



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti



Il medico competente nell'Europa che cambia
Dibattito on-line sulla direttiva ISPELS "cartelle cliniche"
Divieto di fumo sui luoghi di lavoro: un aggiornamento

MEDISCOPIO[®]



Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce 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 _____

Al sensi dell'art. 10 della legge n. 30/96 la informiamo 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.

editoriale

NOTIZIARIO A.N.M.A.

N° 4/2002

Associazione Nazionale Medici
d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurizio, 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 Patané
Quintino Bardoscia - Azelio De Santa
Gianni Giglioli

Realizzazione grafica:

CUSL Nuova Vita Srl

Tipografia:

Società Cooperativa Tipografica Srl - 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, Armando Fiorilo, Francesco Gazzero, 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 Gazzero - 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 Talierno - Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma tel. 06 33261809 - 06 36868910 e-mail: s.talierno@rai.it

LIGURIA: Segr. Marco Saffone - Via A. Aonzo, 11/1 - 17100 Savona tel. 019 5224755 - 019 52244090

LOMBARDIA: Segr. Daniele Ditaranto c/o sede Via S. Maurizio, 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: pacicia@tin.it

TRENTINO ALTO ADIGE: Segr. Azelio De Santa c/o Progetto Salute - Via Milano, 118 Trento tel. 0461 912765 e-mail: desanta@progettosalute.it

UMBRIA: Segr. Anselmo Farabi - Via dei Cappuccinelli, 22 - 06100 Perugia tel. e fax 075 43436

TRIVENETO: Segr. Piero Patané - 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

PRATO: Dott. Andrea Gennai - Viale Monte Grappa, 97 - 50047 Prato (FI) tel. 0574 58082

Facciamoci promotori del nostro futuro professionale promuovendo l'anima

Leggiamo in questi giorni su fonti di informazione telematica allarmanti notizie sul nostro futuro.

Mi riferisco alle proposte di modifica del Decreto Legislativo 626/94 presentate dalla Confartigiano nel corso di un convegno sulla nuova disciplina di semplificazione e riassetto normativo, promosso a Sirmione il 5 aprile ultimo scorso.

Non mi addento nel merito della questione, poiché credo prematuro demonizzare o scagliare strali infuocati sugli aspetti gratificanti come il fatto che la valutazione del rischio è effettuata in collaborazione con il RSPP e con il medico competente nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria o che i datori di lavoro possono sottoporsi a un programma volontario di sorveglianza sanitaria concordato con il medico competente, o sentiti più demotivanti dal medico competente quali l'abrogazione dell'obbligo di sopralluogo o della collaborazione nel processo di informazione e formazione (ma non per gli aspetti connessi alla salute) o alla predisposizione del servizio di pronto soccorso.

Né dobbiamo confondere questo documento con il Disegno di legge N.776 del Senato della Repubblica "Interventi in materia di qualità della regolazione, riassetto normativo e codificazione - Legge di semplificazione 2001" d'iniziativa del Governo ed approvato dal Senato. L'articolo 3 del DDL 776, titolato "Riassetto normativo in tema di sicurezza del lavoro", delega il Governo ad adottare decreti legislativi per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori. Non si tratta, credo, della riscrittura del famoso Testo Unico, bensì di un meccanismo strutturale di riorganizzazione dell'assetto di progettazione, produzione e aggiornamento normativo e degli enti attualmente preposti al loro governo. Il documento di Confartigiano dedica ampio spazio a questo aspetto descrivendo in dettaglio la istituzione della ANS - Agenzia Nazionale per la Sicurezza e la Salute sul Luogo di Lavoro.

Vorrei quindi rassicurare tutti noi sul futuro del nostro ruolo che non mi sembra compromesso anche da una ipotesi di lavoro quale quella presentata da Confartigiano, fra l'altro tutta da discutere. Non siamo di fronte ad un secondo articolo 1.bis!!!

Vorrei anche rassicurare tutti i nostri Associati che siamo vigili e attenti, pur nel limite delle nostre capacità e possibilità. La nostra Associazione ha maturato una sua visibilità e una cordiale collaborazione con enti ed istituzioni. Le responsabilità e gli oneri anche in termini di disponibilità temporale che alcuni di noi hanno assunto in CIIP, quali ad esempio la presenza nel gruppo normazione e nel COPIT, garantiscono un aggiornamento costante e la possibilità di partecipare e guidare, per quanto possibile, il processo di aggiornamento normativo. La politica dell'ANMA è il lavoro di gruppo, il confronto, la disponibilità alla trattativa in coerenza ai principi fondamentali della nostra disciplina.

Un passo del documento di Confartigiano relativo alla abrogazione dell'obbligo di sopralluogo da parte del medico competente e della rivisitazione dell'art. 11 mi ha particolarmente colpito. Si dice che l'obbligo di tale visita si è rivelato norma accessoria disapplicata ed inutile, ridotta ad un adempimento puramente formale soprattutto nelle piccole imprese, talora impossibile da realizzare per la indisponibilità delle figure preposte, compreso il medico competente. Per dirla tutta sappiamo che ciò corrisponde a verità, almeno in parte.

Credo però che il nostro impegno per il breve futuro sia quello di testimoniare la qualità delle nostre prestazioni, il significato autentico della nostra mission, che non dovrà né potrà essere solo misurata dal costo che rappresentiamo o dai benefici personali che ne vogliamo trarre.

L'ANMA sta organizzando un percorso ECM per i propri Associati e si sta attrezzando per essere provider ECM accreditato.

L'ANMA ha un futuro se il medico d'azienda competente che rappresenta è autentica testimonianza di qualità professionale. Ne abbiamo discusso nei nostri congressi dal 1999.

L'ANMA ha un futuro se i suoi Associati sono autentici promotori dell'Associazione.

Ne potremo discutere a Viterbo il prossimo 6 giugno.

Il Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

a nervo scoperto

Il medico competente nell'Europa che cambia

pag. 5

contributi

Considerazioni sull'assorbimento transcutaneo dei tossici industriali

pag. 13

normative

Vibrazioni meccaniche: la direttiva europea 2002/44/CE

in via di recepimento. Molti nodi da sciogliere entro il 6 luglio 2005

pag. 14

novità legislative

Tutela della Salute e della Sicurezza in edilizia. Linee guida regione Lombardia

pag. 15

ultime dalla rete

lettera del presidente

pag. 17

direttrici on line

Attività ISPELS relativa alla modalità di trasmissione delle cartelle sanitarie

pag. 21

contributi

Divieto di fumo sui luoghi di lavoro: un aggiornamento

pag. 22

esperienze e materiali di lavoro

Lo stress legato all'attività lavorativa, "sale della vita o veleno mortale?":

una esperienza

pag. 24

Esposizione quotidiana ed esposizione cumulativa:

considerazioni sull'esposizione a silice cristallina

pag. 27

Esposizioni a porfido e quarzo nel comparto porfido.

Valutazioni statistiche e tendenze negli anni 1995-2002

pag. 32

è successo a...

Roma. Convegno sulla promozione della qualità

nella Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori

pag. 34

da leggere in poltrona

Osservare è meno facile che ragionare

pag. 38

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

sommario

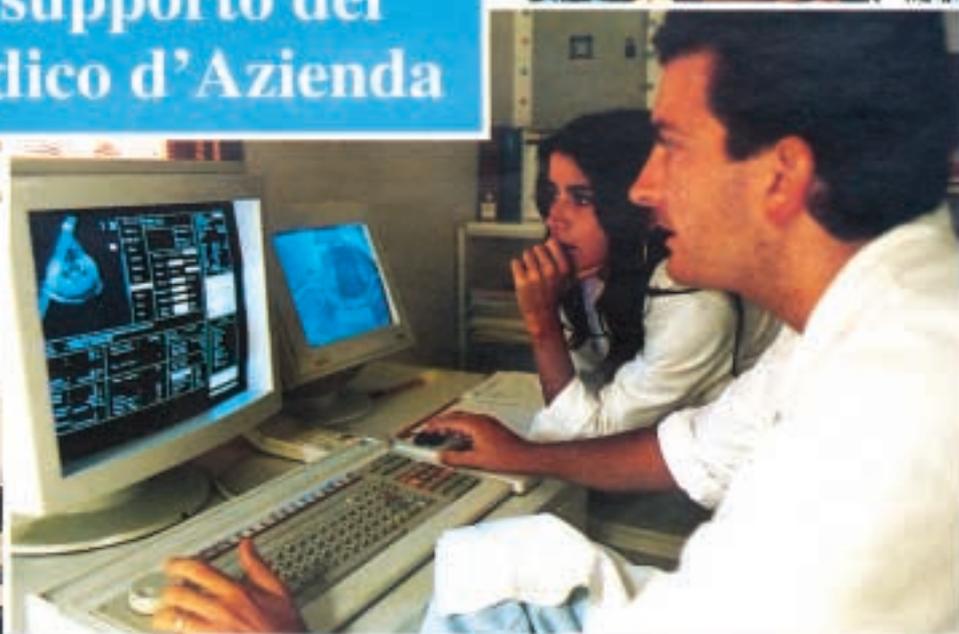
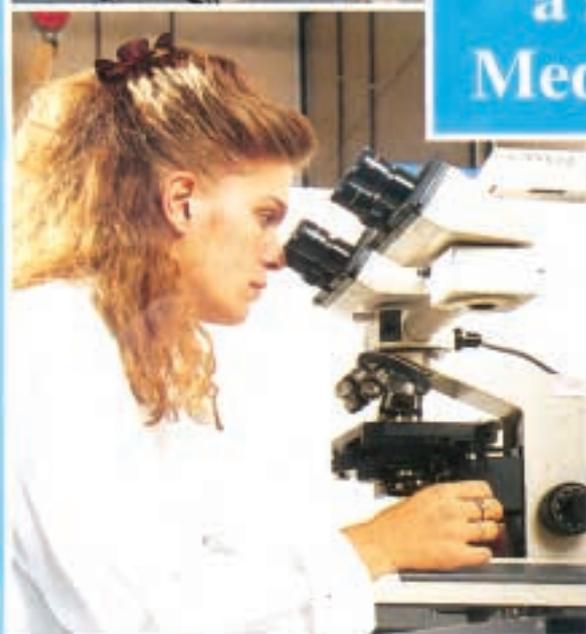


H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



**Il San Raffaele
a supporto del
Medico d'Azienda**



**LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI**

H SAN RAFFAELE RESNATI S.P.A.

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

VIA SANTA CROCE 10/A - TEL. 02/58187512 - FAX 02/8321645

PER INFORMAZIONI: SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO - TEL. 02/26432099



Il Medico Competente nell'Europa che cambia

PREMESSA

Le figure dello specialista in Medicina del Lavoro e del Medico Competente d'Azienda presentano ancora oggi notevoli differenze nei vari Stati membri dell'Unione Europea, dato che la Medicina del Lavoro così come l'attività del Medico del lavoro presentano aspetti assai diversi non solo in Europa, ma anche nei vari paesi del mondo, poiché fortemente influenzati dalle caratteristiche socio-economiche nonché culturali dei differenti contesti (Muzi G. et Al, 2000). In gran parte dell'area della Unione Europea, come nell'Europa dell'Est, Stati Uniti d'America e Canada, esiste una tradizione pluriennale di medicina del lavoro che è influenzata dalla scuola di medicina di origine anglofona, oltre che dal contesto socio-economico come prima accennato.

Ne deriva che l'insegnamento della Medicina del Lavoro in Europa, e ancor più nel mondo, è ancora oggi confinato a poche università e spesso inserito nell'ambito della medicina sociale, tanto che non esiste in molti Stati una definita figura di specialista, e che la figura del "medico competente", così come definita dai decreti legislativi 277/91 e 626/94, risulta unica nello scenario europeo e mondiale.

In questa relazione cercherò di evidenziare sinteticamente le attinenze e le discordanze tra la figura dell'*Occupational Physician*, il medico d'azienda dei vari Paesi membri dell'Unione Europea, e quella del nostro Medico Competente. Lo stato di at-

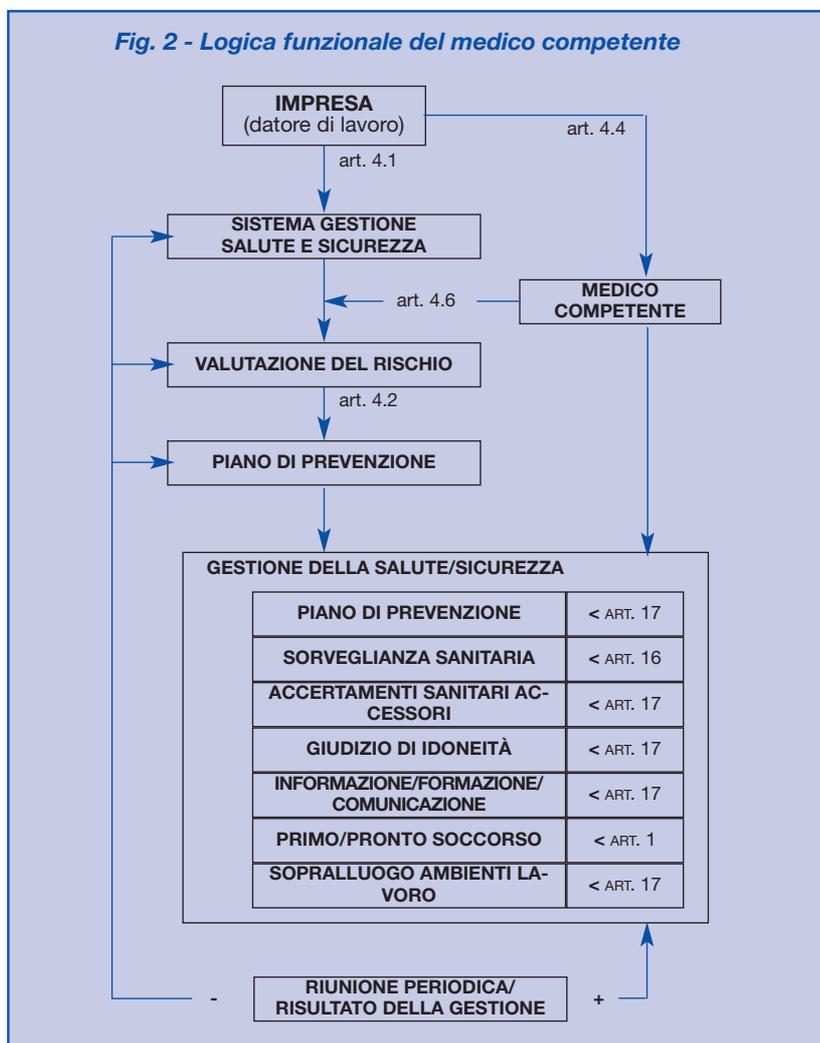


Figura 1: *European Charter of Occupational Medicine edited by ENSOP, 1998.*

E.N.S.O.P - Carta Europea della Medicina Occupazionale (1998)

1. **La medicina occupazionale** è una specialità medica che poggia su basi scientifiche la cui missione è la protezione e la promozione della salute dei lavoratori sul lavoro. Questa disciplina si occupa degli effetti del lavoro sulla salute e degli effetti dello stato di salute sulla capacità al lavoro;
2. **L'Occupational Physician** è un medico qualificato in medicina occupazionale in accordo con la normativa europea e con le prassi nazionali;
3. **L'Occupational Physician esercita la medicina occupazionale** in "a wide range of other settings", ovvero nelle forme organizzative più varie, svolgendo la propria attività nei servizi sanitari aziendali, o in servizi multi-societari, così come in ogni altra forma ammessa dall'etica professionale e dalle prassi nazionali. I servizi sono "servizi preventivi" nella logica stabilita dalla unione europea;
4. **L'Occupational Physician** ha un ruolo di "advisory towards employers and employees", cioè un ruolo di consigliere del datore di lavoro e del lavoratore, poiché ha un rapporto stretto in un team multi-disciplinare composto da "occupational health nurses", professionisti della sicurezza, ergonomi, igienisti industriali e gli altri tecnici del sistema di prevenzione. I medici "giocano" un ruolo di consulenza nei comitati sulla salute e sulla sicurezza;
5. **L'Occupational Physician pratica la medicina occupazionale attenendosi al dettato del codice etico nazionale ed ai principi del codice degli "occupational health professionals" dell'icoh;**
6. **L'Occupational Physician esegue le attività di sorveglianza sanitaria seguendo le disposizioni della regolamentazione comunitaria;**
7. **L'Occupational Physician assieme alle loro società nazionali si adoperano per interagire costruttivamente e proattivamente con gli enti di regolamentazione nazionali e, attraverso l'ensop, con quelli europei, per lo sviluppo delle nuove normative e per l'adeguamento di quelle esistenti;**
8. **L'Occupational Physician** adotta alti standard qualitativi partecipando allo sviluppo degli stessi. Egli mantiene aggiornata la propria competenza e formazione professionale ed esegue o partecipa ad attività di ricerca scientifica;
9. A fronte di principi informatori comuni, la pratica della medicina occupazionale varia tra gli Stati della UE sia per differenze nella normativa in campo di sicurezza sociale e salute, sia per il ruolo richiesto al medico;
10. **Componenti essenziali dei programmi/attività di medicina occupazionale sono:**
 - a. **partecipazione alla valutazione del rischio ed alla sua gestione nei luoghi di lavoro che è pietra miliare della medicina occupazionale e dell'occupational physician;**
 - b. valutazione medica del lavoratore prima di essere adibito ad una attività, periodicamente, al rientro da un periodo di assenza e quando il lavoratore lo richieda a causa di problemi di salute correlati all'attività lavorativa;
 - c. diagnosi, certificazione ed assistenza nel trattamento dell'infortunio e della malattia professionale, riabilitazione inclusa;
 - d. prestare trattamenti di Emergenza/primo soccorso in caso di infortunio o malattia;
 - e. assistenza nei percorsi formativi dei lavoratori sui pericoli presenti nel luogo di lavoro e sulla prevenzione del rischio;
 - f. assistenza nello sviluppo di programmi per l'uso dei DPI;
 - g. ispezione, analisi e riduzione/eliminazione dei pericoli presenti sul luogo di lavoro, attraverso interventi di igiene industriale e di ergonomia;
 - h. valutazione tossicologica degli agenti chimici presenti nell'ambiente di lavoro;
 - i. studi epidemiologici e attività biostatistica;
 - j. tenuta e aggiornamento della documentazione sanitaria;
 - k. programma di vaccinazione/profilassi;
 - l. pianificazione, per quanto di competenza, dei piani di emergenza per la protezione delle maestranze e della popolazione in generale;
 - m. assistenza riabilitativa per facilitare il reinserimento al lavoro;
 - n. verifica periodica dei programmi di medicina occupazionale;
11. **Componenti elettive dei programmi/attività di medicina occupazionale sono:**
 - a. Trattamenti terapeutici (non di emergenza) per favorire la prosecuzione dell'attività lavorativa;
 - b. Provvedere alle terapie prescritte al lavoratore dal proprio medico curante;
 - c. Educazione alla salute e consulenza;
 - d. Controllo sanitario pre-pensionamento e dimissioni;
 - e. Consulenza sulla qualità dei benefit per la salute;
 - f. Partecipazione a gruppi di ricerca.

Fig. 2 - Logica funzionale del medico competente



tuazione della direttiva quadro europea 89/391/EEC e delle direttive particolari (o figlie); i percorsi e le tendenze delle attività di formazione e di aggiornamento in Medicina del Lavoro nei vari Stati europei; l'evoluzione dell'organizzazione del lavoro in una Europa che cambia sotto la spinta della globalizzazione, sono i parametri presi in esame per tracciare questo percorso.

LA FIGURA DEL MEDICO AZIENDALE

La posizione delle associazioni nazionali degli "Occupational Physician"

L'E.N.S.O.P - European Network of Society of Occupational Physicians -, nato a Bruxelles il 12 giugno 1998, su proposta dell'ICOH (Conferenza di Stoccolma, settembre 1996), quale rete associativa delle Associazioni Nazionali Europee dei Medici del Lavoro Aziendali e di cui l'ANMA è socio fondatore, ha pubblicato nella "Carta Europea della Medicina Occupazionale" la posizione condivisa delle Società Nazionali. Il documento si sviluppa in 11 punti che dettagliano il ruolo, i compiti e le responsabili-

tà dell'Occupational Physician. (Figura 1)

Si sottolineano alcune affermazioni:

- gli associati devono essere medici qualificati nella disciplina;
- essi possono "praticare" la loro attività in "a wide range of other settings", ovvero nelle forme più varie, svolgendo la propria attività nei servizi sanitari aziendali, o in servizi multi-societari, come in ogni altra forma ammessa dall'etica professionale e dalle prassi nazionali;
- l'Occupational Physician ha un ruolo di "advisory towards employers and employees", cioè un ruolo di consigliere del datore di lavoro e del lavoratore. Egli lavora in un team multi-disciplinare composto da "occupational health nurses", professionisti della sicurezza, ergonomi, igienisti industriali e gli altri tecnici del sistema di prevenzione. I medici "giocano" un ruolo di consulenza nei comitati sulla salute e sulla sicurezza;
- l'Occupational Physician adotta alti standard qualitativi partecipando allo sviluppo degli stessi e cura il proprio aggiornamento professionale.

I punti 10 e 11 della Carta elencano gli elementi essenziali ed elettivi del-

l'attività dell'Occupational Physician che, come leggiamo, sono familiari in linea di principio anche noi "Medici Competenti", pur osservando alcune differenze anche significative.

Le attinenze con la funzione e i compiti affidati ad un nostro servizio sanitario aziendale già precedentemente alla trasposizione in Italia del D.Lgs. 626/94 sono notevoli, come indica la tabella 2 che riassume quanto pubblicato nel 1987 dal Gruppo Permanente di lavoro dei Medici Aziendali (Sassi C. et Al.) su "funzioni ed organizzazione dei servizi aziendali di prevenzione", dove si dettagliano funzione e compiti di un sistema multidisciplinare, preconizzando di fatto l'articolo 7 della direttiva 391: il "servizio sanitario aziendale", il "servizio tecnico di sicurezza", il "servizio aziendale di igiene industriale e protezione ecologica", l'"ergonomia aziendale del lavoro".

Il documento rappresenta l'aggiornamento di una prima elaborazione del 1982 che aveva a sua volta alimentato la proposta che la SIMLII presentò al suo 47° Congresso tenutosi ad Assisi nel 1984.

Va precisato che l'elaborato del gruppo di lavoro (Sassi C. et Al., 1987) si ispirava alla Convenzione n. 161 dell'ILO del 1985 che attribuisce ai servizi di medicina del lavoro la mission:

- identificare e valutare i rischi per la salute nei luoghi di lavoro;
- controllare i fattori di rischio che possono avere effetti sulla salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro e durante le attività;
- dare consulenza sulla pianificazione ed organizzazione del lavoro, comprese le caratteristiche degli ambienti, la scelta e manutenzione delle macchine, le attrezzature e i prodotti utilizzati nel lavoro;
- partecipare allo sviluppo di programmi per il miglioramento dei processi lavorativi, come test e valutazioni del rischio per la salute di nuove apparecchiature, processi, ecc;
- dare consulenza sui rischi per la salute, sicurezza e igiene del lavoro, sull'ergonomia e sui dispositivi di protezione collettiva ed individuale;
- praticare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori in relazione ai fattori di rischio lavorativo;
- promuovere il concetto di adattamento del lavoro al lavoratore;
- contribuire alle misure di riabilitazione professionale;
- collaborare alle attività di informazione e formazione sui rischi per la salute, sull'igiene e sull'ergonomia;
- organizzare le misure di primo soccorso ed emergenza;
- partecipare all'analisi degli infortuni

... sul lavoro e delle malattie professionali.

Gli obiettivi del servizio sanitario aziendale e del medico competente si compendiano in:

- promuovere un ambiente di lavoro sano e sicuro;
- promuovere la riduzione dell'incidenza delle malattie correlate al lavoro e degli infortuni;
- promuovere l'innalzamento del livello di salute nelle comunità lavorative.

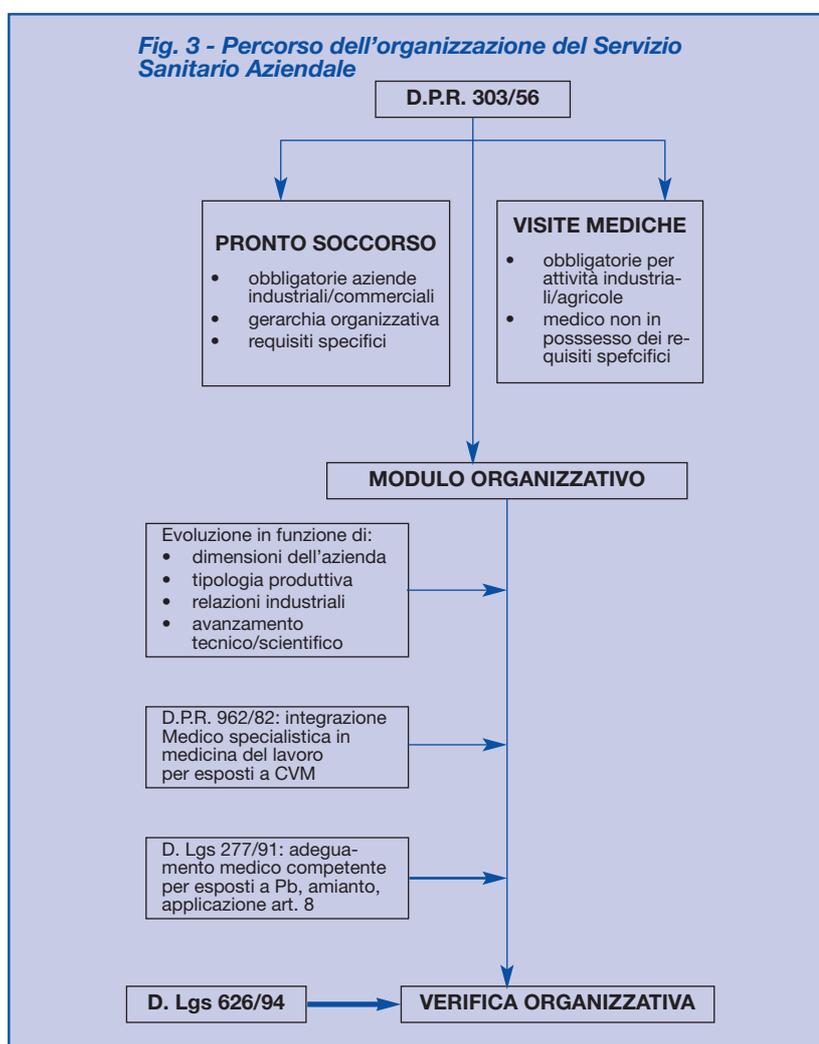
IL CONCETTO DI SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE DI PREVENZIONE

Questa logica ha guidato la maturazione e la trasformazione della prevenzione e tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sul lavoro nella Comunità Europea, sviluppando il modello organizzativo del servizio aziendale di prevenzione come definito dalla direttiva quadro 391/89. Nel nostro Paese il D.Lgs. 626/94 ha concluso il lungo percorso di riorganizzazione dei servizi aziendali di prevenzione che aveva avuto inizio con la legge 833/68 di riforma del sistema sanitario nazionale.

Questo è dunque il modello di sviluppo della medicina aziendale nella Unione Europea, il cui stato di attuazione nei vari Stati membri presenta tempistiche differenziate e risente ancora di forti connotati locali.

Nel 1997 il *Danish Working Environmental Service* su mandato dell'Unione Europea ha condotto un censimento della situazione organizzativa dei "servizi multidisciplinari aziendali di Medicina del lavoro e di Sicurezza" nei vari Paesi ad essa aderenti.

La tabella (Tb.1) sottostante, che ne sintetizza il risultato, evidenzia come



l'*Occupational Physician* sia una costante in tutti gli Stati della Unione Europea. Lo studio evidenzia altresì come sono variegati tra Stato e Stato le componenti professionali che formano il team del servizio aziendale di prevenzione.

Il Medico Competente si muove nel

nostro sistema di prevenzione nella logica funzionale illustrata in figura 2. Il rapporto di Dotan H. e van Waarden F. su "Occupational Health and Safety in the UE Member States" edito nel 2002, conferma quanto il processo di armonizzazione lanciato dalla direttiva 89/391/EEC sia lungo,

Tab: 1 Multidisciplinary Services in Occupational Health & Safety in the European Union. A status review of the implementation of article 7 of the Framework Directive 391/89 in the EU member states, with special emphasis on multidisciplinary services.

COMPOSITION OF STAFF (1)	A	B	DK	FIN	F	D	IRL	I	L	NL	P	S	UK	E(2)
Physicians	100	700	20	1532	+(3)	12000	+	+		1265	+	950	+	
Nurses	17	750	38	1925			+	+	+	400	+	1900	+	
Safety engineers			96	+	+	+	+	+		280	+	950		
Occupational hygienists			133	+	+		+	+		200			+	
Laboratory technicians	6		22	+	+	+	+	+		60				
Occupational psychologist	+		43	127	+		+	+		240		450	+	
Physio or occupational therapists	13		176	405	+		+	+		470	+	750	+	
Ergonomists		+		+	+		+	+		25	+	550		
Clerical staff	+	+	243	+		+	+	+		200	+	1250		
Managers	+	600	107	+	+(4)	+				+		200		
Economist	+													
Computer experts	+													
Social workers	+	730												

1) When stated, average number is given; 2) Question not answered; 3) In voluntary services only physician; 4) The manager is always a physician.

Tab. 2: Stato di trasposizione della Direttiva 391/89

STATO MEMBRO Legislazione in cui la direttiva è stata trasposta	ANNO INIZIALE TRASPOSIZIONE	AGGIORNAMENTI
AUSTRIA Federal law for Occupational Health and Safety at Work (AschG)	1994	1999
BELGIO General Regulations for Occupational Safety and Health (ARAB, 1945)	1992	1996
DANIMARCA Working Environmental Act (1975)	1992	1997 - Occupational Health and Safety Act
FINLANDIA Occupational Safety and Health Act (1958) Occupational health Act (1978)	1993	
FRANCIA Prevention of Occupational Risk Act (1991)	1992	1995
GERMANIA Occupational Safety Act (1974)	1996	
GRECIA Presidential Decree 17/96	1996	1999
IRLANDA Safety, Health and Welfare at Work Act (SHWW, 1989)	1989	1993, 2001
ITALIA Decreto Legislativo 626/94	1994	1996 (242), 2000 (66)
LUSSEMBURGO The law of June 17, 1994	1994	
PORTOGALLO Decree 441/91	1991	1999
SPAGNA Prevention of Risks at the Work (LPRL, 1995)	1995	1997 - Regulation for Preventive Services
SVEZIA Amendments of the Swedish Work Environmental Act	1995 (anno di ingresso in UE)	1996, 2001 Systematic Work Environment Management
UNITED KINGDOM Health and Safety Act (1974) Management of Health and Safety at Work Regulations (MHSWR, 1992)	1992-1993	1999 (MHSWR; Statutory Instruments "six pack")

ancorato e rispettoso delle esigenze e della cultura nazionale.

Alcuni indicatori testimoniano quanto prima detto: ad esempio la tempistica della trasposizione della direttiva 391/89 nei sistemi nazionali e i modelli organizzativi dei servizi di prevenzione organizzati ai sensi dell'art. 7 della citata direttiva.

L'anno di trasposizione della 89/391 nel sistema nazionale di ogni Stato membro ne è un primo indicatore, come dettaglia la tabella n. 3.

Come si osserva alcuni Stati membri dell'Unione Europea hanno trasposto la direttiva nel rispettivo sistema nazionale in tempi rapidi (Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Portogallo e UK); altri nel 1994 come Austria, Italia e Lussemburgo ed altri successivamente (Germania e Grecia 1996).

ESEMPI DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

La differente organizzazione dei servizi di prevenzione (*Occupational Health and Safety Services -OHS*) tra gli Stati membri dell'Unione Europea, ed in particolare del contesto sociale e culturale in cui si sviluppa ruolo, attività e responsabilità dell'*Occupational Physician*, è un secondo e decisivo indicatore che testimonia quanto

sia lento il progredire del processo di armonizzazione.

Il sistema olandese rappresenta un primo paradigma su cui impostare un esercizio di *benchmarking* sullo stato di attuazione e di armonizzazione della politica di tutela e sicurezza sul lavoro negli Stati della Unione Europea.

Il modello olandese

Il modello olandese, come da figura 4, è un esempio organico di gestione della salute e della sicurezza mediante un team polispecialistico.

Questo modello ci aiuta a collocare in due distinti blocchi di insieme le competenze del medico nel sistema di prevenzione aziendale:

1. un primo insieme, rappresentato da Austria, Belgio, Francia, Grecia, Italia, Spagna, dove prevale la cultura della *Health*. La figura del "medico aziendale competente" assume maggior rilievo, tanto è vero che è obbligatoria (*mandatory*);
2. un secondo insieme, rappresentato prevalentemente da Paesi nord-europei quali Danimarca, Finlandia, Irlanda, Svezia, UK e da Germania, dove prevale la cultura della *Safety*. Qui la figura del medico non è obbligatoria, non ha valenza specialistica ed è meno coinvolta sul fronte della valutazione del ri-

schio che è appannaggio dei cosiddetti "*health professionals*", generalmente igienisti industriali.

Le figure che seguono illustrano alcuni esempi:



Austria

- OHS= preventive services (PS)
- includes safety physician & safety engineer
- PS are private
- Company can decide whether to have an OHS, not obliged !
- OHS can be external or internal
- External have to be approved by the central labor inspection
- Employer, under certain conditions, can be the OHS

Fig. 4 Il modello olandese

Il medico "Competente in Europa" l'esempio dell'Olanda

- 1600 "Occupational Health Physicians" certificati/registratori
 - 420 "Occupational Health Physicians" in formazione
- Popolazione al lavoro: circa 1,5 milioni. Rapporto 1:750

REQUISITI PROFESSIONALI E PERCORSO FORMATIVO PER LA QUALIFICAZIONE

- 4 anni di training specialistico da effettuare sotto il coordinamento di una università medica, dopo il corso legale, consistente in:
 1. frequenza di un servizio di "Occupational Health (OH)";
 2. partecipazione 1 giorno/settimana a lezioni/workshops presso un Istituto Scientifico di Occupational Health;
 3. periodo di training di 13 settimane presso servizi di Occupational Health di aziende, compagnie assicurative, enti statali e di regolamentazione;
 4. discussione di una tesi su argomento di medicina del lavoro.
- Rinnovo della registrazione:
 - ogni 5 anni;
 - condizioni:
 1. aver svolto effettivamente l'attività di "Occupational Health Physicians" per almeno 8 ore la settimana nei precedenti 5 anni;
 2. aver partecipato attivamente a corsi di aggiornamento riconosciuti per almeno 40 ore/anno.

I SERVIZI DI "OCCUPATIONAL HEALTH (OH)"

- Regolamentazione:
 1. le attività di Occupational Health e la organizzazione del servizio che regola questa attività sono regolamentate dalla legge;
 2. ogni datore di lavoro ha l'obbligo di organizzare un servizio di OH per i propri dipendenti;
 3. l'organizzazione ed il contenuto delle prestazioni sono descritte dalla legge (ARBO);
 4. un servizio di OH deve obbligatoriamente erogare le seguenti prestazioni:
 - gestione dell'assenteismo per malattia,
 - attività di sorveglianza sanitaria,
 - identificazione e valutazione dei rischi,
 - attività di consultazione.

CARATTERISTICHE DEI SERVIZI DI "OCCUPATIONAL HEALTH (OH)"

- Requisiti:

i Servizi OH sono costituiti obbligatoriamente da 4 figure specialistiche:

 1. igienista industriale
 2. esperto di personale ed organizzazione
 3. esperto di safety (sicurezza)
 4. Occupational Physician.
- Organizzazione:
 1. servizi intra/inter-aziendali (di solito nelle grandi aziende). Il medico è in questo caso generalmente un dipendente;
 2. strutture private di servizio. In questo caso il medico agisce in associazione con altri professionisti o come libero professionista.

- <50 employees: safety physician + safety engineer (for a # hours per year)
- >50 employees: yearly inspections
- >10 employees: inspection every two years
- AUVVA: provides free inspections, advice, information, material (to companies up to 50 employees)

Belgium

- Have to have an internal OHS; all costs paid by employer
- External OHS provide complementary skills to the internal OHS
- External OHS: when no internal skills
- External OHS:

- 1) risk management prevention division (focus on safety)
 - 2) medical surveillance division (focus on medicine, hygiene)
- Any OHS:
 - at least one health physician
 - nurse or social worker
 - staff must be qualified
 - >20 workers: employer can be the 'safety advisor' but need external OHS

Denmark

- Under the new 2001 amendment of the Working Environment Act, all trades and enterprises are required to establish a OHS before the year 2005

- The Ministry of Labor, when necessary, can require certain enterprises to have an OHS

Finland

- Finnish OHS equivalent are the Health Care Services (OHC)
- All companies: Occupational Health Care Service (OHC)
- The employer is responsible to organize and finance the OHC, He can:
 - Use a health care center
 - Organize the required service alone internally or with other employers
 - He may obtain the required service from another external institution or person entitled to provide occupational health care
- All OHC Must consist of qualified personnel with the appropriate training and provide the Required services
- The chosen OHC must be reported to the Municipal Health Care Board
- OHC are inspected by national, municipal & provincial health authorities

Germany

- Not required
- Some Companies consult external OHS or have their own
- OHS: has to have a medical + safety specialist

Sweden

- OHS are not compulsory
- The new ordinance only forces an employer to get advice from an OHS if he lacks the competence internally
- The employer can decide with type of OHS he would like to have (internal/external)
- No direct sanctions of not having the required OHS

Uk

- No law speaks particularly of an OHS requirement
- 'A competent Authority' such as the OHSE and other Medical Advisory Services can be approached for assistance but it is not a requirement
- Preventive services are voluntary

Il modello francese

Il sistema francese rappresenta un secondo paradigma centrato sulla gestione organica della medicina occupazionale e delle attività del medico aziendale a livello centrale, territoriale ed aziendale. È il modello più evoluto e sviluppato in modo organico (vedi figura 5), che poggia le proprie basi sulla legge istitutiva dei Servizi Aziendali di Prevenzione e Protezione che risale al 1946. È interessante notare come, già in tale data, la nozione di servizio di prevenzione comprendesse due servizi: quello di medicina occupazionale (*Health*) e quello di sicurezza (*Safety*). Il sistema

si è ovviamente evoluto nel corso degli anni, ma ha peccato di “nazionalismo”, come del resto accade spesso; tanto che a 10 anni dalla trasposizione della direttiva 89/391 esso non si basa ancora sul concetto di “multidisciplinarietà” stabilito dall’articolo 7 della Direttiva. Per tale motivo è in corso un procedimento di infrazione.

È però interessante notare come il medico aziendale rimane il responsabile del monitoraggio dell’ambiente di lavoro, a differenza di quanto avviene in altri Stati dell’Unione Europea siano essi compresi nel primo o nel secondo insieme del nostro esempio.

In Francia il medico aziendale è una figura obbligatoria, retribuita dal datore di lavoro. Opera in staff ed è parte attiva del comitato aziendale per la prevenzione.

Egli ha l’obbligo di dedicare almeno il 30% del proprio tempo ad attività di prevenzione “non strettamente sanitarie”: visitare i luoghi di lavoro su base regolare; analizzare e suggerire soluzioni preventive per ogni mansione specifica.

Per le aziende con più di 10 dipendenti deve redigere obbligatoriamente una relazione annuale sull’attività eseguita e sulla pianificazione delle attività per l’esercizio successivo. Tale relazione comprende un report di carattere finanziario assieme al registro dei rischi presenti in azienda e dei lavoratori ad essi sottoposti. Il documento è presentato al datore di lavoro, al comitato aziendale per la prevenzione ed è messo a disposizione dell’Ispettorato del lavoro.

È dunque un documento ufficiale che fa del medico aziendale una figura “istituzionale”.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO CONTINUO

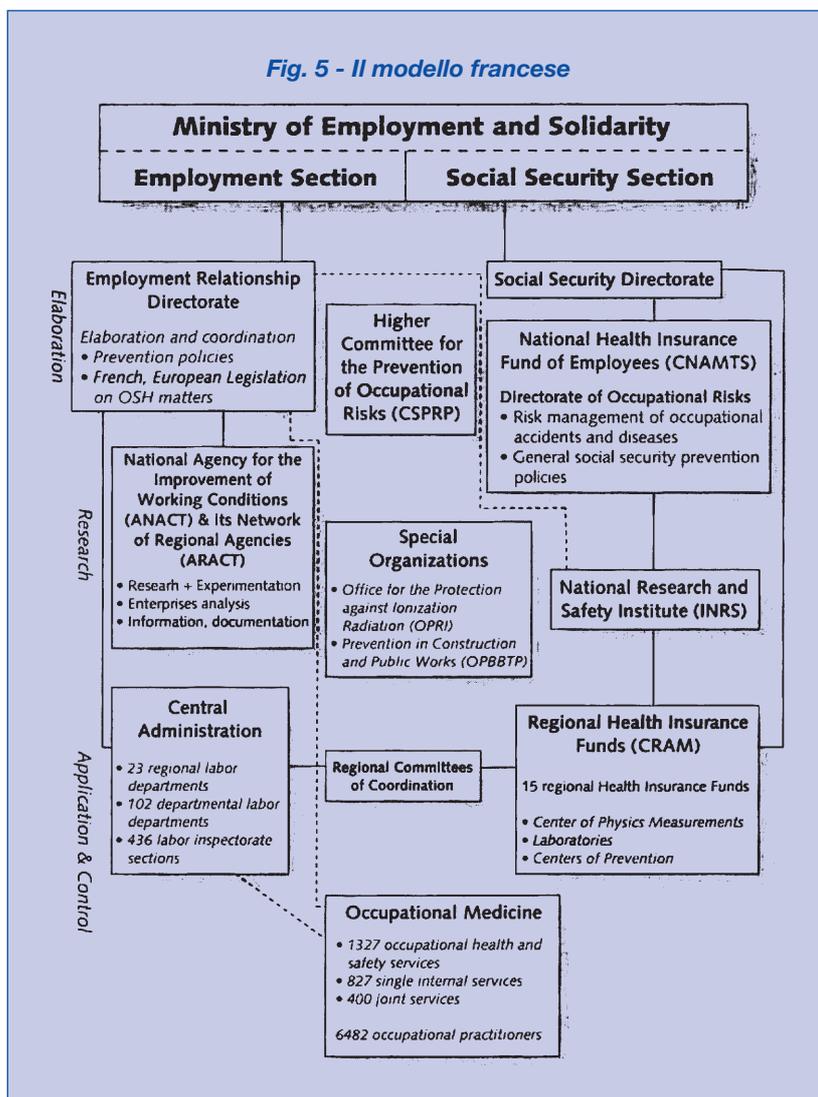
Le istantanee fin qui rappresentate testimoniano dunque le differenze di ruolo, compiti e responsabilità del Medico Competente nei rispettivi sistemi nazionali di prevenzione.

Anche il percorso formativo universitario e post-universitario, come quello di aggiornamento professionale del medico del lavoro, registra le medesime disomogeneità prima descritte per l’attuazione dell’articolo 7 della direttiva 391/89, nonostante sia in atto anche in questo ambito un meccanismo di armonizzazione introdotto dalla direttiva 93/16/EEC relativa al rispetto delle Scuole di Specializzazione in Europa con la finalità di permettere l’interscambio di medici specialisti.

È interessante sottolineare che la certificazione di specialista non è sempre obbligatoria per operare come medico del lavoro.

In diversi Stati dell’Unione Europea

Fig. 5 - Il modello francese



l’Occupational Physician non è quindi obbligatoriamente uno specialista in Medicina del Lavoro, ma di preferenza una figura variamente certificata, come avviene nel modello olandese prima descritto. Il diploma di specialista è, come avviene nell’esempio della Gran Bretagna che è forse il più tipico.

In Gran Bretagna la Medicina del Lavoro non è una disciplina obbligatoria nel curriculum formativo del medico. In questo Stato dal 1995 la formazione specialistica è governata dall’European Medical Specialist Qualification Order, in attuazione della direttiva 93/16/EEC relativa al rispetto delle Scuole di Specializzazione in Europa con la finalità di permettere l’interscambio di medici specialisti.

Dopo un praticantato di due anni in medicina generale il medico che aspira alla qualifica di specialista in Medicina del Lavoro concorre ad un posto di “Higher Medical Training” per questa disciplina. Il numero di posti è sotto il controllo del servizio sanitario nazionale e la responsabilità dell’assegnazione è del “regional postgraduate dean”, medico di provata esperienza e responsabile terri-

toriale del servizio sanitario nazionale per la formazione dei neo-laureati. La durata del corso di specializzazione è di 4 anni, dove il medico attraverso un percorso teorico-pratico passerà da “Specialist Registrar” ad associato alla FOM - Faculty of Occupational Medicine- ottenendo l’iscrizione al registro degli specialisti (General Medical Council).

Accanto alla specializzazione esiste il “diploma di Occupational Medicine” che la FOM rilascia dopo aver frequentato un corso di 55 ore ed un esame scritto ed orale. Il diploma è un titolo inferiore alla specializzazione, dedicato a medici che non vogliono impegnarsi esclusivamente alla disciplina. È un titolo ambito dai “General Practitioner” che offrono prestazioni sanitarie alle aziende.

Gli associati e i membri della FOM - circa 1000- svolgono la propria funzione sia nella prevenzione dei rischi professionali, sia come consulenti del singolo lavoratore o del collega di altra specialità.

La stessa disomogeneità tra i vari Stati si registra nei percorsi di aggiornamento continuo e di accreditamento.

Ancora una volta l’esempio maggior-

mente disciplinato è quello olandese che prevede un percorso obbligatorio di formazione continua. La posizione francese è invece paradossale poiché prevede l'obbligatorietà dell'attività di formazione continua per tutti gli specialisti ad esclusione di quelli impegnati nei campi collegati alla prevenzione, come i medici del lavoro.

CONCLUSIONI

È oggi davvero difficile tracciare il percorso del Medico Competente nell'Europa che cambia.

Lo scenario presentato, anche se in termini sintetici, è variegato. Ogni Stato membro dell'Unione Europea in questa prima fase ha maggiormente privilegiato l'adattamento al proprio sistema di prevenzione del dettato della direttiva 391/89, piuttosto che l'innovazione.

Non si assiste quindi ad una nuova cultura della prevenzione, ma ad una cultura rinnovata fortemente influenzata dalla cultura nazionale. Il Medico del Lavoro continua ad avere spazi di manovra nei Paesi dove tradizionalmente prevale la cultura della *Health*, mentre gli spazi di manovra rimangono ridotti e in subordine ad altre figure professionali del sistema preventivo nei Paesi dove prevale la cultura della *Safety*.

In dipendenza o meno da quanto detto una conclusione è certa: oggi il Medico del lavoro è chiamato ad agire in un sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro che costituisce parte integrante della gestione generale dell'azienda.

Questa conclusione ci porta ad aprire un dibattito sulla "qualità professionale", ovvero "sul ruolo del medico nei processi di qualità della prevenzione in azienda", ovvero sul "come accompagnare in qualità le trasformazioni del mondo del lavoro".

Stiamo registrando una sostanziale evoluzione nel nostro ruolo guidata da:

1. la svolta concettuale e legislativa di passaggio dalla presunzione del ri-

schio alla sua concreta valutazione, accelerata dalla trasposizione del D.lgs. 25/2002;

2. un concetto più estensivo ed una gestione organica della prevenzione, come prima detto;
3. lo sviluppo di standard di qualità per la gestione della salute e sicurezza sul lavoro, come introdotto dalle Linee Guida dell'UNI per un "Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro";
4. una richiesta di aggiornamento scientifico che deriva non solo da obblighi deontologici, "ma appare essere tanto più rigoroso qualora si consideri la naturale lentezza dell'evoluzione giuridica e legislativa rispetto a quella tecnologica dei cicli produttivi", come recitano alcune le sentenze di Cassazione Penale;
5. la globalizzazione del mercato a cui corrisponde da una parte la tendenza alla frammentazione della media e grande impresa e dall'altra l'affermazione di forme innovative di occupazione e di organizzazione del lavoro (*job call, job sharing, staff leasing, lavoro temporaneo.*)

Come accompagnare in qualità questo processo di trasformazione?

Agendo con determinazione sui punti di debolezza del nostro ruolo e rimarcando, con altrettanta determinazione, i punti di forza.

I punti di debolezza, alcuni esempi:

- il ruolo del Medico competente nel processo di valutazione del rischio. Il D.lgs. 25/2002 ripropone oggettive responsabilità al medico del lavoro avendo introdotto un nuovo concetto di "misura del rischio" che coinvolge nel processo valutativo tutte le figure professionali;
- i limiti della sorveglianza sanitaria: concettuali, giuridici, applicativi (riferiti al livello di rischio, la gestione delle visite a richiesta, le visite pre-impiego);
- le controversie nel giudizio di idoneità, quali ad esempio le "prescrizioni" nei videoterminalisti, le idoneità nel comparto della sanità e le implicazioni sulla salute pubblica, la gestione delle non idoneità, le "idoneità difficili".

I punti di forza stanno nella consolidata cultura della Medicina del Lavoro dove è però necessario rivisitare gli schemi didattici, ampliando gli ambiti di osservazione ai problemi ambientali, alla comunicazione ed alla formazione, alla organizzazione aziendale, aprendosi alla cultura delle altre componenti che si dedicano allo studio della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Medico d'Azienda Competente dovrà necessariamente traghettare da un atteggiamento "medico" ad uno a maggior contenuto manageriale. ■

Giuseppe Briatico-Vangosa

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Dotan H., van Waarden F., *Occupational Health and Safety in the EU Member States. Implementation of the 89/391/EEC Framework Directive*. AWSB research papers, 2002/02 - The Netherlands.

Muzi G., Murgia N., dell'Omo M., *Esperienze di formazione e accreditamento in ambito internazionale*. Atti 63° Congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Sorrento 8-11 Novembre, 2000. Folia Medica, 71-1: 83-100, 2000.

Papaleo B., Briatico G., Draicchio F., Gigli M., Magarotto G., Palmi S., Saia B., Signorini S., Volpin A., *Organizzazione dei servizi di Medicina del Lavoro pubblici e privati. Stato attuale e prospettive future*. Atti 63° Congresso della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Sorrento 8-11 Novembre, 2000. Folia Medica, 71-1: 51-70, 2000.

Sassi C. et Al., *Funzioni ed organizzazione dei Servizi Aziendali di Prevenzione*. Gruppo di Lavoro Medici Aziendali. Ed GTE, 1987: 13-37.

UNI, *Linee Guida per un Sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro*. 2001

UNA APPREZZABILE ESPERIENZA DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DEL LAVORO DI BRESCIA

Gli specializzandi dei 4 anni di corso e i loro docenti sono invitati a partecipare periodicamente a Meeting interni su temi specifici e pratici attuali. Un singolo specializzando svolge una documentata e analitica relazione con presentazione dei dati più aggiornati, cui segue una discussione generale. Gli studenti apprendono così una corretta modalità di valutazione critica della letteratura e una efficace capacità di esposizione e discussione, elementi tutti estremamente utili nella pratica professionale. Questa iniziativa proposta dal Direttore della Scuola Professor Alessio sta riscuotendo un lusinghiero successo e deve essere apprezzata per le sue finalità di educare all'aggiornamento e alla pratica professionale i futuri specialisti.



“ In caso di influenza
l'arresto medio delle attività
è di 5 giorni ”



MASTUDIO Roma, New York

NON lasciatevi fermare dall'influenza

*Per richieste di informazioni su Vaccini
e Programmi Vaccinali in Medicina del Lavoro
contattare:*



Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vito

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



Considerazioni sull'assorbimento transcutaneo dei tossici industriali

Mentre negli ultimi 30 anni lo studio e la valutazione del rischio da agenti chimici ha sviluppato metodologie sensibili e specifiche per quanto riguarda l'assorbimento attraverso la via inalatoria, non altrettanto è avvenuto per quanto concerne la via cutanea. L'interesse di una messa a punto di questo problema è stato rilevato dalla Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Brescia diretta dal Prof. Lorenzo Alessio, che ha affidato alla Dr.ssa Lara Balbiani l'incarico di preparare una relazione da discutere con docenti e studenti dal titolo "Assorbimento transcutaneo dei tossici industriali".

Spunti forniti da questa relazione e dalla letteratura recente sembrano interessanti per l'attività pratica dei Medici Azienda operanti in ambienti di lavoro dove vengono utilizzate sostanze chimiche che facilmente possono giungere a contatto con la cute.

Questo rischio sembra concretizzarsi più facilmente in agricoltura, nell'uso di solventi per la produzione e l'utilizzo di vernici, nell'industria della gomma, fra i parrucchieri, in quanto sono le mani le parti più esposte al contatto diretto con le sostanze in oggetto.

Attualmente l'unico intervento preventivo nei confronti del rischio considerato consiste nel sensibilizzare l'attenzione degli addetti ai lavori ponendo a latere delle sostanze chimiche interessate l'annotazione "assorbibile attraverso la cute".

Infatti oltre a tale annotazione (SKIN nelle liste ufficiali dei TLV del ACGIH, cui si fa riferimento anche in Italia) non esistono ad oggi indicazioni circa l'entità del rischio di assorbimento cutaneo attribuibile alle singole sostanze, tanto che non vi è nemmeno concor-

danza tra le varie Nazioni nell'attribuzione dell'annotazione SKIN, pur nella sua genericità (1).

L'interesse della ricerca su questo tema è oggi vivissimo, poichè gli studiosi, una volta rilevata l'importanza del problema, si sono resi conto dell'assenza di standardizzazione dei metodi dedicati alla valutazione del rischio "Assorbimento cutaneo".

Attualmente sono in corso studi in vitro, studi su animali, studi con volontari. Vengono poi applicati metodi che misurano la quantità di sostanza che si depositerebbe sulla cute in determinate situazioni (non però la sua concentrazione) oltre ad altri metodi specificamente elaborati per lo studio del problema. Uno tra essi è rappresentato dal monitoraggio biologico, applicato con variazioni tali da permettere la valutazione dell'entità dell'assorbimento cutaneo. Standardizzate le condizioni di esposizione, in assoluta sicurezza per la salute dei lavoratori, viene applicato un monitoraggio biologico variando l'equipaggiamento protettivo: senza protezioni, con protezione respiratoria, con protezione cutanea, con protezione respiratoria e cutanea. Le prime applicazioni di tale metodo sembrano fornire risultati interessanti (2).

In sintesi, l'aspetto dell'assorbimento cutaneo dei tossici industriali, che pone problematiche pratiche di valutazione del rischio, è oggi oggetto di molteplici ricerche, inserite in un progetto europeo che si prefigge di avere tra qualche anno informazioni numerose e standardizzate per poter capire meglio questo tipo di rischio (3). Risultati preliminari di tali ricerche cominciano ad apparire nella letteratura (4).

Le conclusioni dell'interessante dibattito verificatosi nel corso della riunione a Brescia hanno fotografato la realtà attuale in merito al problema in oggetto:

- 1) La riduzione dell'esposizione per via inalatoria a tossici industriali ha posto in evidenza l'importanza della valutazione dell'esposizione cutanea;
- 2) Mancano ad oggi limiti di esposizione cutanea professionale;
- 3) È necessario uniformare il criterio di assegnazione della "SKIN notation";
- 4) Occorre approfondire gli studi e standardizzare i metodi in modo da garantire basi scientifiche solide per le metodiche di stima del rischio cutaneo e un'applicabilità delle stesse a tutte le realtà produttive;
- 5) La percezione di questo rischio è spesso bassa; ne consegue una sotto-stima del problema, un'errato utilizzo dei mez-

zi di protezione personale, abitudini di pulizia inadeguate.

Al di là dell'interesse culturale di quanto qui accennato, sembra doveroso richiamare il ruolo pratico del Medico d'Azienda nell'ottica della prevenzione cui è deputato.

Resosi conto di un problema di assorbimento cutaneo, egli deve impegnarsi nella valutazione del rischio specifico, interpretando dati di igiene industriale e di analisi delle mansioni svolte in relazione ai possibili effetti sulla salute derivanti dall'assorbimento cutaneo delle sostanze in causa.

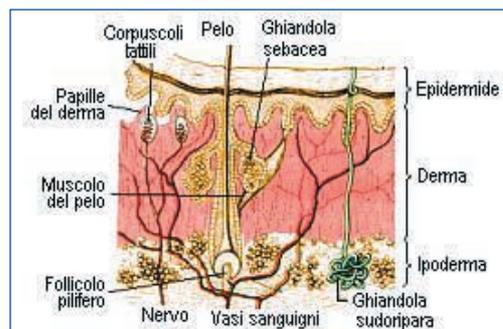
Ovviamente suo compito peculiare è la sorveglianza sanitaria, che deve utilizzare un corretto ed efficace monitoraggio biologico, strumento indispensabile per formulare il giudizio di idoneità alla mansione specifica. Naturalmente egli dovrà tenere conto anche di eventuali situazioni di ipersuscettibilità, legate ad esistenti patologie cutanee.

Ma lo strumento forse più incisivo per ottenere risultati pratici nel campo della prevenzione è rappresentato dalla informazione / formazione. Una corretta informazione in merito ai possibili effetti sulla salute derivante dall'assorbimento cutaneo è la premessa indispensabile per ottenere una formazione in merito a comportamenti positivi nel momento lavorativo, in particolare sul corretto uso di mezzi protettivi personali cutanei e sull'attenzione alla pulizia ed igiene personale durante il lavoro ed al termine del turno lavorativo. ■

Gianfranco Farina
Sezione lombarda

BIBLIOGRAFIA

- 1) P. Sartorelli, L. Montomoli, A. G. Sisinni: Il rischio cutaneo da tossici occupazionali. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2002; 24:3, 192 - 194
- 2) P. Sartorelli : La stima del rischio cutaneo in Medicina del Lavoro. Med. Lav. 2000; 91: 3, 183 - 191
- 3) G. Maina et al: La valutazione della contaminazione cutanea: il progetto europeo RISKOFDERM. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2002; 24: 3, 195 - 199
- 4) F. Larese et al: La valutazione dell'assorbimento percutaneo: risultati preliminari di uno studio realizzato nell'ambito del progetto europeo EDETOX. G. Ital. Med. Lav. Erg. 2002; 24: 3, 2002 - 2001



Vibrazioni meccaniche: la direttiva europea 2002/44/CE in via di recepimento. Molti nodi da sciogliere entro il 6 luglio 2005



Dal luglio 2005 macchine, attrezzature e strumenti di lavoro fonte di esposizione a vibrazioni meccaniche sotto controllo.

La direttiva 2002/44/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 giugno 2002, sedicesima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della Direttiva 89/391/CEE, pubblicata in G.U.C.E. 6 luglio 2002 n. 177, detta nuove prescrizioni minime in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi per la salute e la sicurezza che derivano, o possono derivare, dall'esposizione a vibrazioni meccaniche.

Essa si compone di 4 sezioni (disposizioni generali, obblighi dei datori di lavoro, disposizioni varie, disposizioni finali) all'interno delle quali trovano collocazione 16 articoli ed un allegato.

La direttiva definisce precisamente i rischi da esposizione a vibrazioni nei luoghi di lavoro:

1. *le vibrazioni trasmesse al sistema mano-braccio, ovvero "le vibrazioni meccaniche che, se trasmesse al sistema mano-braccio nell'uomo, comportano un rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare disturbi vascolari, osteo-articolari, neurologici o muscolari";*
2. *le vibrazioni trasmesse al corpo intero, ovvero "le vibrazioni meccaniche che, se trasmesse al corpo intero, comportano rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare lombalgie e traumi del rachide".*

L'ambito di applicazione è generale e comprende tutte le attività in cui i lavoratori sono esposti o possono essere esposti a rischi derivanti da vibrazioni meccaniche durante il lavoro.

Seguendo lo sviluppo logico della direttiva quadro 89/391/CEE, la direttiva 2002/44/CE prescrive di valutare l'entità della esposizione, stabilendo

- i "valori limite di esposizione";

- i "valori di esposizione che fanno scattare l'azione", suddividendoli in tre fasce:

- 1) "fascia di sicurezza", in cui non si prevede l'insorgenza di patologie relativamente al tipo di esposizione per un individuo in condizioni normali di salute;
- 2) "fascia di attenzione", in cui si devono intraprendere azioni volte a ridurre l'esposizione;
- 3) "fascia di pericolo" che prevede l'interruzione dell'attività.

Le grandezze fisiche su cui sono stati posti questi limiti sono definite nell'allegato della direttiva e fanno riferimento alle norme ISO 2631 e 5349. La direttiva enuncia, analogamente al rischio rumore, le formule per il calcolo dell'esposizione che è generalmente riferita alle 8 ore di lavoro. È anche in questo caso ammesso parametrare l'esposizione ad un valore settimanale per particolari situazioni.

Gli obblighi del datore di lavoro, elencati nella sezione II, ripercorrono i contenuti delle altre direttive particolari:

- a) identificazione e valutazione dei rischi;
- b) disposizioni che mirano a escludere o a ridurre il rischio;
- c) informazione e formazione dei lavoratori;
- d) consultazione e partecipazione dei lavoratori.

La valutazione dell'esposizione a vibrazioni, in analogia con la direttiva 86/188/CEE sull'esposizione a rumore, può essere fatta mediante:

- a) l'osservazione delle condizioni di lavoro specifiche ed il riferimento ad appropriate informazioni sulla probabile entità delle vibrazioni per le attrezzature in particolari situazioni d'uso, incluse le informazioni fornite dal costruttore in sintonia con i dettagli della direttiva "macchine";
- b) attraverso la puntuale misurazione che richiede l'impegno di at-



trezzature di misura specifiche e di una metodologia appropriata. Va da sé che la valutazione dell'esposizione e/o la misurazione delle vibrazioni devono essere effettuate e ripetute ad intervalli idonei da parte di persone o servizi competenti, conservando i risultati su supporti idonei atti ad una successiva consultazione.

Tra le disposizioni varie, elencate nella sezione III, la direttiva afferma il diritto dei lavoratori ad essere sottoposti ad una sorveglianza sanitaria adeguata in funzione del livello di rischio a cui risultano sottoposti. La direttiva definisce le condizioni in cui la sorveglianza sanitaria, che è tesa alla prevenzione ed alla diagnosi precoce di ogni danno connesso all'esposizione a vibrazioni meccaniche, è appropriata. ■

Giuseppe Briatico -Vangosa

Tabella: valore limite giornaliero di esposizione che fa scattare l'azione e valore limite giornaliero di esposizione.

	Sistema mano-braccio (esposizione a 8 ore giornaliere)	Corpo Intero (esposizione a 8 ore giornaliere)
Valore giornaliero di azione	2,5 (m/s ²)	A(8): 1,15 (m/s ²) DVD: 21 (m/s ^{1.75})
Valore limite giornaliero di esposizione	5,0 (m/s ²)	A(8): 0,5 (m/s ²) DVD: 9,1 (m/s ^{1.75})
A(8):	Accelerazione mponderata in frequenza di vibrazioni equivalenti a 8 ore di lavoro	
DVD:	Valore della Dose di Vibrazione	



Tutela della Salute e della Sicurezza in edilizia.

Linee guida regione Lombardia

La regione Lombardia sviluppando il Progetto Obiettivo "Prevenzione e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro in Regione Lombardia nel triennio 1998-2000" ai sensi della deliberazione della Giunta del 4 ottobre 2000, n. 7/1439, ha pubblicato nel BUR del 20 dicembre 2002, 3° supplemento straordinario al n. 51, con il Decreto Direttore Generale Giunta Regionale 31 ottobre 2002 n. 20647 le "Linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in edilizia".

Le motivazioni dell'iniziativa, dettate in premessa, partono dall'analisi delle statistiche INAIL che confermano che il comparto delle costruzioni continuano ad avere il triste primato non solo delle morti per infortunio, ma anche delle malattie

professionali riconosciute avendo superato, nel 1988, il settore metalmeccanico. Da ciò e considerando l'innovazione tecnologica del settore, la difficoltà di individuare e valutare correttamente i rischi a cui sono sottoposti i lavoratori del comparto, anche in riferimento alla complessa organizzazione del lavoro e alle condizioni di lavoro influenzate da variabili difficilmente controllabili (condizioni atmosferiche, tipologia dei terreni, modalità di utilizzo e di applicazione dei materiali, variabilità logistica), l'esigenza di avere uno strumento di indagine comune, un minimo denominatore, su cui basare l'osservazione e la raccolta di dati, oltre che garantire una efficace prestazione preventiva.

La sorveglianza sanitaria nel comparto delle costruzioni in conformità agli obblighi di legge e alle Linee guida regionali è finalizzata prioritariamente alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle seguenti malattie professionali:

- roncopenumopatie croniche e dell'asma bronchiale professionale;
- sordità da rumore
- dermatiti da contatto
- patologia da movimentazione manuale dei carichi, da postura e da movimenti ripetitivi



- patologia da strumenti vibranti
- la patologia tumorale in particolare del mesotelioma e dell'epitelioma

Al Medico competente viene richiesto un particolare impegno attivo sia nel processo di valutazione del rischio, sia nell'esame dei Piani di Sicurezza e Coordinamento ritenuti principali strumenti, unitamente ai sopralluoghi, per la corretta conoscenza dei rischi professionali nei cantieri.

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 2003/2004

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina 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 _____



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



EDILIZIA, 41MILA INFORTUNI NEI PRIMI SEI MESI DEL 2002

*Lo rivela una indagine
della Fillea-Cgil.*

Oltre 41 mila infortuni nel settore nel primo semestre 2002: è il capitolo amaro del settore delle costruzioni che da circa cinque anni conosce una fase espansiva a due cifre. Il dato è contenuto nel rapporto 2002-2003 della Facoltà di Architettura di Valle Giulia (Università "La Sapienza" di Roma) per conto della Fillea-Cgil. La ripartizione territoriale degli infortuni evidenzia l'elevata incidenza nel nord (59 per cento) rispetto al centro e al Mezzogiorno che si attestano entrambi attorno al 20 per cento. Nell'ultimo quinquennio il "prezzo" pagato dai lavoratori edili è stato di 443.793 invalidi l'anno, di cui 25.357 permanenti e 1.487 morti.

CAPACITÀ E REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI AGLI ADDETTI ED AI RESPONSABILI DEI SERVIZI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

*Schema di Decreto Legislativo
licenziato dal Consiglio dei Ministri
il 31/1/2003.*

DECRETO LEGISLATIVO

Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, per l'individuazione delle capacità e dei requisiti professionali richiesti agli addetti ed ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione dei lavoratori, a norma dell'articolo 21 della legge 1° marzo 2002, n. 39 ESAME PRELIMINARE

Consiglio dei Ministri: 31/01/2003

Proponenti: Pol. comunitarie.

IL PRESIDENTE DELLA
REPUBBLICA

Visti gli articoli 78 e 87, quinto comma della Costituzione;

vista la legge 1 marzo 2002 n.39, legge comunitaria per l'anno 2001, d in particolare l'art.21;

vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del....

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, espresso nella seduta del.....;

acquisiti i pareri delle competenti Commissioni della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica;

vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del...;

sulla proposta dei Ministri per le politiche comunitarie e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri dell'economia e delle Finanze, degli affari esterni, della giustizia, della salute, delle attività produttive e della funzione pubblica;

EMANA

Il seguente decreto legislativo:

Art. 1

1. Al comma 1, lettera e), dell'articolo 2 del decreto legislativo 19 settem-

bre 1994, n. 626, e successive modificazioni, le parole "attitudini e capacità adeguate" sono sostituite dalle seguenti: "delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'art. 8 bis".

2. Al comma 2, dell'articolo 8 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n.626, e successive modificazioni, le parole "di attitudini e capacità adeguate" sono sostituite dalle seguenti: "delle capacità e dei requisiti professionali di cui all'art. 8 bis".

3. Al comma 8, dell'articolo 8 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n.626, e successive modificazioni, le parole "attitudini e capacità adeguate" sono sostituite dalle seguenti: "le capacità e dei requisiti professionali di cui all'art. 8 bis".

Art. 2

Dopo l'articolo 8 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n.626, e successive modificazioni, è inserito il seguente articolo:

"Art. 8 bis

(Capacità e requisiti professionali degli addetti e dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione interni o esterni)

1. Le capacità e i requisiti professionali degli addetti ai servizi di prevenzione e protezione interni o esterni devono essere adeguate alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi all'attività lavorativa.

2. Per la prevenzione del rischio derivante da agenti fisici, chimici o biologici, sono considerati adeguati i requisiti professionali e le capacità degli addetti di cui al comma 1 acquisite attraverso il conseguimento di laurea o di diplomi di maturità tecnica o professionale nelle materie corrispondenti alla tipologia del rischio in questione. Tali soggetti devono essere inoltre in possesso di un attestato di frequenza documentata a specifici corsi di formazione in materia, organizzati dalle Regioni, dalle Università, dagli Ordini Professionali, dalle Associazioni Sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori o dagli Organismi Paritetici, anche in collaborazione con l'ISPESL, l'INAIL, l'Istituto Italiano di Medicina Sociale, nonché con Istituti di ricerca e formazione specializzati.

3. Per la prevenzione di tutti gli altri rischi, sono considerati adeguati i requisiti professionali e le capacità degli addetti di cui al comma 1 acquisite attraverso il conseguimento dei titoli di studio previsti dall'articolo 10, comma 1, lettere a), b) c) del decreto legislativo 14 agosto 1996, n.494, e successive modificazioni. Tali soggetti devono essere inoltre in possesso di un attestato di frequenza a specifici corsi di formazione in materia di sicurezza organizzati dai soggetti di cui al comma 2.

4. Per lo svolgimento della funzione di responsabile del servizio prevenzione e protezione è necessario possedere una delle lauree o diplomi di maturità di cui ai commi 2 o 3 ed essere in possesso di un attestato di frequenza di specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e

protezione da rischi anche di natura ergonomica e psico - sociale, di organizzazione e gestione delle attività a tecnico amministrativa di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali. Tali corsi devono essere organizzati dai soggetti di cui al comma 2".

5. Gli organismi di formazione pubblici, previsti al comma 2, organizzano i corsi di formazione secondo tariffe, determinate sulla base del costo effettivo del servizio, da stabilire con le relative modalità di versamento, con decreto del Ministro competente per materia.

6. Le regioni e le province autonome, le Università e gli Istituti di ricerca di cui al comma 2, organizzano i corsi di formazione nei limiti delle risorse finanziarie proprie o con le maggiori entrate derivanti dall'espletamento di dette attività a carico dei partecipanti.

Art.3

Norma Transitoria

1. La capacità e i requisiti professionali di cui all'art. 2 si intendono acquisiti da coloro che dimostrino di aver svolto, alla data di entrata in vigore del presente decreto, professionalmente o alle dipendenze di un datore di lavoro, l'attività di addetto o di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione per almeno due anni.

N.B.: il decreto legislativo su riportato non è ancora stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

MALATTIE PROFESSIONALI DOVUTE ALL'ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI

*Secondo l'Inail, l'applicazione
dei recenti provvedimenti sugli
agenti chimici consentirà
l'individuazione di nuovi fattori
di rischio.*

Il periodico Dati Inail ha recentemente pubblicato una breve riflessione che mette in luce le conseguenze positive derivanti dall'applicazione dei D.Lgs. 66/2000 e 25/2002, ai fini del riconoscimento dei casi di malattie professionali dovute all'esposizione ad agenti chimici.

Il D.P.R. 1124/65 (e successive integrazioni e modifiche) prevede la copertura assicurativa per le malattie professionali se contratte dall'assicurato nelle lavorazioni ed entro i periodi di tempo ivi specificati.

L'Inail rileva che "...per gli agenti chimici presenti sul luogo di lavoro, tale automatismo non sempre funziona efficacemente, dal momento che le lavorazioni, definite nel decreto in maniera generica, sono difficilmente riconducibili a quelle effettivamente svolte dagli assicurati. Negli anni passati, inoltre, in assenza di precise disposizioni legislative, i datori di lavoro generalmente non effettuavano valutazioni sulla presenza e sulla quantificazione degli agenti chimici pericolosi." Una mancanza che nei casi di patologia di sospetta origine professionale

rendeva difficoltosa una accurata valutazione del nesso eziologico; inoltre non consentiva sufficienti monitoraggi degli agenti chimici se successivi all'insorgenza della malattia, poiché non sempre rappresentativi dei fattori di rischio presenti nel passato.

Secondo l'Inail queste difficoltà dovrebbero essere "superate con l'entrata in vigore dei D.Lgs. 66/2000 e 25/2002 i quali rendono obbligatoria, a cura del datore di lavoro, una puntuale valutazione del rischio dovuto ad agenti chimici pericolosi.

L'applicazione di tali disposizioni legislative potrà fornire, per gli anni a venire, elementi di assoluta rilevanza per una corretta attribuzione della natura professionale delle patologie contratte: questi elementi inoltre, se integrati con il costituendo "registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate" (art. 10 D.Lgs. 38/2000), consentiranno una pronta individuazione dei nuovi fattori di rischio."

Con la speranza che i datori di lavoro realizzino una accurata valutazione dei rischi e che il sistema di monitoraggio funzioni.

ELETTROSMOG E SALUTE

Dall'Inail alcune considerazioni sulla valutazione dei possibili rischi carcinogenetici per l'uomo dei campi elettromagnetici.

Ad oggi l'Inail ha valutato un numero esiguo di istanze relative a patologie che il lavoratore attribuiva all'esposizione a campi elettromagnetici. Nessuna di queste istanze ha avuto conclusione positiva. Nella valutazione l'Istituto si è basato sulle indicazioni scientifiche dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro), che nel 2002 ha pubblicato la monografia 80, sulla valutazione dello stato dell'arte sui rischi carcinogenetici per l'uomo dei campi elettromagnetici.

Secondo quanto riportato dall'Inail, il gruppo di lavoro dell'IARC "ha valutato i campi magnetici ELF (frequenze tra comprese tra 30 Hz e 300 Hz) come possibili cancerogeni per l'uomo" dunque nel Gruppo 2B, basandosi sulla associazione statistica di alti livelli di esposizione residenziale e incremento di rischio di forme leucemiche nell'in-

fanzia, mentre sono state ritenute inadeguate le evidenze raccolte in relazione ai rischi occupazionali e per altri tipi di cancro".

I campi elettromagnetici si classificano in tre grandi categorie in base alla loro frequenza.

- Vi sono i campi "ELF", terminologia anglosassone per definire i campi elettromagnetici a frequenze estremamente basse, comprese tra 30 Hz e 300 Hz. Le principali sorgenti artificiali di campi ELF sono gli elettrodomesti a bassa, media ed alta tensione, le linee elettriche di distribuzione e tutti i dispositivi alimentati a corrente elettrica alla frequenza di 50 Hz, quali elettrodomesti, videoterminali, ecc.

- Vi sono poi i campi elettromagnetici con frequenze comprese tra 100KHz e 300GHz, che possono essere ulteriormente suddivisi
 - in campi a RADIOFREQUENZE (RF)
 - e campi a MICROONDE (MO).

I primi (es. emissioni radio e TV) aventi frequenze fino a 300 MHz, i secondi (es. emissioni di impianti radar, forni a microonde, telefonia cellulare) con frequenze da 300MHz a 300GHz.

L'Agenzia pubblicherà entro il 2005 la seconda parte del lavoro con le ulteriori risultanze degli studi in corso.

Anche l'OMS ha nel contempo promosso un progetto per continuare il monitoraggio scientifico-epidemiologico in questo campo di ricerca (si veda International EMF Project)."

L'INAIL, da parte sua, continua il monitoraggio delle patologie, per segnalare eventuali casi pervenuti al suddetto progetto.

OCCHIALI E VIDEOTERMINALE

Lavoro al videoterminale e dispositivi speciali di correzione.

Alcune considerazioni sulle modifiche introdotte al D.Lgs 626/94

dalla Legge Comunitaria 2002.

La Legge 3 febbraio 2003, n.14 "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2002" (Pubblicata sul Supplemento alla G.U. n. 31 del 7 febbraio scorso) all'art. 7 modifica all'articolo 55 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 in materia di tutela del lavoro al videoterminale e precisa i casi in cui il datore di lavoro fornisce a sue spese i dispositivi speciali di correzione (ad esempio occhiali speciali per Vdt) "in funzione dell'attività svolta", ovvero quando sono necessari a seguito delle visite mediche previste dallo stesso articolo 55 e quando non è possibile utilizzare i dispositivi normali di correzione (occhiali da vista già in uso da parte del lavoratore).

Quindi nel caso in cui il lavoratore addetto al videoterminale, in base ai risultati della visita del medico compe-

tente, debba utilizzare per il lavoro al vdt dispositivi (occhiali) diversi da quelli normali di correzione che il lavoratore già usa, il datore di lavoro sarà obbligato a fornirli senza alcuna discrezionalità.

La norma è stata introdotta a seguito di una sentenza con la quale la Sesta Sezione della Corte Europea aveva condannato l'Italia per non aver recepito correttamente nella propria legislazione l'art. 9, n. 3, della Direttiva del Consiglio del 29 maggio 1990 90/270/CE relativa alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di videoterminali (quinta direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE).

I Giudici hanno ritenuto che le disposizioni del DPR n. 547/55 e quelle del decreto legislativo n. 626/94, invocate dal governo italiano, non prescrivono in maniera sufficientemente chiara e precisa che i lavoratori devono ricevere dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta qualora i risultati dell'esame degli occhi e della vista e di un esame oculistico, laddove quest'ultimo sia necessario, ne evidenzino la necessità e non sia possibile utilizzare dispositivi di correzione normali.

Anche se l'art. 55, n. 5, del decreto legislativo n. 626/94 nella versione antecedente la modifica disposta dall'art. 7 della Legge n. 14/2003 prevedeva che la spesa relativa alla dotazione di dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta sia a carico del datore di lavoro, tuttavia tale disposizione, secondo la Corte Europea, si limitava a recepire nell'ordinamento italiano l'art. 9, n. 4, della direttiva 90/270.

Dunque di per sé, non costituiva l'esatta trasposizione dell'art. 9, n. 3, della stessa direttiva, in quanto non prevedeva, come prescritto invece da tale articolo, che i lavoratori abbiano diritto a dispositivi speciali di correzione qualora i risultati dell'esame degli occhi e della vista o i risultati dell'esame oculistico, eventualmente indispensabile, ne evidenzino la necessità.

La sentenza C-455/000 del 24 ottobre 2002 la Sesta Sezione della Corte Europea così dichiara e statuisce:

"Non definendo le condizioni alle quali devono essere forniti ai lavoratori interessati dispositivi speciali di correzione in funzione dell'attività svolta, la Repubblica italiana è venuta meno agli obblighi ad essa incombenti ai sensi dell'art. 9, n. 3, della direttiva del Consiglio 29 maggio 1990, 90/270/CEE, relativa alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di videoterminali (quinta direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE).



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



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



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)**



Congresso Nazionale ANMA 2003

IL MEDICO COMPETENTE FIGURA GUIDA NELLO SVILUPPO E NELL' INNOVAZIONE DELLA PREVENZIONE

Viterbo 5 - 7 Giugno 2003

CENTRO CONGRESSI
GRAND HOTEL SALUS E DELLE TERME



Associazione
Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

Giovedì 5 giugno 2003

- 14,30 Iscrizione al Congresso
- 16,00 Inaugurazione del Congresso

I SESSIONE

LA CULTURA DELLA PREVENZIONE NEL MONDO DELLA SCUOLA

Moderatori: Antonio Moccaldi, Antonio Grieco, Quintino Bardoscia, Gilberto Boschirolì

- 16,10 Il progetto sulla prevenzione nel mondo della scuola
Antonio Grieco
- 16,40 Il medico competente nella scuola: aspetti consolidati e prospettive
Quintino Bardoscia, Gilberto Boschirolì

- 17,00 Aspetti psicopedagogici della formazione alla prevenzione nella scuola
Maria Rosa Del Buono
- 17,20 L'esperienza dell'ISPESL nella cultura della prevenzione nel mondo della scuola
Silvana Palmi
- 17,40 Discussione
- 18,30 Lettura magistrale: 2003, Anno Europeo dei Disabili. L'impegno del Medico del Lavoro
Antonio Bergamaschi
- 19,00 Saluto delle Autorità
- 19,30 Buffet di benvenuto

Giovedì 5 giugno 2003

Venerdì 6 giugno 2003

II SESSIONE

IL RISCHIO CHIMICO MODERATO: ASPETTI METODOLOGICI, ESPERIENZE ED ORIENTAMENTI OPERATIVI

Moderatori: Vito Foà, Giuseppe Nano, Gianfranco Farina

- 9,00 Strumenti per identificare il rischio moderato
Vito Foà
- 9,30 Le nuove prospettive dell'Igienista industriale
Giuseppe Nano
- 10,00 LEADERSHIP E TEAM WORK:
Le competenze del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Pietro Freschi
- Le competenze del Medico Competente
Tommaso Remondelli, Francesco Gazzero
- Coffee Break
- 10,45 Modelli ed esperienze del medico competente a confronto
Gruppo di lavoro ANMA
(Gilberto Boschirolì, Umberto Candura, Guglielmo d'Allio, Nicolò Iavicoli, Fiorangela Orsini, Marco Saettoni, Nino Santerni, Silvio Bassi, Simona Mattalia)
- Interventi preordinati
- 11,45 Orientamenti operativi
Giuseppe Briatico-Vangosa
- 12,00 Discussione
- 13,00 Colazione di lavoro

III SESSIONE

DISABILITÀ E LAVORO

Moderatori: Antonio Bergamaschi, Armando Fiorillo, Terenzio Cassina, Caterina Zanetti

- 14,00 Il medico del lavoro e le disabilità
Caterina Zanetti
- 14,20 Disabilità e collocamento
Claudio Messori
- 14,40 Il medico competente e le idoneità difficili
Nino Santerni, Danilo Bontadi
- 15,10 Esperienze di gestione di casi di disabilità
Gruppo di lavoro ANMA
(Paola Torri, Terenzio Cassina, Gino Barral, Salvatore Taliercio, Piero Patané)
- 16,00 Orientamenti operativi
Terenzio Cassina
- 16,20 Discussione

SESSIONE SPECIALE

UN ESEMPIO DI LAVORO INNOVATIVO

- 17,00 Call Center e Contact Center: tipologie di servizio e figure professionali
Clelia Romeo, Salvatore Taliercio
- 17,15 Il lavoro al Call Center e il Medico Competente: linee guida ANMA
Gruppo di lavoro ANMA
(Daniela Diaranto, Guglielmo d'Allio, Salvatore Taliercio)
- 17,30 Discussione
- 18,00 ASSEMBLEA ORDINARIA DEI SOCI
- 19,00 Chiusura della giornata
- 21,00 Cena sociale

Venerdì 6 giugno 2003

Sabato 7 giugno 2003

IV SESSIONE

INFORMATION TECHNOLOGY: ATTIVITÀ DEL MEDICO COMPETENTE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Moderatori: Sergio Perticaroli, Giuseppe Ventriglia, Guglielmo d'Allio

- 9,30 L'organizzazione della informazione
Sergio Perticaroli
- 9,50 L'informatica e il medico d'azienda competente
Giuseppe Ventriglia
- 10,10 Navigare nelle banche dati
Roberto Montagnani
- 10,30 Internet in Medicina del Lavoro: scelta di siti per costruire un "buon bookmark"
Roberto Montagnani

- 10,45 Esperienze di e-learning
Dionisio Capuano, Anselmo Farabi
- 11,00 Coffee Break
- 11,15 Risultato dell'esperienza formativa 2002 "Lavoro e Visione"
Roberto Tripodi, Luigi Dal Cason
- 11,30 Esperienze e soluzioni
Gruppo di lavoro ANMA
(Carlo Bulgheoni, Maria Teresa Iacovone)
- 12,00 Iniziative e prospettive dell'ANMA
Gino Barral
- 12,20 Discussione
- 13,00 Conclusioni e Chiusura del Congresso

Sabato 7 giugno 2003

L'EVENTO È STATO ACCREDITATO DALLECM CON L'ATTRIBUZIONE DI 9 CREDITI

Commissione scientifica ANMA:

A. Fiorillo, D. Bontadi,
G. Boschirolì, U. Candura,
T. Cassina, D. Ditaranto,
G. Farina, N. Iavicoli,
P. Patané, G. Briatico-Vangosa,
G. D'Allio, T. Remondelli

PER L'ISCRIZIONE E LE ALTRE
INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE
RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA

ANMA

Associazione Nazionale
Medici d'Azienda e Competenti

Sede di Milano
via San Maurizio, 4
Tel. 02 86453978
Fax 02 72002182
e-mail: maurilio@mclink.it

Congresso Nazionale ANMA 2003

Milano, 15 gennaio 2003



**Preg.mo Signor
On.le Dott. Giuseppe Del Barone
Presidente FNOMCeO
Piazza Cola di Rienzo, 80/A
00192 - ROMA (RM)**

e p.c.

**Dr. Tommaso Remondelli - ANMA
Dr. Francesco Gazzo - ANMA**

Caro Presidente,

facendo seguito ai colloqui intercorsi nel novembre u.s. con il Segretario della nostra Sezione Campagna dr. Francesco Gazzo e con nostro Vicepresidente Dr. Tommaso Remondelli, presentiamo alla attenzione della Federazione alcuni argomenti che stanno particolarmente a cuore ai nostri Associati e precisamente la problematica ECM e la revisione del Tariffario nazionale per quanto concerne le prestazioni del medico competente ai sensi del Decreto Legislativo 626/94 e successive integrazioni e modificazioni.

ECM

Uno dei principali scopi statutari della nostra Associazione è la promozione di attività ed iniziative di aggiornamento e la formazione permanente del Medico d'Azienda e Competente assieme alla promozione della diffusione della cultura in materia di prevenzione dei rischi da lavoro e di tutela della salute del lavoratore.

La nostra Associazione, come si legge nel leaflet che alleghiamo, sta sviluppando questa azione fin dal 1987, anno della sua formale costituzione, quindi in tempi remoti rispetto alla normativa di attuazione del percorso di formazione continua. Inoltre, nel rispetto degli scopi statutari e a concreta dimostrazione della sensibilità per l'aggiornamento professionale, l'ANMA è provider iscritto all'ECM.

Questa doverosa premessa per rappresentare alla Federazione ed al Suo illustre Rappresentante nella rinnovata commissione ECM le perplessità e le tensioni che serpeggiano fra i medici competenti che per la maggioranza sono libero professionisti puri, stimabili numericamente tra le 2500 e le 3000 unità contro una minoranza di medici competenti che hanno anche un rapporto a vario titolo con il Servizio Sanitario Nazionale.

I Punti controversi:

- l'obbligatorietà del percorso ECM. Dalla circolare del Ministro Sirchia traspare la volontà di raggiungere tutte le professioni sanitarie, senza però fare riferimento ad un atto normativo che esprima chiaramente questo obbligo. E' necessario a nostro avviso superare un equivoco di fondo che si origina dalla lettura della legge che è indirizzata al personale sanitario che opera per conto del SSN a garanzia delle prestazioni da esso erogate. È infatti cosa ben diversa per il professionista aderire volontariamente ad un percorso formativo o esserne sottoposto obbligatoriamente;
- le modalità di finanziamento dell'ECM e la deducibilità delle spese a carico dei liberi professionisti. Leggiamo nel n.7/8 del luglio-settembre 2002 di "laProfessione" un trafiletto sull'argomento. Ci associamo ovviamente a quanto scritto, sollecitando la deducibilità totale delle spese sostenute assieme alla possibilità di usufruire di un bonus fiscale a parziale rimborso del mancato guadagno per la partecipazione agli eventi accreditati, nel limite del punteggio da raggiungere per ogni anno. E' pleonastico sottolineare, ma è doveroso farlo, la distorsione e l'iniustizia che genera una legge che prevede un doppio binario: l'assistenza gratuita e garantita dal datore di lavoro pubblico per l'operatore sanitario che lavora nel settore pubblico, quella a pagamento diretto per chi opera privatamente;
- il settore disciplinare da privilegiare. È un ulteriore punto su cui si richiede un chiarimento. Si legge che il sistema ECM prevede l'acquisizione di almeno l'80% dei crediti nella branca specialistica di appartenenza. Sarebbe opportuna una conferma ufficiale.

Vorrei concludere questo punto con alcune considerazioni che vorrei definire di ordine etico a garanzia della qualità degli eventi accreditati. Nel corso del 2002 abbiamo assistito ad una pleora di eventi, talora al ritardo della validazione dell'evento e a criteri di valutazione personalizzati, in alcuni casi abbiamo subito la sensazione di un "commercio ECM". Identifichiamo nella FNOMCeO e negli Ordini Provinciali il nostro garante a cui chiediamo assistenza per una qualificata e trasparente validazione degli eventi formativi.

REVISIONE DEL TARIFFARIO NAZIONALE

Abbiamo avuto notizia che sarebbe in corso la revisione del nomenclatore. Dipendentemente, ma anche indipendentemente, da ciò è nostro compito risollecitare la Federazione sull'argomento.

Al proposito ricordiamo che la FNOMCeO con lettera del 22 gennaio 1998, Prot. N. 713, a firma dell'allora Presidente Aldo Pagni ha espresso parere positivo sulle nostre proposte tariffarie, avvallando le motivazioni espresse nella nostra nota del 4 giugno 1997, che alleghiamo.

Alla luce dell'evoluzione registrata dal 1997 ad oggi per l'attuazione del D.Lgs. 626/94 e dei compiti e le responsabilità che ricadono sul medico competente, non solo riaffermiamo le motivazioni e le richieste allora presentate ma, in funzione dell'evoluzione che il decreto sopra menzionato ha avuto in questi anni, riteniamo che un riferimento tariffario minimo e decoroso per la categoria non possa attestarsi al di sotto di 80 Euro orarie o di 40 Euro per visita pro capite. Quanto sopra tanto più se consideriamo che il tariffario per le prestazioni di Medicina del Lavoro a livello regionale ha subito recentemente in qualche caso una rivalutazione percentuale del 70%, come avvenuto in Regione Lombardia per l'applicazione delle tariffe base per l'aggiudicazione di gare (ad esempio seguendo il tariffario regionale del 1993 la visita di medicina del lavoro è rivalutata da euro 13,63 a 23,18; il compenso per la stesura del programma sanitario da euro 51,75 a 87,80).

Confidiamo nella FNOMCeO e ci rendiamo pienamente disponibili ad ogni chiarimento e ad una concreta collaborazione.

Ci è gradita l'occasione per inviare i nostri migliori saluti

**dr. Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente ANMA**

Direttiva ISPELS relativa alla modalità di trasmissione delle cartelle sanitarie

TESTO DIRETTIVA

Al Dr. Fabrizio Oleari
Direzione Generale della Prevenzione
Ministero della Salute
Via della Sierra Nevada, n. 60 - 00144 ROMA

Al Dr. Paolo Onelli
Direzione Generale della D.G. della Tutela
delle condizioni di Lavoro
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Via Fornovo, 8 - 00192 ROMA

OGGETTO: Modalità di trasmissione delle cartelle sanitarie e di rischio ai sensi del D. Lgs n. 626/1994 così come integrato dal D.Lgs n. 25/2002 e successive rettifiche.

Come è noto, ai sensi dell'art. 72-undecies del D. Lgs n. 626/1994 così come integrato dal D.Lgs n. 25/2002 e successive rettifiche, in caso di cessazione del rapporto di lavoro, le cartelle sanitarie e di rischio devono essere trasmesse all'ISPELS da parte del medico competente. Si sottolinea che l'inosservanza di tale obbligo è sanzionato, per il medico competente, all'art. 92 comma 1 lettera a) del D. Lgs n. 626/1994 così come integrato dal D.Lgs n. 25/2002 e successive rettifiche. 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 competente devono trasmettere l'originale della documentazione in busta chiusa, contenente nella parte esterna la seguente dicitura: "contiene documentazione riservata ai sensi della Legge n. 675/1996 e D. Lgs n. 626/1994 così come integrato dal D.Lgs n. 25/2002 secondo le modalità di seguito indicate:

- 1) dentro la busta suddetta dovrà essere inserito il plico sigillato contenente la documentazione relativa a ciascun lavoratore;
- 2) la suddetta documentazione, qualora non sia in forma rilegata, va comunque almeno spillata o numerata;
- 3) il plico deve recare l'indicazione del nominativo del lavoratore, nonché la dicitura "contiene documentazione riservata ai sensi della Legge n. 675/1996 e D.Lgs. n. 626/1994 così come integrato dal D.Lgs n. 25/2002";
- 4) il plico suddetto dovrà essere accompagnato da una lettera del medico competente, 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 lavoro;
 - ragione sociale del datore di lavoro al momento della cessazione del rapporto di lavoro;
 - data di cessazione del rapporto di lavoro
- 5) 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 4).
- 6) La documentazione deve essere trasmessa esclusivamente al seguente indirizzo: I.S.P.E.S.L.- Dipartimento di Medicina del Lavoro- Settore Agenti Chimici- Via Fontana Candida n° 1-00040 Monte Porzio Catone (RM).

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO
(Dr. Antonio Moccaldi)

Ho sempre ritenuto, forse un po' troppo superficialmente, il comma 3 dell'articolo 72 undecies D.Lgs. 626/94, di cui all'oggetto, come un obbligo a carico del datore di lavoro, pur tramite il medico competente o altri in grado di garantire il segreto professionale. È infatti il datore di lavoro che ha tutte le informazioni riguardanti i dimessi: il medico che ne sa? In effetti, come dice ISPELS, l'articolo 92 sanziona il medico competente per le inadempienze di tutto l'articolo 72 undecies, e non solo del primo comma come pensavo. Del resto non mi pare che la norma stabilisca termini precisi entro i quali occorre inoltrare la documentazione e fino a ora io non sapevo proprio dove mandarla. Continuo a non capire cosa serve mandare a Monteporzio Catone TUTTE le cartelle dei dimessi, tuttavia se le cose stanno effettivamente così, ritengo utile una news o una circolare che consigli in dettaglio a tutti i soci come comportarsi:

1. inviare uno scritto a tutti i datori di lavoro interessati che ancora non avessero potuto provvedere per l'allestimento della documentazione di tutti i dimessi dal 21.06.02, entrata in vigore della norma.
2. avvertire i datori di lavoro che senza una periodica, costante e precisa informazione scritta al medico questi non è in condizione di ottemperare alla norma. Tale informazione può essere costituita da un modulo che riporti i dati richiesti da ISPELS nella lettera di accompagnamento. Occorre comunque stabilire una periodicità precisa per quei casi in cui il medico non è presente quotidianamente in azienda.
3. stabilire una procedura comune che stabilisca bene chi fa che cosa:
 - preparazione delle lettere di accompagnamento (compito più agevolmente assolvibile da personale amministrativo che non dal medico, quando possibile)
 - allestimento della documentazione, comprese eventuali copie che le aziende volessero trattenere per propria informazione futura, a carico del medico in assenza di personale sanitario altrettanto tenuto al segreto professionale o a tal scopo precisamente incaricato ai sensi della legge 675/96 "privacy". Io penso che anche personale non sanitario possa "maneggiare" dati sanitari se precisamente, formalmente e dettagliatamente incaricato per iscritto dal responsabile del trattamento dei dati ai sensi L. 675/96, come succede per esempio in ospedali e po-

liambulatori. Se tale mia opinione fosse confermata da qualcuno legalmente più autorevole, forse si potrebbe avviare ad alcune delle incombenze burocratiche che sembrano spettare al medico;

- inoltro della documentazione a cura del medico, che firmerà le lettere di accompagnamento, precisando che i dati sono stati forniti dal datore di lavoro, non avendo il medico accesso ai dati personali dei dipendenti, se non per le cartelle sanitarie. L'inoltro per posta (non vedo altre possibilità) è consigliabile mediante AR, per documentare l'avvenuto adempimento agli obblighi normativi. Sarà meglio precisare con il datore di lavoro modalità di spedizione e relativi costi. Vedo già folle di medici competenti in coda agli sportelli postali per spedire pacchi di carte inutili...

Sarà meglio anche valutare il tempo che il medico dovrà comunque perdere per questi adempimenti e se questo tempo risulta già equamente retribuito dal contratto in corso...

Voi che ne pensate? Qualcuno aveva già provveduto?

Ma non c'è proprio speranza che una simile boiata possa essere eliminata o quanto meno che una si arrivi a una norma SOLA che finalmente regolamenti forme, contenuti, modalità di trasmissione e archiviazione di registri, cartelle e quant'altro previsto da 626/94, 277/91 e dal resto della normativa? Non doveva pensarci proprio l'ISPESL?

A volte ho l'impressione che, proprio sugli agenti chimici (vedi i molti algoritmi automatici più o meno informatizzati che girano...), molti si preoccupino di trasformare i medici in bravi ragionieri, senza nulla togliere a quest'ultimi, ai quali secondo la stessa logica, sempre più saranno demandate le attività di prevenzione, diagnosi e cura, come già avviene in ampi settori del SSN!

Gilberto Boschioli

...

Anche io manifesto pubblicamente la mia lettura che evidentemente è stata superficiale.

Ero convinto che la responsabilità fosse del datore di lavoro, tanto che ricevendo la comunicazione dell'ISPESL volevo immediatamente telefonare ad Antonio Moccaldi per fargli presente l'anomalia. Per fortuna ho avuto altro da fare in quel momento, ripromettendomi i rileggere prima la legge.

Apprezzo il contributo di Gilberto e chiedo a tutti cosa fare. Credo che la procedura indicata sia da condividere e da diffondere. Propongo un rapido giro di email e poi diffondere la nostra decisione e i nostri consigli, oltre che trovare una strada per fare presente all'ISPESL le difficoltà operative che ne conseguono.

Giuseppe Briatico

...

Condivido perplessità e draft di procedure. Le difficoltà sono poi le stesse nelle piccole realtà, vale a dire quando il medico non è presente frequentemente, che si incontrano quando si deve consegnare alle persone copia della cartella all'atto della dimissione. (ed è un obbligo del datore di lavoro: ma chi fotocopierà le cartelle?).

Non vi capita che le persone si dimettano da un giorno con l'altro, e non si fa in tempo a fargli firmare un atto di avvenuta consegna? gli spedito il plico a casa? Fa fede la ricevuta AR?

Questa seconda complicazione è estesa non solo ai "chimici" ma a tutto il resto, VDT compresi.

E delle cartelle dei temporanei o comunque di chi è stato esposto meno di un certo tempo cosa se ne farà l'ISPESL? Sarà in grado di ricostruire per ciascuno eventuali sommatorie di esposizioni (che avrebbe un senso). Non si può chiedere una deroga per esempio al di sotto dei 6 mesi?

M. T. Iacovone

PS Se fossi un venditore di timbri farei un pensierino...

...

Come gli altri condivido perplessità ed intravedo grosse difficoltà legate soprattutto alle piccole e medie aziende. Anche nelle grandi non è che poi sia più facile ma forse l'organizzazione può aiutare.

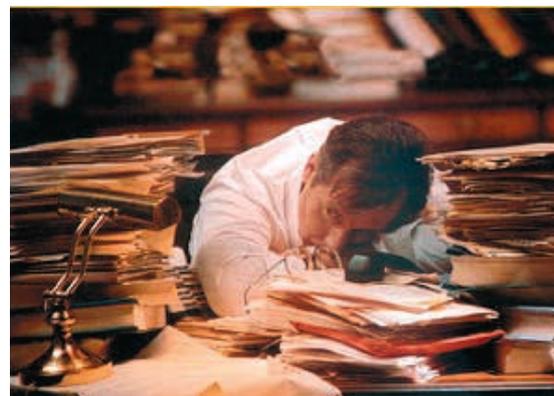
Cosa fare? Si potrebbe pensare, se questa follia non può essere modificata, di adottare quanto si attua per il personale esposto a radiazioni con tutto l'aggravio organizzativo che ne consegue.

Inoltre dal punto di vista associativo intraprendere "subito" una azione politica di chiarimento e di verifica agli organismi competenti.

Enrico Proto

...

Mi sorprende... la sorpresa, la rabbia e l'angoscia con cui è stata recepita la circolare ISPESL sulla trasmissione delle cartelle sanitarie per il rischio chimico. Chiunque si è interessato di Sorveglianza Medica della Radioprotezione, sa bene di cosa si tratta. Da almeno un trentennio i Documenti Sanitari Personali dei lavoratori esposti a Radiazioni Ionizzanti, all'atto della interruzione del rapporto di lavoro, ai sensi dell'Art. 81 del D.P.R. 185/64 e poi ai sensi dell'Art. 90 del D. Leg. 230/95, dovevano essere inviati a Roma, a cura del Medico Autorizzato, all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro. Il D. Leg. 230/95 disponeva che il Medico Autorizzato inviava contestualmente al Documento Sanitario Personale anche la Scheda Dosimetrica che gli doveva essere fornita dall'Esperto Qualificato per il tramite del Datore di Lavoro. Dall'agosto 2000 le finalità di archivio della suddetta documentazione vengono gestite dall'ISPESL di Monteporzio Catone con le modalità di cui alla circolare ISPESL n. 2260 del 03.03.2003. Non sorprende che questo compito sia stato affi-



dato al Medico Autorizzato (e per il rischio chimico al Medico Competente) e a nessun altro perché il trattamento dei dati sanitari, dati particolarmente sensibili, non può essere delegato a nessun'altra figura aziendale, e tanto meno a figure amministrative, anche se sostanzialmente si tratta di un adempimento amministrativo. Anche la duplicazione dei Documenti Sanitari (da consegnare agli interessati e MAI al Datore di Lavoro) sono compito del Medico Competente o di un Suo incaricato (Delegato per trasmissione del segreto professionale) per gli stessi motivi di cui sopra.

Altro discorso è quello di "chi deve sostenere le spese di spedizione dei plichi sigillati e riservati". Questo è un compito che può assolvere il Datore di Lavoro (senza che i Medici Competenti facciano la fila alle poste) e, per mia esperienza, nessun Datore di Lavoro fino ad oggi si è rifiutato di farlo. Fa fede la ricevuta della raccomandata a.r. e la cartolina di ritorno della raccomandata stessa allegati alla copia della lettera di accompagnamento dei plichi.

Per la Radioprotezione i termini di spedizione sono stabiliti "entro sei mesi dalla data di sospensione di attività (Art. 90, comma 4 D. Leg. 241/2000)". Per il Libretto Sanitario e di Rischio per similitudine (non essendo specificato da nessuna parte) possono, a mio avviso, valere le stesse regole. Come faccia l'ISPESL ad archiviare la documentazione, cosa se ne faccia dei Libretti, come possa calcolare le esposizioni, e quanto altro, sono tutti problemi che io lascio all'ISPESL, così come per anni li ho lasciati all'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro di Roma per i Documenti Sanitari Personali della Sorveglianza Medica della Radioprotezione. Personalmente non ho mai incontrato difficoltà né con grandi aziende (250 - 300 esposti) con presenza frequente del Medico Autorizzato e/o Competente, né con piccole aziende (2 - 3 esposti) con presenze sporadiche del Medico. Di conseguenza, a mio personale, sommerso avviso, piuttosto che intraprendere una battaglia contro i mulini a vento, forse vale la pena di acquisire la procedura... ed attuarla senza angosce particolari.

Francesco Gazzero

Divieto di fumo sui luoghi di Lavoro: un aggiornamento

Il D.Leg. n° 25 (02.02.02) sul rischio chimico e la L. n° 39 (01.03.02) di modifiche al D.Leg. 626/94, nonché la monografia Iarc Monographs (Vol. 83) Tobacco Smoke and Involuntary Smoking pubblicata nel giugno 2002 dalla International Agency for Research on Cancer (IARC), hanno violentemente riproposto, ove mai ce ne fosse stato bisogno, il problema oramai annoso del fumo passivo sui luoghi e negli ambienti di lavoro.

Negli ultimi decenni sono stati numerosissimi gli studi scientifici e le ricerche epidemiologiche sui danni alla salute prodotti dal fumo volontario.

Questi studi e queste ricerche, se in principio erano mirati a valutare i danni per la salute dei soggetti fumatori, un po' alla volta hanno concentrato la loro attenzione sui danni che il fumo può arrecare anche a soggetti che involontariamente vi sono esposti.

Sono diventati pertanto di piena attualità le preoccupazioni legate alla "esposizione a fumo di tabacco" in ambienti confinati.

Già il D.P.R. 303/56 all'Art. 9 "... aria

salubre in quantità sufficiente" e all'Art. 20 "... gas o vapori irrespirabili o tossici ... odori e fumi di qualunque specie", dettava norme di carattere generale per la tutela dei lavoratori, senza considerare specificamente il fumo di sigaretta come fattore di rischio.

È opportuno sottolineare che allora come adesso il fumo di sigaretta sui luoghi di lavoro, sia quello diretto che quello passivo o indiretto, non deriva da una lavorazione o da una attività produttiva, essendo per sua stessa natura estraneo ai processi produttivi aziendali, ma è frutto di "liberi comportamenti dei lavoratori non costituzionalmente coperti (Sentenza Corte Costituzionale 399/1996)".

Pur tuttavia l'Art. 21 della L. 39/2002, impone al Datore di Lavoro di "valutare tutti i rischi", quindi anche quelli non tabellati come il fumo di sigaretta. Anche il Titolo VII bis del D.Leg. 626/94 - Protezione da agenti chimici, rafforza la necessità di includere il fumo di sigaretta tra i fattori di rischio da valutare, soprattutto in occasione della rivisitazione critica del Documento di Valutazione dei Rischi cui il Datore di Lavoro è tenuto a seguito del D.Leg 25/02 per la valutazione del rischio chimico moderato.

Approfondite ricerche analitiche infatti hanno dimostrato la presenza, nel fumo di tabacco, di oltre cinquecento composti chimici, molti dei quali a potenzialità tossica, cancerogena o genotossica.

Volendo citare solo quelli più noti si riconoscono tra gli irritanti l'acroleina, la formaldeide, l'ammoniaca,

l'ossido di azoto, il particolato; tra i tossici il monossido di carbonio, il benzene, il cianuro, la nicotina; tra i cancerogeni gli idrocarburi policiclici aromatici, le ammine aromatiche, le nitrosammine e così via.

È inoltre dimostrato che la concentrazione delle sostanze sopra citate è più elevata nel fumo indiretto o passivo (sidestream) che in quello diretto o del fumatore (mainstream), anche se non è ancora ben chiaro il meccanismo di azione di questo fenomeno.

Molti di questi composti sono ben tristemente noti anche all'uomo della strada per i disagi alla popolazione creati dalla loro stagnazione sulle nostre città, con inquinamento dell'aria respirabile per valori di inquinanti a volte molto superiori al consentito, conseguente blocco della circolazione veicolare privata, etc.

Già da tempo si conosceva il rapporto diretto tra fumo di sigaretta e danno polmonare e/o cardiovascolare nel fumatore, ma un po' alla volta numerose indagini epidemiologiche condotte in numerose Nazioni Europee ed in America hanno potuto dimostrare una notevole incidenza di problemi respiratori acuti e cronici in familiari di soggetti fumatori, specie bambini ed adolescenti, nonché aumento del rischio coronarico nell'adulto.

L'Iarc, nella sua monografia del 2002, ha classificato il fumo indiretto o passivo tra i cancerogeni del gruppo 1, cioè tra le sostanze cancerogene per l'uomo, ritenendo di aver raccolto sufficienti indicazioni a sostegno del nesso causale tra esposizione al rischio e comparsa di neoplasie polmonari. Nella stessa monografia viene riferito un incremento di tumori polmonari del 3 % circa negli ambienti lavorativi per l'esposizione a fumo passivo.

È pur vero che, per quanto autorevoli, le indicazioni dell'Iarc non sono norme legislative per cui, di per se, non possono rappresentare obblighi per il Datore di Lavoro ai fini della Tutela della Salute dei Lavoratori sui Luoghi di Lavoro, ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, cui fa capo lo Iarc, finirà con l'influenzare notevolmente il legislatore da cui si attendono indicazioni precise e circostanziate, che allo stato ancora non esistono, circa le norme di tutela per i danni causati dall'esposizione a fu-



mo passivo in ambiente di lavoro. Quali sono quindi, oggi, gli obblighi del Datore di Lavoro e di conseguenza dei Dirigenti e dei Preposti. L'Art. 4 D.Leg. 626/94, così come modificato dall'Art. 21 della Legge Comunitaria 2001, amplia il campo di azione per la Valutazione del Rischio per cui molti cultori della materia ritengono che il fumo passivo non possa essere escluso dalla valutazione del rischio, ciò anche in virtù della Sentenza della Corte di Giustizia Europea che sollecita l'Italia ad una maggiore osservanza della normativa prevenzionistica, con la conseguente interpretazione che "l'attività valutativa ... deve essere svolta al più ampio raggio". Ne consegue che, sia che si consideri il fumo passivo come sostanza cancerogena per l'uomo, sia che lo si

includa tra gli agenti chimici pericolosi di cui al Titolo VII bis, il Datore di Lavoro non può esimersi dall'obbligo di applicare tutte le norme generali di Valutazione del Rischio e di adottare tutte le misure idonee a tutelare l'integrità fisica dei lavoratori. Alcune Sentenze Pretorili, partendo da presupposti comuni quali il riconoscimento della dannosità del fumo passivo, la possibilità di eliminazione del rischio cancerogeno solo con l'eliminazione del fumo, il diritto soggettivo alla salute (Art. 32 della Costituzione), il diritto al risarcimento dell'eventuale danno, e così via, pur concludendo con l'imposizione di obblighi più o meno drastici al Datore di Lavoro, hanno tutte "individuato il fondamento del dovere del Datore di Lavoro di garantire la salubrità dell'aria e di prevenire i rischi da fumo passivo".

Per tutto quanto precede, pur in assenza di norme legislative ad hoc, si ritiene che il Datore di Lavoro debba prendere in seria considerazione il problema del fumo passivo sui luoghi di lavoro adottando tutte quelle misure che riterrà opportune e necessarie per tutelare i non fumatori dai rischi rappresentati dalla esposizione a fumo passivo.

Non essendoci però ancora riferimenti "quantitativi" della pericolosità del fumo passivo, il Datore di Lavoro non è oggi in grado di valutare le conseguenti misure di prevenzione.

La proposta da qualche parte avanzata di un divieto assoluto di fumo, sic et simpliciter, in tutti gli ambienti di lavoro di una Azienda, divieto che solleverebbe il Datore di Lavoro dall'obbligo della Valutazione del Rischio per quanto attiene al fumo, mostra tutta la sua difficile applicabilità, ove non si mettessero in atto

appositi correttivi, per i pesanti contraccolpi sulla gestione del personale e sull'organizzazione del lavoro in Azienda, nonché per la violazione dei "liberi comportamenti" dei fumatori legittimamente riconosciuti dal nostro sistema giuridico. Fino ad oggi nessuno ha suggerito



norme di comportamento, o come si dice oggi più propriamente linee guida, per la soluzione di questo annoso problema, norme che siano accettabili ed accettate un po' da tutti.

Vengono proposte delle soluzioni e quella che ricorre più frequentemente disporrebbe il divieto di fumo in tutti gli ambienti di lavoro, identificando e destinando contestualmente specifici spazi ai fumatori dove detto divieto non ci sia.

Il Datore di Lavoro deve però mettere in atto ogni mezzo per tutelare la salute di tutti i lavoratori, quindi anche dei fumatori, e di conseguenza gli spazi destinati ai fumatori devono essere o all'aperto o dotati di adeguati impianti di areazione e condizionamento che garantiscano un sufficiente ricambio d'aria tanto da rendere l'aria "salubre".

Entrambe le soluzioni però non sono prive di difficoltà.

La prima, cioè gli spazi all'aperto, dovendo prevedere completo isolamento da tutti gli spazi lavorativi, dovrà orientare la scelta verso terrazze, cortili, piazzali, etc. e dovrà, ovviamente, tener conto delle variazioni climatiche stagionali, il che comporterà di conseguenza coperture adeguate ed almeno un minimo di protezione contro le perfrigerazioni; nel secondo caso, cioè ambienti chiusi riservati ai fumatori, si dovranno approntare apparecchiature idonee a consentire una buona ventilazione con ricambio d'aria non inferiore a 40 m³/h per persona (norma UNI 10339) tenendo comunque presente che anche un impianto idoneo e ben funzionante non consente la completa eliminazione degli inquinanti prodotti dal fumo di sigarette specie per quanto attiene al particolato (polveri sottili, fini e finissime).

Non va dimenticato inoltre che anche gli ambienti per fumatori devono essere ben isolati da tutti gli altri spazi lavorativi considerando la rapidità di diffusione del fumo negli ambienti adiacenti alla fonte di fumo diretto e l'alto livello di inquinamento rappresentato dalle sostanze in esso contenute.

Un ulteriore problema sarà rappresentato dalle procedure da mettere in atto per evitare abusi e/o speculazioni da parte di qualche fumatore per cui, forse, l'accesso ai luoghi riservati ai fumatori potrebbe essere gestito con il badge aziendale per consentire l'eventuale recupero delle pause/fumo.

Comunque si pensi di affrontare il problema, non c'è dubbio che sarà opportuno tenersi pronti ad indicare con chiarezza, nell'am-

bito della propria Azienda, tempi, sistemi e modalità prescelti per la tutela dei non fumatori nei confronti dei rischi da fumo passivo.

Dopo incertezze, dubbi e perplessità l'11 dicembre 2002 la Camera dei Deputati ha approvato l'insieme delle regole finalizzate alla tutela della salute dei non fumatori, inserendole nel collegato alla Finanziaria 2002.

Le disposizioni fino ad ora approvate sono: il divieto di fumare in tutti i locali chiusi, ad esclusione delle abitazioni private e degli ambienti riservati ai fumatori; gli organi di controllo, stabiliti dalle Regioni; le soluzioni impiantistiche per il ricambio d'aria.

Il testo è già passato al Senato e se ne prevede l'approvazione in tempi relativamente brevi.

Uomo avvisato ... con quel che segue. ■

Francesco Gazzero
Sezione campana

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.fumo.it>
- IARC Monographs Tobacco Smoke and Involuntary Smoking- Vol. 83 - giugno 2002.
- Il fumo passivo negli ambienti di lavoro. G. Lageard - Ambiente e Sicurezza . n. 22 e 23/2002.
- Il fumo passivo negli ambienti di lavoro. G. Lageard- Ambiente e Sicurezza n. 1 e 2 /2003.
- D.Leg. 02.02.2002 n° 25 - Rischio da Agenti Chimici.
- L. 01.03.2002 n° 39 - Modifiche all'Art. 4 D.Leg. 626/94 - Legge Comunitaria 2001.
- D.Leg. 626/94 - Titolo VII bis - Protezione da Agenti Chimici.
- Proposte operative sulle modalità del divieto di fumo. V. Cangiano - C.T.P. dicembre 2002.

SEA**SICURA E ASSISTENZA**

Prevenzione e Salute in Outsourcing



IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO
COMPETENTE, SVOLGIAMO:

- VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI STRUMENTALI PRESSO LE AZIENDE
- SERVIZIO LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE E TOSSICOLOGIA INDUSTRIALE A QUALITA' CERTIFICATA ISO 9002
- SERVIZI DI OUTSOURCING PER L'ALLESTIMENTO E LA GESTIONE DI AMBULATORI E PRESIDII DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE
- CONSULENZA TECNICA PER LA SICUREZZA, L'AMBIENTE E L'IGIENE INDUSTRIALE
- CORSI DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEL PERSONALE AI SENSI DEL D. LGS. 626/94



SERVIZI RISERVATI ESCLUSIVAMENTE AI MEDICI ASSOCIATI ANMA

- UTILIZZO STUDI MEDICI CON SERVIZIO DI SEGRETERIA
- UTILIZZO SALA DIDATTICA PER CORSI DI FORMAZIONE
- UTILIZZO UNITA' AMBULATORIALE MOBILE POLISPECIALISTICA



**Prevenzione e Salute in Azienda
come fattori critici di successo**

SEA Sicura e Assistenza

Via Torquato Tasso, 29
20099 Sesto San Giovanni (Milano)
Tel. 02.2622.2156 - Fax 02.2626.3511
E-Mail: info@seaoutsourcing.it

Gruppo

POLIMEDICAL
CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO



Lo stress legato all'attività lavorativa, "sale della vita o veleno mortale?": una esperienza

PREMESSA

Parlare di stress è fonte di ... stress, già a partire dalla etimologia di questa parola di dimensione mondiale, anzi planetaria: dall'inglese *stresse* (sofferenza, patimento), dal francese *estresse* (ristrettezza), dal volgare *strictia* e dal latino *strictus* (stretto), dal participio passato del verbo latino *stringere* (legare, stringere). L'immagine che evoca questa parola è di un paio di scarpe nuove. Seguendo la concettualità di Selye (1970), lo studioso che ne ha coniato il concetto biologico, lo stress rappresenta "il ritmo di usura dell'organismo", una sorta di stimolo che prepara l'organismo all'azione. Sempre secondo Selye (1970), "ciò che è stressante per una persona può non esserlo per un'altra".

Tutti viviamo di stress, ora "sale della vita", ora "veleno mortale", poiché esso segue percorsi influenzati da variabili strettamente individuali. Infatti la capacità di instaurare efficaci meccanismi di protezione e adattamento, il cosiddetto *coping* (insieme di pensieri ed azioni messe in atto per fronteggiare situazioni di pericolo), rappresenta una variabile individuale che rende i soggetti più o meno suscettibili alle conseguenze dello stress.

Il nostro organismo, talvolta, ha bisogno di "premere sull'acceleratore", di "darsi una scrollata", di accettare "le sfide" per poter rendere meglio. Non vi è alcun motivo pregiudiziale di prevenire le sfide poiché ogni sfida ha in sé un insegnamento di esperienza che consente un uso sapiente dell'energia indotta dallo stress che, in questo caso, diventa "sale della vita o eustress", stimolo sano accompagnato da un senso di salute, di produttività, di vitalità e di benessere per l'individuo riflettendosi positivamente sulla organizzazione e sulla comunità lavorativa e sociale in generale.

Ma non sempre e non per tutti è proprio così. Talora lo stress diventa "veleno mortale o distress", stimolo negativo che attiva meccanismi di ordine psicologico, comportamentale e fisico che si ripercuotono sull'equilibrio psico-fisico dell'individuo con ricadute sull'efficienza lavorativa e sulla relazione sociale.

L'organo bersaglio in cui si sviluppa la patologia stress correlata è generalmente funzione di una predisposizione individuale: l'apparato cardiovascolare, quello digestivo, la sfera sessuale, il sistema muscolo-scheletrico, la psiche, il sistema immunitario, ora singolarmente coinvolti, ora in combinazione fra di loro. La



reazione allo stress e le sue conseguenze rispondono a biochimismi davvero complessi, ancora non del tutto chiariti, che coinvolgono delicati assi ormonali. *Sale della vita* se non viene superata una soglia, che è assolutamente personale e variabile; *veleno mortale* quando la si supera. Da qui in avanti si apre la porta ad un *loop* lesivo che si autoalimenta presentandosi in variegata configurazione di differente livello di espressività e di gravità: da una sporadica extrasistolia all'infarto miocardico; dalla dispepsia all'ulcera gastrica; dai disturbi del sonno a gravi forme depressive e persino psicotiche.

Il fenomeno *stress legato al lavoro* sta assumendo nel mondo dimensioni preoccupanti, in assoluta con-

trotendenza rispetto alle tradizionali patologie causate dal lavoro.

Nelle società industriali avanzate le metodologie di prevenzione e l'attuazione di criteri cautelativi hanno infatti determinato una drastica riduzione delle tradizionali patologie lavorative, mentre le crescenti aspettative di benessere, di espressione di potenzialità, capacità ed aspirazioni inducono sovente situazioni di frustrazione e disagio psicologico, che da un parte conducono a patologie d'organo più o meno sfumate, come già detto, ma anche in alcuni casi ad una "discreta ed incisiva" emergenza psichiatrica (Micklenburgh, 1990), come testimonia la se-

conda delle due esperienze presentate in questa nota.

Il *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 1999) ha posto i disturbi psicologici tra le prime dieci cause di patologie professionali. Secondo i dati emersi dalla "Second European Survey on Working Condition" pubblicata nel 1996 dalla *Working Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* di Dublino, il 28% dei lavoratori dell'Unione Europea soffre di disturbi associati allo stress lavorativo, secondo

solo al "mal di schiena" che vanta il 30%, con 600 milioni di giorni lavorativi persi. Nel Regno Unito ogni anno vengono persi 80 milioni di giorni lavorativi per malattie mentali, mentre negli Stati Uniti questo dato raggiunge i 200 milioni. In Australia secondo i dati raccolti nel 1994 dal *Federal Assistant Minister for Industrial Relations* il costo dello stress da lavoro si aggirava sui 30 milioni di dollari australiani. Sempre in Australia uno studio del 1999 (Deloitte & Touche Consultino Group, 1999) sull'assenteismo correlato allo stress, condotto su una popolazione di operatori telefonici relativi a 126 *call centers*, ha evidenziato un costo di 150 dollari per operatore per anno per complessivi 7,5 milioni di dollari



australiani, pari a circa 4,5 milioni di euro.

Lo stress da lavoro coinvolge ogni settore produttivo e di servizi, così come ogni figura professionale, seppure con percentuali diverse: dal 35% nel settore dei servizi, al 21% nella manifatturiera, al 9% nei trasporti, secondo una statistica sull'assenteismo dovuta a stress pubblicata nel 1997 dal *Bureau of Labor Statistics*; il 71% dei manager, il 28% delle forze impiegate e operaie, secondo la Fondazione di Dublino.

Nei primi mesi del 2001 60 denunce per malattie causate da stress e disagio lavorativo sono state inviate all'INAIL. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di lavoratori di aziende private (80%), di sesso maschile (60%), di mezza età (nella fascia dai 40 ai 50 anni), con grado di scolarizzazione medio-alto (oltre il 20% di laureati) (Camusi et Al, 2001).

Tutto ciò è messo in relazione con i più recenti sconvolgimenti delle tecniche produttive e dei modelli organizzativi delle strutture economiche che hanno accentuato la problematica, introducendo ulteriori componenti di disagio e fattori di criticità emotiva. Il cambiamento del modo di lavorare è conseguente al passaggio da un'economia di scala, basata sulla quantità di prodotto, ad una economia di risposta, che deve essere appropriata e tempestiva nel cogliere le opportunità estemporanee del mercato (Millard et Al, 1990). L'evoluzione di questi nuovi assetti è avvenuta in modo repentino, nella quasi totale indifferenza delle possibili ripercussioni in termini di disagio psicologico.

Dobbiamo infatti considerare che la specie umana nel corso della sua esistenza ha sperimentato un numero piuttosto limitato di mutamenti radicali nella vita lavorativa. Dal primo mutamento avvenuto circa 10.000 anni fa quando le tribù nomadi dedite alla caccia hanno cominciato a

praticare l'agricoltura, dobbiamo saltare a pochi secoli fa per registrare un nuovo sostanziale cambiamento con l'avvento della rivoluzione industriale. Attualmente stiamo vivendo una terza fase di transizione verso un'era postindustriale caratterizzata dall'economia dell'informazione, dalle ristrutturazioni aziendali conseguenti al processo di globalizzazione, dall'introduzione di nuove tecnologie (computerizzazione, robotizzazione, biotecnologie), dall'adozione di nuove filosofie di gestione, una maggior diversificazione della forza lavoro e aspettative più elevate da parte dei lavoratori. Per la prima volta nella storia dell'umanità questi mutamenti si succedono a ritmo vorticoso. È sotto gli occhi di tutti noi il cambiamento del mondo del lavoro: *outsourcing*, nuove tipologie contrattuali quali *job call* e *job sharing*, *lo staff leasing*.

Queste rapide trasformazioni sono a loro volta *stressor*, condizioni che causano *stress*, che si traducono nel nostro organismo in manifestazioni fisiologiche, psicologiche e comportamentali (il cosiddetto *strain*) i cui effetti possono avere ripercussioni positive o negative; "*sale della vita o veleno mortale*".

La Commissione Europea afferma nella "*Guida sullo stress legato all'attività lavorativa*", pubblicata nel 1999 per orientare gli Stati Membri ad affrontare il sempre più rilevante problema dello stress lavorativo e delle sue conseguenze per l'individuo, per la comunità lavorativa e per la società sociale, che "*lo stress è inevitabile. Ciò che invece non è inevitabile è il disagio prolungato, ricorrente e/o intenso*".

La dimensione del fenomeno e le ricadute sulla condizione di salute ed economiche dell'individuo e della comunità lavorativa e sociale, che in alcuni casi assumono franchi aspetti di emergenza, richiamano l'urgenza di attuare un programma di prevenzione i cui elementi chiave, selezionati e validati dalla Commissione Europea sulla scorta di modelli teorico-pratici, sono tesi alla cura dell'organizzazione del lavoro.

Semplici indicatori possono indirizzare diagnosi e prognosi di una condizione di stress legata alla organizzazione del lavoro: l'aumento dell'assenteismo per malattie di breve durata; l'aumento degli indici infortunistici, degli incidenti e di quelli mancati, dei comportamenti a rischio; la perdita di motivazione e di

impegno; l'incremento della percentuale di errori; la presenza di individui che lamentano disturbi psicologici e psicosomatici e psicosomatici, come testimonia la nostra esperienza.

Ognuna di queste condizioni può oggi essere misurata grazie a questionari dedicati, validati ed adattati al sistema sociale ed alla cultura del nostro Paese, che fotografano lo stato ed il livello di stress della forza lavoro, aprendo due distinti processi fra loro fortemente integrati: la cura dell'organizzazione aziendale; la cura dell'individuo patologicamente "stressato".

Mens sana in corpore sano, attuando un processo teso alla promozione e alla tutela del benessere psicofisico della comunità di lavoro in una accezione già compresa nei canoni della prevenzione.

Il "Medico Competente" ha sviluppato le competenze per prendersi cura di quel contenitore di risorse umane e di esigenze organizzative che si chiama "azienda".

Tutto ciò non può prescindere dal recepire di istanze integrate tra medicina del lavoro, psicologia, psichiatria e competenze di organizzazione del lavoro, in una contestualizzazione ancora difficile, ma estremamente stimolante, sia in ambito metodologico che organizzativo.

Infatti il Medico Competente sempre più spesso è chiamato a pronunciarsi su stati di sofferenza psicologica di origine professionale (stress, burn-out, mobbing) in cui esprimere, fra l'altro, il giudizio di idoneità alla mansione specifica anche per mansioni complesse che comportano gravose responsabilità verso terzi. In considerazioni della criticità della tematica e della aneddotica della letteratura specialistica, riteniamo utile aggiungere la nostra esperienza professionale descrivendo una casistica sviluppatasi in una multinazionale chimica. La nostra esperienza descrive il risultato di una efficace integrazione nel contesto aziendale tra management, medico competente, psichiatra e servizi territoriali di assistenza, una sorta di insperata simbiosi mutualistica che ha superato le barriere e le tradizionali difficoltà.

L'ESPERIENZA

Il caso descritto riflette quanto sta accadendo da anni nel mondo del lavoro: azienda multinazionale, chimica nel nostro caso, nella turbolenza del mercato globale, della ristrutturazione

DATI GENERALI DELL'AZIENDA

Tab. 1 - Personale in suddiviso per fasce di età

Fasce anz.	Dirigenti	Quadri	Impiegati	Operai	TOTALE
10/20	-	-	-	3	3 (0.3%)
20/30	-	5	46	121	172 (17.1%)
30/40	4	61	303	130	498 (49.6%)
40/50	18	54	119	30	221 (22.0%)
50/60	19	33	49	9	110 (11.0%)
>60	-	-	-	-	- (0.0%)
TOTALE (100%)	41 (4.1%)	153 (15.2%)	517 (51.5%)	293 (29.2%)	100

Tab. 2 - Personale in suddiviso per fasce di anzianità lavorativa

Fasce anz.	Dirigenti	Quadri	Impiegati	Operai	TOTALE
00/10	2	33	116	149	300 (39.5%)
10/20	21	61	214	40	336 (44.3%)
20/25	3	4	25	4	36 (4.7%)
25/30	3	10	28	8	49 (6.5%)
>30	7	14	17	-	38 (5.0%)
TOTALE (100%)	36 (4.7%)	122 (16.1%)	400 (52.7%)	201 (26.5%)	759

Tab. 3 - Scolarità dipendenti

Qualifica	Laureati	Diplomati	Altro	TOTALE
Dirigenti	38	3	-	41 (4.1%)
Quadri	93	54	7	153 (15.2%)
Impiegati	32	367	118	517 (51.5%)
Operai	34	201	58	293 (29.2%)
TOTALE	196 (19.5%)	625 (62.2%)	183 (18.2%)	1004 (100%)

turazione, del cambio dell'assetto azionario.

Background

Il management avverte un diffuso disagio, in particolare in un centro strategico di ricerca e sviluppo e di produzione avanzata, dove sono occupati oltre 1000 dipendenti.

Questa realtà industriale è articolata su più livelli operativi: impianti di produzione, funzioni logistiche e amministrative, rilevante attività di ricerca e sviluppo.

La tabella che segue fotografa la distribuzione della forza lavoro per ruoli di responsabilità, età anagrafica, anzianità lavorativa e livello di scolarità.

Come si osserva la forza impiegatizia rappresenta oltre i 2/3 della forza lavoro complessiva. Ciò è tipico di un assetto produttivo moderno con

alto livello di automazione. In questo scenario i ruoli di controllo sono dominanti. Ne consegue che sono rilevanti le aspettative di progressione di carriera strettamente connesse con giudizi di competenza e di valore. La preminenza del ruolo impiegatizio implica, inoltre, la rilevanza di rischio per conflitto di ruolo, frequente nelle "posizioni di confine" come i quadri, qui significativamente rappresentati.

La società in oggetto ha tutte le peculiarità di una organizzazione produttiva moderna di ampie dimensioni, e con connotazione internazionale. Ciò comporta aspetti positivi propri di queste strutture: carichi e ritmi lavorativi controllati e distribuiti, progettualità dei compiti, flessibilità delle mansioni, opportunità di carriera e di affermazione personale; ma anche rilevanti fattori di destabilizzazione: *out-sourcing*, sub-appalto,

globalizzazione, domanda di flessibilità in termini di numero, funzioni e capacità, ambiguità e insufficienza di ruolo.

Queste condizioni sono avvertite come elementi di insicurezza che si ripercuotono nel nostro caso su una popolazione prevalentemente giovane (il 67% del nostro campione ha meno di 40 anni di età), ma anche su soggetti appartenenti a quelle fasce di età dove recepire queste istanze può comportare un disagio non trascurabile.

Il disagio organizzativo di cui era affetta l'azienda è emerso dall'analisi dei seguenti sensori:

- l'osservazione di sospetti casi "stress", di disturbi psichiatrici minori, il consumo di farmaci antidepressivi e ansiolitici, concentrati nel tempo, emersa durante l'esercizio della sorveglianza sanitaria;
- la contestuale segnalazione di

segue >>

comportamenti anomali e talvolta pericolosi per il contesto lavorativo da parte dell'ufficio personale;

- l'osservazione di tre casi di manifesto disagio occupazionale;
- un diffuso e serpeggiante malessere.

L'esperienza

Il processo di assessment della condizione di stress legato al lavoro è stato condotto per fasi successive:

1. ricognizione delle situazioni di probabile o possibile stress lavorativo attraverso:
 - colloquio con i responsabili delle diverse funzioni aziendali per raccogliere ogni notizia utile a dimensionare il fenomeno. L'azione era anche finalizzata a "sensibilizzare i capi";
 - analisi retrospettiva degli indici di assenteismo per malattia, suddivisi per unità funzionale/reparto;
 - analisi retrospettiva delle statistiche sanitarie e della casistica relativa a patologie stress correlate;
 - analisi retrospettiva degli indici di frequentazione del servizio sanitario aziendale e di richiesta di consulenza medica generica da parte del personale occupato in azienda.
2. analisi della casistica;
3. somministrazione di questionari mirati (Finnish Occupational Stress Questionnaire, Elo et Al., 1992);
4. analisi del risultato del questionario ed individuazione delle "situazioni a rischio";
5. discussione del risultato con il management e le altre componenti aziendali;
6. azioni correttive sul singolo e sull'organizzazione;
7. attivazione di uno "sportello aziendale" di consulenza psichiatrica.

Risultato dell'esperienza e considerazioni conclusive

I colloqui con i diversi responsabili hanno evidenziato una situazione di disagio piuttosto diffusa che ha permesso anche la individuazione di un discreto numero di casi degni di una attenta valutazione.

Questa osservazione ha motivato e giustificato il passaggio alla fase 2 del progetto con la proposta e la somministrazione, su base volontaria, del questionario mirato alla valutazione dello stress lavorativo.

La percentuale di risposta al que-

Cosa ci ha insegnato questa esperienza:

1. **Le potenzialità del medico competente quale figura attiva nella:**
 - valutazione del rischio "stress da lavoro";
 - individuazione dei lavoratori con problemi di stress e di salute mentale;
 - coinvolgimento dei dirigenti/preposti e dell'ufficio del personale;
 - rimozione dei problemi derivanti dall'ambiente e dall'organizzazione;
 - supporto ed aiuto ai soggetti che si trovano in situazioni difficili;
 - formulazione del giudizio d'idoneità.
2. **Gli indizi che devono indurre il medico del lavoro a riconoscere la possibile presenza di stress e problemi di salute mentale:**
 - incremento dell'assenteismo per malattia (in genere brevi periodi di assenza);
 - presenza di disturbi psicologici (ansia, depressione, disturbi dell'umore e della personalità) e psicosomatici (disturbi gastrici, turbe del sonno, mal di testa);
 - uso/abuso del servizio sanitario aziendale;
 - riduzione della prestazione lavorativa (perdita di motivazione e di impegno, disaffezione, scarso utilizzo del tempo, scarsa presa di decisione, incremento della % di errori, problemi disciplinari);
 - aumento degli infortuni, degli incidenti, dei "near miss", dei comportamenti a rischio di infortunio.
3. **Qualche osservazione sul giudizio d'idoneità:**
 - la richiesta del giudizio d'idoneità viene inoltrata, in questa tipologia, quando il dipendente diventa un "caso";
 - un giudizio di idoneità/non idoneità troppo schematico può concorrere ad aggravare il disagio favorendo l'isolamento del lavoratore
 - il medico del lavoro deve considerare la possibilità che opportuni trattamenti terapeutici determinino la soluzione o il miglioramento della patologia e su questo calibrare il giudizio di idoneità alla mansione;
 - il giudizio di idoneità è dinamico seguendo l'evoluzione del trattamento terapeutico.

stionario è stata del 42% , sostanzialmente accettabile considerata la volontarietà dell'azione. Sono emersi 51 casi di disagio lavorativo, pari al 11,5% della popolazione che ha risposto al questionario e pari al 4,8% della complessiva forza lavoro.

Collateralmente sono stati accostati 3 casi di particolare complessità segnalati dall'ufficio del personale.

I CASI "DIFFICILI"

CASO 1: anni 39, impiegato ufficio acquisti (il lavoro "provoca" i disturbi mentali o comunque agisce come fattore di slatentizzazione o di aggravamento);

CASO 2: anni 44, impiegato magazzino (il lavoro non è la causa dei disturbi mentali, ma questi influiscono più o meno negativamente sull'attività lavorativa);

CASO 3: anni 38, ricercatore (l'attività lavorativa è fattore protettivo dei disturbi mentali, motivo di promozione del benessere psico-fisico).

Dopo ripetuti tentativi per attivare una concreta collaborazione con le strutture assistenziali territoriali si è deciso, anche in accordo con i familiari, di attivare una consulenza psichiatrica interna all'azienda quale tramite qualificato ed autorevole tra lavoratore-famiglia-enti assistenziali territoriali-medico competente-azienda.

Lo "sportello aziendale" di consulenza psichiatrica

Per ottenere una maggiore fruibilità del servizio sanitario aziendale da parte dei lavoratori che si trovano a vivere un disagio di pertinenza psichiatrica "subliminale", ma pur sem-

Suggerimenti pratici per i datori e di lavoro e i preposti per favorire il reinserimento al lavoro dopo trattamenti per problemi di salute mentale

I passi concreti che un datore di lavoro può intraprendere per aiutare un dipendente a rientrare al lavoro dopo un trattamento specifico sono:

- incoraggiare un rapido rientro (c'è la paura di perdere il posto, c'è il rischio di diventare mentalmente distaccati);
- considerare la possibilità di un graduale ritorno al lavoro (per es. permettendo il part-time);
- modificare i turni (da turni a rotazione a lavoro a giornata) e il ritmo di lavoro;
- evitare un atteggiamento di superprotezione facendo sentire il soggetto parte del gruppo (invito a riunioni, incontri di lavoro importanti ecc.).

pre insorto per cause ed in ambiti lavorativi, si è deciso quindi di "portare" la consulenza psichiatrica all'interno del contesto produttivo anziché "esportare" la casistica.

E' stato così. Ciò è avvenuto proponendo alla direzione aziendale l'istituzione di "uno sportello" di consulenza psichiatrica nell'ambito del servizio sanitario aziendale, con ricorrenza periodica e totale libertà di accesso da parte del personale. Dal punto di vista metodologico, questo provvedimento ha lo scopo di favorire l'affioramento di disagi iniziali, comprendere nella valutazione di rischio sanitario quello più propriamente psichiatrico, coinvolgere i dirigenti, i preposti e l'ufficio personale, e agevolare l'espressione del giudizio di idoneità da parte del medico del lavoro.

Giudichiamo questa esperienza nel suo complesso positivamente. Essa ha permesso di recuperare una situazione di disagio prima che assunte dimensioni esplosive, di mettere in luce e correggere situazioni borderline, di aiutare il management ad individuare le azioni correttive e di far crescere la consapevolezza dell'intera comunità lavorativa.

Curando l'uomo si è di fatto curata l'organizzazione. ■

Giuseppe Briatico-Vangosa
CDI - Centro Diagnostico Italiano,
Milano

Daniilo Bontadi
Studio GOMI, Padova

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro, *Research on work-related stress*, Bilbao 2000. <http://www.agency.osha.eu.int/>

Camusi MP, Dini E., Rapporto INAIL CENSIS 2001, 9-2002. <http://www.inail.it/pubblicazioni/rieviste/tuttititoli/rapporti/censis/sommario.html>

Commissione Europea Occupazione & Affari Sociali, *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa "Sale della vita o veleno mortale"*. Lussemburgo, 1999. Ufficio delle Pubblicazioni Ufficiale delle Comunità Europee L-2985.

Deloitte & Touche Consultino Group, *Call Center Agent Report: A Survey on Profit and Productivity*. Deloitte Touche Tohmatsu, Melbourne, 1999.

Elo A-L, Leppänen A, Lindström K., Rapponen T., *Occupational stress questionnaire. User's instructions*. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki 1992.

European Foundation for the improvement of living and working conditions, *Second European survey on working conditions in the European Union*. Dublin, 1996.

Federal Assistant Minister for Industrial relations, The Australian, June 17, 1994.

Karasek R. et Al., *The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for international comparative assessment of psychological job characteristics*. Journal of Occupational Health Psychology. N3(4), 322-355; October 1998.

Mickleburgh WE., *Occupational mental health, a neglected service*. The British Journal of Am Psychol 1990; 45(10): 1165-1166.

Millard JD., *Mental health at the workplace. An interchangeable partnership*. Am. Psychol 1990; 45(10): 1165-1166.

NIOSH, *Stress at work*, 1999. <http://www.cdc.gov/niosh/publistd.html>

Iavicoli S. et Al., *Stress Occupazionale, Sviluppo di malattia e Psiconeuroimmunologia: Stato dell'Arte*. Prevenzione Oggi, n.3, 3-21, 2001.

Selye H., *The evolution of the stress concept. Stress and cardiovascular disease*. Am. J. Cardio; vol. 26, 248-289, 1970.

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 2003/2004

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 € 57.

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 _____

Esposizione quotidiana ed esposizione cumulativa: considerazioni sull'esposizione a silice cristallina



Nella valutazione dei rischi professionali da inquinanti aerei si utilizzano quasi esclusivamente misure di esposizione quotidiana, anche per la disponibilità di analoghi valori di riferimento, usualmente rapportati alla giornata lavorativa.

Varie indicazioni di letteratura indicano che il rischio di patologie professionali da alcuni inquinanti aerei è meglio descritto dall'esposizione cumulativa rispetto all'esposizione quotidiana. In questi casi si può affermare che l'esposizione quotidiana viene utilizzata come un surrogato dell'esposizione cumulativa. Questo utilizzo può rivelarsi discutibile particolarmente nel caso di inquinanti aerei caratterizzati da una "soglia" biologica e dall'assenza di indicatori di assorbimento. La silice cristallina è uno di questi, almeno per quanto riguarda il rischio silicosi.

Se l'utilizzo con finalità preventive dell'esposizione quotidiana rispetto a quella cumulativa costituisce un'approssimazione accettabile, non altrettanto può dirsi per un suo uso a fini medico-legali, giudiziari, ispettivi od assicurativi (assicurazione INAIL contro la silicosi). In questi casi infatti, in considerazione delle rilevanti conseguenze derivanti dalle conclusioni della valutazione del rischio, appare più adeguato l'utilizzo della stima dell'esposizione cumulativa soprattutto in lavorazioni marcatamente discontinue.

In Italia non esiste un limite per l'esposizione professionale a silice e per questo si utilizza diffusamente il TLV-TWA proposto dall'ACGIH (USA). Quest'ultima, tuttavia, ne propone l'uso con le seguenti limitazioni:

"I TLV(.) vengono forniti come linee guida per agevolare il controllo dei rischi per la salute.

*Queste raccomandazioni o linee guida vengono proposte per l'utilizzo nella pratica dell'igiene industriale e debbono essere interpretate ed impiegate solo da persone specializzate in tale disciplina. Queste **non sono state sviluppate come standard avente valore legale e l'ACGIH non approva un loro uso in tal senso.** Tuttavia si può comprendere che, in alcune circostanze, individui o organizzazioni possano desiderare di farne uso come supporto per i propri programmi di sicurezza ed igiene del lavoro. L'ACGIH non si oppone a che esse vengano utilizzate a questo scopo se l'uso dei TLV in tali circostanze può contribuire ad un miglioramento globale della salute dei lavoratori. Tuttavia l'utilizzatore deve conoscere i criteri e le limitazioni per un loro uso appropriato ed è responsabile per questo tipo di utilizzo".*

In altre parole, l'uso dei TLV è proposto dall'ACGIH solo con finalità di prevenzione della malattie professionali e con precise limitazioni legate all'esperienza e professionalità di chi li applica.

Nella lavorazione del porfido, l'utilizzo dell'esposizione quotidiana a silice cristallina (quarzo) ed il suo confronto con il TLV-TWA costituisce un'approssimazione per eccesso del rischio in quanto non tiene conto dei ridotti tempi di esposizione sia su base giornaliera (6,5 - 7 ore di lavoro effettivo) che su base annuale (interruzione di almeno due mesi durante l'inverno).

Questa approssimazione può essere accettabile per finalità preventive. Per finalità diverse da quella preventiva, come ad esempio quella ispettiva, assicurativa e/o giudiziaria è

necessaria una valutazione più precisa del rischio. La disponibilità di valori numerici di riferimento per l'esposizione professionale da parte dell'ACGIH ha indotto un uso improprio dei TLV, anche in contesti per i quali il loro utilizzo non è ammesso da chi li ha proposti.

In altre parole, il TLV è un valore di esposizione dei lavoratori al quale bisogna tendere per assicurare condizioni di lavoro non rischiose, ma questo non può significare che chi lo supera in modo episodico sia punibile "sic et simpliciter" o possa essere riconosciuto responsabile penalmente di una malattia professionale. Queste considerazioni escludono volutamente i problemi legati all'incertezza globale del metodo di misura, che nel caso della silice cristallina, sono particolarmente evidenti. Questo aspetto tuttavia andrebbe integrato con quello metodologico soprattutto in ambito assicurativo e giudiziario.

Oltre ai tempi di esposizione, nella valutazione del rischio con finalità diverse da quelle preventive, dovrebbero avere spazio argomenti di tipo epidemiologico come il numero di nuovi casi di malattia professionale. Infatti, non dobbiamo dimenticare che i TLV derivano da osservazioni fatte in contesti lavorativi molto diversi fra loro (nel caso della silice fonderie, ceramiche, miniere, ecc.), in continenti diversi e con lavoratori di razza diversa. In questi contesti è molto probabile che numerosi fattori (non sempre ripetibili) abbiano influito sulla comparsa di nuovi casi di silicosi.

Inoltre non è più possibile sorvolare sulla sempre più evidente diversità degli effetti biologici derivanti dall'esposizione a silice in contesti lavorativi diversi, come ampiamente evi-

Tab. 1 - Tempi di esposizione a confronto

Lavorazioni	Ore lavorate			
	2000	2001	2002	MEDIA
azienda 1	1675	1644	1616	1645
azienda 2	1758	1719	1660	1712
azienda 3			1750	1750
azienda 4	1612	1642	1598	1517
PORFIDO: prima e seconda lavorazione	1326	1314	1301	1313
PORFIDO: terza lavorazione	1454	1438	1431	1441

denziato in occasione del 3° Simposio Internazionale su silice, silicosi, cancro ed altre malattie tenutosi recentemente a S. Margherita Ligure. Tuttavia, fino al momento in cui non verrà definito il peso da assegnare da un lato alle evidenze epidemiologiche e dall'altro alla diversità degli effetti biologici delle varie forme di silice, nella valutazione del rischio è comunque necessario tenere in considerazione almeno i tempi di esposizione.

Per fare questo, relativamente alla lavorazione del porfido, sono stati raccolti dati sulle ore lavorate negli ultimi tre anni in un gruppo di 13 aziende del porfido e sono stati confrontati con le ore lavorate in alcune industrie nelle quali è presente il rischio silice a livelli paragonabili a quelli tipici del porfido (vetro, cemento, refrattari). (Tab.1)

Ponendo eguale a 100 l'esposizione quotidiana degli addetti alla prima e seconda lavorazione del porfido, vengono riportate in tabella 2 le esposizioni (percentuali) delle lavorazioni industriali esaminate. A parità di esposizione giornaliera, un lavoratore del porfido (prima e seconda lavorazione) respira dal 20 al 30 % di silice in meno di un suo collega impiegato nell'industria. Eppure il loro rischio viene valutato allo stesso modo e cioè confrontando la misura dell'esposizione relativa ad una giornata di lavoro con il TLV-TWA.

L'adozione di due parametri, fin qui poco utilizzati, potrebbe contribuire a risolvere almeno parzialmente questo problema: l'esposizione cumulativa su base annua e l'esposizione cumulativa ponderata su più anni.

ESPOSIZIONE CUMULATIVA SU BASE ANNUA (EC_{ANNO}) :

ESPOSIZIONE GIORNALIERA A SILICE X GIORNI LAVORATI

Ipotizzando che un lavoratore del porfido ed uno dell'industria risultino avere un'esposizione giornaliera uguale fra loro e di poco superiore al TLV-TWA (p.es. 0.055 mg/mc), avremo un'esposizione cumulativa annua (EC_{anno}) rispettivamente pari a 9 mg/mc/anno (0.055 x 164 giorni lavorati) e 11 mg/mc/anno (0.055 x 200 giorni lavorati).

Questi valori devono essere confrontati con un valore di riferimento che si ottiene moltiplicando il TLV-TWA per 200 giorni lavorativi = 0.05 x 200 = **TLV_{anno}** = 10 mg/mc/anno. Rapportando a quest'ultimo valore le due esposizioni calcolate si ottengono i risultati riportati in tabella 3.

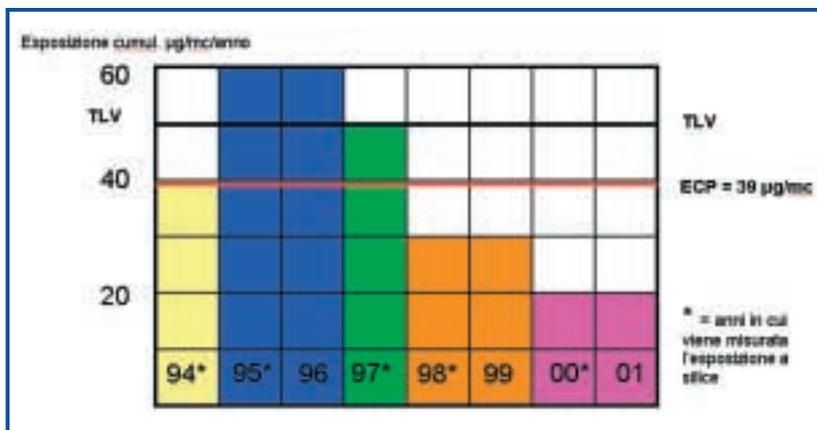
L'EC_{anno} potrebbe essere utilizzata a fini ispettivi ma non a fini assicurativi (misura del "rischio" di silicosi) e ancora meno a fini giudiziari (misura

Tab. 2 - Esposizioni

LAVORAZIONI	%
Prima e seconda lavorazione porfido	100
Terza lavorazione porfido	110
azienda 4	123
azienda 1	125
azienda 2	130
azienda 3	133

Tab. 3 - Calcolo del rischio

LAVORAZIONI	% sul TLV _{anno}	RISCHIO
Operaio industria	110	presente
Operaio porfido	90	assente



della probabilità causale) in quanto in questi contesti il parametro ideale per valutare il rischio è la *dose interna* di ciascun lavoratore. Non disponendo di indicatori di assorbimento, di fronte a livelli di esposizione variabili nel tempo, il parametro che più si avvicina al contenuto informativo espresso dalla "dose interna" è la ponderazione nel tempo delle varie misure di esposizione cumulativa annua di ciascun lavoratore.

ESPOSIZIONE CUMULATIVA PONDERATA (ECP):

$$EC_{ANNO} / ANNI$$

Questo metodo potrebbe risultare utile per individuare la probabilità causale dell'insorgenza di una silicosi o anche di un cancro al polmone in un lavoratore che avesse avuto diversi datori di lavoro con diversi livelli di esposizione a silice.

È ovvio che il numero e la frequenza delle misure deve essere sufficientemente rappresentativo dell'esposizione: è necessario perciò avere almeno una misura all'anno, al massimo una ogni due anni. Nel caso che nel corso di un anno non ci fossero

dati di esposizione (cfr. anni senza il simbolo * nella tabella seguente), si può utilizzare il valore di esposizione trovato l'anno precedente.

È probabile che, dopo un numero adeguato di misure, la ECP si avvicini molto all'esposizione media reale del lavoratore e sicuramente si avvicini di più di una o poche misurazioni estemporanee.

L'applicazione di questo metodo ai fini del calcolo dell'entità del premio supplementare INAIL comporta l'utilizzo della percentuale di lavoratori di un'azienda che risultano avere un'esposizione cumulativa annuale superiore al TLV_{anno} (che corrisponde al limite di "rischio assicurabile" secondo il metodo utilizzato dall'INAIL) e su una uguale percentuale del monte salari si pagherà il premio silicosi. Negli anni successivi, il pagamento del premio verrà calcolato su una percentuale del monte salari pari alla media delle percentuali di lavoratori che hanno superato il TLV_{anno}.

Esposizioni a polveri e quarzo nel comparto porfido. Valutazioni statistiche e tendenze negli anni 1995-2002

Grafico 1 - Esposizione a Polveri respirabili (mg/mc) - Media geometrica

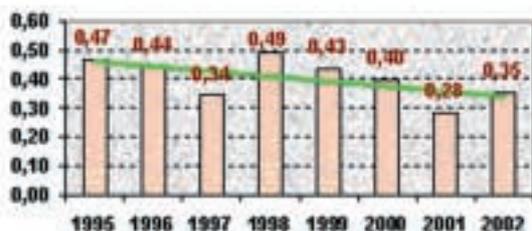
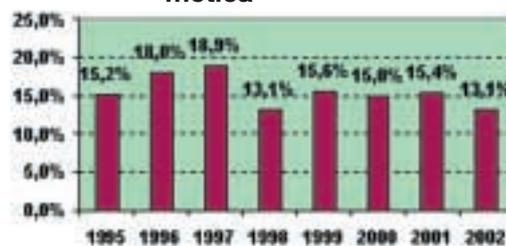


Grafico 2 - Esposizione a Quarzo (mg/mc) - Media geometrica



Durante il periodo compreso fra il 1995 e il 2002 sono state svolte un numero consistente di indagini nelle ditte del settore porfido. Tale nicchia comprende per lo più aziende che si occupano dell'estrazione e delle prime e seconde lavorazioni sul materiale (cernita e lavorazioni a spacco). Accanto a queste si trovano anche aziende che svolgono le lavorazioni terziarie (segazione e rifinitura). Ci sono inoltre diverse ditte che effettuano tutte queste fasi, magari in più stabilimenti situati in luoghi a volte distanti.

Grafico 3 - % di Quarzo - Media aritmetica



MATERIALI E METODI

Per tutti i campionamenti sono stati utilizzati campionatori personali Zambelli mod. Ego accoppiati con selettore tipo Lippman al flusso di 2,4 L/min. Le membrane utilizzate erano in esteri misti di cellulosa, diametro 20 mm e porosità 0,8 mm. La determinazione del quarzo è stata effettuata con metodo DRX presso i laboratori della "Fondazione Maugeri" di Pavia e dell'U.O. Medicina del lavoro dell'Ospedale di Vimercate, Presidio di Desio.

VALUTAZIONE DEI DATI

La nostra analisi tiene conto del reale tempo di esposizione, che può variare da 6,5 a 7,5 ore giornaliere in funzione della mansione e della azienda sottoposta ad indagine. Quindi a partire dal valore di concentrazione misurata si ottengono le esposizioni giornaliere indicate nelle statistiche. Nel caso dell'esposizione a polveri respirabili e a quarzo, le medie considerate sono sempre geometriche in quanto la distribuzione è log-normale

(grafico 1 e 2). La percentuale di quarzo nei campioni ha invece un andamento normale, pertanto si è utilizzata la media aritmetica.

La tendenza è ad una costante diminuzione dell'esposizione sia per quanto riguarda le polveri che relativamente al quarzo.

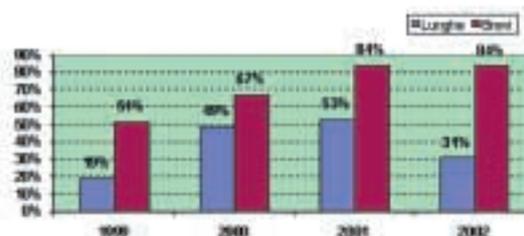
Le località estrattive si trovano principalmente nei comuni di Albiano, Lona-Lases, Fornace, Baselga di Pinè, Cembra. Le caratteristiche del materiale estratto possono variare sensibilmente, in particolare

Anno	n. Rilievi	Esposizione a polveri respirabili				% quarzo	D.St.	Coeff. di variazione C.V.	Esposizione a Quarzo			
		Media	D.ST	Media Geom.	D.St Geom.				Media	D.St.	Media Geom.	D.st. Geom.
1995	222	0,58	0,44	0,47	1,88	15,2%	4,9%	32%	0,095	0,098	0,067	2,283
1996	150	0,55	0,50	0,44	1,86	18,0%	6,6%	37%	0,095	0,082	0,073	2,039
1997	218	0,40	0,23	0,34	1,69	18,9%	6,8%	36%	0,075	0,054	0,060	2,030
1998	330	0,58	0,38	0,49	1,73	13,1%	6,9%	52%	0,075	0,072	0,054	2,325
1999	373	0,51	0,32	0,43	1,79	15,6%	7,8%	50%	0,077	0,064	0,058	2,215
2000	288	0,49	0,38	0,40	1,92	15,0%	9,1%	61%	0,071	0,072	0,052	2,181
2001	392	0,39	0,38	0,28	2,27	15,4%	10,8%	70%	0,054	0,056	0,038	2,280
2002	255	0,44	0,33	0,35	1,97	13,1%	6,3%	48%	0,055	0,047	0,043	1,999
	2228	0,48	0,38	0,39	1,96	15,3%	8,1%	53%	0,072	0,069	0,053	2,243

Grafico 8 - Confronto indagini esposizione a Quarzo



Grafico 9 - Confronto C.V. per i diversi tipi di indagine



per quanto riguarda la frazione di silice cristallina presente. Il fatto che nel corso dei vari anni le indagini non hanno interessato sempre le medesime ditte ed aree estrattive, unito al fatto che negli anni si sono estese le indagini anche a mansioni meno esposte (palisti, autisti, etc.) porta ad avere percentuali variabili di quarzo nei campioni raccolti, con una lieve tendenza alla diminuzione (grafico 3).

Suddividendo i lavoratori per mansione è possibile verificare l'andamento relativo ad ogni gruppo omogeneo. In particolare per i gruppi più numerosi è possibile verificare che negli anni c'è stato un netto miglioramento delle condizioni lavorative, come dimostrano i dati di esposizione a Quarzo (grafici 4, 5, 6, 7).

Le modalità di indagine possono essere suddivise in due tipi: durante il periodo che va dal 1995 al 1999 la durata dei campionamenti era di circa 150-180 minuti (di solito al mattino), mentre a partire dal 1999 sono state effettuate con sempre maggior frequenza indagini più lunghe (circa 300 minuti giornalieri). Benché

le lavorazioni siano identiche nelle due parti della giornata e quindi non ci siano da attendersi significative variazioni di esposizione tra il breve e il lungo tempo di campionamento, si può certamente affermare che aumentando i tempi è raggiungibile una maggiore precisione. Sono state quindi paragonate le due modalità di indagine per evidenziare eventuali differenze nei livelli di esposizione. I risultati ottenuti mostrano una diminuzione dell'esposizione su entrambi i tipi di indagine (grafico 8).

Quello che si può notare è invece un aumento della precisione: passando dai campionamenti brevi a quelli lunghi il coefficiente di variazione (C.V.) relativo alla percentuale di quarzo ci mostra un sensibile miglioramento (grafico 9).

CONCLUSIONI

L'esposizione a polveri e quarzo respirabile degli addetti all'estrazione e lavorazione del porfido ha mostrato nel corso della nostra indagine una netta ed omo-

genea tendenza alla diminuzione. Questa tendenza è stata confermata dall'analisi per i gruppi omogenei più rappresentativi. La variabilità delle misure è stata valutata anche con l'uso del coefficiente di variazione della percentuale di quarzo per ciascun'azienda. Il prolungamento dei tempi di campionamento ha nettamente contenuto la dispersione delle misure.

*W. Rizzoli, A. De Santa
Progetto Salute S.r.l.*

BIBLIOGRAFIA

1. A. Massola, A. Berri, E. Bosio, R. Radam, A. De Santa Silice Libera Cristallina Aerodispersa nel comparto lavorativo dei marmi e dei graniti. Monitoraggio ed analisi DRX Atti 18° Congresso Nazionale AIDII
2. A. De Santa, R. Radam, A. Berri, A. Massola Particolarità nell'utilizzo di TLV per il quarzo nella lavorazione del porfido Atti 18° Congresso Nazionale AIDII.
3. Atti del 3° Simposio Internazionale su silice, silicosi, cancro ed altre patologie S. Margherita Ligure, Ottobre 2002

Grafico 4 - Cubettisti: Esposizione a Quarzo (mg/mc) - Media Geometrica

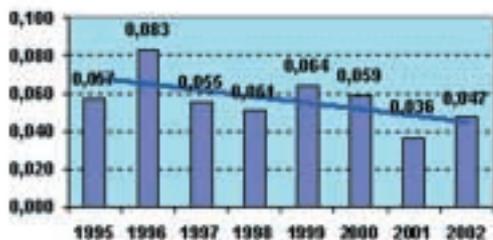


Grafico 5 - Piastrellisti: Esposizione a Quarzo (mg/mc) - Media Geometrica



Grafico 6 - Manovali: Esposizione a Quarzo (mg/mc) - Media Geometrica

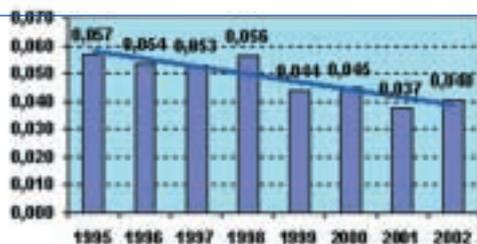
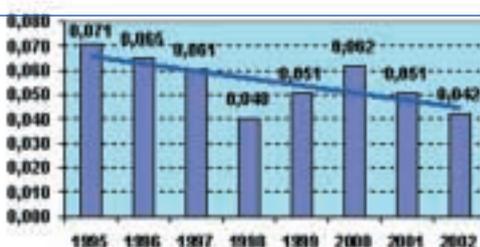


Grafico 7 - Segantini: Esposizione a Quarzo (mg/mc) - Media Geometrica





Regione dell'Umbria



Provincia di Perugia

INFOSALUS

Formazione degli adulti per la tutela della salute e della sicurezza

SYSTEMES ECOLOGIQUES S.C.a R.L., in collaborazione con **ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda)** e **PONTI ENGINEERING S.R.L.** ha organizzato **10 corsi di aggiornamento** su tematiche ed argomenti relativi ai temi della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro al fine di contribuire alla diffusione della cultura della prevenzione e con l'obiettivo di offrire percorsi d'aggiornamento tecnico-scientifico.

Modalità di svolgimento

I corsi saranno articolati in base alla tabella seguente ed inizieranno presumibilmente **entro Aprile 2003**. Saranno strutturati in lezioni frontali, attività pratiche; parte delle attività, in particolare approfondimenti tematici ed esercitazioni verranno svolte a distanza, sviluppando discussion groups e forum on line. Le attività di aula si svolgeranno a Città di Castello

corso	argomento	attività frontale	d'aula laboratori	fad	pratica	ore totali	allievi
1	Informatica applicata all'autoapprendimento e all'aggiornamento	8	8	24	16	56	24
2	Chimica industriale alla luce delle novità sulle sostanze cancerogene	8	8	16	8	40	24
3	Tecnologia del legno e caratteristiche delle specie legnose	8	8	16	8	40	24
4	Tecnologie di lavorazione: i nuovi trattamenti per le malattie plastiche	8	8	16	8	40	24
5	L'idoneità alle mansioni lavorative per minori e adolescenti	8	8	16	8	40	24
6	I disturbi psichiatrici nel mondo del lavoro	8	8	16	8	40	24
7	Le patologie da sovraccarico biomeccanico	8	8	16	8	40	24
8	la valutazione metodologica e gli strumenti di analisi ergonomica	8	8	16	8	40	24
9	Sicurezza sul lavoro: le direttive giurisprudenziali	8	8	16		32	24
10	Sicurezza sul lavoro: diritto e prassi	8	8	16		32	24

È stata presentata richiesta di accreditamento E.C.M.

Partecipanti

I corsi sono riservati ad **Adulti con età superiore ai 24 anni**, operanti a vario titolo in ambiti di attività pertinenti le tematiche e problematiche della salute, della sicurezza e igiene, della qualità degli ambienti di vita e di lavoro. Nel caso di cittadini/e stranieri/e, questi devono essere in regola con le norme vigenti in materia di soggiorno in Italia. È possibile iscriversi ad 1 o più corsi.

Saranno preferiti i medici competenti e, tra essi, gli iscritti all'Associazione Nazionale Medici d'Azienda.

L'ammissione ai corsi è subordinata al superamento di un test.

**L'iniziativa è finanziata dalla Provincia di Perugia nell'ambito dell'Obiettivo 3 Misura C4
La partecipazione ai corsi è gratuita**

Per tutti i corsi la domanda, unitamente alla documentazione allegata, dovrà essere presentata entro e non oltre il **15 aprile 2003 a: INFOSALUS: Formazione degli adulti per la tutela della salute e della sicurezza - Systemes Ecologiques Scarl - Villa Montesca - 06012 Città di Castello (PG), oppure pervenire via fax al numero: 075-8521610.**



Roma

Convegno sulla promozione della qualità nella Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori

Il 28/03/2003 si è tenuto, presso la ASL RMC, il Convegno dal titolo "Procedure e Modelli per l'attività del Medico Competente". Gli argomenti trattati sono il risultato finale di riunioni monotematiche tenute nel 2002 relative a : Protocollo Sanitario, Sopralluogo in Azienda del Medico Competente, Cartella Sanitaria e di Rischio, Relazione sui Dati Anonimi Collettivi, Giudizio di Idoneità, Denuncia e Referto ed Applicazione pratica di procedure e modelli per l'attività del Medico Competente.

RELATORI

Prof. Francesco Tomei
 Prof. Fulvio D'Orsi
 Dott. Enzo Valenti
 Dott. Franco Olivito
 Dott. Roberto Narda
 Dott. Francesco Scarlini
 Dott. Salvatore Taliercio



Ha aperto il Congresso, con i saluti delle Autorità, il Direttore Sanitario della ASL RMC Dott. Vaia.

Sono intervenuti, con un ampio dibattito di confronto a volte duro ma costruttivo, circa 200 medici ed operatori del settore della Prevenzione.

A tutti i partecipanti sono stati distribuiti gli atti del Convegno, di cui alcune parti possono essere prese in visione nel sito Web dell'Anma alla pagina regionale Lazio.

L'iniziativa, accreditata di 5 punti ECM, è stata ritenuta dai partecipanti estremamente valida e probabilmente si ripeterà nel 2003-2004 affrontando nuove tematiche, sempre relative all'attività del Medico Competente.

La sezione laziale si è impegnata e si impegnerà ancora per l'aggiornamento, convinti che solo portando cultura sul territorio si potrà migliorare la professione del Medico Competente. Quanto sopra è stato in par-

ticolare ribadito dal Segretario della sezione laziale nell'introduzione al Convegno presentando la relazione "La qualità della professione di Medico Competente. Proposta di un Modello Anma", in linea con quanto già emerso, negli ultimi due Congressi Nazionali ANMA di Bologna 2001 e Portonovo di Ancona 2002.

Mauro Pastorelli
Salvatore Taliercio

Ricordando il Professor Antonio Grieco

Antonio Grieco ci ha lasciati questo primo maggio dopo una breve malattia.

Vogliamo affettuosamente ricordare Nino a tutti i nostri Associati e lettori, non solo per i suoi innumerevoli meriti scientifici ma anche per la stima e l'amicizia che da tempo ha dimostrato alla nostra Associazione.

Nell'ultimo quinquennio non c'è stato evento nazionale e internazionale da Lui promosso, con la vitalità che tutti abbiamo sempre apprezzato, che non ci abbia visti coinvolti. A molti abbiamo aderito portando il nostro attivo contributo.

Nino Grieco aveva accettato con entusiasmo di essere fra noi e con noi al nostro Congresso Nazionale a Viterbo per introdurci in una nuova avventura, quella del ruolo del medico competente quale promotore e animatore della cultura della prevenzione nel mondo della scuola. Personalmente crediamo in questa iniziativa perché siamo convinti che la prevenzione è un albero che produce suoi frutto solo se vissuta come fenomeno culturale, che cresce giorno dopo giorno con la nostra maturazione. Ben diverso è il risultato quando la prevenzione viene vissuta come obbligo, come mera situazione di facciata e di mercato. Si tratta di incidere "bioingegneristicamente nel genoma della prevenzione", un obiettivo che è del medico del lavoro, un obiettivo gravoso che può essere affrontato con l'entusiasmante spinta di cui era capace Antonio Grieco, ma che purtroppo non è riuscito a trasmettere alla sua ultima battaglia per la vita.

Osservare è meno facile che ragionare



Nello snervante comodo della vita moderna ci siamo confinati nelle astrazioni anziché andare incontro alla realtà concreta. Certo, è difficile cogliere la realtà concreta e il nostro spirito sceglie il minimo sforzo. Forse la pigrizia naturale dell'uomo gli suggerisce la semplicità dell'astratto anziché la complessità del concreto.

È meno arduo salmodiare formule o sonnecchiare sui principi che cercare laboriosamente come sono fatte le cose e quale sia il metodo per servirsene. Osservare è meno facile che ragionare. È risaputo che scarse osservazioni e molti ragionamenti sono causa di errore. Molta osservazione e poco ragionamento conducono alla verità.

*Alexis Carrel
premio Nobel per la Medicina 1934*



Errata-corrige

Sull'ultimo numero del notiziario il titolo dell'articolo dei colleghi Caldura, Javicoli, Gazzero e Remondelli è stato stampato in modo errone. Il titolo originale è "MALATTIA PROFESSIONALE E GIUDIZIO DI IDONEITÀ NEI RISCHI NORMATI E NON. RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE". Ci scusiamo con i lettori e gli autori.

PROMOZIONE

Il nuovo medico d'Italia - Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

Il Giornale

IL NUOVO MEDICO d'ITALIA
Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

è una pubblicazione periodica mensile con Direzione, Redazione e Amministrazione in Via Monte Oliveto, 2 - 00141 ROMA.

Il Direttore Responsabile è il Collega Mario Bernardini, Specialista in Medicina del Lavoro, che da circa un lustro pubblica articoli ed elaborati di contenuto medico sanitario e scientifico esposti con terminologia divulgativa e finalità informativo-formativa.

Il giornale spesso ospita argomenti di Medicina del Lavoro e di problematiche legate alla Tutela della Salute dei Lavoratori.

Il "Nuovo Medico d'Italia" è distribuito mensilmente e GRATUITAMENTE ad un consistente numero di Medici ed inviato a indirizzi scelti di volta in volta.

Chi fosse interessato a ricevere gratuitamente il giornale è invitato ad inviare con sollecitudine la propria adesione alla Segreteria A. N. M. A. via Fax (02-72002182) o posta elettronica (maurilio@mclink.it) citando "offerta omaggio - Il Nuovo Medico d'Italia". Riceverà il giornale al proprio indirizzo.

**Quando sudi,
sei affaticato e spossato!**

MG.KVIS 
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. È 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.**



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 Entee • 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'Iperensione • 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