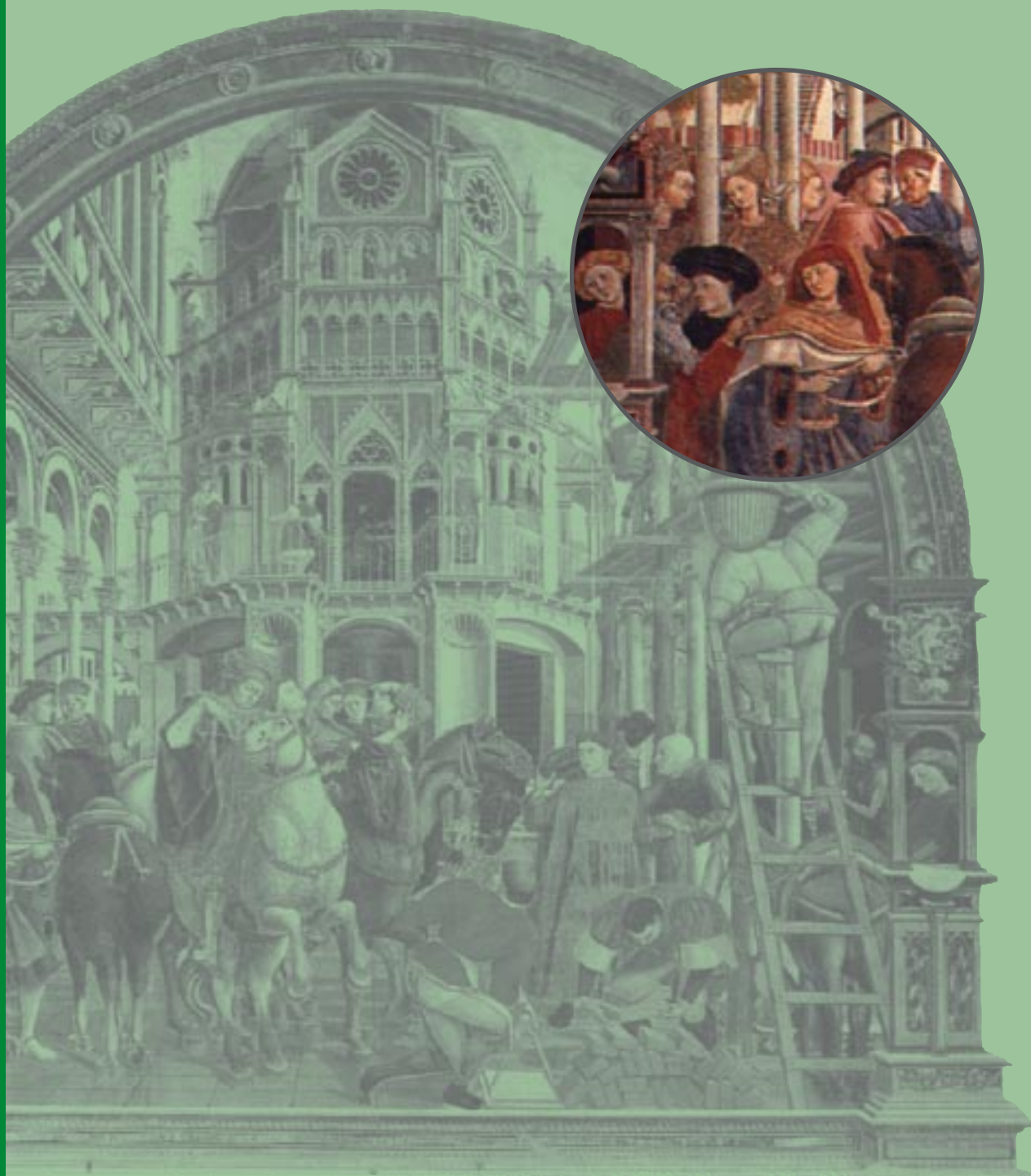




Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti



**Tutela della salute dei lavoratori nel mercato del lavoro innovato:
cosa cambia con la "Riforma Biagi"**

Contributi in vista del congresso ANMA di Portofino

**È uscito il regolamento riguardante disposizioni sul
"pronto soccorso aziendale" (Decreto 388/03)**



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

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

editoriale

Verso la vetta

Stiamo mettendoci in cammino verso la Vetta, quella di Portofino, sede del nostro prossimo Congresso Nazionale. La macchina organizzativa è in moto così come quella scientifica.

La procedura per accreditare questo nostro evento presso la Commissione ECM del Ministero della Salute, come da tradizione, è stata anch'essa avviata. Che Congresso sarebbe altrimenti?

Il cammino per esplorare i requisiti di "qualità della nostra professione", che concluderemo a Portofino alla fine del prossimo maggio, è iniziato cinque anni fa, precisamente nel 1999 a Perugia, per passare successivamente da Padova nel 2000, Bologna nel 2001, quindi Portonovo nel 2002 ed infine Viterbo nel 2003. Tappe impegnate, partecipate, condivise, non motivate dai crediti ECM -semmai una ciliegina sulla torta-, ma piuttosto dalla voglia di condividere un momento assembleare di crescita professionale, associativa e umana. La procedura ECM, per buona pace di tutti, è stata avviata e ci auguriamo possa concludersi con successo, superando firewall e tranelli con rapidi colpi di mouse e di click. Ci si sente per qualche aspetto, sinceramente non è mia intenzione essere polemico, immersi in un videogioco dove, come credo sia esperienza diffusa, ci vuole un pochino per capire come affrontare i livelli superiori e un pochino di fortuna per superarli. In questo momento il livello da superare è .. il confitto di interesse, a colpi di autocertificazione; vedremo quale sarà il prossimo.

Ci auguriamo che Portofino sia ricordato negli annali dell'ANMA come seconda tappa fondamentale del percorso del medico d'azienda che si è fatto "competente": il Congresso dei 10 anni di 626. Un secondo congresso celebrativo come quello di Caserta del 1997 dove abbiamo celebrato i dieci anni della fondazione dell'ANMA con la pubblicazione del nostro Codice di Comportamento. Da Caserta a Portofino, dalla genialità del Vanvitelli allo splendore delle opere della natura. "Portofino la perla del mondo", si legge sulla palina turistica all'ingresso dello stupendo borgo marinaro, con la sua vetta che domina l'orizzonte marino tra castagni e mimose. Non per niente i nostri amici liguri hanno caldeggiato questa meta. Congresso dei 10 anni di 626: una riflessione accompagnata da esperti per rendere sempre più efficace ed efficiente il nostro contributo alla crescita armonica della prevenzione rispettosa dell'ambiente sociale. Ma il Congresso di Portofino rappresenta anche un momento importante per la vita associativa. È il primo congresso erogato nel segno della "Qualità" dalla nostra Associazione certificata ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2000. Nel 1997 il Codice di Comportamento quale garanzia dell'impegno professionale di ogni associato; nel 2004 l'ANMA certificata a garanzia globale dell'impegno di crescita e di innovazione di tutta l'Associazione.

Ma non basta. Portofino vedrà la nascita del nuovo consiglio direttivo che condurrà l'Associazione nel prossimo quadriennio. Fin da ora un augurio di buon lavoro nel segno della continuità. È richiesto un impegno duro, coinvolgente, sfiancante in qualche occasione. Un impegno che richiede passione, attitudine a coinvolgere, serenità di giudizio, umiltà, disponibilità al dialogo, attenzione per il prossimo, tempo, tempo, tempo e passione per l'ANMA, passione per la nostra professione e per la nostra disciplina. In altre parole: crederci. Ho tracciato l'identikit del consigliere, penso di potermelo concedere dopo anni di lavoro in prima fila.

Arriverdci a Portofino Vetta.

Il Presidente
Giuseppe Briatico-Vangosa

A nervo scoperto

La riforma del mercato del lavoro e la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

pag. 4

gestione della prevenzione e della tutela della salute dei lavoratori nel mercato del lavoro innovato: riflessioni leggendo la linea guida della Lombardia

pag. 14

In vista del Convegno

Rischi e sorveglianza sanitaria nel settore marittimo: tra difficoltà e curiosità

pag. 18

Il D.Lgs. 271/99: problemi di approccio dopo le prime esperienze di applicazione pratica

pag. 19

ultime dalla rete

esperienze e materiale di lavoro

La patologia da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore: il percorso diagnostico

pag. 29

L'organizzazione dell'orario di lavoro: un altro aspetto della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

pag. 34

è successo a...

Genova - Il lavoro d'ufficio: dalla valutazione dei rischi alla sorveglianza sanitaria contributi

pag. 36

Sorveglianza sanitaria in agricoltura

pag. 37

L'elaborazione di una "scheda medica" mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista

pag. 40

Decreto 15 luglio 2003, n. 388:

Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale

pag. 44

da leggere in poltrona

Corpi e anime

pag. 46

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

LA RIFORMA DEL MERCATO DEL LAVORO E LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO



Il 9 ottobre 2003 è stato pubblicato il D. Lgs 276/03 di attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro contenente nella legge Biagi. Una vera e propria rivoluzione. Anche sul versante della sicurezza e dell'igiene del lavoro. Cosa cambia con la riforma Biagi e che cosa prevede il D. Lgs 276/03 che da attuazione alle deleghe in materia di occupazione e di mercato del lavoro. Sotto i riflettori, in particolare le nuove norme sulla sorveglianza sanitaria, la formazione e l'informazione, le responsabilità in caso di inosservanza degli adempimenti e l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio. Riportiamo le riflessioni dei colleghi Di Taranto e Briatico

1. SCOPO

Intraprendere la valutazione delle conseguenze per la tutela e per la gestione della salute sul lavoro, derivanti dall'impatto sull'organizzazione del lavoro delle nuove forme di rapporto contrattuale, per cominciare ad evidenziare le problematiche e a prospettare i primi orientamenti operativi.

2. LA RIFORMA

Gli aspetti fondamentali della riforma in atto nel mercato del lavoro italiano possono essere così sintetizzati:

1. La riforma si inserisce nel quadro strategico europeo in materia di occupazione delineato in occasione del Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000 e finalizzato a coniugare il raggiungimento dell'obiettivo di portare il tasso di occupazione nei paesi dell'unione al 70% entro il 2010, aumentando soprattutto la percentuale di impiego delle donne, giovani e "over" 45, con le esigenze di tutela del lavoro e di promozione di una occupazione regolare e di buona qualità (more and better job).
2. La riforma amplia notevolmente il cambiamento del mercato del lavoro italiano avviato nel 1997 con l'introduzione del lavoro interinale attraverso l'approvazione della legge n. 196, ora abrogata dall'art. 1 all'art. 11 dal D. Lgs. 276/2003 attuativo della legge delega (vedi paragrafo 3.) anche se, come vedremo, la normativa che regola la somministrazione di lavoro, che sostituisce la disciplina del lavoro interinale, risulta fortemente influenzata da essa (vedi paragrafo 4.1.2.2).
3. La finalità della riforma è la realizzazione di un "sistema efficace e coerente di strumenti intesi a garantire trasparenza ed efficienza del mercato del lavoro e a migliorare le capacità di inserimento professionale dei disoccupati e di quanti sono in cerca di prima occupazione, con particolare riferimento alle fasce deboli del mercato del lavoro" (art. 3, c. 1 del D. Lgs. 276/2003).
4. A tal fine la riforma:
 - a) introduce nuove forme di contratto di lavoro:
 - somministrazione di lavoro: consiste nella fornitura professionale di manodopera da un "somministratore" ad un "utiliz-

zatore". A differenza del contratto di lavoro interinale, il contratto di somministrazione può essere di due tipi:

- a tempo determinato: ammesso solo a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo, ma, a differenza della disciplina del lavoro interinale, anche se riferibili all'ordinaria attività dell'utilizzatore,
- a tempo indeterminato (c.d. staff leasing): è la vera novità ed è consentito per una serie di attività e servizi specificati nel decreto che rinvia poi alla contrattazione collettiva per la previsione degli altri casi in cui questo contratto è ammissibile. Nella somministrazione a tempo indeterminato il somministratore è tenuto a corrispondere al lavoratore un'indennità di disponibilità per i periodi in cui il lavoratore non svolge la prestazione lavorativa presso un utilizzatore e rimane a disposizione del somministratore in attesa di assegnazione,
- il lavoro intermittente o a chiamata (job on call), in realtà già oggetto di tentativi di introduzione in alcune aziende come la Electrolux Zanussi nel 2000. È un modello di contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato, con il quale un lavoratore può obbligarsi o meno a rispondere alla chiamata di un datore di lavoro. Il lavoratore che si è contrattualmente obbligato a rispondere alla chiamata, riceve, per i periodi nei quali garantisce questa disponibilità in attesa di utilizzazione, un'indennità di disponibilità.

b) revisiona alcune forme di contratto di lavoro già conosciute:

- dai collaboratori coordinati e continuativi (co.co.co.) ai collaboratori a progetto: in pratica quelli che erano i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, devono essere riconducibili a uno o più progetti specifici o programmi di lavoro o fase di esso, determinati dal committente e gestiti autonomamente dal collaboratore in funzione del risultato e indipendentemente dal tempo impiegato per l'esecuzione dell'attività lavorativa,

- il lavoro ripartito (o job sharing), già previsto dalla circolare ministeriale n. 43/98, ma con una ripartizione possibile anche su più lavoratori, diventa un modello di contratto a termine o a tempo indeterminato con il quale soltanto due lavoratori subordinati condividono un'unica prestazione lavorativa ripartendosi l'orario di lavoro e la retribuzione e potendo in qualsiasi momento fare sostituzioni tra di loro,
 - il part-time con l'aumento della sua elasticità sia verticale che orizzontale, e la facilitazione del ricorso a prestazioni di lavoro supplementare.
- c) modifica i contratti a contenuto formativo con l'introduzione:
- di tre differenti tipologie di contratto di apprendistato:
 1. "apprendistato per l'espletamento del diritto-dovere di istruzione e formazione" finalizzato al conseguimento di una qualifica professionale,
 2. "apprendistato professionalizzante" finalizzato alla qualificazione professionale attraverso una formazione sul lavoro e l'accrescimento delle competenze specifiche,
 3. "apprendistato per l'acquisizione di un diploma o per percorsi di alta formazione" finalizzato al conseguimento di un titolo di studio di livello secondario, o universitario o di una specializzazione tecnica superiore,
 - del contratto di inserimento che nelle imprese private sostituisce il contratto di formazione e lavoro (CFL) che potrà essere ancora stipulato solo dalla Pubblica Amministrazione. Il contratto di inserimento è diretto a realizzare, mediante un progetto individuale di adattamento delle competenze professionali del lavoratore a un determinato contesto lavorativo, l'inserimento ovvero il reinserimento nel mercato del lavoro di particolari categorie di persone, specificate nella norma, sostanzialmente riconducibili alla definizione nell'art. 2 del D. Lgs. 276/2003 di "lavoratore svantaggiato" (qualsiasi persona che abbia difficoltà a entrare, senza assistenza, nel mercato del lavoro).
- d) cambia il collocamento aprendo l'attività d'intermediazione tra domanda e offerta di lavoro ai privati (le Agenzie per il lavoro autorizzate e iscritte in un apposito albo istituito presso il Ministero del Lavoro previo accertamento della sussistenza di una serie di requisiti giuridici e finanziari; le prime Agenzie per il lavoro operative saranno le attuali società di fornitura di lavoro

temporaneo) e ad altri soggetti come Università, Comuni, Camere di commercio, Istituti di scuola secondaria di secondo grado, Associazioni datoriali e dei lavoratori;

- e) permette alle Agenzie per il lavoro di svolgere anche le attività di somministrazione di lavoro a tempo indeterminato o determinato e quelle di ricerca, selezione e supporto alla ricollocazione (outplacement) del personale;
- f) costituisce la borsa online del lavoro quale sistema aperto di incontro tra domanda e offerta di lavoro basato su una rete di nodi regionali. Il sistema è alimentato dalle informazioni inserite dagli operatori pubblici e privati autorizzati dal Ministero del lavoro o accreditati dalle Regioni anche per la gestione del database. Il conferimento alla borsa da parte degli operatori pubblici e privati dei dati acquisiti è regolamentata da principi di privacy. Da un qualunque punto della rete la borsa è liberamente accessibile da parte dei lavoratori e delle imprese e, attraverso gli accessi appositamente dedicati, i lavoratori e le imprese hanno la facoltà di inserire nuove candidature o richieste di personale,
- g) interviene sul fenomeno della "terziarizzazione" rivisitando le discipline:
 - del contratto di appalto ove, a differenza di quanto avviene nella somministrazione di lavoro (e avveniva nel lavoro interinale), l'esercizio del potere organizzativo e direttivo nei confronti dei lavoratori utilizzati nell'appalto è dell'appaltatore che deve anche possedere la professionalità specifica corrispondente alle esigenze tecniche dell'attività dedotta in contratto,
 - del distacco (o comando del personale) che prevede il consenso del lavoratore nelle ipotesi in cui il distacco comporti il mutamento delle mansioni normalmente svolte, nonché l'esistenza di comprovate ragioni tecniche, organizzative, produttive o sostitutive quando implichi il trasferimento ad una unità produttiva distante oltre 50 Km rispetto a quella presso cui è normalmente adibito.
- h) si prefigge la riemersione delle prestazioni lavorative di breve durata e discontinue introducendo le discipline:
 - del lavoro occasionale: per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore ai trenta giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente e con un compenso complessivo per lo svolgimento della prestazione non superiore a 5 mila euro,



- del lavoro accessorio con la quale il decreto si propone di intervenire in via sperimentale a colmare le lacune dell'ordinamento con riferimento a quelle attività occasionalmente svolte a favore delle famiglie o degli enti senza fini di lucro.
5. Pertanto la strategia generale della riforma è quella di aumentare l'occupazione attraverso:
- I. l'incremento della flessibilità delle forme di impiego,
 - II. la facilitazione dell'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro,
 - III. la promozione della formazione e dell'orientamento.

3. L'OPERATIVITÀ DELLA RIFORMA

Il 9 ottobre 2003 sul S.O. n° 159 della G.U. n° 235 è stato pubblicato il D. Lgs. 276/2003 "Attuazione della delega in materia di occupazione e mercato del lavoro di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30" (di seguito d.a.). Comunque, anche quando il d.a. entrerà in vigore il prossimo 24 ottobre 2003, la maggior parte delle novità contrattuali non potranno essere da subito operative, mentre alcune dovranno ancora convivere per un po' di tempo con gli istituti che vanno a sostituire. Infatti il legislatore ha scelto di affidare, mediante ben 43 rinvii, l'individuazione di modalità e condizioni di molte delle nuove forme di contratto alla contrattazione tra le parti sociali e alla regolamentazione regionale, e solo successivamente, in assenza di accordi tra le parti sociali, di ricorrere al potere sostitutivo del Ministero del Lavoro. Conseguentemente, nel momento in cui scrivo, le notizie desumibili dalla stampa o dalle Associazioni datoriali

e dei lavoratori sulla futura operatività della riforma appaiono confuse e spesso contraddittorie.

D'altra parte proprio in questi giorni sono iniziate le prime trattative tra le parti sociali che dovrebbero portare a uno o più accordi interconfederali sulle nuove forme contrattuali che, in attesa della leggi regionali e dei contratti collettivi che daranno una compiuta regolamentazione alla materia, dovrebbero costituire i primi e più agevoli strumenti in grado di colmare i vuoti di disciplina e i dubbi interpretativi lasciati dal provvedimento e di consentire la rapida applicazione dei nuovi istituti e delle nuove regole. Nell'attesa dell'esito di questi accordi, facendo particolare riferimento al testo del d.a., delinea il seguente quadro:

- la somministrazione di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato sarà attuabile solo dopo che saranno completati i percorsi di autorizzazione ed iscrizione presso l'apposito albo ministeriale delle Agenzie per il lavoro. Una volta autorizzate le Agenzie potranno attuare la somministrazione di lavoro a tempo indeterminato per tutte le attività e servizi specificati all'art. 20, c. 3 da a) ad h), mentre, in base alla lettera i) del medesimo comma, alla contrattazione collettiva è affidata l'individuazione di tutti gli altri casi in cui è ammissibile. Per la somministrazione di lavoro a tempo determinato si dovrà attendere l'esito della contrattazione collettiva che dovrà definirne i limiti quantitativi di utilizzazione. I contratti di lavoro interinale in essere al momento dell'entrata in vigore del d.a. saranno efficaci sino alla loro naturale scadenza,
- le collaborazioni a progetto, alle quali potrebbe essere data attuazione subito dopo l'entrata in vigore del d.a., stanno tuttavia suscitando perplessità e timori sia nelle aziende che tra i collaboratori. Forse proprio prevedendo queste reazioni, il legislatore ha consentito alle co.co.co. già avviate di restare operative ancora per un anno dall'entrata in vigore del d.a., lasciando agli accordi sindacali aziendali la possibilità di individuare termini ancora più ampi,
- il lavoro intermittente, nei casi in cui in base all'art. 34, c. 2 è ammesso in via sperimentale (per i soggetti in stato di disoccupazione con meno di 25 anni di età, ovvero per i lavoratori con più di 45 anni di età che siano stati espulsi dal ciclo produttivo o siano iscritti alle liste di mobilità e di collocamento), dovrebbe essere attuabile subito dopo l'entrata in vigore del d.a. La contrattazione collettiva dovrà invece individuare gli altri casi in cui le prestazioni di lavoro intermittente sono ammissibili,

- per il lavoro ripartito si dovrà attendere l'esito della contrattazione collettiva alla quale è affidata la sua regolamentazione,
- per i contratti di inserimento, la contrattazione collettiva dovrà definire le modalità dei piani individuali di inserimento; i CFL in essere al momento dell'entrata in vigore del d.a. potranno essere comunque completati,
- per le nuove tipologie di contratto di apprendistato, si dovrà aspettare l'esito della regolamentazione dei profili formativi rimessa alle Regioni; nell'attesa si applica la vigente disciplina dell'apprendistato
- le nuove discipline dell'appalto, del distacco dovrebbero essere operative subito dopo l'entrata in vigore del d.a.,
- la nuova disciplina del part-time è oggetto di forti contestazioni da parte sindacale specialmente nelle parti in cui la legge consente ad una trattativa diretta tra lavoratore ed azienda di decidere i cambi di fascia oraria e le maggiorazioni salariali.

Pertanto per una riforma così vasta e complessa sono già previste numerose circolari interpretative e, nei due anni successivi alla sua entrata in vigore, non si esclude l'adozione di decreti correttivi qualora l'esperienza lo richieda.

A completamento di questo quadro va infine evidenziato il fatto che è intendimento del Ministero del lavoro rendere operativa tutta la riforma del mercato del lavoro entro la fine del 2003 dando attuazione anche alla delega al governo in materia di incentivi all'occupazione, ammortizzatori sociali e art. 18 dello Statuto dei lavoratori.

Pertanto dopo questa prima fase legislativa, già avviata, di profondo cambiamento del panorama giuslavoristico italiano, il legislatore dovrebbe varare entro l'anno una seconda fase legislativa che dovrebbe comprendere, quale principale provvedimento, il prolungamento e l'aumento dell'indennità di disoccupazione (da sei a dodici mesi e dal 40% al 60% della retribuzione per i primi 180 giorni).

4. LA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI "FLESSIBILI"

Anche se la riforma del mercato del lavoro è un fenomeno complesso e solo all'inizio, è lecito che gli addetti ai lavori comincino già da ora a richiamare l'attenzione sulla necessità di stabilire da subito una compatibilità tra i profondi cambiamenti in atto nel mondo del lavoro italiano e le esigenze di tutela del diritto alla salute e alla sicurezza dei lavoratori "flessibili". L'opportunità di tale richiamo deriva da una serie di considerazioni:

- La riforma è figlia della produzione normativa dell'ultimo quinquennio,

quindi successiva al D. Lgs. 626/94 che, infatti, all'art. 2, c. 1, a) (definizione di "lavoratore") non comprende le nuove forme di contratto di lavoro.

- La flessibilità delle forme di impiego può sicuramente contribuire all'aumento dell'occupazione e senz'altro offrire opportunità nuove e stimolanti specialmente ai lavoratori dotati di più strumenti e di maggiore progettualità, ma comporta anche fenomeni di precarizzazione del rapporto di lavoro che possono ostacolare la tutela e la gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Infatti l'esperienza di questi ultimi anni nella gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori interinali, ha evidenziato varie criticità (diatribe tra aziende fornitrici ed utilizzatrici sulla ripartizione delle obbligazioni di sicurezza; carenze nella valutazione "mirata" dei rischi e nella conseguente predisposizione delle misure preventive e protettive; difficoltà nella effettuazione della formazione e della sorveglianza sanitaria e quindi nell'accertamento dell'idoneità alla mansione specifica) che hanno sicuramente contribuito a determinare i preoccupanti dati sull'andamento del fenomeno infortunistico fra questi lavoratori.
- D'altra parte questo fenomeno interessa essenzialmente i lavoratori giovani alle prime esperienze lavorative, ossia proprio i lavoratori maggiormente coinvolti nel processo di riforma in atto nel mercato del lavoro.

Anche in relazione a questo richiamo, ritengo a questo punto opportuno intraprendere:

- l'esame della normativa relativa alla riforma nell'intento di evidenziare le norme riguardanti la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori "flessibili",
- la valutazione delle conseguenze della riforma sui profili di rischio professionale e sulla gestione del sistema salute e sicurezza sul lavoro (SGSSL).

4.1 LA NORMATIVA

Con l'esame della legge delega e del d.a., si evidenziano anche gli interessanti spunti che il D.P.R. n. 139/2003, "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003 - 2005" e la cosiddetta legge di "semplificazione" n. 229/2003, offrono sul tema della tutela della salute dei lavoratori "flessibili".

4.1.1 La legge 14 febbraio 2003 n. 30

Questa legge, per la sua stessa natura, non contiene indicazioni precise in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, ma solo riferimenti generici all'adozione dei decreti attuativi "nel rispetto delle competenze affidate alle regioni in materia di tutela e sicurezza

del lavoro dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3", all'art. 1, (delega per la riforma del collocamento e per l'introduzione della somministrazione di lavoro) e all'art. 2 (delega per il riordino dei contratti a contenuto formativo e di tirocinio).

Solo all'art. 4, comma 1, lettera c), 4), a proposito della riforma delle collaborazioni coordinate e continuative, la legge delega più specificamente prevede le "tutele fondamentali a presidio della dignità e della sicurezza dei collaboratori, con particolare riferimento a maternità, malattia e infortunio, nonché alla sicurezza nei luoghi di lavoro, anche nel quadro di intese collettive".

Tuttavia il rinvio alle competenze regionali in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, richiama la nostra attenzione su una questione di grande importanza e cioè a chi compete, fra Stato e Regioni, la legislazione su questa materia a seguito della devoluzione.

In particolare lo scorso 16 settembre il Cdm ha approvato il testo del disegno di legge (ddl) di riforma istituzionale che modifica 32 articoli della seconda parte della Costituzione.

L'iter prevede che dopo l'esame della Conferenza Stato-Regioni, il testo, con le eventuali proposte emendative dei governatori regionali, torni al Cdm per il varo del ddl definitivo e l'inizio del dibattito parlamentare che, nelle intenzioni del governo, dovrebbe concludersi entro il 2004 con l'approvazione della legge di riforma istituzionale che avrà proprio nella devoluzione uno dei suoi aspetti principali.

A tale proposito va rilevato che il ddl recentemente licenziato abbandona l'impostazione della devoluzione delineata nella proposta "La Loggia-D'Onofrio" che sempre il Cdm aveva approvato lo scorso 11 aprile.

La proposta "La Loggia-D'Onofrio" prevedeva una bipartizione delle materie tra legislazione esclusiva dello Stato e legislazione esclusiva delle Regioni, attribuendo la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro alla potestà legislativa esclusiva dello Stato.

L'attuale ddl ritorna invece all'impostazione contenuta anche nella proposta di riforma istituzionale varata nella precedente legislatura, distinguendo fra:

- a) materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato,
- b) materie di competenza legislativa esclusiva delle Regioni,
- c) materie di competenza legislativa concorrente.

Per gestire questa forma di devoluzione il ddl prevede la sostituzione dell'attuale bicameralismo "perfetto" con un bicameralismo "asimmetrico" costituito da una Camera, che si esprimerà sulle materie a competenza esclusivamente statale, e da un Senato federale che determinerà i principi fondamentali per la legisla-

zione nelle materie di competenza concorrente.

In base al modello statuito dall'attuale proposta di modifica dell'art. 117 della Costituzione, la materia della tutela della salute e sicurezza sul lavoro è a legislazione concorrente tra Stato e Regioni, con la riserva a favore dello Stato di determinare i lineamenti generali evidentemente finalizzati ad assicurare l'uniformità della tutela di questo diritto.

Il recente riassetto strutturale del Ministero della salute, sancito dal D.P.R. n. 129/2003 "Regolamento di organizzazione del Ministero della Salute" conseguente al fenomeno del decentramento delle competenze alle Regioni, prevede una riorganizzazione basata su tre Dipartimenti, al terzo dei quali, il Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, compete, tra l'altro, l'attività di coordinamento e vigilanza sulle attività regionali in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Se questo sarà il quadro definitivo, non possiamo che augurarci che questo Dipartimento riesca a svolgere con successo questa attività evitando la produzione di norme locali in materia di salute nei luoghi di lavoro contrastanti fra loro e con i principi fondamentali che saranno stabiliti dal Senato federale.

4.1.2 II D. Lgs. 276/2003

4.1.2.1 La disciplina del regime autorizzatorio

L'autorizzazione all'esercizio dell'attività di Agenzia per il lavoro e la sua conseguente iscrizione all'albo (art. 4, c. 1), sono subordinati alla verifica da parte del Ministero del lavoro della sussistenza di una serie di requisiti giuridici e finanziari previsti dall'art. 5.

Tra i requisiti giuridici richiesti vi è l'assenza di condanne penali, anche non definitive, per gli amministratori, direttori, dirigenti e soci della Agenzia, per delitti o contravvenzioni previsti da leggi dirette alla prevenzione degli infortuni sul lavoro o, in ogni caso, previsti da leggi in materia di lavoro o di previdenza sociale (art. 5, c. 1, d), analogo all'art. 2, c. 2, d) della legge 196/97 ora abrogato).

L'esercizio non autorizzato delle attività di Agenzia per il lavoro è sanzionato (art. 18, c. 1).

4.1.2.2 La somministrazione di lavoro

Nei confronti dell'utilizzatore che ricorra alla somministrazione di lavoro da parte di soggetti diversi da quelli autorizzati ai sensi degli artt. 4 e 5, è prevista una sanzione (art. 18, c. 2).

Il contratto di somministrazione di lavoro sia a tempo indeterminato che determinato è vietato da parte delle imprese che non abbiano effettuato la valutazione dei rischi ex art. 4 del D. Lgs. 626/94 (art. 20, c. 5, c), analogo all'art. 1, c. 4, e) della legge



196/97 ora abrogato).

È da notare che mentre l'art. 1, c. 4, e) della legge 196/97 specificava il soggetto (Direzione provinciale del lavoro) a cui dimostrare l'effettuazione della valutazione dei rischi (intesa come la mera disponibilità del documento in caso di ispezione), l'art. 20, c. 5, c) del d.a. non lo indica.

Probabilmente questo va interpretato alla luce dell'art. 8 della legge n. 30/2003, che prevede la delega al governo per la razionalizzazione delle funzioni ispettive in materia di previdenza sociale e di lavoro e quindi anche la riorganizzazione dell'attività ispettiva del Ministero del lavoro.

La violazione dell'art. 20, c. 5 comporta una sanzione amministrativa pecuniaria (art. 18, c. 3).

A tale proposito si rammenta che per la violazione della medesima norma, l'art. 10, c. 1 della legge 196/97, ora abrogato, prevedeva l'applicazione all'impresa utilizzatrice delle sanzioni previste dalla legge 1369/60, anch'essa abrogata dall'art. 85, c. 1, c) del d.a., e cioè la costituzione automatica di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato tra l'impresa ad il lavoratore.

In tale ambito va tuttavia specificato che il contratto di somministrazione di lavoro, sia a tempo indeterminato che determinato, deve essere stipulato in forma scritta e deve contenere, tra l'altro, l'indicazione della presenza di eventuali rischi per l'integrità e la salute del lavoratore e delle misure di prevenzione adottate (art. 21, c. 1, d), analogo all'art. 3, c. 3, h) della legge 196/97 ora abrogato).

In mancanza di forma scritta con l'indicazione, tra l'altro, degli elementi di cui sopra, oltre ad una sanzione amministrativa pecuniaria, è prevista la nullità del contratto e i lavoratori sono considerati a tutti gli effetti alle dipendenze dell'utilizzatore (art. 21, c. 4), analogo all'art. 10, c. 2 della legge 196/97 ora abrogato).

Sempre da questo punto di vista va peraltro richiamata l'attenzione anche sull'art. 27, c. 1 in base al quale quando la somministrazione di lavoro avvenga al di fuori dei limiti e delle condizioni di cui agli artt. 20 e 21, il lavoratore può richiedere, a norma dell'art. 414 del Codice di procedura

civile, la costituzione di un rapporto di lavoro alle dipendenze dell'utilizzatore, con effetto dall'inizio della somministrazione.

Per tutta la durata del contratto i lavoratori:

- svolgono la propria attività nell'interesse nonché sotto la direzione e il controllo dell'utilizzatore (art. 20, c. 2, analogo all'art. 3, c. 2 della legge 196/97 ora abrogato),
- non sono computati nell'organico dell'utilizzatore ai fini dell'applicazione di normative di legge o di contratto collettivo, fatta eccezione per quelle relative alla materia dell'igiene e sicurezza sul lavoro (art. 22, c. 5, analogo all'art. 6, c. 5 della legge 196/97 ora abrogato).

Analogamente all'art. 3, c. 5 della legge 196/97, ora abrogato, l'art. 23, c. 5 prevede che il somministratore informi i lavoratori sui rischi per la sicurezza e la salute connessi alle attività produttive in generale e li formi e li addestri all'uso delle attrezzature di lavoro necessarie allo svolgimento delle attività lavorative per le quali vengono assunti, in conformità alle disposizioni recate dal D. Lgs. 626/94.

Dandone indicazione nel contratto con il lavoratore, il contratto di somministrazione può prevedere che tale obbligo informativo e formativo sia adempiuto dall'utilizzatore.

Ancora l'art. 23, al comma 5, in analogia con l'abrogato art. 6, c. 1 della legge 196/97, prevede che:

- nel caso in cui le mansioni cui è adibito il lavoratore richiedano una sorveglianza medica speciale o comportino rischi specifici, l'utilizzatore ne informa il lavoratore conformemente a quanto previsto dal D.Lgs. 626/94,
- l'utilizzatore osservi nei confronti del lavoratore tutti gli obblighi di protezione previsti nei confronti dei propri dipendenti ed è responsabile per la violazione degli obblighi di sicurezza individuati dalla legge e dai contratti collettivi.

Gli oneri contributivi, previdenziali, assistenziali e quelli assicurativi contro gli infortuni e le malattie professionali previsti dalle vigenti disposizioni legislative, sono a carico del somministratore (art. 25, c. 1 e 2, analoghi all'art. 9, c. 1 e 2 della legge 196/97 ora abrogati).

4.1.2.3 Il lavoro intermittente

In base all'art. 34, c. 3, c) del d.a. il ricorso al lavoro intermittente è vietato da parte delle imprese che non abbiano effettuato la valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 626/94.

Il contratto di lavoro intermittente è stipulato in forma scritta e contiene, fra l'altro, le eventuali misure di sicurezza specifiche necessarie in relazione al tipo di attività dedotta in contratto (art. 35, c. 1, f)).

Per la tutela del lavoro intermittente si

deve fare anche riferimento agli:

1. art. 38 (Principio di non discriminazione):

- per i periodi lavorati il lavoratore intermittente non deve ricevere un trattamento economico e normativo complessivamente meno favorevole rispetto al lavoratore dipendente di pari livello, a parità di mansioni svolte,
- il trattamento economico, normativo, e previdenziale del lavoratore intermittente è riproporzionato in ragione della prestazione lavorativa effettivamente eseguita,
- questo riproporzionamento riguarda anche i trattamenti per infortunio sul lavoro e malattia professionale,

2. art. 39 (Computo del lavoratore intermittente): il lavoratore intermittente è computato nell'organico dell'impresa, ai fini dell'applicazione di normative e di leggi, in proporzione all'orario di lavoro effettivamente svolto nell'arco di ciascun semestre (inteso come calcolo del numero di ore effettivamente prestate dal lavoratore intermittente rispetto al tempo pieno).

4.1.2.4 Il lavoro ripartito

Il contratto di lavoro ripartito è stipulato in forma scritta e contiene, fra l'altro, le eventuali misure di sicurezza specifiche necessarie in relazione al tipo di attività dedotta in contratto (art. 42, c. 1, c) del d.a.).

Per la tutela del lavoro ripartito si deve fare anche riferimento all'art. 44 (Principio di non discriminazione) dello schema del d.a.:

- per i periodi lavorati il lavoratore ripartito non deve ricevere un trattamento economico e normativo complessivamente meno favorevole rispetto al lavoratore dipendente di pari livello, a parità di mansioni svolte,
- il trattamento economico, normativo, e previdenziale del lavoratore ripartito è riproporzionato in ragione della prestazione lavorativa effettivamente eseguita,
- questo riproporzionamento riguarda anche i trattamenti per infortunio sul lavoro e malattia professionale.

In base all'art. 43 (Disciplina applicabile), anche in assenza di una regolamentazione stabilita dai contratti collettivi, nelle prestazioni di lavoro ripartito, per la sua natura di lavoro subordinato, trova applicazione in materia di salute e sicurezza la disciplina del D. Lgs. 626/94.

4.1.2.5 Il lavoro a tempo parziale

Da segnalare con l'art. 46, c. 1, t), il riconoscimento del diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale per i lavoratori affetti da patologie oncologiche per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti delle

terapie salvavita, accertata da una commissione medica istituita presso l'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente.

4.1.2.6 Il lavoro a progetto

In base all'art. 62, c. 1, c) del d.a., il contratto di lavoro a progetto è stipulato in forma scritta e deve, fra l'altro, specificare le eventuali misure per la tutela della salute e sicurezza del collaboratore a progetto.

A tale proposito l'art. 66, c. 4 specifica che ai rapporti di lavoro a progetto si applicano le norme sulla sicurezza e igiene del lavoro di cui al D. Lgs. 626/94, quando la prestazione lavorativa si svolge nei luoghi di lavoro del committente, nonché le norme di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

La gravidanza, la malattia e l'infortunio del collaboratore a progetto non comportano l'estinzione del rapporto contrattuale, ma la sua sospensione senza l'erogazione del corrispettivo (art. 66, c. 1).

Tuttavia in caso di malattia o infortunio il committente può recedere dal contratto se la sospensione si protrae per un periodo superiore ad un sesto della durata stabilita del contratto (art. 66, c. 2).

In caso di gravidanza la durata del rapporto è prorogata per un periodo di 180 giorni (art. 66, c. 3).

4.1.3 D.P.R. n. 139/2003

Il punto 4.9, "Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro", dell'Allegato all'art. 1 del decreto esordisce nel seguente modo:

"Una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. Inoltre la competitività del mercato ha determinato la graduale introduzione di nuovi modelli organizzativi e operativi.

Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando la comparsa di nuovi rischi e induce la progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio.

La mutata organizzazione del lavoro..., la comparsa ed il rapido incremento di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale)..., introducono modifiche nella distribuzione e diffusione dei rischi". Inoltre gli "Obiettivi" per la tutela della salute e della sicurezza nell'ambiente di lavoro individuati sempre al punto 4.9, comprendono "l'attuazione di programmi per il contrasto del lavoro sommerso e la tutela della sicurezza e della salute sul lavoro degli impiegati in lavori atipici".

4.1.4 Legge n. 229/2003

L'art. 3 della c.d. "legge sulla semplificazione", prevede la delega al Governo per il riassetto della normativa

in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Il decreto attuativo, da emanare entro il settembre 2004, dovrà attuare sia il riordino delle disposizioni vigenti in materia, adeguandole alle normative comunitarie, che la riformulazione dell'apparato sanzionatorio.

In tale ambito è da sottolineare il comma 1, lettere f) e g) dell'art. 3 in base al quale tra i principi che il decreto dovrà rispettare vi è sia l'assicurazione "della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro in tutti i settori di attività, pubblici e privati, e a tutti i lavoratori, indipendentemente dal tipo di contratto stipulato con il datore di lavoro o con il committente", che l'adeguamento "del sistema prevenzionistico e del relativo campo di applicazione alle nuove forme di lavoro e tipologie contrattuali, anche in funzione di contrasto al fenomeno del lavoro sommerso e irregolare".

4.2 LE CONSEGUENZE PER LA SALUTE E LA SICUREZZA

Affrontando questo argomento è preliminarmente importante sottolineare che dall'esame della normativa testè effettuato, emerge che il legislatore è consapevole:

- sia del fatto che la flessibilità delle forme di impiego può determinare la comparsa di nuovi rischi e la modifica dei modelli tradizionali di esposizione al rischio professionale,
- che della necessità di prevedere una disciplina incentrata sulla estensione della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro in tutte le nuove forme di impiego di lavoro.

A proposito di tale estensione è significativo rilevare che già nel d.a. vi sono spesso rinvii all'applicazione della disciplina del D. Lgs. 626/94 e richiami ai principi di non discriminazione e di parità di trattamento fra i lavoratori.

Come già accennato la flessibilità delle forme di impiego comporta una instabilità dei rapporti di lavoro che, da un lato, influenza negativamente il profilo di rischio professionale delle attività lavorative e, dall'altro, può ostacolare l'attuazione delle obbligazioni di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In particolare dall'esame delle nuove forme di impiego con lo scopo di:

- I. individuare i nuovi rischi "da flessibilità" cui si possono accompagnare,
- II. evidenziare le problematiche operative inerenti la gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro da esse comportate,

è possibile sinteticamente dire che sia i primi che le seconde conseguenze sostanzialmente:

a) alla temporaneità del rapporto di lavoro,



b) alla discontinuità nella presenza del lavoratore negli ambienti di lavoro.

4.2.1 I rischi professionali da flessibilità

In particolare la temporaneità del rapporto di lavoro, che può caratterizzare tutte le nuove forme di contratto di lavoro, e la discontinuità nella presenza sul luogo di lavoro, peculiare del lavoro intermittente, ripartito e delle collaborazioni occasionali, limitano la possibilità dei lavoratori di acquisire una sufficiente esperienza nella gestione del rischio professionale in quanto possono determinare:

- una inadeguata conoscenza dell'ambiente lavorativo e, conseguentemente, dei profili di rischio professionale delle mansioni,
- tempi di addestramento/formazione ristretti dai quali derivano carenze nella conoscenza delle attrezzature/procedure di lavoro,
- perdita di contatto con la quotidianità aziendale e conseguente scarsa conoscenza dell'organizzazione e delle disposizioni aziendali per la salute e la sicurezza e della loro evoluzione,
- minore possibilità, ma anche minore propensione dei lavoratori a partecipare ai processi di controllo e di miglioramento della sicurezza aziendale.

Da tale quadro consegue che quanto più è rilevante il profilo di rischio professionale della mansione cui è adibito il lavoratore, tanto maggiore è la probabilità che egli vada incontro a dei danni alla sua salute.

A tale proposito ricordiamo che per il lavoro temporaneo con il D.M. 31

maggio 1999 ex art. 1, c. 4, f) della legge 196/97, ora abrogato, erano state individuate le lavorazioni vietate per la fornitura di lavoro temporaneo. Invece nel d.a., anche nella parte dedicata alla disciplina della somministrazione di lavoro che ha sostituito quella del lavoro temporaneo, non vi sono rimandi all'emanazione di decreti di questo tipo, mentre, come già ricordato, vi è la specificazione all'art. 20, c. 3, dalla lettera a) ad h), delle attività e dei servizi per i quali la somministrazione di lavoro a tempo indeterminato è consentita e, alla lettera i), per l'individuazione degli altri casi ammissibili, si rinvia alla contrattazione collettiva.

Pertanto si rammenta che anche il contratto di lavoro intermittente, al di fuori dei casi in cui è ammesso in via sperimentale, può essere concluso per lo svolgimento di prestazioni di carattere discontinuo o intermittente solo secondo le esigenze individuate dalla contrattazione collettiva (art. 34, c. 1).

È pertanto auspicabile che nell'ambito di questa contrattazione le parti sociali trovino un accordo sull'individuazione di una serie di attività lavorative "pericolose" per le quali prevedere il divieto per il ricorso a forme flessibili di lavoro.

Sempre in relazione a questo aspetto va richiamata l'attenzione anche sull'art. 48 del d.a., che regola la prima delle tre nuove tipologie di apprendistato (apprendistato per l'espletamento del diritto-dovere di istruzione e formazione) prevedendo, al comma 1, che con questo contratto possano essere assunti "in tutti

i settori di attività” i giovani e gli “adolescenti” che abbiano compiuto quindici anni. È tuttavia stato appurato che questa formulazione non può comunque abolire il divieto di adibire gli adolescenti alle attività indicate nell’Allegato I al D. Lgs. 345/99 di attuazione della direttiva 94/33/CE relativa alla protezione dei giovani sul lavoro.

4.2.2 Le problematiche operative da flessibilità

La temporaneità del rapporto di lavoro, la discontinuità nella presenza sul luogo di lavoro dei lavoratori, il loro elevato turnover e la frequente necessità di un loro rapido inserimento in mansione per fare fronte ai picchi produttivi, sono tutti fattori che possono determinare una contrazione dei tempi destinabili all’attuazione degli adempimenti relativi alla salute e alla sicurezza dei lavoratori “flessibili” e, conseguentemente, creare numerose problematiche operative agli addetti ai lavori del SGSSL. In particolare vi possono essere criticità e carenze nell’attuazione di tutte le principali azioni di prevenzione:

- la valutazione dei rischi,
- la predisposizione delle misure di prevenzione e protezione,
- la informazione e la formazione,
- l’organizzazione e l’attuazione della sorveglianza sanitaria.

5. IL RUOLO DEL MEDICO DEL LAVORO

In questo contesto di grandi cambiamenti nel mondo del lavoro, quali sfide ha di fronte il medico del lavoro (m.d.l.)?, Come operare affinché questa riforma diventi un’occasione per il futuro della medicina del lavoro?

La domanda di conoscenza degli aspetti giuslavoristici che regolamentano il nuovo mercato del lavoro, indica che c’è evidentemente tra noi la consapevolezza che il successo della nostra “missione” presuppone un interesse professionale anche verso i cambiamenti nel mondo del lavoro inteso come insieme complesso ed in continua evoluzione di tecniche e, soprattutto, di relazioni e rapporti umani e sociali, organizzati e coordinati nelle varie imprese per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Mantenere vivo questo interesse è fondamentale per la nostra attività in quanto la possibile futura ulteriore introduzione di nuovi modelli organizzativi del lavoro, quale conseguenza della crescente competitività del mercato, potrebbe comportare l’emersione di ulteriori nuove problematiche sul versante della salute e sicurezza sul lavoro.

Infatti solo attraverso la conoscenza delle nuove regole potremo contribuire alla valutazione del loro impatto sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro e collaborare:

- alla gestione dei processi di cambiamento allo scopo di renderli compatibili con l’obiettivo di garantire ai lavoratori “flessibili” un livello di tutela della salute e della sicurezza analogo a quello assicurato ai lavoratori assunti a tempo indeterminato,
- con il SGSSL nell’intento di cercare di sfatare l’equazione maggiore flessibilità = maggiori rischi, nella consapevolezza che lo sviluppo di organizzazioni lavorative più flessibili implica la progettazione di sistemi di gestione in grado di governare questa flessibilità anche attraverso una modifica delle logiche operative per quanto concerne la valutazione dei rischi, la formazione e la sorveglianza sanitaria.

Pertanto la capacità di dare alla nostra attività in azienda un’impronta propositiva e costruttiva non può prescindere dalla conoscenza delle norme che regolamentano il mercato del lavoro.

A tale proposito sono di seguito riportate alcune indicazioni operative sui vari aspetti della tutela della salute dei lavoratori “flessibili” che prevedono il coinvolgimento del m.d.l..

5.1 IL MEDICO COMPETENTE DEI LAVORATORI “FLESSIBILI”

Visto l’annoso dibattito sul problema di chi fosse, tra il m.d.l. dell’impresa utilizzatrice e quello dell’impresa fornitrice, il medico competente dei lavoratori interinali in missione, ritengo innanzi tutto opportuno sgombrare il campo dal tema della competenza medica sui lavoratori “flessibili”.

Nei contratti di:

- lavoro intermittente,
- lavoro ripartito,
- appalto e distacco,
- lavoro a tempo parziale,
- apprendistato,
- inserimento,
- lavoro a progetto,

non dovrebbero sussistere dubbi in quanto tutti questi contratti configurano per il lavoratore un rapporto di lavoro di tipo subordinato con un datore di lavoro o un rapporto con un committente.

Invece con il contratto di somministrazione di lavoro, analogamente a quanto avveniva per il lavoratore interinale, il lavoratore somministrato non è un dipendente dell’utilizzatore, ma, a tempo determinato o indeterminato, del somministratore (Agenzia per il lavoro).

Tuttavia l’esame della normativa che regola la somministrazione di lavoro (vedi paragrafo 4.1.2.2) evidenzia che, come avveniva per l’impresa utilizzatrice di lavoro interinale, ai fini della tutela della salute e della sicurezza, il datore di lavoro del lavoratore somministrato risulta essere l’utilizzatore.

Infatti, analogamente al lavoratore interinale, anche il lavoratore somministrato:

- svolge la propria attività sotto la direzione e il controllo dell’utilizzatore,
- è computato nell’organico dell’utilizzatore ai fini dell’applicazione delle norme relative alla materia dell’igiene e sicurezza del lavoro e, nei suoi confronti, l’utilizzatore osserva tutti gli obblighi di protezione previsti per i propri dipendenti ed è responsabile per la violazione degli obblighi di sicurezza individuati dalla legge e dai contratti collettivi. Pertanto, preso anche atto dell’evoluzione che ha avuto negli anni il dibattito attorno al lavoro interinale specialmente in seguito ai numerosi pronunciamenti ministeriali, possiamo ritenere che il m.d.l. a cui deve essere attribuito il ruolo di medico competente dei lavoratori somministrati è quello dell’utilizzatore. D’altra parte, al di là della normativa, è questo il sanitario effettivamente a conoscenza dei rischi specifici a cui il lavoratore somministrato viene esposto ed è quindi l’unico in grado di predisporre un programma di interventi sanitari mirati.

5.2 LA VERIFICA INIZIALE

La prima verifica da fare nell’azienda/e ove si opera è quella sulle modalità con cui viene data attuazione alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori “flessibili” eventualmente presenti.

5.3 LA COMUNICAZIONE

La temporaneità del rapporto di lavoro, la discontinuità della presenza del lavoratore negli ambienti di lavoro, sono fattori che, come vedremo anche più avanti, possono creare numerose criticità operative al m.d.l.:

- difficoltà di rispondere sempre in modo tempestivo alle richieste specialmente di accertamenti preventivi,
- problemi nell’organizzazione della sorveglianza sanitaria periodica, in particolare per i lavoratori con contratto di lavoro intermittente o ripartito,
- per le stesse tipologie contrattuali, dubbi nella valutazione dell’esposizione professionale specialmente agli agenti di rischio per i quali esistono valori limite ponderati nel tempo (TLV, Lep...),

Pertanto, è opportuno concordare con l’azienda (Risorse Umane) un flusso informativo che ci consenta di conoscere preventivamente:

- le tipologie di contratto che saranno stipulate,
- il numero dei lavoratori coinvolti,
- le mansioni cui saranno adibiti con particolare attenzione a quelle fuori organico (vedi paragrafi 5.4 e 5.6), e tempestivamente:
- i riproporzionamenti dell’orario di lavoro effettivamente svolto dai lavoratori intermittenti o ripartiti nell’arco di ciascun semestre (vedi paragrafi 4.1.2.3, 4.1.2.4 e 5.6).

5.4 LA COLLABORAZIONE ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Non si insisterà mai abbastanza sull’importanza della collaborazione del m.d.l. alla Valutazione dei Rischi (VdR).

A tale proposito è sempre più diffusa la convinzione che questa collaborazione sancita dall’art. 4, c. 6 del D. Lgs. 626/94, ma solo “nei casi in cui sia obbligatoria la sorveglianza sanitaria”, debba ora assumere un respiro più ampio non solo alla luce delle modifiche introdotte dalla legge comunitaria 2001 al comma 1 del già citato art. 4 (il datore di lavoro...valuta...“tutti” i rischi per la salute e per la sicurezza dei lavoratori), ma anche in rapporto ad una serie di altri fattori compresa proprio la sempre più frequente presenza nei luoghi di lavoro di gruppi di lavoratori “flessibili” considerati, anche nella specifica strategia europea, più “sensibili” dal punto di vista della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Pertanto, se è fondamentale la progettazione di un SGSSL che tenga conto della presenza negli ambienti di lavoro anche di questi lavoratori, la VdR, processo basilare per una adeguata progettazione di questo sistema di gestione, dovrà anche considerare le conseguenze dell’impatto delle nuove forme contrattuali sul profilo di rischio delle attività lavorative e, in tale ambito, diventa essenziale il ruolo del m.d.l. per il contributo che può dare con le sue specifiche competenze alla valutazione dei rischi “da flessibilità”.

D’altra parte il ruolo del m.d.l. nella VdR è fondamentale anche perché in base all’art. 17, c. 1, a) del D. Lgs. 626/94 egli deve collaborare con il “datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione, sulla base della specifica conoscenza dell’organizzazione dell’azienda...e delle situazioni di rischio, alla predisposizione dell’attuazione delle misure per la tutela della salute e dell’integrità psicofisica dei lavoratori”.

Da tale punto di vista il m.d.l. durante la sua collaborazione alla VdR deve richiamare l’attenzione specialmente sulle situazioni in cui i lavoratori “flessibili” vengono adibiti a mansioni finalizzate alla copertura di attività non previste dall’abituale organico aziendale e, pertanto, spesso non oggetto della VdR e della conseguente adozione di specifiche misure preventive e protettive.



Lo specifico aggiornamento della VdR in tutte queste situazioni, assume un particolare rilievo anche alla luce dei divieti previsti dalla normativa del ricorso sia al contratto di somministrazione di lavoro, che a quello di lavoro intermittente da parte delle imprese che non abbiano effettuato la VdR ai sensi dell’art. 4 del D. Lgs. 626/94 (vedi i paragrafi 4.1.2.2 e 4.1.2.3).

Lo scopo di questa norme non è soltanto quello di consentire solo all’impresa “diligente” di fruire del “beneficio” di poter ricorrere alla somministrazione di lavoro o al lavoro intermittente, ma, evidentemente, è anche quello di evitare che queste nuove forme di lavoro si svolgano in un ambiente nel quale non siano state adottate le misure idonee ad individuare e prevenire i rischi per la salute dei lavoratori.

Con particolare riferimento alla somministrazione di lavoro, in considerazione delle sanzioni previste in caso di ricorso a questa forma di contratto in assenza della VdR, o di somministrazione da parte di soggetti non autorizzati (vedi il paragrafo 4.1.2.2), risulta opportuno consigliare che:

- il somministratore esiga dall’utilizzatore una dichiarazione di aver ottemperato all’obbligo della VdR, specialmente in caso di somministrazioni finalizzate alla copertura di attività non previste dall’abituale ciclo produttivo aziendale,
- l’utilizzatore richieda all’Agenzia per il lavoro la documentazione relativa alla sua iscrizione all’albo ministeriale.

Ancora in questo contesto, va infine sottolineata l’importanza delle visite degli ambienti di lavoro ex art. 17, c. 1, h) del D. Lgs. 626/94.

Infatti la consapevolezza che le specificità dei rapporti di lavoro flessibile spesso inficiano le possibilità di sviluppare una adeguata esperienza nella gestione del rischio professionale, rende fondamentale la verifica congiunta del m.d.l. e del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione della coerenza tra i comportamenti dei lavoratori “flessibili” e il rispetto delle misure preventive e protettive, specialmente nei casi in cui questi lavoratori coprono qualifiche fuori organico e quelle misure sono conseguentemente il risultato dell’aggiornamento mirato della VdR.

5.5 LA COLLABORAZIONE ALL’INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Questa collaborazione è sancita dall’art 17, c. 1, m) del D. Lgs. 626/94, mentre i contenuti sono quelli riportati nel Capo VI del medesimo decreto. La temporaneità del rapporto di lavoro, la discontinuità nella presenza di questi lavoratori negli ambienti di lavoro e la frequente necessità di un loro rapido inserimento nel ciclo produttivo per fare fronte ai suoi picchi,

sono tutti fattori che, condizionando negativamente la capacità di gestione del rischio professionale, devono sollecitare la pianificazione di percorsi formativi specifici e differenziati per i lavoratori “flessibili”. Infatti, alla luce della considerazione fatta precedentemente (vedi paragrafo 4.2.1) sulla scarsa propensione dei lavoratori “flessibili” a partecipare ai processi di controllo e di miglioramento della sicurezza aziendale, risulta fondamentale, con riferimento all’art. 5, c. 1 del D. Lgs 626/94, favorire anche in questi lavoratori, attraverso la predisposizione di adeguati percorsi formativi, lo sviluppo della consapevolezza del loro ruolo attivo nel perseguimento dell’obiettivo del miglioramento della loro salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

Da tale punto di vista, anche per questi lavoratori, il m.d.l. si configura come la figura professionale coinvolta nel SGSSL che con maggiore autorevolezza e credibilità può fornire informazioni sui danni alla salute derivanti dall’esposizione ai rischi professionali e, conseguentemente, anche quella più convincente nel responsabilizzarli ad adottare le misure preventive e protettive predisposte per evitare tali danni.

Dall’esame della normativa che regola la somministrazione di lavoro (vedi paragrafo 4.1.2.2), si rileva che le parti dedicate alla informazione e formazione del lavoratore somministrato, ricalcando quanto era previsto sul medesimo argomento dalle norme, ora abrogate, sul lavoro interinale, lasciano al somministratore e all’utilizzatore una flessibilità organizzativa per poter ottemperare a questi obblighi.

5.6 LA SORVEGLIANZA SANITARIA

Soggetti alla sorveglianza sanitaria (s.s.) sono i lavoratori “flessibili” adibiti in attività che in base alla VdR comportano l’esposizione professionale a rischi normati, tabellati o valutati (con riferimento alla già citata modifica dell’art. 4, c. 1 del D. Lgs. 626/94 introdotta dalla legge comunitaria del 2001).

In base ai principi di non discriminazione e di parità di trattamento, il contenuto della s.s. di questi lavoratori (gli accertamenti preventivi e periodici, gli esami clinici integrativi mirati al rischio, le visite richieste per motivi correlabili ai rischi professionali) e gli obblighi di informazione sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti, non possono che essere gli stessi di quelli previsti per i lavoratori assunti a tempo indeterminato.

Particolare attenzione deve essere prestata dal m.d.l. ai lavoratori “flessibili” adibiti nella attività non previste dall’abituale organico aziendale: se dalla VdR mirata risultasse una esposizione a dei rischi professionali, ovviamente anche questi lavoratori do-

vanno essere inseriti nel programma aziendale di s.s. attraverso l'elaborazione di uno specifico piano sanitario. L'attuazione della s.s. nelle forme di lavoro flessibile, oltre che dalle più volte citate peculiarità di questo rapporto di lavoro (temporaneità, discontinuità della presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro, contrazione dei tempi disponibili per le necessità derivanti dai picchi produttivi...), può essere anche ostacolata dall'attuale prevalente modello organizzativo dei servizi sanitari aziendali.

In particolare poiché questo modello, che prevede un contratto di consulenza libero professionale con un medico la cui presenza in azienda viene scandita dalla periodicità delle visite mediche, delle visite degli ambienti di lavoro e dalla partecipazione alla riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi, risulta adeguato per la gestione della sorveglianza sanitaria periodica, ma non a soddisfare richieste che spesso prevedono risposte in tempi brevi, diventa importante quanto precedentemente riportato nel paragrafo 5.3.

Infatti la conoscenza preventiva dei programmi aziendali sulle richieste di contratti flessibili, è l'unica modalità in grado di fornire al m.d.l. libero professionista un margine temporale adeguato per potersi organizzare per far fronte a queste richieste. Da un punto di vista operativo per l'attuazione della s.s. possiamo sostanzialmente configurare i seguenti scenari in funzione della tipologia contrattuale:

1. Nei contratti di:

- lavoro intermittente
- lavoro ripartito
- appalto e distacco
- lavoro a tempo parziale
- apprendistato
- inserimento
- lavoro a progetto,

la gestione dei vari aspetti della s.s., compresa quella della cartella sanitaria e di rischio e del flusso dei giudizi di idoneità, dovrebbe seguire il percorso delineato dalla regolamentazione specifica prevista dal D. Lgs. 626/94 (art. 4, c. 8 e Capo IV).

Tuttavia la discontinuità della prestazione lavorativa e quindi della presenza del lavoratore nell'ambiente di lavoro, tipiche specialmente dei contratti di lavoro intermittente e ripartito, possono determinare numerose criticità nella gestione della sorveglianza sanitaria periodica conseguenti alle difficoltà incontrate nel computo dell'orario di lavoro effettivamente svolto e quindi del periodo di tempo di effettiva esposizione ai rischi professionali, in rapporto alla periodicità della visita medica.

Si pensi specialmente a tutti quei casi di valutazione dell'esposizione professionale ad agenti chimici o fisici per i quali esistono dei valori limite di riferimento ponderati nel tempo.

È ovvio che considerare questi lavoratori alla stregua dei lavoratori a

tempo pieno assunti a tempo indeterminato, può comportare un eccesso di tutela sanitaria in rapporto alla effettiva esposizione ai rischi professionali.

La soluzione che potrebbe derivare dall'art. 39 del d.a. (vedi paragrafo 4.1.2.3), come già evidenziato nel paragrafo 5.3, può essere gestibile solo inserendo il m.d.l. nel flusso informativo riguardante il dato del proporzionamento dell'orario di lavoro effettivamente svolto nell'arco di ciascun semestre, peraltro necessario all'azienda proprio per stabilire il trattamento economico, normativo e previdenziale del lavoratore.

2. Per il contratto di somministrazione di lavoro, se i somministratori non correggeranno l'impostazione delle imprese fornitrici di lavoro interinale, non prevedendo un adeguato coordinamento con l'organizzazione sanitaria dell'utilizzatore, c'è il rischio che ci si debba ancora confrontare con le stesse problematiche e gli stessi dubbi sui flussi della cartella sanitaria e di rischio che ci hanno tediato nella gestione sanitaria del lavoro interinale:

- non invio da parte del somministratore della cartella sanitaria e di rischio del lavoratore al m.d.l. dell'utilizzatore prima (ma neanche dopo) dell'accertamento preventivo,
- conseguente perdita della visione d'insieme della storia della s.s. e dell'esposizione professionale del lavoratore,
- necessità di istituire una nuova cartella in occasione di ogni nuova missione,
- rischio di sottoporre i lavoratori ad una pletora di accertamenti sanitari,
- dubbi sull'opportunità dell'invio della cartella sanitaria e di rischio al somministratore alla fine della missione a causa delle forti perplessità sulla correttezza delle modalità di custodia e di gestione delle cartelle inviate al medesimo.

Pertanto il mio parere è che in assenza:

- di un collega nominato dal somministratore che possa costituire sia la corretta interfaccia per le eventuali problematiche sanitarie del lavoratore emerse durante la missione, che il corretto terminale del flusso delle cartelle sanitarie e di rischio,
- dell'implementazione presso il somministratore di una organizzazione in grado di garantire sia l'invio delle cartelle sanitarie al m.d.l. dell'utilizzatore all'inizio della missione, che la loro custodia e gestione con la garanzia del segreto professionale,

la cartella sanitaria e di rischio del lavoratore somministrato al termine della missione non debba essere inviata al somministratore, ma debba invece essere custodita dall'utilizzatore in un apposito archivio, dopo che

il suo m.d.l. ha provveduto a consegnare una copia al lavoratore richiedendogli la firma per ricevuta.

Per quanto riguarda il flusso dei giudizi di idoneità dei lavoratori somministrati, anche in considerazione di quanto richiamato nel paragrafo 5.1 sul ruolo dell'utilizzatore di datore di lavoro di questi lavoratori ai fini della tutela della loro salute e sicurezza, si ritengono tuttora valide le indicazioni sulla gestione di questo flusso riportate negli Orientamenti Operativi ANMA sul lavoro interinale presentati in occasione del Congresso Nazionale del 2002.

Pertanto quando il m.d.l. dell'utilizzatore esprime un giudizio di idoneità parziale, temporanea o totale, lo comunica per iscritto, oltre al lavoratore, solo all'utilizzatore.

Un altro aspetto conseguente alla flessibilità che può avere dei rilevanti riflessi sulla valutazione dei profili di rischio professionale e conseguentemente anche sulla s.s., è il fatto che questi lavoratori potranno svolgere durante la giornata lavorativa anche più attività con diversi profili di rischio professionale.

D'altra parte già oggi in occasione dell'anamnesi lavorativa non è eccezionale trovarsi di fronte a lavoratori part-time che svolgono giornalmente anche un'altra attività comportante un differente profilo di rischio professionale e spesso anche un'altra qualifica.

Ovviamente con la riforma in atto nel mercato del lavoro è lecito attendersi una lievitazione di questo fenomeno grazie alle molteplici possibili combinazioni tra le nuove forme di contratto.

È opportuno che il m.d.l. tenga in debito conto anche questo aspetto:

- approfondendo l'anamnesi lavorativa di questi lavoratori,
 - analizzando la storia pregressa e attuale delle loro esposizioni professionali,
 - prendendo visione della documentazione sanitaria in loro possesso.
- Non si tratta soltanto di affrontare il tema complesso delle conseguenze delle eventuali poliesposizioni (interferenze, effetti cumulativi...), ma vi è anche la necessità di acquisire una sufficiente conoscenza della storia del lavoratore "flessibile" per la gestione delle implicazioni mediche e legali dell'accertamento e dell'attribuzione delle responsabilità nei casi di malattia professionale.

Daniele Ditaranto
Segreteria lombarda

Ci scusiamo con gli autori e i lettori per la mancanza, in alcuni articoli, dei riferimenti bibliografici, tagliati dalla redazione per motivi di spazio. Per qualsiasi necessità di approfondimento vi preghiamo gentilmente di contattare la segreteria ANMA.



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

GESTIONE DELLA PREVENZIONE E DELLA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NEL MERCATO DEL LAVORO INNOVATO: RIFLESSIONI LEGGENDO LA LINEA GUIDA DELLA REGIONE LOMBARDIA.

Il 24 ottobre 2003 è entrato in vigore il Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276 "Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 235 del 9 ottobre 2003, la più comunemente detta "legge Biagi" perché ispirata dal pensiero riformatore di Marco Biagi. Obiettivo primario del provvedimento è la realizzazione di un mercato del lavoro trasparente ed efficiente, capace di correggere l'insufficiente performance italiana in tema di occupazione, disoccupazione e creazione di nuovi posti di lavoro regolari, di qualità, nel rispetto della normativa di tutela della salute e

della sicurezza sul lavoro dei lavoratori. Al fine di ispirare comportamenti consoni per tutelare la salute dei lavoratori che rientrano in queste nuove categorie, la Regione Lombardia ha tempestivamente pubblicato in data 27 ottobre 2003 le "Linee guida in materia di gestione della prevenzione e della salute dei lavoratori interinali" partendo dalla considerazione che "le obiettive condizioni di minor sicurezza e al contempo la diffusione di questa tipologia di lavoratori rendono necessaria una maggiore attenzione da parte di tutti coloro che a diverso titolo sono impegnati nel processo di prevenzione".

L'affermazione trova le proprie basi su uno studio condotto dal Servizio di Protezione Salute sui luoghi di lavoro della ASL Città di Milano su un campione di circa 236.000 lavoratori interinali occupati attraverso 16 imprese di fornitura di lavoro. Lo studio evidenzia per questa tipologia di lavoratori un indice di frequenza degli infortuni (I.F.) pari a 92.1, ovvero di gran lunga superiore rispetto a quello delle medie nazionali dei settori merceologici a più elevato rischio di infortunio quali il minerario (I.F.=58.8), il settore edile (I.F.=47.7) o il settore metalmeccanico (I.F.=38.1).

Nella Linea Guida in oggetto si legge ancora che l'impiego di lavoratori con rapporto di lavoro temporaneo è un fenomeno in rapida espansione, come precisa il "Rapporto di monitoraggio delle politiche del lavoro 2000" del Ministero del Lavoro che delinea i contorni del fenomeno misurati mediante i seguenti indicatori:

- la dimensione e l'andamento evolutivo del fenomeno: 470.000 i lavoratori occupati nel 2001 come "interinali", più del doppio di quelli collocati nel 1999;
- i settori produttivi prevalenti: l'industria manifatturiera che raccoglie oltre il 77% con il settore metalmeccanico che assorbe circa la metà degli occupati (150mila contro un totale di 315mila);
- la qualificazione professionale: per lo più operai generici;
- la natura della chiamata: prevalentemente per far fronte a picchi di produzione;
- la durata media dell'impiego: 135 giorni, con una durata d'impiego inferiore a 5 mesi nel 65% dei casi.

La dimensione del fenomeno infortunistico, assieme al trend positivo della domanda e dell'offerta di "lavoro atipico o innovato", rende urgente affrontare con sistematicità le problematiche di prevenzione e di tutela della salute di questi lavoratori per offrire una tutela efficace, mirata al rischio effettivo. Il documento regionale è uno strumento per controllare il processo di erogazione delle prestazioni di salute e sicurezza in linea con la richiesta normativa. Il processo si sviluppa attraverso le seguenti fasi e assume quali indica-

1. STIPULA DEL CONTRATTO DI LAVORO

Il contratto di lavoro (somministrazione di lavoro a tempo determinato o indeterminato; lavoro intermittente; lavoro ripartito; lavoro a contenuto formativo; lavoro a progetto) deve contenere i seguenti campi:

- identificazione della mansione assegnata,
- informazione sui rischi per la salute e la sicurezza connessi alle attività produttive in generale,
- misure di sicurezza necessarie in relazione al tipo di attività,
- identificazione delle figure responsabili della gestione della prevenzione in azienda (RSPP, Medico Competente se nominato),
- responsabilità e competenza degli obblighi di informazione e formazione del lavoratore "atipico".

2. RIESAME DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)

L'articolo 4 del D.Lgs.626/94 prevede il riesame e l'aggiornamento del DVR qualora si verifichino cambiamenti di ordine tecnico, tecnologico, organizzativo e comunque quando venga modificato il processo produttivo. L'inserimento di lavoratori atipici può rappresentare una modifica di ordine organizzativo, o addirittura "del processo produttivo", e ridefinisce la tipologia delle risorse esposte al rischio. L'aggiornamento è propedeutico a guidare le scelte operative e a giustificare un livello di tutela differenziato in funzione dell'entità del rischio.

Si aprono infatti nuovi scenari per la gestione della salute e della sicurezza sul lavoro di queste categorie di lavoratori che, pur rientrando a tutto campo nel quadro applicativo del D.lgs. 626/94, presentano peculiarità di ordine gestionale e tecnico-scientifico. Un esempio il calcolo dell'esposizione ad agenti chimici se riferita ai TLV-TWA dell'ACGIH (Conferenza Americana degli Igienisti In-

dustriali) che considerano una esposizione continuativa di 40 ore settimanali per tutta la vita lavorativa, oppure il calcolo della esposizione quotidiana o settimanale a rumore industriale secondo i dettati del D.LGS. 277/91. Sarà quindi necessario riconsiderare le strategie di prevenzione per adattarle alle nuove forme di lavoro, senza perdere di vista gli obiettivi dichiarati al punto 4.9 "Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro" dell'allegato all'articolo 1 del D.P.R. n. 139/2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005" che recita

"una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi. Inoltre la competitività del mercato ha determinato la graduale introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi. Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando la comparsa di nuovi rischi e induce la progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio. La mutata organizzazione del lavoro, la comparsa ed il rapido incremento di lavoro flessibile ..., introducono modifiche nella distribuzione e diffusione dei rischi".

Se dunque la tutela della salute e della sicurezza è e rimane un must per questa tipologia di lavoratori, va da sé che le attuali procedure per la gestire la prevenzione in azienda dovranno adattarsi con flussi e strumenti applicativi in funzione del caso.

3. ADEGUAMENTI ORGANIZZATIVI

È un terzo indicatore di processo individuato dal documento regionale che sottolinea la necessità di comunicare alle figure aziendali delegate all'attuazione delle attività di tutela della salute e della sicurezza l'inserimento in azienda di lavoratori atipici.

Infatti per quanto prima detto le figure aziendali responsabili della gestione degli interventi preventivi (HR,

RSPP, Medico competente) dovranno realizzare un costante flusso informativo tra "committente e prestatore d'opera" o tra "sommministratore, utilizzatore e prestatore d'opera", atto a qualificare il livello di rischio nella particolare situazione di lavoro, a progettare un adeguato processo informativo e formativo, a programmare e pianificare un'attenta sorveglianza sanitaria, quando dovuta, nel rispetto di un individuo che potrebbe cadere nella trappola di inaspriti o esasperati controlli sanitari e azioni formative in carenza di un sistema informativo che documenti la sua storia lavorativa.

Owner del processo sono committente, sommministratore, utilizzatore, che acquisiscono una responsabilità in solido.

Ciò vale anche per il "lavoro occasionale" quando il compenso complessivo superi i 5 mila euro o la durata i 30 giorni nell'arco dell'anno solare.

Sul fronte delle responsabilità la circolare regionale precisa che l'impresa fornitrice di lavoro temporaneo è tenuta ad assicurare i propri dipendenti presso l'INAIL. Essa è responsabile della denuncia all'INAIL degli infortuni e delle malattie professionali occorse ai suoi dipendenti anche se avvenuti presso le imprese utilizzatrici. Sempre l'impresa fornitrice è responsabile della registrazione dell'infortunio nel registro degli infortuni, dove sarà annotato anche il nome dell'impresa utilizzatrice in cui si è verificato l'infortunio.

È invece responsabilità del Medico competente della impresa fornitrice segnalare i casi di malattia professionale ai datori di lavoro dell'impresa fornitrice e di quella utilizzatrice.

Come risaputo gli elementi sopra richiamati sono un efficace indicatore di processo per la verifica dell'idoneità delle misure tecniche, organizzative e procedurali adottate in azienda.

IL LAVORO INNOVATO - QUATTRO GRANDI CATEGORIE CONTRATTUALI

Prestazioni in affitto, che si individua nella fattispecie della *somministrazione di lavoro a tempo determinato*, ammessa a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo, o a *tempo indeterminato* o di *staff leasing*, ammessa in una tipologia di casi tassativamente elencati, ma di assai ampia casistica (per citare solo alcuni esempi, servizi di consulenza ed assistenza nel settore informatico; servizi di pulizia, custodia, portineria; gestione di call center). Il contratto di somministrazione è vietato ad imprese che non abbiano effettuato la valutazione dei rischi ai sensi del D.lgs. 626/94, confermando l'attenzione del legislatore ai temi di tutela dei lavoratori.

Lavoro a orario ridotto, modulato o flessibile, nella quale rientrano il *contratto di lavoro intermittente*, o a chiamata ed in questo il *contratto week-end*; *lavoro ripartito* o *job sharing* dove due lavoratori assumono in solido l'adempimento di un'unica e identica obbligazione lavorativa; il *contratto di lavoro a tempo parziale*.

Lavoro a contenuto formativo, dove rientrano le nuove tipologie del contratto di apprendistato diretto alla formazione per il mercato (conseguimento di una qualifica professionale; acquisizione di un diploma; percorsi di alta formazione) e di inserimento, che sostituisce quello di formazione.

Lavoro a progetto che sostituisce il rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, che prevedono obbligazioni tra cui l'attuazione delle misure di tutela di salute e sicurezza; dei *contratti occasionali* (rapporti di durata complessiva non superiore a 30 giorni nel corso dell'anno solare con lo stesso committente e con compenso complessivo non superiore a 5 mila euro).

Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale Salute

Data: 24/10/2003
Protocollo: H1.0003.0055415

- Ai Direttori Generali
- Ai Direttori Sanitari
- Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
- Ai Responsabili dei Servizi PSAL delle ASL

Al Direttore della Direzione Regionale INAIL
Al Direttore della Direzione Regionale del Lavoro
Ai Componenti del Comitato Tecnico Scientifico per il progetto obiettivo TSLL
A Confindustria
Alle Associazioni Imprenditoriali
Alle Organizzazioni regionali dei lavoratori
LORO SEDI

OGGETTO: Linee guida lavoro interinale.

Si trasmettono in allegato le "Linee guida in materia di gestione della prevenzione e della salute dei lavoratori interinali" realizzate al fine di garantire una maggiore sicurezza sul lavoro per questa categoria di lavoratori.

Le obiettive condizioni di minor sicurezza e al contempo la diffusione di questa tipologia di lavoratori rendono necessaria una maggiore attenzione da parte di tutti coloro che a diverso titolo sono impegnati nel processo di prevenzione.

L'applicazione di queste linee guida verrà verificata nel tempo anche alla luce dei risultanzi introdotti dal D.lgs. 10 settembre 2003, n. 276 (in GU n. 235 del 9.10.03) "Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30".

Diretteri sanitari,

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Carlo V. Scoccia)

Referente: Servizio Management Int. 13015

Salute nei Luoghi di Lavoro
Via Feltre, 8 - 20128 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>
Tel. 02/47603040 - Fax 02/47603037

La linea guida precisa che "l'informazione generale di base e quella sui rischi prevedibilmente legati alla mansione per la quale i lavoratori sono assunti e sulle relative misure preventive" sono a carico dell'impresa fornitrice. La circolare prosegue precisando che "è utile ricordare che la impresa fornitrice deve indicare, nel contratto per prestazioni di lavoro temporaneo, oltre ai rischi e le eventuali misure di sicurezza anche le informazioni necessarie in relazione al tipo di attività consegnando al lavoratore una nota informativa riepilogativa degli obblighi previsti in materia". Altro elemento sottolineato nel documento è l'obbligo dell'impresa fornitrice di formare ed addestrare il lavoratore all'uso delle attrezzature necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa per la quale egli è assunto. L'impresa utilizzatrice completa la formazione di base in funzione della specificità del lavoro che in essa si svolge e delle condizioni operative che si realizzano.

Il documento regionale auspica la predisposizione di un "libretto della formazione del lavoratore", strumento utile per monitorare lo sviluppo formativo dello stesso.

Il documento afferma che la sorveglianza sanitaria è da comprendere tra le garanzie di tutela dei lavoratori atipici. Essa è a carico della impresa utilizzatrice. Infatti "ogni qual volta il lavoratore interinale viene inviato presso una impresa utilizzatrice nella quale, per i rischi presenti, è richiesta sorveglianza sanitaria, egli deve essere sottoposto ad una visita preventiva che ne accerti l'idoneità a svolgere mansioni in un ambiente di lavoro con rischi specifici". L'articolo 14 del C.C.N.L. di categoria del 23 settembre 2002 ribadisce che la "sorveglianza sanitaria obbligatoria, ove prevista, resta a

carico dell'impresa utilizzatrice", su cui gravano dunque, come ribadisce la linea guida regionale, gli accertamenti preventivi, quelli periodici previsti dal D.Lgs. 626/94 e quelli previsti in caso di cessazione del rapporto di lavoro per gli esposti a rischio chimico ai sensi del D.Lgs. 25/2002.

Come si diceva precedentemente la gestione della sorveglianza è un elemento critico di successo del progetto preventivo. Le figure aziendali responsabili della gestione degli interventi preventivi (HR, RSPP, Medico competente) dovranno realizzare un costante flusso informativo tra "committente e prestatore d'opera", tra "somministratore, utilizzatore e prestatore d'opera", per agire in solido. Da parte sua il Medico competente dovrà graduare il protocollo sanitario in funzione della tipologia di rischio a cui sarà sottoposto il lavoratore atipico (ad esempio durata dell'esposizione e livello della stessa), dando valore ad ogni elemento diagnostico già presente nel libretto sanitario e di rischio del lavoratore. A questo proposito la circolare regionale si sofferma su alcuni aspetti organizzativi, ribadendo che il documento sanitario personale è strumento informativo fondamentale per dare continuità ad una sorveglianza sanitaria effettuata nel tempo in diversi ambienti di lavoro. Si immagina un documento compilato a più mani (medico competente dopo medico competente), che accompagna il lavoratore nel suo percorso. Risulta ovvio che i campi contenuti nel documento sanitario personale devono rispondere alla miglior prassi della Medicina del lavoro. Dal punto di vista procedurale l'impresa utilizzatrice dovrà consegnare a quella fornitrice il documento sanitario protetto in busta chiusa sigillata nel rispetto della normativa sulla privacy e dell'articolo 622 del C.P., documento che sarà da quest'ultima consegnato al Medico competente della successiva

impresa utilizzatrice. In questo processo copia di tale documento deve essere anche consegnato al lavoratore interessato.

Se dal punto di vista teorico la procedura suggerita è ineccepibile, dal punto di vista applicativo essa si può scontrare con l'organizzazione degli attuali servizi sanitari aziendali che, come precisa il documento regionale,

“sono garantiti da professionisti (medici competenti) che ciclicamente ed in modo programmato presenziano i luoghi di lavoro per le attività connesse alla valutazione dei rischi, alla sorveglianza sanitaria e alla formulazione dell'idoneità specifica alla mansione. È questo un modello che si attaglia a garantire una sorveglianza sanitaria periodica, ma che è inadeguato ad affrontare richieste che prevedono risposte brevi”.

Per ovviare all'inconveniente la Linea guida regionale suggerisce l'ipotesi che le

"Imprese fornitrici provvedano autonomamente, in concomitanza della stipulazione del contratto di prestazione di lavoro temporaneo, ad acquisire un giudizio di pre idoneità (intesa come generica valutazione dello stato di salute in relazione alla mansione cui sarà adibito) che permetta, oltre che di operare in tempi brevi, soprattutto di acquisire conoscenze estremamente utili e di garanzia per il lavoratore stesso (si pensi alle scelte che il lavoratore potrebbe fare qualora si evidenziassero condizioni di ipersuscettibilità verso determinati fattori)".

L'ipotesi troverebbe una giustificazione sulla considerazione che è *“assai discutibile sotto il profilo giuridico che l'impresa fornitrice, vero datore di lavoro del lavoratore interinale (è con esso che questi stipula il contratto di assunzione), sia totalmente esonerata dagli obblighi di sorveglianza sanitaria.”*

Così operando si eviterebbe di procedere a collocamenti privi di ogni azione di filtro. È evidente che tale attività è demandata al Medico competente.

L'attività di fornitura di lavoro innovato può essere esercitata solo da società iscritte in un apposito albo.

È vietato fornire lavoro innovato a favore di una impresa utilizzatrice che non abbia effettuato o che non possa dimostrare di aver effettuato la valutazione dei rischi ai sensi dell'articolo 4 del D.Lgs. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni.

Non esiste divieto di fornitura per le qualifiche ad esiguo contenuto professionale.

Resta il divieto di fornitura di lavoro innovato per le lavorazioni che richiedono sorveglianza medica speciale e per lavori particolarmente pericolosi ai sensi della L.196/97 e D.M. 31.5.99.

Non vi sono distinzioni tra lavoratori a tempo indeterminato o a tempo determinato verso gli obblighi di sicurezza.

L'impresa utilizzatrice, seguendo il principio della parità di trattamento sancito dalla L.196/97, deve osservare nei confronti del lavoratore atipico tutti gli obblighi di prevenzione previsti per i propri dipendenti, esercitando anche i normali obblighi di vigilanza e correzione di comportamenti scorretti nell'esecuzione dei compiti assegnati ai sensi dell'articolo 4 del D.Lgs. 626/94.

Il lavoratore atipico è tenuto al rispetto dell'articolo 5 del D.Lgs. 626/94.

È opportuno sottolineare che la idoneità alla mansione specifica assegnata presso l'impresa utilizzatrice resta comunque un obbligo di questo datore di lavoro che agirà attraverso il proprio Medico competente. È bene qui ricordare che la durata del giudizio di idoneità, in quanto specifico per quella mansione, copre l'attività svolta presso la ditta per conto della quale il lavoratore viene visitato.

L'inconveniente organizzativo può essere superato in quelle strutture che erogano servizi sanitari e capaci di offrire al mercato prestazioni erogate dai Medici competenti delle varie imprese coinvolte in questo processo, garantendo così tempi di risposta rapidi, evitando *overlapping* che vanno a discapito del lavoratore, del sistema azienda, dei costi ed in ultima analisi di una efficace prevenzione.

La custodia della cartella sanitaria e di rischio di questa tipologia di lavoratori "itineranti" è un ulteriore argomento affrontato nel documento re-

gionale. Partendo dal presupposto che il documento sanitario deve accompagnare il lavoratore in missioni successive, in ipotesi anche alle dipendenze di più imprese fornitrici, la Linea guida precisa che esso può essere custodito con le seguenti modalità:

- presso le imprese fornitrici, se esse hanno dimensioni medio-alte;
- presso le imprese fornitrici per i lavoratori assunti a tempo indeterminato;
- presso Studi Medici Associati o Strutture Specialistiche, cui faccia capo il responsabile della funzione di medico competente, se la sorveglianza sanitaria è effettuata tramite essi;
- presso il medico competente della impresa utilizzatrice nel vaso, per esempio, di lunghi o ripetuti periodi di permanenza presso la stessa azienda.

Il documento sanitario personale deve essere custodito e trattato nel rispetto della normativa sulla privacy

e dell'articolo 622 del C.P., a prescindere dalla scelta adottata. Il documento regionale precisa inoltre che tale documentazione deve essere facilmente resa disponibile all'Organo di Vigilanza in caso di ispezione. In conclusione il processo di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori "atipici" è complesso richiede soluzioni flessibili e graduabili in funzione delle caratteristiche del rischio che essi incontreranno volta per volta nel loro percorso di lavoro. È dunque un lavoro complesso che richiede uno stretto collegamento fra le parti interessate per attuare le azioni di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro. L'apporto organizzativo e strutturato di Strutture Sanitarie Specialistiche che erogano servizi per le aziende può essere un fattore critico di successo per dare concretezza alla Linea Guida della Regione Lombardia e per realizzare una prevenzione efficace e rispettosa del costo-beneficio.

Giuseppe Briatico-Vangosa

IL LIBRETTO DELLA FORMAZIONE alla sicurezza nei luoghi di lavoro

DEL

Sig. _____

2. ESPERIENZE LAVORATIVE

DITTA (denominazione tecnica)	SETTORE/COMPARTO	PERIODO DI IMPIEGO	ATTIVITA' SVOLTA DAL LAVORATORE

1. DATI DEL LAVORATORE

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residente a _____

Titolo di studio _____

Lingue parlate _____
(specificare Lingua : Italiano, Inglese, Spagnolo, Francese
e Livello di conoscenza : Base - Medio - Avanzato)

Lingue comprese _____
(specificare Lingua : Italiano, Inglese, Spagnolo, Francese
e Livello di comprensione : Base - Medio - Avanzato)

Conoscenze Informatiche _____
(specificare Programmi : Word, Excel, Posta elettronica, Internet
e Livello di conoscenza : Base - Medio - Avanzato)

Data di prima istruzione _____

A cura di _____

3. ESPERIENZE FORMATIVE

(compilare 1 Scheda per ogni Corso/Attività formativa svolta)

TITOLO - DENOMINAZIONE DEL CORSO FREQUENTATO	
DURATA (in ore)	
ENTE FORMATORE (Ditto, Scuole Formazione, Altri Enti specifici)	
MODALITA' DIDATTICHE UTILIZZATE (per es. Lezione frontale, comunicazioni orali, comunicazione dialogica, lavori di gruppo, brain storming, simulazione di casi) ...	
STRUMENTI DIDATTICI UTILIZZATI (Laciti, opuscoli, video, ...)	
MATERIALE DISTRIBUITO - CONSEGNATO (Opuscoli - Libri - Procedure - etc. specificare)	
ATTIVITA' DI AFFIANCAMENTO IN REPARTO	
ATTESTATO (SI - NO) (se allegare in caso di risposta : SI e valutazione conclusiva dell'apprendimento conseguito)	

Data _____ a cura di _____

Rischi e sorveglianza sanitaria nel settore marittimo: tra difficoltà e curiosità



L'approvazione del DL 271/99, a quasi 5 anni dal d.lgs. 626/94 ha esteso l'obbligo della sorveglianza sanitaria al settore marittimo, nella fattispecie al personale che in esso vi opera. L'attività del medico competente si viene pertanto ad inserire in una realtà "particolare" dal punto di vista organizzativo, e molto spesso difficile da gestire soprattutto per il frequente dualismo venutosi a creare con la Cassa Marittima che fino al '99 era l'Ente preposto alla effettuazione delle visite di idoneità limitatamente al solo imbarco.

L'ambito marittimo, per quanto concerne l'organizzazione del lavoro a bordo, concepita in maniera del tutto autonoma, rappresenta una realtà che si discosta da tutte le altre attività lavorative che si svolgono a terra, pur presentando con queste ultime alcuni punti in comune: i lavori di manutenzione in sala macchine, ad esempio, richiedono l'impiego di utensili, quali torni, mole, saldatrici paragonabili a quelli utilizzati nelle officine meccaniche. Analogamente i cuochi e i camerieri di bordo svolgono le stesse mansioni degli impiegati del settore alberghiero di terra.

Le differenze che emergono non riguardano quindi la tipologia di lavoro, ma l'ambiente in cui le singole mansioni vengono svolte, in quanto caratterizzato da limitata disponibilità di spazio, per la presenza di aree anguste e circoscritte, raggiungibili talora a mezzo di scale ripide, in un ambito in cui la stabilità viene messa a dura prova dai movimenti più o meno accentuati di rollio e beccheggio della nave.

Si deve inoltre sottolineare che la nave per il lavoratore marittimo rappresenta non solo l'ambiente di lavoro, ma anche e soprattutto quello di vita, condizionata quest'ultima dai lunghi periodi di lontananza da casa e dalla convivenza forzata con i compagni di lavoro.

A questo va inoltre aggiunto che l'inserimento, per esigenze economico/organizzative, di personale di diversa nazionalità caratterizzato da differenze linguistiche, religiose, culturali e persino alimentari, ha ulteriormente accentuato l'eventuale disagio del marittimo.

Tutti questi fattori minano costantemente il benessere psico-fisico del lavoratore marittimo, molto spesso provata sia dalle responsabilità derivanti dalla conduzione della nave, sia dalla monotonia e talvolta dalla noia che spesso contraddistinguono i periodi di inattività, ma non solo.

Le esigenze operative del lavoro di bordo richiedono frequentemente ritmi frenetici e turni lavorativi prolungati, spesso senza distinzione tra giorno e notte ed intervallati da periodi di recupero ridotti. Questa particolare organizzazione del lavoro è dettata dalla necessità di ridurre la durata della sosta in porto alle sole operazioni di carico/scarico e dalla necessità di mantenere

una soglia di attenzione durante le manovre, le attività a rischio o in presenza di avverse condizioni atmosferiche. Tale problematica è stata influenzata dalla progressiva riduzione del personale di bordo che deve comunque coprire i turni sulle 24 ore. Accanto a tutto questo, la nave, come luogo di lavoro, nasconde naturalmente numerosi rischi che spesso risultano difficili da eliminare e con i quali è necessario imparare a convivere cercando di adottare adeguate misure di sicurezza. Si possono pertanto distinguere:

Rischi infortunistici generali, quali cadute da inciampo o scivolamento, ustioni da calore, da sostanze chimiche, da elettrocuzione, etc., traumi da schiacciamento da uso di utensili, intossicazioni, colpi e traumi da impatto (funi e catene) etc. favoriti da eventuali perdite di olio, ridotta stabilità da rollio o da movimenti improvvisi della nave, dalla presenza di rialzi della pavimentazione in corrispondenza delle scale o delle zone di accesso.

Rischi secondari a condizioni ergonomiche disagiati: gli interventi, sia ordinari sia straordinari, soprattutto in sala macchine, obbligano il lavoratore ad assumere posizioni spesso scomode e talora per periodi prolungati. Locali chiusi, luoghi angusti e ristretti o situati in altezza sono frequenti postazioni di lavoro a bordo sia per il personale di coperta sia per quello di macchina. Il lavoro sulle navi si svolge prevalentemente in un ambiente in cui il micro-/macroclima è spesso insalubre, poco confortevole e scarsamente modificabile, caratterizzato da polverosità, esalazione di vernici gasolio, olio motore, etc. in settori in cui nonostante la buona ventilazione non consente un adeguato ricambio di aria. A questi fattori si deve aggiungere il disagio fisico dovuto agli sbalzi di temperatura tra i diversi ambienti lavorativi: le alte temperature cui sono esposti i lavoratori comportano naturalmente verosimili cospicue perdite idrosaline che per cultura / scarsa conoscenza non vengono reintegrate adeguatamente.

Rischi fisici e chimici sono (rumore, vibrazioni, impiego di olii minerali, vernici, solventi, detergenti, CO, etc.) sono legati sia alla particolare architettura dei diversi compartimenti che all'età della nave; La movimentazione manuale dei carichi tiene spesso conto più delle esigenze lavorative che di quelle normative.

Rischi di annegamento; Rischi d'incendio ed esplosione; in base alla tipologia di carico si individuano anche rischi derivanti dalla merce trasportata, che si possono configurare sia durante le operazioni di carico/scarico che durante il trasporto; per i traghetti e le navi RO-RO la presenza di garage implica l'esposizione a gas di scarico, polveri, rumore oltre che ad un elevato rischio di in-

vestimento da parte dei mezzi in manovra. un elemento sicuramente nuovo, introdotto dalla 271, è il concetto di fatica: il lavoratore marittimo è sottoposto per un periodo di 2-4 mesi di imbarco a condizioni stressanti sia dal punto di vista fisico che psichico di cui sono responsabili in parte fattori già precedentemente segnalati legati sia alla navigazione che alla convivenza con altri marittimi di diversa estrazione sociale e culturale.

il lavoro notturno è sicuramente un rischio concreto per alcune mansioni (2° ufficiale di coperta e marinaio) a bordo mentre per altre ha un carattere di straordinarietà: il marittimo non è però tra le categorie incluse nel D.L. 532.

Inoltre va considerata l'alimentazione cui è sottoposto il marittimo nel periodo di imbarco: i cibi spesso solo surgelati, vengono consumati in quantità sicuramente eccessiva rispetto al fabbisogno. Il 70% dei marittimi risulta infatti sovrappeso. La dieta spesso sbilanciata, prevede per contratto nazionale antipasto, 2 primi, 2 secondi, formaggio, verdura e frutta, tutti i giorni e per l'intera durata dell'imbarco.

Rischi marginali ma sicuramente da considerare sono infine quelli legati al paese dove si attracca: a questo proposito vanno ricordate sì le malattie trasmesse da vettori sia quelle trasmesse sessualmente.

In tutto questo ambito opera, non senza qualche difficoltà e perplessità, il medico competente, il cui compito è quello di valutare l'idoneità alla specifica mansione del marittimo una volta imbarcato.

**Massaferro E, Musante M*,
Barbiero D**, Medico L, Calabrò F**

**Studio associato
di Medicina del Lavoro - Genova**

***Istituto di Medicina del Lavoro - Genova**

****Servizio di Medicina del Lavoro
ASL Trieste**



Il D.Lgs. 271/99: problemi di approccio dopo le prime esperienze di applicazione pratica



Fino alla promulgazione del decreto 271/99, la gestione delle "visite di idoneità al lavoro marittimo" è stata normata solo dalla Legge 28/10/1962, n°1602 ("Modifiche ed integrazioni del R.D.L.n°14/12/1933, convertito nella L. 22/1/1934, n° 244, concernente l'accertamento dell'idoneità fisica della gente di mare"), ovvero una parte del Codice della Navigazione.

Premesso che le norme di questa Legge sono tutt'ora vigenti, la situazione alla luce del disposto del Codice della Navigazione è la seguente:

Art. 1.

Gli accertamenti sanitari (...) debbono effettuarsi tenendo conto, oltre che degli elenchi delle infermità, imperfezioni e difetti fisici (...) previsti, anche dei seguenti elementi

- a) che le imperfezioni o malattie riscontrate non costituiscono pericolo per la salute dell'altro personale di bordo,
- b) che le imperfezioni o malattie riscontrate non siano tali da venire aggravate dal servizio di bordo o da rendere il soggetto inadatto a tale servizio.

Art. 2.

Agli effetti del precedente articolo si considerano pericolose per l'altro personale di bordo:

- a) le malattie infettive nel periodo di contagiosità;
 - b) le malattie mentali che abbiano dato luogo a ricoveri in luoghi di cura, finché non siano trascorsi almeno sei mesi dalla data della incondizionata guarigione dichiarata da un ospedale o istituto specializzato. Non può comunque essere reimbarcato ed è dichiarato permanentemente inidoneo chi ha sofferto di stati depressivi gravi e recidivanti, di sindrome schizofrenica o di manifestazioni imputabili ad intossicazioni esogene da alcoolismo cronico o da stupefacenti;
 - c) l'epilessia con crisi accertata.
- Agli stessi effetti si considerano malattie soggette ad aggravio con il servizio di bordo quelle malattie che abbiano più volte causato lo sbarco del marittimo, quelle croniche che sono motivo di servizio discontinuo e che, per non aggravarsi, abbiano necessità di co-

stante regime dietetico e trattamento curativo, incompatibile col regolare servizio a bordo, nonché quelle malattie o disfunzioni che abbiano avuto manifestazioni di gravità tale da rendere probabile il pericolo di vita nel corso di ripresa dell'attività di bordo.

Art. 4.

In caso di riconosciuta idoneità fisica del soggetto esaminato, il certificato (...) deve attestare re in modo specifico:

- 1) che l'udito e la vista del titolare e, ove si tratti di persona da impiegarsi nei servizi di coperta (...), la percezione dei colori, sono soddisfacenti;
- 2) che il titolare non è affetto da alcuna malattia di natura tale che lo renda non idoneo al servizio di bordo, o che comporti dei rischi per la salute dell'altro personale di bordo (...) il suddetto certificato ha validità per due anni dalla data del rilascio.

Art. 6.

Le Casse marittime, in occasione del rilascio del certificato di cui all'art. 3 della presente legge, debbono compiere un esame clinico completo con particolare riguardo agli organi già sede di malattie per le quali il soggetto è stato assistito o giudicato temporaneamente inabile. Dall'accertamento della tubercolosi può venire escluso chi presenti attestato, non anteriore a tre mesi, (...), dal quale risulti che il soggetto non è affetto da malattie specifiche polmonari aggravabili e pericolose per gli altri.

Anche nei soggetti apparentemente sani e senza precedenti di affezioni respiratorie, alla scadenza di visita biennale deve essere sempre praticato un esame radiologico rimettendo al sanitario della Cassa la valutazione della necessità o meno che esso sia completato da una radiografia. Quando si tratta di marittimi già prima assistiti per tubercolosi polmonare (...).

L'esame psichico è effettuato mediante colloquio col sanitario. Se risultino precedenti di psicopatia o segni di debolezza mentale, l'esame deve essere effettuato da uno specialista psichiatra.

Art. 7.

La visita medica d'imbarco, di cui all'art. 233 del codice della navi-

gazione, deve limitarsi a constatare l'esistenza di malattie contagiose o di malattie acute in atto. Nel corso della visita medica deve tenersi conto possibilmente dei particolari rischi e disagi soprattutto climatici, inerenti alla specifica destinazione della nave sulla quale il marittimo dovrebbe imbarcarsi.

Art. 8.

Contro l'esito delle visite, (...), è ammesso ricorso (...) da parte dell'autorità marittima, della Cassa marittima e del marittimo. L'autorità marittima e la Cassa marittima hanno comunque la facoltà di rinviare al giudizio della commissione permanente di primo grado di marittimi che in seguito ad accertamento non ritengono fisicamente idonei ai servizi inerenti al loro titolo professionale, qualifica o specialità.

È evidente come non vengano considerati la maggior parte degli aspetti che normalmente si ritengono fondamentali per la valutazione di una idoneità al lavoro e alle mansioni, secondo i criteri consolidati in uso nelle attività a terra. Appare altresì evidente che la finalità di questi accertamenti è prima di tutto quella della sicurezza della nave e dei colleghi del marittimo. Si deve tenere conto che la norma aggiornata risale al 1962, quindi si basa su criteri distanti da quelli attuali in tema di salute e sicurezza degli ambienti di lavoro.

Oltre a ciò vi sono alcuni aspetti che paiono rilevanti, ovvero:

- Non vengono identificati rischi propri delle specifiche attività (comandante, mozzo, cameriere e macchinista eseguono gli stessi accertamenti).
- Mirano a non far imbarcare soggetti che ragionevolmente possono avere problemi di salute rilevanti in situazioni critiche (lontano da terra e quindi da una concreta possibilità di soccorsi).
- Formalmente non è corretto il fatto che non vengano eseguite da uno specialista in medicina del lavoro, ma questo si spiega anche con le finalità diverse più sopra evidenziate.

La presenza di questa normativa ha dato luogo a molteplici problemi interpretativi ed applicativi



da parte di diverse Compagnie amatoriali, che hanno visto il D.L. 271 come un raddoppio di accertamenti e costi, ed hanno frenato l'applicazione della norma fino a quando non è stato inderogabile per effetto dei controlli avviati da alcune Capitanerie di porto, ad esempio in occasione delle visite tecnico-sanitarie che l'Autorità effettua periodicamente a bordo delle unità.

QUALE È LA SITUAZIONE ALLA LUCE DEL D.L. 271

- Sono previste visite correlate al ruolo (ossia alla mansione specifica), con differenziazione delle tipologie di accertamento in ragione del rischio professionale.
- Vi sono però difficoltà pratiche nel rispetto del protocollo sanitario per la turnazione bordo/terra del personale, e il lavoro per Compagnie diverse.
- Vi sono difficoltà logistiche e pratiche per le visite "preventive": cosa si deve intendere per visita "preventiva"? Una visita prima dell'imbarco? O la prima volta che genericamente un marittimo si imbarca? (si tenga conto che sono frequenti i casi di marittimi che partendo dalla propria residenza nei luoghi più diversi d'Italia raggiungono la nave in qualsiasi posto del mondo ove si trovi).
- È presente una differenza almeno potenziale dei fattori di rischio e della loro incidenza anche all'interno della medesima compagnia amatoriale, per effetto della tipologia delle unità, spesso acquistate già in eser-

cizio e quindi con caratteristiche diverse (in relazione ad esempio a normative dei diversi Paesi ove sono state costruite, o a caratteristiche correlate al tonnellaggio).

- Va attuata una differente considerazione dell'impatto dei fattori di rischio rispetto alla normativa dell'industria per la minore esposizione nel tempo (con riflesso quindi anche sulla periodicità degli accertamenti) anche se il marittimo è esposto a certi fattori (in particolare a rumore) spesso anche nei periodi di riposo (il parco navi è composito, vi sono molte unità piccole e vecchie, con maggiori problemi).
- Le visite vengono effettuate a personale comunque prelezionato (dalla Sanità Marittima, se pure con i criteri sopra ricordati) per cui difficilmente si trovano soggetti con significative limitazioni della idoneità per patologie (fatta eccezione per il danno da rumore, quasi costante nel personale di macchina).
- Vi è anche complessità e scarsa chiarezza dei meccanismi di controllo rispetto alla 626. Il Medico Competente vede il lavoratore dopo la visita effettuata presso uno degli organi di controllo che ha già dato il suo assenso all'imbarco; egli quindi è in possesso di una certificazione che, almeno a suo modo di vedere, ne certifica l'idoneità. Il marittimo può ricorrere allo stesso organo di controllo (Sanità Marittima) o all'ASL (ed in questo caso quale? quella del suo luogo di residenza, normalmente lontano, o una diversa

nella cui giurisdizione si trova al momento la nave ed il lavoratore imbarcato?) contro il giudizio.

Il D.L. 271 si è rivelato una legge problematica, che voleva evidentemente trasferire i concetti 626, con qualche adattamento, alla realtà marittima, ma nella quale non si è tenuto nel dovuto conto le peculiarità del lavoro marittimo e le norme correlate. Questo ha fatto sì che ci siano state, e permangano ancora, molte "perplexità" nel mondo amatoriale (ed anche negli equipaggi, scarsamente informati), su questo costo aggiuntivo che verrebbe imposto alle Compagnie, al punto che vi sono stati atteggiamenti critici verso le Società che hanno deciso di adeguarsi in qualche misura alla norma da parte di altre che tutt'ora, con il pretesto di avere le proprie unità fuori della UE, non hanno di fatto ancora iniziato ad adempiere agli obblighi del 271.

Si evidenzia quindi un limite pratico allo stimolo ad adempiere a questi obblighi nel fatto che il controllo sull'applicazione avviene solo per le unità in acque nazionali o al massimo comunitarie, mentre potrebbe essere stimolo sufficiente per le Compagnie la richiesta della documentazione 271 anche per tutte le unità di bandiera, ovunque esse si trovino (la nave è infatti, a tutti gli effetti, territorio nazionale ove vigono le norme nazionali e comunitarie, perciò appare possibile un controllo di questo tipo anche in mancanza della presenza "fisica" della nave in porto); ciò eviterebbe il problema pratico di attendere l'arrivo dell'unità in acque europee per effettuare la sorveglianza sanitaria, con problemi organizzativi spesso di complessa soluzione per il Medico Competente, in particolare ove si tratti di navi che non facendo linee prestabilite possono variare data e porto di destinazione anche all'ultimo momento nella ricerca di un carico.

Specificamente a proposito delle problematiche sanitarie, va tenuto conto che la categoria dei lavoratori marittimi presenta alcune particolarità rispetto agli altri lavoratori, di cui la principale è senz'altro quella di soggetti che non svolgono una attività continuativa in un luogo stabilito, in genere sempre uguale, e per tutto l'arco dell'anno, come è in genere per chi opera a terra in qualunque realtà lavorativa.

Il marittimo infatti lavora a turni di alcuni mesi, in genere quattro, intervallati da periodi di riposo a casa. In questi periodi molti marittimi svolgono altre attività, nel com-

mercio, nell'artigianato, oppure nel settore della pesca, creando così un quadro di difficile gestione ed interpretazione ove insorgano problematiche sanitarie potenzialmente lavoro-correlate. Si pensi ad esempio a soggetti che, come spesso avviene, nel periodo "di riposo" a casa svolgono attività di pescatore, operando in situazioni di forte rischio professionale (rumore, idrocarburi, MMC); analogo il discorso per chi lavora (normalmente in nero) nel settore dell'edilizia (rumore, polveri, MMC, contatto con impasti cementizi). Si possono quindi evidenziare situazioni lavoro-correlate che però non hanno riscontri di un rischio nell'attività marittima "ufficiale" dei soggetti, oppure che sono create o accentuate da attività diverse da quella specifica per cui il lavoratore è sottoposto al controllo sanitario.

Nella vita di bordo non vi è un periodo di riposo vero e proprio come si intende per qualsiasi lavoratore a terra, cioè lontano dal posto di lavoro e dalle situazioni ad esso correlate.

Infatti, in particolare dal punto di vista del rumore e delle vibrazioni, il lavoratore marittimo è spesso esposto a livelli analoghi o poco inferiori durante il riposo come nel lavoro (con l'ovvia eccezione dei macchinisti, per i quali il rumore durante il lavoro è naturalmente molto più elevato). Questa problematica assume oggi caratteristiche diverse nelle nuove unità a propulsione diesel/elettrica, ove mentre la nave è molto meno rumorosa e meno soggetta a vibra-

zioni, la sala macchine è al contrario molto più rumorosa delle navi con motori diesel tradizionali, in genere più lenti e perciò più silenziosi (anche in queste ultime però la presenza di generatori in locali contigui alla sala macchine, o talvolta negli stessi locali nelle unità più piccole, crea una condizione di rumorosità a livelli proibitivi).

Il problema del rumore riguarda soprattutto la cosiddetta "bassa forza", cioè ingrassatori, giovani di macchina, operai meccanici, in quanto la gestione normale dell'apparato motore si attua, almeno nelle unità di maggiore tonnellaggio, in genere da appositi locali insonorizzati (ECR = Engine Control Room), mentre ovviamente il controllo diretto e le operazioni sui motori devono essere effettuate in sala macchine. A ciò si aggiunge l'atteggiamento molto diffuso di rifiuto dell'uso dei fonoprotettori, motivato dai macchinisti con la necessità di "sentire" i motori per percepire eventuali rumori anomali durante il funzionamento.

Vi è poi da tenere conto delle normative previste per il rumore in ambito marittimo, che fissano limiti superiori a quanto previsto dal D.L. 277/91. Tali norme sono contenute nel "Code of practice for noise level in ships", approvato dall'assemblea I.M.O. (International Maritime Organization) con la Resolution A.468 (XII) in data 19/11/1981 (libera traduzione del testo integrale a cura del Registro Navale Italiano). Per capire la differenza rispetto alle norme del

D.L. 277/91 si tenga conto che il livello equivalente di rumorosità riscontrato su unità portacontainers di una importante Compagnia con sede a Genova "(...) è risultato conforme alle indicazioni fornite dalla normativa I.M.O. In nessun locale presidiato si superano le soglie di rumore consentito." Ciò anche se dall'esame dei dati rilevati si evince, ad esempio, che nel locale generatori il livello registrato è superiore a 108 dB(A), a fronte di un limite previsto (I.M.O.) di 110 dB(A). Si tenga presente che il livello di rumorosità ammesso dall'I.M.O. ad esempio per la cabina dell'armatore (disponibile a bordo, e che dovrebbe essere uno dei luoghi più tranquilli della nave) è pari a 60 dB(A), e ciò rappresenta il livello più basso previsto da queste norme per l'intera nave; in tale postazione il livello riscontrato è stato di 57 dB(A). Ancora si tenga presente che in base alle norme I.M.O. è prevista una esposizione occasionale con fonoprotettori a livelli fino a 120 dB(A) per tempi fino ad 1 ora.

Alcune Compagnie hanno accettato la mia proposta di utilizzare i riferimenti più restrittivi riferiti al D.L. 277/91, il quale non prevede una applicazione in ambito navale e perciò certamente non la esclude, per fare riferimento ad una norma di maggiore tutela dei lavoratori rispetto a quanto previsto dalle norme I.M.O., ed anche a maggiore tutela dell'armatore da eventuali problemi correlati al rilievo di patologie da rumore.

segue >>

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 2003/2004 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 _____

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)**



Ancora a proposito dei macchinisti vi sarebbe poi da considerare il complesso aspetto dell'esposizione ad asbesto, in occasione soprattutto di riparazioni durante la navigazione su unità più vecchie (in genere è stata eseguita la mappatura dell'amianto a bordo, ma ove sia necessario intervenire, difficilmente si attuano procedure di sicurezza idonee, in quanto è carente la coscienza del problema, manca il tempo di porre in atto le procedure opportune e spesso vi sono difficoltà pratiche a porle in essere). Si pensi a quale può essere la situazione ove vi sia personale, ormai molto frequente, di provenienza extracomunitaria (prevalentemente dal Sud-Est asiatico), che oltre a non avere di fatto le stesse possibilità del personale italiano o comunitario di far valere questo tipo di diritti di tutela, non ne ha spesso neppure coscienza.

Analogamente, per quanto può riguardare l'esposizione alle sostanze trasportate come carico, in particolare ove si tratti di prodotti chimici (ed ove essa vi sia per caratteristiche del carico o dell'unità), questa si perpetua a livelli minimi per tutto il tempo della navigazione, con modesto incremento durante le operazioni di carico/scarico, che avvengono in circuito chiuso connettendo apposite tubazioni della nave con quelle dell'impianto a terra. Ben più complesso il discorso per le unità dette "porta-rinfuse", ove cioè il carico è contenuto in grandi stive che vengono riempite e svuotate attraverso portelloni sul ponte di coperta. In queste unità è molto complesso fare un discorso sui possibili rischi da esposizione al carico, in quanto esso può variare da un viaggio al successivo, pur mantenendo in genere caratteristiche di polverosità (carbone, caolino, minerali diversi).

Un altro aspetto del rischio da esposizione ad agenti chimici, peraltro non previsto per il lavoro marittimo perché non inserito nel D.L. 25/02, è ancora legato all'attività dei macchinisti, per l'esposizione ad idrocarburi ed a residui della combustione. Inoltre, fra le attività proprie soprattutto dei marinai, vi è l'esecuzione di piccole manutenzioni durante la navigazione, ad esempio verniciatura di parti delle sovrastrutture o del ponte di coperta, dopo avere eseguito una preparazione delle superfici con spazzole o martellini elettrici, in condizioni di rumorosità molto elevata soprattutto per l'utilizzo di questi ultimi.

Il problema degli inquinanti aerodispersi a cui si è già accennato, che possono essere i più vari, riguarda anche le unità portacontainer, ove si possono trovare nelle stive carrabili polveri di qualsiasi natura, trasportate ad esempio dalle ruote dei mezzi che operano in stiva durante il carico, o dal carico stesso, in particolare ove si usino grossi bancali al posto dei containers, come nel caso del trasporto di legnami.

A proposito proprio del trasporto di legname, va anche considerata una discreta possibilità di infortuni da presenza di animali (dagli insetti a roditori e anche rettili di piccole dimensioni) che possono salire sulla nave insieme al carico in particolare nei paesi tropicali.

Altro aspetto dello stesso problema è l'inquinamento da fumi e gas di scarico dei mezzi che operano nelle stive durante il carico/scarico dell'unità, sia sulle portacontainer sia sui traghetti. Fare una analisi realistica di tale problematica appare molto difficile sia sul piano quantitativo che qualitativo (anche se in prevalenza si tratta di fumi da motori diesel).

Un discorso a parte merita la situazione microclimatica, in relazione al fatto che una nave è un luogo di lavoro che si sposta in climi totalmente diversi in tempi relativamente brevi (zona temperata boreale - zona equatoriale - zona temperata australe e ritorno in quaranta-cinquanta giorni al massimo). L'attività del marittimo di coperta comporta esposizione agli agenti atmosferici, sole, vento, acqua sia piovana che marina, in condizioni che non consentono particolari precauzioni. Il marittimo contemporaneo non opera certo più arrampicandosi sulle sartie come ai tempi di Cristoforo Colombo, ma la condizione quando deve operare sui ponti scoperti è ovviamente sempre la stessa come sempre lo stesso è il clima ed il mare.

Nell'interno della nave, il microclima raggiunge livelli di esposizione a calore molto elevati nel locale macchina, ove sono in funzione grossi motori diesel e non vi è altra ventilazione che quella che introduce aria dall'ambiente esterno (nelle zone tropicali il risultato utile dal punto di vista del comfort termico è, nella migliore delle ipotesi, praticamente nullo), mentre normalmente negli altri locali, ivi compresa la sala di controllo di macchina o E.C.R., vi è presenza di condizionamento, che a sua volta diviene problematica quando le temperature esterne raggiungono e superano i 40-45

gradi con livelli elevatissimi di umidità, per gli sbalzi termici che ne derivano quando si debba operare all'esterno.

A questo si aggiunga per tutti la problematica della movimentazione manuale dei carichi, anche se l'avvento del container ne ha ridotto molto l'impatto. Ad esempio, nelle navi portacontainer, l'attività di "rizzaggio", cioè la fissazione dei contenitori alla nave e fra loro, comporta sforzi di rilievo, e manipolazione manuale di numerose attrezzature di fissazione, del peso anche di alcuni chili. Non si pongono tanto le problematiche da sforzo dorsolombare, certamente presenti invece nell'attività dei macchinisti, quanto quelle da azioni di "tira e spingi", necessarie per il serraggio di rizze e/o catene.

Un'altra situazione che comporta sforzo fisico rilevante è data dalle operazioni di ormeggio, con la manipolazione di cavi di grosse dimensioni sia come diametro che per la lunghezza, prevalentemente bagnati e perciò più pesanti, che, nonostante l'ovvio utilizzo di argani, comporta comunque un impegno fisico gravoso per il lavoratore addetto a tali operazioni.

A conclusione di questo sommario elenco delle principali situazioni potenzialmente dannose per il lavoratore, credo si possa affermare che per affrontare le problematiche del lavoro marittimo vi è con il D.L. 271 una sollecitazione importante, che però pare più un punto di partenza che non certo di arrivo del discorso sulle problematiche sanitarie del lavoro marittimo. Sul piano pratico vi è ancora una serie di aspetti che dovranno essere opportunamente inquadrati ed approfonditi, forse più sul piano normativo che su quello sanitario, ma che a oggi costituiscono un terreno su cui il Medico Competente si muove con una certa difficoltà, e più in ragione dell'esperienza acquisita nell'industria che di un inquadramento preciso delle problematiche connesse al lavoro marittimo.

Per concludere però con un aspetto certamente positivo, appare quanto meno interessante la valutazione inserita nell'allegato I del D.L. 271 a proposito dei fattori di fatica, che fornisce una descrizione della "fatica" molto interessante, con una classificazione dei fattori di fatica ampia ed articolata, che potrebbe essere utilizzabile almeno in parte anche al di fuori del contesto marittimo.

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

27-28-29 MAGGIO 2004
HOTEL PORTOFINO KULM - PORTOFINO VETTA (GE)

PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

Il Congresso Nazionale ANMA 2004, indirizzato ai Medici Competenti e ad ogni altra figura professionale che si dedica alla promozione e alla diffusione della cultura della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, ha lo scopo di trasferire nozioni pratiche, espressione dell'esperienza, per aggiornare e migliorare la qualità delle prestazioni professionali. I temi presentati al dibattito, frutto del lavoro di gruppi di studio, sono di notevole rilevanza professionale e sociale. La prima sessione propone una riflessione su "lavoro sul mare" con l'obiettivo di rendere più agevole la "navigazione del medico competente" attraverso un inquadramento normativo e la partecipazione di esperienze. La seconda sessione affronta il tema della "patologia otorinolaringoiatria di interesse professionale" con l'obiettivo di esplorare il percorso diagnostico che il

medico competente deve affrontare "oltre l'audiometria", anche allo scopo di esprimere un contributo efficace agli Enti preposti alla valutazione medico-legale del danno. La terza sessione si propone di analizzare lo stato dell'arte su "il lavoro d'ufficio: oltre l'astenopia", ovvero proporre, grazie ad una esperienza ormai ampia, un percorso preventivo efficace, mirato e rispettoso del costo-beneficio. La quarta sessione "10 anni di 626. Il Percorso del Medico d'Azienda Competente" vuole contribuire al dibattito sociale relativo al "cosiddetto processo di semplificazione" analizzando il ruolo del Medico Competente alla luce del percorso di qualità proposto dall'ANMA. Le Sessioni prevedono un agile inquadramento, la partecipazione di esperienze e testimonianze, la discussione e la condivisione di linee guida tecniche.

Informazioni:

segreteria ANMA tel. 0286453978
e-mail: maurilio@mcmlink.it

Quota di partecipazione:

soci anma: € 210 + iva 20% (€ 252)
non soci: € 260 + iva 20% (€ 312)

Prenotazione alberghiera:

Per informazioni potete contattare
Pluralia, Studio Associato tel. 010 5959401

**È in corso la richiesta di
accreditamento dell'evento alla
Commissione ECM del ministero
della salute per la figura
professionale medico, con il numero
2103/112657.**

DICHIARAZIONE

Il legale rappresentante della struttura organizzatrice dell'evento formativo, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n.326, l'assenza di conflitto di interessi. Dichiara inoltre di aver chiesto analoghe dichiarazioni da parte di tutti i docenti e relatori dell'evento e di averle acquisite in formato cartaceo. Il legale rappresentante si impegna altresì a custodire tali dichiarazioni dei docenti relatori ed a metterle, a richiesta, a disposizione della Commissione ecm del Ministero della Salute.

STRUTTURA DEL CONGRESSO E TEMI

I sessione - giovedì 27 maggio

APERTURA DEL CONGRESSO

MODERATORI: D. Bontadi; U. Candura; M. Saettone; F. Traversa

Il lavoro sul mare. La difficile navigazione del medico competente

- 15,15 Sicurezza e salute nel lavoro marittimo: inquadramento normativo - R. Tafuro
- 15,35 L'ambiente di lavoro: sopralluogo virtuale - F. Calabrò; E. Massaferrò
- 16,00 Rischi occupazionali ed esperienze di sorveglianza sanitaria nei lavoratori marittimi - N. Iavicoli, U. Candura, A. Scottoni
- 16,30 Rischi e prevenzione nel comparto della pesca: esperienze in Liguria - M. Cabona
- 17,00 Il giudizio di idoneità: conflitti di competenza tra norme e prassi - G. Berra
- 17,30 DISCUSSIONE
- 18,15 LETTURA MAGISTRALE: L'evoluzione della medicina del lavoro dal 1994 ad oggi - A.D. Bonsignore
- ore 19 Saluto delle autorità
- Cocktail di benvenuto

II sessione - venerdì 28 maggio

MODERATORI: O. Calcinoni; T. Cassina; G. d'Allio; D. Ditaranto

La patologia orl di origine professionale: oltre l'audiometria

- 09,00 La diagnosi delle patologie orl di interesse occupazionale: criticità per il medico competente - GRUPPO LAVORO ANMA: G. D'ALLIO; R. ARCALENI; D. DIRANTO, T. CASSINA, G. BOSCHIROLI
- 09,20 Il decreto 38/2000 e la tutela del danno biologico - G. Cimaglia
- 09,50 La diagnostica differenziale delle ipoacusie percettive - S. Prosser
- 10,35 Le vestibolopatie in ambito occupazionale - G. Guidetti
- 11,10 COFFEE BREAK
- 11,20 Patologie occupazionali emergenti in orl: riniti e disfonia occupazionali - O. Calcinoni
- 11,50 La patologia orl oncologica di origine professionale - G. Cantù
- 12,20 Orientamenti anma per un efficace iter diagnostico della patologia orl di origine professionale - GRUPPO LAVORO ANMA: T. CASSINA, G. BOSCHIROLI, G. D'ALLIO; R. ARCALENI, D. DITARANTO
- 12,40 Discussione
- 13,15 Colazione di lavoro

III sessione - venerdì 28 maggio

MODERATORI: G. Barral; D. Colombini; T. Remondelli; P. Santucci

Il lavoro d'ufficio: oltre l'astenopia

- 14,00 La valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e le patologie lavoro-correlate con riferimento al lavoro al vdt - D. Colombini
- 14,30 I risultati di una indagine epidemiologica sulle patologie muscoloscheletriche degli arti superiori in un gruppo di videoterminalisti - M. Meroni, N. Battevi
- 14,50 La movimentazione manuale occasionale e non ripetitiva dei pesi: l'esempio degli archivisti - G. Barral
- 15,10 Alterazioni del rachide in una popolazione di videoterminalisti - R. Arcaleni, L. Bolognini, E. de Rose
- 15,30 Discussione
- 16,00 Coffee break
- 16,15 Dall'astenopia allo stress: una casistica ligure - P. Santucci, E. Massaferrò
- 16,30 L'astenopia e lo schermo a cristalli liquidi (lcd). presentazione di una casistica - E. Massaferrò, P. Santucci, C. Valchi
- 16,45 L'alterata interazione sociale nell'ambiente di lavoro: il colloquio-intervista strumento di prevenzione. presentazione di una casistica - Q. Bardoscia
- 17,00 Discussione
- 17,30 Assemblea ordinaria dei soci ANMA

IV sessione - sabato 29 maggio

MODERATORI: A.D. Bonsignore; G. Briatico-Vangosa; V. Foà; P. Ricci

10 anni di 626. il percorso del medico d'azienda competente

- 09:00 Riflessioni sul medico competente nello scenario europeo - G. Briatico-Vangosa
- 09:20 L'evoluzione del d.lgs. 626/94: cosa si chiede oggi al medico competente - P. Ricci
- 09:50 10 anni di 626: il percorso anma - GRUPPO LAVORO ANMA: G. BOSCHIROLI, U. CANDURA, G. D'ALLIO; T. REMONDELLI
- 10:10 Dalla evidenza scientifica alla pratica operativa: risolvere i problemi con soluzioni appropriate - G. Franco
- 10:45 Coffee break
- 11:00 Il medico competente nel "processo di semplificazione" - GRUPPO DI LAVORO ANMA: G. D'ALLIO; D. DITARANTO; M. SAETTONE; S. TALIERCIO; F. TRAVERSA; C. VALCHI
- 11:30 Ricerca e innovazione: i catalizzatori di un "processo di semplificazione" - V. Foà
- 11:50 Il confronto fra le figure professionali della prevenzione fattore di successo per il "processo di semplificazione" - G. Nano
- 12:10 Un medico competente adeguato al "mercato": il programma d'azione dell'ANMA - G. Briatico-Vangosa
- 12:30 Discussione e conclusioni/ consegna questionario
- 13:00 Chiusura del congresso



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



L'IMPATTO DEL D.LGS. 626/94 SULLE AZIENDE ITALIANE

LE CONCLUSIONI DEL PROGETTO NAZIONALE DI MONITORAGGIO DEL LIVELLO DI DIFFUSIONE E DELLA QUALITÀ DELL'APPLICAZIONE DEL D.LGS. 626/94 NELLE AZIENDE CON PIÙ DI 5 DIPENDENTI.

Costituiranno un punto di riferimento per valutare l'efficacia di futuri progetti di prevenzione, i risultati del monitoraggio nazionale sull'applicazione del D.Lgs. 626/94, iniziato nel luglio 2000 e conclusosi alla fine del 2002. L'elaborazione delle rilevazioni è stata presentata nel novembre 2003 ed ora è disponibile on line.

Il progetto, coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, intendeva verificare, a otto anni di distanza dalla sua emanazione, se questa normativa fosse stata correttamente ed efficacemente applicata e avesse quindi contribuito a un salto di qualità dei livelli di sicurezza e salute nelle imprese.

L'approccio alla verifica dell'applicazione del 626 non ha voluto essere formale ma di merito, "controllando non tanto la mera applicazione del dettato di legge, ma il vero impatto che la nuova normativa ha avuto nelle imprese e le dinamiche innovative che ha attivato anche sull'organizzazione aziendale."

L'indagine è stata svolta su un campione di circa 9.000 aziende, con un numero di addetti superiore a 5, in tutte le regioni aderenti e nelle diverse tipologie di aziende (per tipo di produzione, dimensione, assetto proprietario). La metodologia di rilevazione dei dati è stata omogenea in tutti le regioni.

Tra gli elementi che emergono con maggiore evidenza, alcuni di essi sono positivi, altri negativi.

Tra quelli positivi segnaliamo che la quasi totalità delle aziende è dotata del Servizio di prevenzione e protezione e ha effettuato la valutazione dei rischi (95%).

Si è registrata una discreta attuazione (ma ancora incompleta, e spesso più formale che sostanziale) dei principi partecipativi del 626 (incentrati sul RLS). Ad esempio il 65% delle aziende che hanno il RLS, lo hanno consultato per la valutazione dei rischi.

È stato evidenziato come "la presenza dei RLS (soprattutto nel contesto di un sistema di relazioni corretto e non solo formale) sia uno dei fattori vincenti per una positiva ed efficace applicazione del 626".

Il punto gestito con maggiore con-

formità alle disposizioni del 626 è l'attività di sorveglianza sanitaria. Buoni livelli applicativi del 626 sono stati raggiunti anche in un certo numero - limitato ma non irrilevante - di piccole e piccolissime imprese (da 6 a 12 dipendenti), ma proprio la maggiore criticità delle piccolissime e piccole aziende rispetto alle grandi nell'applicazione del D.Lgs.626/94 è il principale elemento negativo riscontrato.

"Questo fatto non può essere tout court imputato a una volontà generalizzata di tali imprese di non aderire alle norme imposte dal 626 (componente che pure è verosimilmente presente), in quanto non si può dimenticare che l'applicazione del DLgs 626 meglio si attaglia alle aziende di medie o grandi dimensioni, ponendo invece difficoltà non di poco conto a quelle di dimensioni inferiori; tali difficoltà derivano anche da una condizione storica pregressa di arretratezza culturale e strutturale rispetto al problema."

Tra gli elementi negativi si è riscontrato che in troppe aziende il sistema di prevenzione si esaurisce nel servizio di prevenzione; si evidenzia inoltre un'adesione più agli aspetti formali e superficiali del 626: "l'adesione alla norma pare più motivata dal vincolo dell'ottemperanza che non da un'adesione ai suoi principi ispiratori, a scapito di un'attuazione seria e concreta dei principi ispiratori."

A tale proposito sono interessanti le due tabelle di sintesi che analizzano: l'una i parametri dell'applicazione formale del D.Lgs.626/94, l'altra la qualità dei processi organizzativi. Dalla comparazione delle tabelle si può osservare, ad esempio in merito alla formazione, che da un punto di vista formale il 64% delle aziende ha formato tutti i lavoratori sui rischi specifici, una percentuale tra il 52% - 61% delle aziende ha formato i RLS e tutti gli addetti alle emergenze.

Mentre riguardo alla qualità degli interventi formativi, si osserva che solo nel 24% delle aziende vi è una verifica dell'efficacia della formazione, varia invece tra il 9% ed il 24% la percentuale delle aziende che fanno formazione anche a figure senza obblighi di legge.

MOBBING "UNIFORME" SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE

LA CORTE COSTITUZIONALE DICHIARA ILLEGITTIMA LA LEGGE DELLA REGIONE LAZIO SUL MOBBING.

Con la sentenza 359/2003, depositata il 19 dicembre 2003, la Corte

ultime dalla rete

Costituzionale ha ritenuto costituzionalmente illegittima la legge della Regione Lazio 11 luglio 2002, n. 16 "Disposizioni per prevenire e contrastare il fenomeno del mobbing nei luoghi di lavoro".

La questione di legittimità costituzionale del provvedimento regionale è stata sollevata dal Presidente del Consiglio dei Ministri.

L'articolo 2 della Legge regionale del Lazio 16/2002, dà una definizione di "mobbing" ed esemplifica anche alcuni atti ed i comportamenti che sono considerati rientranti in tale definizione.

Il ricorrente sosteneva che "la disciplina del mobbing rientra nella tutela della salute e nella tutela e sicurezza del lavoro, materie entrambe oggetto di legislazione concorrente, e che con la legge impugnata la Regione Lazio ha fissato essa stessa i principi fondamentali senza attendere che fosse lo Stato a stabilirli."

La Consulta ha sottolineato che il mobbing nei suoi aspetti generali e per quanto riguarda i principi fondamentali, non può essere oggetto di discipline territorialmente differenziate.

"Ciò non esclude - afferma la Corte Costituzionale - che le Regioni possano intervenire, con propri atti normativi, anche con misure di sostegno idonee a studiare il fenomeno in tutti i suoi profili e a prevenirlo o limitarlo nelle sue conseguenze. Deve, viceversa, ritenersi certamente precluso alle Regioni di intervenire, in ambiti di potestà normativa concorrente, dettando norme che vanno ad incidere sul terreno dei principi fondamentali, che è quanto si è verificato nel caso di specie.

La legge regionale impugnata, contenendo nell'art. 2 una definizione generale del fenomeno mobbing che costituisce il fondamento di tutte le altre singole disposizioni, è evidentemente viziata da illegittimità costituzionale. Siffatta illegittimità si riverbera, dalla citata norma definitiva, sull'intero testo legislativo."

DROGA E INCIDENTI SUL LAVORO

L'ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI PUÒ ESSERE ALL'ORIGINE DI GRAVI INCIDENTI.

Nell'ultimo numero del settimanale Panorama è stata presentata una sintesi dello studio, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, sul consumo di sostanze stupefacenti in Italia.

Analizzando le informazioni raccolte da 200 Centri Territoriali, è emerso

che è in aumento il consumo delle sostanze "ricreative" (es. anfetamina, ecstasi, cocaina, psicofarmaci, LSD), in particolare della cocaina.

Cambiato è anche l'identikit di chi ricorre a droghe: ha circa 30 anni e ha un lavoro. Infatti su un campione di 1911 soggetti, gli studenti rappresentano il 6,2%, i disoccupati il 23%, mentre oltre il 60% del campione ha un'occupazione e quasi la metà ha il "posto fisso".

L'assunzione di sostanze stupefacenti può essere all'origine di gravi incidenti.

Il 20% del campione ha infatti dichiarato di aver subito "eventi traumatici direttamente riconducibili all'assunzione di sostanze ricreative".

Il 38% degli incidenti considerati sono incidenti stradali, il 30,4% maggiori, il 7,2% cadute, l'1,2% incidenti sul lavoro, mentre nel 21,2% dei casi l'evento traumatico è una rissa e nel 14,8% il tentativo di suicidio.

Anche nel luogo di lavoro, quindi, si ripercuote questo stile di vita errato, con grave pericolo non solo per il lavoratore, ma anche per i colleghi e la collettività. Si pensi solo cosa può accadere se un lavoratore si mette alla guida o utilizza un macchinario sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, o dell'alcol...

Il problema delle dipendenze, siano esse alcol o droghe, non deve essere trascurato anche nel contesto lavorativo, soprattutto per quanto riguarda i giovani.

A tale proposito in alcune realtà sono stati portati avanti programmi di prevenzione. [Si veda PuntoSicuro del 17.4.2003, contenente anche un manuale per dirigenti e responsabili del personale]

SCUOLA SICURA PER TUTTI

UNA SCHEDA INFORMATIVA SUI RISCHI ED I PERICOLI PIÙ COMUNI PRESENTI NEGLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE. CONSULTABILE ON LINE.

A livello europeo, sono le cadute e gli scivoloni gli infortuni più comuni negli istituti di istruzione, dove oltre alla presenza dei lavoratori si conta anche quella degli alunni, giovani che si muovono in uno spazio relativamente limitato e che talvolta sono ignari dei pericoli associati a determinate situazioni o comportamenti. Ai rischi ed ai pericoli più comuni

presenti negli istituti scolastici è dedicata la terza delle schede informative sulla sicurezza nel settore dell'istruzione realizzate dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro. (Si veda anche PuntoSicuro del 20 e del 21 gennaio 2004).

La scheda non prende in esame i rischi connessi alle attività ricreative, che pur devono essere considerati nella fase di valutazione dei rischi.

All'origine di scivoloni e cadute vi possono essere fattori ambientali (es. la superficie del pavimento), contaminazione (es. acqua sul pavimento), aspetti organizzativi (es. deficienza nel sistema di pulizia), ma anche fattori individuali (es. personale portatore di handicap) o calzature inadeguate.

Le attività di manutenzione possono comportare rischi per alunni e personale; non si tratta solo delle attività di manutenzione straordinaria, ma anche dei lavori di manutenzione quotidiana, quali pulizie e piccole riparazioni. Il personale e gli studenti vanno protetti da qualsiasi pericolo (es. prodotti di pulizia tossici). In tale contesto, la conservazione di sostanze e di attrezzi in luogo sicuro può essere di particolare importanza.

Dal punto di vista organizzativo, le consegne vanno fissate in orari che non coincidano con l'entrata o l'uscita degli alunni, in modo tale che i veicoli di consegna non si trovino nell'area scolastica contemporaneamente ai giovani.

Ampio spazio nella scheda è dedicato alla sicurezza nelle attività presso i laboratori e nella gestione degli stessi.

I laboratori costituiscono il luogo in cui gli alunni sono maggiormente esposti a rischi rappresentati da sostanze o macchinari pericolosi. "Il livello di istruzione influisce enormemente sul tipo di pericolo e sul grado di rischio, - si sottolinea nella scheda - tuttavia alcuni aspetti sono comuni a tutti."

Tra i quali: l'opportunità di esporre in maniera visibile istruzioni scritte e sottolineare l'importanza di determinate norme di sicurezza. Istruzioni di sicurezza vanno anche fornite oralmente e specificate all'inizio di ogni esperimento.

Importante è anche l'atteggiamento degli insegnanti, che sono tenuti a dare il buon esempio con un comportamento rispettoso delle norme di sicurezza.

Nelle attività di laboratorio è raccomandato di indossare indumenti ed equipaggiamento protettivo ade-

guato.

I laboratori devono essere accuratamente puliti e deve essere effettuata una corretta manutenzione dell'attrezzatura. Secondo la scheda informativa dell'Agenzia, sono anche necessarie strutture di emergenza adeguate, quali ad esempio docce. La pubblicazione si sofferma inoltre su misure antincendio e piani di emergenza, disturbi muscolo scheletrici, stress, violenza, intimidazione.

FUMO PASSIVO PERSISTENTE

NON SI DISPERDE ARIEGGIANDO GLI AMBIENTI. IL RISULTATO DEI NUOVI ESPERIMENTI DEI LABORATORI EUROPEI DI ISPRA.

La concentrazione di sostanze dannose emesse dal fumo delle sigarette non diminuisce significativamente con la ventilazione dell'ambiente, ad esempio aprendo le finestre o utilizzando i normali sistemi di ventilazione.

Lo affermano i nuovi risultati degli esperimenti sull'inquinamento degli ambienti interni, condotti nei laboratori di Ispra (VA) del Centro Comune di Ricerca dell'UE.

L'esito dei nuovi test, effettuati nella stanza "Indoortron" utilizzando un maggior numero di sigarette, ha confermato quanto già evidenziato nel settembre 2003, nella prima fase della ricerca. (Si veda PuntoSicuro del 25.9.2003 e del 26.9.2003).

Il fumo di sigarette rappresenta una notevole fonte di un elevato numero di sostanze chimiche, come idrocarburi volatili, carbonili, idrocarburi aromatici policiclici, gas e particelle inorganici.

Queste sostanze sono prodotte ad alte concentrazioni durante il processo di combustione e non sono rapidamente e sostanzialmente eliminate dall'ambiente interno, anche quando sono applicati alti livelli di cambio d'aria.

La diffusione dei componenti emessi è relativamente lenta, così la diluizione attraverso l'immissione di aria fresca non è molto efficace.

Una diluizione efficace delle sostanze nocive è stata ottenuta con un comportamento rispettoso delle norme di ventilazioni pari a quelli delle "gallerie del vento".

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



Le patologie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore: il percorso diagnostico

Riportiamo l'intervento che il collega Missere ha tenuto al convegno di Padova dell'ottobre scorso: "Diagnostica per immagini in medicina del lavoro" perché ci sembra un prezioso contributo nel percorso diagnostico delle patologie muscolo-tendinee del segmento mano-braccio causate da lavori ripetitivi, quasi una sorta di "epidemia" che il medico del lavoro si trova a gestire in questi ultimi anni

La Medicina del Lavoro è una tra le branche mediche che in questa seconda metà del secolo hanno subito le trasformazioni più sostanziali. Le trasformazioni della patologia da lavoro sono strettamente correlate ai mutamenti della storia sociale, politica ed economica, alle innovazioni tecnologiche e scientifiche e alle trasformazioni organizzative realizzate progressivamente nell'industria, nell'agricoltura e nel terziario. Alcune importanti e gravi malattie professionali, quali la anchilostomiasi, il fosforismo ed il mercurialismo, che all'inizio del secolo erano assai diffuse, oggi, fortunatamente, appartengono alla storia della medicina. Con gli anni '70 avviene una radicale modificazione. I rischi lavorativi si sono completamente trasformati: nuovi criteri tecnologici e preventivi hanno condotto, a riduzioni più o meno sostanziali e, talvolta, alla eliminazione completa di cause di rischio professionale tradizionale. Grande rilevanza rivestono



a tutt'oggi la patologia da fattori relazionali e la patologia da fattori biomeccanici, in quanto senz'altro sono destinate a divenire la patologia da lavoro prevalente in futuro. Oggi, pertanto, lo scenario delle malattie da lavoro è decisamente, velocemente e radicalmente cambiato rispetto non solo alla primo cinquantennio di questo secolo, ma anche rispetto al panorama degli anni sessanta, con cambiamenti che hanno reso "insignificanti" patologie da lavoro un tempo temibili come il saturnismo, il benzolismo, il solfo-carbonismo e le stesse pneumococcosi, cambiamenti che però allo stesso tempo hanno dato vita a nuovi fattori di rischio, come quelli biomeccanici e relazionali, e quindi a nuove malattie che richiedono appunto un giusto ed opportuno inquadramento sotto il profilo diagnostico, preventivo ed assicurativo. L'Italia in questo senso ha ancora molto da imparare dal resto dell'Europa: infatti, a differenza degli altri paesi del continente, sottovaluta ancora la portata e quindi sottostima l'importanza di questa categoria di disturbi legati al lavoro.

Infine, per quanto riguarda la patologia da fattori biomeccanici, l'evidenza epidemiologica in Italia, ed ancor più negli altri stati di Europa e in America, di una elevata incidenza di patologie come il low back pain, dovuta alla movimentazione manuale di carichi, o della sindrome del tunnel carpale, fa a ragione comprendere quale sarà il futuro della patologia professionale ed inevitabilmente i nuovi argomenti di studio delle Medicina del lavoro. Proprio a Bologna, al 58° Congresso Nazionale della SIMLII tenutosi nel 1995, l'argomento principale era rappresentato dalla patologia professionale dell'arto superiore da fattori biomeccanici, argomento trattato per la prima volta nel nostro paese. Nel corso del Congresso, dall'assemblea dei soci della SIMLII, fu sollecitato all'unanimità il riconoscimento e la tabellazione della STC come malattia professionale.

Per quanto riguarda la patologia da fattori biomeccanici, particolare attenzione merita la Sindrome del Tunnel Carpale (STC). Tale sindrome che costituisce la più frequente neuropatia da intrappolamento è propriamente dovuta alla compressione del nervo mediano al passaggio nel tunnel carpale. Secondo il National Institute for Occupational Safety and health (NIOSH), nel 50% dei

casi la sindrome è dovuta a cause lavorative, con una incidenza tra femmine e maschi che, considerando il rischio occupazionale, passa da 3 a 1 nella popolazione generale e da 1,2 a 1 nella popolazione lavorativa esposta. La STC appartiene ai Cumulative Trauma Disorders mostrando, secondo quanto recentemente dichiarato dal NIOSH al termine di una ampia rassegna epidemiologica della letteratura, forte evidenza di correlazione con la combinazione di forza, ripetitività del movimento, postura della mano e vibrazioni. Nonostante il termine di STC sia entrato nel lessico del medico del lavoro italiano soltanto in tempi del tutto recenti, in realtà la STC non è una entità clinica propriamente nuova. Già nel XVIII secolo, infatti, Bernardino Ramazzini descriveva patologie causate da movimenti violenti, irregolari e da posture incongrue, indicando, ad esempio, lo sforzo congiunto delle mani e degli arti superiori degli scrivani, come causa di deficit funzionale della mano destra. Analoghe considerazioni venivano formulate nel secolo successivo nei confronti di telegrafisti, calzolari, sarti e mungitori, in tutti potendo essere supposta la esistenza di una STC, in base alla descrizione della mansione svolta dal lavoratore ed alla sintomatologia presentata. Nel 1913 Marie e Foix, all'autopsia di un paziente con avanzata atrofia dei muscoli dell'eminanza tenar, ma senza storia di incidenti, dimostravano la presenza di un neuroma bilaterale del nervo mediano in sede prossimale al legamento trasverso del carpo. Per primi, inoltre, raccomandavano la decompressione chirurgica del nervo mediano, al fine di evitare la paralisi dei muscoli da esso innervati. Della eziologia della STC, se non raramente ed in rapporto a rilievi macroscopici, non vi è menzione, tanto meno venendo considerata l'anamnesi lavorativa e quindi la possibile genesi occupazionale. Nel 1947 George Phalen, che ha fornito la descrizione semeiologica perfetta della STC e al quale è stato attribuita la paternità di uno dei principali segni distintivi della patologia, faceva la sua prima diagnosi di STC. Nel 1966, dalla casistica personale di 500 pazienti, Phalen traeva conclusioni epidemiologiche, cliniche e diagnostiche che per molto tempo ancora sarebbero state destinate a rappresentare delle vere e proprie definizioni di riferi-

mento. Secondo Phalen, la diagnosi di STC "deve essere considerata in qualunque paziente che abbia iperestesia o parestesie nel territorio di distribuzione del nervo mediano nella mano o in qualunque paziente con debolezza o paralisi dell'abdotto breve o dell'opponente del pollice". Phalen riteneva, inoltre, che le procedure elettrodiagnostiche potessero essere utili solo in caso di diagnosi dubbia o per risolvere eventuali problemi di diagnosi differenziale. Negli anni ottanta, sempre più frequenti compaiono studi in cui la STC viene riscontrata in soggetti che, pur non avendo caratteristiche fisiologiche e patologiche predisponenti, eseguono lavori che comportano movimenti ripetitivi e forzati della mano, posture scomode e stress biomeccanici da vibrazioni. Di fatto viene quindi riconosciuta la associazione tra fattori occupazionali e la STC. Uno degli studi più importanti a riguardo è quello di Silverstein, Fine e Armstrong che individuano come fattori eziologici professionali della STC l'alta ripetitività del movimento della mano e la forza impiegata.

Nel 1988 Putz Anderson pubblicava un interessante volume nel quale correlava la STC con ripetitività, forza, postura e tempi di recupero. Nel 1993 Tanaka e MC Glothin, entrambi ricercatori del NIOSH, propongono un modello per lo studio e la prevenzione della STC di origine occupazionale. Nel 1997 il NIOSH, al termine di una revisione epidemiologica, dichiarava l'esistenza di forte correlazione tra STC e combinazione di fattori lavorativi quali forza, ripetitività, postura e vibrazioni.

Appare evidente quindi che, a livello internazionale e soprattutto negli Stati Uniti vi è grande attenzione per la patologia muscoloscheletrica ed in particolare modo per la STC. Numerose realtà lavorative vengono studiate soprattutto nell'industria metalmeccanica e in quella della lavorazione delle carni emergendo, di conseguenza, sempre nuove conoscenze. In Italia la patologia lavorativa da fattori biomeccanici è di interesse piuttosto recente.

Nel 1995, forti di una buona esperienza alle spalle, inauguravamo a Bologna il Congresso nazionale della SIMLII, proponendo come argomento la patologia muscoloscheletrica dell'arto superiore. Per la prima volta in Italia veniva formalizzata l'esistenza della patologia da fattori biomeccanici e si ammetteva la forte sottovalutazione della stessa da parte degli addetti ai lavori. Le esperienze presentate dai singoli gruppi di studio potevano essere finalmente inquadrare in un panorama più ampio e meglio definito. Nel 1995, la nostra esperienza basata su oltre 2000 casi di STC esaminati clinicamente, con elettromiografia ed ecografia, ci portava a concludere che un razionale proto-

collo di sorveglianza sanitaria della STC non poteva prescindere da queste due metodiche. L'anamnesi lavorativa deve essere accurata e formalizzata; mai deve essere lasciata al caso, né mai deve essere improvvisata, perché la perdita o la trascuratezza di un minimo dato potrebbe inficiare la valutazione diagnostica e comunque allungare i tempi necessari alla sua formulazione, con spreco di energie personali e di risorse economiche, per il rimbalzo del paziente tra indagini laboratoristiche e strumentali molto spesso inutili. Nel corso degli anni, nelle numerose ricerche condotte, abbiamo avuto modo di studiare svariate figure professionali, come ad esempio, i potatori, gli edili, i lavoratori della industria delle carni, i metalmeccanici e le cassiere di supermercati.

Gli studi compiuti sulla STC sono stati poi ovviamente estesi anche all'arto superiore ed al rachide. La valutazione globale della patologia muscoloscheletrica di natura occupazionale ci ha portato a concludere che le variabili psicosociali sono fortemente influenti. È inevitabile constatare che il ritardo di interesse mostrato dal nostro paese nei confronti della patologia professionale muscoloscheletrica è stato tale per cui, nonostante gli sforzi compiuti, non si è ancora riusciti a colmare il gap che ci separa dagli USA e dagli altri Paesi relativamente alla patologia da fattori biomeccanici in genere. Siamo certi che in Italia, ma non solo, ancora molto si possa e si debba dire sulla STC e sulla patologia muscoloscheletrica di origine professionale.

Infine, è da sottolineare la necessità che nello studio della STC, come peraltro in ogni altro campo della patologia professionale, vengano seguiti protocolli standardizzati con indagini cliniche e strumentali formalizzate. Solo così, infatti, possiamo essere in grado di garantire rigore e concretezza scientifica ai risultati ottenuti.

Da quanto detto resta la necessità di utilizzare una metodica diagnostica, a completamento della visita medica e/o del questionario, di possibile impiego su grandi numeri e di buona affidabilità diagnostica. Tra le moderne metodiche diagnostiche la scelta ricade sulla Tomografia Computerizzata, la Risonanza Magnetica, l'Artroscan e l'Ecotomografia. Si sono valutate di seguito le potenzialità delle quattro metodiche alla luce di un utilizzo nell'ambito della Medicina del Lavoro. In tale settore la richiesta e l'utilizzo di un approfondimento diagnostico deve essere ben ponderato, più che in altre situazioni, applicandosi il più delle volte a persone "sane", i lavoratori, che spesso vivono come una imposizione tale momento. Proprio per questo l'esame diagnostico deve avere caratteristiche che configurino scarsa invasività, compliance del

soggetto sottoposto all'esame, facile reperibilità della metodica presso le strutture sanitarie, eventualmente da eseguire anche in fabbrica, e, non ultimo, un costo accettabile per l'esecuzione su grandi numeri. Nel tentativo di fare chiarezza a chi può non essere esperto delle moderne metodiche di imaging abbiamo riassunto di seguito le principali caratteristiche delle tecniche più valide nella valutazione delle patologie muscolo-scheletriche dell'arto superiore.

LE METODICHE DIAGNOSTICHE

Lo studio dell'arto superiore attraverso l'imaging è stato rivolto, per molti anni, alla valutazione dei segmenti ossei ed articolari con l'utilizzo dei raggi X. Si ricorda che soli pochi anni fa si è celebrato il primo centenario della scoperta (Roentgen, nel 1895). Le malattie di origine muscolo-tendinea sono state valutate per molto tempo, solo dal punto di vista clinico-sintomatologico o tramite l'utilizzo di tecniche alquanto invasive (biopsie muscolari, iniezioni intra-articolari di mezzi di contrasto, interventi a cielo aperto, etc.). Il crescere di branche specialistiche come la reumatologia e la medicina dello sport hanno portato il clinico a volerne sapere di più oggettivando il dato anamnestico-clinico con una valutazione reale e quindi confrontabile nel tempo o per valutare l'efficacia dell'intervento terapeutico. La commercializzazione di apparecchi di tomografia a raggi X sempre più sofisticati, la loro computerizzazione con macchine di calcolo sempre più veloci hanno fatto della tomografia computerizzata (T.C.) una nuova "porta" attraverso la quale si poteva accedere ad una messe di dati sino ad allora irraggiungibili. Si pensi alla valutazione degli emisferi cerebrali, solo "scrutati" tramite la pneumoencefalografia sino ad allora utilizzata (e con la quale si potevano avere notizie sui ventricoli cerebrali e pochissimi sull'encefalo), ma anche alle prime immagini dei fasci muscolari, tendinei e articolari.

All'incirca nello stesso periodo l'ecografia veniva introdotta in ambito clinico (sino ad allora il maggiore impiego era stato in ambito industriale per lo studio di eventuali difetti di fusione) costituita da costosi e voluminosi apparecchi, che molto ricordavano i sonar in dotazione ai natanti, più che le macchine oggi in uso. Anche questa volta la si proponeva per tentare di studiare l'encefalo ma trovò invece nella valutazione del parenchima epatico il suo primo successo. In quel tempo lo studio dei muscoli venne trascurato e solo di recente considerato con attenzione anche in virtù della disponibilità di sonde ad alta frequenza, di piccole dimensioni con alta risoluzione spaziale, indispensabili in questo campo.

Un discorso a parte meritano i tomografi a risonanza magnetica (R.M.) ad alto, basso e bassissimo campo, di recentissima introduzione e che hanno permesso di iniziare una nuova era dello studio attraverso le immagini. Oggi ancora molto deve essere detto su questa metodica che è purtroppo gravata da alti costi di gestione e di utilizzo e che richiede un'alta specializzazione degli operatori.

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (T.C.)

La tomografia computerizzata trova la sua massima applicazione nello studio delle neoplasie dell'arto superiore, per valutare l'estensione loco-regionale con accurata precisione, specie se esiste un coinvolgimento del tessuto osseo, e per una corretta differenziazione delle densità della lesione anche attraverso l'utilizzo di mezzi di contrasto (lesioni benigne - lesioni maligne). Sulla base dei dati forniti dall'analisi densitometrica risulta agevole differenziare la natura liquida, solida, adiposa di una lesione. La T.C. fornisce anche una valida documentazione sui rapporti delle lesioni con i fasci neurovascolari apportando determinanti notizie sulla prognosi chirurgica.

Scarsamente importante è invece il contributo di uno studio tramite la T.C. nelle patologie infiammatorie tendinee e nelle patologie da compressione sulle strutture nervose, sia per la scarsa risoluzione spaziale sia per i forti contrasti che spesso si vengono a creare in sedi anatomiche piccole con preponderanza di tessuto osseo e scarsità di tessuto molle. A livello del tunnel carpale, ad esempio la valutazione dell'impegno flogistico tendineo e/o l'aumento di spessore del ligamento trasverso del carpo sono di difficile "quantificazione" anche per colpa di scansioni che possono essere solo assiali e statiche, senza cioè quei momenti fondamentali dello studio di strutture che spesso svelano i loro difetti anatomici solo attraverso tagli obliqui e durante il movimento (flesso-estensione, extrarotazione, etc.). Non da ultimo bisogna segnalare che l'utilizzo di questa metodica come screening di popolazioni di pazienti a rischio per CTD appare improponibile, sia per il costo dell'esame, che permane medio - alto, sia perché vengono utilizzate radiazioni ionizzanti, anche se a basso dosaggio con le più moderne apparecchiature. Si ricorda infatti la necessità di effettuare, quando possibile, esami diagnostici esenti da rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Negli ultimi anni, scorrendo la Letteratura Internazionale di Radiologia e di Medicina del Lavoro si può verificare che lo stesso problema ha riguardato la valutazione dei pazienti colpiti da pneumoconiosi con esami



Rx polmonari letti con metodica ILO (la metodica di interpretazione e classificazione delle pneumoconiosi attraverso le radiografie del torace proposta e modificata sin dal 1950 dall'International Labour Office di Ginevra) o con tomografia computerizzata. La T.C. ad alta risoluzione ha vinto in questa particolare patologia per sensibilità e specificità diagnostica ma per i motivi suddetti non è risultato idoneo un suo impiego routinario nell'ambito della Medicina del Lavoro.

RISONANZA MAGNETICA (RM) E ARTROSCAN

Entrambe le apparecchiature, la prima in dotazione solo a Presidi Ospedalieri dotati anche di T.C. (secondo un Decreto Legge dedicato) e quindi ancora non numerosi sul territorio, la seconda di possibile utilizzo anche ambulatoriale, visto lo scarso ingombro e l'utilizzo di bassissimi campi magnetici (ma anch'essa a tutt'oggi poco diffusa) dimostrano nello studio delle parti molli notevoli indicazioni data l'ottima risoluzione di contrasto tra grasso, muscoli, vasi, ligamenti, etc. È possibile identificare, localizzare ed analizzare tumori delle parti molli con estrema facilità, così come lesioni di origine flogistica.

L'acquisizione reale, e non tramite ricostruzioni computerizzate (virtuali) secondo piani assiali ma anche coronali, sagittali, obliqui consente un'ottima valutazione di numerose lesioni. I fasci neurovascolari sono evidenziati con chiarezza. Secondo alcuni Autori però la R.M. nei CTD costituisce solo un complemento all'esame ecografico se questo non è stato in grado di completare la diagnosi. La R.M. permette infatti tra l'altro di caratterizzare la lesione in base ai comportamenti del segnale magnetico e a volte consente una precisa diagnosi di natura.

Anche per quello che riguarda la Risonanza Magnetica e l'Artroscan non appare possibile utilizzarne le potenzialità, seppur elevate, in inda-

gini trasversali o di screening ove il costo/beneficio è un parametro imprescindibile. Citiamo solo nel nome importanti metodiche diagnostiche come la teletermografia, la xerografia (descritta in modo accattivante nel bel volume di De Flaviis L. 1990), e l'angiografia anch'esse di possibile complemento nello studio delle affezioni dei tessuti molli ma non certo abilitate a diagnosi di prima istanza.

ECOTOMOGRAFIA

È l'indagine di prima istanza nello studio delle parti molli e permette quasi sempre di concludere l'iter diagnostico senza l'utilizzo di altre indagini.

L'approccio più corretto per lo studio ecotomografico dell'arto superiore dovrebbe essere svolto tramite l'utilizzo di sonde lineari da almeno 7,5 MHz, o a frequenza superiore (ormai è comune trovare ai workshop del settore sonde di 25 MHz o addirittura 50 MHz proposte dalle migliori marche di ecografi!), meglio se ad alta risoluzione. Questi tipi di sonde permettono una visione particolareggiata delle strutture da esaminare con maggiore possibilità di valutazione anche funzionale in caso di patologie in atto. L'utilizzo di alte frequenze (sonde di 10-15 MHz sono ormai comuni in ambulatori che si occupano di ecografia muscolo tendinea come attività prevalente) garantisce una corretta visione di strutture anche molto superficiali, cosa estremamente utile nello studio dei tendini estensori e flessori propri delle dita ad esempio. Si può ovviare in parte, con sonde di frequenza inferiore, dotandosi di distanziatori sintetici (ad acqua o al silicone) che permettono di allontanare la struttura in esame avvicinandola al "miglior fuoco" del trasduttore.

Le strutture anatomiche di più facile studio sono i muscoli, i tendini e le borse sierose. Importante nella diagnostica delle parti molli è la possibilità di misurare con accuratezza lo



**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

ESEMPIO DI PROTOCOLLO ECOGRAFICO

SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

È presente bilateralità delle le-
sioni?

☐ SI ☐ NO

Valutazione bilaterale per evidenziare:

- aumento tessuto fibrotico circostante il nervo ☐ NO ☐ SI
- compressione del nervo ☐ NO ☐ SI
se si dovuto a _____
- abnorme dislocazione nervo mediano ☐ NO ☐ SI
- aumento delle dimensioni laterali del nervo mediano ☐ NO ☐ SI
- presenza di neuroma precanalare ☐ NO ☐ SI
- altre lesioni (ematomi, lipomi, tumori, etc.) ☐ NO ☐ SI

spessore dei vari piani tissutali valu-
tandone e quantificandone l'entità e
la distribuzione di aree alterate (flo-
gosi, igromi, ematomi, strappi, frat-
ture muscolari, etc.). Per questo, per
il basso costo, la multiplanarietà di
studio, la facile ripetitività l'ecoto-
mografia riveste senza dubbio
grande importanza nella diagnosi di
tali patologie. Appare importante
anche sottolineare che l'uso delle
diagnostiche che non utilizzano Rx è
permesso dalla Legge anche agli
Specialisti in Medicina del Lavoro
che possono quindi, dopo valido
addestramento (esistono ottime
scuole della Società Italiana di Ra-
diologia Medica e della Società Ita-
liana di Ultrasonografia in Medicina
e Biologia), usare l'ecotomografia
per la valutazione dei soggetti a ri-
schio con, in base alla nostra espe-
rienza, un aumento significativo
della sensibilità diagnostica e della
compliance del paziente. La neces-
sità di "oggettivare" tramite una va-
lutazione anche morfologica, tali pa-
tologie viene richiesta anche a fini
assicurativi non essendo infatti an-
cora patologie "tabellate" e quindi di
difficile riconoscimento INAIL.
Come già detto i tendini sono parti
anatomiche di agevole studio tra-
mite l'ecotomografia specie se l'e-
same è correttamente eseguito se-
guendo anche i moderni protocolli
proposti in Letteratura.

È conveniente che il paziente sia se-
duto o supino, in posizione comoda,
e che l'arto in esame sia aggredibile
dall'operatore il più possibile sia an-
teriormente che posteriormente,
onde meglio valutare il tendine in
tratti non rettilinei o sottesi a capi
ossei. Per sua natura il tendine è vi-
sualizzato come una struttura roton-
deggiante o nastriforme ipoecogena
che sfuma distalmente nel capo mu-
scolare. Una flogosi può essere ap-
prezzabile nelle fasi iniziali ma lo di-
venta di più se si verificano gli esiti:
ingrossamento del tendine per
edema o suo ispessimento per cro-
nicizzazione della patologia; bene
apprezzabili sono anche eventuali
microcalcificazioni intramurali o pe-
ritendinee. Gli edemi che "staccano"
la membrana tendinea (più spesso
riconducibili a tenosinoviti) sono evi-
denziabili con immagini caratteri-
stiche a "binario" iperecogena e
spazio ipoanecogeno rappresentato
dall'edema. Altra importante possi-
bilità dell'ecotomografia è la valuta-
zione in tempo reale che permette di

valutare gli organi di studio anche
durante movimenti provocati, atti a
meglio distinguere strutture vicine
(tendini - muscoli - nervi - vasi).
Nella Sindrome di de Quervain ca-
ratteristico è l'assottigliamento del
tendine e l'aumento dell'ecogeni-
tà. Ottima è la valutazione della tu-
meffazione, se presente, dei tessuti
molli vicini; buono può essere
anche lo studio della corticale ossea
dello stiloide radiale ed i rapporti tra
le strutture citate, a riposo e durante
movimento forzato. Stesso discorso
vale per la cisti sinoviale del polso,
visualizzabile come area anecogena,
che richiede sempre di discriminare
con precisione i rapporti con il ten-
dine. A livello epicondiloideo laterale
o mediale la visualizzazione dei mu-
scoli e delle loro inserzioni è precisa
e favorita da piani di scansione as-
siali e longitudinali. Al contrario del-
l'Rx che risulta sempre negativo, lo
studio della flogosi è rivolto alla ri-
cerca di immagini ipo-anecogene,
ovalari o rotondeggianti, intramu-
scolari, confluenti, espressione di
edema plurifocale e alla evidenza
del conseguente ispessimento. An-
cora caratteristiche sono le calcifi-
cazioni millimetriche, espressione di
epicondiliti inveterate (epicondilos).
Di agevole studio è la spalla. Con
opportuna tecnica risulta buona la
visualizzazione dello spazio articola-
re, della cuffia dei rotatori e dei
ventri muscolari dei tendini corri-
spondenti oltre alle borse sinoviali di
scorrimento. La capsula articolare
rotta mostrerà una interruzione del
suo classico profilo iperecogeno pa-
tognomica. Pur non potendosi
sostituire alla radiologia tradizionale
per lo studio delle anomalie dell'e-
grosso toracico (costa soprannume-
raria o megaapofisi), l'ecotomografia
risulta di valido utilizzo nello studio
della morfologia degli scaleni e
quindi di un eventuale ispessimento.
I vasi arteriosi e venosi sono ben vi-
sualizzabili come immagini aneco-
gene lineari. Risulta facile la discri-
minazione arteria-vena a causa della
pulsatilità marcata della prima. Il
plesso brachiale può essere rag-
giunto dagli echi tramite la finestra
acustica anatomica costituita dagli
spazi intercostali. A tale riguardo si
segnala che l'utilizzo delle sonde li-
neari ostacola questa manovra. Me-
glio sarebbe usare sonde settoriali o
convex che vantano un punto di ap-
poggio puntiforme e che quindi me-
glio si insinuano tra le coste. Il

plesso si evidenzia come una strut-
tura stellata ipoecogena ben clivata
dai tessuti molli iperecogeni circo-
stanti. Si ricorda anche in questo
caso la possibilità di studio delle
strutture anatomiche sia "a riposo"
che durante le manovre diagno-
stiche che svelano clinicamente la
patologia. Le formazioni nervose
sono di non sempre facile valuta-
zione ecograficamente. Ciò è do-
vuto essenzialmente allo scarso
spessore dei nervi localizzati nell'a-
vambraccio e alla loro facile confu-
sione, per segnale omologo, con
altre strutture, specie con le fasce
muscolari, che sottili ed ipereco-
gene, seguono a volte parallela-
mente il nervo stesso. La struttura
nervosa mielinica è ricca di strutture
ecogene e si presenta ipoecogena o
iperecogena spesso in conseguenza
della direzione della scansione effet-
tuata (fenomeno dello Scattering).
Più comunemente la visualizzazione
del nervo è con una immagine a bi-
nario ipoecogena, e deve sempre
essere confortata da una buona co-
noscenza anatomo-topografica e da
una corretta posizione della sonda
per evitare fenomeni fisici propri
degli ultrasuoni. Più facile è lo studio
della patologia che colpisce il tunnel
carpale. A tale livello i tendini dei
muscoli flessori delle dita, di relati-
vamente grosse dimensioni, i vasi,
il tessuto osseo, sono con il nervo
mediano ben riconoscibili. A tale li-
vello lo studio dei tendini suddetti
deve dimostrare una loro posizione
anatomica caratteristica ed un se-
gnale ipoecogeno. In caso di pato-
logia facilmente si verifica un au-
mento del tessuto fibroso vicino,
con avvicinamento per attrazione
dei tendini e loro dislocazione ab-
norme. Si verifica facilmente anche
un aumento delle dimensioni dei
tendini stessi ed un comportamento
anomalo dell'ecogenicità che au-
menta a livello dei tendini ispessiti,
nonostante l'angolazione perpendi-
colare corretta della sonda. Ben visi-
bile è anche l'ispessimento del liga-
mento trasverso del carpo, visualiz-
zabile con scansione trasversale al
suo asse. È possibile misurarlo e ve-
derne il comportamento rispetto al
nervo mediano durante la flessio-
estensione delle dita.

L'organizzazione dell'orario di lavoro: un altro aspetto della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

PREMESSA

Il 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", pubblicato sulla G.U. 14 aprile 2003, n. 87, S.O. n. 61, regola aspetti, come la durata dell'orario di lavoro (qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni) e dei periodi di riposo (qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro), determinanti anche ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Infatti i ritmi, i tempi di lavoro e quelli di riposo rientrano fra gli aspetti organizzativi del lavoro che, con le condizioni tecniche e produttive, costituiscono l'oggetto della valutazione dei rischi e, conseguentemente, anche della programmazione delle misure di prevenzione. Va sottolineato che la nuova normativa oltre ad applicarsi a tutti i settori di attività pubblici e privati (ad eccezione della gente di mare, del personale di volo nella aviazione civile e dei lavoratori mobili, per i quali rimanda alle specifiche direttive CE), si estende anche agli apprendisti maggiorenni, integrando la legge comunitaria 2002 (legge 3 febbraio 2003, n. 14) che all'art. 21 aveva abolito il divieto di lavoro notturno per gli apprendisti maggiorenni occupati in panifici, pasticcerie artigiane, attività turistiche e pubblici esercizi.

La normativa nazionale sull'argomento era finora incentrata fondamentalmente sulla regolamentazione dei tempi di lavoro realizzando, tra l'altro, un quadro disomogeneo poiché nel comparto industriale vigevano limiti di durata della prestazione lavorativa misurati in modo diverso rispetto agli altri settori d'attività.

Invece la nuova disciplina delinea un'azione di tutela che appare incentrata soprattutto sulla precisazione dei livelli minimi di riposo.

Infatti, oltre a revisionare le disposi-

zioni già vigenti in materia di riposo settimanale, assicura ulteriori periodi di riposo precisando anche quello giornaliero e settimanale.

TEMPI DI LAVORO E DI RIPOSO

Di seguito sono sintetizzati gli aspetti della normativa che possono maggiormente interessarci. Per maggiori dettagli si rimanda al testo del decreto.

L'orario normale di lavoro (art. 3)

È fissato in 40 ore settimanali. Pertanto le disposizioni dirette alla tutela del lavoratore muovono dal parametro di 40 ore settimanali che delinea la soglia oltre la quale si configura la prestazione di lavoro straordinario (lavoro prestato oltre l'orario normale di lavoro).

All'art. 16 sono tuttavia individuate le attività per le quali è ammessa la deroga alla disciplina della durata settimanale dell'orario.

Va comunque precisato che la deroga da un lato fa salve le condizioni di miglior favore stabilite contrattualmente e, dall'altro, non ha effetti sulla durata massima della prestazione lavorativa.

Pertanto anche i lavoratori impiegati nelle attività elencate nell'art. 16 sono destinatari delle misure protettive previste dagli artt. 4 (Durata massima dell'orario di lavoro) e 5 (Lavoro straordinario) del decreto.

La durata massima dell'orario di lavoro (art. 4)

Sebbene per la sua definizione si demandi alla contrattazione collettiva, viene precisato il limite invalicabile settimanale di 48 ore comprese le ore di lavoro straordinario.

Questo limite scende a 40 ore per gli apprendisti minorenni e i minori adolescenti (età compresa fra i 15 e i 18 anni).

Il lavoro straordinario (art. 5)

Fermo restando il limite di cui all'art. 4, le modalità di esecuzione delle prestazioni di lavoro straordinario sono regolamentate dalla contrattazione collettiva.

In suo difetto, il ricorso al lavoro

straordinario è ammesso solo dopo l'accordo tra il datore di lavoro ed il lavoratore per un periodo che non superi le 250 ore annuali.

La contrattazione collettiva può pattuire che il lavoratore usufruisca di riposi compensativi in alternativa o in aggiunta alle maggiorazioni retributive.

Per inciso, sempre in tema di lavoro straordinario, segnalo che la Corte di Cassazione con sentenza n° 12467/2003 ha recentemente stabilito che due ore di lavoro straordinario in più al giorno possono essere "tollerate" in quanto non portano "il fisico e la psiche" del lavoratore a "subire particolari pregiudizi".

Il riposo giornaliero (art. 7)

Fermo restando il limite di cui all'art. 4, il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore.

Consequentemente l'orario di lavoro giornaliero non può superare le 13 ore.

Questo limite scende a 8 ore per gli apprendisti minorenni e i minori adolescenti (età compresa fra i 15 e i 18 anni).

Le pause (art. 8)

Quando l'orario di lavoro giornaliero supera le 6 ore, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e dell'eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo, il lavoratore ha diritto ad un intervallo per pausa le cui modalità e la cui durata sono stabilite dalla contrattazione collettiva.

In difetto della disciplina collettiva, al lavoratore deve essere concessa una pausa di durata non inferiore a



10 minuti tra l'inizio e la fine di ogni periodo giornaliero di lavoro.

Il riposo settimanale (art. 9)

Ogni sette giorni il lavoratore ha diritto a un periodo di riposo di almeno 24 ore consecutive di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'art. 7.

Pertanto, poiché alle 24 ore di riposo settimanale si sommano le 11 ore di riposo giornaliero, il riposo ogni sei giorni di lavoro è di 35 ore.

Le ferie (art. 10)

Il lavoratore ha diritto a un periodo annuale di ferie non inferiore a quattro settimane.

IL LAVORO NOTTURNO

Di particolare interesse è il Capo IV del decreto che ripropone il tema della tutela del lavoro notturno già disciplinata dal D. Lgs. 532/1999 "Disposizioni in materia di lavoro notturno, a norma dell'art. 17, comma 2, della legge 5 febbraio 1999, n. 25".

Rispetto a tale decreto praticamente invariati sono:

- il campo di applicazione,
- le definizioni di lavoro notturno e di lavoratore notturno,
- i limiti della durata della prestazione di lavoro notturno, che non può superare le otto ore in media sulle ventiquattro ore salvo diversi accordi risultanti dalla contrattazione collettiva,
- l'impegno ad emanare entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto, un decreto interministeriale con il quale viene stabilito l'elenco delle lavorazioni che comportano rischi particolari o rilevanti tensioni fisiche o mentali, il cui limite è di otto ore nel corso di ogni periodo di ventiquattro ore,
- l'attuazione di un livello di servizi e di misure preventive e protettive equivalente a quello previsto per il turno diurno,
- la previsione del trasferimento del lavoratore diventato inidoneo al turno diurno,
- gli obblighi di consultazione delle rappresentanze sindacali,
- gli obblighi di comunicazione alla Direzione provinciale del lavoro.

Non sono invece più specificati per il datore di lavoro i doveri di informazione e di consultazione disciplinati dall'art. 9 del decreto 532/99.

Nell'art. 11 (Limitazioni al lavoro notturno) non è più prevista la priorità per l'impiego nel lavoro notturno dei

lavoratori che ne fanno richiesta e si rimanda alla contrattazione per la definizione dei requisiti che consentono l'esclusione dall'obbligo di effettuare lavoro notturno.

Nel medesimo articolo è trasfusa la disciplina del lavoro notturno prevista nell'art. 53 del D. Lgs. 151/2001, "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e di sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53", che:

- pone il divieto di adibire le donne al lavoro tra le ore 24 e le ore 6 dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino
- non rende obbligatoria la prestazione in orario notturno per alcune categorie di lavoratori che si trovano in condizione di svantaggio a causa di particolari condizioni familiari (lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con essa; la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio di età inferiore a 12 anni; la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della legge n. 104/1992 e successive modificazioni).

Sull'aspetto che maggiormente ci interessa, e cioè la tutela sanitaria del lavoratore notturno, l'impostazione prevista dal decreto 66/2003 ha generato letture che hanno portato taluni a configurare una importante novità rispetto al decreto 532/99, consistente nell'attribuzione alle sole strutture sanitarie pubbliche della competenza sull'accertamento del giudizio di inidoneità al lavoro notturno.

In realtà dal combinato disposto delle norme del Capo IV del decreto 66/2003 dedicate alla tutela sanitaria del lavoratore notturno, emerge un quadro che sostanzialmente conferma l'impostazione del decreto 532/99.

In particolare:

- art. 11, comma 1: l'inidoneità al lavoro notturno **può** essere accertata attraverso le competenti strutture sanitarie pubbliche
- art. 14, comma 1: la valutazione dello stato di salute dei lavoratori addetti al lavoro notturno deve avvenire attraverso controlli preventivi e periodici adeguati al rischio cui il lavoratore è esposto, **secondo le disposizioni previste dalla legge** e dai contratti collettivi
- art. 15, comma 1: qualora sopraggiungano condizioni di salute che



comportino inidoneità alla prestazione di lavoro notturno, **accertata dal medico competente o dalle strutture sanitarie pubbliche**, il lavoratore verrà assegnato al lavoro diurno, in altre mansioni equivalenti, se esistenti e disponibili.

Pertanto la tutela della salute dei lavoratori notturni continua ad essere disciplinata dall'art. 5 del decreto 532/99 ed avviene per tramite del medico competente e consta di:

- accertamenti preventivi volti a constatare l'assenza di controindicazioni del lavoratore al lavoro notturno,
 - periodici almeno ogni due anni per controllare lo stato di salute del lavoratore,
 - accertamenti in caso di evidenti condizioni di salute incompatibili con il lavoro notturno.
- Con riferimento agli artt. 16 e 17 del D. Lgs. 626/94:

- il medico competente accerta il giudizio di idoneità del lavoratore alla prestazione lavorativa notturna.
- in caso di giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale, il lavoratore notturno (o il datore di lavoro) può, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio, fare ricorso avverso al medesimo all'organo di vigilanza territorialmente competente che può confermare o meno il giudizio di inidoneità.

In caso di inidoneità al lavoro notturno il lavoratore viene trasferito al turno diurno. Se ciò non fosse possibile la contrattazione collettiva definisce le modalità di applicazione delle disposizioni di assegnazione al turno diurno e individua le soluzioni.



GENOVA

IL LAVORO D'UFFICIO: DALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA DEL VIDEOTERMINALISTA

Il 12 dicembre 2003 si è svolto a Genova, presso AC Hotel, il Workshop "Il Lavoro d'Ufficio: dalla Valutazione dei Rischi alla Sorveglianza Sanitaria del Videoterminalista". Il corso è stato organizzato dalla Sezione Regionale Liguria di ANMA, con il patrocinio della Regione Liguria e dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova. I Relatori Dr. G. Briatico-Vangosa, Prof. M. Meroni, Dr. M. Saettone, Dr. P. Santucci, Prof. F. Traversa, con l'ausilio degli ortottisti S. Bettega e N. Ceccarelli, hanno realizzato un percorso formativo nel quale la parte teorica è stata integrata da esercitazioni pratiche e simulazioni che hanno coinvolto i 33 Colleghi partecipanti, tutti specialisti in Medicina del Lavoro o Medici Competenti.

I Colleghi hanno dimostrato, a 9 anni dalla pubblicazione del D.L. 626/94, una buona esperienza nella sorveglianza sanitaria degli utilizzatori di videoterminale.

Tuttavia, il diffondersi di patologie lavoro-correlate degli arti superiori, la pubblicazione del Decreto Ministeriale 2 ottobre 2000 e le modifiche al D.L. 626/94 (D.L. 422/2000 e Legge 3 febbraio 2003), l'emanazione di diverse circolari e la pubblicazione di alcune "linee guida" richiedono al Medico Competente sia un crescente impegno professionale che un costante ag-

giornamento scientifico.

Partendo dagli elementi fondamentali di prevenzione del rischio, il corso, attraverso esercitazioni pratiche e discussione di casi clinici, ha cercato di rispondere ai dubbi interpretativi ed alle difficoltà operative che l'esperienza quotidiana ci propone in ogni passaggio finalizzato al giudizio di idoneità del videoterminalista.

La giornata di lavori si è conclusa con l'elaborazione di proposte concrete e condivise sulle questioni di fondo che spaziano dalla prevenzione ambientale alla sorveglianza sanitaria in una visione complessiva del lavoro in ufficio: i rischi professionali de-

vono essere ben conosciuti dal Medico Competente che potrà così "valutare" il documento di Valutazione dei Rischi o collaborare alla sua stesura, per poi elaborare un programma di Sorveglianza Sanitaria semplice e completo, non standardizzato ma adeguato alla realtà cui si applica.

È stato infine distribuito il test di apprendimento ECM a tutti i Partecipanti, a cui verrà inviato l'attestato con i crediti formativi attribuiti all'evento dalla Commissione ECM del Ministero della Salute.

Marco Saettone
Sezione Liguria



Sorveglianza sanitaria in agricoltura

Da molti anni si discute della necessità di applicare anche in Agricoltura le norme di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, così come previsto dalle normative vigenti e così come attuate, in maniera più o meno efficace e completa, nei confronti dei lavoratori impegnati in altre attività merceologiche. Con queste note cercheremo di sviluppare un programma piuttosto organico di intervento per un primo approccio al problema, pur senza nascondere le grosse difficoltà di una pratica attuazione sul "campo".

RISCHI

In Agricoltura sono presenti un gran numero di rischi lavorativi di natura sia fisica che chimica che biologica. I più comuni rischi fisici sono rappresentati: dai Microtraumi, legati ad esempio all'uso degli strumenti da pota (forbici, seghe, etc.) con possibile sviluppo di patologie quali il M. di Dupuytren, la Sindrome del Tunnel Carpale, etc.; dalle Vibrazioni e Scuotimenti per l'uso sia di macchine agricole sia di decespugliatori, tosaerba, etc. con possibile sviluppo di vasculopatie periferiche, patologie del rachide, etc.; ed ancora da Posture Coatte con sviluppo di osteoartropatie degenerative, etc.; e dalla esposizione a Fattori Meteorologici con possibilità di sviluppo di patologie da perfrigerazione, dermatosi attinica, colpo di sole, colpo di calore, etc.

I rischi chimici sono rappresentati dalla possibilità di avvelenamenti o intossicazioni da Tossine Animali (viperi, scorpioni, vespe, etc.), da Tossine Vegetali (amanita phalloide, allatossine, etc.), e infine dalla grossa categoria dei Pesticidi (insetticidi, fungicidi, erbicidi, etc.).

I rischi biologici sono rappresentati dalle Infezioni (virus afta, rabbia, ricettsie, etc.), dalle Infestazioni (vermi, anchilostomi, etc.) e dalle Allergie (da pollini, da contatto, da pesticidi, etc.).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

A differenza di quanto avviene in tante altre attività lavorative, un problema molto complesso in Agricoltura è quello della Valutazione del Rischio per alcune particolari caratteristiche del lavoro agricolo e per

le sostanziali differenze per esempio con le attività lavorative dell'Industria.

Per maggiore esemplificazione ne citiamo le più significative. Nell'Industria di solito il lavoro si svolge al chiuso ed in Agricoltura prevalentemente all'aperto; nell'Industria i Monitoraggi Ambientali sono quasi sempre possibili, in Agricoltura sono sempre molto difficili ed a volte impossibili; le attività industriali di solito sono uniformi, per mansioni uniche e svolte da gruppi omogenei di lavoratori ben identificabili, in Agricoltura si tratta il più delle volte di attività diversificate, per mansioni multiple con difficile identificazione di gruppi omogenei; ed ancora, nell'Industria di solito ci sono più lavoratori nella stessa struttura, in Agricoltura molto spesso si tratta di singoli o pochi lavoratori distribuiti nell'Azienda.

L'Agricoltura è una attività dinamica in cui è difficile stabilire attività tipiche.

Rende più difficile la Valutazione del Rischio la difficoltà di accesso alle informazioni tossicologiche, la scarsa conoscenza delle relazioni dose-effetto nell'uomo, le norme igieniche e di sicurezza molto spesso disattese, e tanti altri piccoli o grandi problemi tra cui, non ultimo, è quello recente della valutazione del rischio "moderato" di cui al D.Leg. 25/2002, valutazione questa ultima molto più complessa in agricoltura di quanto non sia nell'industria.

La Valutazione del Rischio in Agricoltura per molti anni è stata effettuata con metodi dichiaratamente empirici. In effetti la stima veniva riferita alla quantità di prodotto acquistato e di conseguenza utilizzato senza alcun altro parametro di riferimento.

Oggi si tenta di effettuare valutazioni più precise ed all'uopo si utilizzano specifici Database detti "Generici di Esposizione" che, utilizzando studi sul campo per le più diverse situazioni in Agricoltura, dopo elaborazione matematica, suggeriscono livelli di esposizione.

Esistono ovviamente in pratica situazioni di maggior rischio quali la fase di preparazione delle "miscele", l'uso in ambienti confinati (stalle, serre, silos, etc.), le irrorazioni verso l'alto (frutteti), etc., e situazioni di minor ri-

schio quali l'uso all'aperto, le irrorazioni verso il basso (erbicidi), etc.

In considerazione però che si utilizzano circa 700 principi attivi e più di 8000 composti, la valutazione dell'esposizione non può riguardare una situazione lavorativa reale ma deve far riferimento ad alcune situazioni teoriche nelle quali si presume che siano state rispettate dai lavoratori tutte le procedure di "Buona Pratica Agricola".

Ad ogni buon conto però sarà indispensabile poter disporre di un inventario dei prodotti utilizzati e delle schede di sicurezza relative, al fine di poter effettuare una classificazione dei prodotti con l'identificazione del loro grado di tossicità acuta e cronica.

LAVORATORI ESPOSTI

I lavoratori esposti appartengono a parecchie categorie; ci limiteremo a citare le più importanti.

I rivenditori sono tra le categorie esposte e spesso, senza alcuna plausibile giustificazione, sono ritenuti degli "esperti" forse per il semplice fatto che, oltre a fornire i prodotti, suggeriscono o preparano le così dette "miscele", cioè la combinazione di due o più prodotti per combattere contestualmente più categorie di insetti, afidi, acari, molluschi, etc. infestanti piante e raccolti. Anche i contoterzisti (operatori per conto terzi), i disinfestatori (stalle, fienili, animali, etc.) e gli addetti alle fumigazioni (conservazione in silo o frigoriferi di cereali, frutta, etc.) sono soggetti esposti pur se queste tre categorie, essendo utilizzatori professionali di fitofarmaci, dovrebbero essere quelle con maggiori conoscenze delle problematiche di intossicazione professionale e di conseguenza con maggiori conoscenze delle norme di sicurezza e prevenzione in materia.

I più esposti sicuramente sono gli agricoltori, quelli cioè del "fai da te" perché non solo preparano le "miscele" ma applicano il prodotto ed infine provvedono alla pulizia delle apparecchiature e/o dei macchinari, allo stoccaggio dei prodotti, etc. senza possedere, in genere, particolari conoscenze in materia. Infine sono da considerare esposti anche i distributori di fitofarmaci con mezzi meccanici terrestri o aerei.

segue >>



VIE DI ASSORBIMENTO

Gli agenti chimici, in linea di larga massima, si possono schematicamente classificare in aeriformi (gas e vapori) ed in aereosol o particellari (polveri, fumi, nebbie) a seconda dello stato della materia.

In Agricoltura le quasi esclusive vie di penetrazione sono la via cutanea e la via inalatoria. Rara e il più delle volte accidentale o volontaria è l'introduzione per via digerente.

La via cutanea è la principale via di penetrazione facilitata dalla presenza di lesioni o patologie cutanee. Sono soprattutto le zone cutanee scoperte le più ricettive. Anche le zone coperte, se non ben protette dai Dispositivi di Protezione Individuale, possono essere una via di ingresso ed in tal caso con rischio di più prolungato contatto con la cute e conseguente maggiore assorbimento rispetto alle zone scoperte. È stato calcolato che un buon 10 - 20 % dell'assorbimento può avvenire attraverso gli abiti.

Altra via di penetrazione è la via inalatoria per gas, vapori, nebbia o aerosol, fine particolato, etc. Sono in particolare inalabili le nebbie e gli aerosol e la percentuale di prodotto inalato dipende dal diametro delle particelle in sospensione.

Gli insetticidi ed i fungicidi, che di solito si suddividono in particelle di diametro molto piccolo, sono molto più facilmente inalabili degli erbicidi che si suddividono in particelle di maggior diametro.

MISURATORI DI ESPOSIZIONE

Per valutare i livelli dell'esposizione sono in uso una serie di "misuratori" sia per l'esposizione cutanea che per quella respiratoria.

Per la prima si utilizzano i così detti "Pads" (tamponi) che sono costituiti da tessuti assorbenti che si applicano su aree limitate e predeterminate del corpo (sopra e sotto gli indumenti), che intrappolano il formulato che poi viene analizzato e dosato in laboratorio.

Altra metodica è quella dei "Whole Body" (tutto il corpo) costituiti da materiali assorbenti di cotone e/o cotone poliestere su tutto il corpo che, come i Pads, intrappolano i

contaminanti.

I Whole Body, se applicati sotto gli indumenti, consentono anche la valutazione della validità degli indumenti protettivi.

Si utilizzano poi guanti assorbenti di cotone o di nylon per la esposizione delle sole mani ed ancora, se si è lavorato a mani nude, il lavaggio delle mani in contenitori con speciali solventi seguito dalla raccolta del particolato che sarà poi analizzato in laboratorio.

Per l'esposizione respiratoria si ritengono inutili i misuratori ambientali, tranne che per i luoghi chiusi (stalle, serre, silos, etc.) che però, di solito, non sono presidiati dai lavoratori.

Si adoperano campionatori personali, dotati di pompa aspirante, che sono posizionati all'altezza delle vie aeree dell'operatore (di solito si applicano al bavero) e che raccolgono gli aerodispersi su appositi filtri che poi, ovviamente, andranno letti in laboratorio.

MONITORAGGIO AMBIENTALE

Per la valutazione del tenore di aerodispersi si possono eseguire i Monitoraggi Ambientali.

Anche in Agricoltura si utilizzano i parametri suggeriti dall'ACGIH per l'Industria, però risulta molto difficile trasferire questi parametri in Agricoltura soprattutto per la grande variabilità espositiva.

In effetti solo per un limitato numero di sostanze sono stati definiti i TLV ed i livelli di rischio si riescono a identificare solo se riferiti a specifiche mansioni (es. operatori in serra).

Come già detto precedentemente oggi si utilizzano particolari Database ("Generici di Esposizione") per suggerire livelli di rischio confrontabili con quelli della realtà lavorativa considerata:

Da quanto appena detto si evince la grande difficoltà di esecuzione dei Monitoraggi Ambientali e soprattutto della loro valutazione.

MONITORAGGIO BIOLOGICO

Anche il Monitoraggio Biologico per i lavoratori agricoli presenta alcune difficoltà

Si esegue misurando la concentrazione dell'antiparassitario o dei suoi metaboliti in matrici biologiche quali sangue, urine, aria espirata, capelli, etc.

Risulta piuttosto difficile per una serie di evenienze, alcune legate direttamente alle attività lavorative e cioè : il contemporaneo uso di prodotti diversi, la variabilità e l'intermittenza dell'esposizione, le modalità di utilizzo, etc., altre legate alla scarsa conoscenza delle relazioni

dose/effetto o dose/risposta, la scarsa disponibilità di indicatori di Monitoraggio Biologico, la scarsa disponibilità di valori di riferimento.

Un esempio classico di Monitoraggio Biologico in Agricoltura è la valutazione dell'inibizione dell'attività acetilcolinesterasica eritrocitaria per esposizione a prodotti organofosforici (es. parathion).

Si valutano gli inibitori dell'acetilcolinesterasi dosando l'ACHE (acetilcolinesterasi) e la PCHE (pseudocolinesterasi).

Recentemente sono entrati in uso nuovi indicatori, definiti "Addotti Macromolecolari" che servono a valutare una serie di legami covalenti formati da alcuni antiparassitari con macromolecole biologiche quali quelle del DNA, dell'emoglobina, dell'albumina, etc.

Detti legami sono dosabili con metodiche immunoenzimatiche (Elisa) o gascromatografiche.

È indispensabile però che i valori del Monitoraggio Biologico vadano confrontati con i valori pre-esposizione e con quelli della popolazione di controllo, possibilmente dell'area geografica del soggetto esaminato.

SORVEGLIANZA SANITARIA

Stante le difficoltà di valutare il "rischio chimico moderato" in Agricoltura (D.Leg.25/02) sarà opportuno considerare tutti gli operatori come lavoratori esposti a rischio chimico NON moderato.

La frequenza delle Visite Mediche dipenderà da una serie di considerazioni che il Medico Competente sarà chiamato a fare, quali ad esempio l'entità dell'esposizione, i risultati del Monitoraggio Biologico (ove possibile), le condizioni di salute del lavoratore, l'età, il sesso, e così via.

Sarà buona norma cogliere le occasioni fornite dallo svolgimento della Sorveglianza Sanitaria per fare anche Formazione ed Informazione soprattutto al fine del riconoscimento dei sintomi precoci di intossicazione e per illustrare le basilari norme di Pronto Soccorso.

Nel corso della Visita Medica Preventiva sarà indispensabile una anamnesi molto accurata anche per valutare eventuali ipersuscettibilità o pregresse allergie e/o dermatopatie (da contatto, allergiche, ortoergiche, etc.)

Alla Visita Clinica valutare attentamente le condizioni generali di salute e la funzionalità dei principali organi ed apparati (specie gli emuntori) facendo praticare le indagini complementari di rito.

Sarà opportuno escludere dalla esposizione i soggetti con alterazioni rilevanti dei principali organi ed apparati.

Nel corso della Visita Medica Periodica, che potrà essere praticata con cadenza annuale o con altra periodicità stabilita dal Medico Competente in base alla tossicità dei prodotti, alla frequenza d'uso degli stessi, alle modalità di utilizzo (continuo, discontinuo, saltuario, in serra, etc.), sarà indispensabile una anamnesi lavorativa accurata e la esecuzione di esami di routine (crasi ematica, emuntori, etc.), esami tossicologici (ove possibile) e, se del caso, visite specialistiche (dermatologo, allergologo, pneumologo, etc.). La formulazione del Giudizio di Idoneità risulta abbastanza banale perché il lavoratore sarà ritenuto IDONEO per assenza di patologie di rilevanza clinica, TEMPORANEAMENTE NON IDONEO per patologie acute, manifestazioni allergiche, atopie, dermatosi, positività del Monitoraggio Biologico, etc. e NON IDONEO per patologie croniche (o esiti) clinicamente rilevanti e/o inducenti ipersensibilità.

ADEMPIMENTI VARI

Come è ben noto il Medico Competente è coinvolto anche nella scelta dei DPI che per i lavoratori dell'Agricoltura non differiscono molto da quelli di altre categorie di lavoratori. Di solito si utilizzano, di volta in volta, stivali, tute impermeabili, copricapo con visiera, maschere, guanti, ed in casi particolar, se necessario, l'autorespiratore. Quelle però che sono molto importanti sono le procedure d'uso dei fitofarmaci, sia in fase di preparazione che in fase di applicazione. Vanno applicate certamente tutte le norme di Buona Pratica Agricola

quali ad esempio : proteggere la cute e l'apparato respiratorio, tenere sempre conto delle condizioni atmosferiche e climatiche, posizionarsi sempre sopra vento durante l'erogazione del pesticida, etc.

Prima di concludere queste note non sarà superfluo ricordare che il Medico Competente, anche per il lavoratore agricolo, ha una serie di adempimenti ai quali non può per alcuna ragione sottrarsi e più specificamente :

- Visite Mediche a richiesta del lavoratore.
- Visite Mediche al rientro da assenze per malattie e/o infortuni.
- Trattamento dei dati personali sensibili e gestione riservata dei Libretti Sanitari e di Rischio.
- Inoltro del Libretto Sanitario e di Rischio all'ISPESL, secondo modalità predeterminate, al termine o alla sospensione dell'attività lavorativa con esposizione a Rischio Chimico NON moderato.
- Formazione ed Informazione dei lavoratori.
- Organizzazione del Pronto Soccorso e Gestione delle Emergenze Sanitarie.

Certamente sarà necessario ritornare sull'argomento trattato per aggiornamenti ed approfondimenti relativi a questi lavoratori ed a questi ambienti di lavoro così diversi da quelli con i quali siamo abituati a confrontarci ma, per chi si avvicina a queste realtà per la prima volta, ci sembra di aver già suggerito parecchi spunti di valutazione e discussione. ■

*Dr. Francesco Gazzero
Sezione Regionale Campana*

PRECISAZIONE

L'articolo comparso nel Notiziario n 2/2003 di settembre scorso: "Lavoro non stanziale/mobile work", a firma di Candura, Iacovone, Di Pietri, La Sorsa e Soleo costituisce solo una bozza di una delle Linee Guida che la SIMLII ha sviluppato nel corso dell'anno 2003 sui lavori atipici.

Gli autori precisano pertanto che la versione definitiva, a cui si rimanda, vedrà la luce in un libro edito dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale nel corso del 2004.

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 2003-2004 al costo complessivo di € 57.

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

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____



L'elaborazione di una “scheda medica” mirata alla sorveglianza sanitaria del videoterminalista (D.L. 626/94 e successive modifiche)

Lo scopo di questo contributo è proporre un modello di visita medica mirata del videoterminalista (allegato alla Cartella Sanitaria e di rischio), articolata in due parti, anamnestica e clinico-strumentale, e “sostenibile” in termini di tempi e costi. L'utilizzo di una modulistica unica in formato A3 agevola la compilazione e sintetizza i contributi della letteratura scientifica più recente ed autorevole (ved. bibliografia). La modulistica può essere completata, per definirsi “cartella sanitaria e di rischio” a tutti gli effetti, con un foglio A4 contenente l'anamnesi e l'esame obiettivo “generale”.

I MOLTEPLICI FATTORI DI RISCHIO

Dall'esame della letteratura scientifica (5, 6) si rappresentano nella seguente tabella, certamente non esaustiva, i rischi e le patologie professionali/lavoro-correlate nel lavoro d'ufficio.

La tabella 1 evidenzia molti fattori di rischio, che si rivelano assenti nella maggior parte dei casi, tuttavia, sarà il medico del lavoro competente, di volta in volta, a valutare l'eventuale integrazione degli accertamenti clinico-stumentali proposti con ulteriori indagini sulla base del documento di valutazione dei rischi.

Dall'elenco emergono due tipologie di rischio che, per le seguenti considerazioni, devono essere prese in considerazione per la sorveglianza sanitaria nel lavoro d'ufficio:

- i rischi dell'apparato oculovisivo;
- i rischi posturali e da sovraccarico degli arti superiori.

A proposito dei rischi dell'apparato oculovisivo è sufficiente ricordare che (Art. 55.1 D.L. 626/94 - Titolo VI): “I lavoratori di cui all'art.54, prima di essere addetti all'attività di cui al presente titolo, sono sottoposti ad una visita medica per evidenziare eventuali malformazioni strutturali e ad un esame degli occhi e della vista effettuati dal medico competente. Qualora l'esito della visita medica ne evidenzi la necessità, il lavoratore è sottoposto ad esami specialistici.”

Non è superfluo perciò sottolineare che “l'esame degli occhi e della vista” è prerogativa del medico competente e che accertamenti clinico-strumentali demandati automaticamente all'oculista pongono il medico d'azienda in una posizione quanto meno “discutibile”.

In merito ai rischi da postura e sovraccarico degli arti superiori è necessario fare un passo indietro nel tempo.

Il D.M. 18/4/1973 (elenco malattie professionali per cui è obbligatoria la denuncia ai sensi di art. 139 T.U. 1124/65) include alla voce “6a” le malattie delle borse periarticolari dovute a compressione ed alla voce “6b” le malattie da sforzo ripetuto delle guaine tendinee del tessuto peritendineo e

paralisi dei nervi dovute a compressione. Il D.L. 626/94, pur non affrontando lo specifico rischio del sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, prevede che (art.3) il datore di lavoro adotti una serie di misure generali di tutela dei lavoratori che comprendono anche “il rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e di produzione, anche per attenuare il lavoro monotono e ripetitivo”.

Essendo ormai dimostrato dalla letteratura scientifica che le attività con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori possono costituire un rischio per la salute, ne deriva che il datore di lavoro debba procedere a valutare anche questo specifico rischio e, qualora lo stesso si evidenzi come presente e potenzialmente dannoso, per esempio addetti data entry, grafica e cad/cam (4), debba attuare un programma teso a contenere lo stesso al più basso livello tecnicamente possibile, compatibilmente con il tipo di attività esercitata.

Nel merito delle misure da adottare in termini di prevenzione primaria (misure strutturali ed organizzative), spiccano ovviamente la sorveglianza sanitaria degli esposti e la formazione specifica dei lavoratori, che coinvolgono in primo luogo il medico competente.

Sul piano legislativo, la sentenza della Corte di Giustizia Europea (V^sezione) del 15/11/2001 ha determinato la modifica dell'art.4.1 D.L. 626/94, imponendo al datore di lavoro la valutazione di “tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori”.

Pertanto l'Italia risulta l'ultimo paese europeo in cui queste alterazioni non siano ancora assicurate in forma tabellare e la raccomandazione 90/326/CEE spinge per l'introduzione al più presto, nelle disposizioni legislative degli stati membri, dell'elenco europeo delle malattie professionali, comprendente, tra l'altro, le malattie delle borse periarticolari, le malattie provocate da superattività delle guaine, del tessuto peritendineo e delle inserzioni muscolari e tendinee e le paralisi dei nervi dovute alla pressione (4).

LA PROPOSTA DI UNA SORVEGLIANZA SANITARIA MIRATA

La visita medica proposta è una valutazione clinico-strumentale estrapolata dai migliori modelli offerti dalla letteratura scientifica (2, 5, 7) comprendente:

- dati personali e strumentali;
- raccolta anamnestica mirata;
- questionario sintomatologico;
- test di funzione visiva;
- valutazione clinico funzionale arti superiori e rachide cervicale;
- diagnosi e conclusioni, giudizio di idoneità.

I dati personali (pag.1) comprendono

Tab. 1 - Rischi e patologie nel lavoro d'ufficio

Esposizione a videoterminale (disturbi oculovisivi e generali)
Esposizione a videoterminale (postura e sovraccarico arti superiori)
Mobbing (organizzazione del lavoro, aspetti eticosociali)
Esposizione a radon (rischio geologico)
Prostatiti abatteriche da postura
Patologie da campi elettromagnetici
Rumore (stampanti)
Inquinamento indoor (muffe, germi, formiche, fumo passivo, ecc.)
Sindrome dell'edificio malato
Microclima termo-igrometrico
Rischio biologico (legionella)
Dermatite (carta, toners)
Patologie da ozono (fotocopiatrici)
Movimentazione manuale carichi e acari polvere (archivio)
Rischio infortunistico (folgorazione)

anche riferimenti alla strumentazione adottata nella postazione di lavoro (tipo di monitor e di attività svolta al computer, durata quotidiana, anzianità, ecc.) poiché ritenuti fondamentali per l'indagine epidemiologica e l'inquadramento del lavoratore, al di là dei rilievi del sopralluogo e del documento di valutazione dei rischi.

Rispetto alle Linee Guida S.I.M.L.I.I. prese a riferimento (5), la modulistica è stata integrata con alcuni dati anamnestici indispensabili (età del lavoratore ed eventuale correzione indicata in diottrie) e con un esame ergoftalmologico più completo (2). La soglia di astenopia (pag.2) è determinata soggettivamente con la comparsa di due disturbi almeno tre volte alla settimana per un ora (Apostoli, 1998).

Dalla definizione “canonica” è stata intenzionalmente rimossa la componente oggettiva, poiché l'astenopia è universalmente riconosciuta di natura “soggettiva” e caratterizzata da un difficile riscontro obiettivo, tenuto anche conto della sparsità delle visite mediche per i periodismi di Legge (D.L. 422/00).

Si ricorda che per altri Autori (2) è da ritenere significativa la comparsa della sintomatologia astenopica già “alcune volte al mese”.

L'importanza della soglia di astenopia è legata alla gestione del periodismo di visita e dei criteri di formulazione del giudizio di idoneità, proposti, per esempio, dalle Linee Guida SIMLII (5).

La definizione di soglia positiva per i disturbi muscolo-scheletrici (pag.2) determina invece la decisione di proseguire o meno con l'accertamento obiettivo (1, 3, 4, 5), tuttavia, almeno in occasione della prima visita, si ritiene indispensabile procedere

all'effettuazione dell'esame obiettivo completo, anche nel caso di anamnesi “negativa”.

Infine, nell'ambito delle conclusioni dell'indagine (pag.4), non è ipotizzata la “non idoneità definitiva”, statisticamente eccezionale in questo ambito, anche come stimolo per il medico competente verso la ricerca di soluzioni possibili nelle cosiddette “idoneità difficili”.

P. Santucci
Sezione Ligure

BIBLIOGRAFIA

- 1) Apostoli P, Bovenzi M, Occhipinti E, Romano C, Violante F, Cortesi I, Baracco A, Draicchio F, Mattioli S: Disturbi e patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlati con il lavoro (UEWMSD's), SIMLII, 2002.
- 2) Colombini D., De Marco F., Meroni M., Occhipinti E., Petri A., Soccio A., Tosatto E., Vimercati C., Scarselli R., Palmi S.: Screening ergoftalmologici in addetti a VDT: valutazione comparata di protocolli differenziati da applicare in funzione delle caratteristiche di esposizione a carico visivo. Prevenzione oggi, ISPESL n°3-4, 1997.
- 3) Colombini D, Occhipinti E, Grieco A: La valutazione e la gestione del rischio da movimentazione e sforzi ripetuti agli arti superiori, Milano, F. Angeli editore, 2000.
- 4) Colombini D, Occhipinti E, Cairoli S, Battevi N, Menoni O, Ricci MG, Sfera C, Balletta A, Berlingo E,

Draicchio F, Palmi S, Papale A, Di Loreto G, Barbieri PG, Martinelli M, Venturi E, Molteni G, De Vito G, Grieco A: Le affezioni muscolo-scheletriche degli arti superiori e inferiori come patologie professionali: quali e a quali condizioni. Documento di Consenso di un gruppo di lavoro nazionale. La Medicina del Lavoro, Vol.94 n°3, Mattioli, 2003.

5) Romano C, Piccoli B, Bergamaschi A, Di Bari A, Gulino A, Iacovone T, Muzi G, Troiano P, Apostoli P: Linea Guida per la sorveglianza sanitaria degli addetti ad attività lavorativa con videoterminali, SIMLII, Fondazione S. Maugeri, PIME Pavia, 2003.

6) Scansetti G, Piolatto P.G., Perrelli G.: Medicina del Lavoro, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2000.

7) Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, Linee guida per l'applicazione del D.L. 626/94, seconda edizione, Regione Emilia Romagna, AUSL Ravenna, 1999.

Allegato alla CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO per LAVORATORI che utilizzano VIDEOTERMINALI (D.Lgs. 626/94 e successive modifiche)

Data visita ____/____/200__ Nominativo _____ Età _____
Azienda _____ Anzianità uso VDT: _____ mesi/anni. Anzianità lavori a rischio CTD's: _____ mesi/anni. Parametri funzionali: altezza cm _____ Peso Kg _____ ☐ Arto sinistro dominante

Postazione di lavoro

Attività prevalente al VDT: ☐ data entry/caricamento dati ☐ progettazione/grafica ☐ cad/cam
☐ battitura testi ☐ consultazione ☐ programmazione ☐ altro _____
Computer: ☐ desktop ☐ laptop ☐ laptop con monitor esterno. Monitor: ☐ CRT per anni _____
☐ LCD/TFT per anni _____ ☐ plasma per anni _____ Utilizzo di ☐ tastiera ☐ mouse ☐ altro _____
Tempo medio di utilizzo giornaliero: ☐ < 2 ore ☐ 2-4 ore ☐ 4-6 ore ☐ > 6 ore

Anamnesi familiare mirata

☐ Riferita negativa ☐ ipertensione arteriosa ☐ diabete ☐ sindrome tunnel carpale ☐ altre patologie significative _____ malattie oculari _____.

Anamnesi fisiologica mirata

Alcolici: ☐ Astemio ☐ assunzione saltuaria ☐ < _ l/die ☐ _ _ l/die ☐ _ - 1l/die ☐ > 1 l/die
Fumo: ☐ Mai fumato ☐ ex fumatore ☐ < 10 sig/die ☐ 0-20 sig/die ☐ > 20 sig/die
Farmaci _____
Attività extralavorative: hobby _____ per _____ anni; sport _____ per _____ anni attività domestica/assistenza _____ per _____ anni. Altro _____
Utilizzo VDT nel tempo libero ☐ sì ☐ no. Allergie _____.

Anamnesi patologia mirata

Generale: ☐ menopausa/terapia estroprogestinica ☐ gravidanza ☐ iperuricemia ☐ connettiviti/ patologie autoimmuni ☐ insufficienza renale ☐ sarcoidosi ☐ gravi patologie infettive/neurologiche ☐ terapia oftalmotossica ☐ ipertensione arteriosa ☐ diabete/endocrinopatie ☐ dislipidemie ☐ sinusite ☐ dermatiti ☐ carcinosi ☐ traumi cranici ☐ vasculopatie ☐ intossicazioni professionali ☐ altro _____

Apparato oculo-visivo: ☐ congiuntivite ☐ strabismo/disturbi ortottici ☐ cataratta ☐ glaucoma cheratocono ☐ retinopatie ☐ interventi chir.oftalmologici ☐ difetti di refrazione ☐ altre patologie oculari _____

Apparato muscolo-scheletrico: patologie del rachide cervicale _____
rachide dorsale _____ rachide lombosacrale _____
Patologie arti superiori _____

Anamnesi rifrattiva

☐ non porta lenti correttive.
Deficit visivo: ☐ miopia ☐ astigmatismo miopico semplice ☐ astigmatismo miopico composto ☐ astigmatismo ipermetropico semplice ☐ astigmatismo ipermetropico composto ☐ astigmatismo misto ☐ ipermetropia ☐ presbiopia
Tipo lenti correttive: OD: ____ sf OS: ____ sf OD: ____ cil OS: ____ cil. OD ____ OS ____
OD ____ OS ____ . Utilizzo di queste lenti con il lavoro al VDT ☐ sì ☐ no

Sintomatologia oculovisiva (durante o al termine dell'attività lavorativa)

☐ attuale pieno benessere ☐ sintomi astenopici (significativi 2 sintomi per 3 volte/settimana per 1 ora - Apostoli, 1998, modificata)

	<1v/mese	1v/mese	1-2 v/settimana	3-4 v/settimana	tutti i giorni
Arrossamento					
Bruciore					
Dolore oculare					
Irritazione/prurito					
Lacrimazione					
Pesantezza					
Secchezza occhi					
Alterazione battito ciliare					
Ridotta velocità lettura					
Calo visivo					
Visione sfocata					
Diplopia					
Fotofobia					
Mc Cullogh/aloni colorati					
Scotomi/miodesopsie					
Restringimento c. visivo					
Cefalea					
Debolezza					
Digestione lenta/nausea					
Vertigine					
Tensione/stress					
Rossore/irritazione viso-mani					

Sintomatologia muscolo-scheletrica (durante o al termine dell'attività lavorativa)

☐ attuale pieno benessere ☐ sintomi negli ultimi 12 mesi: dolori o parestesie (soglia positiva: > 1 episodio/mese oppure 1 episodio > 1 settimana non preceduti da traumi acuti), ipostenia, disturbi vegetativi (Colombini et Al. 2000, modificata).

Quando sudi,
sei affaticato e spossato!

MG.KVIS
MAGNESIO•POTASSIO

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

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



IN FARMACIA

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

Rachide cervicale

Fastidio ☐ pressoché tutti i giorni ☐ a episodi.
Localizzazione disturbi: ☐ collo ☐ trapezio dx ☐ trapezio sx. ☐ a episodi.
Frequenza disturbi: ☐ continuo ☐ n° _____ episodi con durata _____ giorni. Irradiazione arti superiori ☐ dx ☐ sx
Soglia anamnestica ☐ negativa ☐ positiva ☐ disturbi minori

Arti superiori

Sintomatologia dolorosa o parestesica brachiale

Localizzazione disturbi: spalla ☐ dx ☐ sx; gomito ☐ dx ☐ sx; polso ☐ dx ☐ sx; mano ☐ dx ☐ sx
Frequenza disturbi ☐ continuo ☐ n° _____ episodi ☐ durata _____ giorni
Soglia anamnestica: ☐ negativa ☐ positiva ☐ disturbi minori.

Sintomatologia ipostenica o disturbi vegetativi

☐ Sì _____
☐ No _____

Esame obiettivo Apparato oculo-visivo (Colombini et Al., 1997)

VISUS NATURALE P.L.:	OD ____/10	OS ____/10	Binoculare ____/10
VISUS CORRETTO P.L.:	OD ____/10	OS ____/10	Binoculare ____/10
VISUS NATURALE P.V.:	OD ____DW	OS ____DW	Binoculare ____DW
VISUS CORRETTO P.V.:	OD ____DW	OS ____DW	Binoculare ____DW
	90°		90°

OFTALMOMETRIA 180° _____ OD _____ 0° 0° _____ OS _____ 180°

ESAME DEGLI ANNESSI E DEL SEGMENTO ANTERIORE

OD _____
OS _____

SENSO CROMATICO (tavole di Ishihara):	☐ normale	☐ deficit R/V	☐ deficit totale
MOTILITA' OCULARE:	☐ normale	☐ alterata _____	
PPC (Punto Prossimo di Convergenza):	☐ ottimo	☐ buono	☐ discreto ☐ scarso ☐ assente
STEREOPSI (Lang Stereo Test)	☐ positivo	☐ parz. pos.	☐ negativo
COVER TEST P.L.: _____ foria _____ tropia _____			
P.V.: _____ foria _____ tropia _____			
DIVERGENZA (prismi) P.V. naturale:	☐ normale	☐ alterata	☐ insufficiente
CONVERGENZA (prismi) P.V. naturale:	☐ normale	☐ alterata	☐ insufficiente
DIVERGENZA (prismi) P.V. con lenti:	☐ normale	☐ alterata	☐ insufficiente
CONVERGENZA (prismi) P.V. con lenti:	☐ normale	☐ alterata	☐ insufficiente

DIAGNOSI _____

Esame obiettivo Apparato muscolo-scheletrico:

Esame della motilità (dolente/ridotta) sensibilità, forza e manovre diagnostiche per colonna cervicale e arti superiori.

COLONNA CERVICALE _____

SPALLA DX _____ Test di Yergason (neg) (pos)

SPALLA SX _____ Test di Yergason (neg) (pos)

GOMITO DX _____ Manovra diagnostica epicondilita (neg) (pos)

GOMITO SX _____ Manovra diagnostica epicondilita (neg) (pos)

POLSO e MANO DX _____

Test di Tinel (neg) (pos) Test di Phalen (neg) (pos) Ipo/anestesia dita (no) (si) _____
Test di Finkelstein (neg) (pos) Test pollice est. c/ resist. (neg) (pos) Test della pinza (neg) (pos)

POLSO E MANO SX _____

Test di Tinel (neg) (pos) Test di Phalen (neg) (pos) Ipo/anestesia dita (no) (si) _____
Test di Finkelstein (neg) (pos) Test pollice est. c/ resist. (neg) (pos) Test della pinza (neg) (pos)

Altro _____

DIAGNOSI _____

CONCLUSIONI

☐ IDONEO ☐ IDONEO CON PRESCRIZIONI _____

☐ PER LA VALUTAZIONE SI RICHIEDONO I SEGUENTI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI _____

☐ TEMPORANEAMENTE NON IDONEO PER _____ GIORNI/MESI. DA RIVEDERE.

☐ NECESSARIA RIVALUTAZIONE ERGONOMICA DEL POSTO DI LAVORO PER EVENTUALI ADEGUAMENTI
PROSSIMA VISITA TRA MESI ☐ 60 ☐ 24 ☐ 12 ☐ 6 ☐ 3 ☐ _____

Il medico competente _____

Decreto 15 luglio 2003, n. 388: Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale

Dopo una gestazione iniziata nel lontano 1988, tempo in cui circolava una bozza data come di imminente pubblicazione dai ben informati, il **Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, in attuazione dell'articolo 15, com-ma 3, del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni** ha visto la luce sulla Gazzetta Ufficiale n. 27 del 3 febbraio u.s. La macchina del pronto soccorso aziendale dovrà essere a regime dal prossimo agosto, a sei mesi dalla pubblicazione del Regolamento: cassetta di pronto soccorso e pacchetto di medicazione nuovi di zecca; una buona procedura, concordata con le ASL se del caso; un rinnovato vigore per la formazione e l'addestramento degli addetti al pronto soccorso aziendale; la tutela della salute degli incaricati. Innanzi tutto una buona notizia. Il decreto ministeriale del 2 luglio 1958 <Presidi chirurgici e farmaceutici aziendali> è abrogato, mettendo così la parola fine alla ricerca spasmodica di articoli di archeologia sanitaria, togliendo finalmente dall'imbarazzo un buon numero di medici d'azienda che dovevano giustificare a solerti funzionari dell'Organo di vigilanza la loro incapacità di brontocantare o peggio il confessare di non essere assidui frequentatori di mercatini di Portobello. Gli allegati 1 e 2 dettagliano il contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso e del pacchetto di medicazione.

Il Regolamento si sviluppa in 6 articoli e 4 allegati:
articolo 1 - Classificazione delle aziende
articolo 2 - Organizzazione di pronto soccorso
articolo 3 - Requisiti e formazione degli addetti al pronto soccorso
articolo 4 - Attrezzature minime per gli interventi di pronto soccorso
articolo 5 - Abrogazioni (il decreto ministeriale del 2 luglio 1958 è abrogato)
articolo 6 - Entrata in vigore (entra in vigore sei mesi dopo la pubblicazione nella G.U.)
allegato 1 - Contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso
allegato 2 - Contenuto minimo del pacchetto di medicazione
allegato 3 - Obiettivi didattici e contenuti minimi della formazione dei lavoratori designati al pronto soccorso per le aziende di Gruppo A
allegato 4 - Obiettivi didattici e contenuti minimi della formazione dei lavoratori designati al pronto soccorso per le aziende di Gruppo B e C
Gli articoli 1 e 2 ricalcano fedelmente i contenuti espressi nelle bozze prima richiamate e che avevamo commentato a quel tempo nei nostri Notiziari (anno 3 n. 4, dicembre '98; anno 7 n. 3, settembre 2000). In buona sostanza le aziende, ai sensi dell'art. 1, sono classificate in A, B, C in funzione della tipologia di attività svolta, ovvero delle caratteristiche di rischio insito in essa (tab. 1).

Il datore di lavoro, sentito il medico competente, ove previsto, identifica la categoria di appartenenza della propria azienda o unità produttiva e, solo se appartenga al gruppo A, la comunica alla ASL competente sul territorio in cui si svolge l'attività lavorativa, per la predisposizione degli interventi del caso. Se l'azienda o unità produttiva svolge attività lavorative comprese in gruppi diversi, il datore di lavoro deve riferirsi all'attività con incide più elevato (comma 2 art. 1). L'articolo 2, dedicato alla organizzazione del pronto soccorso, non si discosta sostanzialmente dalle richiamate bozze. Il datore di lavoro deve garantire:
1. Aziende di Gruppo A e B:
• una cassetta di pronto soccorso in ciascun luogo di lavoro. "La cassetta deve essere custodita in luogo facilmente accessibile ed individuabile con segnaletica appropriata e deve contenere la dotazione minima come da allegato 1, da integrare sulla base dei rischi presenti nei luoghi di lavoro e su indicazione del medico competente, ove previsto, e del sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale, e della quale sia costantemente assicurata, la completezza ed il corretto stato d'uso dei presidi ivi contenuti" (lettera a), comma 1, art. 2);
• un mezzo di comunicazione idoneo ad attivare rapidamente il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale (lettera b), comma 1, art. 2).

Allegato 1 Contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso

Guanti sterili monouso	(5 paia)
Visiera paraschizzi	
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro	(1)
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml.	(3)
Compresse di garza sterile 10x10 in buste singole	(10)
Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole	(2)
Teli sterili monouso	(2)
Pinzette da medicazione sterili monouso	(2)
Confezione di rete elastica di misura media	(1)
Confezione di cotone idrofilo	(1)
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	(2)
Rotoli di cerotto alto cm. 2,5	(2)
Forbici	(1 paio)
Lacci emostatici	(3)
Ghiaccio pronto uso	(2 confezioni)
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	(2)
Termometro	(1)
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa	

2. Aziende di Gruppo C:

- un pacchetto di medicazione in ciascun luogo di lavoro, "adeguatamente custodito e facilmente individuabile, contenente la dotazione minima indicata nell'allegato 2, da integrare sulla base dei rischi presenti nei luoghi di lavoro, della quale sia costantemente assicurata, in collaborazione con il medico competente, ove previsto, la completezza ed il corretto stato d'uso dei presidi ivi contenuti" (lettera a), comma 2, art. 2);
- un mezzo di comunicazione idoneo ad attivare rapidamente il

sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale (lettera b), comma 2, art. 2).

Il contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso e del pacchetto di medicazione, di cui agli allegati 1 e 2, è aggiornato con decreto dei Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali tenendo conto dell'evoluzione tecnico-scientifica (comma 3, art. 2). Nelle aziende o unità produttive di gruppo A, anche consorziate, il datore di lavoro, sentito il medico competente, quando previsto, oltre alle attrezzature di cui al precedente comma 1, è tenuto a garantire il raccordo tra il sistema di pronto soccorso interno ed il sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992 e successive modifiche (comma 4, art. 2).

Nelle aziende o unità produttive che hanno lavoratori che prestano la propria attività in luoghi isolati, diversi dalla sede aziendale o unità produttiva, il datore di lavoro è tenuto a fornire il pacchetto di medicazione di cui all'allegato 2, che fa parte del presente decreto, ed un mezzo di comunicazione idoneo per raccordarsi con l'azienda al fine di attivare rapidamente il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale (comma 5, art. 2).

L'articolo 3 fissa i requisiti e la formazione degli addetti al pronto soccorso designati ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b), del d.lgs. 626/94.

Il comma 1 dell'art. 3 specifica che gli addetti sono "formati con istruzione teorica e pratica per l'attuazione delle misure di primo intervento interno e per l'attivazione degli interventi di pronto soccorso". Si tratta di una sottolineatura importante che delimita compiti e responsabilità di questa figura a cui si richiede un ruolo di "soccorritore", ovvero di "primo soccorso" e non di "pronto soccorso".

La formazione dei lavoratori designati:

- "è svolta da personale medico, in collaborazione, ove possibile, con il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale. Nella parte pratica della formazione il medico può avvalersi della collaborazione di personale infermieristico o di altro personale specializzato" (comma 2, art. 3);
- "i contenuti e i tempi minimi del corso di formazione sono riportati" (comma 3 art. 3):
- o per le aziende o unità produttive di gruppo A nell'allegato 3 e devono prevedere

anche la trattazione dei rischi specifici dell'attività svolta;
- o per le aziende o unità produttive di gruppo B e di gruppo C nell'allegato 4";
- "sono validi i corsi di formazione ultimati entro la data di entrata in vigore del presente decreto. La formazione dei lavoratori designati andrà ripetuta con cadenza triennale almeno per quanto attiene alla capacità di intervento pratico" (comma 4 art. 3).

Gli allegati 3 e 4 dettagliano gli obiettivi didattici ed i contenuti minimi della formazione dei lavoratori designati al pronto soccorso che sono distinti in tre moduli, analoghi sia per le aziende appartenenti al gruppo A che per quelle appartenenti al gruppo B e C. Variano invece i tempi: 16 ore per le aziende del gruppo A, 12 ore per quelle del gruppo B e C.

Il Regolamento stabilisce le attrezzature minime per gli interventi di pronto soccorso, ovvero "il datore di lavoro, in collaborazione con il medico competente, ove previsto, sulla base dei rischi specifici presenti nell'azienda o unità produttiva, individua e rende disponibili le attrezzature minime di equipaggiamento ed i dispositivi di protezione individuale per gli addetti al primo intervento interno ed al pronto soccorso" (comma 1, art. 4).

Le attrezzature ed i dispositivi di cui

Allegato 2 Contenuto minimo del pacchetto di medicazione

Guanti sterili monouso	(2 paia)
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 125 ml	(1)
Flacone di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml.	(1)
Compresse di garza sterile 10x10 in buste singole	(3)
Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole	(1)
Pinzette da medicazione sterili monouso	(1)
Confezione di cotone idrofilo	(1)
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	(1)
Rotolo di cerotto alto cm. 2,5	(1)
Rotolo di benda orlata alta cm 10	(1)
Forbici	(1 paio)
Un laccio emostatico	(1)
Confezione di ghiaccio pronto uso	(1)
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	(1)
Istruzioni sul modo di usare i presidi suddetti e di prestare i primi soccorsi in attesa del servizio di emergenza	

Tab. 1 - Classificazione delle aziende in funzione della tipologia di attività svolta

AZIENDA GRUPPO	SOTTO GRUPPO	SPECIFICHE
A	I	1. aziende o unità produttive con attività industriali soggette all'obbligo di notifica di cui all'art. 2 del d.lgs. 334/1999; 2. centrali termoelettriche, impianti e laboratori nucleari di cui agli articoli 7, 28, 33 del d.lgs. 230/1995; 3. aziende estrattive ed altre attività minerarie definite dal d.lgs. 624/1996; 4. lavori in sotterraneo di cui al dpr 320/1956; 5. aziende per la fabbricazione di esplosivi, polveri e munizioni
A	II	Aziende o unità produttive con oltre cinque lavoratori appartenenti o riconducibili ai gruppi tariffari INAIL con indice infortunistico di inabilità permanente superiore a quattro, quali desumibili dalle statistiche nazionali INAIL relative al triennio precedente ed aggiornate al 31 dicembre di ciascun anno. Le predette statistiche nazionali INAIL sono pubblicate nella Gazzetta Ufficiale.
A	III	Aziende o unità produttive con oltre cinque lavoratori a tempo indeterminato del comparto dell'agricoltura.
B		Aziende o unità produttive con tre o più lavoratori che non rientrano nel gruppo A.
C		Aziende o unità produttive con meno di tre lavoratori che non rientrano nel gruppo A.





Quell'angolo di campagna, dove spunta tra gli alberi il vecchio tetto aguzzo della sua casa. Il vialetto fiancheggiato di salici nani con le foglie verdi d'argento. E certamente, in cima a quella strada, una figurina tutta

bianca, dritta, con un bimbo per mano, ancora incerto sulle gambette sode. Un caro viso, fragile come una cera, timido raggianti e ansioso, che spia lontano con gli occhi la strada, se infine giunga l'atteso...

Eveline! ancora una volta, Michel, con slancio di tutto il suo essere, corre a colei che egli ama, e valuta quanto le debba, essa lo ha riplasmato, riformato, ricreato. Rivede quello che egli era prima di conoscerla. E quello che ella ne ha fatto, semplicemente perché ha avuto fiducia in lui, perché lo ha visto, in fondo, migliore e più bello di quanto egli fosse. Ed egli ha voluto diventare l'uomo che ella vedeva in lui. Perciò può dirle oggi:

«Ti offro il cuore che tu hai formato, la creatura che è opera tua.»

Noi siamo sempre un po' i figli della donna che amiamo. La missione della donna è di creare nuovamente l'uomo. Bella la vita, bella la sorte di colui che, sulla terra, ha ritrovato la verità nell'amore!

«Tu hai scelto la parte migliore...» Michel si ripete le ultime parole, l'addio un po' triste di suo padre. E dice a se stesso che il padre aveva ragione: egli

ha scelto veramente la parte migliore. Singolare parola piena di verità. Chiave di volta nella nostra vita, sembra essere veramente l'amore e il dono di se stessi. Questo è inesplicabile, e ammette implicitamente il pensiero di Dio.

«Che si possa accettare di annientare se stessi, godendo di essere annientati, ecco la sola cosa che potrebbe indurmi a credere.»

Doutreval aveva ragione. Poiché l'uomo lo ha scacciato dalla terra e dal cielo, Iddio elegge, inviolabile, il suo ultimo rifugio nel cuore stesso dell'uomo.

«Miei cari, amiamoci gli uni con gli altri. Poiché l'amore viene da Dio. Colui che non ama non conosce Iddio. Perché Iddio è amore.»

ecco dunque che cosa voleva dire S. Giovanni! Ecco, in tutto il suo splendore, in tutta la sua ampiezza smisurata, il messaggio del vecchio apostolo dal cuore infuocato, che la soave Marie insegnava un tempo a Michel bambino. E talvolta aveva sul volto un'emozione che egli contemplava senza comprendere. Colui che ama vive come Dio.

Anche Michel non credeva in niente. Anche lui, come Doutreval, negava alla vita ogni senso e ogni scopo!

Ma per aver amato una vittima proprio a causa della sua miseria, per aver avuto pietà di lei e aver consentito a dividere con essa le lacrime, le rinunce e la povertà, ecco che dietro al caro volto triste e sofferente della creatura amata

un altro Volto traspare! Ecco dietro a Eveline, dietro all'amore generoso per una creatura dolorante, profilarsi l'amore di Dio!

Vi sono soltanto due amori: l'amore di se stessi e l'amore per le altre creature viventi. E dietro all'amore di se stessi vi sono la sofferenza e il male. E dietro all'amore per gli altri vi è il bene, vi è Dio. Ogniqualvolta l'uomo ami all'infuori di se stesso, coscientemente o no, egli compie un atto di fede in Dio. Vi sono soltanto due amori: l'amore di se stessi e l'amore di Dio.

M. Van Der Meersch
"Corpi e anime" - (pp 568 - 570)



Pianificare una risposta efficace ed efficiente in funzione dell'evento

UNA RICETTA PER UNA PROCEDURA

- ARMONIZZATA CON IL PIANO DI EMERGENZA,
- ADEGUATA AL PEGGIOR EVENTO PREVEDIBILE,
- CHE ASSEGNI PRECISE RESPONSABILITÀ E COMPITI SEMPLICI ED ATTUABILI,
- CHE ESPRIMA CON CHIAREZZA IL SUSSEGUIRSI DELLE AZIONI DA INTRAPRENDERE,
- "TESTATA SUL CAMPO" PRIMA DI ESSERE UFFICIALIZZATA
- PERIODICAMENTE AGGIORNATA E VERIFICATA

al comma 1 devono essere (comma 2, art. 4):

- appropriati rispetto ai rischi specifici connessi all'attività lavorativa dell'azienda,
- mantenuti in condizioni di efficienza e di pronto impiego
- custoditi in luogo idoneo e facilmente accessibili".

Come da copione si aprirà a breve il dibattito: il fronte dell'assenso, quello del dissenso, quello della critica, quello del come si fa. Il come si fa sta nelle nostre mani, sta a noi non perdere l'occasione di far valere la nostra capacità organizzativa e formativa nelle aziende che seguiamo. È una forte opportunità per affermare il nostro ruolo. Certamente chi ha maturato esperienza nelle cosiddette infermerie di fabbrica delle grandi industrie, come chi scrive, può trovare riduttivo l'articolato di questo decreto e per molti aspetti superato dalla prassi. Ma pensiamo alla miriade di aziende medie, piccole, piccolissime che dovranno essere onestamente assistite e guidate nel percorso organizzativo e formativo richiesto dal Regolamento. Concludo questa riflessione riproponendo, senza ulteriori commenti, alcune de "le conclusioni in schema" tratte dalla "Giornata di Studio su: Il medico competente e l'emergenza sanitaria in azienda" organizzata dalla nostra Associazione in contemporanea a Milano e a Napoli il 2 e il 3 ottobre 1998, pubblicate nel Notiziario ANMA del dicembre 1998 (Anno 3, numero 4).

Giuseppe Briatico-Vangosa

L'EMERGENZA SANITARIA IN AZIENDA È PARTE INTEGRANTE DEL PIANO DI EMERGENZA:

- Il Medico Competente deve partecipare alla elaborazione del "Piano di Emergenza"

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELL'EMERGENZA
(come da d/lgs. 629/94, art. 3, 4, 12, 13, 14, 15)

PIANO DI EMERGENZA
PREVENZIONE INCENDIO - EVACUAZIONE - PRONTO SOCCORSO

- Il Medico Competente deve collaborare alla predisposizione di una procedura di pronto soccorso armonizzata con il piano di emergenza (comma 1°, art. 17, D.lgs 26/94)

GLOSSARIO

PRIMO SOCCORSO – PRONTO SOCCORSO: UNA OPPORTUNA, QUANTO OVVIA, DISTINZIONE.

- **Primo soccorso:** l'insieme delle manovre e degli interventi che qualsiasi cittadino e' chiamato a mettere in atto in presenza di un soggetto vittima di un incidente, di un infortunio o colto da male. E' qui compresa l'attivazione del trasporto del malcapitato al più vicino posto di Pronto Soccorso e/0 la richiesta di intervento medico.
- **Pronto soccorso:** l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione medica, atto a stabilizzare il paziente

Emergenza ed Urgenza

riferite all'individuo

- **Emergenza:** "quoad vitam"
Un soggetto è in condizioni di emergenza quando versa in imminente pericolo di vita e pertanto necessita di un intervento sanitario immediato e specifico.
- **Urgenza:** "quoad valetudinem"
Un soggetto è in condizioni di urgenza quando necessita di prestazioni sanitarie indilazionabili, atte ad evitare un peggioramento o ulteriori danni.

in termini organizzativi

- **Emergenza:**
meccanismo organizzativo complesso a rapida ed efficace attivazione.
- **Urgenza:**
attributo clinico di situazioni che necessitano di provvedimenti immediati.

(da Federazione Italiana di Medicina d'Urgenza e di Pronto Soccorso, 1994)

IL MEDICO COMPETENTE COLLABORA ALLA DESIGNAZIONE DEI "SOCCORRITORI"

ELEMENTI DI MASSIMA PER LA VALUTAZIONE PSICOFISICA DEL SOCCORRITORE AZIENDALE

- Visita medica
- Spirometria
- Elettrocardiogramma
- Esame del sangue: crasi ematica, funzionalità epatica e renale, metabolismo glicidico

ALCUNE CONTROINDICAZIONI AL RUOLO

- Affezioni cardiovascolari
- Diabete insulino-dipendenti
- Alterazioni invalidanti degli arti
- Malattie del sistema nervoso (epilessia)
- Malattie psichiche
- Uso di sostanze stupefacenti
- Gravi alterazioni della funzione uditiva
- Gravi alterazioni della funzione visiva
- Stati infettivi cronici

IL MEDICO COMPETENTE DEVE GARANTIRE LA FORMAZIONE DEL SOCCORRITORE OBIETTIVI DI UN ADDESTRAMENTO MINIMO

IL SOCCORRITORE DEVE ESSERE IN GRADO DI:

- riconoscere le situazioni di emergenza e attivare le richieste di intervento secondo una procedura stabilita;
- garantire le migliori condizioni di sicurezza e di conforto possibile, in attesa del soccorso qualificato;
- evitare di compiere manovre dannose;
- effettuare semplici interventi, come porre in posizione antishock, tamponare una emorragia esterne;
- saper garantire la propria sicurezza.

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.

I nostri Servizi per L'Azienda

- **Medicina del lavoro**

- > Consulenza per l'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 la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000



Le Nostre Sedi

- Milano, Via Saint Bon 20
Tel. 02.48317.1 *
- Milano, Largo Cairoli 2
Tel. 02.48317.1 **
- Milano, Viale Monza 270
Tel. 02.2551925 ***
- Milano, Viale Abruzzi 14
Tel. 02.29527357 *
- Milano, Via P. Rossi 24
Tel. 02.66227255 *
- Corsico (MI), Via Vigevanese 4
Tel. 02.4406148 *
- Magenta (MI), Via Mazzini 45
Tel. 02.97295352 *
- Rho (MI), Via Magenta 41
Tel. 02.93182396 *

CENTRODIAGNOSTICOITALIANO



Direzione Commerciale: 02.48317538 - 02.48317549 • e-mail: dircom@cdi.it - www.cdi.it

* Resp. Sanitario: Prof. Andrea Casasco ** Resp. Sanitario: Dott. Bruno Restelli *** Resp. Sanitario: Dott. Patrizia Aletti