



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti



Convegno sui rischi lavorativi non normati

Le ultime iniziative ECM dell'ANMA

Come studiare un ambiente di lavoro e conoscerne i rischi



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. 575/98 le informazioni che i tuoi dati sono conservati nel nostro archivio informativo. Le informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della legge, lei ha il diritto di opporsi all'utilizzo degli stessi nei trattamenti in violazione della legge.

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

editoriale

La vita (del medico competente) è bella!

Leggendo le disavventure patite da alcuni nostri Colleghi nel corso di questo lungo e impegnativo 2003, mi è venuto in mente il film di Roberto Benigni "La Vita è Bella", film che immagino tutti o quasi abbiamo visto apprezzando non solo le doti di un attore istrionico, ma anche la delicatezza della lezione di vita che ha voluto presentare con la storia raccontata. Il gioco della vita, un carro armato in premio, ma in effetti molto di più, il sacrificio per la vita. Una storia di guerra, di sopraffazione, una finzione scenica che, come tutte le storie raccontate, identifica circostanze, pone il dilemma del bene e del male, del sopruso, e ha dentro di sé come sempre una morale che ciascuno può alla fine leggere con i propri occhi. Come dicevo, quest'anno ha visto un certo numero di nostri Colleghi Soci ANMA coinvolti in disavventure di percorso, ma l'ultima in ordine di tempo mi sembra la più originale e la più preoccupante. Fatti e personaggi non sono quindi casuali, come nella fiction, così come ogni riferimento.

Nell'appena trascorso mese di ottobre un nostro collega è stato raggiunto da un "verbale di contestazione e di prescrizione in materia di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro" da parte del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro di una ASL dell'Italia centrale, dove l'UPG assieme al dirigente medico della stessa ASL gli contestavano "la violazione all'articolo 17 c 1 lett. B) del D.Lgs 626/94", per quanto di seguito poichè:

- l'esame spirometrico effettuato in data .../.../02 dal Dott. al lavoratore Qui., nat., non è accettabile, in quanto i dati relativi all'età, alla statura ed al peso, utilizzati per l'effettuazione dell'esame stesso non corrispondono a quelli riportati nella cartella sanitaria e di rischio del predetto lavoratore;
- l'esame spirometrico effettuato in data .../.../02 dal Dott. al lavoratore Quo., nat., non è accettabile, in quanto l'atto espiratorio forzato evidenziato dal tracciato, non presenta le caratteristiche di omogeneità, continuità e regolarità;
- l'esame spirometrico effettuato in data .../.../02 dal Dott. al lavoratore Qua., nat., non è accettabile, in quanto il picco espiratorio evidenziato dal tracciato, non è sufficientemente precoce.

Il premio? 1° premio: eliminare la violazione accertata, provvedendo a sottoporre i lavoratori Qui, Quo, Qua **ad idoneo esame spirometrico**, provvedendo ad inviarne copia al servizio scrivente entro 7 (sette) giorni; 2° premio: eliminata la contravvenzione entro i termini e nei modi prescritti il contravventore è ammesso al pagamento, in sede amministrativa, di una somma pari a _ del massimo dell'ammenda stabilita per la contravvenzione commessa. La vita del medico competente è bella!

Sapete perché la violazione sta nella lettera b) del comma 1 del decreto 626/94, ovvero nell'*effettua gli accertamenti sanitari di cui all'art. 16*?"

Semplice, perché la legge e la dottrina affermano che un atto mai eseguito, che sia sanitario o di altra natura, è nullo, non esiste, non è effettuato ed ecco pronta e servita la violazione!

Ogni storia contiene una morale. Lascio ad ognuno di voi la conclusione, che personalmente preoccupa non poco. Al di là delle forzature, degli atteggiamenti discutibili, dell'ostentata accademia, siamo proprio certi della nostra qualità o della qualità di coloro da cui contrattiamo servizi? Speriamo che a qualcuno non venga la voglia di raccontare la storia della *culpa in eligendo* o *in vigilando*! Sabato scorso, il 22/11/03, abbiamo discusso con il Prof. Giuliano Franco di Evidence Based Medicine per il Medico competente. Un tema importante che riprenderemo nel nostro prossimo Congresso Nazionale, a Portofino (GE) dal 27 al 29 maggio dell'anno in arrivo, assieme ad una lettura costruttiva del nostro ruolo all'interno di un percorso di semplificazione che sicuramente ci coinvolgerà e con l'impegno dichiarato di disegnare un autentico percorso di tutela della nostra professione. Una possibilità che l'ANMA offre ai propri Soci per respingere al mittente ogni premio. Allora si che potremo dire: la vita è bella!

E con questo augurio raggiungi tutti con i miei più calorosi auguri di Buone Feste e di un 2004 all'insegna di ogni soddisfazione, ma anche con qualche delusione: non ricevere premi.

Arrivederci a Portofino, numerosi e motivati a far crescere in qualità la nostra professione, perché il futuro del Medico competente e della Medicina del Lavoro sta anche nelle nostre mani.

Il Presidente Giuseppe Briatico-Vangosa

<i>Convegno sui rischi non normati</i>		
Valutazione del rischio e giudizio di idoneità nei rischi non normati	pag.	4
<i>Convegno sui rischi non normati</i>		
Lavoro non stanziale / Mobile work	pag.	8
<i>Convegno sui rischi non normati</i>		
Valutazione dei rischi non normati e giudizio di idoneità	pag.	17
<i>è successo a...</i>		
Brescia: Cuore e lavoro	pag.	22
<i>è successo a...</i>		
Padova: Diagnosticare in tempi rapidi	pag.	23
<i>è successo a...</i>		
Latina: La prevenzione oncologica può partire anche dall'azienda ed integrarsi con territorio	pag.	24
<i>ultime dalla rete</i>	pag.	25
<i>esperienze e materiale di lavoro</i>		
Per "studiare" un ambiente di lavoro e conoscerne i rischi	pag.	29
<i>contributi</i>		
Ancora qualche considerazione in tema di mobbing	pag.	34
<i>contributi</i>		
Nuovi orientamenti nella gestione del rischio chimico nei luoghi di lavoro alla luce del D. Lgs 25/2002	pag.	36
<i>contributi</i>		
La collaborazione tra gli attori aziendali della prevenzione: tuttora più ombre che luci	pag.	40
<i>da leggere in poltrona</i>		
Segno e disegno	pag.	44

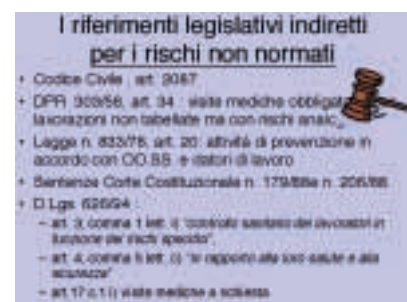
In copertina: DOMENICO DIBARTOLO - La costruzione dell'ospedale di Siena (1443)

Valutazione del rischio e giudizio di idoneità nei rischi non normati:

partecipazione del medico competente, procedure e documentazione delle attività

Premessa

Il titolo risponde in modo sintetico all'interrogativo rappresentato dalla gestione di tutti i rischi c.d. non tabellati o normati, sulla cui tutela la legge di modifica Comunitaria 2001, n. 39/2002, ci obbliga in pari misura rispetto ai rischi tradizionali.



È la svolta epocale del passaggio dalla presunzione alla valutazione ed inserimento dei rischi - di qualsivoglia origine e natura - nel documento aziendale, che sembra aver trovato una condivisione di pareri sul piano concettuale, etico, del diritto, ed anche sul piano pratico/applicativo.

Il documento aziendale fra norme di legge, buona prassi e procedure interne

Per dare un razionale quanto più esauriente a tale impostazione, partiamo da lontano, cioè dagli orientamenti operativi per il Medico Competente, proposti dall'ANMA e che richiamano una prassi di buona pratica professionale, e che sono stati a più riprese illustrati nei Congressi Nazionali dell'Associazione di questi ultimi anni.

In particolare lo scorso anno si è accennato ad un modello di intervento nelle aziende che vuole abbracciare la filosofia degli standard della qualità internazionale (ISO), nell'auspicio che si affermi nell'impresa un approccio che:

- interpreti al meglio il richiamo della normativa europea ad una prevenzione polidisciplinare ed al team work nella sicurezza,
- si basi su criteri di efficacia di

intervento,

- soddisfi le esigenze di qualità e di economia di esercizio,
- si presti a procedure di certificazione,
- vada oltre il semplice rispetto formale delle norme di legge.

Inoltre tale impostazione si presta maggiormente alle esigenze di implementazione del sistema aziendale della salute e sicurezza con quelli legati al rispetto ambientale (EHS), e si pone nella scia tracciata da autorevoli documenti che - in mancanza di norme della famiglia ISO sul tema della Medicina del lavoro - puntano comunque nella sostanza ad una gestione collaborativa, razionale ed efficace, della salute e della sicurezza nelle imprese (BS 8000; OHSAS 18000, UNI-INAIL). Peraltro lo sviluppo di una cultura della buona pratica nella prevenzione prende le mosse da Linee guida sui sistemi di gestione di sicurezza e salute sul lavoro, promosse già dall'ILO (International Labour Organization, ottobre 2001), e che prevedono in pratica che si metta in atto un circuito virtuoso di 5 settori di attività:

- 1) formulazione di una politica aziendale di vertice che tracci gli obiettivi in tema di prevenzione e salute,
- 2) creazione di un'organizzazione basata da una stretta collaborazione tra le funzioni aziendali interessate, ma che individui precisamente le singole responsabilità,
- 3) pianificazione di programmi dettagliati di intervento con precise scadenze,
- 4) valutazione delle performance attuate mediante indicatori condivisi (concentrazioni medie di contaminanti, dati tossicologici, n. infortuni e/o incidenti, prescrizioni Organi di Vigilanza, % di adesione ai programmi di sorveglianza, ecc.),
- 5) individuazioni di azioni correttive per il perseguimento dell'obiettivo del miglioramento continuo. Pur non essendovi al momento una effettiva tendenza ad una

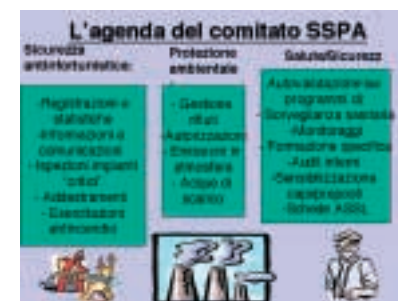
certificazione di conformità secondo il modello ILO (differentemente da quanto accade per il sistema OHSAS 18001), questo è comunque è ritenuta una futuribile guida per una prossima certificazione standard.

Il ruolo del medico competente in questo sistema integrato di interventi diventa fondamentale - e non è scontato dirlo - in quanto coinvolto in tutte le fasi dell'organizzazione suddetta ed in particolare, sul piano operativo, a partire dal processo della valutazione dei rischi aziendali. L'imprescindibile partecipazione del sanitario al processo di valutazione dei rischi peraltro è sancito dalla norma e dall'evidenza scientifica che un'azione polidisciplinare fornisce già in questa fase.

Ci sembra necessario anche in questa sede ribadire che l'impostazione restrittiva prevista dal comma 6 dell'art. 4 ("nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria") del D.Lgs. 242/96 appare tanto più errata sul piano concettuale, quanto più osserviamo - sul piano pratico/applicativo - una serie di condizioni espositive tradizionalmente "normate", in cui la sorveglianza sanitaria può non essere necessaria (ad es. rischio chimico irrilevante), ed - al contrario - diverse attività lavorative con rischi (organizzativi, ergonomici) da ritenersi "non normati", ma per i quali comunque si condivide la scelta di eseguire una sorveglianza sanitaria.

D'altra parte accomunano alcune esperienze legate ad una maggiore difficoltà (da parte del M.C.) ad esser coinvolto proprio nelle prime fasi di valutazione, quanto più "distanti" ci troviamo - nel percorso abituale - dalle fasi finali del controllo sanitario della popolazione, oppure quanto più ci allontaniamo da una tipologia tradizionale di luogo e rapporto di lavoro. A questo punto non sfuggirà che l'approccio pragmatico a cui si fa riferimento non pone differenze di sorta tra i rischi presenti negli ambienti di lavoro, se non per la loro potenzialità di danno, e non certo per la

presenza o meno di precisi riferimenti normativi. D'altronde sembra condiviso - anche sotto il profilo giuridico - che tutto ciò che potrebbe creare danno alla sicurezza ed alla salute di chi lavora debba avere pari dignità nell'inserimento nel documento aziendale dei rischi, e quindi per la sua gestione, anche sanitaria. La ratio di una tale scelta non è solo sotto il profilo del metodo, o del diritto, ma emerge anche dall'evidenza epidemiologica di condizioni espositive connotate maggiormente dai rischi ergonomici, psicosociali ed organizzativi - con scarsi riferimenti normativi - piuttosto che da tradizionali e legiferati pericoli (v. indagine Agenzia Europea per la salute e la sicurezza, dove il rischio chimico è segnalato solo nel 14% dei casi. Sul piano del diritto, un atteggiamento estensivo relativo ad una gestione del rischio residuale, attraverso anche l'effettuazione di una sorveglianza sanitaria laddove non espressamente prevista, trova alcuni presupposti giuridici nella nostra legislazione.



Senza entrare nel merito delle controversie sorte in merito alla loro effettuazione (Sent. Cass. sez. I, 17/09/2001), va ricordato che le stesse visite mediche richieste dal lavoratore (art. 17, c. 1, lett.i) rappresentano, non solo per il M.C., ma per l'intera organizzazione della sicurezza, un validissimo strumento per la "sorveglianza" nel tempo delle condizioni di rischio e/o disagio lavorativo, ampliando spesso le misure di tutela proprio nelle aree precedentemente non "normate" o codificate dal documento aziendale.

Motivazioni concettuali, di diritto e di metodo organizzativo, orientano quindi ad un approccio che faccia condividere preventivamente le procedure di valutazione tra le funzioni interessate: Direzione aziendale, SPP, Medico competente, RLS, le quali condivideranno le successive fasi di gestione dei rischi residuali. Il rischio professionale, cioè, nelle sue più disparate tipologie ed en-

tità, viene comunque gestito sin dall'inizio con procedure di valutazione congiunta tra la figura medica e quella tecnica, in merito alle possibili conseguenze che potrebbe riservare sulla salute dei lavoratori esposti. Il superamento di una pratica di semplice presunzione, e lo sviluppo di procedure di caratterizzazione del rischio in merito alla salute, consente di affermare quindi che il ruolo del medico competente è disancorato dall'obbligo eventuale di effettuare visite preventive e periodiche, e che la gestione sanitaria del rischio parte dalla sua valutazione, obbligo fondamentale che riguarda tutti i rischi per la salute e la sicurezza (puntualizzazione ripresa dal Titolo VII-bis sugli agenti chimici e dalla L.39/2001) e non solo quelli per i quali è necessaria l'effettuazione di una sorveglianza sanitaria. Le modalità di applicazione di tali principi nelle dinamiche delle diverse realtà lavorative sono evidentemente molteplici e sono aderenti appunto alle diversità di organizzazione, settore di attività, dimensione, tradizioni e cultura delle singole aziende. Il modello associativo dell'ANMA (v. Atti Congr. Ancona 2002) richiede comunque che siano rispettati alcuni aspetti fondamentali, quali:

- l'inserimento paritetico del M.C. nella politica e nelle strategie aziendali legate alla sicurezza,
- l'attiva partecipazione del M.C. alla valutazione del rischio, inteso come processo continuo che segue i mutamenti dell'attività lavorativa,
- la disponibilità di tutte le informazioni necessarie relative al ciclo tecnologico ed all'organizzazione del lavoro,
- la redazione di un piano di sorveglianza sanitaria mirato ai rischi, che sia inserito nelle misure preventive indicate dal piano aziendale di sicurezza,
- l'evidenza formale della sua partecipazione ai successivi processi di gestione del rischio (sopralluoghi, visite mediche, informazione e formazione)

Un modello di organizzazione delle attività

Per gli aspetti che riguardano l'oggetto del presente contributo, descriviamo brevemente una modalità di intervento che vuole soddisfare i requisiti di cui sopra, ed i relativi strumenti formali con i

quali si ritiene di analizzare, valutare e gestire nel tempo le situazioni di rischio lavorativo.

Va peraltro premesso che il seguente modello operativo - nato per realtà lavorative di medio-grandi dimensioni, ma adattabile con qualche alleggerimento nelle piccole e medie aziende - non vuole evidentemente proporsi per uniformare comportamenti che devono invece mantenersi flessibili ed in grado di rispondere alle singole esigenze lavorative. Esso vuole invece porsi come supporto di una logica funzionale complessiva, che è alla base del modo di operare del medico competente e del Servizio di Prevenzione in cui egli agisce, evidenziando in particolare le interrelazioni con le altre figure aziendali, i legami procedurali, le responsabilità, i nessi logici ed i tempi successivi delle diverse azioni, sempre nel rispetto, ma non solo, delle norme di legge.

Un orientamento organizzativo, cioè, che può rispondere al meglio a criteri di ottimizzazione di risorse e di efficacia, secondo una filosofia propria della qualità dei sistemi. Esso peraltro ricalca in massima parte gli orientamenti delle Associazioni degli Igienisti Industriali americani (ACGIH, AIIA), recepiti dalle organizzazioni nazionali di categoria. (AIDII)

Viene attivato in azienda un Comitato per la Salute, Sicurezza e Protezione Ambientale (SSPA) composto dalla Direzione (come Datore di lavoro), dal responsabile dell'Ufficio del personale, dai responsabili di Produzione, Manutenzione impianti, Ingegneria, dal RSPP, dal Medico Competente e dai RLS.

Compiti principali del Comitato è quello di stabilire una politica precisa dell'azienda in tema di salute, sicurezza e protezione ambientale, che abbia quindi un imprimatur dalla Direzione, e come tale venga recepita da tutti i dipendenti, ma che sia anche espressione di un lavoro in team, con ampio coinvolgimento e corresponsabilizzazione. *Requisiti minimi* di tale politica sarà evidentemente il puntuale rispetto delle normative vigenti, mediante azioni programmate e con periodici report in riunioni almeno semestrali di verifica. *L'obiettivo* però è quello di un miglioramento continuo delle condizioni di lavoro, mediante ripetute azioni correttive ed un costante passaggio di informazioni tra i vari ruoli coinvolti.



Il programma annuale viene approvato ogni inizio anno, con la previsione dei tempi di effettuazione ed indicazione dei responsabili incaricati, e può riguardare ad esempio:

- ispezione degli impianti critici (D.Lgs. 359/99)
- sopralluogo semestrale degli ambienti di lavoro (art. 17, D.Lgs. 626/94)
- l'1ª riunione del comitato (art. 11, D.Lgs. 626/94)
- verifica ed aggiornamento del documento di valutazione dei rischi (art. 4 e art. 72-quater)
- esercitazione antincendio ed evacuazione (D.M. 10/03/98)
- formazione su ergonomia e VDT (art. 56, D.Lgs. 626/94, Linee guida 2/10/2000)
- ecc.

Per quel che riguarda le attività di valutazione preliminare del rischio, vengono elaborate schede di Analisi della Salute e Sicurezza del Lavoro (ASSL), che rappresentano graficamente le singole fasi del ciclo di lavoro, caratterizzate per gli aspetti relativi ai rischi potenziali, alle misure di prevenzione e protezione adottate, alle procedure eventuali di sorveglianza sanitaria. La loro peculiarità risiede nel fatto che esse rappresentano l'evidenza formale di un lavoro svolto in team fra il SPP, i responsabili di produzione ovvero di ufficio, il Medico Competente, l'apposizione delle cui firme sancisce l'approvazione congiunta del loro contenuto. Esse si completano con le osservazioni relative alle materie prime utilizzate ed alle modalità di smaltimento dei sottoprodotti, per lo sviluppo di un sistema di gestione integrato di salvaguardia della salute, della sicurezza, e dell'ambiente.

La distribuzione delle schede ASSL e l'illustrazione del loro contenuto - ad opera dei preposti agli operatori interessati - rappresenta una valida procedura di completamento della "cascata informativa" da mettere in piedi ai fini della prevenzione in azienda.

Il ruolo del M.C. sarà ovviamente quello di individuare - sulla base delle informazioni ricevute, dei dati ambientali e dell'osservazione diretta - le ricadute sulla salute dei lavoratori di quelle particolari condizioni espositive, indicando l'eventuale necessità di una sorveglianza sanitaria, di un monitoraggio tossicologico, ovvero contribuire a stabilire le misure di protezione, di abbattimento alla fonte, di formazione degli addetti, ecc.

Di particolare interesse sarà poi il contributo del sanitario nella caratterizzazione del rischio chimico, secondo quanto richiesto dal Titolo VII-bis, in una scala di gravità che può tracciarsi dal rischio irrilevante (assimilabile al background naturale), a quello trascurabile (da correlarsi al "moderato" di cui al D.Lgs. 25/02, e che si identifica con condizioni espositive < 1/10 del TLV), a quelle lavorazioni con esposizioni corrispondenti al c.d. "action level", che richiedono interventi urgenti di bonifica.

L'assoluta necessità comunque di riportare le scelte del Servizio di Prevenzione alle evidenze scientifiche ci è data dall'esempio del rischio piombo, i cui livelli di azione previsti dalla norma (40 mcg/dL di PbB) sono circa 10 volte superiori ai livelli di riferimento della popolazione generale.

Solo con lo scopo di proporre esempi di modelli operativi, si illustrano le proposte con cui il M.C. può concludere il processo di valutazione del rischio chimico, sia in una prima ipotesi di prosecuzione della sorveglianza sanitaria (rischio "moderato" comunque da controllare nel tempo), sia in situazioni in cui si è ritenuto giustificata l'interruzione del processo (art. 72-quater, comma 5, rischio chimico "irrilevante" in area uffici).

Le modalità applicative del decreto sulla protezione dagli agenti chimici richiamano ancora una volta l'attualità degli aspetti controversi di cui oggi si discute: i vincoli normativi ed etici della sorveglianza sanitaria e del giudizio di idoneità nelle condizioni di rischio c.d. "moderato", che - in quanto tale - non si identifica in condizioni espositive con specifici riferimenti relativi ad obblighi di una gestione sanitaria del rischio. Ad ogni buon conto però ricordiamo gli obiettivi e l'interpretazione più condivisibile del significato della

sorveglianza sanitaria, che sono poi quelli sanciti dall'ILO nel 1998, e ripresi dai recenti orientamenti SIMLII del 2003.

Conclusioni

Pensiamo sia giusto rivisitare criticamente - ed aggiornare laddove necessario - i nostri comportamenti e le nostre procedure di valutazione complessiva dei rischi lavorativi, in modo anche da accompagnare le trasformazioni in atto nel mondo del lavoro con prestazioni rese in qualità.

In particolare l'espansione dei rapporti di lavoro temporanei, part-time, delocalizzati, di collaborazione continua, l'incidenza sempre maggiore di fattori di rischio psicosociale (stress, mobbing, precarietà) o legati alle dipendenze (alcohol, farmaci, droghe), all'invecchiamento, alla atipicità dei luoghi e degli orari di lavoro, ecc. richiedono nuove metodologie di intervento - *molto più legate alle evidenze sperimentali che alle norme* - per giungere ad efficaci livelli di tutela.

Il modello operativo proposto viene implementato - trovando nel contempo riferimenti costanti nella sua conduzione - da una serie di procedure (scritte e periodicamente aggiornate), che trattano di argomenti generali di sicurezza (formazione, lavori in appalto, emergenze, ecc.), ovvero possono essere attivate per regolamentare rischi fino ad allora non codificati (tutela dei lavoratori atipici: part-time, interinali, telelavoratori, mobile workers, lavoro notturno, lavoratrici madri, ecc.).

La validità di un'organizzazione si misura - a nostro avviso - proprio rispetto ad una flessibilità di impiego nelle varie realtà lavorative, che risponda alle attuali esigenze partecipative senza venir meno al rispetto nelle norme basilari, le quali vengono anzi implementate da un approccio valutativo più ampio.

Riteniamo che la mancanza di una visione strategica estensiva sui temi della salute e sicurezza - che segua quindi esclusivamente i dettami di una norma che per definizione non può essere sempre aggiornata - non sia in grado di supportare, ed a volte anticipare, le spinte al progresso, anche per ricondurlo in quella dimensione di sostenibilità per le generazioni future espresse dalla



Carta Europea dei diritti fondamentali (art. 31), cioè il mantenimento di "condizioni di lavoro che rispettino la salute, la sicurezza e la dignità del lavoratore".

Si ritiene che oggi ci siano quindi tutti gli elementi - anche legati ad una consolidata buona pratica professionale - affinché venga ricondotta al SPP ed al M.C. l'atti-

vità di prevenzione dei c.d. rischi non normati per la formulazione dei relativi giudizi di idoneità, ai fini del raggiungimento di un non retorico obiettivo di miglioramento delle condizioni di lavoro.

L'auspicio è quello legato alla crescente attenzione rivolta dalle aziende - anche le PMI - ai temi della qualità dei sistemi ed alla im-

plementazione dei processi, che può dare una spinta decisiva all'adozione di modelli operativi della sicurezza, che su quei principi sono orientati, e che rappresentino sempre più una leva competitiva per il mercato. Una ulteriore attenzione si va concentrando sulle problematiche di tutela e di sicurezza attraverso una crescente diffusione della certificazione di etica d'impresa (SA 8000), per una maggiore legittimazione sociale delle aziende.

Infine vorremmo accennare al tema molto attuale delle possibili esemplificazioni proposte per gli adempimenti in tema di tutela della salute sui luoghi di lavoro: ebbene ci sembra di poter dire di non essere contrari in linea di principio ad un'eventualità del genere - soprattutto laddove possa ridurre le aree di incertezza e/o alcuni vincoli applicativi - a patto che si mantengano ovviamente gli stessi livelli di attenzione alle tematiche di prevenzione, e non si risolva il tutto in una generale depenalizzazione dell'apparato sanzionatorio. A questo proposito riteniamo che il rispetto di un futuribile Testo Unico dovrà rispondere all'esigenza di giungere efficacemente alla *mission* della nostra professione, ponendo dei giusti limiti per il rispetto della dignità del singolo, ma eliminando anacronistiche differenze sulla gestione dei singoli rischi.

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" ☐ Sì ☐ No

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____

n. _____

CAP _____

Città _____

Telefono _____

Fax _____

Data _____

Firma _____

Lavoro non stanziale / Mobile work

DEFINIZIONI E TIPOLOGIE

Il lavoro non stanziale/mobile work è un tipo di lavoro che richiede una notevole mobilità del lavoratore e viene svolto essenzialmente a distanza dall'azienda di dipendenza. Questa tipologia di lavoro è da sempre presente nel mondo produttivo, in particolare nel settore commerciale, ma negli ultimi anni ha subito una ampia diffusione nei diversi settori produttivi per la notevole flessibilità che lo caratterizza.

Non risulta esistere a tutt'oggi una definizione univocamente adottata di mobile work, né tantomeno un profilo giuridico che ne delinea l'ambito di applicazione e di tutela dei lavoratori che lo svolgono. Le particolari modalità di svolgimento dell'attività lavorativa portano a definirlo come **un lavoro svolto dal lavoratore non stanziale, che presta la sua opera prevalentemente o esclusivamente all'esterno dell'azienda di cui è dipendente, essendo impegnato presso clienti, fornitori e/o utenza dell'azienda stessa, in condizioni di mobilità e flessibilità spinta sul territorio.** Il lavoro non stanziale può anche richiedere l'uso più o meno prolungato di apparecchiature informatizzate e telematiche realizzando il **telelavoro mobile**, modalità di telelavoro che si va sempre più diffondendo. Rientra nella presente trattazione il **lavoro stanziale prolungato presso clienti o customer location**. Un'altra tipologia di lavoro mobile di recente sviluppo è rappresentata dal lavoro dei **pony express**. Per quanto riguarda la definizione di *mobile worker* la International Data Corporation (IDC) considera tale **colui che passa almeno il 20% delle ore lavorative annuali lontano dal proprio luogo di lavoro o da casa.**

Sono stati esclusi da questo capitolo le tipologie più tradizionali di lavoro non stanziale già sottoposte a regolamentazioni normative, contrattuali e di sicurezza specifiche, che si riferiscono al

personale viaggiante del trasporto pubblico e privato del settore stradale, aereo, ferroviario, marittimo e della pesca, la cui legislazione preventiva può essere tuttavia di riferimento per le tipologie di lavoro "mobile" trattate in questa linea guida.

Similmente non è stato considerato il lavoro svolto in cantieri temporanei o mobili di cui al D. Lgs. 494/96.

Per non ingenerare confusione, comunque, si ricorda che la tipologia più tradizionale di *lavoratore mobile* - inteso come personale viaggiante - è stata definita dal D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 ("Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro"), che recita all'art. 1, comma 2h):

"lavoratore mobile": qualsiasi lavoratore impiegato quale membro del personale viaggiante o di volo presso una impresa che effettua servizi di trasporto passeggeri o merci su strada, per via aerea o per via navigabile, o a impianto fisso non ferroviario.

DIFFUSIONE DEL FENOMENO

L'IDC ha stimato che negli Stati Uniti i lavoratori non stanziali, secondo la definizione di mobile worker data in precedenza, aumenteranno dai trentanove milioni del 2000 ai cinquantacinque milioni nel 2004.

Una recente ricerca di settore (IDC, 2001) indica in circa 8 milioni di unità il numero di tali lavoratori in Europa, con un tasso di crescita tale da portarli a 20 milioni nell'Europa del 2005, con un passaggio quindi dall'attuale 5% al 12% della forza lavoro. In particolare tale impulso sarà dato soprattutto dai Paesi del nord Europa, mentre naturalmente sarà da verificare il contributo a tale fenomeno che scaturirà dal prossimo allargamento dell'Unione Europea agli altri Paesi previsti dagli accordi di Nizza (Nov. 2002) e di Atene (Apr. 2003), con l'ingresso di altri 10 Paesi membri e di oltre 75 milioni di cittadini.

Pur essendo proporzionalmente

minore il ricorso al lavoro in mobilità nel Sud Europa, l'Italia può vantare un significativo 3% dell'attuale forza lavoro (circa 600.000 unità) che dovrebbe salire ad un 9% del totale (2,1 milioni di lavoratori) nel 2005.

ATTIVITÀ INTERESSATE

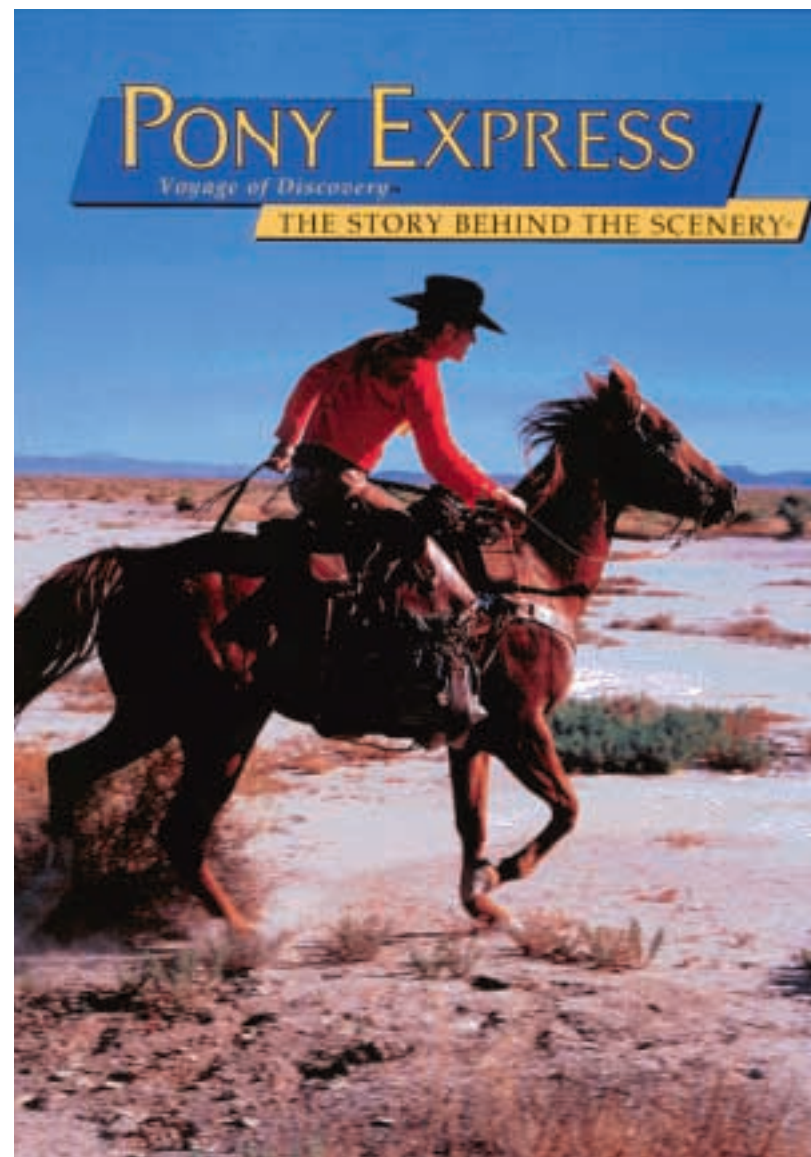
Numerose attività lavorative rientrano nel profilo del lavoro non stanziale. Tra queste si riportano le seguenti, precisando che l'elenco contiene soltanto alcuni esempi:

- Attività di assistenza tecnica sul territorio: riparatori, impiantisti /installatori, montatori, manutentori; tecnici hardware/software, antenisti, ascensoristi, lettori;
- Attività commerciale di vendita/promozione/marketing;
- Attività di consulenza;
- Attività di sondaggio/ricerche di mercato/censimenti;
- Attività stanziale presso i clienti (customer locations): installazione/gestione di hardware e pacchetti applicativi software presso clienti;
- Assistenza sociosanitaria domiciliare: infermieri/terapisti/assistenti sociali;
- Attività di ispezione/certificazione/vigilanza;
- Attività di informazione scientifica;
- Attività di autista e di addetto consegne a domicilio di imprese private;
- Attività che richiedono in genere trasferta o pendolarismo.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Non risulta che esistano riferimenti di legge specifici per le categorie di attività elencate, mentre vi sono sicuramente accordi nazionali (es. autotrasporto) ed integrativi aziendali che di volta in volta possono stabilire tutele contrattuali e/o benefits aziendali, nel rispetto del principio che le figure professionali che svolgono tali attività affrontano disagi e rischi lavorativi maggiori.

Tuttavia, alcune norme che regolamentano le attività tradizionali di trasporto delle merci e dei passeggeri, soprattutto per quanto ri-



guarda l'organizzazione e l'orario di lavoro dei lavoratori mobili ivi impegnati, potrebbero fungere da riferimento, almeno per alcune tipologie di mobile work; tra queste norme vi è il regolamento CEE n. 3820/85 sui tempi di guida e di riposo dei conducenti, ripreso dalla Direttiva 93/104/CE, modificata dalla Dir. 2000/34/CE, e, più recentemente, dalla Direttiva 2002/15/CE pubblicata dalla GUCE L 80 del 23.3.02. Punti qualificanti per il personale viaggiante sono la durata massima della settimana lavorativa, che non deve superare le 48 h, ed i riposi intermedi durante i viaggi, previsti di 30 minuti per turni da 6 a 9 h, e di almeno 45 min. se si superano le 9 h. (Allegato 1).

Altro aspetto normativo utile da ricordare - per quanto non strettamente specifico alla tipologia di lavoratore in esame - è quello che traccia i requisiti di idoneità psicofisica ed attitudinale del personale addetto alla guida dei mezzi pubblici di trasporto (D.M. n. 88

del febbraio 1999). Purtroppo - sebbene sia utile riferirsi a criteri più restrittivi di idoneità per la guida - si ricorda che per il lavoratore non stanziale che interessa il presente documento, i requisiti di legge richiesti per la guida rimangono quelli previsti dal Codice della Strada.

Come detto il D.Lgs. 8/04/2003 n. 66 ha recepito in Italia le Direttive 93/104CE e 2000/34/CE, relative ad alcuni aspetti dell'orario di lavoro, ed ha identificato giuridicamente la figura del "lavoratore mobile", attribuendole i requisiti più tradizionali del personale viaggiante, (art. 1, c.2h), e rimandando alla negoziazione autonoma delle parti sociali una disciplina più compiuta dell'intera materia.

Le principali novità riguardano la equiparazione della disciplina per settore pubblico e privato (con le eccezioni relative al personale viaggiante di mare e di volo, alle Forze Armate, ai VV.FF., alla Protezione Civile, alle strutture giudiziarie, ed

appunto agli autotrasportatori di cui alla suddetta direttiva 2002/15/CE). Sono sancite in particolare - oltre alla definizione di lavoratore mobile - quella di orario di lavoro (fissato in 40 ore settimanali), di ferie (almeno 4 settimane all'anno), la fissazione di un tetto di 48 ore settimanali come durata media dell'impegno lavorativo calcolata nel periodo di 4 mesi (estensibile a 12 mesi dai CCNL), il riposo settimanale (almeno 24 ore consecutive ogni sette giorni), e giornaliero (11 ore consecutive ogni 24), i limiti di durata del lavoro notturno.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio nel lavoro non stanziale deve essere effettuata partendo da un approccio concettuale di ambiente di lavoro che è diverso rispetto a quello di ambiente confinato, qual'è l'ambiente di lavoro tradizionale (fabbrica o ufficio). Nel mobile work si perdono i tradizionali confini tra ambiente confinato ed ambiente esterno. Ciò comporta in primo luogo la necessità di associare ai rischi generici legati alla mobilità ed al territorio (traffico, inquinamento, stress, criminalità), nonché allo stile di vita (alimentazione, orari, sedentarietà), l'aggravante rappresentata dalla peculiarità della mansione stessa, per cui dal punto di vista medico-legale essi si configurano come rischi generici aggravati. Una maggiore specificità legata all'attività lavorativa si riconosce invece ai possibili disadattamenti psicosociali (limitate relazioni lavorative, scarso senso di appartenenza all'azienda, limitate possibilità di formazione/informazione).

Una conseguenza importante di un tale approccio riguarda **il risvolto pratico che esso può avere sulle successive misure di prevenzione, compresa la sorveglianza sanitaria**, visto che alcune interpretazioni giuridiche ammettono la liceità degli interventi di sorveglianza sanitaria svolti dal medico competente per tutte le situazioni di rischio inserite nel documento aziendale, siano esse relative a rischi espressamente previsti dalle norme penali poste a tutela della salute dei lavoratori o meno. **La collaborazione del medico del lavoro, competente in tale processo, in forza del comma 6 dell'art. 4 del D. Lgs. 626/94, trova in questo un momento particolar-**

convegno sui rischi non normati

mente qualificante; l'attività dovrà quindi essere basata sulle evidenze scientifiche e giustificata da concrete e realistiche situazioni relative alla esposizione a rischi residui.

Oltre quanto detto, è opportuno che la valutazione del rischio debba tener conto:

- della prevalenza dell'attività di guida di autoveicoli, spesso di proprietà aziendale, e a volte personale, che riconosce per definizione un rischio aggravato in caso di guida notturna o di turni di lavoro troppo prolungati. I dati ACI - ISTAT delineano annualmente una situazione sulle strade che è ancora di vera emergenza, nella quale sono in crescita sia il numero degli incidenti (235.142 nel 2001 rispetto ai 228.912 del 2000), sia i feriti (334.679 contro 321.603), sia la mortalità (6.682 contro 6.649, contando i decessi ad un mese dall'incidente). Ebbene la fascia oraria più a rischio è quella tra le 17 e le 20, che concentra i fenomeni di pendolarismo, seguita da quella notturna dalle 22 alle 6. Pur rappresentando una condizione che aumenta soprattutto l'incidenza degli infortuni, portando ad indici di gravità spesso in contrasto con l'apparente "innocuità" della mansione (è da considerare che il 50% degli infortuni mortali annuali in Italia accadono alla guida di autoveicoli), vanno valutati i riflessi che la guida prolungata può creare nel tempo sullo stato di salute complessiva. La correlazione statistica dell'incidenza degli infortuni sulla strada con il chilometraggio percorso nell'anno potrebbe consentire, di volta in volta, di stabilire una sorta di limite di tolleranza, oltre il quale può ragionevolmente aumentare il rischio infortunistico. Con l'aumento dei Km, considerando anche i fattori di rischio personali e voluttuari dei lavoratori, aumentano - oltre al rischio di infortuni/incidenti sul lavoro - anche una serie di effetti sfavorevoli sul benessere complessivo, come riportato negli Atti del 65° Congresso Nazionale SIMLII di Giardini-Naxos del 2002, cui si rimanda per approfondimenti;
- della permanenza del lavoratore non stanziale in abitacoli di autoveicoli per parecchie ore al giorno, con le immaginabili criticità di un ambiente confinato e

spesso climatizzato (microclima, pollini, irritanti, fumo passivo nel trasporto collettivo, ecc.);

- della difficoltà pratica dell'effettuazione stessa di sopralluoghi preventivi e periodici (art. 17, lett. h), in un ambiente di lavoro che non ha confini, per cui l'attenzione va posta soprattutto sui mezzi di locomozione scelti o messi a disposizione;
- della possibilità che nelle mansioni affidate siano comprese movimentazioni manuali di carichi;
- dell'idoneità comunque delle postazioni, usualmente condivise, messe a disposizione da parte dell'azienda per i suoi lavoratori mobili;
- delle abituali condizioni di isolamento dal restante tessuto aziendale che tali lavoratori vivono, spesso anche senza colleghi al loro fianco, per cui, oltre agli aspetti psicologici già accennati, emerge il problema più pratico della gestione delle emergenze, sia collettive (inerenti alle strutture o al luogo in cui sul momento si trovano), sia individuali. In quest'ultimo caso diventa prioritaria la conoscenza di numeri di emergenza e delle procedure di autosoccorso, nonché la disponibilità di presidi idonei; in questo ambito si può dire che il problema della sicurezza sociale (security) si identifica - nel caso del mobile worker - con la sicurezza sul lavoro, e ciò va tenuto presente in sede di pianificazione ed organizzazione delle attività da parte dell'azienda, quale soggetto comunque responsabile;
- dell'età del personale addetto. Nelle aziende a forte vocazione sul territorio, con attività di coordinamento stanziali, si assiste abitualmente ad una sorta di selezione naturale imposta da fattori anagrafici, per cui i soggetti con maggior anzianità di servizio limitano progressivamente il loro raggio d'azione, mentre i più giovani rimangono impegnati in attività itineranti. Se ne deduce che l'organizzazione aziendale prevede già normalmente un maggior logorio, ed un maggior fattore di rischio in alcuni ruoli, da riservare a soggetti con condizioni psicofisiche più conservate. Ciò è tanto più vero quanto più l'attività del mobile worker è connotata da rischi tradizionali (impiantisti, installatori, ascensoristi, ecc.). In altri casi invece sarà proprio la maggiore esperienza a far preferire il lavoratore per alcuni ruoli

di responsabilità (consulenza, attività commerciali, marketing, project managers, ecc.);

- dello stress psicofisico che la mobilità e la flessibilità spinta possono creare nei lavoratori non adeguatamente supportati. Tra le cause dello stress ve ne sono di esterne: traffico, inquinamento, orari prolungati, fretta, rumori e vibrazioni, condizioni atmosferiche, ecc, ed interne: turnazioni, scarse relazioni aziendali, responsabilità, demotivazioni, ecc.

Va ricordato che il lavoratore non stanziale agisce spesso da solo, in nome e per conto della propria organizzazione aziendale, di cui rappresenta l'immagine e l'efficienza, e che la qualità del proprio operato viene il più delle volte rapidamente fatta oggetto di feedback. Su questa categoria inoltre sembra che possano incidere maggiormente alcuni fattori riconosciuti di stress, quali il divario tra responsabilità e poteri decisionali, l'incertezza nella definizione dei ruoli, il livello di istruzione ricevuto, la mancanza di sostegno e di apprezzamento (che vale anche per i ruoli di vertice), l'incertezza del posto di lavoro (coincidendo spesso il lavoro con mobilità spinta sul territorio con condizioni di precariato).

È appena il caso di ricordare che l'attenzione posta alle problematiche psicosociali ha comportato il consolidarsi ormai di una giurisprudenza significativa, e che il binomio stress-infortunio compare sempre più spesso nelle casistiche INAIL. Numerosi poi sono gli studi europei che imputano allo stress costi sociali pari a quelli derivanti da altri tradizionali fattori di rischio, quali il rumore ed i cancerogeni.

Una recente ricerca CENSIS sullo stress da lavoro in Europa individua le figure più colpite nei manager (32%) e professionisti (40%), ma anche nei tecnici (35%) ed operatori di macchinari. Sul piano pratico, si ritiene che sia compito del medico del lavoro competente collaborare in fase preventiva per eliminare aspetti organizzativi e logistici che possono rivelarsi critici, nonché farne oggetto di valutazione epidemiologica che, laddove raggiungano una significatività statistica tale da consolidare un effettivo fattore di rischio, richiederà misure di miglioramento.

Telelavoro mobile/ homework

Nel telelavoro mobile il lavoratore utilizza con assiduità apparecchiature tipiche di una postazione mobile di



H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



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

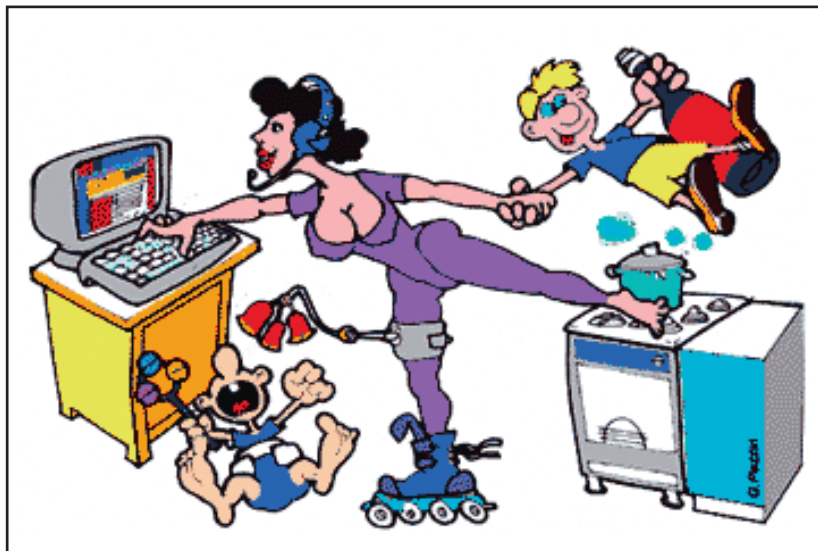
LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE - ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

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



lavoro, rappresentate da telefono cellulare, personal computer, fax-modem, che servono per connettersi telematicamente. Il lavoratore, in questo caso, può operare in una stanza di albergo, durante uno spostamento, può recarsi dai clienti e da lì collegarsi con l'ufficio per inviare ordini, aggiornare quotazioni, fare teleconferenza con esperti e tecnici in sede, in presenza di un sistema di registrazione e trasmissione di immagini. Le necessità operative dei telelavoratori mobili sono state gradualmente riconosciute da aeroporti, linee aeree, catene alberghiere e, in alcuni alberghi sono sempre più disponibili stanze attrezzate per i "net-lavoratori", con punti di accesso alla rete internet. Il telelavoro mobile può essere svolto anche da casa (homework) o da centri attrezzati, e spesso si identifica con un lavoro svolto prevalentemente all'estero, le cui implicazioni in materia di sicurezza e salute sono trattate nel documento relativo, a cui si rimanda. I fattori di rischio che occorre prendere in considerazione per la valutazione del rischio si riferiscono, oltre alla guida di automezzi, all'ambiente di lavoro (illuminazione naturale e artificiale, rumore, spazio), alle apparecchiature (hardware/software, accessori, telefono cellulare), all'organizzazione del lavoro (isolamento, stress, rapporti con i clienti, ritmi di lavoro). Per un più approfondito esame di questi fattori di rischio si rimanda al capitolo sul telelavoro di questa linea guida e alla linea guida sull'AIDV (Apparecchiature Informatiche Dotate di Videotermine).

Lavoro stanziale da clienti (customer locations)

Si tratta di lavoratori che operano per lunghi periodi presso clienti per

montaggio, manutenzioni, supporto tecnico, consulenze. Questi lavoratori devono essere a conoscenza dei fattori di rischio presenti nel ciclo produttivo dell'azienda ove operano. Difatti le problematiche in essere saranno quelle di un più tradizionale lavoro stanziale, in ufficio o in ambiente produttivo (manutentori, installatori), ma con le specificità del lavoro in appalto eseguito presso committenti (art. 7, D.Lgs. 626/94). In questi casi l'attività di prevenzione parte già all'atto della sottoscrizione dei contratti fra le aziende interessate, per quel che concerne le modalità di esecuzione dei lavori in ordine alla sicurezza ed al comfort degli operatori. Aspetti particolari di cui il medico del lavoro competente deve tener conto nell'individuazione dei fattori di rischio sono riportati nell'Allegato 2.

Pony express

È un'attività presente nelle grandi città e svolta per lo più da giovani, caratterizzata dall'uso intensivo di motocicli per il veloce trasporto e la consegna a domicilio in città di pacchi e merce di qualsiasi tipo. Il profilo di rischio legato a questa attività è caratterizzato, oltre che da incidenti/infortuni per l'uso del motorino, da polveri, fumi, gas ed altri inquinanti aerei, rumore, vibrazioni, agenti atmosferici, posture incongrue e movimentazione manuale di carichi a volte particolarmente ingombranti, fatica fisica, stress. Problemi più specifici possono riguardare in questi lavoratori il sistema mano-braccio, che subisce continuamente uno stress da vibrazioni originate dal manubrio del motorino, nonché l'apparato respiratorio per l'esposizione ad inquinanti aerodispersi da traffico auto-veicolare, valutato da studi ameri-

cani fino a 5 volte più intenso dell'inquinamento esistente nell'industria chimica o meccanica.

FORMAZIONE/INFORMAZIONE

Il D. Lgs. 626/94 assegna un ruolo importante al coinvolgimento del lavoratore nelle attività di sicurezza e prevenzione attraverso la informazione e formazione. Questo aspetto assume rilevanza particolare nel caso del lavoro non stanziale, ove, come detto in precedenza, non vi è limite tra ambiente di lavoro interno ed esterno e tra rischi professionali e rischi generici.

Un primo problema organizzativo che si può porre è rappresentato innanzitutto dalla formazione sui rischi lavorativi specifici (VDT, movimentazione carichi, agenti fisici, chimici e biologici), che diventa ardua proprio per la delocalizzazione e la frammentazione - a volte capillare - della popolazione lavorativa sul territorio. Aziende software con lavoratori mobili e customer location hanno sperimentato con successo un sistema di formazione on line con test progressivi di apprendimento ed evidenza formale della partecipazione al corso, per le necessarie notifiche di adempimento dell'obbligo da fornire eventualmente all'Organo di Vigilanza.

Altri aspetti meritevoli comunque di approfondimenti per la sicurezza e la salute del mobile worker, sono i seguenti:

- **guida sicura** ed educazione stradale. Possono essere trattate con l'ausilio di vademecum con le regole essenziali, fino all'istituzione di veri e propri corsi sulla sicurezza stradale;
- rischio aggiuntivo rappresentato da condizioni fisiche predisponenti: sedentarietà, sovrappeso, tabagismo, insonnia, ricorso frequente a farmaci, oltre alle vere e proprie patologie quali diabete, cardiopatie, gravi discopatie e spondiloartrosi, stadi avanzati di patologie vascolari da stasi venosa, BPCO;
- necessità di seguire regole di vita salutari per quanto riguarda l'alimentazione, il controllo del peso corporeo e del tono muscolare con opportuno esercizio fisico, l'abolizione del fumo e la moderazione nel consumo di alcol. Astensione dalla guida sotto l'effetto di medicinali critici, consultando sempre il medico in caso di dubbio, controllo dell'esposizione a brusche variazioni

termiche con il corretto uso degli impianti di climatizzazione;

- opportunità di un uso lecito e compatibile con l'attenzione richiesta dalla guida del telefono cellulare;
- utilizzo ottimale dei requisiti ergonomici dei mezzi aziendali, allo scopo di ottenere la miglior posizione possibile di guida: trattasi della possibilità di regolare l'inclinazione del volante, dello schienale e della sporgenza del supporto lombare del sedile, per assicurare una schiena dritta ed interamente appoggiata allo schienale, una corretta angolatura a 90 °C tra bacino ed arti inferiori, una corretta distanza tra tronco e volante, in grado di mantenere le braccia dritte, un'opportuna regolazione del poggiatesta per ridurre la tensione dei muscoli del collo;
- ricorso ad opportune pause durante la guida. Le posizioni anche ergonomicamente più corrette vanno alternate ad esercizi muscolari di rilassamento e decontrazione (stretching), se non addirittura a pratiche sportive salutari per la resistenza ed il tono muscolare (nuoto, corsa, esercizi aerobici), soprattutto di quei muscoli (glutei, muscoli del collo e delle braccia) che rimangono a lungo contratti nella guida.
- utilizzo corretto, per quanto possibile, dei dispositivi informatici portatili, in quanto l'esclusione dalla attuale normativa degli utilizzatori di VDT portatili non vuol certo dire per costoro l'assenza di rischi posturali, visivi e di affaticamento mentale, anzi, a parità di esposizione, questi lavoratori possono essere più suscettibili di disagi, per intuibili ragioni di organizzazione degli spazi; in particolare la formazione e l'informazione deve indicare norme comportamentali per l'uso di portatili in viaggio e in ambienti che impediscono posture corrette;
- corretta gestione delle emergenze, che comprende una formazione da "lavoratore incaricato per il primo soccorso" (soprattutto nel caso di attività prevalentemente isolata), la precisa conoscenza delle risorse territoriali disponibili al riguardo, ed una chiara procedura di comportamento in caso di infortuni o sinistri, oltre ad una dotazione minima di presidi di primo intervento. Per i lavoratori collocati temporaneamente presso clienti o

fornitori, è opportuno rendere noto agli interessati gli aspetti organizzativi sulle emergenze adottate dai committenti e/o appaltatori;

- consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti psicofisici, che dovrebbe in un contesto di educazione sanitaria complessiva consentire di fornire una maggiore "autonomia" al lavoratore non stanziale, impegnato in un'attività con scarse opportunità di colloquio diretto con il medico del lavoro competente. In questo senso il riconoscimento dei segnali di allarme del nostro organismo, sia sul piano fisico che soprattutto psichico, possono rappresentare un ottimo strumento di "prevenzione a distanza".

SORVEGLIANZA SANITARIA

Va premesso, come detto in precedenza, che la sorveglianza sanitaria va intesa come gestione sanitaria di un rischio residuo, ed, in tale accezione, si potranno esemplificativamente distinguere due situazioni:

- 1) il mobile worker svolge una mansione che espone ai rischi tradizionali (es. impiantisti, ascensoristi, videoterminalisti da desktop, e così via): in tal caso il lavoratore verrà sottoposto ad un protocollo di indagine specifico per tali rischi, non esimersi però, il medico del lavoro competente, dall'indagare sulla compatibilità psicofisica del lavoratore con gli aspetti complessivi della mansione e quindi dal formulare un giudizio di idoneità che includa le problematiche legate ad una mobilità spinta (situazione analoga a quanto praticato negli anni per il lavoro a turni). Tale condizione non sembra comporti particolari differenziazioni rispetto ai vincoli normativi esistenti;
- 2) il mobile worker non presenta esposizioni a rischi tradizionali per la salute (attività commerciale/vendita/marketing o di ispezione/certificazione, con uso esclusivo di VDT portatili, ecc.): la sua "atipicità" è data appunto dal carattere itinerante della mansione, per cui il rischio per la salute è dato essenzialmente dall'evento infortunistico legato alla guida di automezzi (peraltro solitamente grave), a meno che la conduzione prolungata di autoveicoli o altri particolari fattori non possano essere espressamente indicati come rischi particolarmente evidenti e potenzialmente cronici nel documento di valutazione aziendale (vibrazioni, agenti atmo-

sferici, stress). In particolare si ricorda come le vibrazioni e gli scuotimenti siano già previsti come rischio lavorativo alla voce n°48 della tabella allegata all'art. 33 del DPR 303/56, ed oggi un valido riferimento per la loro valutazione è dato dallo standard ISO 2631-1: 1997, nonché dalle Linee Guida ISPESL, in previsione di una nuova direttiva CE da recepire entro il 2005.

In ogni caso, si ritiene che un programma di sorveglianza sanitaria debba comunque individuare possibili controindicazioni, in sede preventiva e periodica, legate a:

- requisiti psicofisici minimi (in termini di sicurezza), ed in particolare di acuità visiva ed uditiva, necessari per la guida degli autoveicoli (art. 119 del Nuovo Codice della Strada, comma 2 e 2-bis). Non potendo il medico del lavoro competente incidere, come è noto, sull'idoneità alla guida, egli potrebbe comunque implementare i controlli effettuati dagli Enti pubblici con lunghi intervalli;
- presenza di franche patologie che compromettono la tolleranza ai frequenti spostamenti (disturbi neuropsichici in trattamento farmacologico, cardiopatie e/o diabete non controllati dalle terapie in corso, arteriopatie ostruttive, stasi venose di grado medio-severo, anemizzazione, gravi patologie ormonali, neoplasie, BPCO, spondiloartropatie in fase avanzata o comunque in fase acuta, storia clinica di gravi manifestazioni allergiche);
- sussistenza di invalidità, minorazioni e/o gravi mutilazioni, per quanto a volte compatibili con la guida autonoma, che comportano evidentemente esigenze di supporto sociale spesso improponibili per certi ruoli;
- etilismo; in forza alla Legge 125 del 30/03/2001, che all'art. 15 indica nel medico competente una delle figure che possano provvedere ai controlli alcolimetrici, anche se non risulta chiaro l'utilizzo che si possa fare di una tale diagnosi fintanto che non si individuino "le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza", da definire con il Decreto attuativo di cui al comma 1 del medesimo articolo. Un approfondimento su tale argomento è riportato negli Atti del 65° Congresso Nazionale SIMLII di Giardini-Naxos del 2002, cui si rimanda;

• alcune condizioni incompatibili con un corretto utilizzo delle cinture di sicurezza (obesità, gravidanza). Si ricorda al riguardo che l'art. 172 del Codice della Strada (comma 3) prevede in effetti l'esenzione per patologie particolari e per stato di gravidanza, purché riconosciute dalla competente AUSL, e con indicazione della durata di validità. Tali condizioni non consentono di adottare però la massima sicurezza sul lavoro, in quanto impediscono l'utilizzo di dispositivi assimilabili a DPI.

Sul piano operativo si ritiene che durante la sorveglianza sanitaria, oltre ad eventuali esami mirati a controllare gli organi e apparati che risentono dell'esposizione professionale ai fattori di rischio tradizionali, devono essere fatti emergere eventuali patologie o disfunzioni predisponenti ad una maggior rischio infortunistico o che possano aggravarsi in rapporto alla attività svolta. Pertanto si propone di effettuare:

- visita medica con particolare attenzione per l'apparato cardiovascolare, osteoarticolare, digerente, neurologico e vestibolare;
- esami ematochimici per il metabolismo glicidico e lipidico, funzionalità epatica, renale e emopoietica;
- ECG;
- Audiometria;
- Visus e senso cromatico.
- Mirato alla gestione di un rischio da uso intensivo di veicoli - ed al fine di contribuire alla prevenzione del fenomeno crescente degli infortuni in itinere - si può raccomandare un esame psicoattitudinale composto da:

- test dell'attenzione
- test della memorizzazione
- test dell'abbagliamento
- test di coordinazione manuale
- tempi di reazione acustici ed ottici

Successivamente vanno ripetuti i controlli con periodicità triennale, laddove non si individuino rischi specifici aggiuntivi, istituendo una precisa e condivisa procedura per eventuali visite a richiesta. Nel caso in cui il lavoratore non stanziale è anche un lavoratore all'estero e/o soggetto a turnazioni con turno notturno, si rimanda ai rispettivi documenti per orientare al meglio le procedure di sorveglianza e la formulazione del giudizio di idoneità.

Per una prevenzione più ampia, la soluzione organizzativa preferibile è sempre quella di creare interventi di medicina preventiva volti al controllo delle condizioni generali di salute dei dipendenti interessati, che siano effettuati su base volontaria e comunque sulla base di accordi aziendali con le organizzazioni sindacali. D'altra parte i connotati di sempre maggiore "atipicità" che il lavoro sta assumendo, mettono a dura prova la persistenza della validità concettuale (e pratica) di una sorveglianza sanitaria strettamente vincolata alla verifica di potenziali danni cronici alla salute e/o al peggioramento di patologie già in essere. In altre parole si ritiene che solamente un'impostazione globale del benessere su luoghi di lavoro sempre più "atipici" possa svolgere una funzione di prevenzione più allargata a "nuovi" rischi e fonti di disagio, potendo mirare, con procedure efficaci e rispettose della dignità personale, a migliorare complessivamente la qualità del lavoro ed a ridurre i costi umani e sociali di una mancanza di strategia.

I **telelavoratori mobili** in quanto utilizzatori di attrezzature portatili munite di videoterminale (notebook, laptop) rimangono al di fuori della tutela normativa, nonostante siano caratterizzati da un'attività con alto e prolungato impegno visivo. L'art. 50 del Titolo VI del D. Lgs. 626/94 esclude, infatti, i lavoratori addetti ai sistemi denominati portatili "...ove non siano oggetto di utilizzazione prolungata in un posto di lavoro". L'esenzione dei portatili dalle aree di tutela normativa non significa che questi non possano causare le problematiche conosciute per i PC tradizionali (disturbi muscolo-scheletrici, affaticamento visivo, affaticamento mentale); è possibile, invece, che questi lavoratori costituiscano un gruppo di maggiore criticità, dato che per essi non si dispone al momento di criteri di buona tecnica così consolidati come per i personal computer fissi. Per questi lavoratori occorrerà pertanto svolgere una sorveglianza sanitaria seguendo la metodologia riportata nella linea guida sui AIDV.

Per i **pony express** durante la visita medica preventiva occorrerà verificare in particolare: presenza di patologie dell'apparato cardiocircolatorio, diabete, turbe psichiche, epilessia, malattie del sangue, malattie

dell'apparato urogenitale, malattie neurologiche, osteoarticolari o muscolari gravi, riconoscimento di invalidità civile/del lavoro, visite mediche presso Commissioni Mediche Locali per patenti speciali, capacità visiva e uditiva, allergie. L'abuso di alcol e l'assunzione di sostanze psicoattive - pur rappresentando un elemento critico - non possono sempre emergere dalle pur necessarie verifiche anamnestiche. La visita medica periodica dovrà essere biennale e dovrà tenere conto degli aspetti sanitari appena citati.

Giudizio di idoneità

Poiché nei lavoratori mobili il fattore di rischio prevalente è la mobilità spinta con uso di autoveicoli e motoveicoli, nel formulare un giudizio di idoneità rivolto a concomitanti rischi normati cui questi sono esposti, si pone il quesito sulla possibilità di condizionare o meno l'idoneità complessiva alla mansione specifica, qualora sorgano dubbi circa l'idoneità e la sicurezza alla guida o comunque ai frequenti spostamenti, e nel contempo non si ravvisino ulteriori problemi per quanto riguarda gli altri rischi a cui il lavoratore non stanziale è esposto. In alcuni casi si potrebbe condividere, con il Servizio di Prevenzione e Protezione, un rischio effettivo da spostamento, collegato ai fattori già citati (inquinamento, variazioni termiche, vibrazioni e scuotimenti, stress), inserirlo nel documento di valutazione e, pragmaticamente, concordare e pianificare un piano di controlli sanitari, con susseguente formulazione del giudizio di idoneità.

Schematicamente si potrebbero avere tre possibili situazioni:

- mobile worker con esposizione concomitante a rischi** per i quali è già codificata una sorveglianza sanitaria mirata: idoneità alla mansione da parte del medico del lavoro competente, con particolare riguardo ai possibili effetti sinergici negativi imposti dalla mobilità (esempio impiantisti o fisioterapisti domiciliari che acquisiscono il rischio da movimentazione manuale dei carichi e posturale proprio per l'uso spinto dei mezzi di trasporto) e/o a condizioni cliniche di incompatibilità alla guida sicura (epilessia non controllata dai farmaci);
- mobile worker senza rischi valutati** (knowledge worker non videoterminalista o personale con

spostamenti più limitati) per i quali si nutrano dubbi sulla compatibilità alla mansione (etilisti, casi psichiatrici, patologie quiescenti, ecc.): ricorso alla struttura pubblica ai sensi dell'art. 5 Legge 300/70;

- mobile worker con unico rischio valutato rappresentato da una mobilità spinta sul territorio**, e da conseguenti esposizioni significative a fattori di potenziale danno cronico per la salute (già citati), debitamente inseriti nel documento aziendale, e quindi oggetto di sorveglianza sanitaria per la prevenzione di tecnopatie (piuttosto che di infortunio): giudizio di idoneità da parte del medico competente non legato all'idoneità alla guida (nel dubbio Struttura Pubblica), quanto a possibili effetti di danno cronico alla salute determinati da inquinamento, stress termico, ecc.



Non è superfluo ricordare le delicate implicazioni gestionali insite nel giudizio di idoneità alla mansione di questi lavoratori atipici, la cui specifica attività li rende non sempre e facilmente ricollocabili. Un atteggiamento equilibrato ed attento del medico deve comunque tener conto - come detto - del rischio generico aggravato dato dall'utilizzo spinto di moto e autoveicoli, che rende necessario un approccio valutativo estensivo. Non si esclude comunque che tale impostazione - fatta salva l'osservanza delle procedure preventive di informazione e condivisione delle attività di sorveglianza sanitaria - possa comportare un maggior ricorso ad un giudizio di secondo livello, ai sensi dell'art. 17, comma 4 del D.Lgs. 626/94.

MISURE DI PREVENZIONE

In un ambiente di lavoro senza confini cambia il modo di pensare

alla sicurezza ed occorre studiare procedure, specifiche da settore a settore, da tramutarsi in buone prassi applicative, e renderle formali nei documenti aziendali, come misure di miglioramento da aggiornare periodicamente.

L'approccio europeo in materia di sicurezza e salute sul lavoro (<http://osha.eu.int>) conferisce - come è noto - priorità alle azioni di abbattimento o attenuazione dei rischi all'origine, ed anche in questo delicato settore tale principio va applicato a partire dalla fornitura e la manutenzione dei veicoli in uso e sviluppando una politica di prevenzione che rafforzi quanto viene attivato a livello collettivo per la sicurezza stradale in genere. Basti pensare che i dati dell'Agenzia Europea della sicurezza e salute sul lavoro stimano che ogni anno nella UE muoiono circa 800 autotrasportatori, in circostanze tragiche che sconfinano dalle tematiche pur gravi dei "semplici" incidenti sul lavoro, poiché fatalmente incidono sulla sicurezza collettiva dei cittadini. I comportamenti preventivi realizzabili nelle diverse realtà lavorative in cui si configura un'attività non stanziale possono essere:

- stabilire per iscritto una politica di sicurezza aziendale dedicata ai temi del lavoro non stanziale, che occuperà uno specifico capitolo del documento aziendale di valutazione dei rischi, con procedure ed istruzioni per gli addetti impegnati nella guida;
- adottare autoveicoli con i requisiti garantiti per una guida sicura e confortevole (cinture, airbag, sedili ergonomici, e quant'altro), che d'altronde sono ormai considerati standard per l'industria automobilistica;
- osservare una scrupolosa manutenzione periodica dei mezzi utilizzati (opportunamente formalizzata), anche se di proprietà dei singoli lavoratori; da ricordare in particolare l'importanza della manutenzione degli impianti di aereazione/condizionamento/climatizzazione nella prevenzione delle manifestazioni allergiche respiratorie;
- tener conto, nell'organizzazione del lavoro e degli orari e nell'attribuzione dei carichi di lavoro, delle necessarie pause di ristoro durante la guida, che consentano peraltro di rispettare i limiti di velocità; altri elementi da considerare sono gli itinerari più sicuri da seguire, gli orari di punta e/a maggior tasso di incidenti (maggiormente a rischio - come

detto - le fasce orarie 17-20 e 22-6), le condizioni atmosferiche, il mantenimento degli orari di guida entro i limiti raccomandati, le operazioni eventuali di carico e scarico che accentuano la stanchezza;

- rendere possibili i necessari sopralluoghi congiunti sulle postazioni di lavoro dei lavoratori mobili dislocati presso clienti, fornitori, committenti, ecc., sia per gli aspetti tecnico-ergonomici, sia per quelli ambientali, sia anche per la gestione in essere delle emergenze in tali organizzazioni. Quanto detto andrebbe preventivamente previsto al momento della stipula dei contratti commerciali di collaborazione: un aspetto critico può ad esempio emergere quando sia preventivamente stabilito solo la natura del servizio da fornire ma non le modalità, le presenze, gli orari, od ancora il numero delle persone da dislocare,
- curare gli aspetti legati all'emergenza con una dotazione minima di pronto soccorso presente in macchina (pacchetto di medicazione, secondo alcuni estintore), con la conoscenza nel dettaglio delle risorse presenti sul territorio, con dispositivi di allarme in caso di sinistri che impediscano l'uso del cellulare (utilizzati da alcune aziende con personale itinerante, isolato in zone periferiche), oltre che ovviamente con adeguato addestramento al primo intervento;
- impedire che la dislocazione del personale ostacoli la periodicità dei controlli medici, laddove stabiliti, attraverso la sensibilizzazione del personale interessato e dei preposti;
- ribadire a più riprese un'attività di formazione puntuale sul contributo che lo stile di vita più corretto (alimentazione, esercizio fisico, farmaci, alcool, fumo, ecc.) può dare alla sicurezza complessiva di un lavoro che implica frequenti spostamenti sul territorio;
- nelle realtà lavorative che lo consentano, istituire una casella di posta elettronica protetta, ad uso esclusivo del medico del lavoro competente, allo scopo di "accorciare" le distanze, segnalare problemi emergenti, disfunzioni organizzative, e quant'altro possa servire a creare un rapido feedback aziendale;
- creare siti aziendali INTERNET o INTRANET sui quali il lavoratore dislocato possa trovare indicazioni utili per il suo lavoro o in alternativa un Help desk (vedi esempio in Allegato 3).

In conclusione si vuole affermare

che nel mondo del lavoro in continua trasformazione, è importante appoggiare, promuovere, e - quando possibile anticipare - le spinte al progresso, che peraltro non devono superare il proprio obiettivo (ed il proprio limite): il mantenimento di "condizioni di lavoro che rispettino la salute, la sicurezza e la dignità del lavoratore" (art. 31 Carta Europea dei diritti fondamentali). In un mercato in cui le parole chiave sono flessibilità, atipicità dei contratti, diversificazione del lavoro, l'obiettivo è quello di: "creare un maggior numero di posti di lavoro di migliore qualità" (Consiglio Europeo, Lisbona, marzo 2000).

Problematiche di sicurezza per gli utilizzatori di aidv portatili

Le raccomandazioni possono essere dirette sostanzialmente a:

- utilizzare apparecchiature di classe adeguata in relazione all'impiego, relativamente a contrasto, potere di risoluzione, velocità, ecc.;
- organizzare comunque la postazione di lavoro, per quanto temporanea, nella maniera più soddisfacente (superfici a disposizione, appoggi, orientamento dello schermo, regolazione dell'illuminazione, ecc.), ed in particolare:
- non posizionare il computer direttamente sulle gambe, ma creare eventualmente un appoggio di fortuna (valigetta, libro, coperta, asciugamano, ecc.);
- se il sedile è troppo basso rispetto al piano di lavoro sopraelevarlo con un cuscino o altro
- se necessario creare un poggiatesta con oggetti di opportune dimensioni
- se lo schienale è scomodo, coprirlo con una coperta e provvedere a fornirsi di un appoggio lombare (es. asciugamano arrotolato)
- analogamente provvedere ad adeguati sostegni per gli avambracci se si lavora su un divano o un letto
- cambiare spesso posizione facendo frequenti soste
- evitare di piegare la schiena in avanti
- mantenere in asse avambracci, polsi e mani che digitano o cliccano
- in caso di lavoro prolungato for-

nirsi - laddove possibile - di tastiera e mouse indipendenti dal portatile

- lavorare solo il tempo necessario in condizioni disagiate (viaggio, postazioni di fortuna) e con interruzioni frequenti, rimandando tutto ciò che è rimandabile a future condizioni di maggior comfort;
- controllare al meglio la postura, l'altezza e l'orientamento dello schermo;
- operare una accurata manutenzione ordinaria dell'apparecchiatura, più esposta al deterioramento proprio per le modalità particolari di utilizzo.

Precauzioni consigliate nella utilizzazione dei telefoni cellulari

- Informazione sui rischi e sulle misure di riduzione dell'esposizione;
- Adozione di telefoni cellulari aziendali con antenne che minimizzino l'irraggiamento della regione cranica o adozione di placchette schermanti;
- Sviluppo di telefonia satellitare;
- Riduzione della frequenza di utilizzazione e/o dei tempi di conversazione;
- Scelta di modelli con antenna estraibile;
- Utilizzo di cavi con connessione auricolare;
- Stand-by lontano dal corpo; in auto adottare antenna esterna all'abitacolo.

**Candura Umberto¹,
Iacovone Terry²,
Di Pierri Carmelina³,
Lasorsa Giuseppe³,
Soleo Leonardo³.**

¹ Servizio Sanitario, Ixfn SpA,

² Direzione Sanitaria, IBM Italia SpA

³ Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica-Sezione di Medicina del Lavoro - Università di Bari

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Iacovone M.T., Messineo A.: Salute e prevenzione nei lavori atipici. In: Castellino N. (Editor): Atti 63° Congresso Nazionale SIMLII: Workshop su Tutela della salute degli addetti ai lavori atipici. Sorrento, 8-11 novembre 2000. G.Ital.Med.Lav.Erg 2002; 24: (1 Suppl.): 6-19.
2. Miscetti G. Bodo P.: Aspetti particolari dei lavori atipici. In: Castellino N. (Editor): Atti 63° Congresso Nazionale SIMLII: Workshop su Tutela della salute degli addetti ai lavori atipici. Sorrento, 8-11 novembre 2000. G.Ital.Med.Lav.Erg 2002; 24: (1 Suppl.): 20-27.
3. Guerra F. Apostoli P.: Il telelavoro. In: Castellino N. (Editor): Atti 63° Congresso Nazionale SIMLII: Workshop su Tutela della salute degli addetti ai lavori atipici. Sorrento, 8-11 novembre 2000. G.Ital.Med.Lav.Erg 2002; 24:

(1 Suppl.): 28-37.

4. Messineo A., Persechini B.: Linee guida per la sorveglianza sanitaria in alcuni lavori atipici. G.Ital.Med.Lav.Erg 2001; 23: 236-240.
5. Messineo A., Iacovone T.: I lavori atipici. In: Casula D. et al. (Editors): Medicina del Lavoro. Bologna, Piccin Editore, 2003.
6. Abowd, G. D., C. G. Atkeson, et al.: Cyberguide: A mobile context-aware tour guide. In: Wireless Networks 1997; 3: 421-433.
7. Bellotti V., Bly S.: Walking away from the desktop computer: Distributed collaboration and mobility in a product design team. In: Ehrlich K., C. Schmandt, ACM Press: Proceedings of ACM 1996 Conference on Computer Supported Cooperative Work, 1996; 209-218.
8. Comparetto G., Ramirez R.: Trends in mobile satellite technology. In: IEEE Computer 1997; 30, 2: 44-52.
9. Conklin J., Begeman M. L.: A hypertext tool for exploratory policy discussion. In: ACM Transactions on Office Information Systems, October 1988, vol. 6, 4: 303-331.
10. Friday A., Blair G. et al.: Extensions to ANSAware for Advanced Mobile Applications. In: Proceedings of the 1st International Conference on Distributed Platforms, Dresden, Germany, 1996.
11. Hagimont D., Ismail L.: A protection scheme for mobile agents on Java. Proceedings of MobiCom: International Conference on Mobile Computing and Networking, Budapest, Hungary, 1997: 215-222.
12. Imielinski T., Badrinath B. R.: Mobile Wireless Computing: Challenges in Data Management. In: CACM 1994; 37(10): 18-28.
13. Patel B., Crowcroft J.: Ticket based service access for the mobile user. Proceedings of MobiCom: International Conference on Mobile Computing and Networking, Budapest, Hungary, 1997: 223-232.
14. European Commission: European transport policy for 2010: time to decide, COM (2001) 370.
15. <http://www.wearlab.de/>
16. <http://www.eto.org.uk/>
17. <http://www.inps.it/>
18. Autori Vari: Ruolo del Medico del Lavoro nella prevenzione degli infortuni. Atti 65° Congresso Nazionale SIMLII. Giardini Naxos, 11-14 Settembre 2002. G.Ital.Med.Lav.Erg 2002; 24: (1 Suppl.): 281-332. <http://www.gimle.fsm.it>
19. Candura U. Un aspetto del lavoro innovato: il mobile-worker. Notiziario ANMA. 1/2002: 17-19.
20. Candura U.: Luci ed ombre, problemi e prospettive. Atti 15° Congresso Nazionale ANMA. Ancona, giugno 2002
21. Western European Teleworking: Mobile workers and telecommuters. 2000-2005. IDC's report, Jan 2002. Daily Graphic Archive. www.idc.com
22. Levi L., Lunde-Jensen P.: Socio-economic costs of work stress in two EU members states. A model for assessing the costs of stressor at national level. Dublin, European Foundation, 1996.
23. <http://osha.eu.int>. Sito web Agenzia Europea della salute e sicurezza sul lavoro.
24. Eur-lex <http://europa.eu.int/eur-lex/>. I regolamenti e le direttive europee.
25. http://europa.eu.int/comm/dgs/energy_transport/index_en.html. Commissione Europea- Direzione generale Energia e Trasporti
26. D.Lgs. n. 66 del 8/04/2003: "Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro"



Valutazione dei rischi non normati e giudizio di idoneità Automezzi aziendali ed idoneità alla guida

Volutamente nel titolo si fa riferimento agli automezzi aziendali o autoveicoli aziendali, utilizzati per il trasporto di persone e/o cose aziendali, per differenziarli con chiarezza dai mezzi di trasporto pubblico destinati al trasporto di persone su percorsi comunali, intercomunali, regionali e così via.

Questa distinzione è indispensabile perché, pur essendo lavoratori tutti addetti alla guida di mezzi di trasporto, mentre i primi (addetti alla guida di automezzi aziendali) svolgono compiti direttamente connessi con le attività di gestione della struttura aziendale per il trasporto di dipendenti dell'Azienda (persone) o di materiali necessari all'Azienda stessa (cose), i secondi (addetti alla guida di mezzi di trasporto pubblico) svolgono un servizio pubblico con trasporto di persone.

Trattasi di due categorie ben distinte di lavoratori al punto, che gli addetti alla guida di mezzi di trasporto pubblico (conducenti di linea) sono identificati in apposite leggi e di conseguenza soggetti a controlli sanitari periodici ben protocollati, mentre i conducenti di automezzi aziendali non sono, allo stato, identificati come lavoratori esposti a rischi professionali.

In effetti i controlli sanitari cui sono finalizzati prevalentemente alla tutela dell'Esercizio (cioè i mezzi di trasporto) e dell'Utenza (cioè i trasportati) piuttosto che alla tutela della salute del lavoratore però, essendo il lavoratore stesso obbligato ad un controllo sanitario periodico, eventuali patologie emergenti non dovrebbero sfuggire a detti controlli, condizionando di conseguenza il giudizio di idoneità.

Ben diversa invece è la situazione quando ci si riferisce ai conducenti di automezzi aziendali per i quali gli unici controlli sanitari e gli unici requisiti fisici richiesti sono quelli previsti dal Codice della Strada, cioè quelli legati alla concessione della patente di guida.

Trattasi in definitiva, per i conducenti di linea, di rischi in qualche modo normati, per i conducenti di automezzi aziendali, di rischi non normati.

È opportuna, a questo punto, qualche precisazione.

I conducenti di linea sono lavoratori addetti a "compiti complessi", a lavori cioè per i quali è necessario un costante controllo periodico della loro idoneità specifica alla mansione, controllo che viene praticato dall'Ispettorato delle FF.SS. o da Organi del Servizio Sanitario Nazionale (art. 6, commi 1 e 2 del D.M. n° 88 del 1999) o, in alcuni casi particolari, da strutture sanitarie assimilate.

Per i conducenti di automezzi aziendali, che si ritiene non abbiano le stesse responsabilità dei conducenti di linea pur svolgendo a nostro avviso compiti e mansioni altrettanto gravosi e di responsabilità, non sono allo stato previsti controlli sanitari periodici se non quelli legati al rinnovo della patente di guida.

A conferma di questa distinzione, nel piuttosto recente Decreto Ministeriale n° 88 del febbraio 1999, ove vengono riportate le "norme concernenti l'accertamento ed il controllo dell'idoneità fisica e psico-attitudinale del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto", si precisa che per l'ammissione in servizio di questi lavoratori è necessario seguire i criteri dell'ammissione e/o della revisione (vedi norme dell'Ispettorato FF.SS.), ed in particolare, per gli Agenti da adibire alla guida di autobus di linea, di filobus e di automezzi aziendali diversi dalle autovetture, sono richiesti specifici accertamenti soprattutto a carico della colonna vertebrale (art. 2, comma 6).

Per il personale addetto alla guida di autoveicoli i requisiti sono quelli previsti dal Codice della Strada. L'art. 3, comma 4, ultimo capoverso, precisa però che "tutti i dipendenti indistintamente sono sottoposti ad accertamenti tecnico-sanitari delle loro condizioni ai fini della medicina preventiva secondo la vigente normativa".

Ad una prima lettura della norma sembrerebbero esclusi dalla sorveglianza sanitaria solo i conducenti di autovetture e per gli autisti di autobus di linea sarebbero previsti solo i controlli della revisione.

L'art. 3, comma 4 però riconduce tutto e tutti ad una più accettabile realtà quando precisa che tutti i dipendenti... sono sottoposti ad accertamenti... secondo la vigente normativa, sottintendendo evidentemente il D. Leg. 626/94 con le successive modifiche ed integrazioni.

Se queste sono le considerazioni relative ai dipendenti di Aziende di trasporto pubblico, non analogamente si può ragionare per i conducenti di automezzi aziendali non addetti al trasporto pubblico.

Come per tutte le attività lavorative private o pubbliche, il D. Leg. 626/94 prevede, anche per le mansioni di conducente di automezzi aziendali, la valutazione del rischio.

Già questo primo atto comporta non poche difficoltà.

A differenza delle attività aziendali con postazioni di lavoro predeterminate, in ambienti stabilmente adibiti a quelle lavorazioni, con metodiche e tempi predefiniti, etc., le attività di guida di solito si svolgono in ambienti spesso diversi, con tempi e metodi non sempre ripetibili, etc. e tutto ciò per una serie di cause variabili quali: la sede di lavoro (centro città, periferie, autostrade, etc.), l'impegno (piccoli spostamenti e lunghe soste o viceversa), le responsabilità (trasporto del Direttore Generale dell'Azienda o dell'Amministratore Delegato o di semplici dipendenti o addirittura di materiali), tempi di impegno lavorativo e mancata possibilità, almeno in alcuni casi, di predeterminare gli orari di lavoro, impegno che può sfiorare i tradizionali orari e prolungarsi o svolgersi anche in orari notturni e/o festivi e così via.

Ne consegue che non per tutti gli addetti alla guida di automezzi aziendali possono essere riconosciuti gli stessi rischi: Non sarà pertanto proponibile un unico protocollo di Sorveglianza Sanitaria ma lo stesso, di volta in volta, dovrà essere gestito dal Medico Competente secondo le attività specifiche dei singoli dipendenti interessati.

Numerosi sono i rischi professionali ai quali, almeno teoricamente, possono essere esposti i conducenti di automezzi aziendali.

Alcuni di questi rischi sono sicuramente estrinseci alle attività di guida



intese in senso stretto essendo infatti legati alla viabilità, al traffico, alle condizioni atmosferiche, agli orari di lavoro, etc. e di conseguenza non tutti i Datori di Lavoro ritengono di doverli e/o di poterli analizzare per inserirli a pieno titolo nel Documento di Valutazione.

Non volendo entrare nel merito delle considerazioni che possono indurre a valutare o meno questo o quel rischio, ci limiteremo ad indicarli, soffermandoci soprattutto su quelli che riteniamo possano essere obbiettivamente considerati rischi legati alla mansione.

Tra i rischi da prendere in considerazione i più facilmente presenti sono il rumore, le vibrazioni, il microclima, il lavoro a turno, la postura coatta, l'affaticamento visivo. Sono da tenere presenti inoltre anche gli aerodispersi, i gas tossici, ed in alcuni casi le radiazioni non ionizzanti. Un discorso a parte poi merita lo stress.

Il rumore vede la sua origine in situazioni intrinseche al mezzo di trasporto se si tratta di grossi motori specie se di vecchia concezione, ma soprattutto in situazioni estrinseche all'ambiente di lavoro legate prevalentemente a problemi di traffico ed ai rumori di fondo della strada.

Nelle vetture di nuova concezione, anche se di grosse dimensioni e cilindrate, le cabine di guida spesso sono insonorizzate, almeno parzialmente, per cui le misurazioni dei livelli sonori, pur se controllati in situazioni lavorative diverse (in sosta con il motore acceso, su strada asfaltata, su strada dissestata, in pieno traffico, etc.), non danno di solito valori di $L_{p,d}$ superiori a quelli previsti dalla norma risultando, di media, < a 75 dBA.

Le vibrazioni pur se già previste come rischio lavorativo nel vecchio D.P.R. 303/56 alla voce n° 48 – vibrazioni e scuotimenti –, sono state oggetto di un vero e proprio “revival” in questi ultimi anni perché la Comunità Europea è in procinto di emanare una nuova direttiva in

materia che poi dovrà essere recepita dagli stati membri entro il 6 luglio 2005. In previsione di ciò l'ISPESL ha proposto delle linee guida che poi dovranno essere adeguate, se necessario, alla emananda direttiva europea.

Oggi il punto di riferimento per la misura delle vibrazioni è lo standard ISO 2631-1:1997 che fornisce linee guida per standardizzare le misure pur sottolineando che non esistono dati sufficienti alla definizione di una relazione quantitativa tra vibrazioni e effetti sulla salute.

È opportuno ricordare, a puro titolo accademico, che vibrazioni a bassa frequenza (< 0,5 Hz) sono responsabili dei disturbi chinotossici definiti nel loro insieme come mal di mare o “mal dei trasporti”.

Il rischio da vibrazioni negli ambienti di lavoro si può estrinsecare o sul sistema mano-braccio o sul corpo intero.

Le vibrazioni al sistema mano-braccio sono in particolare riferite all'uso di strumenti vibranti (scalpelli, martelli, trapani, levigatrici, etc.) e per quanto riguarda i mezzi di trasporto solo all'uso di motociclette (vibrazioni del manubrio), per cui questo aspetto non rientra in quello oggetto di queste note.

Maggiore importanza invece rivestono le vibrazioni a corpo intero (Whole Body Vibration) perché ritenute responsabili di danni a carico del rachide lombo-sacrale e cervicale anche se i sintomi muscolo-scheletrici e le lesioni del rachide negli autisti rappresentano un complesso di alterazioni di origine multifattoriale nella cui etiopatogenesi intervengono fattori di natura occupazionale (vibrazioni, postura assisa prolungata, flessioni e torsioni del rachide, etc.) e fattori di natura extraoccupazionale (età, costituzione, indice di massa corporea, pregressi traumatismi della schiena, abitudini voluttuarie, etc.).

Ne risultano difficoltà notevoli nella valutazione di un eventuale danno da vibrazioni per distinguerlo da un aggravamento di pregresse turbe del rachide.

Studi di biodinamica hanno comunque evidenziato almeno due meccanismi per mezzo dei quali le vibrazioni possono indurre danni all'apparato muscolo scheletrico e cioè :

- a) il sovraccarico meccanico dovuto a fenomeni di risonanza della colonna nella frequenza 3-10 Hz con danni strutturali a carico dei corpi e dei dischi vertebrali;
- b) eccessiva risposta contrattile dei muscoli paravertebrali allo stimolo vibratorio con fenomeni di “strain” (tensione) e affaticamento muscolare.

In alcuni stati membri dell'Unione Europea (Belgio, Francia, Germania, Olanda) alcune patologie del rachide, specie del tratto lombare, in presenza di specifici requisiti di esposizione, sono considerate di origine professionale e come tali suscettibili di indennizzo.

Altri disturbi riferiti alla esposizione a vibrazioni sono :

- 1) quelli cervico-brachiali legati a diversi fattori ergonomici quali torsione e rotazione del capo, movimenti ripetitivi del sistema mano-braccio-spalla per azionare i comandi del veicolo, etc.;
- 2) disturbi digestivi per aumento dell'attività gastro intestinale;
- 3) effetti sull'apparato riproduttivo femminile quali disturbi mestruali, processi infiammatori, etc.;
- 4) disturbi circolatori quali emorroidi e varici venose agli arti inferiori;
- 5) effetti cocleo-vestibolari con spostamento temporaneo della soglia uditiva alle alte frequenze e ipoflessività vestibolare.

L'interessamento però di tutti questi organi ed apparati necessita di maggiore approfondimento trattandosi, ad oggi, di evidenze piuttosto deboli nei rapporti con l'esposizione a vibrazioni.

Il microclima qualche volta può rappresentare ulteriore motivo di disagio per i conducenti di automezzi aziendali.

Escludendo le autovetture che solitamente oggi sono dotate di impianto climatizzatore per cui non è difficile regolare il microclima della vettura, nei mezzi più grandi e negli autobus (ad esclusione di quelli di ultimissima generazione), non esistono impianti di condizionamento e/o climatizzazione per cui gli autisti sono indotti a viaggiare con i finestrini aperti o chiusi, a seconda della stagione, per tentare, in maniera molto empirica ed approssimativa, di creare una situazione di equilibrio tra temperatura, umidità e ventilazione che contribuisce alla realizzazione di quella fascia di “benessere termico” ottimale per una soddisfacente situazione lavorativa.

Il lavoro a turno, specie quello sui tre turni, innegabilmente rappresenta una situazione di disagio per il lavoratore perché altera il nostro “orologio” biologico programmato fisiologicamente a rispettare l'alternanza delle attività di veglia-sonno, lavoro-riposo, pasto-digestione, etc.

La cronobiologia, disciplina che studia i bioritmi, ha dimostrato chiaramente che il lavoro a turno altera il nostro ritmo circadiano e di conse-

guenza il lavoratore avverte questo disagio di adattamento ai nuovi ritmi di vita con manifestazioni quali l'irrequietezza, la scarsa concentrazione, le cefalee, etc.

Ne consegue che per limitare questi disturbi si consiglia il ricorso a cicli brevi di rotazione dei turni lavorativi, con riposi compensativi adeguati per consentire un miglior recupero e limitare l'accumulo di fatica. Ciò anche perché alcuni importanti parametri fisiologici e bioumorali quali la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura corporea, etc. , si mantengono inalterati per brevi turnazioni mentre subiscono significative variazioni per turnazioni più lunghe.

La postura coatta è pressoché una situazione inevitabile per i conducenti di automezzi aziendali. Studi epidemiologici hanno dimostrato che i conducenti di automezzi e gli altri operatori che lavorano in posizione assisa sono più soggetti a sviluppare “mal di schiena”, specie in corrispondenza del tratto lombo-sacrale della colonna, e sciatica prima delle altre categorie di lavoratori. Questi disturbi risultano direttamente proporzionali alla durata ed ai livelli di esposizione e possono diventare ingravescenti se alla postura si aggiungono altri fattori di rischio per la colonna vertebrale quali ad esempio le vibrazioni.

Altri disturbi a carico di altri organi ed apparati possono manifestarsi o aggravarsi per posture obbligate. Valgano per tutte, ad esempio, le patologie vascolari (emorroidi, varici) per l'aumento della pressione intraddominale, con ostacolo del ritorno venoso al cuore, indotto dalla posizione assisa obbligata in attività di lavoro, ben diversa dalla posizione assisa in situazione di relax.

L'affaticamento visivo è un disturbo intrinseco alle mansioni di conducente di automezzi. L'affaticamento visivo, detto anche astenopia, è l'incapacità dell'organo visivo di applicarsi per lungo tempo ad una data visione. In effetti il soggetto inizialmente vede bene ma dopo poco tempo la vista si annebbia e non riesce più a distinguere bene gli oggetti.

È un fenomeno che si manifesta soprattutto negli ipermetropi per la stanchezza provocata dall'accomodazione (astenopia di accomodazione). Nei miopi si può avere un fenomeno di astenia dei muscoli retti interni dell'occhio con consecutiva astenopia (astenopia muscolare).

Ne consegue che per gli autisti è indispensabile un controllo periodico dell'apparato visivo e, se neces-

sario, un adeguato supporto protesico da adeguare periodicamente alle mutate condizioni della vista. La stanchezza visiva se non sostenuta e corretta opportunamente può comportare un corteo di sintomi quali fotofobia, lacrimazione, bruciori, etc. legati all'organo della vista, nonché cefalea, irritabilità, etc. legati alla tensione emotiva che una insufficiente visione comporta, specie in situazioni che possono diventare ad alto rischio infortunistico.

Gli aerodispersi ed i gas tossici non possono considerarsi rischi specifici della mansione di autista. Tutti sappiamo quanto influisca sulla diffusione di queste sostanze il traffico veicolare specie nei grossi agglomerati urbani.

Le domeniche a piedi, le targhe alterne, o altri meccanismi del genere hanno tutti la finalità di ridurre la sospensione nell'aria respirabile di tutto il particolato prodotto direttamente dai veicoli o sollevato dal suolo dal passaggio dei veicoli stessi.

Una indagine USA degli anni 90 (Speciani ed altri) attribuiva valore 100 all'inquinamento dell'aria da aerodispersi prodotti dai trasporti su strada nei confronti di un valore 20 attribuibile all'industria meccanica e chimica, ad un valore 15 attribuibile alle centrali per la produzione di energia elettrica, ad un valore 5 attribuibile al riscaldamento e ad un valore 2,5 attribuibile alla distruzione dei rifiuti.

È ben chiaro però che il conducente di automezzi aziendali è comunque costretto dalla sua mansione, a svolgere almeno alcune ore della sua attività specifica con esposizione agli inquinanti aerodispersi.

Le NIR (Radiazioni non ionizzanti) sono un rischio professionale che può essere presente in numerosi ambienti di lavoro per la presenza di “centraline” che sicuramente generano campi elettrici, magnetici o elettromagnetici.

In questi ultimi anni inoltre, il problema delle radiazioni non ionizzanti, si è fatto sentire in misura notevole al punto che in molte circostanze si è estremizzata la pericolosità di questo rischio per cui anche l'uso dei più comuni e banali elettrodomestici quali l'asciugacapelli, il rasoio elettrico etc., o dei nostri telefonini cellulari, veniva posto sotto osservazione quale sorgente di rischio.

Era doveroso pertanto fare la valutazione di esposizioni di questa natura per i lavoratori addetti alla guida di automezzi.

Molte società hanno dotato i propri veicoli di strumentazione GPS di rilevazione satellitare e di apparec-

chiature GSM per comunicazioni e su questa dotazione si è fermata l'attenzione di alcuni Datori di Lavoro e di molti ricercatori.

Pur in assenza di una normativa nazionale specifica di riferimento, ci si è confrontati con i limiti raccomandati dal Consiglio UE per la frequenza 0, per le basse frequenze ci si è riferiti al DPCM 24.04.92 che pone come limite quello di 100 micro tesla, e per le alte frequenze al riferimento 6V/m.

Tutte le determinazioni ad oggi effettuate nelle cabine di guida dei mezzi di trasporto su gomma, hanno evidenziato valori di NIR sempre di molto inferiori (1/10) agli sparuti indici di riferimento.

Ulteriori indagini in corso su mezzi di trasporto su rotaia ed a trazione elettrica forse potrebbero evidenziare una situazione di rischio diversa, ma questo non è oggetto della nostra trattazione odierna.

Per definizione lo stress è quella tensione fisica o psichica che ha effetto logorante e rappresenta l'insieme dei disturbi metabolici e viscerali provocati nell'organismo umano da agenti aggressori vari.

Su questi fenomeni è basata la teoria della “Sindrome Generale di Adattamento di Selye” che dimostra come l'azione di stimoli intensi (stress) sugli organismi animali induce fenomeni biologici di difesa che, almeno nella prima fase, provocherebbero segni di sofferenza generale quali iperglicemia-ipoglicemia, ipocloremia, leucocitosi con linfopenia e che sarebbero sostenuti da una iperattività dell'asse ipofisi – surrene con ipersecrezione di ACTH e di adrenalina per riportare l'organismo in equilibrio:

Se questo equilibrio non si dovesse ristabilire si avrebbero le così dette malattie da adattamento o da stress.

Certamente la “tensione fisica o psichica con effetto logorante” non è una conseguenza diretta ed esclusiva del lavoro dei conducenti di automezzi aziendali, essendo possibile la sua concretizzazione in una serie infinita di situazioni, lavorative e non, legate ai ritmi piuttosto frenetici della vita moderna, pur tuttavia un certo riconoscimento di probabili situazioni di stress per gli autisti viene anche ipotizzata dalla legislazione italiana.

Infatti la L. n° 421 del 23 novembre 1992 introduce in Italia il concetto di “attività lavorativa usurante” ed il successivo D. Leg. 374 dell'11 agosto 1993 inserisce il lavoro di conduttore di mezzi rotabili di superficie (tra cui gli autisti) tra le attività

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)



convegno sui rischi non normati



- Screening Visivo
ergovision e, se necessario, visita oculistica con prescrizione di lenti correttive
- Esame Audiometrico
- Controllo posturale
- Prove Funzionali Respiratorie
- Esame Psicoattitudinale test dell'attenzione
- test della memorizzazione
- test dell'abbagliamento
- test di coordinazione manuale
- tempi di reazione acustici ed ottici
- Visita neuropsichiatrica (eventuale)

Se la maggior parte di queste indagini complementari alla Visita Medica sono facilmente individuabili come indispensabili per tutelare la sicurezza del lavoratore e quella degli altri utenti della strada, qualche perplessità potrebbero suscitare le indagini ematologiche che, ripetutamente, abbiamo sottolineato come non facenti parte, almeno di routine, fra le indagini necessarie ad esprimere un giudizio di idoneità specifica alla mansione.

usuranti per le quali sono previsti particolari provvedimenti di prevenzione, definiti secondo criteri attuariali e riferiti all'anticipo dell'età pensionabile.

Come si anticipava all'inizio della trattazione non tutti i rischi elencati sono sempre presenti per tutte le attività legate alla mansione di conducente di automezzi aziendali e, se presenti, non sempre sono di pari intensità o gravità e di conseguenza dovrà essere cura del Medico Competente selezionare opportunamente le indagini complementari alla visita medica, di regola annuale, cui sottoporre i lavoratori tenendo presenti, oltre i rischi professionali comuni ai più, anche quelli più particolari e di maggiore responsabilità.

A titolo di esempio:

- trasporto di persone - trasporto di materiali
- lavoro a turni multipli - lavoro a turno unico
- attività esterne all'Azienda - esclusiva attività interna all'Azienda

Per consentire però una oculata scelta al Medico Competente ed una personalizzazione dei protocolli diagnostici, proponiamo un protocollo unico che comprende tutte le indagini previste da cui estrapolare quelle che saranno ritenute le più adeguate e sufficienti per valutare, caso per caso, l'idoneità specifica alla mansione.

Visita Medica di media annuale

- Esami Ematologici:
- glicemia
- emoglobina glicosilata
- colesterolemia
- trigliceridemia
- Esame Elettrocardiografico
- di base e, se necessario, ulteriori indagini cardiologiche

Non può sfuggire però che alcune patologie, a volte subdole e misconosciute anche allo stesso lavoratore, possono influenzare notevolmente i comportamenti del soggetto portatore di dette patologie; basti pensare al diabete o alle dislipidemie che, ognuna per le proprie caratteristiche sintomatologiche, può comportare astenia, cefalea, malessere generale, eccitabilità o sonnolenza, crampi muscolari, deficit visivi (retinopatie), nevriti sciatiche o radiali, a volte addirittura agitazione psicomotoria, e così via.

Ne consegue che si ritiene opportuno, almeno a titolo prudenziale, uno screening ematologico per la identificazione dei soggetti portatori di queste patologie dismetaboliche, soggetti per i quali poi, se necessario, si potrà disporre un protocollo diagnostico mirato.

A conclusione è opportuno esplicitare qualche considerazione sull'importanza di un oculato giudizio di idoneità specifica alla mansione.

La tutela della salute del lavoratore è un dovere del Datore di Lavoro e compito proprio del Medico Competente.

Il Datore di Lavoro deve per altro garantirsi che tutte le attività svolte dai propri dipendenti non creino problemi o arrechino danni a terzi, nella fattispecie siano essi trasportati o non. Un eventuale giudizio di non idoneità, non sufficientemente approfondito e non suffragato da appropriate indagini sarebbe oggetto di ricorso alla ASL competente per territorio ai sensi del D.Leg. 626/94 e potrebbe creare danni riflessi all'Azienda sia per la funzionalità del servizio sia per la collocazione del lavoratore.

Bisogna tener ben presente che la specificità della qualifica professionale di questi lavoratori li rende non facilmente e non sempre sostituibili, specie in strutture aziendali con un numero limitato di dipendenti.

Ne consegue che in qualche caso il compito del Medico Competente potrebbe diventare estremamente difficile, combattuto tra problemi morali e sociali di tutela del posto di lavoro del lavoratore interessato e problemi deontologici che possono obbligarlo anche a prendere decisioni dolorose esprimendo giudizio di non idoneità specifica alla mansione.

Il rispetto corretto e costante delle norme, l'approfondimento oculato e periodico della valutazione dei rischi, l'applicazione di un preciso e mirato protocollo diagnostico consentiranno comunque al Medico Competente la migliore serenità di giudizio.

Dr. Gazzero F.
Consigliere Nazionale e
Segretario Regionale Campano
A.N.M.A.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- D.M. n° 88 del 22 febbraio 1999 - Norme concernenti l'accertamento ed il controllo dell'idoneità fisica e psicoattitudinale del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto.
- Candura U. - La Sorveglianza Sanitaria nei lavoratori turnisti - Workshop A.N.M.A. - Salerno 20 maggio 2000
- D.M. n° 19 del 15 gennaio 2001 - Modifiche al regolamento del D.P.R. n° 11 del luglio 1980 sull'accertamento ed il controllo dell'idoneità fisica e psicoattitudinale del personale addetto ai pubblici servizi di trasporto.
- Gazzero F. - Problematiche di tutela nel personale viaggiante e negli addetti alla guida di autoveicoli aziendali - Congresso Nazionale A.N.M.A. - Portonovo di Ancona 20-22 giugno 2002.
- Iavicoli N., Goglia G., Palmieri A., Peduto M., Romano L., Cuccaro A., Crescenzi F. - Giudizio di idoneità per rischi non normati: i conducenti di automezzi aziendali - Congresso Nazionale A.N.M.A. - Portonovo di Ancona 20 - 22 giugno 2002
- ISPESL - Vibrazioni meccaniche nei luoghi di lavoro. La colonna vertebrale in pericolo - Linee guida per la valutazione del rischio - 2002
- ISPESL - Vibrazioni meccaniche nei luoghi di lavoro. La sindrome da vibrazioni mano-braccio - Linee guida per la valutazione del rischio - 2002



Brescia Cuore e lavoro

Il 19 e 20 giugno 2003 si è svolto a Brescia il Convegno "Insufficienza cardiaca: progressi in fisioterapia e trattamento", il mattino del 21 giugno è stato dedicato ad un Simposio satellite dal titolo "Cuore e lavoro". Promotori di quest'ultimo tema sono stati L. Alessio e L. Dei Cas, titolari delle Cattedre di Medicina del Lavoro e Cardiologia della locale Università.

Entrambi hanno affermato che la collaborazione fra cardiologi e medici del lavoro è oggi necessaria quando un cardiopatico è anche lavoratore: la gestione al meglio del suo stato di salute è compito di entrambi gli specialisti. Questa necessità ha stimolato il Simposio in oggetto che si è sviluppato attraverso nove relazioni, per molte delle quali è stata richiesta una collaborazione fra gli esperti delle due specializzazioni nella preparazione.

I lavori sono iniziati con una carrellata storica concernente l'evoluzione delle cardiopatie e delle condizioni di lavoro verificatesi nel secolo scorso (A. Porro, Brescia).

La successiva relazione ha messo a fuoco la tematica centrale del Convegno, dimostrando la necessità di una collaborazione cardiologo-medico del lavoro soprattutto in due momenti: la diagnosi etiologica, quando il medico del lavoro può segnalare al collega possibili fattori causali occupazionali, e il giudizio di idoneità alla mansione specifica, quando il cardiologo può fornire dati preziosi sulla capacità lavorativa residua ed altri elementi collaterali concernenti il paziente-lavoratore (L. Alessio e L. Dei Cas, Brescia).

È seguita una presentazione ricca di dati sull'epidemiologia delle cardiovasculopatie nei



soggetti di età lavorativa (M. Ferrario, Varese; M. Guazzi, Milano).

Il Tema della possibile etiologia occupazionale delle cardiopatie è stato sviluppato in due diverse relazioni, nel corso delle quali sono stati presi in considerazione fattori chimici e fisici (M. Crippa, L. Balbiani e D. Assanelli, Brescia) e fattori stressogeni (G. Costa e P. Zardini, Verona).

La successiva presentazione ha analizzato un momento importante per il soggetto cardiopatico anche in relazione alla qualità della vita: il momento del re-impiego al lavoro (R. Zanettini, Milano; G. Farina, Brescia).

L'apporto del cardiologo con una precisa diagnosi anatomico-funzionale, una ragionevole prognosi, eventuali suggerimenti comportamentali può risultare prezioso con il collega medico chiamato a formulare un giudizio di idoneità di cui il è solo responsabile di fronte al lavoratore e al datore di lavoro, con responsabilità anche penali qualora dal suo giudizio derivassero danni ulteriori alla salute del lavoratore già compromessa dalla cardiopatia.

La successiva relazione ha passato in rassegna diverse tecniche di valutazione del rapporto noxae occupazionali-apparato cardiovascolare come organo bersaglio, applicabili negli ambienti di lavoro (G. Muzi e G. Ambrosi; Perugia).

Una presentazione sulla tutela civile e penale della sicurezza del lavoro ha concluso la mattinata (A. Pedula, Cremona).

Dal Simposio sono emersi numerosi stimoli per i due specialisti in questione anche nell'ambito delle attività scientifiche, tematica ben evidenziata dai risultati delle ricerche effettuate presso il Centro per lo Studio dello Scompenso Cardiaco dell'Università di Brescia diretto da L. Dei Cas (P. Apostoli, A. Corulli, L. Dei Cas, M. Metra; Brescia).

Il Simposio ha segnato la ripresa della collaborazione fra cardiologi e medici del lavoro che, molto viva in passato, negli anni si era affievolita, verosimilmente a causa dei notevoli cambiamenti che i quadri classici delle cardiopatie occupazionali hanno subito e dell'emergere di difficili problematiche cardiologiche lavoro-correlate, quali quelle legate ai fattori di rischio organizzativi e allo stress cui in passato non era stato dato molto spazio in quanto di prevalente importanza erano le patologie causate da agenti di rischio chimico e fisico. Ciò porta a concludere che si è intrapreso un percorso che dovrà svilupparsi nel tempo con ulteriori iniziative volte a sensibilizzare sempre più cardiologi e medici del lavoro a dialogare di fronte a casi concreti di cardiopatici-lavoratori, con scambi di dati spesso di grande interesse e particolarmente utili nello svolgimento delle rispettive attività professionali.

Gli atti, di prossima pubblicazione, compariranno su La Medicina del Lavoro.

G. Farina
Sezione Lombarda



Padova Diagnosticare in tempi rapidi

Diagnosticare in tempi rapidi e con metodiche sofisticate le malattie da lavoro: uno dei compiti del medico competente. Oggi è sicuramente possibile grazie alle tecnologie che la Diagnostica per immagini, ovvero la vecchia e gloriosa Radiologia, mette a disposizione. Il Seminario di approfondimento su "Diagnostica per immagini in medicina del lavoro" si è svolto a Padova il 24 ottobre con la partecipazione di

100 tra medici competenti e radiologi. L'evento accreditato dall'ECM con 8 punti, è stato organizzato dalla sezione Veneta dell'ANMA (Associazione Nazionale Medici di Azienda e Competenti) in collaborazione con lo studio GOMI di Padova. Scopo del seminario era di portare ad una approfondita conoscenza il medico competente circa le nuove tecniche che la disciplina radiologica, oggi più

correttamente identificata come diagnostica per immagini, offre, soprattutto a quei medici del lavoro che si trovano ad affrontare le patologie del polmone e degli arti superiori. I tumori e le malattie polmonari occupazionali, in primis quelle dovute all'amianto per esposizione negli anni trascorsi, trovano nella TC (tomografia computerizzata) lo strumento più sensibile e specifico per la diagnosi; in particolare per le patologie dell'interstizio (silicosi, asbestosi, antracosi) la TC ad alta risoluzione, è la tecnica più adeguata, mentre per le patologie tumorali del polmone e della pleura l'esame più indicato è quello della Tc spirale. Naturalmente la classica Rxgrafia del polmone rimane spesso il primo approccio, ricordando però che la normativa vieta di usare questo esame come screening generico.

Le patologie occupazionali dell'arto superiore hanno una alta incidenza, in particolare per il segmento mano-braccio e sono causate dai lavori ripetitivi o da traumi ripetuti. Per la diagnosi di queste patologie sono disponibili diversi tipi di esami come la radiografia, la TC, la Risonanza Magnetica, l'arto TAC ma soprattutto l'esame ecografico che per molte patologie rappresenta l'indagine più indicata sia perché i tessuti indagati (tendini, muscoli, legamenti, cavità articolari...) si prestano ad una buona visualizzazione con questa metodica, sia perché questo tipo di esame è di tipo non invasivo e quindi senza danni per il paziente. L'unico limite dell'ecografia è di essere un esame operatore dipendente per cui l'avvertenza è quella di rivolgersi a degli specialisti di comprovata esperienza nel campo dell'ecografia a tessuti muscolo-scheletrici.

VENERDI 24 OTTOBRE 2003
CENTRO CONGRESSI PADOA A. L. PADOVA

Seminario di approfondimento
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN MEDICINA DEL LAVORO

Con il patrocinio di Regione Veneto Ordine dei Medici di Padova

PROGRAMMA
Venerdì 24 ottobre 2003

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Presentazione del Simposio da Brescia

9.30 Introduzione: alcuni aspetti fondamentali della diagnostica per immagini nella medicina del lavoro

10.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

10.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

11.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

11.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

12.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

12.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

13.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

13.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

14.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

14.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

15.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

15.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

16.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

16.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

17.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

17.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

18.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

18.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

19.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

19.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

20.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

20.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

21.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

21.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

22.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

22.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

23.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

23.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

24.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

24.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

25.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

25.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

26.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

26.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

27.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

27.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

28.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

28.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

29.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

29.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

30.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

30.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

31.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

31.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

32.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

32.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

33.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

33.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

34.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

34.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

35.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

35.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

36.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

36.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

37.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

37.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

38.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

38.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

39.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

39.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

40.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

40.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

41.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

41.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

42.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

42.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

43.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

43.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

44.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

44.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

45.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

45.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

46.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

46.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

47.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

47.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

48.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

48.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

49.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

49.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

50.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

50.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

51.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

51.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

52.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

52.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

53.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

53.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

54.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

54.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

55.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

55.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

56.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

56.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

57.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

57.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

58.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

58.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

59.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

59.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

60.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

60.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

61.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

61.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

62.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

62.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

63.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

63.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

64.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

64.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

65.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

65.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

66.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

66.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

67.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

67.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

68.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

68.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

69.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

69.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

70.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

70.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

71.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

71.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

72.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

72.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

73.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

73.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

74.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

74.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

75.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

75.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

76.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

76.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

77.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

77.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

78.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

78.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

79.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

79.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

80.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

80.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

81.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

81.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

82.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

82.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

83.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

83.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

84.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

84.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

85.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

85.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

86.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

86.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

87.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

87.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

88.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

88.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

89.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

89.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

90.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

90.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

91.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

91.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

92.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

92.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

93.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

93.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

94.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

94.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

95.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

95.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

96.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

96.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

97.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

97.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

98.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

98.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

99.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

99.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

100.00 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

100.30 L'ecografia: la patologia da trauma e da sovraccarico

P. Patane
Sezione Veneta

Latina La prevenzione oncologica può partire anche dall'azienda ed integrarsi con il territorio



Il 25.10.2003 si è tenuto a Latina presso il Palazzo della Cultura il "Seminario di approfondimento sui rapporti tra il medico d'azienda e competente e le strutture territoriali per la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche: sviluppo una procedura". L'incontro è stato organizzato dalla Associazione Nazionale dei Medici d'Azienda Sezione Regionale Lazio e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Sezione di Latina. Hanno partecipato numerosi medici d'Azienda e del territorio sviluppando un programma dei lavori

che, partendo dall'incidenza del rischio oncologico occupazionale e non, ha portato alla definizione di una strategia comune integrata di intervento quale quella già attuata nel territorio di Cisterna di Latina. Relatori: Prof. B. Terracini, Prof. G. Quintarelli, Dr. A. Rossi, Dr. M. Natali, Prof. G. Ciaffi, Dr. S. Talierecio, Dr. M. Garufi Bozza, Dr. M. Pastorelli, Dr. C. Perin, Dr. A. Annetta, Dr. A. Pacchiarotti. In sala hanno partecipato con qualificata esperienza: Dr. A. Cunego, Dr. Q. Facchini, Dr. S. Spiridigliozzi, Dr. M. Paoletti, Dr.ssa A. Covatta, Dr.ssa M. Mancini, Dr. R. Tare', Dr. S. D'Andrea. La predisposizione di una procedura di comunicazione tra il Medico d'azienda e competente, il Medico di base, le sezioni territoriali della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e le strutture sanitarie del territorio, è stato l'obiettivo cardine del seminario. È uno studio pilota che nasce dalla collaborazione tra l'ANMA sezione Lazio e la sezione di Latina della Lega contro i Tumori che si sviluppa attraverso l'inquadramento e l'aggiornamento su alcuni aspetti della prevenzione, della diagnostica

e della terapia di alcune patologie tumorali, prese come esempio; ottenuto tramite lezioni "frontali" seguite dal lavoro di gruppo partecipato da esperti delle diverse discipline che entrano in gioco nella prevenzione e nella diagnosi precoce di questa patologia. Si ritiene infatti che il Medico d'azienda e competente non debba fermarsi ai compiti istituzionali che la normativa in tema di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro affida a questa figura professionale, bensì debba sviluppare un'azione di prevenzione condivisa e sincrona con le altre qualificate esperienze che si sviluppano nel territorio. Si realizza in tal modo il tessuto connettivo della prevenzione delle malattie oncologiche grazie ad un network capace di alimentare, tra l'altro, la conoscenza epidemiologica. È stato infine distribuito il test di apprendimento per l'ECM ai numerosi partecipanti, a cui verrà inviato a domicilio l'attestato con i relativi crediti formativi attribuiti all'evento dal Ministero della Salute.

Salvatore Talierecio
Sezione Lazio

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 _____



PIÙ TUTELA PER I
LAVORATORI ESPOSTI A
CAMPI ELETTROMAGNETICI

Il Consiglio europeo ha
raggiunto un accordo sulle
misure di protezione.
Anche le cassiere tra le
categorie a rischio...

La Commissione europea si è felicitata con il Consiglio europeo per l'accordo, raggiunto nei giorni scorsi, sulla legislazione che mira alla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori esposti ai campi e alle onde elettromagnetiche. La legislazione impone ai datori di lavoro di valutare i rischi per i dipendenti derivanti dai campi elettromagnetici emessi, per esempio, dalla produzione di energia, dalle antenne radio e TV, dalle antenne di telefonia mobile, dalle installazioni radar o dai forni utilizzati nelle industrie metallurgiche. La direttiva indica gli aspetti che devono essere considerati nella valutazione dei rischi, per esempio certi effetti diretti ed indiretti come l'interferenza con pacemaker o la combustione di oggetti infiammabili. "I dati scientifici di cui disponiamo - ha affermato il Commissario europeo Anna Diamantopoulou - mostrano che una eccessiva esposizione a campi elettromagnetici può avere gravi conseguenze per la salute dei lavoratori". La direttiva prevede misure di protezione che mirano a proteggere la salute dei lavoratori, in particolare contro le correnti elettriche indotte nel corpo, l'assorbimento di energia termica prodotta dai campi elettromagnetici.

La direttiva fissa valori massimali di esposizione e stabilisce i valori ai quali i datori di lavoro devono adottare misure di prevenzione. In base ai risultati della valutazione il datore di lavoro può essere tenuto ad elaborare un piano di azione che comporti misure tecniche ed organizzative finalizzate a ridurre i valori osservati e ad affiggere segnali di avvertimento nelle zone in cui i valori dei campi elettromagnetici siano troppo elevati. I datori di lavoro dovranno fornire una adeguata informazione e formazione ai lavoratori esposti al rischio. Altre disposizioni riguardano i luoghi di lavoro esposti al pubblico. La proposta si applica a tutti i settori di attività, ma riguarda anzitutto i lavoratori esposti a un rischio elevato di irradiazione. Tra questi figurano i lavoratori delle industrie pesanti, come l'acciaio o il trattamento metallurgico. I rischi possono riguardare anche coloro che trascorrono gran parte delle ore lavorative in prossimità di installazioni di diffusione radio e TV, d'installazioni radar e di telefonia mobile, e anche le cassiere esposte per lunghi periodi ai dispositivi antifurto utilizzati nei magazzini.

I REQUISITI PROFESSIONALI
PER LO SVOLGIMENTO DEI
COMPITI DI RESPONSABILE
O ADDETTO DEL SERVIZIO
AZIENDALE DI PREVENZIONE
E PROTEZIONE

Il D. Lgs. n. 195
del 23 giugno 2003

L'articolo 2 del D. Lgs. n. 195/2003 ha introdotto il

nuovo articolo 8 bis del Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626, che prevede per ogni addetto o responsabile del servizio aziendale di prevenzione e protezione il possesso di un'attestato di frequenza, "con verifica dell'apprendimento", a "specifici corsi di formazione adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative". Si tratta di una innovazione di importanza fondamentale, che definisce un quadro di certezza qualitativa per il datore di lavoro, che ora potrà e dovrà avvalersi esclusivamente di personale specializzato ed idoneamente formato.

Tale articolo così dispone: Art. 8-bis (Capacità e requisiti professionali degli addetti e dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione interni o esterni).

1. Le capacità ed i requisiti professionali dei responsabili e degli addetti ai servizi di prevenzione e protezione interni o esterni devono essere adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative.
2. Per lo svolgimento delle funzioni da parte dei soggetti di cui al comma 1, è necessario essere in possesso di un titolo di studio non inferiore al diploma di istruzione secondaria superiore ed essere inoltre in possesso di un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento, a specifici corsi di formazione adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative. In sede di Conferenza per-



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

- manente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono individuati gli indirizzi ed i requisiti minimi dei corsi.
3. I corsi di formazione di cui al comma 2 sono organizzati dalle regioni e province autonome, dalle università, dall'ISPEL, dall'INAIL, dall'Istituto italiano di medicina sociale, dal Dipartimento dei vigili del fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile, dall'amministrazione della Difesa, dalla Scuola superiore della pubblica amministrazione, dalle associazioni sindacali dei datori di lavoro o dei lavoratori o dagli organismi paritetici. Altri soggetti formatori possono essere individuati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
 4. Per lo svolgimento della funzione di responsabile del servizio prevenzione e protezione, oltre ai requisiti di cui al comma 2, è necessario possedere un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento, a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e psico-sociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative e di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali.
 5. I responsabili e gli addetti dei servizi di prevenzione e protezione sono tenuti a frequentare corsi di aggiornamento secondo indirizzi definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con cadenza almeno quinquennale.
 6. Coloro che sono in possesso di laurea triennale di "Ingegneria della sicurezza e protezione" o di "Scienze della sicurezza e protezione" o di "Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro" sono esonerati dalla frequenza ai corsi di formazione di cui al comma 2.
 7. è fatto salvo l'articolo 10.
 8. Gli organismi statali di formazione pubblici, previsti al comma 3, 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, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.
 9. Le amministrazioni pubbliche di cui al presente decreto, 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.
 10. La partecipazione del personale delle pubbliche amministrazioni ai corsi di formazione di cui al presente articolo è disposta nei limiti delle risorse destinate dalla legislazione vigente alla formazione del personale medesimo.
- Il nuovo articolo 8 bis del D. Lgs. n. 626/94 è entrato in vigore il 13 agosto 2003, perciò al fine di sanare le nomine di addetti e responsabili del servizio di prevenzione e protezione effettuate in passato è stata disposta la seguente norma transitoria.

ultime dalla rete



**LAVORI IN QUOTA
PIÙ SICURI**

**Il D.Lgs. 235/2003
determina i requisiti minimi
di sicurezza e salute per
l'uso delle attrezzature di
lavoro per l'esecuzione di
lavori temporanei in quota.**

Il 7 luglio scorso l'Inail ha presentato il Rapporto Annuale Inail 2002.

Gli infortuni sul lavoro occorsi a lavoratori extracomunitari nel 2002 sono stati 76.600, pari al 7,9% del totale nazionale (967.785); nello stesso anno si sono verificati 91 casi mortali corrispondenti al 6,5% del totale nazionale (1.397). Mettendo in relazione questi dati e quelli forniti dall'Osservatorio INPS, secondo il quale sono oltre 1.800.000 gli extracomunitari ufficialmente occupati nel nostro Paese, si rileva un indice di incidenza infortunistica pari a 41,7 per 1000 occupati che è inferiore al valore medio nazionale (45,3). Bisogna considerare, però, che per gli extracomunitari è verosimilmente presente una minore propensione alla denuncia degli infortuni.

Gli infortuni riguardano principalmente uomini (85,1%) e classi di età giovanili (oltre il 95% ha meno di 50 anni), e le comunità più interessate al fenomeno infortunistico sono quella marocchina (22,7% del totale infortuni), l'albanese (11,7%) e la tunisina (7%). Il Marocco è primo anche nella graduatoria degli infortuni mortali (15 casi) seguito da Romania (14) e Albania (13). È da

sottolineare come sia meno significativa la quota di infortuni occorsi a lavoratori filippini e cinesi che pure sono tra le comunità più numerose in Italia.

I settori di attività dove si verifica il maggior numero di infortuni sono l'Industria Manifatturiera (1/3 degli infortuni totali) e le Costruzioni (12,6%). Sempre nella Manifatturiera si registra il più alto numero di incidenti mortali (25); 17 i morti nelle Costruzioni e 16 nei Trasporti, dati questi che si presentano coerenti con quelli relativi ai lavoratori italiani.

Passando alla ripartizione territoriale, si nota che gli infortuni si concentrano soprattutto in quelle regioni dove più forte è la presenza di lavoratori extracomunitari: il Veneto (22,8%), la Lombardia (22,6%) e l'Emilia Romagna (21,7%). Pressoché analoga la situazione per quello che attiene ai casi mortali, con l'Emilia Romagna che registra 22 casi, la Lombardia 21 e il Veneto 17.

Da sole queste tre regioni, quindi, assommano oltre i due terzi del totale infortuni fatti registrare dai lavoratori extracomunitari nell'anno 2002.

**MODIFICHE AL D.LGS. 626/94:
IL DECRETO LEGISLATIVO
12 GIUGNO 2003, N.233**

**Il provvedimento introduce,
dopo il titolo VIII del decreto
legislativo n. 626/1994,
il "Titolo VIII-bis -
PROTEZIONE DA
ATMOSFERE ESPLOSIVE".**

Le misure intendono tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori che possono essere esposti al rischio di atmosfere esplosive.

Il decreto legislativo si applica anche nei lavori in sotterraneo ove è presente un'area con atmosfere esplosive, oppure è



prevedibile, sulla base di indagini geologiche, che tale area si possa formare nell'ambiente.

Il provvedimento non si applica:

- a) alle aree utilizzate direttamente per le cure mediche dei pazienti, nel corso di esse;
- b) all'uso di apparecchi a gas di cui al DPR 15 novembre 1996, n. 661;
- c) alla produzione, alla manipolazione, all'uso, allo stoccaggio ed al trasporto di esplosivi o di sostanze chimicamente instabili;
- d) alle industrie estrattive a cui si applica il D.Lgs. 25 novembre 1996, n. 624;
- e) all'impiego di mezzi di trasporto terrestre, marittimo, fluviale e aereo per i quali si applicano le pertinenti disposizioni di accordi internazionali [...], nonché la normativa comunitaria che incorpora i predetti accordi.

Il provvedimento si applica invece ai veicoli destinati ad essere utilizzati in atmosfera potenzialmente esplosiva.

Ai fini della prevenzione e della protezione contro le esplosioni, il datore deve adottare le misure tecniche e organizzative adeguate alla natura dell'attività; in particolare il datore di lavoro deve prevenire la formazione di atmosfere esplosive.

Nel caso in cui la natura dell'attività non consenta di prevenire la formazione di atmosfere esplosive, il datore di lavoro deve:

- "a) evitare l'accensione di atmosfere esplosive;
- b) attenuare gli effetti pregiudici-

zievoli di un'esplosione in modo da garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori."

Il decreto precisa inoltre i criteri in base ai quali devono essere valutati i rischi di esplosione.

Il datore di lavoro dovrà inoltre provvedere a elaborare e a tenere aggiornato un documento, denominato "documento sulla protezione contro le esplosioni", che sarà parte integrante del documento di valutazione dei rischi.

Al decreto legislativo n. 626/1994 sono aggiunti tre allegati: Allegato XV-bis (Ripartizione delle aree in cui possono formarsi atmosfere esplosive), Allegato XV-ter (Prescrizioni minime per il miglioramento della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori che possono essere esposti al rischio di atmosfere esplosive; Criteri per la scelta degli apparecchi e dei sistemi di protezione), Allegato XV-quater (Segnale di avvertimento per indicare le aree in cui possono formarsi atmosfere esplosive).

I luoghi di lavoro che comprendono aree in cui possono formarsi atmosfere esplosive, utilizzati per la prima volta dopo il 30 giugno 2003, devono soddisfare le prescrizioni minime stabilite dal decreto. Mentre i luoghi di lavoro che comprendono aree in cui possono formarsi atmosfere esplosive già utilizzati prima del 30 giugno 2003 devono soddisfare le prescrizioni entro il 30 giugno 2006.

Il datore di lavoro che procede, dopo il 30 giugno 2003, a modifiche, ampliamenti o trasformazioni dei luoghi di lavoro che comprendono aree in cui possono formarsi atmosfere esplosive, prende i necessari provvedimenti per assicurarsi che tali modifiche, ampliamenti o trasformazioni rispondano ai requisiti minimi indicati dal decreto.

*Notizie tratte da
"Punto Sicuro" e "Sicurweb"*



Per "studiare" un ambiente di lavoro e conoscerne i rischi

La valutazione di rischi lavorativi prevista dalla direttiva quadro europea 391/89 (recepita dall'Italia con il decreto legislativo 626/94) è stata concepita da vari autori come un processo culturale collettivo all'interno dell'azienda, aperto ai contributi degli operatori, tecnici e non, interni all'azienda od esterni ad essa (consulenti, esperti delle associazioni di categoria, rappresentanti sindacali, lavoratori ecc.) [1] [2] [3].

Gli ambienti di lavoro possono essere molto complessi, per le caratteristiche dei cicli tecnologici e per la presenza di fattori di rischio difficili da esplorare senza una preparazione tecnica specifica; si pensi, come esempi di questo ad alcuni argomenti di prevenzione incendi, alla sicurezza elettrica ecc.

In molti casi reali i documenti di valutazione dei rischi lavorativi sono stati predisposti da specialisti, consulenti esterni; tuttavia tutti gli operatori "ordinari" della prevenzione nei luoghi del lavoro (medici del lavoro, assistenti sanitari, operatori dei SPP, dirigenti delle associazioni di categoria ecc.), compresi gli stessi lavoratori e i loro rappresentanti, devono avere un ruolo attivo a questo proposito portando personali contributi all'analisi di rischio. Quella che segue è la descrizione di un metodo semplice e che non richiede molto tempo (per piccole aziende prevede solo alcune ore di impegno complessivo) per studiare le attività lavorative; si chiama "Analisi del carico di lavoro e del rischio lavorativo"; è stato messo a punto a metà degli anni 80' da Markuus Mattila dell'Istituto di Sicurezza del lavoro della facoltà di Ingegneria di Tampere, Finlandia [4], [5], [6], dove, soprattutto in questo paese, successivamente è stato estesamente utilizzato. Il metodo si propone di analizzare tutte le tipologie di rischio che un ambiente di lavoro può presentare (rischi da agenti chimici, fisici, biologici, il rischio di

infortuni, l'insorgere di malattie professionali, la diminuzione del benessere mentale), l'ambiente di lavoro viene nella sua interezza, non solo come realtà fisica (i reparti, le macchine, le sostanze utilizzate ecc.), ma anche nella sua realtà umana e storica (le valutazioni di tecnici e Lavoratori, la storia degli eventi "negativi", gli incidenti, le malattie da lavoro e quella delle realizzazioni preventive portate a termine). Pertanto punti centrali del metodo sono: l'osservazione diretta dei lavoratori nel loro lavoro e brevi interviste in azienda, anche per definire problemi e possibili soluzioni, come verrà meglio illustrato nel seguito. Il metodo si presta anche ad essere utilizzato congiuntamente da un gruppo di "analizzatori" per raggiungere conclusioni comuni, come somma di singole osservazioni indipendenti [5], [6].

Allo schema originale proposto da Mattila, abbiamo aggiunto alcune integrazioni e modifiche, segnalate nel testo, derivate dalla nostra esperienza d'uso del metodo e dalla necessità di adattarlo al nuovo quadro normativo, visto che esso è stato elaborato e messo a punto prima della promulgazione della Direttiva quadro. Poiché, dopo la promulgazione del decreto 626, ogni azienda ha un suo documento di valutazione dei rischi, ogni diversa analisi rimanda necessariamente a questo documento ed al confronto con questo strumento guida della prevenzione e protezione dai rischi per la salute e la sicurezza in azienda.

Il metodo include cinque fasi successive:

1. raccolta preliminare di dati
2. sopralluoghi e ricognizione complessiva dell'ambiente di lavoro,
3. identificazione e quantificazione dei rischi lavorativi
4. conclusioni, piano d'azione, interventi proposti
5. verifica periodica (tab. 1)

Raccolta preliminare di dati

Si tratta di acquisire la "memoria storica", degli eventi significativi, delle attività di prevenzione già svolte, delle verifiche già effettuate. Si parte dal presupposto che il miglior modo per cominciare ad approfondire un argomento è cominciare a registrare quel che già è stato acquisito come conoscenza dell'azienda grazie all'esperienza di precedenti osservatori. Spesso ci sono notizie utili da recuperare negli archivi dell'azienda a proposito di rischi lavorativi, infortuni, mancati infortuni, segnalazioni di lavoratori ecc.; possono allora essere acquisite anche informazioni del settore lavorativo di cui l'azienda è parte (statistiche INAIL; linee guida di enti preposti alla sicurezza e salute nel lavoro ecc.). Punti importanti: identificazione delle sostanze chimiche utilizzate, loro quantitativi e relative schede di sicurezza, lay-out e ciclo tecnologico, dati statistici ottenuti dal registro infortuni e relazioni sui risultati degli accertamenti sanitari (tab. 2).

Sopralluoghi e ricognizione complessiva dell'ambiente di lavoro

Si potrebbe credere che il sopralluogo negli ambienti di lavoro costituisca un momento di operatività rituale e per così dire burocratico: in effetti gli strumenti conoscitivi oggi disponibili anche con lo sviluppo dell'informatica potrebbero far pensare che si possa arrivare a "buone valutazioni" anche senza provvedere a verifiche dirette in ambiente di lavoro, semplicemente prendendo visione, in modo virtuale e "multimediale", di documentazioni già esistenti (fotografie, videoregistrazioni ecc.) delle condizioni lavorative da analizzare; Questi supporti documentali possono in effetti costituire un background conoscitivo di tutto rispetto; resta comunque l'utilità di verifiche "sul campo". In pratica, si



IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO
COMPETENTE, SVOLGIAMO:

- VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI STRUMENTALI PRESSO LE AZIENDE
- SERVIZIO LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE
E TOSSICOLOGIA INDUSTRIALE A QUALITÀ 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 UNITÀ 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



Immagine 1: La condivisione dei documenti di sicurezza e la partecipazione di tutte le componenti aziendali (Datore di lavoro, Dirigenti, preposti, responsabili del servizio di prevenzione, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, lavoratori) all'azione di prevenzione è un aspetto fondamentale del metodo.

tratta di verificare attraverso sopralluoghi le fasi lavorative e le attività tipiche del ciclo aziendale; sarà importante verificare che effettivamente siano sottoposte a questa valutazione tutte le attività di lavoro, anche quelle svolte saltuariamente e da un numero esiguo di addetti (anche per le attività conferite in appalto). Si farà in modo che la verifica prenda in considerazione tutti gli aspetti più rilevanti per la salute ed il benessere dei lavoratori. Con l'ispezione si valuteranno prioritariamente gli ambienti dove c'è presenza continuativa di lavoratori. Potrà essere necessario verificare anche altre aree di lavoro, come i depositi ed i magazzini. Si considereranno particolarmente le fasi di lavoro in cui siano richiesti interventi diretti degli operatori sugli impianti, es. travasi, rabbocchi, operazioni di pulizia e manutenzione. Si darà una particolare considerazione ai servizi igienico - assistenziali (spogliatoi, aree di riposo ecc.), che sono un punto importante nella determinazione delle condizioni di benessere o di disagio. Nel sopralluogo si considererà sia il "contenitore" dell'attività lavorativa (l'ambiente fisico in cui essa si svolge ed i fattori di rischio in esso presenti), che il contenuto dell'attività stessa (caratteristiche del lavoro da svolgere, posizioni e carichi di lavoro, ripetitività, monotonia ecc.). Materiali (sostanze chimiche, preparati ausiliari di produzione).

In modo particolare si esaminerà come vengono utilizzati le sostanze e preparati pericolosi. Si verificherà l'utilizzo di questi materiali per accertare se, per esempio, sono state adottate tecnologie a ciclo chiuso, impianti di aspirazione localizzata, idonee procedure di umidificazione delle polveri, processi a freddo per contenere l'evaporazione di sostanze volatili, preparati pellettizzati (granuli) per contenere la dispersione di polveri ecc. Per gli impianti per i quali si richiede una verifica specifica della loro efficienza (es. impianti di aspirazione localizzata) si acquisiranno informazioni circa le manutenzioni periodiche effettivamente svolte e le modalità della loro effettuazione.

Attrezzature e macchinari:

È necessario identificare ed eventualmente visualizzare su una mappa dell'ambiente di lavoro la posizione degli impianti, dei mac-

chinari e delle attrezzature e verificare sulla base dei manuali e delle schede tecniche il corretto utilizzo degli stessi e che l'adozione delle indicazioni di prevenzione siano regolarmente rispettate.

Impianti di prevenzione tecnica: Si valuterà l'effettivo ricorso alla prevenzione tecnica per il contenimento dei rischi lavorativi. È buona norma dare preminenza alla prevenzione tecnica (sistemi a ciclo chiuso, impianti di aspirazione localizzata, cabine insonorizzanti, schermi anti-radiazioni caloriche, ecc.) piuttosto che ai mezzi di protezione personale; con i sopralluoghi si verificherà quanto in termini di prevenzione tecnica è stato realizzato. Si farà attenzione anche al fatto che risultino soddisfatte o meno le necessità di addestramento degli addetti agli impianti di produzione.

Dispositivi di protezione personale: si prenderà nota delle aree di lavoro dove è considerata necessaria l'adozione di mezzi di protezione personale. Sarà importante accertare anche se ci sono situazioni di impiego dei DPI non adeguatamente "regolati" da chi ha compiti di supervisione (per esempio quando la scelta del tipo di dispositivo da utilizzare viene lasciata al singolo lavoratore). Anche per questo aspetto si prenderanno in considerazione le eventuali necessità di addestramento degli addetti.

Aspetti organizzativi, carichi di lavoro: Con i sopralluoghi si potrà venire a conoscenza dei problemi di ripetitività, monotonia, "povertà mentale di

Tabella 1: analisi delle condizioni di lavoro e dei carichi di lavoro secondo il metodo Mattila.



contenuti", sovraccarico fisico, stress, che le attività di lavoro possono presentare, aspetti che potranno essere approfonditi con interviste ai colleghi di lavoro (cfr. tab. 4).

Identificazione e quantificazione dei rischi lavorativi

Gli elementi di fatto acquisiti con il sopralluogo/i e saranno confrontati ed integrati con le informazioni e la documentazione acquisita nella fase preliminare e sarà così possibile mettere insieme quanto serve per arrivare ad una valutazione complessiva. A questo punto dell'approfondimento dell'analisi, è necessario riprendere in considerazione il piano di sicurezza aziendale (documento di valutazione dei rischi lavorativi, art. 4 D.lgs. 626/94). È importante capire se i rischi individuati nell'indagine che si è effettuata, sono stati riconosciuti anche nel piano di sicurezza aziendale. Un altro aspetto critico da considerare è la quantificazione dei rischi: in che modo i rischi esistenti sono stati pesati?, sono state effettuate rilevazioni ambientali?, si è fatto riferimento ad indagini di comparto oppure la quantificazione è solo... "dichiarata"?, si è provveduto all'analisi degli infortuni ricorrenti e all'analisi di quelli più gravi?

Spesso per stabilire l'effettivo livello di rischio, bisogna ricorrere a rilevazioni ambientali o almeno verificare con queste rilevazioni gli assunti logici che si fanno nei piani di valutazione di rischio. Bisogna cioè andare a misurare direttamente nell'ambiente quali sono le concentrazioni e quindi quali i rischi e le precauzioni da prendere. In effetti come dicevano gli antichi farmacologi, è sempre la dose che fa il veleno: nulla è tossico o atossico in assoluto*. Quindi, sono state fatte tutte le misurazioni ambientali necessarie? Ci sono esami di valutazione biologica (sui lavoratori) dell'esposizione utili per il caso?

Abbiamo oggi a disposizione metodiche ben standardizzate per la misurazione delle concentrazioni ambientali dei principali inquinanti chimici in ambiente di lavoro, per il rumore, per le vibrazioni, per le radiazioni ionizzanti, per le radiazioni non ionizzanti etc.

Complessivamente, sono circa un migliaio le sostanze chimiche, ivi incluse molte di quelle di comune impiego lavorativo, per le quali sono ben definite

le metodiche di analisi per le indagini in ambiente di lavoro; metodologie di analisi ben collaudate esistono anche per tutti i comuni agenti fisici, per il rumore, il microclima, radiofrequenze, laser, campi magnetici, radiazioni ultraviolette etc. I tecnici dell'ambiente (chimici, fisici, periti industriali) sono così in grado di "testare" convenientemente la gran parte delle situazioni lavorative concrete, nelle fabbriche, nei laboratori artigiani e negli uffici. Per la grande maggioranza di questi agenti chimici e fisici sono stati definiti anche dei livelli di accettabilità per l'esposizione professionale. I limiti di accettabilità più accreditati dal punto di vista tecnico sono quelli definiti e aggiornati ogni anno dall'Associazione degli Igienisti Industriali Americani (ACGIH, American Conference of Governmental Industrial Hygienists), chiamati comunemente TLV (dall'inglese Threshold Limit Values*). Questi limiti, accettati contrattualmente da importanti organizzazioni sindacali, tra cui la Federazione italiana dei lavoratori chimici, per indicazione della stessa Associazione che li fissa, non vanno intesi come limiti di separazione tra ciò che fa senz'altro male (sopra il TLV) e ciò che non può far male (sotto il TLV); hanno piuttosto il valore di linee guida per giudicare della "salute" di un ambiente di lavoro.

Molti ricercatori e molti tecnici sono concordi nel ritenere che sia spesso necessario ricorrere comunque ad un approccio di tipo cautelativo provvedendo a contenere ai livelli più bassi le esposizioni lavorative. Del resto è questa la filosofia operativa che l'esperienza maturata nel corso degli anni nella pratica della medicina del lavoro ed anche le indicazioni delle norme più recenti raccomandano (cfr. art. 6 della direttiva quadro, art. 3 del decreto 626/94). Il livello delle conoscenze scientifiche non consente di stabilire infatti con certezza per numerosi fattori di rischio quali possano essere i possibili effetti sulla salute; inoltre le risposte biologiche dei lavoratori nelle varie condizioni lavorative possono essere maggiori per determinati soggetti, più sensibili. Un problema particolare è costituito dalla valutazione dei parametri non quantitativi e in particolare i fattori di rischio cosiddetti "psico-sociali", che non sono suscettibili di una agevole valutazione quantitativa. Per questi

aspetti un orientamento potrà essere ottenuto con l'utilizzo di questionari mirati. È soprattutto necessario acquisire elementi di valutazione sulla presenza nel lavoro da compiere o nelle relazioni interpersonali nel lavoro ci siano situazioni di fatto favorevoli a determinare stress.

Piano d'azione

È un aspetto cruciale: il metodo ha fini pratici; si tratta di stabilire se le misure di prevenzione e protezione previste siano effettivamente adeguate. Si considererà per prima cosa. Quali siano gli interventi sull'ambiente di lavoro, nella formazione/informazione degli addetti ecc. previsti a seguito della valutazione aziendale dei rischi lavorativi. Se con l'indagine eseguita si è giunti alla conclusione che sono necessari ulteriori interventi, non si esiterà a segnalare a chi ha titolo le eventuali osservazioni e proposte di miglioramento. È importante accertare anche quali siano le priorità d'intervento previste dal piano aziendale e i tempi di attuazione. Anche a questo proposito se si è giunti alla conclusione che sono necessarie altre priorità, queste verranno discusse con chi ha titolo per modificare la programmazione.

Riverifica periodica

Il procedimento è inteso come dinamico; alla valutazione iniziale devono seguire altre con una periodicità indicativamente annuale per stabilire se sia necessario per le mutate condizioni dell'ambiente di lavoro o insufficienze nella prima analisi apportare correzioni al piano d'azione derivato dalla prima analisi.

Considerazioni conclusive

Il metodo qui presentato sistematizza idee e pratiche consuete in medicina di lavoro. Dopo la promulgazione della direttiva quadro le aziende hanno un piano aziendale della sicurezza, ma è certamente utile che questo piano si arricchisca costantemente "confrontato" con nuove verifiche e nuovi contributi per definire i miglioramenti possibili ed i rischi non eliminabili che debbono essere controllati con l'addestramento, la protezione collettiva e personale ed un uso adeguato delle risorse della sorveglianza sanitaria.

Che la consapevolezza dei rischi sia diffusa è del resto un prerequisito essenziale perché le azioni di prevenzione posano essere efficaci. Conoscere i rischi con una verifica personale, come possibile con questo

semplice metodo, è molto più formativo che esserne semplicemente "edotti", come recitavano le nostre norme degli anni '50.

Tabella 2: check list per l'analisi dell'informazione già disponibile

1 Identificazione del luogo di lavoro

- Società proprietaria
- Stabilimenti del gruppo
- Indirizzi degli stabilimenti

2 Descrizione della produzione

- Materie prime
- Prodotto finito
- Tecnologia di produzione
- Attuale organizzazione logistica della produzione
- Piani di modifica dell'assetto attuale

3 Personale

- Lavoratori e lavoratrici
- Supervisor dirigenti
- Lavoratori temporanei/in formazione
- Ditte in appalto

4 Macchine ed attrezzature

- Lista delle macchine presenti nello stabilimento
- Tempi di utilizzo delle stesse
- Persone esposte

5 Sostanze e prodotti chimici

- Sostanze e prodotti pericolosi (schede di sicurezza)
- Agenti classificati come cancerogeni
- Quantitativi utilizzati
- Utilizzatori, persone esposte

6 Attività di salute e sicurezza sul lavoro

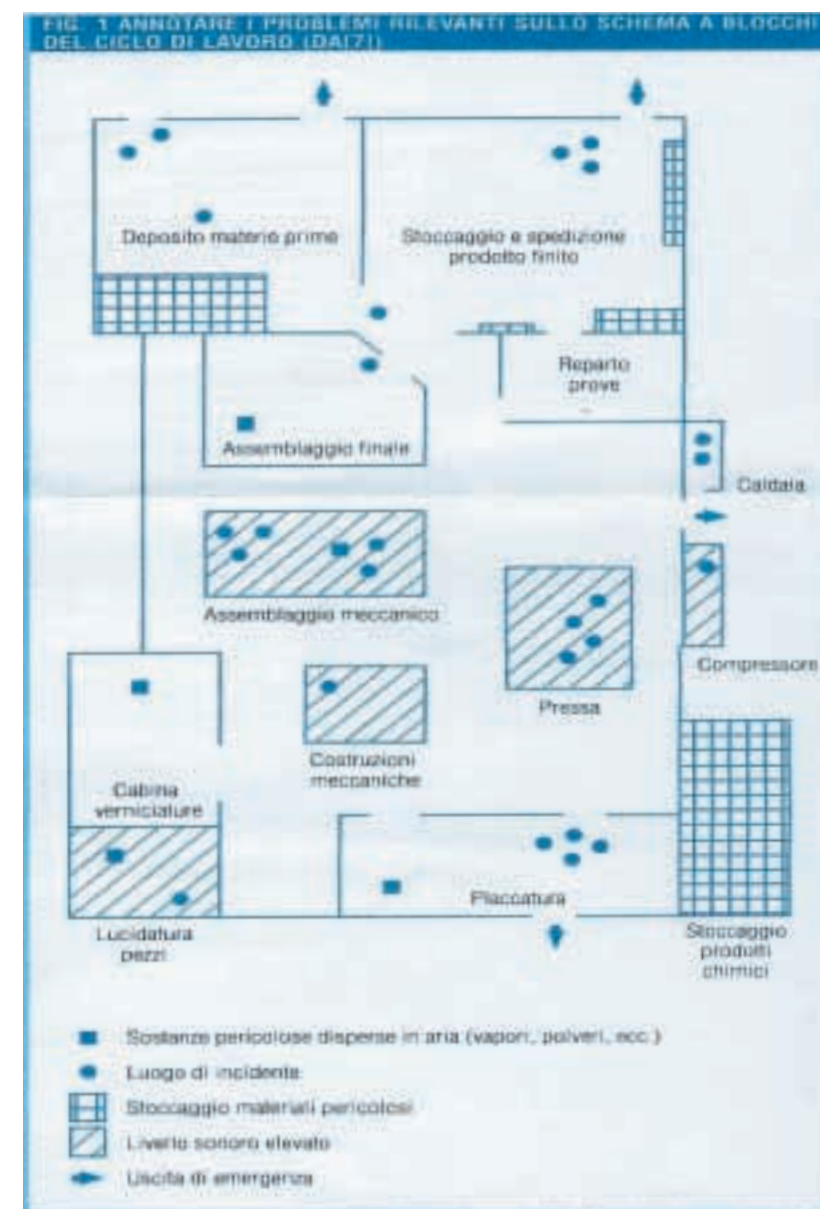
- Riunioni periodiche di prevenzione
- Ispezioni interne per la sicurezza
- Rilevazioni di igiene industriale
- Relazioni di ispezione di Enti preposti alla sicurezza

7 Verifiche nell'ambiente di lavoro, descrizioni delle attività svolte/formazione

- Verbali di sopralluogo relativi all'ambiente di lavoro
- Analisi ergonomiche
- Addestramento professionale in salute e sicurezza del lavoro

8 Dati su infortuni e malattie correlate al lavoro

- Tipologie ricorrenti di infortunio
- Statistiche infortuni (indice di frequenza, indice di gravità)
- Malattie professionali denunciate
- Malattie professionali riconosciute dall'ente assicuratore



Da un sito canadese di salute e sicurezza del Lavoro.



Immagine 2: Un altro aspetto fondamentale del metodo è lo studio accurato delle fasi del ciclo lavorativo per poter identificare i rischi per la salute e la sicurezza, valutarne la rilevanza e capire le necessità di prevenzione e protezione.

9 Organizzazione della protezione sanitaria e personale

- Relazioni sanitarie del medico aziendale
- Tipologia Accertamenti sanitari
- Follow up di lavoratori con handicap
- Necessità di impiego di mezzi di protezione individuale

Tabella 3: check list per l'analisi dei possibili fattori di rischio

Agenti chimici:

presenza di polveri - fumi - vapori-gas - nebbie - aerosol, sostanze chimiche sostanze cancerogene sostanze neurotossiche sostanze che comportano rischi riproduttivi (fare riferimento ai dati delle schede di sicurezza)

Agenti fisici:

rumore - vibrazioni- radiazioni elettromagnetiche (radiazioni ionizzanti, ultravioletti, laser, infrarossi, microonde e radiofrequenze), alte temperature, basse temperature.

Agenti biologici:

- batteri e virus - funghi - parassiti fattori biologici non infettivi (enzimi, proteine animali ecc.)

Posture e movimenti: sollevamento trasporto di oggetti pesanti- movimenti ripetitivi, posizioni di lavoro che determinano disagio

Fattori psicosociali:

alta velocità del lavoro, ritmo di lavoro condizionato da richieste esterne non preventivabili (clientela, utenza, alunni, pazienti), ritmo di lavoro imposto da macchine, violenza fisica sul lavoro, in-

Quali dei seguenti problemi sono presenti nel tuo posto di lavoro e in che misura? Contrassegnare con una crocetta sotto la colonna - rilevante/medio/inesistente.

problemi ricambio d'aria naturale	Rilevante	Medio	Inesistente
impianti di climatizzazione non adeguati			
microclima (troppo caldo)			
microclima (troppo freddo)			
rumore			
impiego incauto di prodotti chimici pericolosi per la salute			
presenza polveri e/o odori nei locali di lavoro			
insufficiente igiene (insetti etc, accumulo di rifiuti etc)			
carichi di lavoro eccessivi			
lavoro in solitudine			
carico di responsabilità			
impegno fisico per movimentazione pesi			
insufficiente sicurezza delle macchine:			
rischio da elettricità			
problemi nella gestione delle emergenze (mancanza di strutture idonee)			
insufficiente informazione sui rischi lavorativi			
inidoneità spogliatoi, locali di ristoro, servizi igienici			
insufficiente nella dotazione di mezzi di protezione individuali			

Tabella 4: questionario base per interviste ai colleghi di lavoro*
* modificata dal testo di M. Mattila [4]

timidazioni, imposizioni ingiustificate, lavoro monotono.

for risk assessment in companies. Int Arch Occup Environ Health 2000 Jan;73(1):47-55

* modificata dal testo originario di Mattila, secondo le linee de "Lo stato della Salute e Sicurezza del Lavoro nell'Unione Europea: Manuale per la raccolta dati nei 15 paesi dell'Unione", 1998* Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro:

REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

[1] Vogel L. Prevention at workplace An initial review of how the 1989 Community framework Directive is being implemented. Bts.Tutb, 1992

[2] Apostoli P Medico del lavoro e valutazione del rischio: tra contenuti tecnici e obblighi normativi. Giorn. Italiano di medicina del lavoro 1996, 18,12, 128

[3] Weel AN, Broersen JP, van Dijk FJ .Questionnaire surveys on health and working conditions: development of an instrument

[4] Mattila M K Job load and hazard analysis: a method for the analysis of workplace conditions for occupational health care British Journal of Industrial medicine, 1985 42 656-666

[5] Mattila M K Improvement in the Occupational health program in a Finnish construction company by means of systematic workplace investigation and hazard analysis American Journal of Industrial medicine 15. 61-72, 1989

Roberto Montagnani
Spisal AUSL 12 Veneziana

Danilo Bontadi
Medico del lavoro ANMA

Paolo Baroncini
Ris Basell Ferrara



Ancora qualche considerazione in tema di mobbing

I lettori del Notiziario hanno potuto recepire una serie di interessanti osservazioni incentrate sulla prevenzione del fenomeno (1).

In particolare l'articolo citato ha analizzato le cause, la normativa e, aspetto significativo per il medico competente, le strategie e gli strumenti di prevenzione applicabili sul campo.

Va anche ricordato che il tema mobbing era stato ampiamente trattato in un Documento di Consenso elaborato da 15 esponenti di diverse discipline, in cui erano stati analizzati la definizione, i soggetti colpiti, le conseguenze sulla salute, le conseguenze sociali, la diagnosi, il ruolo del medico del lavoro, il ruolo dell'organo di vigilanza (2).

Lo spunto per riprendere il tema con qualche osservazione aggiuntiva è fornito da una recentissima pubblicazione sull'aumento della consapevolezza in tema di molestie psicologiche sul lavoro edita dalla World Health Organization, cui hanno collaborato anche esperti della Clinica del lavoro di Milano (3).

Un primo dato interessante che emerge dal libretto citato è la prevalenza del fenomeno accertata con la "Terza indagine Europea sulle condizioni del lavoro" svolta nell'anno 2000, da cui risulta il poco invidiabile primato di alcuni paesi del Nord Europa, guidati dalla Finlandia (15%), mentre l'Italia si attesta al 4%, di fronte ad una media stimata del 9% per quanto concerne l'intera Europa.

Un secondo dato si riferisce alla prevalenza accertata nei diversi settori lavorativi: sono più colpiti pubblica amministrazione, scuola, alberghi, ristoranti, trasporti.

Gli effetti sulla salute dipendono dalla intensità e durata degli stimoli stressanti nonché dai tratti della personalità della vittima, che può reagire con atteggiamento difensivo - protettivo o al contrario accentuare gli effetti dello stress.

Fra le molte altre considerazioni originali contenute nella pubblicazione, sembrano degne di nota quelle sulle possibilità di prevenzione nelle mani dei datori di lavoro (almeno di coloro che sono attenti a salvaguardare il clima sociale, le

motivazioni e i rapporti interpersonali in azienda). Informare sul mobbing e le sue conseguenze i dipendenti a tutti i livelli utilizzando anche linee guida e policy aziendali, promulgare un codice etico in cui viene affermato che non verrà tollerata alcuna azione molesta o discriminatoria, definire contrattualmente regole sulla materia e sanzioni in caso di rottura di tali regole, sono strumenti preventivi sicuramente efficaci. Una significativa azione di consulenza e supporto in tal senso può essere svolta anche dal medico competente, purché sia veramente inserito nell'organizzazione aziendale.



Altri interessanti dati statistici sul mobbing sono emersi nel corso di un seminario tenuto dal Prof. Renato Gilioli presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del lavoro dell'Università di Brescia.

1) Al Centro per il disadattamento lavorativo istituito presso la Clinica del lavoro di Milano si sono presentati in cinque anni circa 4.000 lavoratori, con una crescita drammatica di anno in anno.

2) Il gruppo di esperti in diverse discipline che opera presso il Centro, può giungere alla conclusione che le alterazioni della salute e della qualità della vita presentate dal soggetto esaminato sono compatibili con una azione molesta e stressante svolta nell'ambiente di lavoro. Non viene emessa diagnosi di mobbing. Questa conclusione è stata tratta in circa un terzo dei casi esaminati. Un'altro terzo della casistica è rappresentato da soggetti nei quali il lavoro è probabilmente causa della patologia accusata ma

con difficoltà a valutarne il peso in relazione ad altre concause, l'ultimo terzo infine non presenta situazioni riferibili al lavoro.

3) L'INAIL ha finora indennizzato una quindicina di casi in cui è stata documentata un'azione mobbizzante chiaramente finalizzata ad estromettere il soggetto dall'ambiente di lavoro (mobbing strategico), mentre non ha finora riconosciuto i casi con effetti "emozionali" del mobbing

4) E' in significativo aumento il contenzioso sul tema, con azioni legali verso chi è ritenuto responsabile del fenomeno.

5) Anche alcuni "Principi del Foro" hanno cominciato a patrocinare le cause delle parti lese, segnando indubbiamente che la materia sta assumendo un significativo interesse economico.

Si può concludere che il mobbing, forse snobbato anche fra gli addetti ai lavori quando segnalato alcuni anni orsono, si sta affermando come un fenomeno indubbiamente presente nel mondo del lavoro in grado di interferire pesantemente con la salute e la qualità di vita dei lavoratori colpiti. Pertanto esso deve stimolare l'attenzione e l'impegno professionale anche dei medici competenti che spesso potrebbero svolgere una valida opera di prevenzione primaria e secondaria, purché possedano una elevata professionalità tecnico-scientifica ed una significativa sensibilità verso i problemi della salute dei lavoratori a loro affidati.

Gianfranco Farina
Sezione Lombardia

REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A. Pompatti - Quali strategie, quali strumenti per la prevenzione del mobbing. Notiziario ANMA, 2001, 4, 22-23

- R. Gilioli ed Al. - un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). Med. lavoro, 2001, 92, 61-69.

- Autori vari - Raising awareness of Psychological Harassment at Work. World Health Organization, 2003

Congresso ANMA 2004

10 ANNI DI 626. IL PERCORSO DEL MEDICO D'AZIENDA E DEL MEDICO COMPETENTE

27-28-29 MAGGIO 2004

HOTEL PORTOFINO KULM - PORTOFINO VETTA (GE)

GIOVEDÌ 27 MAGGIO

I Sessione: ore 15:00 - 18:00

IL LAVORO SUL MARE. LA DIFFICILE NAVIGAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE

Referente scientifico:

Dr. Marco Saettone

• tel/019 5224755 • e-mail: msaettone@ferraniait.com

VENERDÌ 28 MAGGIO

II Sessione: ore 9:00 - 13:00

LA PATOLOGIA ORL DI ORIGINE PROFESSIONALE: OLTRE L'AUDIOMETRIA

Referente scientifico:

Dr. Daniele Ditaranto

• tel/348 2253244 • e-mail: d.ditaranto@inwind.it

VENERDÌ 28 MAGGIO

III Sessione: ore 14:00 - 17:30

IL LAVORO D'UFFICIO: OLTRE L'ASTENOPIA

Referente scientifico:

Dr. Gino Barral • tel/ 348 3044009 • e-mail: g.barral@tin.it

Dr. Paolo Santucci • tel/ 333 7145443 • e-mail: pmprsan@libero.it

SABATO 29 MAGGIO

IV Sessione: ore 9:00 - 13:00

10 ANNI DI 626. IL PERCORSO DEL MEDICO D'AZIENDA E DEL MEDICO COMPETENTE

Referente scientifico:

Dr. Giuseppe Briatico • tel. 02 86453978 • e-mail: maurilio@mclink.it

Dr. Tommaso Remondelli tel/ 328 4744441 e-mail: toremond@tin.it

Segreteria Organizzativa: ANMA • tel 02 86453978 • fax 0272002182 • e-mail: maurilio@mclink.it

Informazioni e prenotazione alberghiera: Pluralia 010 5959401

SARÀ RICHiesto L'ACCREDITAMENTO DELL'EVENTO ALLA COMMISSIONE ECM DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Nuovi orientamenti nella gestione del rischio chimico nei luoghi di lavoro alla luce del D.Lgs. 25/2002

PREMESSA

Con l'emanazione del Decreto Legislativo n.25 del 2 febbraio 2002, viene recepita nel nostro ordinamento la Direttiva 98/24/CE, tale recepimento stabilisce nel nostro paese i minimi requisiti per la protezione dei lavoratori contro i rischi per la salute e la sicurezza derivanti dagli effetti degli agenti chimici nei luoghi di lavoro.

Il Titolo VII-bis, attraverso il quale il suddetto Decreto è stato inserito all'interno del D.Lgs. 626/94, stabilisce con il primo articolo (72 bis) il campo di applicazione che risulta allargato rispetto a prima, in quanto esteso a sostanze chimiche (medicinali, cosmetici, prodotti fitosanitari, prodotti alimentari per uso umano, munizioni, esplosivi etc.) precedentemente escluse dai campi applicativi della normativa antecedente, pur rientrando nella classificazione di sostanze pericolose.

Con la definizione di cui al punto 3) viene ulteriormente esteso il campo di applicazione anche a quegli agenti che, pur non essendo classificabili come pericolosi in base ai D.Lgs. n. 52/97 e n.285/98, possono comportare un rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori a causa di loro proprietà chimico-fisiche, tossicologiche, o in relazione al modo in cui sono utilizzati o presenti sul luogo di lavoro, compresi gli agenti chimici cui è stato assegnato un valore limite di esposizione professionale.

Rimangono escluse dal campo di applicazione del Decreto le attività che comportano esposizione ad amianto (D.Lgs 277/91), l'esposizione dal punto di vista radiologico ad agenti chimici (D.Lgs 230/95), e le sostanze e preparati pericolosi solo per l'ambiente.

Per la prima volta quindi si prendono in considerazione anche sostanze/preparati che non sono pericolosi in quanto tali, ma che lo possono diventare nel momento in cui subiscono dei trattamenti (es. attività di saldatura, fusione o tempra dei metalli, lavorazioni a caldo di materie plastiche, uso di fluidi lubrificanti, attività di combustione, processi di polimerizzazione).

Per ciò che riguarda le modalità di utilizzo ricordiamo il caso di alcuni articoli (es. materassi di lana di vetro) per i quali la possibilità di liberare elementi pericolosi è legata solo al fatto di "romperne" la compattezza, ad esempio attraverso una operazione di taglio.

Infine ritornando all'ultimo aspetto della definizione, e cioè agli agenti chimici cui è stato assegnato un valore limite di esposizione professionale (SCOEL) per l'elaborazione di soglie di esposizione di non effetto o, ove questo non sia possibile, di individuare valori di concentrazione tali da comportare un livello di rischio sufficientemente basso (OELs).

Tali valori limite costituiranno la base scientifica sulla quale la Commissione europea fissa valori limite vincolanti per i Paesi dell'Unione al momento del recepimento a livello nazionale.

Purtroppo al momento sono disponibili gli OELs di sole 93 sostanze, in ogni caso anche se le liste di valori limite prodotte dalla UE comprendono un numero limitato di sostanze o di processi, la pratica dell'igiene industriale ha da sempre fatto uso delle liste utilizzate da altri paesi, in particolare di quella statunitense elaborata dall'ACGH.

Ma proviamo a fare una sintesi delle liste disponibili.

Noti sono i MAK della Germania, che nel 2002 ha pubblicato una lista di 600 sostanze (escludendo i cancerogeni, mutageni ed i sensibilizzanti).

Ricordiamo ancora la Russia che ha formulato i TLV di ben 1231 sostanze. Infine a livello statunitense ricordiamo le liste dell'ACGH (adottata da 80 paesi, da 36 stati dell'unione etc.), i WEELS proposti dall'AHIA, i NIOSH REL, i PEL OSHA, etc.

Quindi, anche se non ufficiali, esistono numerose liste alle quali chi effettua la valutazione del rischio può attingere.

Da questa analisi capiamo facilmente come attività lavorative che di fatto erano sfuggite ad una attenta valutazione (probabilmente per dimensione delle aziende stesse e per la precedente non obbligatorietà di effettuare misure di esposizione) debbano ora rivedere in maniera importante il proprio documento di valutazione dei rischi.

Il rischio "moderato"

L'elemento di maggiore novità del decreto è sicuramente l'individuazione di una soglia di rischio, quella del cosiddetto "rischio moderato", che consente al datore di lavoro di evitare azioni di diversa natura.

Da un lato si tratta di misure di prevenzione primaria (la sostituzione dell'agente pericoloso, la riprogettazione dei processi lavorativi, il miglioramento della ventilazione, l'adozione di DPI), dall'altro di quelle di prevenzione secondaria (sorveglianza sanitaria, monitoraggio ambientale e biologico, etc.).

L'approccio del nuovo decreto è ragionevole dal punto di vista metodologico poiché si tratta di un processo di intervento basato sul livello di gravità; la difficoltà è evidentemente quella di attribuire alla definizione di rischio moderato un significato che sia coerente.

È chiaro a tutti infatti che la legge, in attesa dell'emanazione del decreto ministeriale relativo, attribuisce al datore di lavoro l'obbligo di identificazione e definizione del rischio.

Tale temporanea assenza di una identificazione giuridica del rischio moderato, lascia spazio a non poche perplessità.

La maggiore fra queste è senz'altro rappresentata dall'*aleatorietà* dell'aggettivo moderato che può avere diverse interpretazioni, assumendo varie connotazioni a seconda dell'esaminatore, sia esso il datore di lavoro al momento della valutazione dei rischi, sia esso l'Organo di vigilanza al momento dell'ispezione, con la imbarazzante eventualità, in quest'ultimo caso, di differenti posizioni degli Organi di controllo.

A tal proposito c'è da fare un'ulteriore precisazione sul fatto che, dal punto di vista *semantico*, non c'è stato nel nostro recepimento comunitario una fedele traduzione del termine usato per definire la soglia espositiva di "non effetto sulla salute", infatti nelle traduzioni della Direttiva 98/24/CE degli altri Paesi dell'UE il termine è stato univocamente definito come rischio BASSO [leve (SP), slight (GB), faible (F), baixo (P), micro (GR)] o IRRILEVANTE laddove invece il nostro recepimento parla di MODERATO.

Inoltre appare inutile sottolineare che le direttive CE recepite nel nostro ordinamento non possono ridurre i livelli di tutela della salute e sicurezza raggiunti nelle norme nazionali precedenti, e siccome il DPR 303/56 all'articolo 35, comma 2 prevede l'esonero degli obblighi di sorveglianza sanitaria quando "...possa fondamentalmente ritenersi **irrilevante il rischio per la salute** dei



lavoratori...", allora alla luce di tali considerazioni sembra logico dover associare il rischio moderato alla dizione di rischio irrilevante per la salute ovvero di soglia al di sotto della quale il rischio per la salute è basso. Occorre altresì mettere in evidenza la differenza che esiste nella definizione di rischio moderato fra la Direttiva CE ed il D.Lgs 25/02.

Nella prima il rischio moderato viene individuato solo dal parametro quantità dell'agente chimico mentre nel recepimento italiano i parametri presi in considerazione sono:

- il tipo di agente chimico,
- la quantità,
- le modalità e la frequenza dell'esposizione.

In entrambi i testi i parametri individuati devono coesistere con la condizione che le misure di prevenzione e protezione siano sufficienti a ridurre il rischio.

Ma le perplessità non sono soltanto relative alla definizione del rischio moderato sotto gli aspetti interpretativi della Direttiva 98/24/CE, in quanto vi sono difficoltà nella sua definizione anche di ordine tecnico e scientifico.

In primo luogo richiama l'attenzione sulla complessità della valutazione del rischio chimico, ed in particolare sul fatto che l'esposizione agli agenti chimici è pressoché sempre una multiesposizione, sia essa contemporanea che sequenziale. Nell'ottica di tale multiesposizione è possibile inoltre che si sviluppino *effetti sinergici* fra le sostanze in uso, laddove cioè l'effetto tossico ottenuto su un organo bersaglio risulta maggiore della sommatoria dei singoli effetti delle sostanze.

Da quanto detto emerge che vengano valutati gli effetti complessivi sulla salute di diverse sostanze, alle quali

possono essere o meno stati attribuiti valori limite di esposizione, con ulteriori difficoltà nel caso, per alcune di esse, di un assorbimento che si realizza in massima misura attraverso la via cutanea.

La stessa identificazione del rischio moderato (almeno per ciò che concerne l'aspetto relativo alla sorveglianza sanitaria) fatto da alcuni coincidere con il valore del 50% del TLV, sulla base del dato del piombo, è certamente un passaggio molto riduttivo, perché riferito ad un singolo metallo, ampiamente conosciuto e studiato sia sotto il profilo tossicologico, sia sotto quello della tecnologia e quindi dell'esposizione, e quindi in quanto tale non rappresentativo della complessa gamma di sostanze chimiche pericolose usate in tutti gli ambienti di lavoro.

In secondo luogo non bisogna dimenticare che i lavoratori possono avere una **diversa suscettibilità** ai vari tossici per diverse ragioni (soprattutto di ordine fisiopatologico), motivo stesso per il quale si legge chiaramente nella definizione dei TLV, che tali limiti di soglia indicano le concentrazioni di sostanze aerodisperse al di sotto delle quali si ritiene che solo la **maggioranza** dei lavoratori possa rimanere esposta ripetutamente giorno dopo giorno senza subire effetti negativi sulla salute.

È quindi evidente che questi valori non possono rappresentare una demarcazione netta tra una condizione sicura ed una pericolosa in quanto non si pongono l'obiettivo di proteggere tutti gli individui; essi devono essere considerati come delle "raccomandazioni" o come "orientamento per la corretta conduzione degli impianti".

Si tenga presente inoltre che nella proposizione anzidetta si fa esclusivo riferimento per la definizione dei TLV alle concentrazioni aerodisperse, non

valutando quindi il fenomeno dell'imbrattamento di abiti, utensili e piani di lavoro, evenienza che, specie in alcune realtà lavorative per l'importanza del fenomeno, dovrebbe essere oggetto di uno studio più approfondito.

Criteri per la definizione del rischio moderato

Fermo restando quanto previsto dall'art. 72-terdecies D.Lgs. 626/94 relativo all'emanazione di un Decreto Ministeriale per l'individuazione del rischio moderato e, nelle more di questo, che la valutazione del rischio moderato è comunque effettuata dal datore di lavoro, si ritiene di fornire alcune indicazioni relative all'individuazione della soglia del rischio moderato secondo i seguenti criteri:

Rischio tossicologico

1) Attraverso l'uso dei valori limite occupazionali

In tal senso fa riferimento la norma UNI EN 689 (Allegato VII sexies Titolo VII bis D.Lgs 626/94) dove all'APPENDICE C viene fornita una procedura formale per la valutazione dell'esposizione di addetti.

In merito ai valori di esposizione rilevati si può evitare la misurazione periodica dell'agente (art. 72-sexies comma 2 D.Lgs 626/94) e terminare il processo di miglioramento, in quanto ci sono sufficienti garanzie che non sia superato il TLV, quando:

- Su di un turno di lavoro il valore di esposizione risulta inferiore ad 1/10 del valore limite;
- Su tre diversi turni il valore di esposizione risulta inferiore ad 1/4 del valore limite.

Pertanto è ragionevole e praticabile indicare che i valori di 1/10 su di un turno e di 1/4 su tre turni fissano la soglia al di sotto della quale si può classificare il rischio *moderato* per inalazione di un agente chimico.

In alternativa la stessa norma UNI EN 689 offre un approccio di valutazione statistica rispetto al valore limite (APPENDICE D).

Qui il numero di misurazioni delle esposizioni deve risultare più alto (**almeno 6 è il numero minimo accettabile**) e sono previste tre zone di riferimento in funzione delle percentuali previste di superamento del valore limite:

- **Situazione rossa** con probabilità di superamento del valore limite maggiore del 5%;
- **Situazione arancio** con probabilità di superamento del valore limite fra lo 0,1 ed il 5%,

**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. E' quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

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

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



IN FARMACIA

**Integratore dietetico di Sali Minerali con Creatina
Dissetante-Energetico.**

- *Situazione verde* con probabilità di superamento del valore limite inferiore allo 0,5%.

Nel caso di applicazione di questo criterio statistico la soglia del rischio moderato è individuabile quando si rientra nella situazione verde.

2) Senza l'ausilio di valori limite

I modelli o algoritmi per la valutazione del rischio permettono, attraverso un giudizio sintetico finale, di inserire il risultato delle valutazioni in classi; risulta pertanto indispensabile, per l'applicazione di ogni modello, oltre alla conoscenza dettagliata, riferirsi alla specifica graduazione in esso contenuta.

Nel caso delle piccole imprese artigiane, che si distinguono per un'elevata variabilità delle mansioni lavorative degli addetti e dei relativi tempi di esposizione nonché delle modalità d'uso degli agenti chimici, gli algoritmi o modelli possono rappresentare uno strumento di particolare utilità nelle valutazioni del rischio.

Risulta comunque consigliabile, nei casi dubbi, confermare il risultato dei modelli con una o alcune misurazioni dell'esposizione.

3) Esposizione cutanea

Nel campo della valutazione dell'esposizione cutanea non sono attualmente disponibili valori limite di esposizione dermica mentre sono disponibili metodiche per la misurazione.

Nel caso di valutazione dell'esposizione cutanea per classificare il rischio moderato sono disponibili due vie (di diversa validità):

- Senza misurazioni, attraverso un modello (per esempio quello proposto in allegato B) in cui ci si può classificare nel rischio moderato quando la valutazione porta alle classi "molto basso" e "basso" che devono comunque escludere il contatto o lo prevedono solo per casi sporadici o incidentali.
- Con misurazioni, da utilizzare ogni qual volta esistano dubbi sull'esposizione cutanea; in questo caso per classificarsi in rischio moderato un approccio conservativo (tutelante) potrebbe essere quello di determinare quantità, in concentrazione (mg/cm²/giorno), al di sotto di 10 volte il limite di rilevanza del metodo (valore di concentrazione trovato < 10 L.R.).

Rischio di incendio e/o esplosione

Per la classificazione al di sotto della soglia del rischio moderato nel caso della valutazione di incendio si indi-

vidua il D.M. 10/03/1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro" quale punto di riferimento.

Nel D.M. vengono individuate tre classi di rischio di incendio: luoghi di lavoro a rischio di incendio elevato, medio e basso e, nell'allegato IX, sono individuati, a titolo esemplificativo e non esaustivo, elenchi di attività che rientrano nelle attività a rischio di incendio medio ed elevato.

Per tali attività si ritiene automatico classificare il rischio di incendio superiore al moderato.

Per attività non indicate nell'allegato IX si deve effettuare la valutazione del rischio incendio ed è possibile classificare al di sotto della soglia del rischio moderato quelle attività per cui tali valutazioni hanno portato all'identificazione delle seguenti condizioni (punto 1.4.4 del D.M. 10/03/1998 *rischio di incendio basso*):

- Sostanze a basso tasso di infiammabilità.
- Condizioni locali di esercizio con scarsa possibilità di sviluppo di principi d'incendio.
- Probabilità di propagazione limitata in caso di eventuale incendio.

Inoltre possono essere di ausilio nella valutazione di incendio e/o esplosione e nella relativa classificazione in rischio moderato:

1) La norma CEI EN 60079-10 (Classificazione dei luoghi pericolosi);

CEI 31-35 e CEI 31-35/A (Guide per l'applicazione della norma CEI-EN 60079-10)

2) La norma CEI 64-2 (Prescrizione specifica per la presenza di polveri infiammabili e sostanze esplosive).

3) La direttiva 1999/92/CE del 16/12/1999 relativa alle prescrizioni minime per il miglioramento della tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori che possono essere esposti a rischio di atmosfere esplosive (quindicesima direttiva particolare ai sensi dell'art.16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE)

Conclusioni

In definitiva dalle diverse considerazioni fatte emerge un concetto di primaria importanza: la valutazione del rischio chimico per la sua particolare complessità richiede delle competenze professionali alte che in genere fanno parte del bagaglio formativo del solo medico competente il cui ruolo attivo di collabora-

zione con il datore di lavoro al momento della valutazione diventa come mai in precedenza momento decisivo ed imprescindibile nella definizione del rischio stesso.

P. Benevento, G. Sciaudone

Scuola di Specializzazione
in Medicina del Lavoro
Seconda Università
degli Studi di Napoli

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Iavicoli N., Gragnaniello V., Benevento P., Improta A., Esposito G. "Quale sorveglianza sanitaria in presenza di rischio moderato ai sensi del D.Lgs. 25/2002." Giornate di Corvara, IX Congresso Nazionale AIDIL, Atti del convegno, 19-21 Marzo 2003.
2. D.Lgs 2 febbraio 2002, n.25, Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro. Supplemento G.U. n.40/L dell'8/03/2002
3. Direttiva CE del 1998 n.24.
4. B. Marchesini "Le novità contenute nel D.Lgs25/02 rispetto a quanto previsto dal D.Lgs 626/94." Atti del seminario: La nuova legge sugli agenti chimici: quali le novità per lavoratori ed RLS, Atti del convegno, Bologna 7 Novembre 2002.
5. C.Arcari "La Valutazione del rischio moderato: aspetti critici e difficoltà interpretative", Collana INFOSIRS, Volume n.2-2002.
6. D.Lgs. n..626/94 Titolo VII.
7. D.P.R. del 19/03/1956 n.303.
8. D.P.R. del 27/04/1955 n. 547.
9. D.Lgs. del 15/08/1991 n.277.
10. D.Lgs. del 17/03/1995 n.230.
11. D.Lgs del 03/02/1997 n.52.
12. D.Lgs del 16/07/1998 n. 285.
13. D.M. del 28/04/1997, All.VI.
14. Norma UNI-EN 689/1997.
15. Direttiva CE dell'8/06/2000 n.39.
16. Norma UNI-EN 481/1994.
17. Norma UNI-EN 482/1998.
18. D.M. del 10/03/1998.
19. Norma CEI EN 60079-10.
20. Norma CEI 31-35.
21. Norma CEI 64-2.
22. Direttiva CEE del 1989 n.391.
23. Direttiva CE del 16/12/1999 n. 92.

La collaborazione tra gli attori aziendali della prevenzione: tuttora più ombre che luci



Organizzata dal Comitato Paritetico Provinciale di Milano costituito da Assolombarda e dalle OO.SS., lo scorso 7 luglio si è tenuta, presso l'auditorium di Assolombarda, la giornata di studio dal titolo: "Una strategia comune RSPP e RLS per prevenire gli infortuni e fare funzionare il sistema di gestione della sicurezza".

Motivazione della convention è la constatazione che sebbene nel corso del 2002 gli infortuni sul lavoro siano diminuiti del 3.6%, l'andamento del fenomeno, specie mortale, resta comunque preoccupante soprattutto se si considera che sono ormai passati ben otto anni dall'entrata in vigore del D. Lgs. 626/94.

Basata "sul confronto tra RSPP e RLS finalizzato ad individuare le aree di miglioramento su cui concentrare gli sforzi per promuovere una "cultura" della sicurezza che pervada l'intera organizzazione aziendale", la giornata si è articolata in due sezioni.

La prima, dopo l'apertura dei lavori, ha previsto quattro workshop:

1. Procedura di analisi degli infortuni e degli incidenti
2. Il coinvolgimento dei lavoratori. Quanto vale l'impegno di ciascuno?
3. Le relazioni con gli attori aziendali interni
4. Le relazioni con gli attori aziendali esterni,

coordinati da docenti di organizzazione e di diritto del lavoro delle Università Bocconi (M. Fey, V. Biondi e P. Caiozzo) e Bicocca (F. Bacchini).

La seconda sezione si è incentrata sulla Tavola Rotonda dal ti-

tolto "Una strategia per la prevenzione nei luoghi di lavoro" con la presenza di rappresentanti delle parti sociali (M. Perini e M.G. Fabrizio, rispettivamente Presidente di Assolombarda e Segretario generale CISL), del Ministero del Welfare (P. Onelli Direttore Generale della tutela delle condizioni di lavoro) e della Regione Lombardia (V. Carreri e M. Buscemi, rispettivamente Dirigente dell'Unità Organizzativa Prevenzione dell'Assessorato alla Sanità ed Assessore Sicurezza, Polizia locale e Protezione civile).

In qualità di medico competente (m.c.) e di segretario della Sezione lombarda dell'ANMA, sono stato invitato a contribuire con la mia testimonianza al workshop sulle relazioni tra gli attori interni, avente l'obiettivo di "verificare modalità e grado di coinvolgimento della linea gerarchica (datore di lavoro, dirigenti e preposti) e del m.c. nello sviluppo del sistema aziendale di gestione della salute e della sicurezza (SGSL)".

Le relazioni con gli attori aziendali interni

Relatori del workshop sono stati anche la D.ssa Cantoni, Responsabile dello SPSAL dell'ASL città di Milano, un imprenditore del settore chimico, il RSPP ed il RLS di una azienda chimico-farmaceutica ed i loro colleghi di una impresa metalmeccanica. La D.ssa Cantoni ha introdotto il tema del workshop illustrando brevemente le maggiori criticità emerse dall'analisi dei risultati del "Monitoraggio 626":

- la bassa qualità dei processi relazionali: il RLS si rapporta soltanto con il RSPP; difficoltà nelle relazioni tra il SPP e le linee aziendali
- lo scarso coinvolgimento dei lavoratori anche per la bassa qualità dei processi formativi
- la frequente assenza o carenza delle procedure e dei programmi degli interventi per il miglioramento della sicurezza

- la pressoché costante assenza di sistemi di controllo e verifica.

Come prevedibile l'imprenditore ha soprattutto richiamato l'attenzione sull'importanza del ruolo dei lavoratori per quanto riguarda il rispetto delle procedure operative e l'adozione delle misure preventive e di quelle protettive.

Naturalmente è tutta la linea gerarchica che deve "dare l'esempio".

In questo contesto i RLS possono dare un contributo fondamentale per rendere i lavoratori più consapevoli e responsabili.

Entrambi gli RSPP hanno sottolineato che specialmente nelle piccole e medie imprese, ma non solo, è tuttora spesso difficile fare comprendere alla linea gerarchica quale sia il ruolo del RSPP anche perché è frequente la mancanza di una sua precisa collocazione nell'organigramma aziendale.

In questa situazione il RSPP risulta una figura marginale nel contesto organizzativo aziendale che finisce con l'essere costretto a gestire sia il suo ruolo che le eventuali problematiche basandosi fondamentalmente sulla rete delle buone relazioni interpersonali costruita nel tempo con il management.

In questo contesto diventa naturalmente tutto più facile quando lo stesso RSPP fa parte della Direzione aziendale in quanto, ad esempio, Responsabile della Qualità.

I RLS hanno confermato le difficoltà relazionali evidenziate dai risultati del "Monitoraggio 626".

Anche se in genere la relazione con il RSPP è soddisfacente, al di fuori della riunione periodica ex art. 11, restano ancora frequenti le difficoltà per l'accesso al documento di valutazione dei rischi e le carenze nella consultazione e nell'informazione. Ancora più critica risulta da tale punto di vista la posizione dei RLS territoriali.

il coinvolgimento del medico competente

Dovendo parlare del coinvolgimento del m.c. nello sviluppo del SGSL, ho ritenuto opportuno sottolineare la tendenza in atto ad avvalersi della collaborazione del m.c. circoscrivendola all'attuazione della sorveglianza sanitaria (s.s.) ed a quanto ad essa strettamente connesso come l'informazione dei lavoratori e dei RLS (in occasione della riunione periodica) sul suo significato e sui suoi risultati.

Ovviamente la sorveglianza sanitaria è l'attività peculiare del m.c. ed è indubbiamente parte integrante e fondamentale del SGSL condizionandone profondamente l'efficacia essendo i suoi esiti degli importanti indicatori della qualità della valutazione dei rischi (VdR).

Tuttavia, senza nulla togliere all'importanza della s.s., dall'esame del D. Lgs. 626/94 risulta che le azioni preventive che dovrebbero prevedere il coinvolgimento del m.c. nel SGSL sono in realtà anche altre e decisive per il suo successo:

- la collaborazione alla valutazione dei rischi
- la collaborazione alla predisposizione delle misure preventive e protettive
- la collaborazione all'attività di informazione e formazione dei lavoratori
- la collaborazione alla predisposizione del servizio di primo soccorso.

Spesso il m.c. non viene coinvolto nella VdR o lo è in modo marginale; altre volte lo è quando il processo di valutazione è già iniziato o è in fase di completamento.

Tuttavia è frequente che anche in tali casi venga richiesto al m.c. di sottoscrivere il documento.

Il non avvalersi dell'apporto della cultura medica nella VdR, fase decisiva per il successo del SGSL, può implicare la perdita della valorizzazione dell'impatto sullo stato di salute dei lavoratori di numerose situazioni di rischio non soggette a stime puntuali, o non pienamente valutabili da chi non ha una specifica sensibilità bio-medica, con il conseguente

loro misconoscimento o sottovalutazione.

Infatti una esposizione professionale diventa un fattore di rischio sanitario se può provocare dei danni alla salute e, se si escludono i rischi per i quali già la normativa indica delle soglie di attenzione, questa è una valutazione che compete al medico. Peraltro la collaborazione del m.c. alla VdR, sancita dall'art. 4, c. 6 del D. Lgs. 626/94, solo "nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria", in rapporto:

- alle modifiche introdotte dalla legge Comunitaria 2001 al comma 1 dell'art. 4 del 626: il "datore di lavoro...valuta..." tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori..." e quindi non solo quelli per i quali è necessaria la s.s.,
- ai delicati problemi posti dalla valutazione del "rischio moderato" prevista dal D. Lgs. 25/2002 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione agli agenti chimici,
- alle problematiche connesse al collocamento "mirato" dei disabili introdotto dalla legge 68/99 (individuazione delle mansioni disponibili per il collocamento mirato),
- all'attenzione sempre maggiore anche nella strategia europea per la salute e sicurezza sul lavoro verso i rischi psicosociali, lo stress ed i rischi legati all'organizzazione del lavoro non soggetti a stime puntuali,
- alla sempre maggiore presenza nei luoghi di lavoro di gruppi di lavoratori considerati più "sensibili" dal punto di vista della tutela della salute e sicurezza: lavoratori "atipici" più esposti al rischio per la temporaneità del rapporto di lavoro specialmente quando adibiti ad attività che, non previste nell'abituale organico aziendale, non sono state oggetto di una specifica valutazione e, conseguentemente, della predisposizione di adeguate misure preventive e protettive; lavoratori extracomunitari più a rischio per le difficoltà di comunicazione e, talvolta, di "cultura" nella gestione del rischio professionale,
- alla collaborazione che il m.c.

deve dare al datore di lavoro e al Servizio di Prevenzione e Protezione per la predisposizione delle misure preventive e protettive,

- alla conoscenza del m.c. attraverso la s.s. delle condizioni di ipersuscettibilità individuali,
- alla responsabilità del m.c. di elaborare un piano sanitario che deve essere mirato al rischio e cioè proporzionato e giustificato dai profili di rischio delle mansioni emersi dalla VdR, sta diventando sempre più imprescindibile fin dalle sue fasi iniziali.

In seguito al frequente carente coinvolgimento del m.c. nella VdR, altrettanto carente risulta, in genere, il contributo del m.c. alla predisposizione delle misure preventive e protettive.

In tale contesto si ritiene ragionevole considerare anche le misure da inserire nel piano per il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza che completa il documento di VdR.

Poiché questa collaborazione del m.c., con riferimento all'art. 17, comma 1 del D. Lgs. 626/94, è basata sulla sua specifica conoscenza "dell'organizzazione dell'azienda" e delle "situazioni di rischio", indipendentemente dal fatto che comportino o meno l'obbligatorietà della s.s., e dato che sia le misure preventive e protettive che il piano di miglioramento sono parti integranti del documento di valutazione dei rischi (art. 4, c. 2, b) e c) del D. Lgs. 626/94), risulta ulteriormente rafforzata la necessità del coinvolgimento del m.c. alla VdR.

Peraltro anche per l'informazione e la formazione dei lavoratori sui rischi specifici ex art. 21 del decreto 626, non è sempre richiesto il contributo del m.c..

Eppure il m.c. è la figura professionale coinvolta nel SGSL che con maggiore autorevolezza e credibilità può fornire ai lavoratori informazioni sui danni per la salute derivanti dall'esposizione ai rischi professionali.

Conseguentemente, anche in base all'esperienza, il m.c. risulta essere anche la figura più convincente nel responsabilizzare i lavoratori ad adottare le misure preventive e protettive predisposte per evitare tali danni.

Naturalmente il successo del

SGSL non può prescindere anche da una adeguata gestione degli interventi per il primo soccorso.

In tale ambito la collaborazione del m.c. non riguarda soltanto gli aspetti tecnici ed organizzativi, ma spesso anche la formazione dei lavoratori all'attuazione degli interventi per il primo soccorso. Inoltre il m.c. può fornire un contributo fondamentale per la gestione delle emergenze in presenza di lavoratori disabili.

A tale proposito non è possibile nascondere la sorpresa derivante dall'esame della recente proposta di legge di modifica del D. Lgs. 626/94 di Confartigianato che motivata dalla necessità, anche comprensibile in imprese come quelle artigianali, di semplificazione degli adempimenti meramente burocratici, finisce con il proporre l'abrogazione delle norme (art. 17, comma 1, lettere l) e m)) che vedono il coinvolgimento del m.c. nella informazione e formazione dei lavoratori (al di fuori delle strette competenze mediche) e nella predisposizione delle misure per il primo soccorso, perché queste partecipazioni non vengono "ritenute utili né connesse".

Pertanto il quadro che emerge dal confronto tra il vissuto quotidiano condiviso da molti m.c. ed il ruolo ampio ed articolato delineato per questa figura professionale dalla normativa, è, per così dire, quello di un tuttora mancato pieno "sfruttamento" di tutte le potenzialità di questo attore nella pianificazione della strategia aziendale per la prevenzione.

Ciò ha sicuramente contribuito al risultato al di sotto delle aspettative della gestione del decreto 626 a otto anni dalla sua entrata in vigore.

La discussione

Non mi ha sorpreso che nella discussione che è seguita alle varie testimonianze emergesse nuovamente l'osservazione sulla scarsa "visibilità" in azienda del m.c..

In pratica è stato da più parti sottolineato che spesso il m.c. viene percepito come "esterno" all'organizzazione aziendale imputando il suo scarso coinvolgimento nel SGSL al suo atteggiamento poco partecipativo e propositivo.

Pur ammettendo di non poter escludere che queste critiche fossero talvolta fondate, ho tuttavia chiesto agli interlocutori se non ravvisassero in esse una certa ipocrisia.

Infatti, da un lato, si critica il m.c. per la sua scarsa propensione ad interpretare la professione con un ruolo più "consulenziale/manageriale", accusandolo di avere una scarsa "cultura" d'azienda, ma, dall'altro, l'attuale prevalente modello aziendale di organizzazione sanitaria si fonda su un contratto di consulenza libero professionale che prevede una presenza in azienda del m.c. scandita dalla periodicità delle visite mediche, dalle visite degli ambienti di lavoro e dalla partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi.

Naturalmente questo modello mal si concilia con la richiesta di una consulenza più "qualificata" che, infatti, presuppone lo sviluppo di una conoscenza dell'azienda difficile da acquisire con un rapporto occasionale.

Alcuni attori, piuttosto che continuare ad accusare il m.c. di non essere "a bordo", salvo poi pianificare con lui un rapporto professionale che non comprende neanche l'attuazione di quanto previsto dalla normativa, sarebbe opportuno cominciasse a dire se hanno effettivamente la volontà di avvalersi seriamente della collaborazione del m.c. nella pianificazione della strategia aziendale per la prevenzione.

Richiamando la descrizione della "missione" del m.c. riportata nel primo articolo del "Codice di comportamento" dell'ANMA, ho sottolineato che da parte nostra c'è la volontà di svolgere pienamente il nostro ruolo accettando la sfida culturale, etica e professionale che da esso deriva e proponendolo all'azienda come ruolo funzionale attraverso la condivisione di una lettera di incarico che specifica tutta l'operatività dell'attività del m.c. prevista dal Capo IV del D. Lgs. 626/94.

Considerazioni finali

La ricorrenza nei titoli della giornata di studio e dei workshop di termini come "strategie comuni", "coinvolgimento dei lavoratori" e "relazioni con gli attori azien-

dali", indica che tra gli addetti ai lavori vi è la consapevolezza che se a distanza di otto anni dall'entrata in vigore del D. Lgs. 626/94 le criticità sono ancora molte, ciò è anche dovuto al fatto che spesso risulta ancora difficile realizzare quella che, con la valutazione dei rischi, è l'altra principale novità introdotta dal decreto e cioè la promozione dell'integrazione della gestione della salute e della sicurezza nel sistema di gestione aziendale. Infatti l'inserimento fra gli obiettivi gestionali aziendali della salute e della sicurezza ed il loro perseguimento, da un lato presuppone il coinvolgimento di tutti i lavoratori, ovviamente con diverse responsabilità a seconda della funzione, e dall'altro comporta la stretta relazione, e quindi collaborazione, tra il datore di lavoro e le figure professionali e rappresentative che il legislatore ha previsto a supporto del sistema (RSPP, m.c., RLS) per l'individuazione della migliore strategia preventiva.

Tuttavia se dopo otto anni dall'entrata in vigore del decreto 626, gli attori aziendali della prevenzione spesso devono ancora rivendicare lo svolgimento di un ruolo "normato" e, per il suo successo, tuttora dipendono sostanzialmente dalle loro doti relazionali, significa che in molte aziende manca chiarezza sul contesto organizzativo ed operativo in cui questi attori si devono muovere.

Alla fine dei workshop, in presentazione plenaria a tutti i partecipanti alla giornata di studio, i vari coordinatori hanno sintetizzato le conclusioni emerse durante le discussioni. È stato abbastanza sconsolante sentire la nostra coordinatrice D.ssa Caiozzo ammettere che ancora oggi spesso nelle aziende specialmente i processi topici per la creazione del valore (produzione, controllo di gestione e commerciale) percepiscono le procedure per la prevenzione come pratiche puramente burocratiche, ed auspicare che la gestione della prevenzione diventi un "argomento organizzativo" dell'azienda impostato su una logica progettuale, programmatica e di controllo e verifica. ■

Daniele Ditaranto
Segretario Sezione lombarda



Segno e disegno



Tutti i corpi, il firmamento, le stelle, la terra e i suoi regni, non valgono uno spirito per quanto infimo, perché questo conosce tutto ciò, e se stesso; e i corpi nulla.

Tutti i corpi insieme e tutti gli spiriti insieme e tutte le loro produzioni non valgono il minimo movimento di carità.

Questo è di un ordine infinitamente più elevato.

Da tutti i corpi insieme non si potrebbe far scaturire un piccolo pensiero; ciò è impossibile e di un altro ordine. Da tutti i corpi e gli spiriti non si potrebbe trarre un moto di vera carità; ciò è impossibile e di un altro ordine, soprannaturale.

(Blaise Pascal)

Le stelle formano gli elementi pesanti, dai quali un giorno scaturì la terra, poi tutto il mondo delle molecole organiche, degli esseri organizzati, dei vegetali,

degli animali, e infine dell'uomo. Tutti gli esseri importanti per la nostra vita sono un lontano sottoprodotto dell'evoluzione stellare. Per chi si fissa unicamente sul mondo corporeo, tale constatazione potrebbe condurre a valutare l'uomo come una cosa insignificante rispetto al cosmo stellare.

D'altro canto però, proprio in questa insignificanza corporea si incarna la soggettività dell'uomo, la facoltà per cui una simile particella è capace di dire: io vedo, io sento, io respiro, io penso, io sono e io capisco il quadro di questo cosmo materiale all'ultimo livello del quale io sono posto. Ci si può tuttavia ancora chiedere dove stia l'essenziale di questo cosmo, l'ultima ragione d'essere per la quale esso è stato concepito e costruito; negli astri immensi, in questi trapassi colossali di pura materia, o in questo ultimo sottoprodotto della loro evoluzione? Non ci può sfiorare il sospetto che una tale immensità di forze cosmiche sia stata messa in moto per arrivare unicamente a questo infimo sottoprodotto, e che i giochi cosmici della materia abbiano avuto come precipua funzione quella di fabbricare un adeguato sostegno all'ingresso della soggettività anche nel mondo dei corpi? Ovvero, che ciò che è più grande nel cosmo sia piccolo nel dominio in cui ha prevalenza la soggettività e viceversa? E che, rovesciando il rapporto tra corporeo e soggettivo, i primi debbano essere gli ultimi e gli ultimi debbano essere i primi?

A mio parere l'intero cosmo afferma tale verità evangelica in modo perentorio.

(Nicolò Dalla Porta)

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.



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 Emie • 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