendo classificabili come pericolosi, possono comportare un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori a causa di loro proprietà chimico-fisiche chimiche o tossicologiche e del modo in cui sono utilizzati o presenti sul luogo di lavoro, compresi gli agenti chimici cui e' stato assegnato un valore limite di esposizione professionale.
Sono esclusi le sostanze e i preparati pericolosi solo per l'ambiente.
Le nuove disposizioni varranno quindi anche per aziende non chimiche (quali ad esempio laboratori, ospedali, lavanderie, supermercati, attivita' galvaniche, tessili, meccaniche) nelle quali siano presenti le "sostanze pericolose".
Il decreto 25/2002, introducendo al titolo VII del decreto legislativo n. 626/94 il "Titolo VII-bis PROTEZIONE DA AGENTI CHIMICI", precisa che nella valutazione dei rischi, il datore di lavoro debba determinare preliminarmente l'eventuale presenza di agenti chimici pericolosi sul luogo di lavoro e valutare anche i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori derivanti dalla presenza di tali agenti.
Questa valutazione deve tenere conto in particolare: delle loro proprietà pericolose; delle informazioni sulla salute e sicurezza comunicate dal produttore o dal fornitore tramite la relativa scheda di sicurezza; del livello, del tipo e della durata dell'esposizione; delle circostanze in cui viene svolto il lavoro in presenza di tali agenti; dei valori limite di esposizione professionale o i valori limite biologici gli effetti delle misure preventive e protettive adottate o da adottare; se disponibili, delle conclusioni tratte da eventuali azioni di sorveglianza sanitaria gia' intraprese.
Nel caso di attività lavorative che comportino l'esposizione a piu' agenti chimici pericolosi, i rischi sono valutati in base al rischio che comporta la combinazione di tutti i suddetti agenti chimici.
Il datore di lavoro deve aggiornare periodicamente la valutazione e, comunque, in occasione di notevoli mutamenti che potrebbero averla resa superata ovvero quando i risultati della sorveglianza medica ne mostrino la necessità.
Il decreto 25/2002 precisa le misure che il datore di lavoro deve attuare per la prevenzione dei rischi derivanti dalla presenza dagli agenti chimici pericolosi.
Il provvedimento precisa sia i principi generali atti a eliminare o ridurre al minimo tali rischi, sia misure specifiche di protezione e di prevenzione da applicare nel caso sia superato un "rischio moderato per la sicurezza e la salute dei lavoratori".
I parametri per l'individuazione del "rischio moderato" dovranno essere stabiliti da un decreto ministeriale, che dovra' essere approvato entro tre mesi; in assenza di tale decreto la valutazione del rischio moderato "è comunque effettuata dal datore di lavoro".
Il decreto 25/2002 indica inoltre le disposizioni in caso di incidenti o di emergenze ed introduce nuovi obblighi riguardo alla sorveglianza sanitaria e all'informazione e alla formazione per i lavoratori.
Ad esempio ai lavoratori devono essere fornite adeguate formazione ed informazioni su precauzioni ed azioni adeguate da intraprendere per proteggere loro stessi ed altri lavoratori sul luogo di lavoro.
Le disposizioni del decreto 25/2002 devono essere applicate entro il 23 giugno 2002, cioè entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto, da parte di tutti i datori di lavoro che svolgono attività già in essere. In caso di nuove attività le prescrizioni del decreto devono essere applicate prima dell'inizio. ■

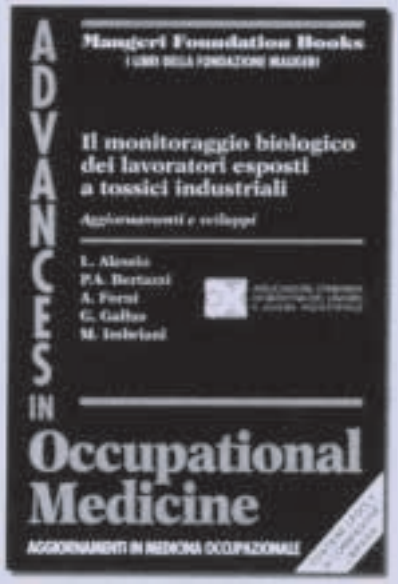
da leggere in poltrona

"Impagliatore di sedie" V. Van Gogh

Un tempo gli operai non erano servi: lavoravano.
Coltivavano un onore assoluto,
come si addice a un onore.
La gamba di una sedia doveva essere ben fatta.
Era naturale. Era inteso. Era un primato.
Non occorreva che fosse ben fatta per il salario
o in modo proporzionale al salario.
Non doveva essere ben fatta per il padrone,
né per gli imprenditori, né per i clienti del padrone.
Doveva essere ben fatta di per sé, in sé,
nella sua stessa natura.
Una tradizione venuta, risalita dal profondo della razza,
una storia, un assoluto, un onore esigevano
che quella gamba di sedia fosse ben fatta.
E ogni parte della sedia che non si vedeva era lavorata
con la medesima perfezione delle parti che si vedevano.
Secondo lo stesso principio delle cattedrali.
E sono solo io - io ormai così imbastardito -
a farla tanto lunga.
Per loro, in loro, non c'era allora neppure l'ombra
di una riflessione. Il lavoro stava lì, si lavorava bene.
Non si trattava di essere visti o di non essere visti.
Era il lavoro in sé che doveva essere ben fatto.

Charles Peguy

OFFERTA



Il Monitoraggio Biologico dei Lavoratori Esposti a Tossici Industriali

La nostra Associazione è lieta di informare i propri Associati che l'Editore del volume concede uno sconto del 40% sul prezzo di copertina (che è di Lit. 90.000) per un ordinativo minimo di 50 copie.

Chi fosse interessato è invitato ad inviare con sollecitudine la propria adesione alla nostra Segreteria via fax (02 72002182) o posta elettronica (maurilio@mclink.it), citando "offerta volume monitoraggio biologico".

Sarà nostra cura informare gli aderenti sul buon fine di questa nostra iniziativa e sulle modalità per acquistare il volume.

CONGRESSO ANMA 2002

Garanzia di qualità: nuova frontiera del medico competente

CENTRO CONGRESSI HOTEL LA FONTE - PORTONOVO DI ANCONA

20-22 giugno 2002

PRIMO ANNUNCIO

GIOVEDÌ 20 GIUGNO 2002

15,00 Iscrizione al Congresso

16,00 Inaugurazione del Congresso

16,15 ***Il D. Lgs. 25/2002 sulla esposizione ad agenti chimici modello di sviluppo della qualità del medico competente. Esempi da differenti comparti produttivi***

18,30 Saluto delle Autorità - Inaugurazione del Congresso

19,30 Buffet di benvenuto

VENERDÌ 21 GIUGNO 2002

9,00 ***La garanzia di qualità dell'operato del medico d'azienda competente***
- Modelli, strumenti di lavoro, linee guida
- Luci e ombre, problemi e prospettive

10,30 Break

11,00 Tavola rotonda:
Il medico d'azienda competente ed il sistema d'impresa. Un confronto tra il modello ANMA e le attese di clienti e fruitori
Partecipano rappresentanti di Associazioni dei Datori di lavoro, dei Lavoratori, Scientifiche e Professionali.

13,00 Intervallo

14,30 ***L'associazionismo come strumento di garanzia per il medico d'azienda competente e per la qualità del suo operato. Discussione e proposte***

16,00 Break

16,30 ***ASSEMBLEA ASSOCIATIVA: il futuro delll'ANMA***

19,30 Chiusura della giornata

21,00 Cena sociale

SABATO 22 GIUGNO

9,30 ***Il medico d'azienda competente e la sfida del lavoro innovato***
- Il ruolo del medico competente nel lavoro interinale. Linee guida ANMA
- Il lavoro notturno. Linea guida ANMA

10,30 Break

11,00 ***Il medico competente ed il territorio: esperienze della regione Marche***

12,30 Conclusioni

13,00 Chiusura del Congresso

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa
presso la Segreteria ANMA
tel. 02 86453978 - fax 02 72002182
e-mail: maurilio@mclink.it

CDI
centrodiagnosticoitaliano

TUTTI I SERVIZI DEL CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO

MEDICINA DEL LAVORO

• Consulenza per applicazione D.Lgs. 626/94
• Medicina del Lavoro direttamente in azienda con le speciali unità mobili
• Igiene Industriale e Ambientale • Corsi di Formazione e Informazione

CONSULENZA PER LE AZIENDE

• Consulenza per ottenere la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000
• Consulenza relativamente alla Microbiologia degli alimenti HACCP

OLTRE 500 TIPI DI ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO

L'unico scelto in Italia come laboratorio di riferimento dalla ***E.a.r.l.*** *(European Association of Reference Laboratories)* e il primo ad avere ottenuto la Certificazione di Qualità ISO 9002

MEDICINA PREVENTIVA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

CDI-Check: check-up personalizzato che fornisce una valutazione globale dello stato di salute, inquadrando in modo rapido e completo tutti i fattori di rischio e le eventuali patologie del soggetto in esame.
Si tratta di un programma originale messo a punto dal CDI, inimitabile per la completezza degli accertamenti e la complessità dell'organizzazione che ne consente lo svolgimento in una sola giornata.

CDI-Check Modulo Prevenzione: è un programma completo di accertamenti di medicina preventiva messo a punto in base all'esperienza del modulo iniziale del CDI Check.

DIAGNOSTICA DOMICILIARE A CASA E IN UFFICIO

• Visite Specialistiche • Ecografie • Radiografie e Prelievi • Esami Cardiologici con il servizio di Telemedicina

CHIRURGIA AMBULATORIALE

in " DAY SURGERY" senza ricovero interventi di: Chirurgia delle Ernie • Chirurgia delle Vene • Chirurgia Dermatologica • Chirurgia Ginecologica • Chirurgia Oculistica • Chirurgia Ortopedica • Chirurgia Plastica e Ricostruttiva • Chirurgia Proctologica • Chirurgia Senologica • Chirurgia Urologica • Chirurgia Orale, Parodontale e Implantologica • Odontoiatria in Narcosi

VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI DI OLTRE 50 SPECIALITÀ

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

• T.A.C. • N.M.R. • M.O.C. • Ecografie • Radiografie • Mammografie • Medicina Nucleare

CENTRI MULTIDISCIPLINARI

• Centro della Diplopia • Centro per il Mal di Schiena "SPINE CENTER" • Centro della Menopausa • Centro dell'Ipertensione • Centro Senologia • Centro della Tiroide • CPP Centro Psicopedagogico per le Difficoltà dell'Apprendimento • CDI-JUNIOR Servizio di Specialistica Pediatrica • Team Dietologico

CDI Centro Diagnostico Italiano

Sede Centrale
Via Saint Bon, 20
20147 Milano
Tel. **02.483171**

CDI/2-CDI/3
Largo Cairoli, 2
20121 Milano
Tel. **02.86463094/5/6/7**

CDI/4
Via Brusuglio, 55
20161 Milano
Tel. **02.6464976**

CDI/5
Viale Monza, 270
20128 Milano
Tel. **02.2551925/2579703**

Punto Prelievi
Via Vigevanese, 9
20094 Corsico
Tel. **02.4406148**

CD Centro Diagnostico

Via F.A. Pigafetta, 1 – 00154 Roma – Tel. **06.571071**

www.cdi.it